

sozialrechtliche Fragestellungen für Familien mit chronisch kranken Kindern

ein Überblick



Die nachfolgenden Ausführungen sollen einen Überblick über mögliche sozialrechtliche Leistungen und Ansprüche sowie den Verfahrensablauf geben. Sie berücksichtigen die Entwicklungen bis Januar 2024.

Die Darstellungen sind nicht abschließend, geben jedoch die häufigsten in der Praxis auftauchenden Fragestellungen wieder.

Sollten Sie Anregungen oder Wünsche haben, welche Fragestellungen noch zu behandeln sind oder sollte etwas Ihrer Meinung nach Wichtiges fehlen, freue ich mich über eine Mail an:

info@braun-venten.de



Inhaltsübersicht

Verwaltungsverfahren – vom Bedarf bis zur Leistung

Menschen mit Behinderung

Pflegeversicherung

Landespflegegeld

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Krankenversicherung

Recht der Arbeitsförderung

Rentenversicherung

Rehabilitationsleistungen

Eingliederungshilfe

Elterngeld und Kindergeld



Verwaltungsverfahren – vom Bedarf bis zur Leistung

SGB I, SGB X, SGG



Antragstellung

- mit der Stellung eines Antrages bei einer Behörde beginnt das Verfahren auf Prüfung der Leistungen
- ohne einen Antrag wird eine Behörde regelmäßig nicht tätig und wird keine Leistungen erbringen



Vorbereitung der Antragstellung

- bevor ein Antrag bei einer Behörde gestellt wird, sollte man sich über die möglichen Leistungen informieren
- vorhandene Unterlagen, die für die Antragstellung nützlich sein können, sollten zusammengetragen und geordnet werden
- sollten Unterlagen noch nicht vorliegen, sollte dennoch mit dem Antrag nicht zugewartet werden (siehe unter „Mitwirkungspflichten“)



Überblick mögliche Leistungsträger (Auszug)

Krankenversicherung (SGB V)

Sozialamt (SGB XII)

Pflegeversicherung (SGB XI)

Jugendamt (SGB VIII)

Versorgungsamt (SGB IX)

Agentur für Arbeit (SGB III)

Rentenversicherung (SGB VI)

Familienkasse (BKGG)



Unterscheidung Leistungen

- bei sozialrechtlichen Leistungen wird unterschieden zwischen beitragsfinanzierten Leistungen und steuerfinanzierten Leistungen



beitragsfinanzierte Leistungen

- beitragsfinanzierte Leistungen sind Versicherungsleistungen
- Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen ist u.a. die Versicherteneigenschaft (z.B. Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung) und der Eintritt des Versicherungsfalles (z.B. Krankheit)

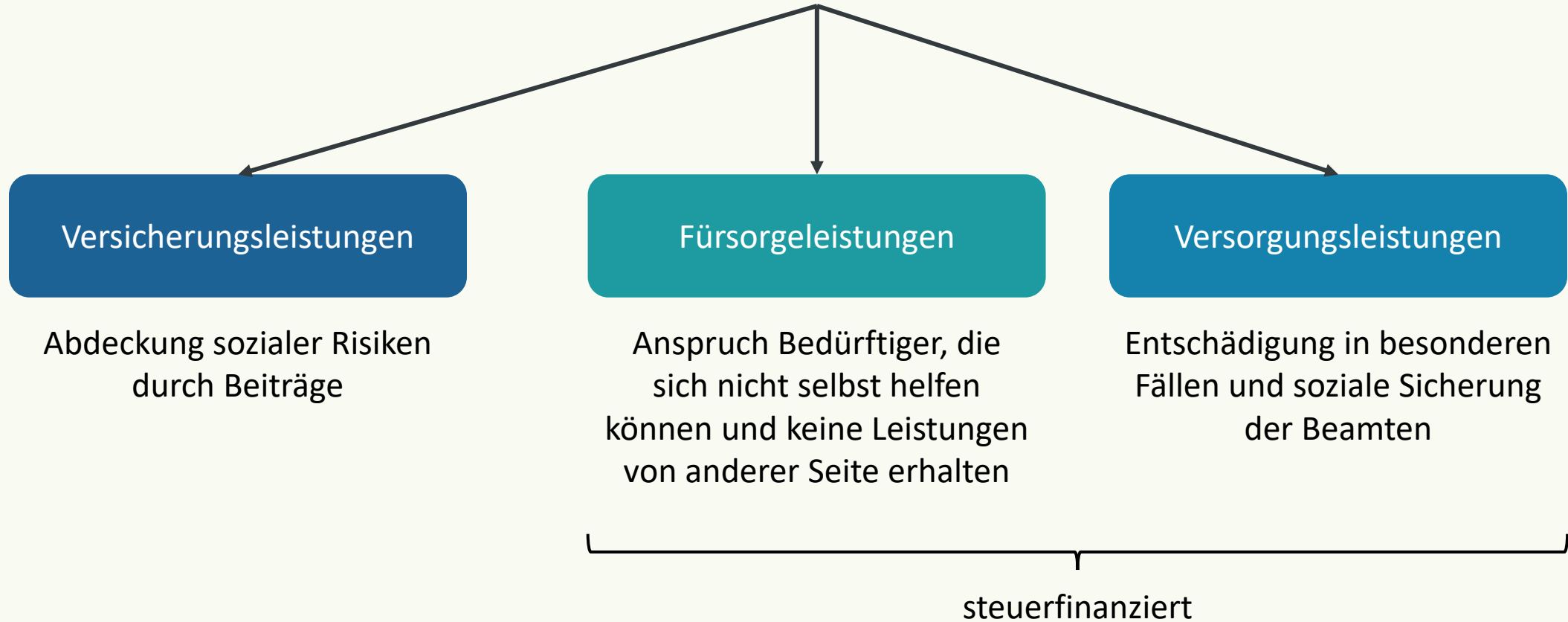


steuerfinanzierte Leistungen

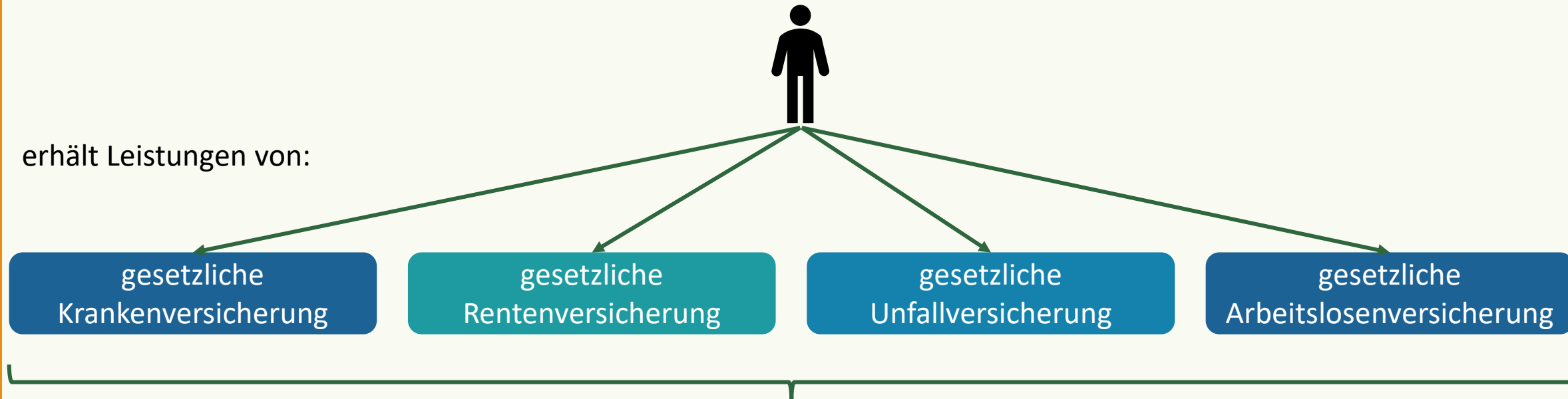
- steuerfinanzierte Leistungen werden unabhängig von einer Mitgliedschaft oder Beitragszahlung gewährt
- Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist, ob für den Lebenssachverhalt eine gesetzliche Regelung vorliegt, die einen Anspruch auf Leistungen auslöst



Grafik Ansprüche im Sozialrecht



Grafik Leistungsberechtigte in der Sozialversicherung



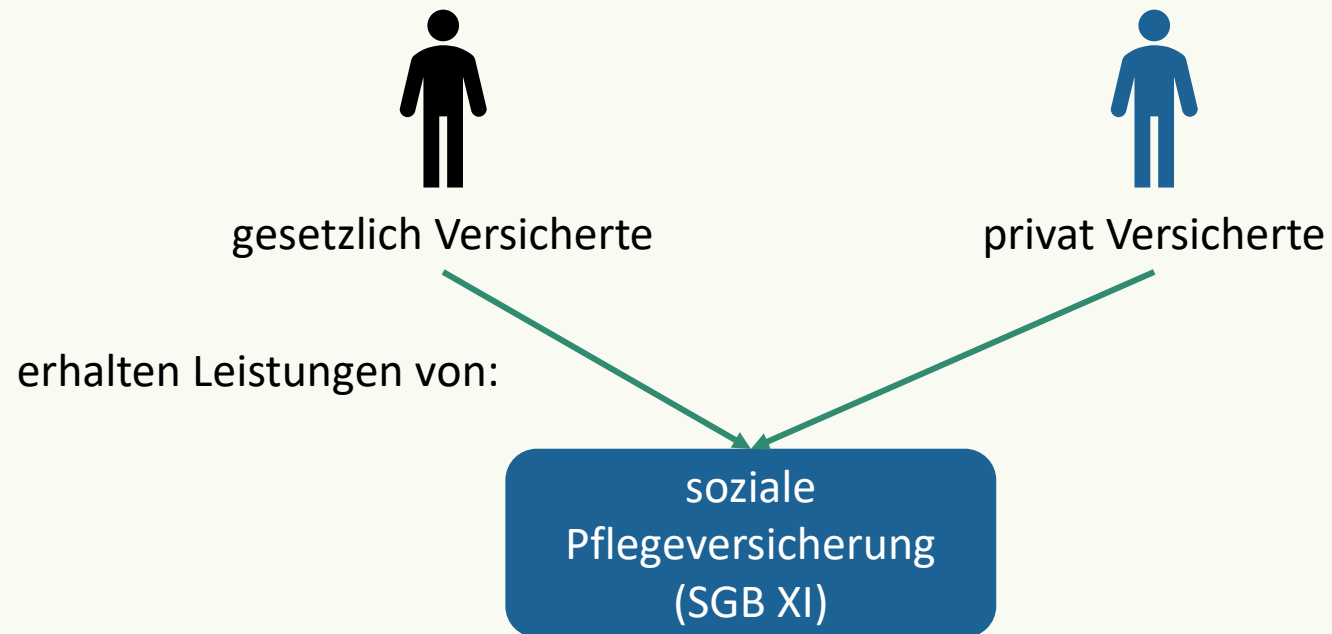
wenn:

1. Mitglied (Versicherter)
2. Beitragszahlung
3. Eintritt Versicherungsfall



Grafik soziale Pflegeversicherung

Ausnahme ist soziale Pflegeversicherung:



weil: grds. jedermann in Deutschland in der sozialen Pflegeversicherung versichert



Grafik steuerfinanzierte Leistungen



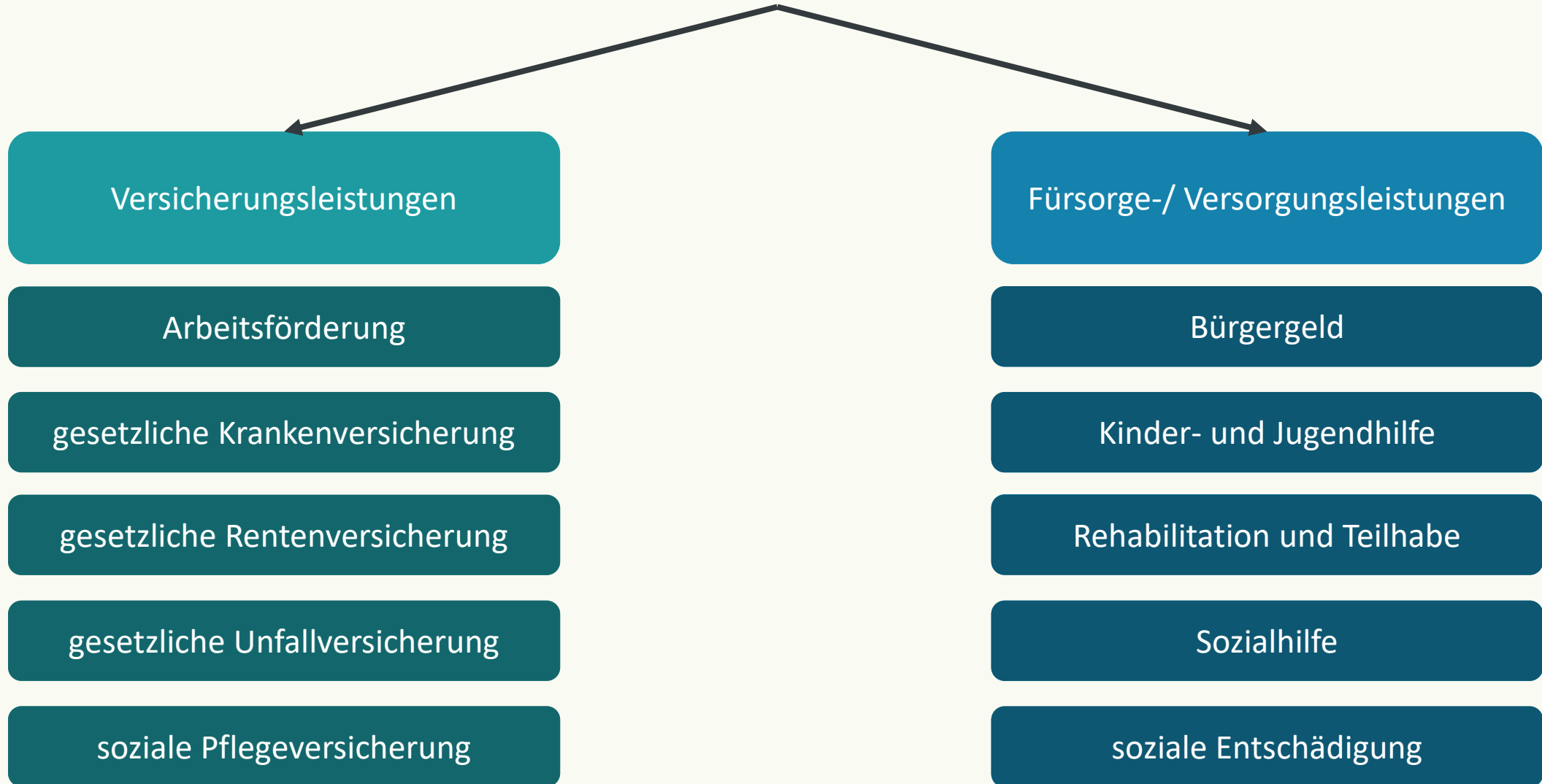
können

Sozialleistungen

erhalten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen



Leistungen im Sozialrecht (Auszug)



Exkurs: privat versicherte Personen



private Krankenversicherung

- ob Leistungen von der privaten Krankenversicherung gewährt werden, hängt vom jeweiligen Versicherungsvertrag ab
- auch die Höhe und der Umfang der Leistung richtet sich nach dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag
- Streitigkeiten mit dem Versicherer werden vor den Zivilgerichten ausgetragen



„private“ Pflegeversicherung

- in der privaten Pflegeversicherung werden Leistungen wie im SGB XI gewährt
- im Streitfall entscheidet das Sozialgericht (Sonderzuweisung)



sonstige Sozialleistungen

- im Übrigen können Leistungen für Menschen mit Behinderung bei den zuständigen Behörden geltend gemacht werden, soweit die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind



Exkurs Ende

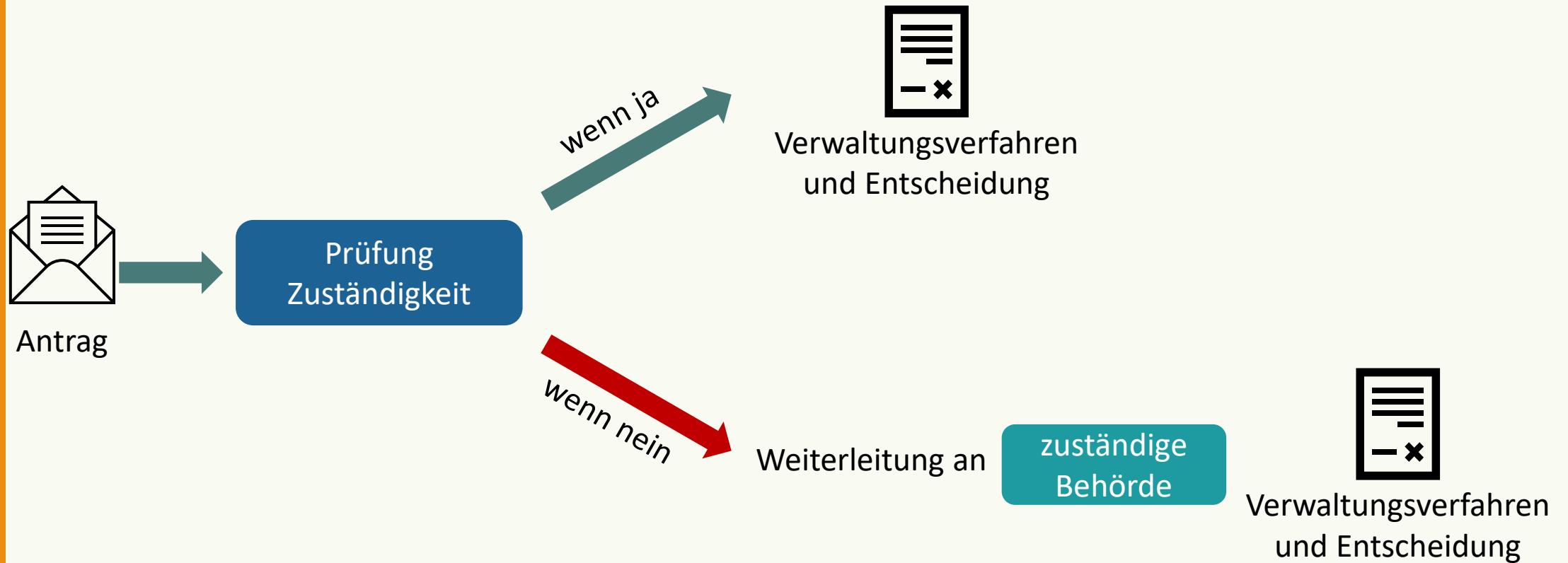


Form der Antragstellung

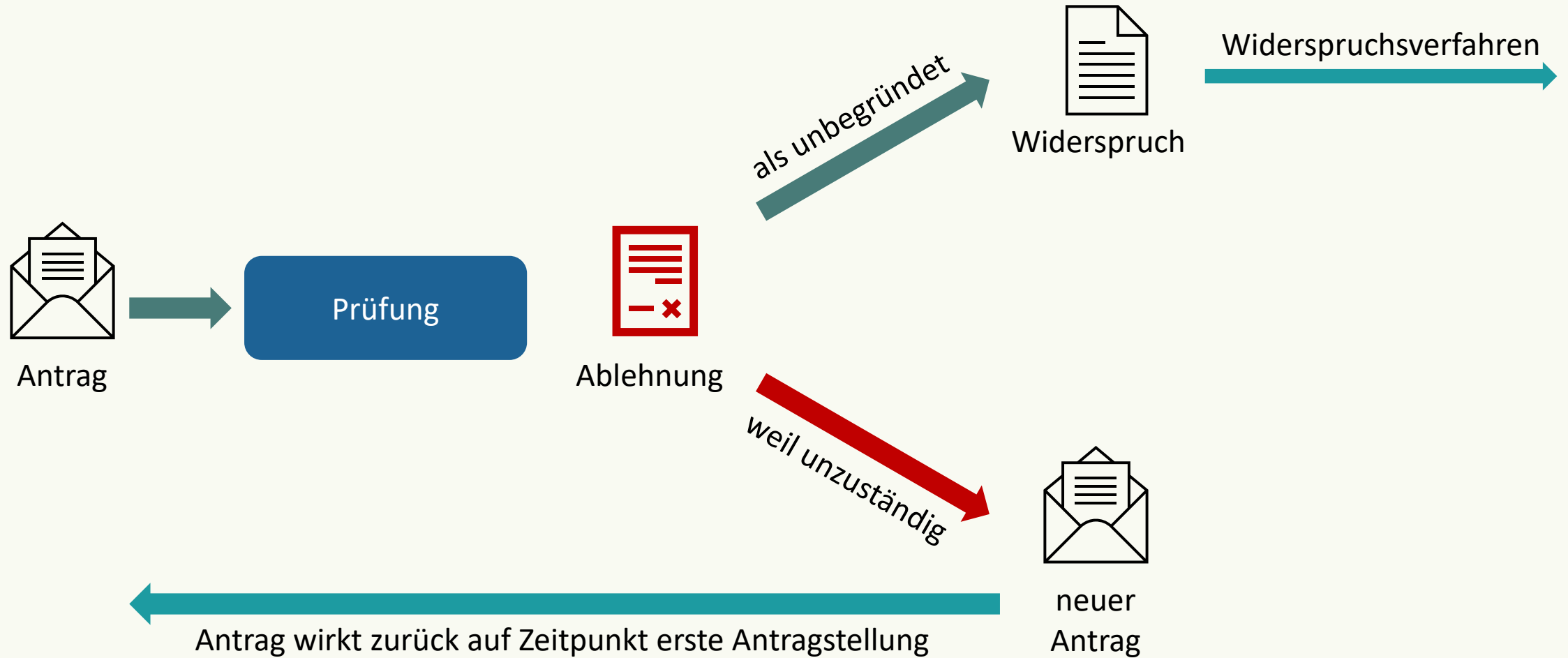
- Anträge sollten immer schriftlich gestellt werden
- niemand braucht Angst davor zu haben, einen Antrag bei einer unzuständigen Behörde zu stellen, denn der „falsche“ Leistungsträger hat den Antrag unverzüglich an den eigentlich zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten



Grafik Antragstellung



Grafik Fehler im Antragsverfahren



Muster Antrag

Absender

Empfänger

Datum

Antrag Leistungen ... /Feststellung GdB/...

Sehr geehrte Damen und Herren,

für meine/n unsere/n Sohn/Tochter, geboren am ..., beantrage/n ich/wir die Gewährung von Leistungen in gesetzlicher Höhe / die Feststellung eines GdB von wenigstens ... zuzüglich in Betracht kommender Merkzeichen / Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme ...

Ich/Wir beantrage/n die Leistung, weil ...



Hinweis Muster Antrag

- wenn die Entscheidung der Behörde eilbedürftig ist, sollte dies im Antrag erwähnt und kurz begründet werden
- kann zum Beispiel bei einem Antrag GdB und Merkzeichen bei Akutbehandlung wichtig sein
- Behörde hat die Möglichkeit, aus Antrag eine vorläufige Entscheidung zu treffen



Anspruch auf Beratung und Auskunft

- bereits vor Antragstellung haben Leistungsberechtigte gegen die Behörde einen Anspruch auf Auskunft und Beratung über die zustehenden Rechte und Leistungen



Exkurs: ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)



EUTB

- für Menschen mit Behinderung wurden durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ergänzende unabhängige Beratungsstellen (EUTB) eingeführt
- EUTB's erbringen keine rechtliche Beratung
- geben praktische Hinweise und Hilfestellungen



Link Teilhabeberatung

<https://www.teilhabeberatung.de/>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



The screenshot shows the header of the EUTB website. On the right side, there is a blue speech bubble icon followed by the text "ALLTAGSSPRACHE". The main logo on the left consists of a blue play button icon inside a yellow circle, followed by the letters "EUTB" in a blue, sans-serif font. Below the logo, the text "Ergänzende unabhängige" is written in blue, and "FACHSTELLE Teilhabeberatung" is written in orange and blue. At the bottom of the header, a navigation menu contains the items "Beratung", "Die Fachstelle", "Wissen", and "Aktuelles", separated by dots.



Exkurs Ende



Mitwirkungspflichten

- Behörden ermitteln den Sachverhalt „von Amts wegen“
- seitens des Leistungsberechtigten bestehen unabhängig davon Auskunftspflicht und Mitwirkungspflichten



Mitwirkungspflichten II

- in der Regel werden von den Behörden abhängig von der beantragten Leistung Fragebögen übermittelt
- die Fragebögen sind sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen
- bei Antragstellung nicht vorhandene oder später eingegangene Unterlagen sollten unverzüglich nachgereicht werden



Verletzung von Mitwirkungspflichten

- werden Mitwirkungspflichten verletzt, kann die Leistung verweigert werden
- vor einer Ablehnung ist der Leistungsberechtigte von der Behörde schriftlich auf die Folgen hinzuweisen
- es ist eine angemessene Frist zu setzen, innerhalb derer die geforderten Angaben nachgereicht oder erforderliche Handlungen nachgeholt werden können



Bearbeitungsdauer

- über einen Antrag ist binnen angemessener Frist zu entscheiden
- in der Regel beträgt die Frist für eine Antragsbearbeitung bis zu 6 Monate



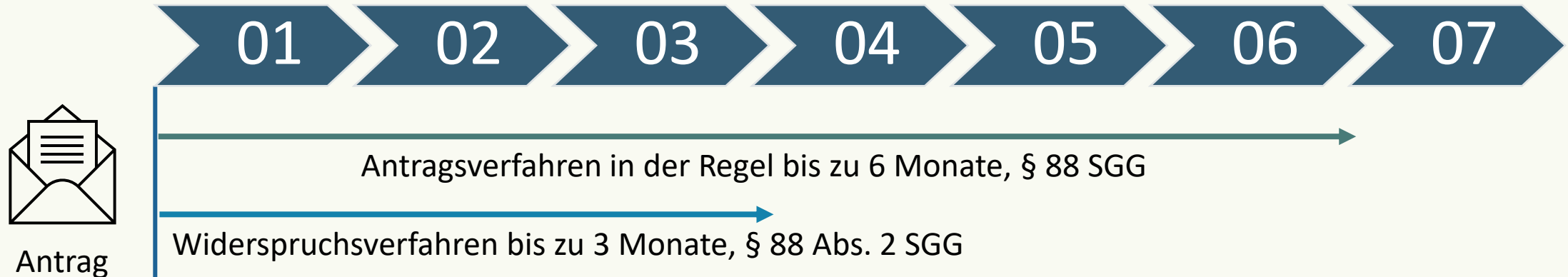
Bearbeitungsfristen

- für bestimmte Leistungen bestehen abweichende Regelungen, zum Beispiel bei
 - einem Erstantrag zur Einstufung in einen Pflegegrad bei der Pflegeversicherung (25 Arbeitstage) oder
 - Leistungen der Krankenversicherung 3/5 Wochen (Stichwort: Genehmigungsfiktion) oder
 - Rehabilitationsleistungen in der Regel 2 Monate



Übersicht Bearbeitungsfristen

Monat



Ausnahmen (Beispiele):

→ Erstantrag Einstufung Pflegegrad, 25 Arbeitstage, § 18 Abs. 3 S. 2 SGB XI

→ + → Antrag Krankenkassen 3 Wochen +
2 Woche bei notwendigem Gutachten, § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V

→ Antrag Rehabilitation 2 Monate, § 18 Abs. 1 SGB IX

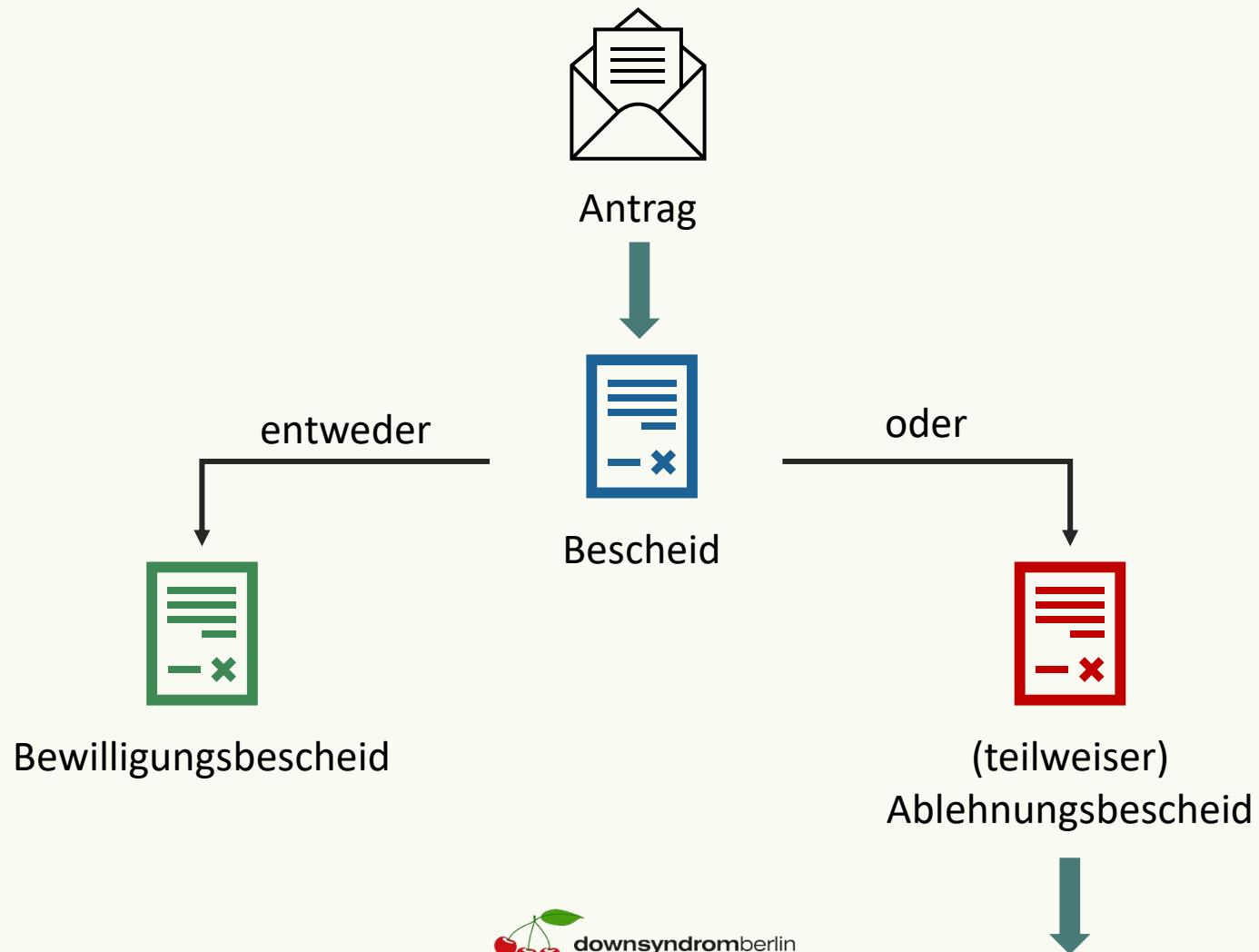


Entscheidung der Behörde

- über einen Antrag entscheidet eine Behörde durch Bescheid
- die Entscheidung der Behörde ist dem Leistungsberechtigten bekannt zu geben
- in der Regel wird die Entscheidung mit der Post verschickt
- mit der Bekanntgabe beginnen Fristen zu laufen
- notieren Sie den Tag des Zugangs auf dem Bescheid



Grafik Antragsverfahren



Widerspruch

- besteht mit der Entscheidung einer Behörde kein Einverständnis, kann gegen die Entscheidung Widerspruch eingelegt werden
- die Frist zur Einlegung des Widerspruchs beträgt 1 Monat
- die Frist beginnt mit dem Zugang der Entscheidung zu laufen



Formalien Widerspruch

- der Widerspruch ist schriftlich (keine E-Mail!) bei der Behörde einzulegen, die den Bescheid erlassen hat
- er muss innerhalb der Widerspruchsfrist bei der Behörde eingehen
- wird die Widerspruchsfrist versäumt, wird der Bescheid bestandskräftig und verbindlich
- ggf. kommt ein Überprüfungsantrag in Betracht

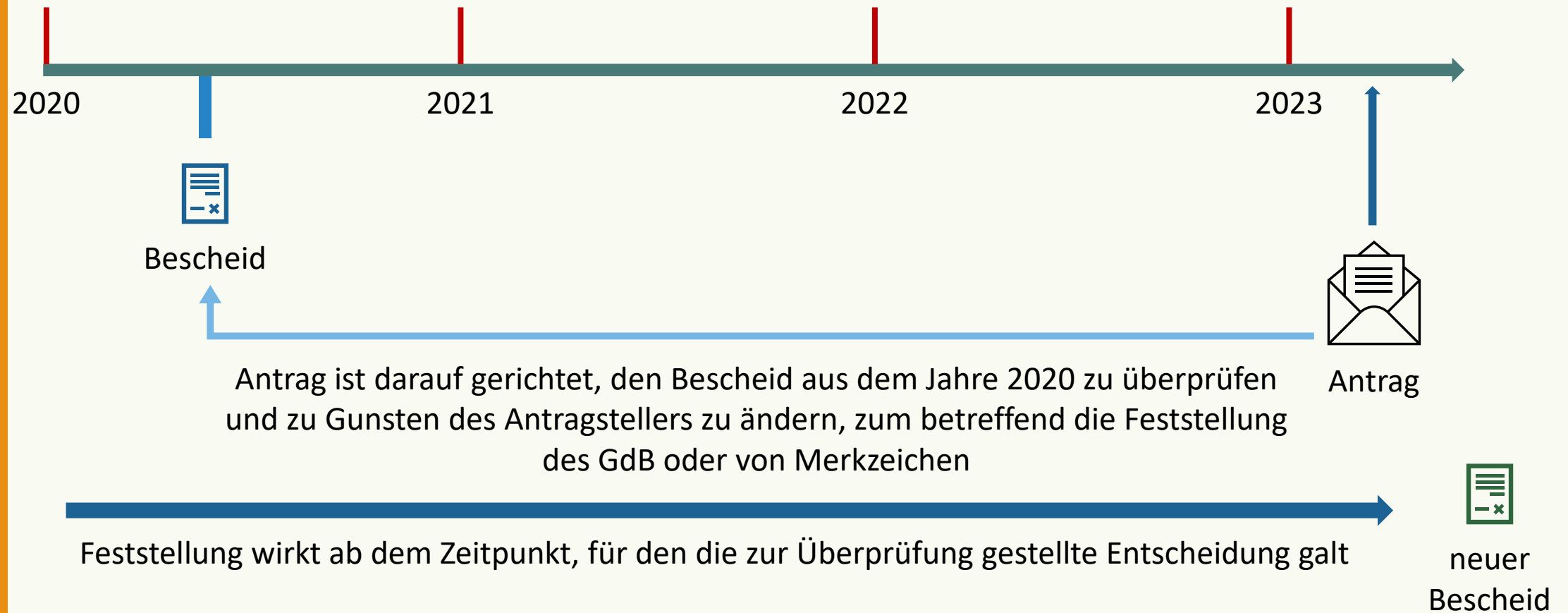


Exkurs: Überprüfungsantrag

§ 44 SGB X



Grafik Überprüfungsantrag



Exkurs Ende



Begründung Widerspruch

- auch wenn ein Widerspruch nicht begründet werden muss, empfiehlt es sich, kurz auszuführen, warum mit der angegriffenen Entscheidung kein Einverständnis besteht



Muster Widerspruch

Absender
Empfänger

Datum

Ihr Zeichen
Bescheid vom ... wegen ..

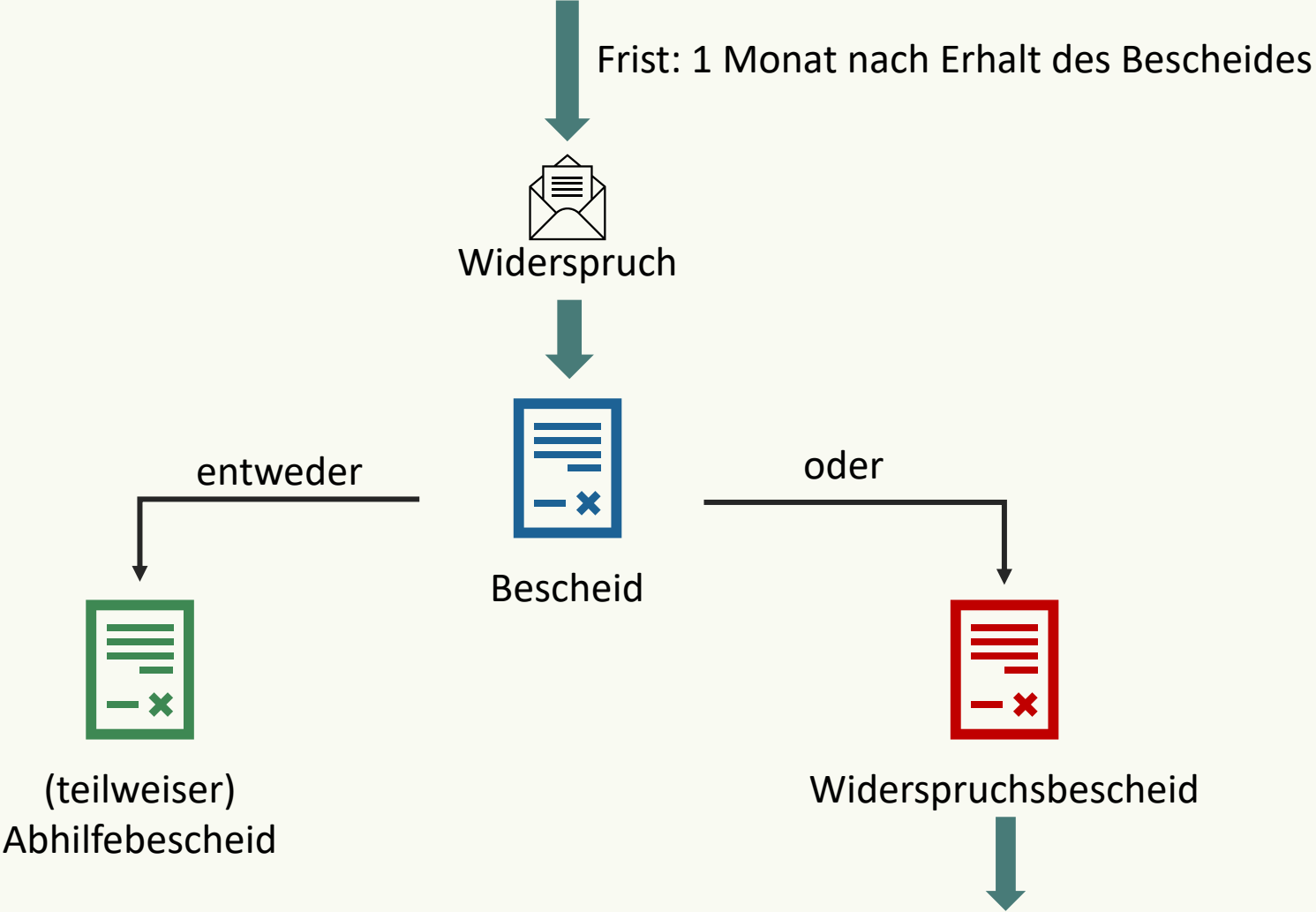
Sehr geehrte Damen und Herren,

in vorbezeichneter Angelegenheit lege ich gegen Ihren Bescheid vom ...,
Az. ..., Widerspruch ein.

Die getroffene Entscheidung ist falsch, weil



Grafik Widerspruchsverfahren

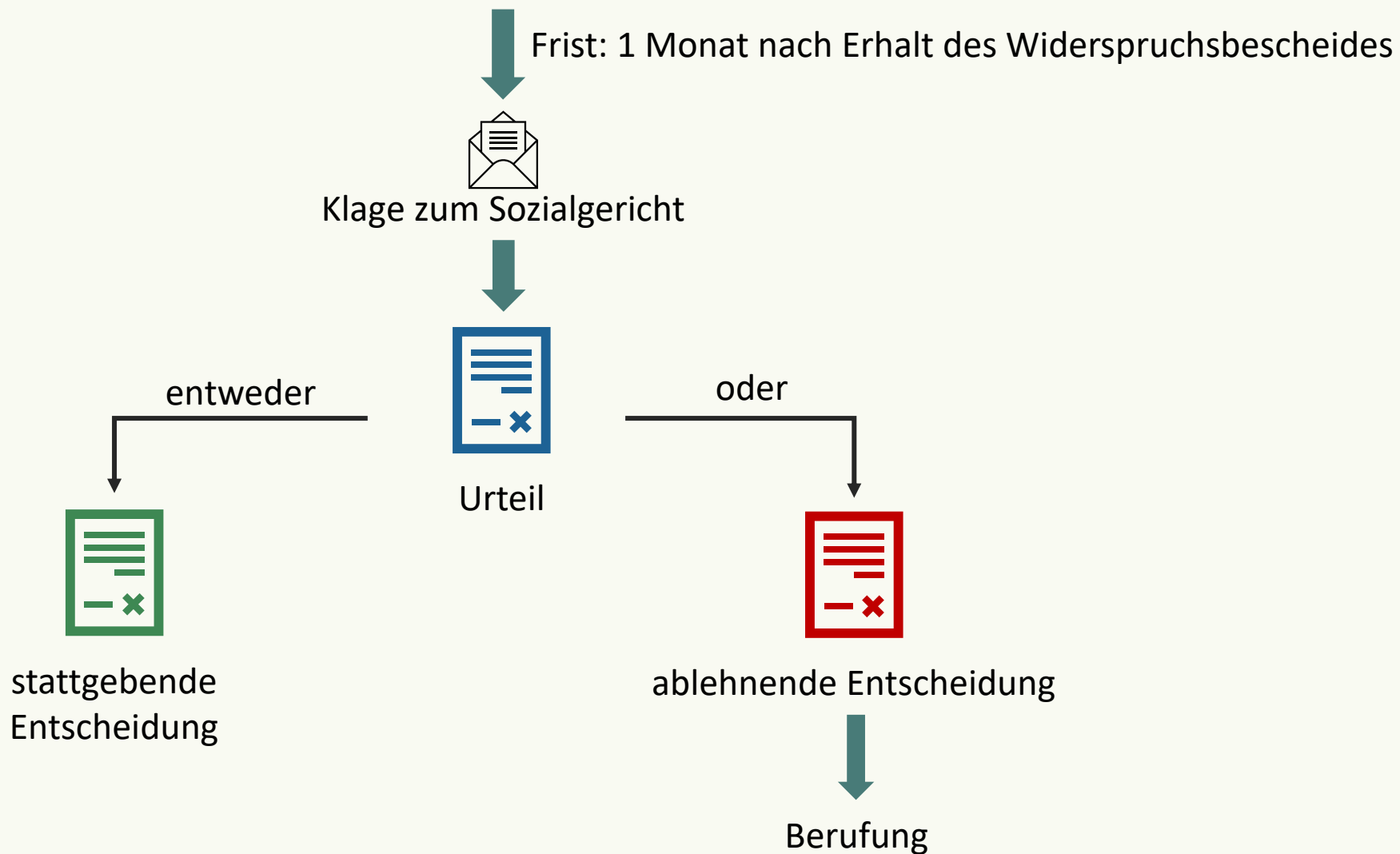


Klageverfahren

- sollte die Behörde dem eingelegten Widerspruch nicht abhelfen, ergeht ein Widerspruchsbescheid
- gegen den Widerspruchsbescheid kann man beim Sozialgericht Klage einreichen
- die Klage ist innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheides beim Sozialgericht einzureichen



Grafik Klageverfahren



Kosten des sozialgerichtlichen Verfahrens

- entscheidet eine Behörde nicht innerhalb der vom Gesetz vorgesehenen Fristen, kann eine Untätigkeitsklage eingereicht werden
- die Untätigkeitsklage kann im Ausgangsverfahren in der Regel frühestens nach 6 Monaten eingereicht werden, im Widerspruchsverfahren frühestens nach 3 Monaten
- die Untätigkeitsklage hat lediglich eine Entscheidung der Behörde zum Ziel, eine bestimmte Entscheidung kann nicht erzwungen werden



Exkurs: Untätigkeitsklage



Untätigkeitsklage

- entscheidet eine Behörde nicht innerhalb der vom Gesetz vorgesehenen Fristen, kann eine Untätigkeitsklage eingereicht werden
- die Untätigkeitsklage kann im Ausgangsverfahren in der Regel frühestens nach 6 Monaten eingereicht werden, im Widerspruchsverfahren frühestens nach 3 Monaten
- die Untätigkeitsklage hat lediglich eine Entscheidung der Behörde zum Ziel, eine bestimmte Entscheidung kann nicht erzwungen werden



Exkurs Ende



Exkurs: Rechtsanwaltsgebühren im Sozialrecht

bei Verbrauchern (privilegiert klagebefugte Personen, § 183 SGG)



Gebühren des Rechtsanwalts

- Höhe der Gebühren bestimmt sich im Einzelfall u.a. nach dem Umfang und der Schwierigkeit der Angelegenheit
- zusätzlich fallen regelmäßig noch die Post- und Telekommunikationspauschale (pro Verfahrensabschnitt 20 €) sowie die Mehrwertsteuer (derzeit 19 %) an
- unter Umständen fallen zusätzlich Auslagen, wie Fahrtkosten oder Kopierkosten an



Übersicht außergerichtliche Tätigkeit

Gebührentatbestand	Höhe der Gebühr
Erstberatungsgebühr	bis zu 190 €
Geschäftsgebühr	60 € bis 768 €
Einigungsgebühr	60 € bis 768 €



Übersicht Tätigkeit vor dem Sozialgericht

Gebührentatbestand	Höhe der Gebühr
Verfahrensgebühr	60 € bis 660 €
Terminsgebühr	60 € bis 610 €
Einigungsgebühr	60 € bis 610 €



Übersicht Tätigkeit vor dem Landessozialgericht

Gebührentatbestand	Höhe der Gebühr
Verfahrensgebühr	72 € bis 816 €
Terminsgebühr	60 € bis 610 €
Einigungsgebühr	72 € bis 816 €



Abrechnungsbeispiel Widerspruchsverfahren

Der Rechtsanwalt wird mit der Einlegung eines Widerspruchs gegen einen ablehnenden Bescheid der Pflegeversicherung beauftragt. Die Angelegenheit ist weder schwierig noch umfangreich.

Geschäftsgebühr	359,00 €
Post- und Telekommunikation	20,00 €
Zwischensumme	379,00 €
Umsatzsteuer (19 %)	72,01 €
Summe	451,01 €



Abrechnungsbeispiel Widerspruchs- und Klageverfahren

Die Rechtsanwältin wird mit der Einlegung eines Widerspruchs gegen einen ablehnenden Bescheid der Pflegeversicherung beauftragt. Der Widerspruch ist ohne Erfolg und es wird Klage eingereicht. Die Angelegenheit ist weder schwierig noch besonders umfangreich.

Widerspruchsverfahren	Geschäftsgebühr	359,00 €
	Post- und Telekommunikation	20,00 €
I. Instanz	Verfahrensgebühr	360,00 €
	Anrechnung	-179,50 €
	Terminsgebühr	335,00 €
	Post- und Telekommunikation	20,00 €
	Zwischensumme	914,50 €
	Umsatzsteuer (19 %)	173,76 €
	Summe	1.088,26 €



Exkurs Ende



Exkurs: Beratungshilfe / Prozesskostenhilfe



Beratungshilfe / Prozesskostenhilfe

- für den Fall, dass die persönlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen vorliegen, kann für das Widerspruchsverfahren und die Prüfung eines Widerspruchsbescheides Beratungshilfe gewährt werden
- für das Verfahren vor dem Gericht kann Prozesskostenhilfe gewährt werden



Beratungshilfe

- es ist zu empfehlen, den Antrag selbst unmittelbar beim zuständigen Amtsgericht zu stellen und erst nach Erhalt des Berechtigungsscheines den Rechtsanwalt aufzusuchen
- wenn Beratungshilfe gewährt wird, fällt lediglich ein Eigenanteil von 15 € für die Tätigkeit des Rechtsanwalts an



Link Beratungshilfe

https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Antrag_auf_Bewilligung_von_Beratungshilfe.pdf?__blob=publicationFile&v=7

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

An das
 Amtsgericht
 Postleitzahl, Ort

Geschäftsnummer des Amtsgerichts
Diese Felder sind nicht vom Antragsteller auszufüllen.
 Eingangskennzel des Amtsgerichts:

Antrag auf Bewilligung von Beratungshilfe

Antragsteller (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)	Beruf, Erwerbstätigkeit	Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Tageüber telefonisch erreichbar unter Nummer	

A Ich beantrage Beratungshilfe in folgender Angelegenheit (bitte Sachverhalt kurz erläutern):

B In der vorliegenden Angelegenheit tritt keine Rechtschutzversicherung ein.
 In dieser Angelegenheit besteht für mich nach meiner Kenntnis keine andere Möglichkeit, kostenlose Beratung und Vertretung in Anspruch zu nehmen.
 In dieser Angelegenheit ist mir bisher Beratungshilfe weder bewilligt noch versagt worden.
 In dieser Angelegenheit wird oder wurde von mir bisher kein gerichtliches Verfahren geführt.
Wichtig: Wenn Sie nicht alle diese Kästchen ankreuzen können, kann Beratungshilfe nicht bewilligt werden. Eine Beantwortung der weiteren Fragen ist dann nicht erforderlich.

Wenn Sie laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Zweiften Buch Sozialgesetzbuch („Sozialhilfe“) beziehen und den derzeit gültigen Bescheid einschließlich des Berechnungsbogens des Sozialamtes beifügen, müssen Sie keine Angaben zu den Feldern C bis G machen, es sei denn, das Gericht prüft diese ganz oder teilweise an. Wenn Sie dagegen Leistungen nach dem Zweiften Buch Sozialgesetzbuch („Bürgergeld“) beziehen, müssen Sie die Felder ausfüllen.

C Ich habe monatliche Einkünfte in Höhe von brutto EUR, netto EUR.
 Mein Ehegatte/meine Ehegattin bzw. mein eingetragener Lebenspartner/meine eingetragene Lebenspartnerin hat monatliche Einkünfte von netto EUR.

D Meine Wohnung hat eine Größe von m². Die Wohnkosten betragen monatlich insgesamt EUR. Ich zahle davon EUR.
 Ich bewohne diese Wohnung allein / mit weiteren Person(en).

	Welchen Angehörigen gewähren Sie Unterhalt? (Umfeld kann in Form von Geldstrafen, aber auch durch Gewährung von Unterkunft, Verpflegung etc. erfolgen. Bitte nennen Sie hier Name, Vorname dieser Angehörigen (Bewilligt nur, wenn sie von Ihrer Anschrift abweicht)	Geburtsdatum	Familienverhältnis des Angehörigen zu Ihnen (z. B. Ehegatte, Kind)	Wenn Sie den Unterhalt ausschließlich durch Zahlung leisten (in Jahr- und EUR)	Hat dieser Angehörige eigene Einnahmen? (z. B. Ausbezahlungsleistung, Unterhaltszahlung von anderen Eltern)	
					ja, mit EUR netto:	ja, mit EUR netto:
1					ja, mit EUR netto:	ja, mit EUR netto:
2					ja, mit EUR netto:	ja, mit EUR netto:
3					ja, mit EUR netto:	ja, mit EUR netto:
4					ja, mit EUR netto:	ja, mit EUR netto:

1



Prozesskostenhilfe

- der Antrag muss vollständig ausgefüllt und mit den Anlagen versehen werden (wichtig!)
- der Antrag wird vom Rechtsanwalt bei Gericht eingereicht



Link Prozesskostenhilfe

https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Erklaerung_Verhaeltnisse_Prozess_oder_Verfahrenskostenhilfe.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Bezeichnung, Ort und Geschäftsnummer des Gerichts:

Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse bei Prozess- oder Verfahrenskostenhilfe
 – Belege sind in Kopie durchnummeriert beizufügen –

A Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Beruf, Erwerbstätigkeit	Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Taschreiber, erreichbar unter Nummer	
Sofern vorhanden: Gesetzlicher Vertreter (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)			

B Rechtsschutzversicherung/Mitgliedschaft

1. Trägt eine Rechtsschutzversicherung oder eine andere Stelle/Person (z. B. Gewerkschaft, Mieterverein, Sozialverband) die Kosten Ihrer Prozess- oder Verfahrensführung?

Nein Ja

In welcher Höhe? Wenn die Kosten in voller Höhe von einer Versicherung oder anderen Stelle/Person getragen werden, ist die Bewilligung von Prozess- oder Verfahrenskostenhilfe nicht möglich und damit die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

2. Wenn nein: Besteht eine Rechtsschutzversicherung oder die Mitgliedschaft in einem Vereiner/Personenorganisation (z. B. Gewerkschaft, Mieterverein, Sozialverband), der/die die Kosten der beabsichtigten Prozess- oder Verfahrensführung tragen oder einen Prozessbevollmächtigten stellen könnte?

Nein Ja

Bezeichnung der Versicherung/des Vereins/der Organisation. Können Sie möglichst vorab, ob die Kosten getragen werden. Bereits vorhandene Siegel über eine (Teil-)Abtretung seitens der Versicherungs-/Vereins/der Organisation fügen Sie dem Antrag bei.

C Unterhaltsanspruch gegenüber anderen Personen

Haben Sie Angehörige, die Ihnen gegenüber gesetzlich zur Leistung von Unterhalt verpflichtet sind (auch wenn tatsächlich keine Leistungen erfolgen)? z. B. Mutter, Vater, Ehegatte/Ehegattin, eingetragene(r) Lebenspartner/Lebenspartnerin

Nein Ja

Name des Unterhaltsverpflichteten. Bitte geben Sie auf einem weiteren Exemplar dieses Formulars seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse an, sofern diese nicht bereits vollständig aus den folgenden Abschnitten ersichtlich sind.

D Angehörige, denen Sie Bar- oder Naturalunterhalt gewähren

Name, Vorname, Anschrift (gibt sie von Ihrer Anschrift abweichend)	Geburtsdatum	Verhältnis (z. B. Ehegatte, Kind, Mutter)	Monatsbetrag in EUR, soweit Sie den Unterhalt nur durch Zahlung gewähren	Haben diese Angehörigen eigene Einnahmen? z. B. Ausübungsergütung, Unternehmenszahlung vom anderen Ehepartner usw.	Bemerkungen
1				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	mt. EUR netto
2				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	mt. EUR netto
3				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	mt. EUR netto
4				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	mt. EUR netto
5				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	mt. EUR netto

- Allgemeine Fassung -

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Exkurs Ende



Menschen mit Behinderung

SGB IX



Menschen mit Behinderung, § 2 SGB IX

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



schwerbehinderte Menschen

Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX, also der Bundesrepublik Deutschland, haben.



Gleichstellung, § 151 SGB IX

Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).



Antrag Feststellung Behinderung

- Antrag auf Feststellung einer Behinderung ist bei der zuständigen Behörde zu stellen
- die zuständige Behörde richtet sich jeweils nach dem Bundesland
- Antrag auf Feststellung einer Behinderung und eines Merkzeichens kann auch rückwirkend gestellt werden
- ab einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 stellt die Behörde einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch aus („Schwerbehindertenausweis“)



Link Anträge GdB in Deutschland

https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/01_Schwerbehindertenausweis/Schwerbehindertenausweis.html?nn=11179514

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

3 Wählen Sie den richtigen Antrag

Die Anträge für einen Schwerbehindertenausweis unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland. Wählen Sie daher unten das Bundesland Ihres derzeitigen Wohnorts aus, um das passende Antragsformular zu finden.

Die Suche zeigt Ihnen zusätzlich die genaue Anschrift und die Kontaktdaten Ihres zuständigen Versorgungsamts an.

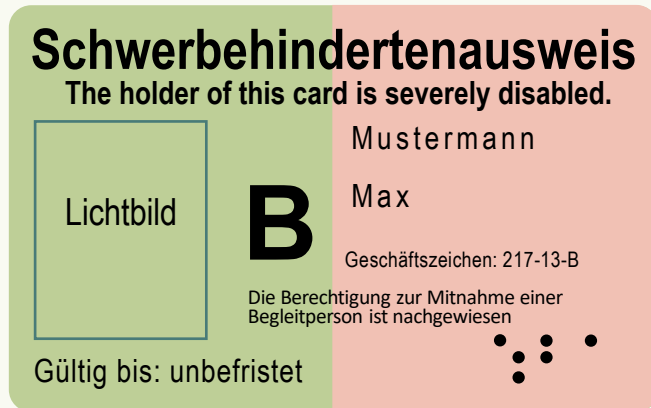
Bundesland

Bundesland auswählen

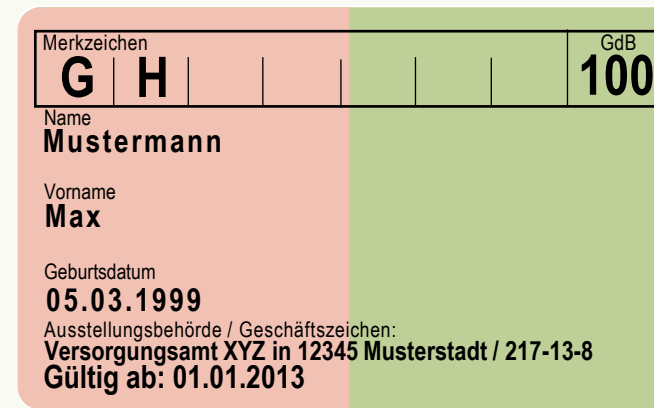


Grafik amtlicher Schwerbehindertenausweis

Vorderseite



Rückseite



53,98 mm

85,60 mm



Gültigkeitszeitraum Schwerbehindertenausweis

- in der Regel wird der Ausweis für 5 Jahre ausgestellt
- bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann eine unbefristete Ausstellung erfolgen
- bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren wird der Ausweis in der Regel bis zum 10. Lebensjahr befristet
- bei schwerbehinderten Kindern zwischen 10 und 15 Jahren wird der Ausweis in der Regel bis zum 20. Lebensjahr befristet
- bei ausländischen, schwerbehinderten Menschen ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig



Bedeutung des GdB

- der Grad der Behinderung ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Behinderung
- der Grad der Behinderung sagt nichts über die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung in seinem konkret ausgeübten oder angestrebten Beruf aus



Voraussetzungen Behinderung

- eine Behinderung erfordert das Abweichen des für das Lebensalter typischen Gesundheitszustandes
- Grundlage für die Beurteilung und die Bildung des Gesamt-GdB sind die Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VersMedV)
- für die Bestimmung des GdB werden im ersten Schritt die einzelnen Körperfunktionen untersucht und deren konkrete Beeinträchtigung festgestellt
- für jede beeinträchtigte Körperfunktion wird ein Einzel-GdB bestimmt
- nach Feststellung sämtlicher Beeinträchtigungen wird ein Gesamt-GdB bestimmt

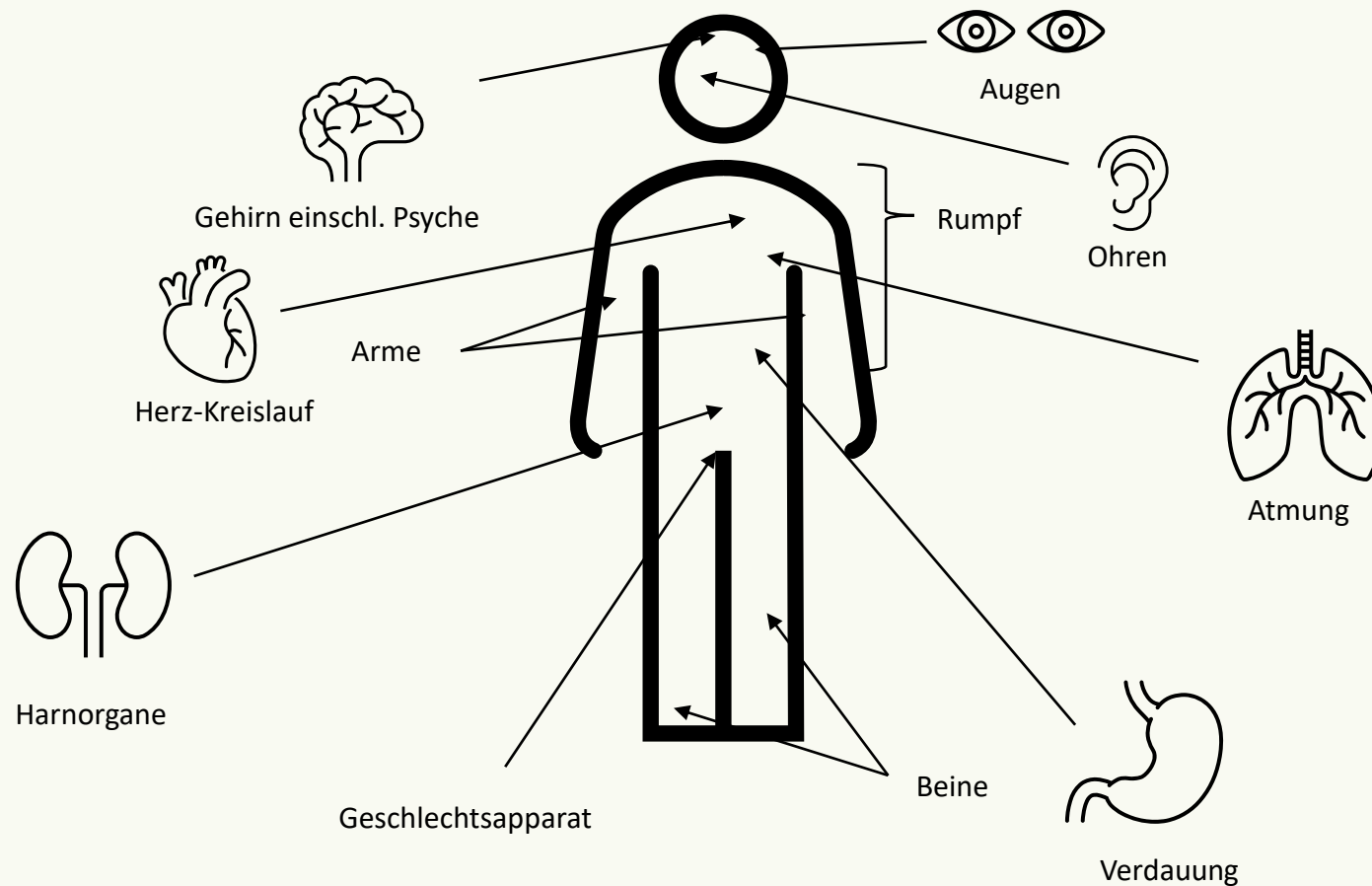


Bestimmung des GdB

- für jede einzelne gesundheitliche Normabweichung ist ein Einzel-GdB festzusetzen, soweit eine Teilhabebeeinträchtigung bedingt wird
- Einzel-GdB bezeichnet keine einzelne Behinderung, sondern ist lediglich Rechengröße für die Bewertung des Ausmaßes des Gesamt-GdB



Grafik Funktionssysteme



sowie:

- Haut
- Blut einschließlich blutbildende Gewebe und Immunsystem
- Innere Sekretion und Stoffwechsel



Bestimmung des Gesamt-GdB

- Auswirkungen der Beeinträchtigungen werden in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt, § 152 Abs. 3 S. 1 SGB IX
- ermittelt aus einer Zusammenschau sämtlicher Funktionsbeeinträchtigungen

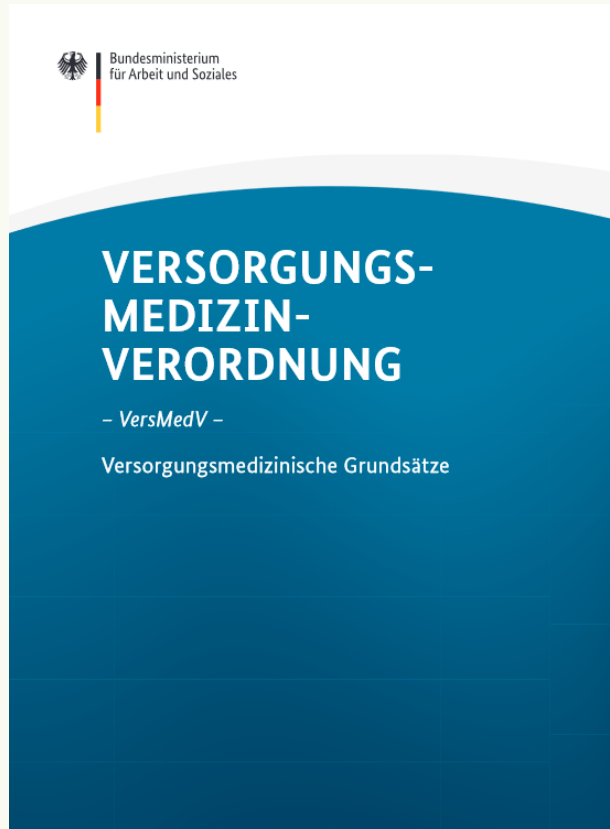


Konstellationen beim Gesamt-GdB

- mehrere Behinderungen gehen ineinander auf - der für die eine Behinderung festgesetzte GdB erhöht sich nicht
- Auswirkungen von Behinderungen überschneiden sich
- Auswirkungen mehrerer Behinderungen verstärken sich
- mehrere Behinderungen bringen völlig verschiedene funktionale Ausfälle mit sich und führen zu unabhängig voneinander bestehenden Störungen – rechtfertigt höheren GdB



Link Versorgungsmedizinverordnung



https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/k710-versorgungsmedizinverordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=1



Feststellung Merkzeichen

- Merkzeichen sind Buchstaben, die auf der Rückseite des Schwerbehindertenausweises (also ab GdB 50 und höher) eingetragen werden
- Merkzeichen dienen als Nachweis für besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen
- mit den einzelnen Merkzeichen sind unterschiedliche Rechte verbunden



Übersicht Merkzeichen

H	→	hilflos
B	→	Begleitperson erforderlich
G	→	erheblich gehbehindert
aG	→	außergewöhnlich gehbehindert
Bl	→	blind
Gl	→	gehörlos
TBl	→	taubblind
RF	→	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags



Merkzeichen „H“

- Betroffene brauchen infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend, sondern dauernd für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, die der Sicherung der persönlichen Existenz dienen, im Ablauf eines jeden Tages in erheblichem Umfang fremder Hilfe
- eine Einstufung in den Pflegegrad 4 oder 5 hat regelmäßig die Zuerkennung des Merkzeichens „H“ zur Folge



Exkurs: Merkzeichen „H“ bei Kindern



Merkzeichen „H“ bei Kindern

- bei Kindern zählt auch die Anleitung und Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie die notwendige Überwachung zu den Hilfeleistungen
- zu berücksichtigen ist nur der Mehraufwand im Vergleich zu gleichaltrigen gesunden Kindern



Besonderheit bei Kindern

- besonders im Kindesalter kann auch schon bei einem niedrigeren GdB Hilflosigkeit vorliegen
- Kinder müssen den adäquaten Umgang mit ihrer Behinderung im Laufe ihrer Entwicklung erwerben
- für die Beurteilung des Hilfebedarfs sind die Regelungen des § 33b EStG heranzuziehen



Beispiel Hilfebedürftigkeit bei Kindern

Hilfebedürftigkeit kann zum Beispiel vorliegen bei:

- Mukoviszidose bei einem GdB von wenigstens 50 bis zum 16. Lebensjahr, bei schweren und schwersten Einschränkungen bis zum 18. Lebensjahr
- angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung bis zu einer Besserung durch eine Operation, längstens bis zum 16. Lebensjahr
- malignen Erkrankungen für die Dauer der zytostatischen Therapie



Exkurs Ende



Merkzeichen „B“

- ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen notwendig, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind
- die Feststellung des Merkzeichens „B“ bedeutet nicht, dass die schwerbehinderte Person, wenn sie nicht in Begleitung ist, eine Gefahr für sich oder andere darstellt



Merkzeichen „G“

- in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt, wer Wegstrecken im Ortsverkehr infolge einer Einschränkung des Gehvermögens auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden



Fälle von Merkzeichen „G“ (Beispiele)

- Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule mit einem GdB von mindestens 50
- schwere innere Leiden, wenn dadurch die Gehfähigkeit erheblich eingeschränkt ist, z.B. bei schweren Herzschäden oder dauernden Einschränkungen der Lungenfunktion



Merkzeichen „aG“

- das Merkzeichen „aG“ ist nur zuzuerkennen, wenn wegen außergewöhnlicher Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das schwerste eingeschränkt ist; die Beeinträchtigung des Orientierungsvermögens allein reicht nicht aus
- erforderlich ist seit 01.01.2017 eine mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, die allein einem GdB von wenigstens 80 entspricht
- die außergewöhnliche Gehbehinderung muss nicht aufgrund von orthopädischen, sondern kann auch wegen schwerer Beeinträchtigung innerer Organe vorliegen



Merkzeichen „Bl“

- Blindheit liegt vor, wenn das Augenlicht vollständig fehlt
- „Blind“ ist auch derjenige, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleich zu setzen sind



Merkzeichen „GI“

- das Merkzeichen „GI“ wird bei Gehörlosigkeit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung anerkannt



Merkzeichen „TBI“

- das Merkzeichen „TBI“ wird zuerkannt, wenn eine Störung der Hörfunktion einen GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 anerkannt ist



Merkzeichen „RF“

die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Anerkennung des Merkzeichens „RF“ liegen vor bei

- Blindheit oder wesentlicher Sehbehinderung, die einen GdB von wenigstens 60 allein für die Sehbehinderung bedingt,
- Hörgeschädigten, bei denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (GdB für Hörbehinderung wenigstens 50) oder
- Behinderten mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können



Exkurs: Merkzeichen nach Landesrecht



Merkzeichen „T“ (Berlin)

- in Berlin gibt es das Sondermerkzeichen „T“ für Teilnahme am Sonderfahrdienst des Landes Berlin
- Voraussetzung ist Zuerkennung Merkzeichen „aG“ und mobilitätsbezogener GdB von wenigstens 80 und einer Fähigkeitsstörung beim Treppensteigen
- siehe auch: <https://www.berlin.de/sen/soziales/service/berlin-sozialrecht/kategorie/rechtsvorschriften/sfd-573404.php>



Merkzeichen „HS“ (M-V)

- hochgradig sehbehinderte Menschen (Sehvermögen auf beiden Augen nicht besser als 0,05)
- auch schwerbehinderte Menschen mit Sehstörung, die einen GdB 100 wegen der Sehstörung zuerkannt bekommen, aber noch nicht blind („Bl“) sind
- siehe auch: <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlrBliGGMV2009V6P1/part/S>



steuerliche Auswirkungen und Nachteilsausleihe bei einem GdB

EStG, Verwaltungsvorschriften



Steuererleichterungen Einkommensteuer

- Aufwendungen, die wegen einer Behinderung entstehen, können als außergewöhnliche Belastungen bei der Festsetzung der Einkommensteuer geltend gemacht werden
- es wird ein zumutbarer Eigenanteil entsprechend der Höhe der Einkünfte angerechnet, weshalb sich regelmäßig die Geltendmachung des Behinderten-Pauschbetrages für Menschen mit Behinderung gemäß § 33b Absatz 3 EStG empfiehlt
- Pflegepersonen – und damit insbesondere Eltern mit Kindern mit Behinderung – können den Pflege-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 6 EStG für die Aufwendungen der häuslichen Pflege geltend machen



Link Berechnung zumutbare Belastung

https://www.finanzamt.bayern.de/Informationen/Steuerinfos/Steuerberechnung/Zumutbare_Belastung/default.php

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Zentralfinanzamt Nürnberg
FA-Nr. 9241

› [Startseite](#) › [Steuerinfos](#) › [Steuerberechnung](#) › [Zumutbare Belastung](#)

Start	Berechnung der zumutbaren Belastung gem. § 33 Abs. 3 EStG Ermittlung der Höhe der zumutbaren Belastung gemäß § 33 Absatz 3 EStG und des Betrags der abziehbaren außergewöhnlichen Belastungen nach den Grundsätzen des Urteils des Bundesfinanzhofs vom 19.01.2017 - VI R 75/14. Hierzu: Information des Bundesfinanzministeriums
Aktuelles	
Kontakt	
ELSTER	
Formulare	
Steuerinfos	



Behinderten-Pauschbetrag (allgemein)

- mit dem Behinderten-Pauschbetrag werden die laufenden und typischen Aufwendungen für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (häusliche Hilfe), für die Pflege (Pflege- und Heimkosten) sowie für einen erhöhten Wäschebedarf abgegolten
- berücksichtigt werden die Aufwendungen, die erfahrungsgemäß durch die Behinderung entstehen und deren alleinige behinderungsbedingte Veranlassung nur schwer nachweisbar ist
- alle weiteren behinderungsbedingten Aufwendungen (Kuren, Arznei- und Arztkosten u.ä.) können daneben als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG berücksichtigt werden

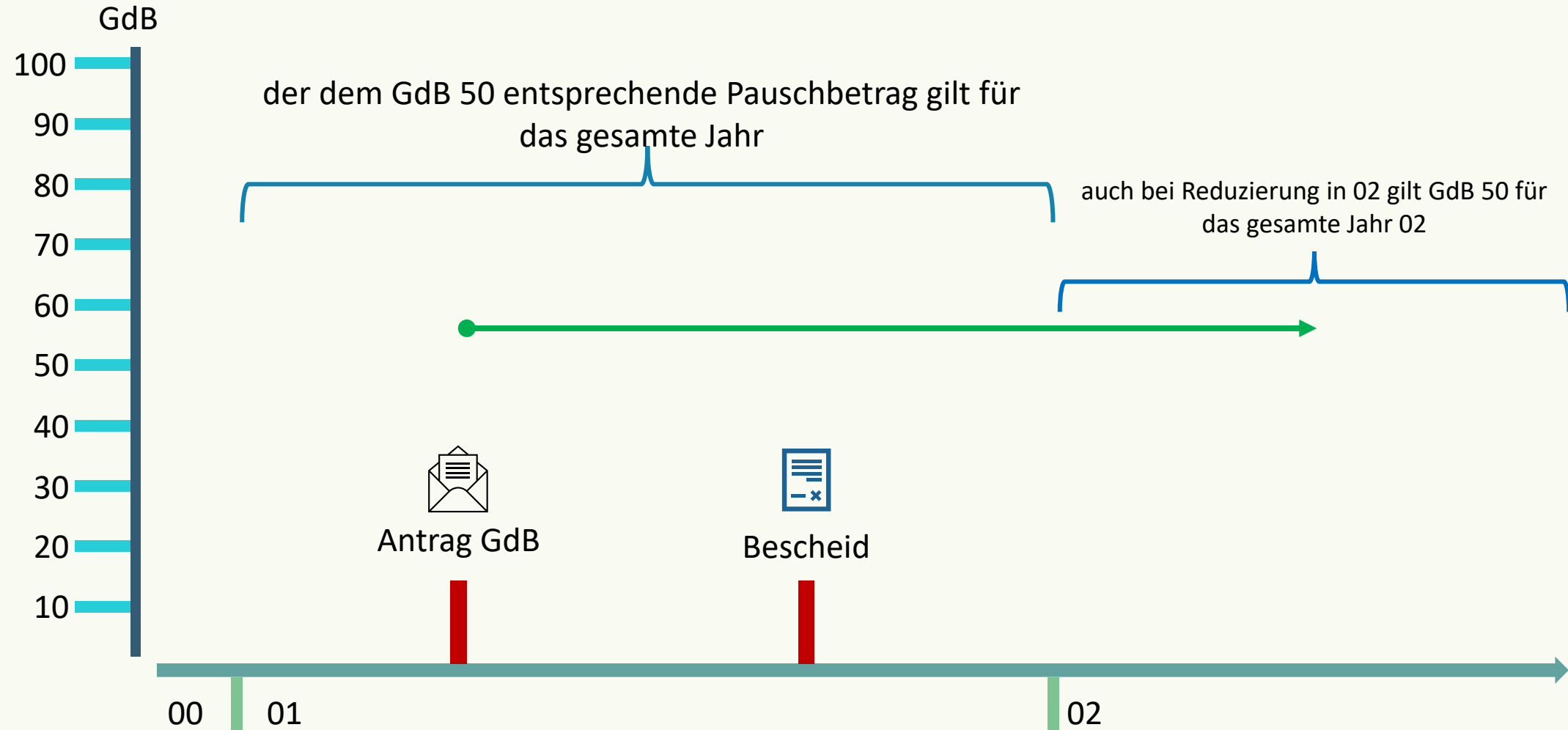


Behinderten-Pauschbetrag (Kinder)

- bei Kindern mit Behinderung ohne eigene Steuererklärung können sich die Eltern auf Antrag beim Finanzamt den Behinderten-Pauschbetrag von ihrem Kind mit Behinderung übertragen lassen, wobei Voraussetzung ist, dass die Eltern für das Kind Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhalten
- anstelle Kindergeld oder Kinderfreibetrag ist auch Betreuungsfreibetrag ausreichend
- bei geschiedenen, dauernd getrennt lebenden oder unverheirateten Eltern wird der Behinderten-Pauschbetrag jeweils zur Hälfte auf beide Elternteile übertragen, sofern die Eltern nicht eine andere Aufteilung geltend machen



Behinderten-Pauschbetrag (Änderungen im Jahr)



Behinderten-Pauschbetrag (Rückwirkung)

- wird rückwirkend ein GdB oder das Merkzeichen „H“ anerkannt, kann beim Finanzamt der Behinderten-Pauschbetrag nachträglich geltend gemacht werden, soweit noch keine Festsetzungsverjährung eingetreten ist
- die steuerliche Festsetzungsfrist beträgt vier Jahre und beginnt am 31.12. des zu veranlagenden Steuerjahres
- für die Fristberechnung kommt es auf den Zeitpunkt der Antragstellung beim Versorgungsamt an



Übersicht Behinderten-Pauschbetrag ab 2021

Grad der Behinderung	Pauschbetrag
20	364 €
30	620 €
40	860 €
50	1.140 €
60	1.440 €
70	1.780 €
80	2.120 €
90	2.460 €
100	2.840 €

- der jährliche Pauschbetrag erhöht sich auf 7.400 €, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „H“, „Bl“ oder „TBl“ eingetragen ist
- seit dem Veranlagungszeitraum steht dem Merkzeichen „H“ die Einstufung in die Pflegegrade 4 und 5 gleich



Behinderte mit GdB zwischen 25 und 50 (bis Veranlagungszeitraum 2020)

- für die Gewährung des Pauschbetrages zusätzlich Voraussetzung, dass wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge gezahlt werden, auch wenn diese ruhen oder durch eine Kapitalzahlung abgefunden worden sind oder
- die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat bzw. auf einer typischen Berufskrankheit beruht



Behinderte mit GdB zwischen 25 und 50 (ab Veranlagungszeitraum 2021)

- die Zusatzvoraussetzung bei sog. „Minderbehinderten“ fällt ab dem Veranlagungszeitraum 2021 ersatzlos weg



Link Steuererleichterungen für Menschen mit einer Behinderung

<https://www.finanzamt.nrw.de/steuerinfos/privatpersonen/menschen-mit-einer-behinderung/steuererleichterungen-fuer-menschen-mit-0>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

The screenshot shows the website 'IHRE FINANZÄMTER des Landes Nordrhein-Westfalen'. The main navigation bar includes 'STEUERINFOS', 'ELSTER', 'MEIN FINANZAMT', 'AUSBILDUNG UND KARRIERE', and 'GRUNDLAGEN'. Below this, there are tabs for 'PRIVATPERSONEN', 'UNTERNEHMEN', and 'WEITERE THEMEN'. The 'PRIVATPERSONEN' tab is active, and the breadcrumb trail reads 'Startseite > Steuerinfos > Privatpersonen > Menschen mit einer Behinderung > Lohn- und Einkommensteuer'. The main heading is 'Steuererleichterungen für Menschen mit einer Behinderung - Lohn- und Einkommensteuer', accompanied by a wheelchair icon.



Pflege-Pauschbetrag (bis Veranlagungszeitraum 2020)

- einen Pflege-Pauschbetrag in Höhe von jährlich 924 € können Angehörige geltend machen, die eine ständig hilflose Person (mit Merkzeichen „H“ oder Pflegegrad 4 oder 5) in ihrer oder der Wohnung des Pflegebedürftigen pflegen und dafür keine Einnahmen erhalten
- Pflegegeld, das die Pflegeperson von der zu pflegenden Person erhält, zählt grundsätzlich als Einnahme; eine Ausnahme bildet das Pflegegeld, das die Eltern für die Pflege ihres Kindes erhalten
- die eigene häusliche Pflege muss an mindestens 36 Tagen pro Kalenderjahr erfolgen
- der Pflege-Pauschbetrag kann zusätzlich zu dem vom Kind übertragenen Behinderten-Pauschbetrag geltend gemacht werden



Pflege-Pauschbetrag (ab Veranlagungszeitraum 2021)

- die Geltendmachung des Pflege-Pauschbetrages ist unabhängig vom Vorliegen des Kriteriums "hilflos" bei der zu pflegenden Person möglich
- der Pflege-Pauschbetrag wird bei der Pflege von Personen mit den Pflegegraden 4 und 5 auf 1.800 EUR erhöht
- ein Pflege-Pauschbetrag bei der Pflege von Personen mit den Pflegegraden 2 (600 EUR) und 3 (1.100 EUR) wird eingeführt
- Voraussetzungen für die Gewährung des Pflege-Pauschbetrags ist neben der häuslichen Pflege, dass der pflegende Steuerpflichtige für seine Pflege keine Einnahmen erhält
- wird bei Kindern neben dem Kindergeld auch Pflegegeld gezahlt, gilt die Leistung als unentgeltlich



Übersicht Pflege-Pauschbetrag

Voraussetzungen:

- mindestens Pflegegrad 2 oder „hilflos“
- unentgeltliche Pflege des Pflegebedürftigen
- Pflege eines nahen Angehörigen
- Pflege in der eigenen Häuslichkeit

Unterstützung durch Pflegedienst möglich, die eigene Pflegeleistung muss jedoch mindestens 10 % der gesamten Pflege ausmachen

Pauschbetrag:

- Pflegegrad 2: 600 €
- Pflegegrad 3: 1.100 €
- Pflegegrad 4: 1.800 €
- Pflegegrad 5: 1.800 €
- Merkzeichen „H“: 1.800 €

Kinder

wird neben dem Kindergeld auch Pflegegeld ausgezahlt, wird die Pflege von den Eltern steuerlich weiterhin „unentgeltlich“ erbracht; der Pflege-Pauschbetrag kann geltend gemacht werden



außergewöhnliche Belastungen

- durch den Behinderten-Pauschbetrag werden nur die laufenden und typischen behinderungsbedingten Mehraufwendungen, die unmittelbar infolge der Behinderung entstehen, abgegolten
- über den typischen Bedarf hinausgehende Aufwendungen können als außergewöhnliche Belastungen gemäß § 33 EStG zusätzlich zum Behinderten-Pauschbetrag geltend gemacht werden
- die zumutbare Eigenbelastung muss überschritten sein



Behinderungsbedingte Fahrtpauschale (ab 2021)

- für durch eine Behinderung verursachte Fahrten wird nur eine Pauschale gewährt
- bei GdB von wenigstens 80 oder GdB von wenigstens 70 und Merkzeichen „G“: 900 €
- bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „TBl“ oder „H“: 4.500 €
- über die Pauschale hinaus sind keine weiteren Fahrtkosten berücksichtigungsfähig



Krankheitskosten

- Krankheitskosten, die nicht anderweitig getragen oder ersetzt werden, können neben dem Behinderten-Pauschbetrag geltend gemacht werden
- die medizinische Notwendigkeit der Aufwendungen und deren Zwangsläufigkeit ist dem Finanzamt durch Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers nachzuweisen
- nicht verschreibungspflichtige Medikamente sollte man sich auf Privatrezept verordnen lassen



Kur

- eine Kur kann nur dann als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden, wenn die Kurreise zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nachweislich notwendig ist und eine andere Behandlung nicht oder kaum erfolgversprechend erscheint
- als Fahrtkosten zum Kurort sind grundsätzlich die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel anzusetzen



Aufwendungen für Urlaubsbegleitung

- Aufwendungen für eine fremde Person als Urlaubsbegleitung zählen auch zu den Krankheitskosten, die im angemessenen Umfang als außergewöhnliche Belastungen anerkannt werden
- Nachweis der Begleitbedürftigkeit ist durch ein amtsärztliches Gutachten oder eine ärztliche Bescheinigung des MD zu erbringen
- Aufwendungen von Eltern von Kindern mit Behinderung für einen Urlaub mit den Kindern können nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden



Besuchsfahrten

- Aufwendungen für Besuchsfahrten können zu berücksichtigende Krankheitskosten sein
- die Bescheinigung des behandelnden Krankenhausarztes für Besuchsfahrten zu einem für längere Zeit in einem Krankenhaus liegenden Ehegatten oder Kind des Steuerpflichtigen, in der bestätigt wird, dass der Besuch zur Heilung oder Linderung einer Krankheit entscheidend beigetragen hat, ist erforderlich



Privatschulbesuch

- das Schulgeld für den Besuch einer Privatschule kann als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden
- das Kind muss ausschließlich wegen seiner Behinderung im Interesse einer angemessenen Berufsausbildung auf den Besuch einer Privatschule (Sonderschule oder allgemeine Schule in privater Trägerschaft) mit individueller Förderung angewiesen sein
- zum Nachweis der Erforderlichkeit ist dem Finanzamt eine Bestätigung der zuständigen obersten Landeskultusbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle vorzulegen



Führerschein

- Aufwendungen für den Erwerb des Führerscheins eines schwer steh- und gehbehinderten Kindes können als außergewöhnliche Belastung anerkannt werden



behindertengerechte Umbauten

- können als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden, soweit die Baumaßnahme durch die Behinderung bedingt ist
- die behinderungsbedingte Zwangsläufigkeit der Baumaßnahme kann nachgewiesen werden durch die Vorlage eines Bescheides über die Bewilligung eines pflege- bzw. behinderungsbedingten Zuschusses (z.B. Wohnumfeld verbessernde Maßnahme, § 40 Absatz 4 SGB XI) oder ein Gutachten des MD, des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) oder Medicproof



Kosten Pflege- und Betreuungsleistungen, haushaltsnahe Dienstleistungen I

- Aufwendungen für Pflege- und Betreuungsleistungen durch einen Pflegedienst können im Rahmen der Aufwendungen für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse geltend gemacht werden
- Vergünstigung wird gewährt für Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie für Aufwendungen, die einem Steuerpflichtigen wegen der Unterbringung in einem Heim oder zur dauernden Pflege erwachsen, soweit darin Kosten für Dienstleistungen enthalten sind, die mit denen einer Hilfe im Haushalt vergleichbar sind
- Ermäßigung der Einkommensteuer beträgt 20 % höchstens jedoch 4.000 €/Jahr



Kosten Pflege- und Betreuungsleistungen, haushaltsnahe Dienstleistungen II

- Steuerermäßigung nach § 35a EStG wird nur für solche Aufwendungen gewährt, die nicht bereits als Werbungskosten, Betriebsausgaben, Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastung berücksichtigt wurden
- Kosten für die Pflege- und Betreuungsleistungen können gemäß § 35a Abs. 5 EStG nicht mehr zusätzlich geltend gemacht werden, wenn der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b EStG geltend gemacht wurde
- werden Aufwendungen nicht pauschal über den Behinderten-Pauschbetrag, sondern als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG in tatsächlicher Höhe geltend gemacht, kann über die Steuerermäßigung nach § 35a EStG noch der Anteil der Aufwendungen in Abzug gebracht werden, der aufgrund der zumutbaren Belastung über die Geltendmachung der außergewöhnlichen Belastung nach § 33 Abs. 3 EStG noch nicht geltend gemacht wurde



Sonderausgaben

- als Sonderausgaben kommen für Familien mit Kindern mit Behinderung Kosten für die Kinderbetreuung sowie Schulgeld in Betracht
- Kinderbetreuungskosten zur Betreuung eines zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörenden Kindes unter 14 Jahren oder eines körperlich, geistig oder seelisch behinderten Kindes unter 25 Jahren, das seinen eigenen Unterhalt nicht bestreiten kann, können als Sonderausgaben in Höhe von zwei Dritteln der Aufwendungen, höchstens jedoch 4.000 €, abzugsfähig sein
- Schulkosten können zu 30 %, maximal jedoch 5.000 € als Sonderausgaben absetzbar sein



Kfz-Steuer



Befreiung Kfz-Steuer

- auf Antrag kann Schwerbehinderten mit dem Merkzeichen „H“, „Bl“ oder „aG“ die Kraftfahrzeugsteuer erlassen werden
- das Fahrzeug darf bei einer Befreiung von der Steuer nicht von anderen Personen benutzt werden, es sei denn, die Fahrten stehen im Zusammenhang mit der Beförderung oder der Haushaltsführung des Menschen mit Behinderung
- Personen mit dem Merkzeichen „G“ können zwischen einer Kfz-Steuerermäßigung von 50% oder der Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr wählen
- die Befreiung von der Kfz-Steuer kann auch von Familien mit minderjährigen Kindern mit Behinderung beansprucht werden, wenn das Fahrzeug auf das Kind zugelassen ist



Link Steuervergünstigung Kfz

https://www.zoll.de/DE/Privatpersonen/Kraftfahrzeugsteuer/Steuerverguenstigungen/steuerverguenstigungen_node.html#doc290258bodyText1

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

Steuervergünstigung für schwerbehinderte Menschen

Für Fahrzeuge, die auf schwerbehinderte Menschen zugelassen sind, sieht das Kraftfahrzeugsteuergesetz (KraftStG) Steuervergünstigungen in Form einer vollständigen Steuerbefreiung oder einer Steuerermäßigung um 50 Prozent vor, § 3a KraftStG.



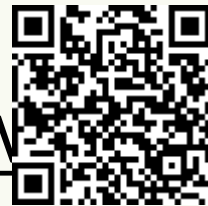
Diesel-Fahrverbote



Diesel-Fahrverbote

- Ausnahmen von Fahrverboten für Dieselfahrzeuge in Umweltzonen
- gilt für Kraftfahrzeuge, mit denen Personen fahren oder gefahren werden, die die Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ zuerkannt bekommen haben

(Anhang 3 der 35. BImSchV)



- Erteilung von Ausnahmegenehmigungen richtet sich nach dem jeweiligen Landesrecht



öffentliche Verkehrsmittel



Freifahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln I

- Schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen „G“, „aG“, „H“ oder „Bl“ können eine Wertmarke erwerben und damit Freifahrten im öffentlichen Personennahverkehr in Anspruch nehmen
- eine Wertmarke mit Gültigkeit von 12 Monaten kostet 91 €, mit einer Gültigkeit von 6 Monaten 46 €
- während der Gültigkeit der Wertmarke besteht ohne Kilometerbegrenzung eine Freifahrtberechtigung u.a. in allen Straßenbahnen, U-Bahnen, S-Bahnen und vielen Bussen in Deutschland sowie in den Zügen des Nahverkehrs der Deutschen Bahn AG



Freifahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln II

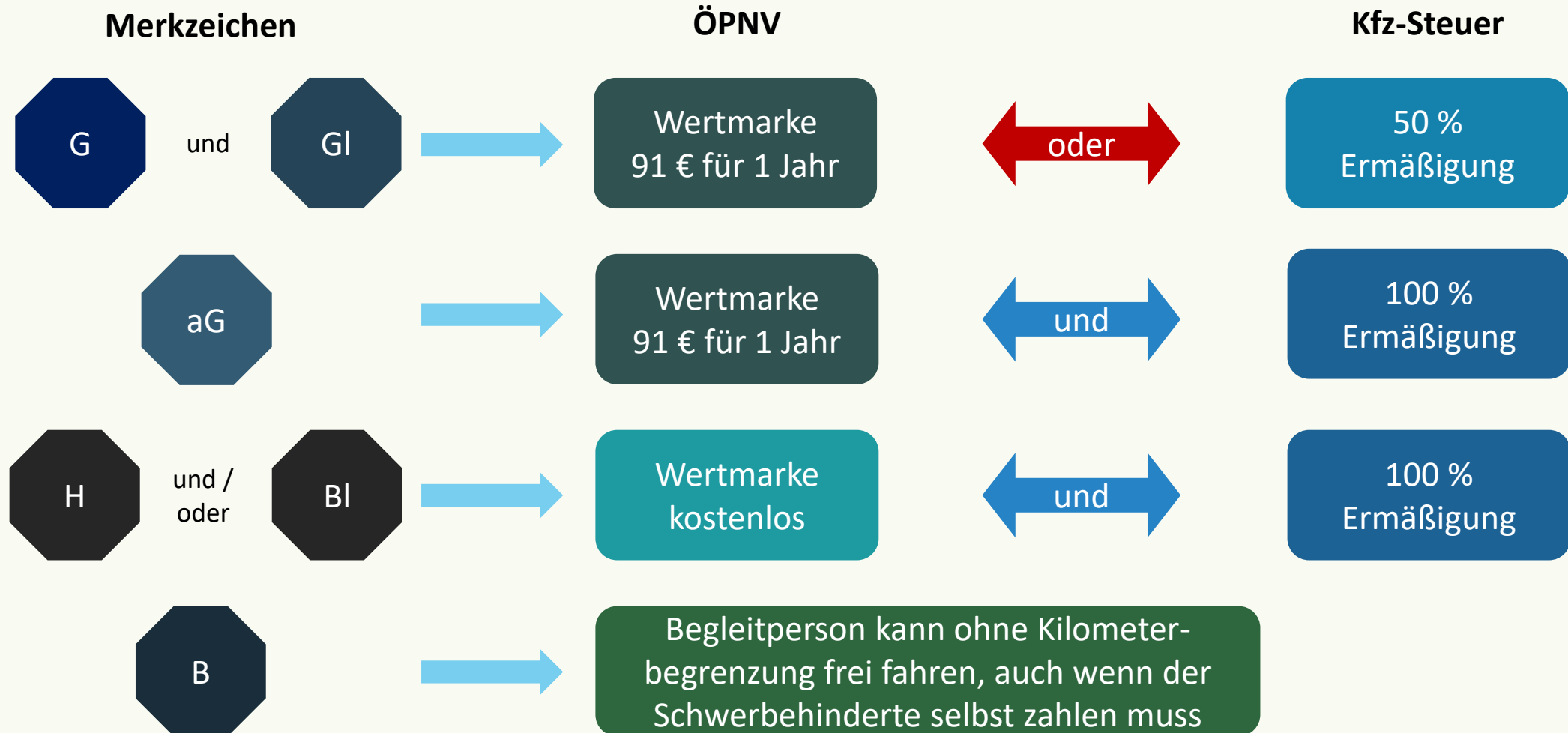
- auf Antrag erhalten folgende Berechtigte die Wertmarken unentgeltlich:
 - schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichne „Bl“ und „H“
 - Personen, die Leistungen nach SGB II oder Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung nach SGB XII erhalten
 - Personen, die Leistungen nach SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) oder den §§ 27a oder 27d BVG erhalten
- bei Vorliegen des Merkzeichens „B“ wird auch die Begleitperson unentgeltlich befördert
- für die Begleitperson gilt die Beschränkung auf Züge des Nahverkehrs nicht, so dass eine unentgeltliche Beförderung auch dann in Betracht kommt, wenn der schwerbehinderte Mensch keine Wertmarke beantragt hat und deshalb selbst nicht freifahrtberechtigt ist



Exkurs: Übersicht Freifahrt und Vergünstigungen



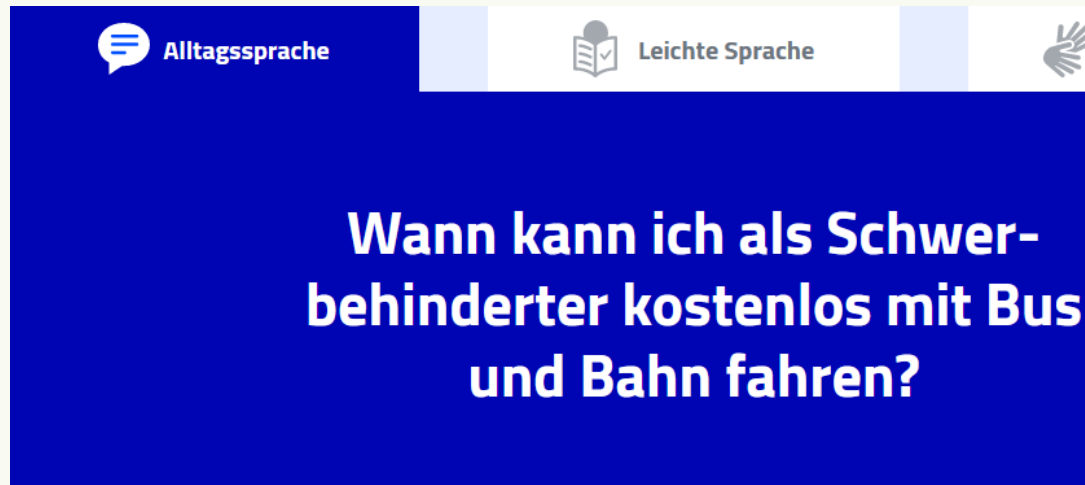
Übersicht Freifahrt und Vergünstigung



Link Freifahrten und Vergünstigungen

https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/05_Unentgeltliche_Befoerderung/Unentgeltliche_Befoerderung_node.html

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Alltagssprache Leichte Sprache

Wann kann ich als Schwerbehinderter kostenlos mit Bus und Bahn fahren?



Exkurs Ende



Parkerleichterungen



Übersicht Ausweise Parkerleichterungen

blauer Parkausweis



oranger Parkausweis



Bundesrepublik
Deutschland

gelber Parkausweis



Rheinland-Pfalz, Baden-
Württemberg, Hessen,
Nordrhein-Westfalen,
Thüringen, Schleswig-Holstein,
Mecklenburg-Vorpommern,
Saarland, Bremen

EU-einheitlich



Berechtigt nicht zum Parken auf den mit dem Rollstuhlfahrersymbol reservierten Parkplätzen!



Grafik Parkerleichterungen



Parken über die angeordnete Begrenzung der Parkzeit hinaus



Parken außerhalb gekennzeichneten Flächen ohne Behinderung des Durchgangsverkehrs



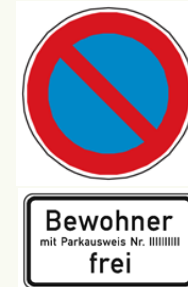
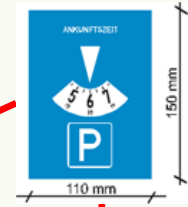
Parken ohne Gebühr und ohne zeitliche Begrenzung



Parken während der Ladezeit, in denen das Be- und Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist



Parken bis zu drei Stunden



Parken bis zu drei Stunden

Parkerleichterungen (blau) I

- ein internationaler Blauer EU-Parkausweis kann bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung beantragt werden, wenn im Schwerbehindertenausweis die Merkzeichen „aG“ oder „Bl“ eingetragen sind
- die berechnigte Person braucht nicht Halter des Fahrzeugs zu sein
- gilt in Deutschland, allen Mitgliedstaaten der EU, Schweiz, Norwegen und weiteren Ländern



Parkerleichterungen (blau) II

mit dem blauen Parkausweis gelten folgende Erleichterungen:

- Parken auf Behindertenparkplätzen; ggf. kann ein personenbezogener Einzelparkplatz am Wohnort beantragt werden
- gebührenfreies Parken an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten
- Parken im eingeschränkten Halteverbot und auf für Anwohner reservierten Parkplätzen bis zu drei Stunden (Parkscheibe erforderlich)
- Überschreitung der Parkzeit, wenn diese durch ein Zusatzschild begrenzt ist
- Parken in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, wenn der Durchgangsverkehr nicht behindert wird

Voraussetzung ist jeweils, dass in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht; zudem darf maximal 24 h an einer Stelle geparkt werden



Link „blauer Parkausweis“ am Beispiel Baden-Württemberg

<https://www.service-bw.de/zufi/leistungen/719>



Parkerleichterung „orange“

- gilt nur in Deutschland
- anders als Personen mit dem internationalen blauen Parkausweis dürfen mit einem Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichnete Behindertenparkplätze nicht benutzt werden
- Voraussetzungen für die Gewährung der Parkerleichterung sind geringer, so kann das Merkzeichen „G“ und „B“ sowie ein GdB von 70 oder 80 ausreichend sein



Link Infos Parkerleichterungen am Beispiel Bayern

<https://www.zbfs.bayern.de/menschen-behinderung/mobilitaet/parkplatz/index.php>

Startseite ▶ Menschen mit Behinderung ▶ Mobilität und Verkehr ▶ Behinderten-Parkplatz

Behinderten-Parkplatz und andere Parkerleichterungen

Je nach Art der Behinderung können behinderte Menschen verschiedene Parkerleichterungen in Anspruch nehmen.

▶ Personen mit Merkzeichen aG oder BI

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Übersicht Parkerleichterungen

	blau	orange
Parken bis zu drei Stunden an Stellen, an denen das eingeschränkte Haltverbot angeordnet ist	✓	✓
Überschreiten der zugelassenen Parkdauer im Bereich eines Zonenhaltverbots	✓	✓
Parken über die zugelassene Zeit hinaus an Stellen, die durch das Zeichen "Parkplatz" und "Parken auf Gehwegen" gekennzeichnet sind und für die durch ein Zusatzzeichen eine Begrenzung der Parkzeit angeordnet ist	✓	✓
Parken während der Ladezeiten in Fußgängerzonen, in denen das Be- oder Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist	✓	✓
Parken an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten, ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung	✓	✓
Parken auf Parkplätzen für Bewohner bis zu drei Stunden	✓	✓
Parken in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern	✓	✓
Parken auf Behindertenparkplätzen	✓	✗
Geltungsbereich auch im Ausland	✓	✗



Ermäßigung Rundfunkbeitrag

- einen Anspruch auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht haben taubblinde Menschen und Empfänger von Blindenhilfe
- einen Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrages haben Menschen mit dem Merkzeichen „RF“



Link Antrag Ermäßigung Rundfunkbeitrag

https://www.rundfunkbeitrag.de/buerger_erinnern_und_buerger/formulare/befreiung_oder_ermaessigung_beantragen/index_ger.html

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Startseite > Formulare für Bürgerinnen und Bürger > Befreiung oder Ermäßigung beantragen

Befreiung oder Ermäßigung beantragen

Eine [Befreiung](#) von der Rundfunkbeitragspflicht oder eine [Ermäßigung](#) des Rundfunkbeitrags wird **nicht automatisch** gewährt.

Wichtig: Um Ihren Anspruch geltend zu machen, müssen Sie den **Online-Antrag** auf dieser Seite **ausfüllen**, **ausdrucken** (PDF Reader erforderlich) **und** zusammen **mit** den entsprechenden **Nachweisen einreichen**. Falls Sie bereits angemeldet sind, benötigen wir Ihre [Beitragsnummer](#) ^.



Übersicht Nachteilsausgleiche* „GdB“

- * Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigeren GdB aufgeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB; Steuerfreibeträge werden jedoch nicht hinzuaddiert



Übersicht Nachteilsausgleiche GdB seit 2021

GdB 20

- eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung
- Jugendliche und junge Erwachsene können schwerbehinderten Menschen während einer Berufsausbildung gleichgestellt werden
- Behinderung kann durch Stellungnahme der Agentur für Arbeit nachgewiesen werden

Steuerpauschbetrag:
384 €
(§ 33b EStG)

GdB 30 / 40

- Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Absatz 3 SGB IX)
- Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Absatz 3 SGB IX)

Steuerpauschbetrag:
GdB 30: 620 €
GdB 40: 860 €
(§ 33b EStG)

GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Absatz 2 SGB IX)

- bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)

- Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)

- begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)

- Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)

- Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)

- abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich; vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich

- Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)

- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD

- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)

- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)

- bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Absatz 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Absatz 2 EStG)

Steuerpauschbetrag:
1.140 €
(§ 33b EStG)

- Pflegepersonen können unabhängig vom GdB einen Pflegepauschbetrag ansetzen; die Höhe ist grds. abhängig vom Pflegegrad (§ 33 b Absatz 6 EStG)

GdB 60

- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 1/3 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 RBeitrStV)

- oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen

Steuerpauschbetrag:
1.440 €
(§ 33b EStG)

GdB 70

- wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Absatz 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Absatz 2 EStG)

- behinderungsbedingte Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden, wenn gleichzeitig Merkzeichen G eingetragen ist: 900 € (§ 33 EStG)

- Ermäßigte BahnCard

Steuerpauschbetrag:
1.780 €
(§ 33b EStG)

GdB 80

- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)

- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 900 € (§ 33 Absatz 2a Satz 3 EStG)

- ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)

Steuerpauschbetrag:
2.120 €
(§ 33b EStG)

GdB 90

- Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen Bl oder Gl: Ermäßigung um bis zu 8,72 € auf Verbindungsentgelte

Steuerpauschbetrag:
2.460 €
(§ 33b EStG)

GdB 100

- Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 WoGG)

- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeiträge (AGB der Anbieter)

- in vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Steuerpauschbetrag:
2.840 €
(§ 33b EStG)



GdB 20

- bei entsprechenden Voraussetzungen können Leistungen zur Reha- und Teilhabe in Anspruch genommen werden, zum Beispiel medizinische, berufliche oder soziale Reha und unterhaltssichernde sowie ergänzende Leistungen
- Steuerpauschbetrag: 384 € (§ 33b Abs. 3 EStG)



GdB 30 / 40

- Steuerfreibetrag:
 - 30: 620 € (§ 33b Abs. 3 EStG)
 - 40: 860 € (§ 33b Abs. 3 EStG)
- Gleichstellung, § 2 Absatz 3 SGB IX
- besonderer Kündigungsschutz bei Gleichstellung, § 151 Abs. 3 SGB IX



GdB 50 (I)

- Steuerpauschbetrag: § 1.140 € (§ 33b Abs. 2 EStG)
- Schwerbehinderteneigenschaft, § 2 Abs. 2 SGB IX
- bevorzugte Einstellung, Beschäftigung, § 164, 205 SGB IX
- besonderer Kündigungsschutz, §§ 168 ff. SGB IX
- begleitende Hilfe im Arbeitsleben, § 185 SGB IX
- Freistellung von Mehrarbeit, § 207 SGB IX



GdB 50 (II)

- eine Arbeitswoche Zusatzurlaub, § 208 SGB IX
- vorgezogene Altersrente um bis zu 5 Jahre (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG)
- Stundenermäßigung bei Lehrern (abhängig vom Bundesland)
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs (abhängig von der Satzung des jeweiligen Clubs)



GdB 50 (III)

- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für Menschen mit Behinderung (SGB V und SGB VI)
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und häuslicher oder teilstationärer Pflege/ Kurzzeitpflege: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
- Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)



GdB 60

- Steuerpauschbetrag: 1.140 € (§ 33b Absatz 3 EStG)
- ermäßigter Rundfunkbeitrag auf 1/3 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)



GdB 70

- Steuerpauschbetrag: 1.78 € (§ 33b EStG)
- wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 900 € (§ 33 Abs. 2a S. 3 EStG)
- ermäßigte BahnCard



GdB 80

- Steuerpauschbetrag: 2.120 € (§ 33b Abs. 3 EStG)
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 900 € (§ 33 Abs. 2a S. 3 EStG)
- ermäßigter Rundfunkbeitrag auf 1/3 , wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)



GdB 90

- Steuerpauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)
- Sozialtarif bei Telekom: blind, gehörlos oder sprachbehindert und gleichzeitig GdB 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 € im Rahmen des Sozialtarifs möglich



GdB 100

- Steuerpauschbetrag: 2.840 € (§ 33b Abs. 3 EStG)
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
- Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG)
- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
- teilweise Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB



Übersicht Nachteilsausgleiche „Merkzeichen“



Übersicht Nachteilsausgleiche Merkzeichen seit 2021

G erheblich gehbehindert	aG außergewöhnlich gehbehindert	H hilflos	B Notwendigkeit ständiger Begleitung	Gl gehörlos	Bl blind	RF Ermäßigung Rundfunkbeitrag
<p>kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder</p> <p>50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Absatz 2 Satz 1 KraftStG)</p>	<p>kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)</p> <p>Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Absatz 1 KraftStG)</p>	<p>kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr mit Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)</p> <p>Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Absatz 1 KraftStG)</p>	<p>kostenlose Beförderung der Begleitperson:</p> <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§ 228 ff SGB IX) bei den meisten innerdeutschen Flügen 	<p>kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder</p> <p>50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Absatz 2 Satz 1 KraftStG)</p>	<p>kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr mit Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)</p> <p>Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)</p>	<p>Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 1/3 / Monat (§ 4 RBeitrStV)</p> <p>Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung Verbindungsentgelt um 6,94 € / Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates</p>
<p>behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei einem GdB ab 70: 900 € (§ 33 Absatz 2a Satz 3 EStG)</p>	<p>behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Absatz 2a Satz 4 EStG)</p> <p>kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen</p>	<p>Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuer: 7.400 € (§ 33b EStG)</p>	<p>blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)</p>	<p>Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung Verbindungsentgelt um bis zu 8,72 € / Monat</p>	<p>Rundfunkbeitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für taubblinde Menschen Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	<p>TBI taubblind</p> <p>Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)</p>
<p>im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe: 17 % (§ 30 Absatz 1 SGB XII)</p>	<p>blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)</p> <p>Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)</p>	<p>in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortssatzungen über Hundesteuer)</p>	<p>Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)</p>	<p>Rundfunkbeitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	<p>Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung Verbindungsentgelt um bis zu 8,72 €/Monat</p> <p>Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuer: 7.400 € (§ 33b Absatz 3 Satz 3 EStG)</p>	<p>in folgenden Bundesländern erhalten taubblinde Menschen monatlich</p> <ul style="list-style-type: none"> Bayern: 1.302 € Berlin: 1.189 € Nordrhein-Westfalen: bis 17: 460,37 € 18-59: 842,43 € ab 60: 550 € Sachsen: 780 € Schleswig-Holstein: 400 € Thüringen: 500
<p>im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe: 17 % (§ 30 Absatz 1 SGB XII)</p>	<p>im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)</p>	<p>Pflegepauschbetrag für Pflegeperson: PG 2 – 600 €, PG 3 – 1.100 €, PG 4 u. 5 – 1.800 € € (§ 33b Absatz 6 EStG)</p>	<p>oranjer Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)</p>	<p>in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde</p>	<p>Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld</p> <p>Hundesteuer-Befreiung möglich</p>	<p>Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommensteuer: 7.400 € (§ 33b EStG)</p>
<p>tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Absatz 2 Satz 3 EStG)</p>	<p>tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Absatz 2 Satz 3 EStG)</p>	<p>Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)</p> <p>behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Absatz 2a Satz 4 EStG)</p>	<p>Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)</p>	<p>Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen</p>	<p>Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)</p> <p>behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Absatz 2a Satz 4 EStG)</p>	<p>behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Absatz 2a Satz 4 EStG)</p>

„G“

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 S. 1 KraftStG)
- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei einem GdB ab 70 und dem Merkzeichen „G“: 900 € (§ 33 Abs. 2a S. 3 EStG)
- bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung im Fall der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII) (nicht bei SGB II-Bezug)
- orangener Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- bei GdB 50 und höher: tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 S. 3 EStG)



„aG“ (I)

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a S. 4 EStG)
- kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen



„aG“ (II)

- blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
- Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)
- bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII) (nicht bei SGB II-Bezug)
- bei GdB 50 und höher: tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 S. 3 EStG)



„B“

- Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33, 33b Abs. 3 S. 3 EStG)
- orangener Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
- Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)
- kostenlose Beförderung der Begleitperson:
 - im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX)
 - bei den meisten innerdeutschen Flügen
 - blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Internationaler Personen- und Gepäcktarif TCV)



„BI“ (I)

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
- Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90: bis zu 8,72 € Ermäßigung auf Verbindungsentgelt
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuererklärung: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 EStG)
- blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)



„Bl“ (II)

- behinderungsbedingte Fahrtpauschale: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a S. 4 EStG)
- Krankenkasse kann Fahrtpauschale zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)
- Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe
 - Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)



„GI“

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 S. 1 KraftStG)
- Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat auf Verbindungsentgelt
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für taubblinde Menschen
 - Ermäßigung für Menschen, die sich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen können(§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
- Gehörlosengeld in einigen Bundesländern



„H“

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§ 228 ff. SGB IX)
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 bzw. 2 KraftStG)
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 S. 3 EStG)
- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a S. 4 EStG)
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortssatzungen über Hundesteuer)
- Pflegepauschbetrag für Pflegepersonen: Pflegegrad 2 – 600 €, Pflegegrad 3 – 1.100 €, Pflegegrade 4 und 5 – 1.800 € (§ 33b Abs. 6 S. 3 EStG)
- Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen (§ 60 SGB V)



„RF“

- Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 1/3 (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
- Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um bis zu 6,94 €/Monat auf Verbindungsentgelt



„TBI“

- behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a S. 4 EStG)
- Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
- zusätzliche monatliche Leistungen für taubblinde Menschen in folgenden Bundesländern:
 - Bayern: 1.220 € (§ 2 BayBlindG)
 - Berlin: 1.189 € (§ 2 LPflGG)
 - Sachsen: 650 € (§ 2 LBlindG)
 - Schleswig-Holstein: 400 € (§ 1 LBIGG)
 - Thüringen: 500 € (§ 2 ThürBliGG)



Pflegeversicherung

SGB XI



Einleitung

- die soziale Pflegeversicherung ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in Deutschland und im SGB XI geregelt
- zuständig für die Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen angegliedert sind
- Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind automatisch in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert; dies gilt auch für Familienmitglieder im Rahmen der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen, die im Umfang wenigstens den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung entspricht (Regelungen des SGB XI finden Anwendung; Sonderzuständigkeit des Sozialgerichts)



Voraussetzungen der Leistungsgewährung

- es muss eine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden
- die Begutachtung erfolgt bei gesetzlich Versicherten durch den MD, bei privat Versicherten in der Regel durch medicproof
- der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem festgestellten Pflegegrad



Pflegebedürftigkeit

- pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen
- es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können
- die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen
- Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad
- der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt



Ablauf des Verfahrens

- Leistungen der Pflegeversicherung werden erst auf Antrag ab dem Zeitpunkt Antragstellung gewährt
- Antrag ist bei der Pflegekasse zu stellen
- bei erstmaliger Antragstellung muss eine Begutachtung und Einstufung in den Pflegegrad binnen einer Frist von 25 Arbeitstagen erfolgen, in besonderen Fällen Verkürzung auf 1 Woche
- die Begutachtung erfolgt regelmäßig durch Fachkräfte des MD bzw. medicproof bei privat Versicherten
- die Untersuchung erfolgt im Wohnbereich und es besteht das Recht, dass während der Begutachtung dritte Personen anwesend sind

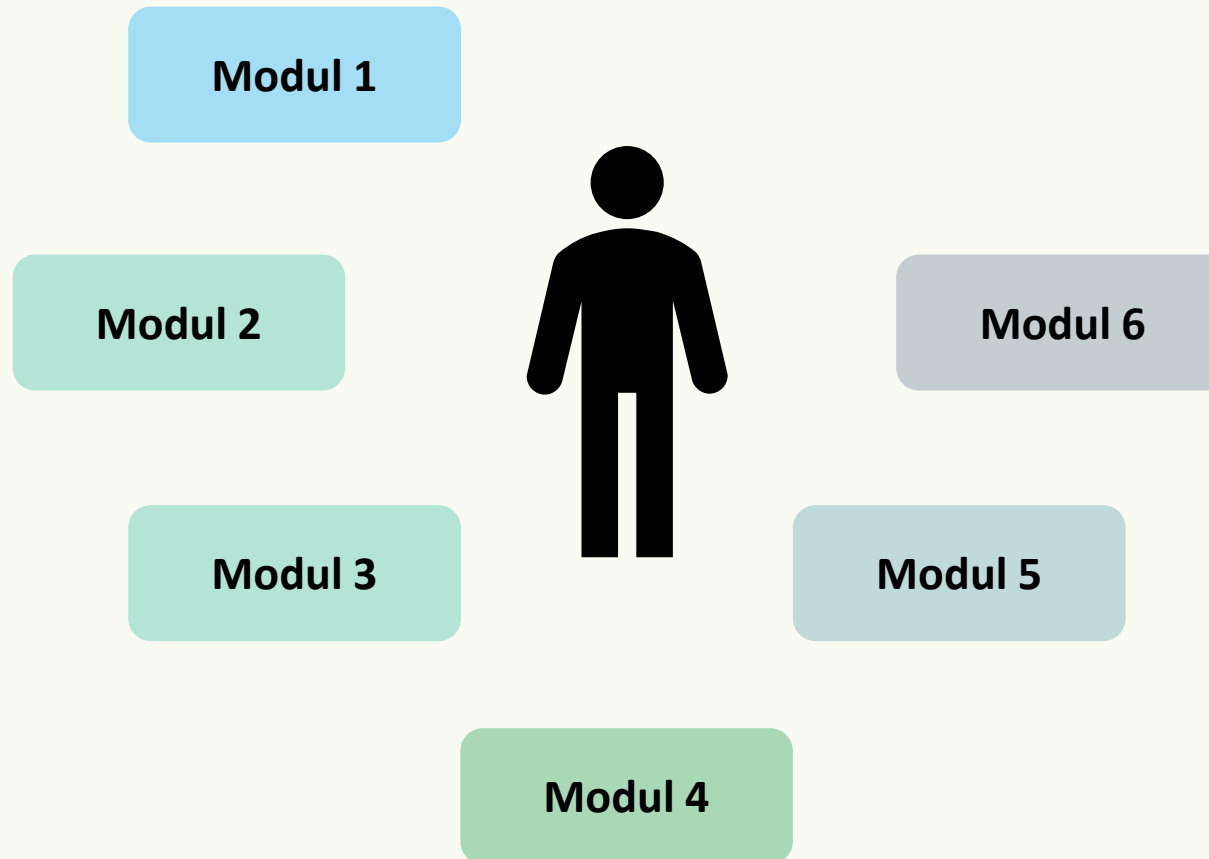


Begutachtung

- erfolgt auf Grundlage der Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI)
- empfehlenswert ist die Führung eines Pflagetagebuches, in dem alle Hilfestellungen und Tätigkeiten für die pflegebedürftige Person festgehalten werden



Grafik Selbständigkeit und Fähigkeiten des Menschen in 6 Lebensbereichen und 2 zusätzlichen Bereichen



zusätzliche Betrachtung
des Selbständigkeit und
Fähigkeiten in den
Bereichen:

Modul 7
außerhäusliche Aktivitäten

Modul 8
Haushaltsführung



Lebensbereiche (Module)

im Rahmen der Einstufung in einen Pflegegrad werden in sechs Lebensbereichen (Module) einzelne Kriterien untersucht. Die Module sind:

1. Mobilität
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte



Berechnung Pflegegrad

- in den einzelnen Modulen wird der Umfang der Unterstützungsleistung erfasst und in Einzelpunkte gewertet
- entsprechend der Gewichtung der einzelnen Module werden die erreichten Punktzahlen umgerechnet
- auf Basis der Gesamtpunktzahl der gewichteten Punkte wird der Pflegegrad errechnet



Exkurs: Pflegebegutachtung bei Kindern



Übersicht Modul 1

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1.1	Positionswechsel im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1.3	Umsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1.5	Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Übersicht Modul 2

Ziffer	Kriterien	Die Fähigkeit ist			
		vorhanden/ unbeein- trächtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
4.2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2.2	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2.3	Zeitliche Orientierung (zu beurteilen ab zwei Jahren und sechs Monaten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobach- tungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2.5	Steuern von mehrschritt- igen Alltagshandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2.6	Treffen von Entscheidun-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Übersicht Modul 3

Ziffer	Kriterien	Häufigkeit des Unterstützungsbedarfes			
		nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
4.3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 5
4.3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 5
4.3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 5
4.3.4	Beschädigen von Gegenständen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 5
4.3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 5



Übersicht Modul 4

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers (zu beurteilen ab zwei Jahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4.3	Waschen des Intimbereichs (zu beurteilen ab zwei Jahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare (zu beurteilen ab drei Jahren und sechs Monaten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4.6	An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Übersicht Modul 5

Ziffer	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	entfällt	selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
				pro Tag	pro Woche	pro Monat
4.5.1	Medikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.2	Injektionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (zum Beispiel Port)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.5	Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.7	Körpernahe Hilfsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			



Übersicht Modul 6

Ziffer	Kriterien Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich	selbständig	nicht selbständig
6.1.1	Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1.2	Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1.3	Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1.4	Mitfahren in einem Kraftfahrzeug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilnahme an Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)			
6.1.5	Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1.6	Besuch von Schule, Kindergarten, Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1.7	Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sonderregelung Kinder bis zu 18 Monate

- Module „Mobilität“, „kognitive und kommunikative Verhaltensweisen“ und „Selbstversorgung“ werden nicht berücksichtigt
- bei Modulen „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ werden nur die krankheits- und therapiebedingten Beeinträchtigungen erfasst
- im Rahmen der Begutachtung muss Frage beantwortet werden, ob bei der Nahrungsaufnahme gravierende Probleme vorliegen, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung bedingen



Exkurs Ende



Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen I

- grundsätzlich entspricht die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen denen von Erwachsenen
- die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt unter vergleichsweiser Betrachtung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit mit altersentsprechend entwickelten Kindern
- die Begutachtungs-Richtlinien enthalten Tabellen zur Darstellung des altersentsprechenden Selbständigkeitsgrades bzw. der altersentsprechenden Ausprägung von Fähigkeiten bei Kindern bezogen auf die Module 1, 2, 4 und 6
- die Sonderregelungen gelten nicht mehr ab einem Alter von 11 Jahren, da ein altersentsprechend entwickeltes Kind dann in allen Modulen des Begutachtungsinstruments selbständig sein kann



Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen II

- Modul 3 und 5 gelten unabhängig vom Alter, da krankheits- und therapiebedingte Beeinträchtigungen erfasst werden
- für Kinder von 0 bis 18 Monaten gelten weitere Sonderregelungen, da Kinder dieser Altersgruppe von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbständig sind und daher keine oder nur niedrigere Pflegegrade erreichen könnten



Sonderregelung Kinder bis zu 18 Monate

- pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden immer pauschal einen Pflegegrad höher zugeordnet
- Widerbegutachtung nur, wenn relevante Änderungen zu erwarten sind, z.B. nach Operation eines angeborenen Herzfehlers



Übersicht Berechnungs- und Bewertungsregeln zur Ermittlung der Pflegegrade

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10	///	
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	///	
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20	///	
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15	///	
Summe der gewichteten Punkte								



Übersicht Bewertung Modul 1

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzel-punkte	gewich-tete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10		
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20		
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzel-punkte	gewich-tete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10		



Übersicht Bewertung Modul 2 und 3

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10%	0 – 1 0	2 – 3 2,5	4 – 5 5	6 – 9 7,5	10 – 15 10		
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2 0	3 – 7 10	8 – 18 20	19 – 36 30	37 – 54 40		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		

2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		



Übersicht Bewertung Modul 4

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10		
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20		
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		

4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		



Übersicht Bewertung Modul 5

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10		
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20		
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		

5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20		



Übersicht Bewertung Modul 6

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzel-punkte	gewich-tete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10		
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15%	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3								
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20		
		0	5	10	15	20		
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzel-punkte	gewich-tete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		

6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								



Link Richtlinien Pflegebegutachtung



Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches



zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRI_Pflege_29092023.pdf



Pflegegrade

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung



Besondere Bedarfskonstellationen

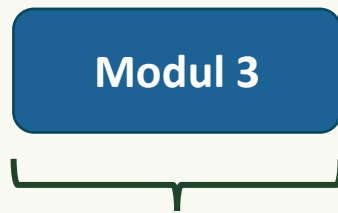
- Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen
- einzig anerkannte Fallgruppe der besonderen Bedarfskonstellation gemäß § 15 Absatz 4 SGB XI ist die Gebrauchsunfähigkeit beider Beine und beider Arme



Übersicht Berechnung und Gewichtung der Punkte



oder



höherer Wert
fließt ein

Gewichtung:

10 %

Gewichtung:

15 %

Gewichtung:

40 %

Gewichtung:

20 %

Gewichtung:

15 %



Entscheidung über Pflegegrad

- der Antragsteller hat einen Anspruch darauf, dass mit dem Bescheid auch eine Kopie des Pflegegutachtens übermittelt wird
- das Pflegegutachten ist wichtig, um die Entscheidung der Pflegekasse zu überprüfen und einen Widerspruch begründen zu können
- gegen einen fehlerhaften Bescheid der Pflegekasse kann binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch eingelegt werden



Grafik Einstufung Pflegegrad

Gesamtpunkte

12,5 – unter 27

ab 27 – unter
47,5

ab 47,5 – unter
70

ab 70 – unter 90

ab 90 –100



PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5



Überleitung zum 31.12.2016

- diejenigen, die bereits zum 31.12.2016 eine Pflegestufe hatten, wurden zum 01.01.2017 automatisch auf die neuen Pflegegrade übergeleitet
- die Umstellung erfolgte nach folgendem Schema:
 - Pflegestufe alt (ohne Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz) + 1 = Pflegegrad neu
 - Pflegestufe alt (mit Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz) + 2 = Pflegegrad neu

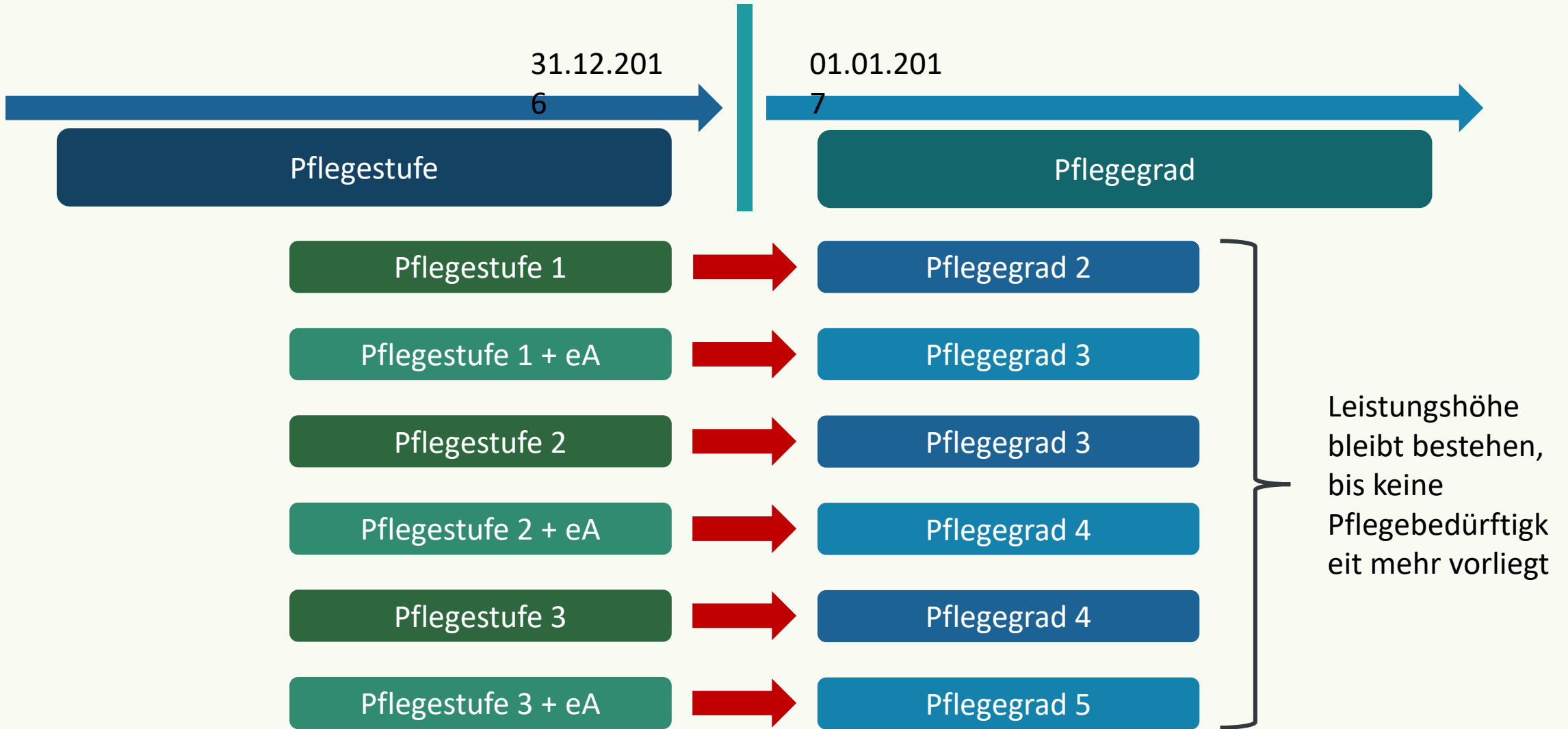


Bestandsschutz

- Leistungen in Höhe der übergeleiteten Pflegegrade bleiben auf Dauer bestehen, auch wenn in einer späteren Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt wird
- lediglich für den Fall, dass überhaupt keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, würden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Zukunft entfallen
- die in einen Pflegegrad übergeleiteten Versicherten brauchen keine Sorge vor einer Wiederholungsbegutachtung zu haben
- kein Bestandsschutz greift für Pflegegrade, die erst durch eine Begutachtung nach dem neuen Begutachtungssystem ab dem 01.01.2017 festgestellt wurden



Grafik Überleitung und Bestandsschutz



Leistungshöhe bleibt bestehen, bis keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt



Übersicht Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegegrad	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetrag (zweckgebunden)	Leistungsbetrag stationär
1			125 €	125 €
2	332 €	724 €	125 €	770 €
3	573 €	1.363 €	125 €	1.262 €
4	765 €	1.693 €	125 €	1.775 €
5	947 €	2.095 €	125 €	2.005 €



Entlastungsbetrag

- kann ab Pflegegrad 1 beansprucht werden
- ist eine Sachleistung, wird also nicht ausbezahlt
- zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung
- der Antrag auf den Entlastungsbetrag muss nicht vor der Inanspruchnahme von Leistungen gestellt werden, er kann auch mit den Rechnungen eingereicht werden

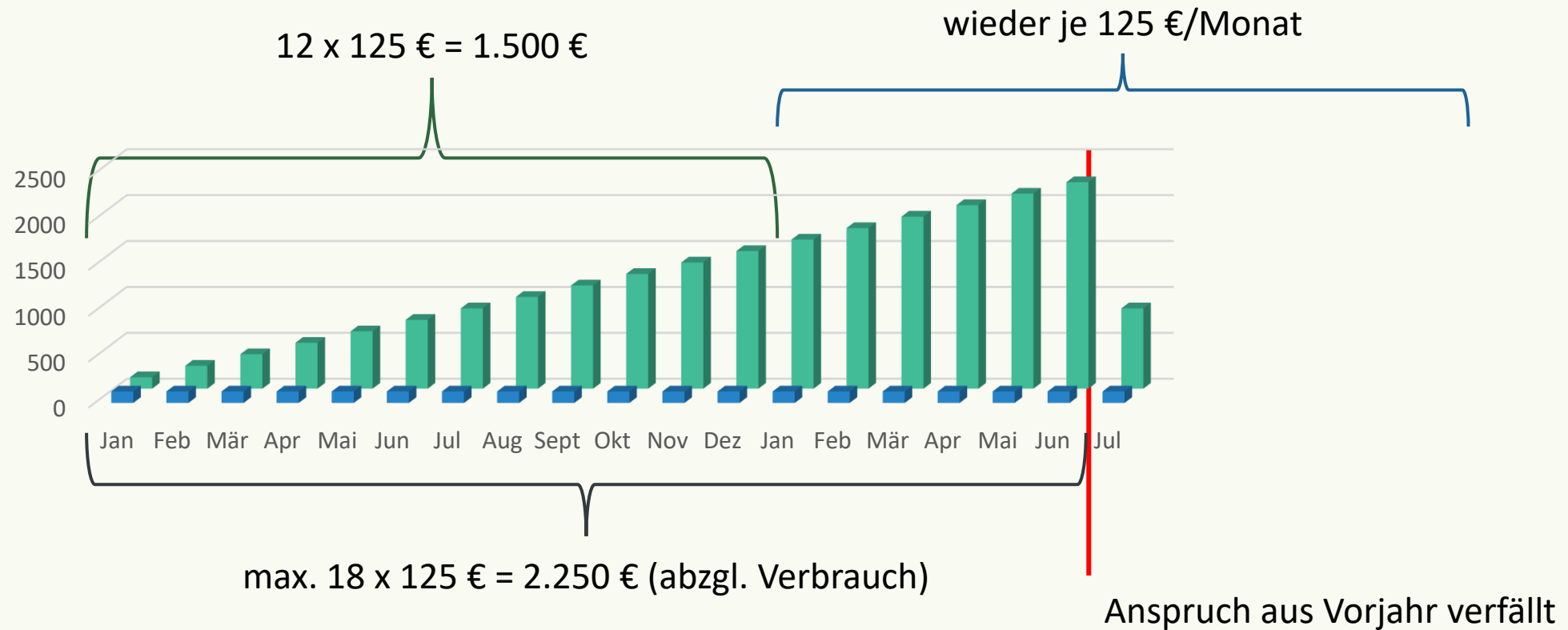


Übertragung Entlastungsbetrag

- ein nicht verbrauchter Entlastungsbetrag aus dem Vorjahr kann bis in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden, verfällt also mit Ablauf 30.06. des Folgejahres



Grafik Entlastungsbetrag



Umwandlungsanspruch

- bei Pflegegrad 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI eingesetzt werden
- maximal können monatlich 40% des Sachleistungsanspruches umgewandelt und verwendet werden
- es ist ein Antrag auf Umwandlung bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen



Grafik Umwandlungsanspruch

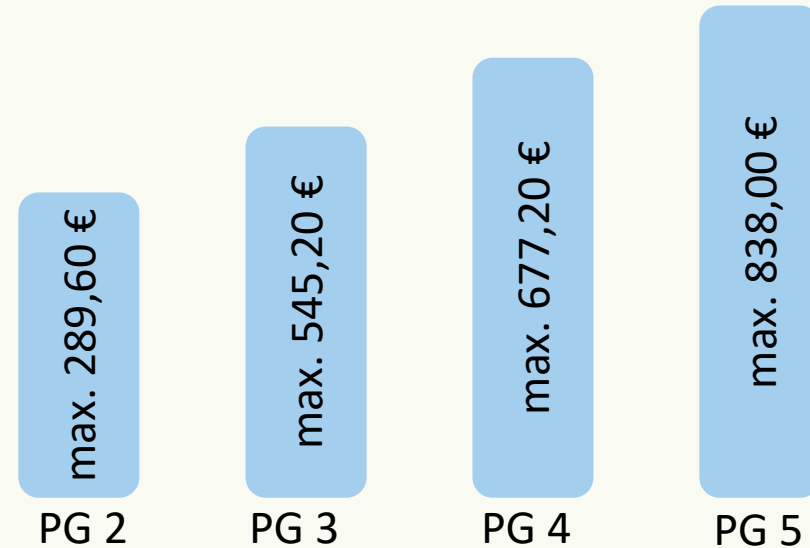
Leistungen der Tages- und
Nachtpflege,
§ 45b Abs. 1 S. 3 Nr. 1 SGB XI

Leistungen der
Kurzzeitpflege,
§ 45b Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB XI

Leistungen der ambulanten
Pflegedienste,
§ 45b Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB XI

nur Entlastungsbetrag 1.500 €

Aufstockung mit max. 40 % Umwandlung der Sachleistung



Angebote zur Unterstützung im Alltag

Betreuungs-
angebote

Entlastung von
Pflegerinnen

Entlastung im
Alltag

Entlastungsbetrag 1.500 € zzgl. Umwandlung



Angebote zur Unterstützung im Alltag

- Betreuungsgruppe für an Demenz Erkrankte
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich
- Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung
- familienentlastende Dienste
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen
- Alltagsbegleitung
- Pflegebegleitung



Exkurs: Kostenbeteiligung Urlaubsreise



Übersicht Einsatz für Urlaubsreise

	Verhinderungspflege	Entlastungsbetrag
Berechtigte	Pflegegrad 2 -5	Pflegegrad 1 -5verhinderungspflege
einzusetzende Leistung	Verhinderungspflege, maximal 1.612 € / Jahr	Entlastungsbetrag, 125 € pro Monat, für familienunterstützenden Dienst oder Ferienfreizeit sowie Kurse, die von therapeutischen Fachkräften geleitet werden
Erstattung	Erstattung Kosten Pflege und Betreuung 80 % der Pflegeleistung 15 % Unterbringung und Verpflegung 5 % Eigenanteil	Erstattung Kosten Betreuung 80 % der Betreuungskosten 20 % Eigenanteil
Ablauf Erstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Antrag bei Pflegekasse • nach Reise wird von Veranstalter Bescheinigung zur Abrechnung mit der Pflegekasse ausgestellt • Erstattung des Betrages von der Pflegekasse 	
Gültigkeit	(Rest-)Anspruch auf Verhinderungspflege verfällt mit Ende des Kalenderjahres	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastungsbetrag kann über ein Jahr lang angespart werden • Anspruch aus abgelaufenem Jahr verfällt mit Ablauf des 30.06.
Sonstiges	Wenn keine Leistungen der Kurzzeitpflege abgerufen werden, kann ein Teil in Höhe von 806 € eingesetzt werden	Geld kann in der Regel nur vom Veranstalter abgerufen werden



Exkurs Ende



Pflegegeld

- mit dem Pflegegeld können Pflegebedürftige die Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen bezahlen
- wird von der Pflegekasse überwiesen
- steht in der Verwendung zur freien Verfügung
- wird bei sozialhilferechtlichen Leistungen nicht als Einkommen angerechnet



Pflegegeld bei vollstationärem Aufenthalt in Behinderteneinrichtung

- anteiliges Pflegegeld wird auch bezahlt, wenn der Pflegebedürftige in einer vollstationären Behinderteneinrichtung lebt für die Tage, an denen er sich zu Hause aufhält
- das Pflegegeld wird dann anteilig ausbezahlt
- die Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege



Pflegegeld bei Auslandsaufenthalt

- bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu 6 Wochen wird Pflegegeld weitergezahlt
- bei Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der EU, in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz wird das Pflegegeld unbegrenzt weitergezahlt



Pflegegeld bei Krankenhausaufenthalt

- Pflegegeld kann auch in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung weiter beansprucht werden
- dasselbe gilt bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation



Pflegegeld und Pflegeberatung

- Inanspruchnahme der Pflegeberatung bei häuslicher Pflege obligatorisch
- Pflegeberatung bei Pflegegrad 2 und 3 einmal pro Halbjahr
- Pflegeberatung bei Pflegegrad 4 und 5 einmal pro Quartal
- bei mangelnder Inanspruchnahme kann Pflegegeld gekürzt oder gar bis zur Nachholung entzogen werden
- Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden



Grafik Pflegegeld und Pflegeberatung

Pflegeberatung,
§ 37 Abs. 3 SGB IX

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2 und 3

Pflegegrad 4 und 5

alle 6 Monate

alle 3 Monate

verpflichtend,
bei nicht erfolgter Inanspruchnahme kann
Pflegegeld bis zu 100 % wegen fehlender
Mitwirkung gekürzt werden



Pflegesachleistungen

- anstelle des Pflegegeldes können die Kosten für ambulante Pflegesachleistungen von der Pflegekasse in Anspruch genommen werden
- die Pflegesachleistungen sind ebenso wie das Pflegegeld betragsmäßig begrenzt



Übersicht häusliche Pflege

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
häusliche Pflege	Pflegegeld monatlich	0 €	332 €	573 €	765 €	947 €
	Pflegesachleistung monatlich	0 €	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €



Übersicht häusliche Pflege (ab 01.01.2025)

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
häusliche Pflege	Pflegegeld monatlich	0 €	347 €	599 €	799 €	990 €
	Pflegesachleistung monatlich	0 €	795 €	1.496 €	1.858 €	2.299 €



Kombinationsleistungen

- bei Pflegerad 2 bis 5 können Pflegegeld und Pflegesachleistung kombiniert werden
- werden zustehende Pflegesachleistungen nicht vollständig in Anspruch genommen werden, wird daneben das anteilige Pflegegeld ausbezahlt und umgekehrt
- das Pflegegeld wird prozentual um die für die Pflegesachleistungen in Anspruch genommenen Leistungen verringert
- an die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen ist man für die Dauer von 6 Monaten gebunden



Beispiel Kombinationsleistungen

Pflegebedürftige hat Pflegegrad 4. Es besteht ein Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von 1.693 €. Der Pflegedienst erbringt monatlich Leistungen in Höhe von 592,55 €. Wie hoch ist das zu zahlende Pflegegeld?

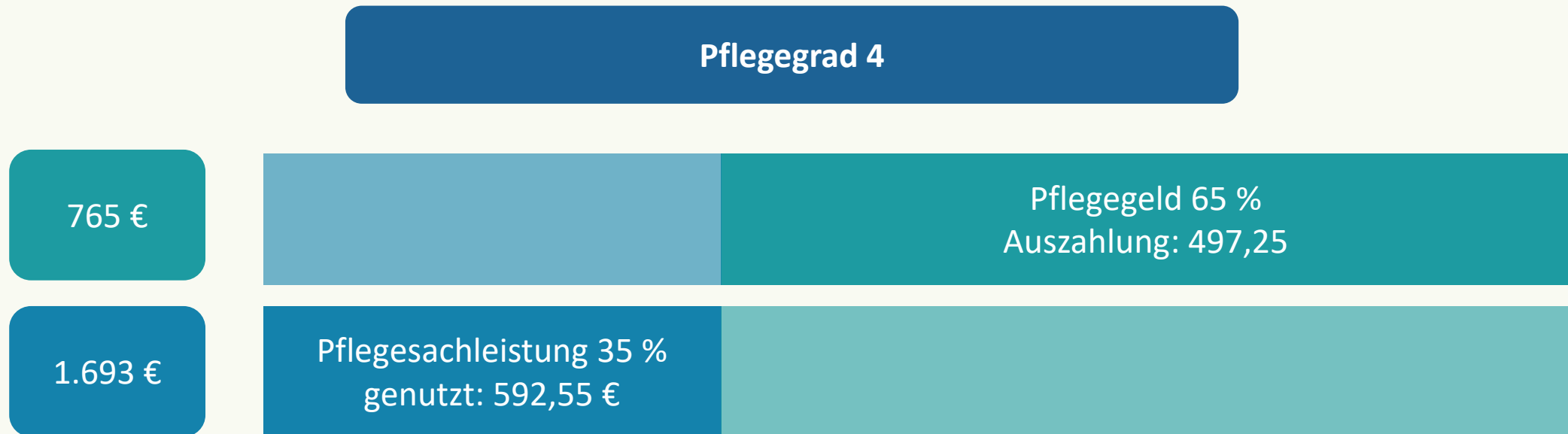
Die Pflegesachleistung entspricht 35 % der zustehenden Leistung

Es verbleibt ein Anspruch auf 65 % des Pflegegeldes, das bei Pflegegrad 4 765 € beträgt.

Es verbleibt ein Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 497,25 €.



Grafik Beispiel Kombinationsleistung

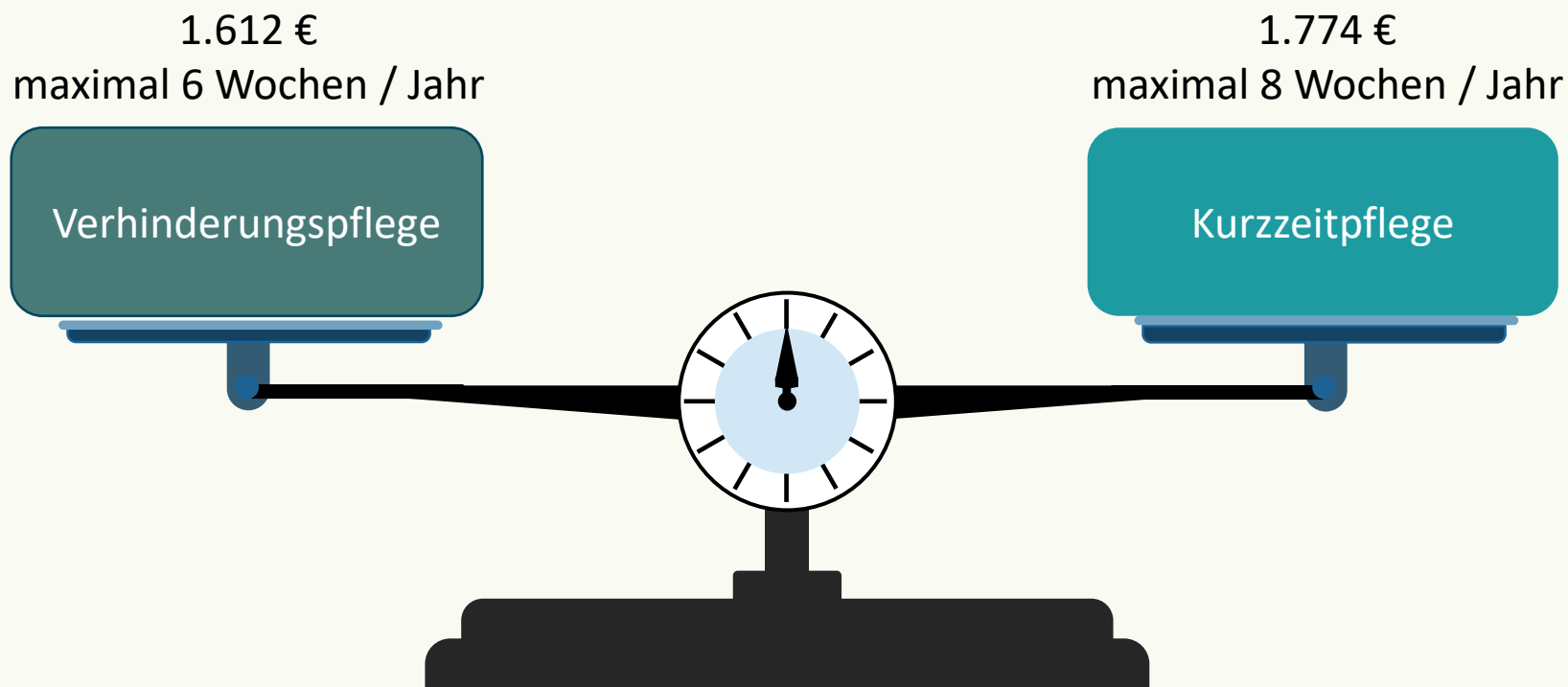


Verhinderungspflege

- bei Erholungsurlaub, Krankheit der Pflegeperson oder anderen Gründen kann die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr erbringen
- vor der erstmaligen Verhinderung muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen wenigstens 6 Monate in einer häuslichen Umgebung gepflegt haben und der Pflegebedürftige im Zeitpunkt der Verhinderung wenigstens Pflegegrad 2 haben
- etwas anderes gilt seit 01.01.2024 für Familien mit Kindern und Jugendlichen bis 25 Jahren, die ab dem Zeitpunkt in die Einstufung Pflegegrad 2 bis 5 die Verhinderungspflege in Anspruch nehmen können



Grafik Kombination Kurzzeit- und Verhinderungspflege

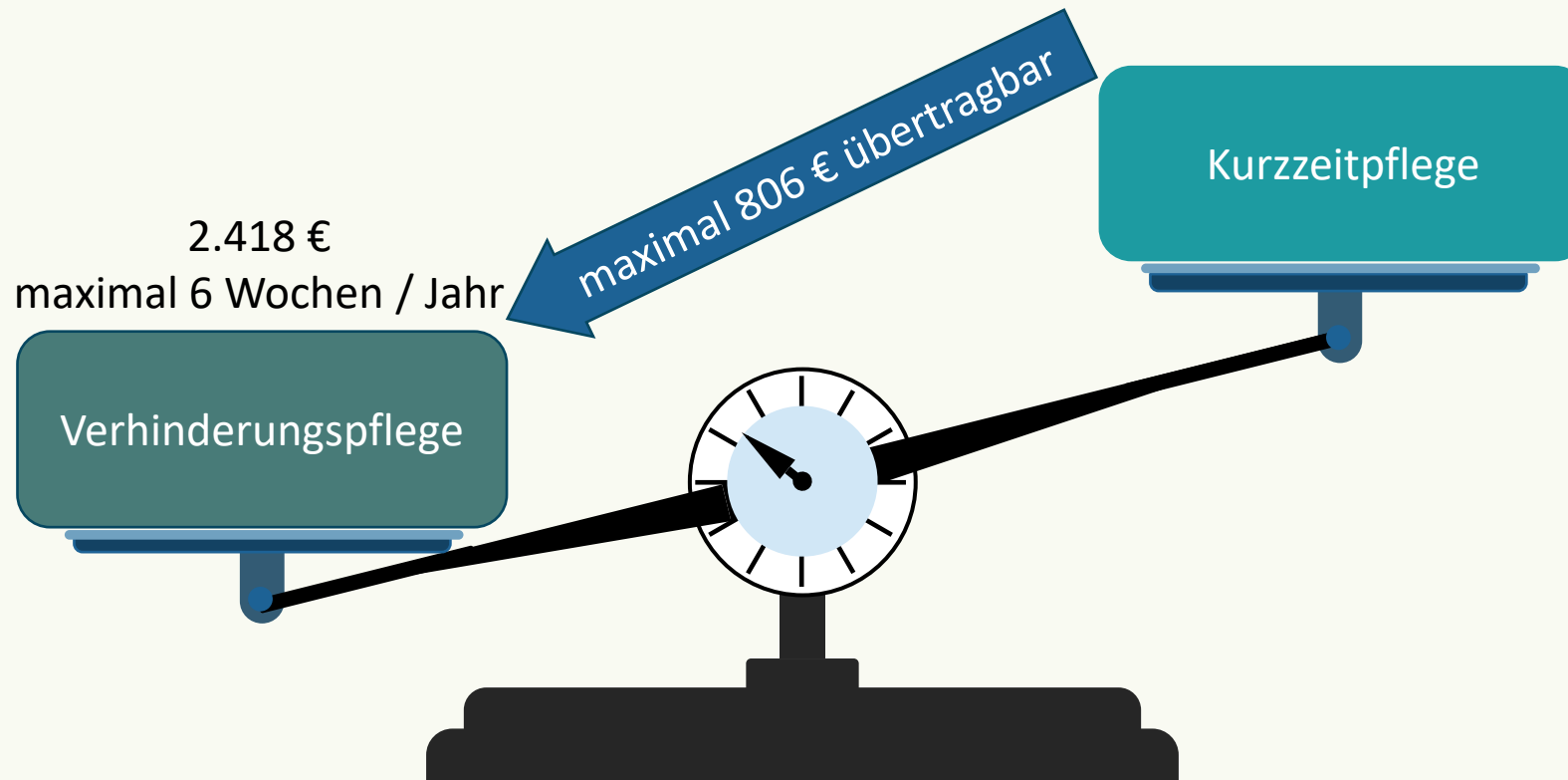


Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

- die Verhinderungspflege ist auf die Dauer von sechs Wochen und einen Betrag in Höhe von 1.612 € pro Kalenderjahr beschränkt
- der vorstehende Betrag erhöht sich um bis zu 806 € auf bis zu 2.418 €, soweit Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) nicht ausgeschöpft werden



Grafik Kombination Kurzzeit- und Verhinderungspflege (mehr Verhinderungspflege)



Kosten Verhinderungspflege

- Ersatzpflege kann entweder von einem ambulanten Pflegedienst oder anderen Pflegepersonen erbracht werden
- die Kosten bis zum Maximalbetrag werden jedoch nur dann übernommen, wenn Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

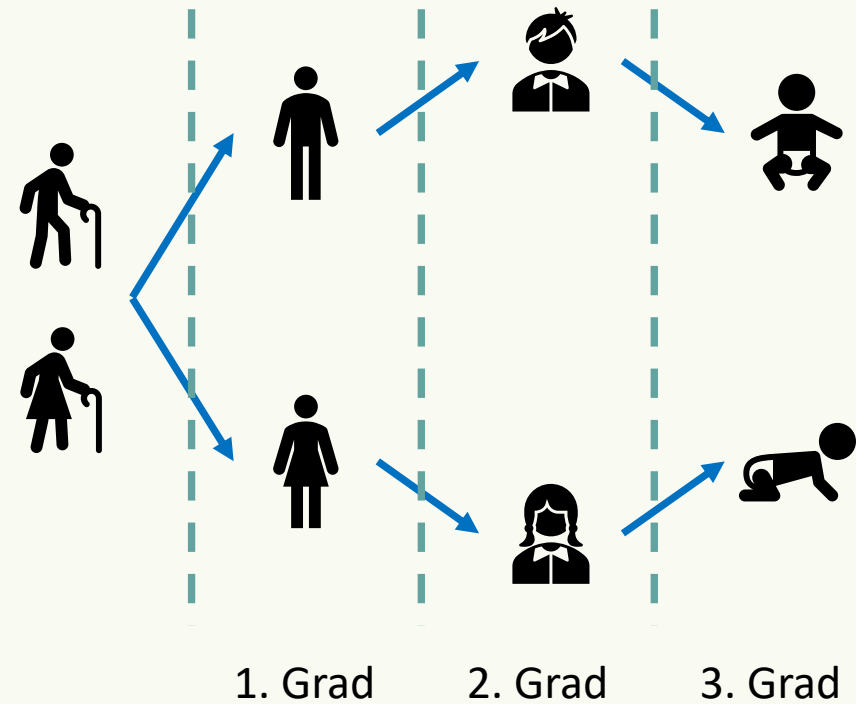


Exkurs: Grad der Verwandtschaft



Grafik Grad der Verwandtschaft

Der Grad der Verwandtschaft bestimmt sich nach der Zahl der sie vermittelnden Geburten, § 1589 Absatz 1 Satz 2 BGB



Exkurs Ende



Ersatzpflege bei Verwandten bis zum 2. Grad

- auch hier kann Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden
- Verhinderungspflege ist in diesem Fall auf den Betrag des 1,5-fachen Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades begrenzt
- Begrenzung gilt nicht, wenn die Pflege nachweislich erwerbsmäßig ausgeübt wird
- zusätzlich kann für die Pflegeperson noch der Ersatz der notwendigen Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag bis zum Höchstbetrag von 1.612 € bzw. 2.418 € (bei Übertragung Budget aus Kurzzeitpflege) verlangt werden
- Fahrtkosten werden in der Regel mit 0,20 €/km gemäß § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz (BRKG) anerkannt



Verhinderungspflege (Sonstiges)

- während Zeiten der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld um 50% gekürzt
- Kürzung erfolgt nicht, wenn Verhinderungspflege nur stundenweise und täglich nicht für länger als 8 Stunden erfolgt
- entscheidend ist die Zeit, für die die Pflegeperson verhindert ist
- Leistungen der Verhinderungspflege können auch während eines Aufenthaltes im Ausland beansprucht werden

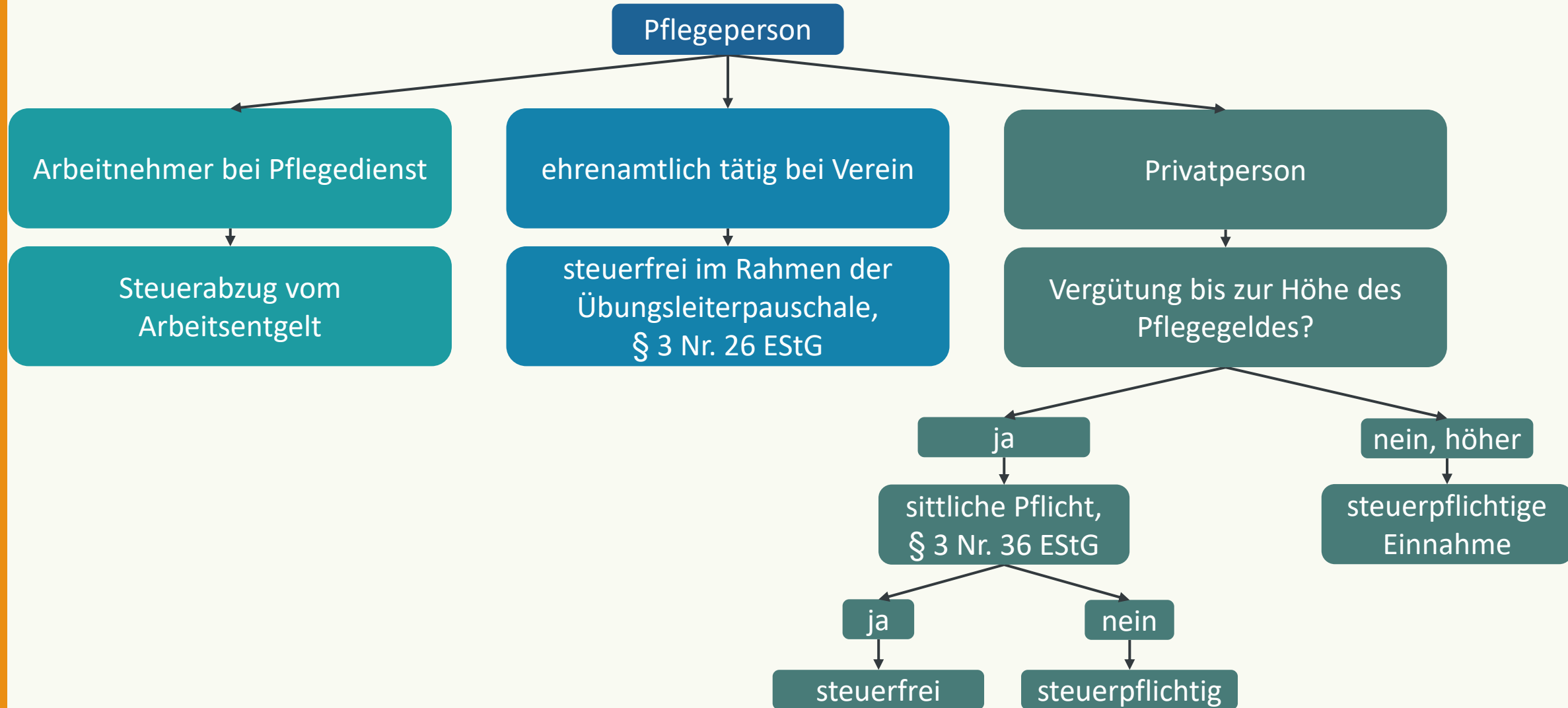


Übersicht Verhinderungspflege

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
durch nahe Angehörige (bis 2. Grades)	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu jährlich zuzüglich nicht in Anspruch genommene Kurzzeitpflege	0 €	498 €	859,50 €	1.147,50 €	1.420,50 €
durch sonstige Personen		0 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
		0 €	806 €	806 €	806 €	806 €



Grafik Verhinderungspflege und Steuer



Kurzzeitpflege

- vorübergehende Aufnahme in einer für die Kurzzeitpflege vollstationären Einrichtung
- gilt für die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder sonstigen Krisensituationen, wenn weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist
- auf 8 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt
- Kosten werden zusätzlich zur Verhinderungspflege übernommen
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten werden nicht übernommen



Kurzzeitpflege

- Kurzzeitpflege kann ausnahmsweise in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht werden
- vorausgesetzt wird, dass ein pflegender Angehöriger in der Einrichtung eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt und eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung erforderlich ist



Verhinderungspflege (Alternativen)

- für die Dauer von bis zu sechs Wochen kann auch die Betreuung in einer Pflegeeinrichtung erfolgen
- der Aufenthalt in einem Feriencamp oder Ferienhaus einer Behinderteneinrichtung kann als Verhinderungspflege anerkannt werden
- für die Unterkunft und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) sowie die Investitionskosten muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen



Übersicht Kurzzeitpflege

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegeaufwendungen von bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu jährlich	0 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €



Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

- Anspruch auf Kurzzeitpflege kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommene Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.386 € pro Kalenderjahr erhöht werden
- der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf die Verhinderungspflege angerechnet
- bei zu Hause gepflegten Kindern kann Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in einer von der Pflegekasse zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich oder zumutbar ist
- für Zeiten der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld um 50% gekürzt



Exkurs: Gemeinsamer Jahresbetrag

ab 01.01.2024



Gemeinsamer Jahresbetrag

- ab 01.01.2024 können Familien mit Kindern unter 25 Jahren grundsätzlich das flexible Entlastungsbudget nutzen
- Inanspruchnahme für bis zu 8 Wochen möglich
- Voraussetzung ist, dass die Kinder mit dem Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft sind
- der Gemeinsame Jahresbetrag beträgt 2024 jeweils 3.386 € bei Pflegegrad 4 und 5
- ab 01.01.2025 wird der Gemeinsame Jahresbetrag jeweils 3.538 € bei Pflegegrad 4 und 5 betragen



Übersicht Gemeinsamer Jahresbetrag (2024)

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
durch nahe Angehörige (bis 2. Grades)	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu jährlich				1.530 €	1.894 €
durch sonstige Personen					3.386 €	3.386 €



Übersicht Gemeinsamer Jahresbetrag (2025)

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
durch nahe Angehörige (bis 2. Grades)	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu jährlich				1.599 €	1.979 €
durch sonstige Personen					3.538 €	3.538 €



Übersicht Gemeinsamer Jahresbetrag (ab 01.07.2025)

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
durch nahe Angehörige (bis 2. Grades)	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu jährlich		694 €	1.198 €	1.599 €	1.979 €
durch sonstige Personen			3.538 €	3.538 €	3.538 €	3.538 €



Exkurs Ende

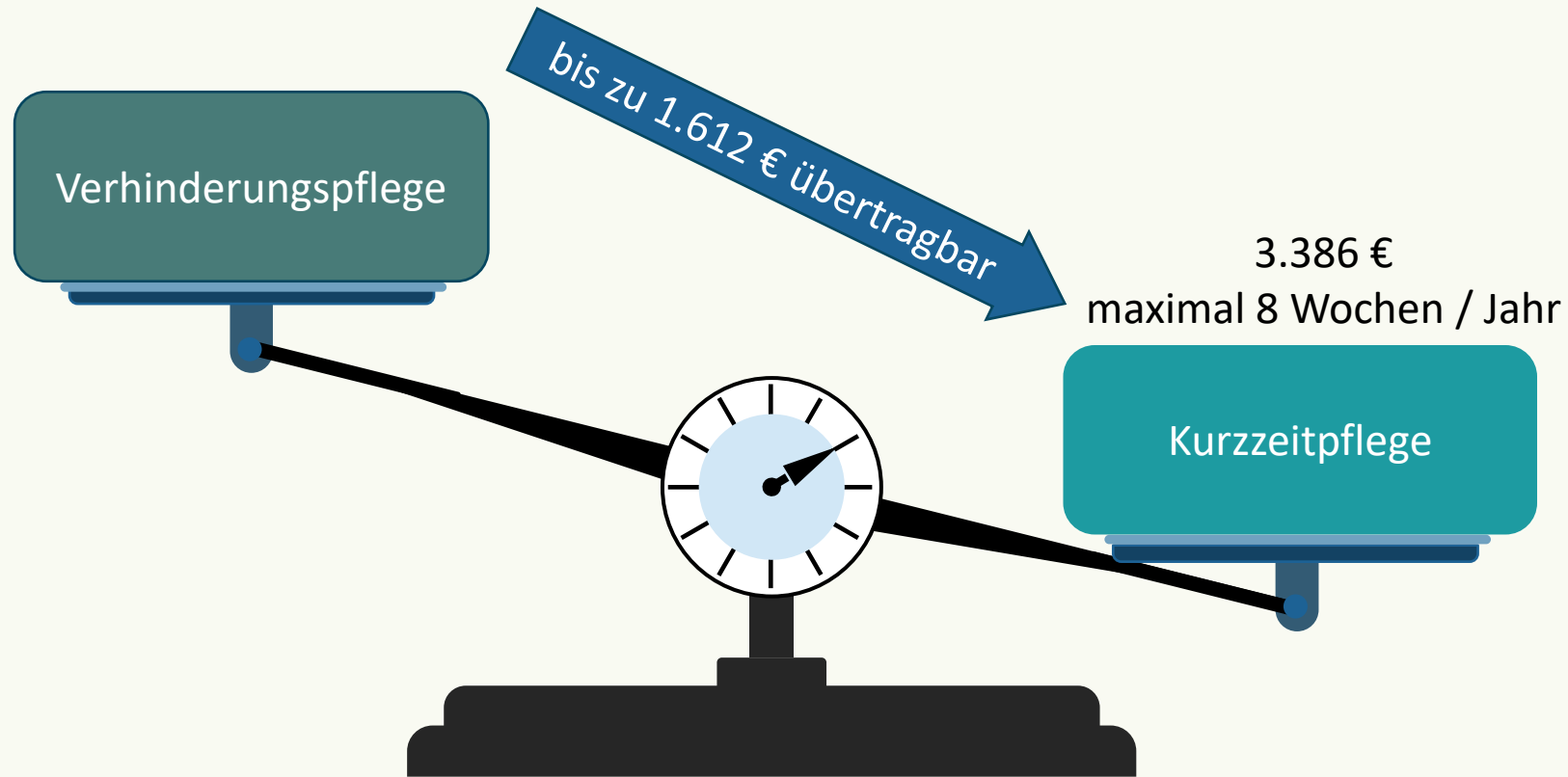


teilstationäre Tages- und Nachtpflege

- Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen erfolgt



Grafik Kombination Kurzzeit- und Verhinderungspflege (mehr Kurzzeitpflege)



Übersicht teilstationäre Tages- und Nachtpflege

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegeaufwendungen von bis zu monatlich	0 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €



Wohngruppenschlag

- Pflegebedürftige haben Anspruch auf pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 € monatlich, wenn mindestens 3 und höchstens 12 Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben
- finanziert werden zusätzliche Aufwendungen der Wohngruppe, wenn gemeinschaftlich eine Person beauftragt wird, die allgemeinen organisatorischen, verwaltenden oder betreuenden Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten
- der Wohngruppenschlag darf nicht auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII angerechnet werden



Grafik Wohngruppenzuschlag



Übersicht ambulant betreute Wohngruppe

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
monatlich	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €




zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Aufwendungen von bis zu 40 € monatlich, PG 1 – 5
- „PG 54: Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“
- z.B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel für Hände und Flächen, Mundschutz, Einmallätzchen



Link zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel



**Bekanntmachung
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)**

**Fortschreibung der Produktgruppe 54 "Zum Verbrauch bestimmte
Pflegehilfsmittel"
des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V
vom 11.03.2022**

Vorbemerkungen

Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. Das Verzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller und den Interessenorganisationen der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen (vgl. § 139 SGB V und § 140f SGB V).

Der GKV-Spitzenverband hat die Produktgruppe 54 "Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel" fortgeschrieben und gibt nachfolgend gemäß § 139 SGB V die geänderte Produktgruppe bekannt:

Produktgruppe 54 "Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel"
Datum der Fortschreibung: 11.03.2022

Seite 1 von 22

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/03_2022/20220311_Fortschreibung_Produktgruppe_54_Zum-Verbrauch-bestimmte-Pflegehilfsmittel.pdf



zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Übersicht technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Aufwendungen je
Hilfsmittel in Höhe von

100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine
Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten

technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also
unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei, zur Verfügung gestellt



technische Pflegehilfsmittel

- Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
- Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität
- Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
- Hilfsmittelverzeichnis PG 50 - 53



Link Pflegehilfsmittelverzeichnis

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Übersicht vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegeaufwendungen in Höhe von	0 €	15 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich			



Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

- Zuschuss für pflegebedingte Umbaumaßnahmen in der Wohnung
- im Einzelfall muss die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden
- bei Zusammenleben mehrerer Pflegebedürftiger steht jedem der Zuschuss zu, ist jedoch insgesamt auf einen Betrag in Höhe von 16.000 € begrenzt



Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

- Umzug in behindertengerechte Wohnung kann zuschussfähige Maßnahme sein
- Herstellung behindertengerechter Einrichtungen beim Neubau eines Eigenheims, wobei nur pflege- bzw. behinderungsbedingte Mehrkosten ansatzfähig sind

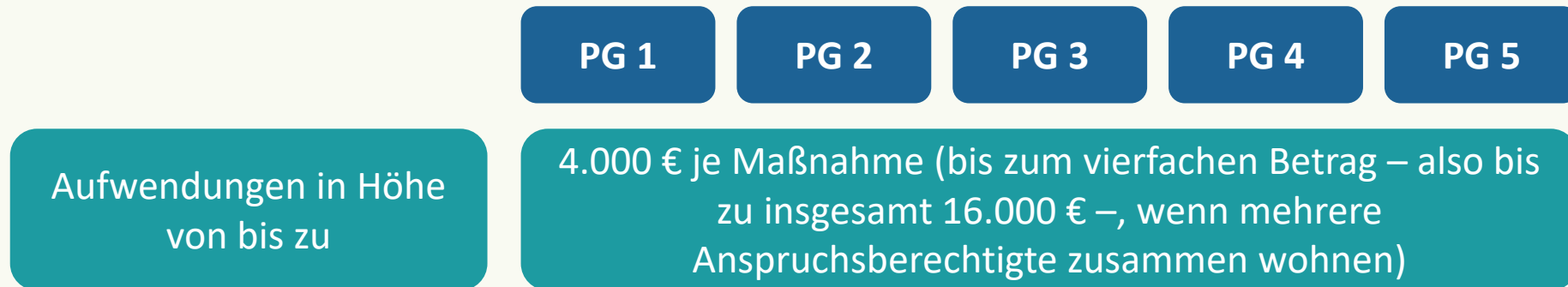


Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

- Zuschüsse sollen vor Beginn der Maßnahme mit einem Kostenvoranschlag beantragt werden
- wenn die Leistungsvoraussetzungen nach § 40 Absatz 4 SGB XI erfüllt sind, kommt auch nach Durchführung der Maßnahme eine Gewährung der Leistung in Betracht



Übersicht Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes



Aufwendungen in Höhe
von bis zu

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)



Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

- behinderungsbedingte Umbaumaßnahmen sind nicht vom Behinderten-Pauschbetrag umfasst und können deshalb neben dem Pauschbetrag grds. als außergewöhnliche Belastung geltend gemacht werden
- bei Umbaumaßnahmen lohnt sich immer ein Blick auf die Seite der KfW, da in Verbindung mit einem Darlehen teilweise erhebliche Zuschüsse (nicht zurück zu bezahlen) für behinderungsbedingte Umbauten gezahlt werden



Link Portal KfW



BARRIEREN REDUZIEREN

Vorausschauend umbauen und den Wohnkomfort erhöhen

Sie möchten Ihr Zuhause komfortabel umbauen? Und barrierefrei wohnen? Verwirklichen Sie Ihre Pläne mit Hilfe der KfW und profitieren Sie von günstigen Fördermöglichkeiten für den Umbau Ihres Hauses oder Ihrer Eigentumswohnung.

Je nach Lebensphase sind die Anforderungen und Wünsche an den Wohnbereich ganz unterschiedlich. Sie planen möglicherweise, Ihr Eigentum zu modernisieren und die Wohnqualität zu verbessern. Im Alter wächst dazu der Wunsch, Barrieren im Haushalt zu reduzieren, um weiterhin frei und selbstbestimmt leben zu können. Wir fördern Sie in jeder Phase, unabhängig davon, ob Sie

- eine junge Familie sind,
- einfach nur Ihren Wohnkomfort erhöhen möchten oder
- im Alter so lange wie möglich unabhängig leben wollen.

Planen Sie schon jetzt langfristig, damit Ihre Immobilie zu allen Lebenssituationen passt. Mit der KfW lassen sich Ihre Umbaupläne für ein barrierefreies Wohnen besonders günstig realisieren.

Hinweis: Mieterinnen und Mietern empfehlen wir, eine Modernisierungsvereinbarung mit der Vermieterin oder dem Vermieter abzuschließen.

<https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestehende-Immobilie/Barrierereduzierung/>



zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zur Stärkung der Pflege bei Versorgung

weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zur Stärkung der Pflege bei Versorgung		
	häuslich	stationär
Hilfestellung durch Pflegestützpunkte	X	X
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater	X	X
Pflegekassen veröffentlichen im Internet		
Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	X	X
Angebote zur Unterstützung im Alltag	X	
Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	X	X
Informationen über integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	X	X
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	X	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	X	X
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten		X
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	X	X



soziale Absicherung der Pflegeperson



Rentenversicherung von Pflegepersonen

Pflegepersonen sind in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, wenn

- Pflege Tätigkeit in der häuslichen Umgebung der zu pflegenden Person im Umfang von mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig 2 Tage in der Woche
- keine erwerbsmäßige Pflege
- neben der Pflege Tätigkeit ist die Pflegeperson nicht länger als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig; bei einer kurzfristigen Überschreitung der 30-Stunden-Grenze bleibt die Rentenversicherungspflicht bestehen



Übersicht Beitragsbemessungsgrundlage 2023

PG	in Anspruch genommene Leistung	Prozentsatz der Bezugsgröße	Bemessungsgrundlage (West)	Bemessungsgrundlage (Ost)
2	Pflegegeld	27	916,65 €	888,30 €
	Kombinationsleistung	22,95	779,15 €	755,06 €
	ambulante Sachleistung	18,90	641,66 €	621,81 €
3	Pflegegeld	43	1.459,85 €	1.414,70 €
	Kombinationsleistung	36,55	1.240,87 €	1.202,50 €
	ambulante Sachleistung	30,10	1.021,90 €	990,29 €
4	Pflegegeld	70	2.376,50 €	2.303,00 €
	Kombinationsleistung	59,50	2.020,03 €	1.957,55 €
	ambulante Sachleistung	49	1.663,55 €	1.612,10 €
5	Pflegegeld	100	3.395,00 €	3.395,00 €
	Kombinationsleistung	85	2.885,75 €	2.796,50 €
	ambulante Sachleistung	70	2.376,50 €	2.303,00 €



Übersicht monatliche Rentenzahlbeträge 2023

PG	in Anspruch genommene Leistung	monatliche Rentenzahlbeträge (West)	monatliche Rentenzahlbeträge (Ost)
2	Pflegegeld	170,50 €	165,22 €
	Kombinationsleistung	144,92 €	140,44 €
	ambulante Sachleistung	119,35 €	115,66 €
3	Pflegegeld	271,53 €	263,13 €
	Kombinationsleistung	230,80 €	223,67 €
	ambulante Sachleistung	190,07 €	184,19 €
4	Pflegegeld	442,03 €	428,36 €
	Kombinationsleistung	375,73 €	364,10 €
	ambulante Sachleistung	309,42 €	299,85 €
5	Pflegegeld	631,47 €	611,94 €
	Kombinationsleistung	536,75 €	520,15 €
	ambulante Sachleistung	442,03 €	428,36 €



Link Deutsche Rentenversicherung

Versicherung und Beitrag



**Rente für Pflegepersonen:
Ihr Einsatz lohnt sich**

- Kostenlose Beiträge für Pflegende
- Schutz durch die Rentenversicherung
- Meldeverfahren

Deutsche
Rentenversicherung
Sicherheit
für Generationen

#einlebenslang

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Br oschueren/national/rente_fuer_pflegepersonen.html



Arbeitsförderung I

- Pflegepersonen i.S.d. § 19 SGB XI nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert
- Versicherungspflicht nach Maßgabe des § 26 Abs. 2b SGB III
- Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 muss im häuslichen Bereich stattfinden und wenigstens zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche umfassen (Mindestpflegeaufwand)
- Bezug von Pflegeleistungen durch die pflegebedürftige Person und diese Leistungen sowohl nach dem SGB XI als auch nach dem SGB XII im Rahmen der Hilfe zur Pflege als auch nach anderen, gleichartigen Leistungssystemen (z.B. BVG, GUV, beamtenrechtlichen Vorschriften) bezogen werden können



Arbeitsförderung II

- Versicherungspflicht von Pflegepersonen setzt zudem voraus, dass diese unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III hatten
- mit der versicherungspflichtigen Einbeziehung von Pflegepersonen i.S.d. § 26 Abs. 2b SGB III in das Recht der Arbeitsförderung haben diese Pflegepersonen Anspruch auf alle Leistungen nach § 3 SGB III, sofern eine nahtlose Eingliederung in eine Beschäftigung nach der Pflege Tätigkeit nicht gelingt



Übersicht Zahlung Beiträge Arbeitslosenversicherung

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
monatlich West	0 €	45,96 €			
monatlich Ost	0 €	45,05 €			



Unfallversicherung

- Pflegepersonen i.S.d. § 19 SGB XI, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, genießen während ihrer pflegerischen Tätigkeit den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung
- Versicherungspflicht entsteht nach § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII kraft Gesetzes
- unabhängig von einer ggf. über 30 Stunden bestehenden Erwerbstätigkeit



Link Berücksichtigung von Pflegezeiten (Beispiel TK)

<https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/pflege/leistungsfuer-pflegende/soziale-sicherung/pflegeperson-beitraege-arbeitslosenversicherung-2108330>

Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Berücksichtigung von Pflegezeiten
Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Rentenversicherungsnummer

Weitere Angaben, wenn bisher keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Ich bin von der Rentenversicherungs-Pflicht befreit und zahle als Pflichtmitglied Beiträge an die folgende berufsspezifische Versorgungs-Einrichtung:
Tritt dieser Punkt auf Sie zu! Unter bestimmten Voraussetzungen können wir die Beiträge zur sozialen Sicherung an die berufsspezifische Versorgungs-Einrichtung zahlen. Dies gilt auch für Selbständige die Mitglied einer berufsspezifischen Versorgungs-Einrichtung sind. Dafür müssen Sie die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, wenn Sie versicherungspflichtig arbeiten. Dann zahlen wir die Beiträge an die berufsspezifische Versorgungs-Einrichtung. Bitte widersprechen Sie dem, wenn Sie dies nicht möchten.

5034307304

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

Seite 1 von 9



Gesamtüberblick Leistungen SGB XI



Leistungen SGB XI – Teil I

		Pflegegrad	1	2	3	4	5
häusliche Pflege	Pflegegeld von monatlich ¹		0 €	332 €	573 €	765 €	947 €
	Pflegesachleistung von bis zu monatlich ¹		0 €	761 €	1.432 €	1.778 €	2.200 €
Verhinderungspflege ²	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr bis zu jährlich	durch nahe Angehörige ³ (bis 2. Grades)	0 €	498 €	859,50 €	1.147,50 €	1.420,50 €
		durch sonstige Personen ⁴	0 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Kurzzeitpflege ⁵	Pflegeaufwendungen für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr bis zu jährlich ⁶		0 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €

1 Es wird entweder das Pflegegeld oder es werden ambulante Pflegesachleistungen gewährt. Beide Leistungen können jedoch auch miteinander kombiniert werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld vermindert sich dann anteilig (prozentual) im Verhältnis zu dem Wert der im jeweiligen Monat in Anspruch genommenen ambulanten Pflegesachleistung.

2 Während der Verhinderungspflege wird für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt

3 Auf Nachweis können nahen Angehörige notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrtkosten und so weiter) auch bis zu einem Gesamtleistungsbetrag von 1.612 € im Kalenderjahr erstattet werden. Bei Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege kann dieser Betrag auf bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden.

4 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 € aus noch nicht genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege angerechnet.

5 Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen anteiligen Pflegegeldes weitergewährt.

6 Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege angerechnet



Leistungen SGB XI – Teil II

	Pflegegrad	1	2	3	4	5
teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen von bis zu monatlich	0 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege ⁷	Leistungsbetrag von bis zu monatlich	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen	monatlich	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen von pauschal monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von monatlich	0 €	15 % des Heimentgelts, höchstens 266 €			
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen in Höhe von bis zu monatlich	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
digitale Pflegeanwendungen	Aufwendungen in Höhe von bis zu monatlich	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen in dem jeweiligen Monat nicht oder nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 % des jeweiligen Leistungsbetrages der ambulanten Pflegesachleistung auch für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden (Umwandlungsanspruch).



Leistungen SGB XI – Teil III

	Pflegegrad	1	2	3	4	5
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen von bis zu	4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)				
Zahlungen von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen ⁸	je nach bezogener Leistungsart bis zu monatlich (Beitrittsgebiet)	0 € (0 €)	170,50 € (165,22 €)	271,53 € (263,13 €)	442,03 € (428,36 €)	631,47 € (611,94 €)
Zahlungen von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen ⁹	monatlich (Beitrittsgebiet)	0 €	45,96 € (45,05 €)			

⁸ Bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in einer Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden wöchentlich nachgeht und sie noch keine Vollzeitrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat.

⁹ bei nicht erwerbsmäßiger Pflege einer oder mehrerer Personen in häuslicher Umgebung mit mindestens Pflegegrad 2 von wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte.



Leistungen SGB XI –Teil IV

		Pflegegrad					
		1	2	3	4	5	
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu monatlich	Krankenversicherung	172,04 €	172,04 €	172,04 €	172,04 €	172,04 €
		Pflegeversicherung	40,06 €	40,06 €	40,06 €	40,06 €	40,06 €
Pflegeunterstützungsgeld	für Beschäftigte während einer Arbeitsverhinderung bis zu 10 Tage (brutto)	0 €	90 % – bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % – des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts				

¹⁰ Der Berechnung wurden der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung können sich wegen der Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Abweichungen ergeben.



Landespflegegeld



Landespflegegeld Bayern

- ab Pflegegrad 2 können pflegebedürftige Menschen Landespflegegeld beantragen
- beträgt 1.000 € pro Jahr zusätzlich zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegekasse
- im Zeitpunkt der Antragstellung muss der Hauptwohnsitz in Bayern gelegen haben



Link Landespflegegeld Bayern

<https://www.lfp.bayern.de/landespflegegeld/>

Antrag auf Landespflegegeld

Das Landespflegegeld ist eine Leistung des Freistaats Bayern an pflegebedürftige Menschen mit mindestens Pflegegrad 2 und Hauptwohnsitz in Bayern.

Angaben zur pflegebedürftigen Person (Anspruchsberechtigte/-r) (Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet)
Hinweis: Bitte schreiben Sie gut lesbar und übernehmen alle Angaben aus Ihrem Ausweisdokument, auch Umlaute (ä, ö, ü)

Anrede*: Herr Frau Keine Angabe Titel:

Nachname*:

Vorname*:

Geburtsdatum*: . . *

Pflegegrad*: seit: . .

Bitte tragen Sie den beim Einwohnermeldeamt gemeldeten Hauptwohnsitz ein.

Straße*: Hausnummer*:

Postleitzahl*: Wohnort*:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

auf mein Konto (Anspruchsberechtigte/-r) oder auf das Konto von (abweichende/-r Kontoinhaber/-in)

Nachname*:

Vorname*:

IBAN (22 Stellen)*:

BIC (8 oder 11 Stellen):

Abweichende/-r Antragsteller/-in (gesetzliche/-r Vertreter/-in, Bevollmächtigte/-r, gerichtlich bestellte/-r Betreuer/-in)

Anrede*: Herr Frau Keine Angabe Titel:

Nachname*:

Vorname*:

Straße*: Hausnummer*:

Postleitzahl*: Wohnort*:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

x x

Datum Unterschrift Antragsteller/-in

Erforderliche Anlagen (Kann der Antrag nicht bis zum 31.12. vollständig eingereicht werden, ist er zur Fristwahrung unvollständig zu stellen):
 Nachweis der Pflegekasse/des Sozialhilfeträgers über den Pflegegrad (kein Pflegegutachten z.B. des MD oder eines privaten Anbieters)
 Ggf. Betreuerausweis/Vollmacht/Nachweis über alleiniges Sorgerecht

Hinweise: Bitte füllen Sie das Antragsformular leserlich aus und heften oder kleben Sie die eingereichten Unterlagen nicht.

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Landespflegegeld Berlin

- erhalten in Berlin lebende Personen, die blind, hochgradig sehbehindert oder gehörlos sind
- beträgt abhängig von der vorliegenden gesundheitlichen Einschränkung zwischen 168,35 € und 1.189 €



Link Landespflegegeld Berlin

<https://service.berlin.de/dienstleistung/324555/>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

Behörde/Geschäftszeichen Erstantrag **nach dem Landespflegegeldgesetz**
 Änderungsantrag
 Gz.: Berlin Erneuter Antrag (bitte ärztliches Attest beifügen)

Hinweis: Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrages notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

1.1	Name, Vorname		
	Geburtsname, Geburtsdatum		
	Familienstand	▼ seit	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
1.2	Wohnsitzanschrift in Berlin (Gebäudeteil, Aufgang, Etage, rechts/links/mitte-)		Telefon (freiwillige Angabe)
	Wohnsitzanschrift außerhalb Berlins		Telefon (freiwillige Angabe)
	Gewöhnlicher Aufenthalt	seit	Telefon (freiwillige Angabe)
	Derzeitiger Aufenthalt, an dem Sie zu erreichen sind		Telefon (freiwillige Angabe)
1.3	Sind Sie zurzeit in einem Krankenhaus, einer Klinik, einem Krankenhaus, einem Heim o. Ä.	<input type="checkbox"/> Ja → Seit Name und Anschrift der Einrichtung	
	Wer trägt die Kosten, in welcher Höhe und seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein	
		Zeitraum	€ monatlich
	<input type="checkbox"/> Ich selbst		
	<input type="checkbox"/> Krankenkasse		
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Angehörige		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

100-10112 - Pflegegeldantrag - 08/16
 Berlin 1-12/20



Landespflegegeld Brandenburg

- wird zum Ausgleich von behinderungsbedingten Mehraufwendungen bezahlt
- wird unabhängig vom Einkommen und Vermögen auf Antrag gezahlt, jedoch regelmäßig nur, wenn kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht



Landespflegegeld Brandenburg

- beträgt monatlich 192,40 € bei anspruchsberechtigten schwerbehinderten Menschen
- 345,80 € bei blinden Menschen nach Vollendung des 18. Lebensjahres
- 172,90 € bei blinden Menschen vor Vollendung des 18. Lebensjahres
- 106,60 € bei gehörlosen Menschen
- Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI werden bei blinden Menschen zu 50 % auf das Landespflegegeld angerechnet



Link Landespflegegeld Brandenburg

Landespflegegeldgesetz

Zum Ausgleich von behinderungsbedingten Mehraufwendungen besteht im Land Brandenburg unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Geldleistungen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG).

Das Landespflegegeld wird unabhängig von Einkommen und Vermögen auf Antrag monatlich im Voraus an dem Monat gezahlt, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens ab dem Ersten des Antragsmonats.

Wer hat einen Anspruch auf Landespflegegeld? ◀

Wie hoch ist das Landespflegegeld? ◀

Wer ist zuständig für die Durchführung des Landespflegegeldgesetzes? ◀

<https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/soziales/soziale-leistungen/>



zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Landespflegegeld Bremen

- berechtigt sind schwertsbehinderte und blinde Personen
- ist unabhängig von Einkommen und Vermögen
- monatlich 494,97 €, bis 18 Jahre 247,549 €
- Leistungen der Pflegeversicherung werden vollständig angerechnet



Link Landespflegegeld Bremen

<https://www.service.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen128.c.242380.de>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

Aktenzeichen: **Fallname:**

Freie Hansestadt Bremen
Amt für Soziale Dienste
Fachdienst Wirtschaftliche Hilfen

Antragsdatum:

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz

wegen Blindheit Schwerbehinderung

1. Antragsteller:in

Name, Vorname (Geschlecht):	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum und -ort:	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="text"/>
Grad der Behinderung:	<input type="text"/>
Schwerbehindertenausweis mit GlA/G:	<input type="text"/>
Schwerbehindertenausweis Merkzeichen:	<input type="text"/>
Schwerbehindertenausweis gültig bis:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>
abw. Anschrift:	<input type="text"/>
Telefon (freiwillige Angabe):	<input type="text"/>
Mobiletelefon (freiwillige Angabe):	<input type="text"/>
E-Mail (freiwillige Angabe):	<input type="text"/>
Bankverbindung (IBAN):	<input type="text"/>
Kontoinhaber:	<input type="text"/>

(abweichende) Bescheidempfänger:in

Anrede/Vorname/Name:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>

Betreuer:in/Vormund:in/Beistandschaft

Name und Vornamen:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>
Telefon / Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Aufgabenkreis:	<input type="text"/>
Amtsgericht:	<input type="text"/>
Aktenzeichen:	<input type="text"/>
Beschluss vom / gültig bis:	<input type="text"/>

450-WH4Form / 5.0 (10/12) Seite 1 von 3



Landespflegegeld Rheinland-Pfalz

- anspruchsberechtigt sind schwerbehinderte Personen, die das erste Lebensjahr vollendet haben und deren gewöhnlicher Aufenthalt in Rheinland-Pfalz ist
- monatlich 384 €, ab vollendetem 1. Lebensjahr bis 18 Jahre 192 €



Link Landespflegegeld Rheinland-Pfalz

<https://bus.rlp.de/detail?pstId=203310327>

Antrag auf Gewährung von Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz Rheinland-Pfalz (LPfGG)

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaf Telefon-Nr.

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaf Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)
 nein als Beamter besteht Behilfsanspruch?
 ja, welche Dienststelle als Angestellter/Arbeiter (auch Pauschalbeihilfe) Ja Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde / Vollmacht beifügen)

Ursache der Behinderung: von Geburt Unfall Krankheit Kriegseinwirkung
 sonstiges (bitte angeben)

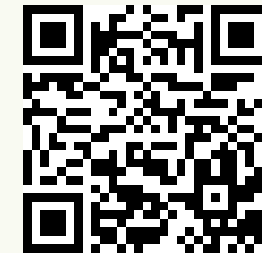
Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und hausärztliches Attest beifügen)

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:
Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?
 Nein Ja (Name, Anschrift)

Wird eine Einrichtung besucht? Nein Ja, folgende
 Kindergarten/Sonderkindergarten Schule/Sonderschule Werkstatt für Behinderte
 Alten-/Pflegeheim/Kurzzeitpflege Tages-/Nachtpflege sonstige Betreuungsstätte
 Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Pflegeunterstützungsgeld, Pflegezeit und Familienpflegezeit



Pflegeunterstützungsgeld

- wird naher Angehöriger eines Beschäftigten akut pflegebedürftig, besteht Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn erforderlich, um für den Betroffenen bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen
- kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen, unabhängig von der Anzahl der bei beim Arbeitgeber Beschäftigten
- ist Entgeltersatzleistung; als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden grundsätzlich 90% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt
- Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen zu beantragen
- seit 01.01.2024 wird die Leistung pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person gewährt



Pflegezeit

- Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen
- für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung in der letzten Lebensphase
- gilt für alle Pflegegrade
- sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung



Pflegezeit (Anspruch)

- einen Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten, wenn sie eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen
- auf die sechsmonatige Pflegezeit gibt es einen Rechtsanspruch; die Zustimmung des Arbeitgebers ist nicht erforderlich
- Beschäftigte müssen die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (MD) nachweisen
- wer sich freistellen lässt, muss die Pflege übernehmen



Pflegezeit (Umsetzung)

- schriftliche Vereinbarung mit Arbeitgeber
- Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Arbeitstage, bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden
- Ankündigung beinhaltet auch die Angabe über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit, bei teilweiser Freistellung gewünschte Verteilung der Arbeitszeit
- Pflegezeit kann nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden



Pflegezeit (Dauer)

- Pflegezeit beträgt maximal sechs Monate
- wurden zunächst weniger als sechs Monate beantragt, kann der Zeitraum der Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur Höchstdauer von sechs Monaten verlängert werden
- Pflegezeit endet nach Ablauf der in Anspruch genommenen Zeit, spätestens mit Ablauf von sechs Monaten
- Pflegezeit können Beschäftigte für dieselbe Angehörige oder denselben Angehörigen nur einmal beanspruchen



Förderung Pflegezeit

- Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen
- kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (<https://www.bafza.de/programme-und-foerderungen/familienpflegezeit>)



Kombination mit anderen Freistellungen

- alle Freistellungsmöglichkeiten nach dem PflegeZG und dem FPfZG können miteinander kombiniert werden, müssen aber nahtlos aneinander anschließen
- Gesamtdauer beträgt höchstens 24 Monate
- grundsätzlich entstehen auch bei Pflegezeit Urlaubstage; Arbeitgeber hat jedoch die Möglichkeit, den Erholungsurlaub des Beschäftigten, der für das Urlaubsjahr zusteht, für jeden vollen Kalendermonat der vollständigen Freistellung um ein Zwölftel zu kürzen
- Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit oder der anderen Freistellungen nach dem PflegeZG nicht kündigen



Familienpflegezeit (Anspruch)

- Familienpflegezeit können Beschäftigte in Anspruch nehmen, die eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen und bei Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten tätig sind
- auf die 24 Monate Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch
- über Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit ist schriftliche Vereinbarung zu treffen
- Anspruch auf Familienpflegezeit haben Beschäftigte nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten



Familienpflegezeit Beamte

- „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Beamtinnen und Beamte des Bundes sowie Soldatinnen und Soldaten sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften“
- Regelungen, die für die Privatwirtschaft und für Tarifbeschäftigte gelten, werden im Wesentlichen wirkungsgleich im Beamten- und Soldatenbereich nachvollzogen
- Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit
- kann ein Vorschuss in Anspruch genommen werden, um während der (teilweisen) Freistellung den Lebensunterhalt besser bewältigen zu können



Familienpflegezeit (Dauer)

- Beschäftigte sind für die Dauer von maximal 24 Monaten teilweise freizustellen, wenn sie eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen
- Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden muss erbracht werden
- Familienpflegezeit endet nach Ablauf der in Anspruch genommenen Zeit, spätestens mit Ablauf von 24 Monaten



Grafik Verhinderung im Pflegefall



Übersicht Finanzierung Pflegezeiten

	Pflegeunterstützungsgeld	Pflegezeit	Familienpflegezeit	Sterbebegleitung
Dauer bis zu	10 Tage (pro Kalenderjahr)	6 Monate	24 Monate	3 Monate
Art der Freistellung	vollständig im Akutfall	vollständig oder teilweise	teilweise	vollständig oder teilweise
Anspruch gilt für Arbeitnehmer	alle	in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten	in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten	in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten
Anmeldefrist beim Arbeitgeber	keine	10 Tage	8 Wochen	10 Tage
Finanzierung	Lohnersatzzahlung von Pflegekasse	Zinsloses Darlehen (vom BAFzA)		



Link Vereinbarkeit Pflege und Beruf



<https://www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit>



Krankenversicherung

SGB V



Mitaufnahme Begleitperson, § 11 SGB V

- aus medizinischen und psychologischen Gründen kann während stationärer Aufenthalte (sowohl während der Behandlung im Krankenhaus als auch während der stationären Nachsorge) eine Begleitperson mit aufgenommen werden
- Krankenkasse kann eine ärztliche Bescheinigung verlangen, in der die Notwendigkeit der Mitaufnahme begründet wird
- Bescheinigung vor, erstattet die Krankenkasse dem Krankenhaus Kosten für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson
- wenn es der Begleitperson aus familiären, psychologischen, räumlichen oder sonstigen Umständen nicht möglich ist, mit aufgenommen zu werden, kann die Kasse die Kosten für die täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson erstatten



Mitnahme Begleitperson

- wenn als einzige Begleitperson nur ein berufstätiger Elternteil zur Verfügung steht und eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitnahme dieser Begleitperson während der stationären Behandlung bescheinigt wird, kann ein Ausgleich von Verdienstausfall der Begleitperson als Begleitkosten der stationären Behandlung bei der Krankenkasse beantragt werden
- es handelt sich grundsätzlich nicht um das Kinderpflege-Krankengeld, sondern um einen Anspruch, der aus § 11 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Notwendigkeit der stationären Behandlung abgeleitet werden kann



Mitaufnahme Begleitperson

- im Gegensatz zum Kinderpflege-Krankengeld haben Begleitpersonen keinen Rechtsanspruch auf Freistellung durch den Arbeitgeber
- es werden bei dieser Erstattung von Verdienstaufschlag keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt
- bei einer Erstattung von länger als 28 Tagen wird der Zeitraum der mitgliedserhaltenden Versicherung überschritten
- ab dem 29. Tag muss die Begleitperson selbst Beiträge zur Krankenversicherung zahlen



häusliche Krankenpflege, § 37 SGB V

- hat zum Ziel, den Versicherten eine sonst notwendige Krankenhausbehandlung zu ersparen bzw. abzukürzen
- wird durch geeignetes Krankenpflegepersonal erbracht
- wird grundsätzlich für einen Zeitraum von 4 Wochen je Krankheitsfall gewährt und kann die Grundpflege, die Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung umfassen
- besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann



häusliche Krankenpflege

- Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung leisten
- Zuzahlung begrenzt auf 28 Kalendertage der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege
- zur häuslichen Krankenpflege zählt auch die sogenannte Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung
- Sicherungspflege kann im eigenen Haushalt, in der Familie oder betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in einer WfbM gewährt werden



Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit, § 39c SGB V

- Versicherte, die nicht pflegebedürftig sind oder maximal Pflegegrad 1 haben, können Kurzzeitpflege von der Krankenkasse erhalten, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen
- Kurzzeitpflege bedeutet, dass ein Versicherter für einen begrenzten Zeitraum in einer stationären Einrichtung rund um die Uhr betreut wird
- Anspruch ist auf maximal 8 Wochen und 1.774 € pro Jahr begrenzt



Fahrtkosten, § 60 SGB V

- werden nur im Ausnahmefall von der Krankenkasse übernommen
- Fahrten zu stationären Behandlungen werden in der Regel übernommen
- bei ambulanten Behandlungen erfolgt die Leistung anhand der Krankentransport-Richtlinie:
 - der Patient muss in seiner Bewegungsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein (Pflegergrad 3, 4 oder 5)
 - und bei Pfleegerad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität einer Beförderung bedarf oder einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ besitzt (Ausnahme bei Versicherten, die bereits zum 31.12.2016 Pflegestufe 2 hatten; sie müssen zusätzliche Voraussetzungen nicht erfüllen)
- die medizinische Notwendigkeit der Fahrt muss vom behandelnden Arzt festgestellt werden und die vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist einzuholen



Haushaltshilfe, § 38 SGB V

- ein Anspruch besteht, wenn es dem Versicherten bzw. seinen Eltern nicht möglich ist, den Haushalt, z.B. auf Grund eines Krankenhausaufenthalts, einer Rehabilitationsmaßnahme oder einer Mutter-Kind-Kur weiterzuführen
- Voraussetzung ist weiter, dass eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und Kinder unter 12 Jahre oder ein behindertes hilfebedürftiges Kind im Haushalt leben
- kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht ein Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten



Exkurs: Betreuung und Versorgung in Notsituationen



Versorgung eines Kindes in Notsituationen

- bei Ablehnung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse kann ein Antrag auf Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen beim Jugendamt beantragt werden
- dem Antrag beim Jugendamt ist der Ablehnungsbescheid der Krankenkasse beizufügen
- Jugendamt kann einen einkommensabhängigen Beitrag erheben



Exkurs Ende



Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, § 45 SGB V

- bei Erkrankung eines Kindes besteht ein Anspruch des berufstätigen Elternteils auf Kinderkrankengeld und Freistellung von der Arbeit
- ärztliche Bescheinigung, dass krankes Kind beaufsichtigt, betreut und gepflegt werden muss ist vorzulegen
- weiter darf die Beaufsichtigung des Kindes von keiner anderen im Haushalt lebenden Person erbracht werden können
- das Kind hat das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen



Umfang Kinderkrankengeld

- Höchstbezugsdauer 10 Arbeitstage pro Jahr und Kind, maximal 25 Arbeitstage bei mehreren Kindern
- bei Alleinerziehenden beträgt die Höchstbezugsdauer 20 Arbeitstage pro Jahr pro Kind, maximal 50 Arbeitstage bei mehreren Kindern



Kinderkrankengeld in besonderen Situationen

- Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des erkrankten und versicherten Kindes
- Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder behindert und auf Hilfe angewiesen
- nach ärztlichem Zeugnis leidet das Kind an einer Erkrankung, die progredient verläuft und es ist bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht, bei dem eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung erforderlich oder von einem Elternteil erwünscht ist
- es besteht eine lediglich begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten
- die Gewährung von Kinderkrankengeld ist in solchen Fällen grds. unbefristet



Überblick Zuzahlungen Krankenversicherung – Teil I

Leistung Krankenkasse	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung, Ausnahmen
Arznei- und Verbandmittel	Zuzahlung von 10 % des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Mittel jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Krankenhausbehandlung für Versicherte ab 18 Jahre	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Fahrtkosten bei ambulanter Krankenbehandlung	100% der Kosten, altersunabhängig Ausnahmeregelung: bei zwingenden medizinischen Gründen kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrtkosten übernehmen Dann gilt folgende Regelung: 10 % der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 € je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze
Fahrtkosten bei oder anstelle stationärer Krankenhausbehandlung, Rettungsfahrt, Krankentransport	Zuzahlung von 10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze



Überblick Zuzahlungen Krankenversicherung – Teil II

Leistung Krankenkasse	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung, Ausnahmen
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik)	Zuzahlung von 10% der Kosten, zuzüglich 10 € je Verordnung	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Bandagen)	Zuzahlung von 10 % des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe oder Soziotherapie	Zuzahlung von 10 % der Tageskosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze
bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10 % der Tageskosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Anschlussrehabilitation und Mütterkuren	10 € pro Kalendertag	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Zahnersatz	Festzuschuss von 50 % der Kosten der Regelversorgung. Zusätzlicher Bonusanspruch bei regelmäßigen Zahnkontrolluntersuchungen nach 5 Jahren 20 %, nach 10 Jahre 30 %	<ul style="list-style-type: none"> • Härtefallregelung (auf Antrag)



Befreiungsmöglichkeit von Zuzahlungen, § 62 SGB V

- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von Zuzahlungen befreit, mit Ausnahme von Fahrtkosten
- im Übrigen haben Versicherte bis zu einer jährlichen Belastungsgrenze von 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens Zuzahlungen zu leisten
- bei chronisch kranken Versicherten, die wegen derselben chronischen schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei 1 %



Zuzahlung - chronische Erkrankung

ein Patient gilt als schwerwiegend chronisch krank, wenn er mindestens 1 Jahr lang mindestens 1 x pro Quartal ärztlich behandelt wurde und

- zusätzlich Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt oder
- ein GdB bzw. eine Erwerbsminderung von mindestens 60 % vorliegt oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine verminderte Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die schwerwiegende chronische Erkrankung zu erwarten ist



Zuzahlung - Ermittlung Belastungsgrenze

- zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet
- bei einer Familienversicherung wird das Bruttoeinkommen sämtlicher in die Familienversicherung einbezogener Familienmitglieder zugrunde gelegt
- die Bruttoeinnahmen der weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten werden nicht in voller Höhe berücksichtigt



Arzneimittel – besondere Regelungen

- im Grundsatz sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnungsfähig
- Ausnahmen sind:
 - Kinder bis zum 12. Lebensjahr
 - Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr
 - unabhängig vom Alter, wenn das Medikament als Standard-Therapie zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung erforderlich ist



Link Ausnahmen Arzneimittel-Richtlinie

<https://www.g-ba.de/downloads/83-691-854/AM-RL-I-OTC-2023-11-07.pdf>



Anlage I

zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie
Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in
Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen

Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen
Verordnungsausschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V
(OTC-Übersicht)

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Heilmittel

- als Heilmittel können Versicherte Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Massagen beanspruchen
- Versicherte mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose können auch die Ernährungstherapie als Heilmittel von der Krankenkasse übernommen bekommen



Hilfsmittel

- Hilfsmittel gehören zum Leistungsumfang der Krankenkassen
- sind zum Beispiel Prothesen, Rollstühle oder Prothesen
- uneingeschränkter Anspruch auf Sehhilfen haben Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr



Hilfsmittel - Zuzahlung

- für Hilfsmittel gelten regelmäßig Festbeträge
- entscheidet man sich für ein Hilfsmittel, das teurer ist als der Festbetrag, sind die Mehrkosten selbst zu tragen
- Hilfsmittel können grundsätzlich nur in Sanitätshäusern, Apotheken oder über Hersteller bezogen werden, die Vertragspartner der Krankenversicherung sind



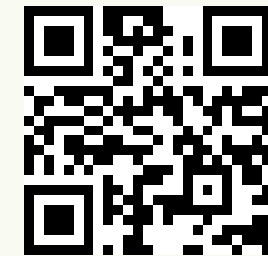
Link Übersicht Kinderhilfsmittel

<https://www.finifuchs.de/>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

Herzlich willkommen bei FiNiFuchs – eurer Plattform für Kinderhilfsmittel

Auf der Suche nach Informationen rund um Kinderhilfsmittel seid ihr bei uns Füchsen genau richtig. Besucht unsere **Onlinemesse** und erfahrt alles über die neuesten Hilfsmittel für Kinder und Jugendliche sowie deren **Hersteller**. Auch das auf eine Kinderversorgung spezialisierte **Sanitätshaus** in eurer Nähe findet ihr bei FiNiFuchs. In unseren nach Themen zusammengefassten **Hilfsmittelkategorien** entdeckst du beim Stöbern bestimmt dir bekannte und viele neue Produkte, die das Leben verschönern und erleichtern. Werde Teil der FiNiFuchs-Community und lass uns gern eine **Bewertung** da, damit möglichst viele Kinder das für sie passende Hilfsmittel finden.

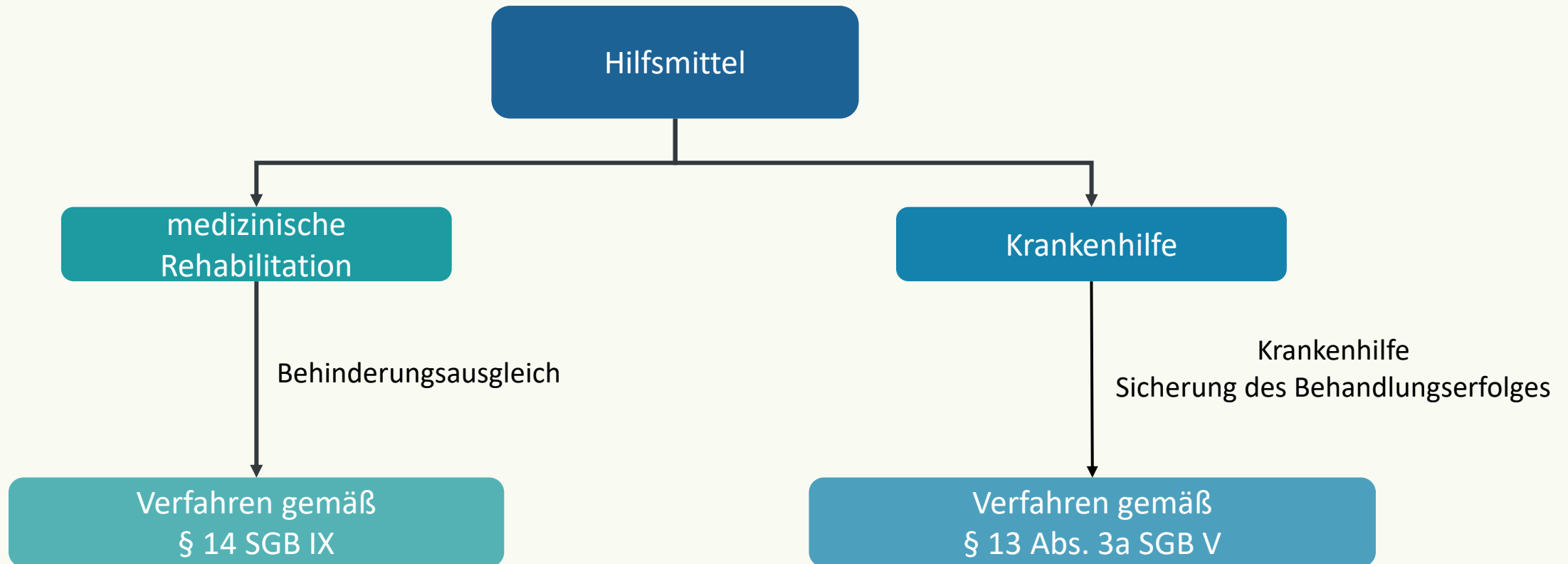


Hilfsmittel als Ausgleich einer Behinderung

- dient ein Hilfsmittel allein dem Ausgleich der Folgen einer Behinderung im beruflichen, gesellschaftlichen oder privaten Bereich, können andere Kostenträger als die Krankenkasse in Betracht kommen
- Leistungen können zum Beispiel auch vom Sozialamt oder der Bundesagentur für Arbeit erbracht werden



Grafik Hilfsmittel von Krankenkasse oder Rehabilitationsträger

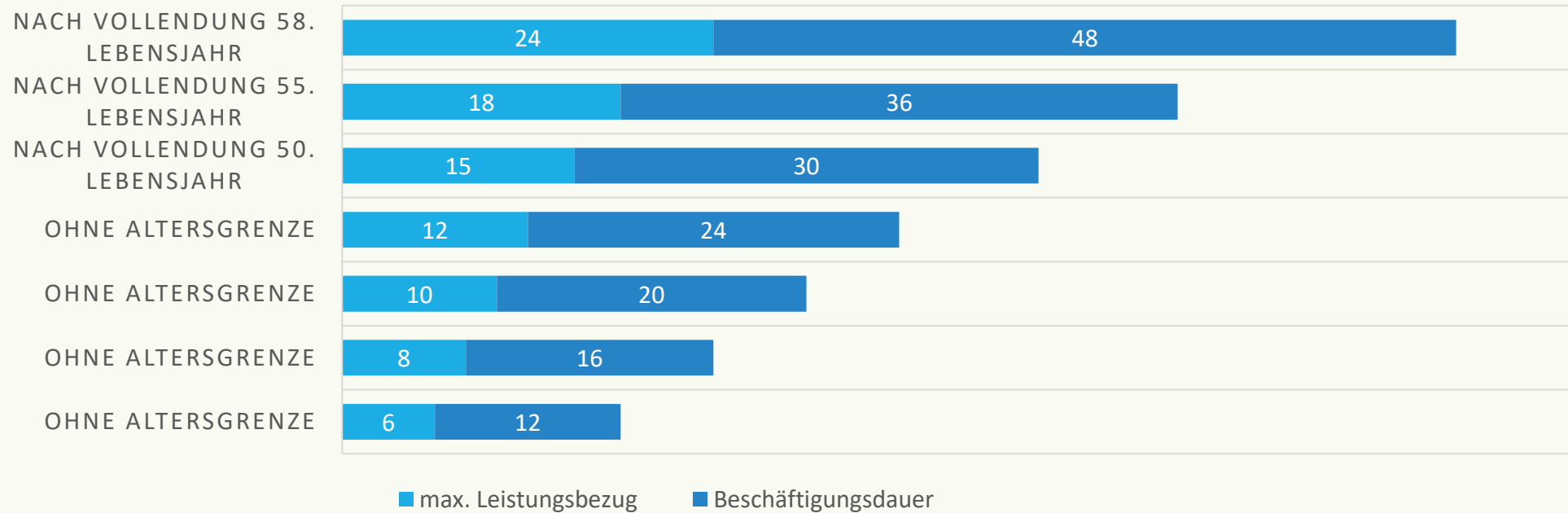


Recht der Arbeitsförderung

SGB III



Bezugsdauer von Arbeitslosengeld



**BEZUG VON ARBEITSLOSENGELD IN ABHÄNGIGKEIT DER
BESCHÄFTIGUNGSZEIT IN MONATEN**

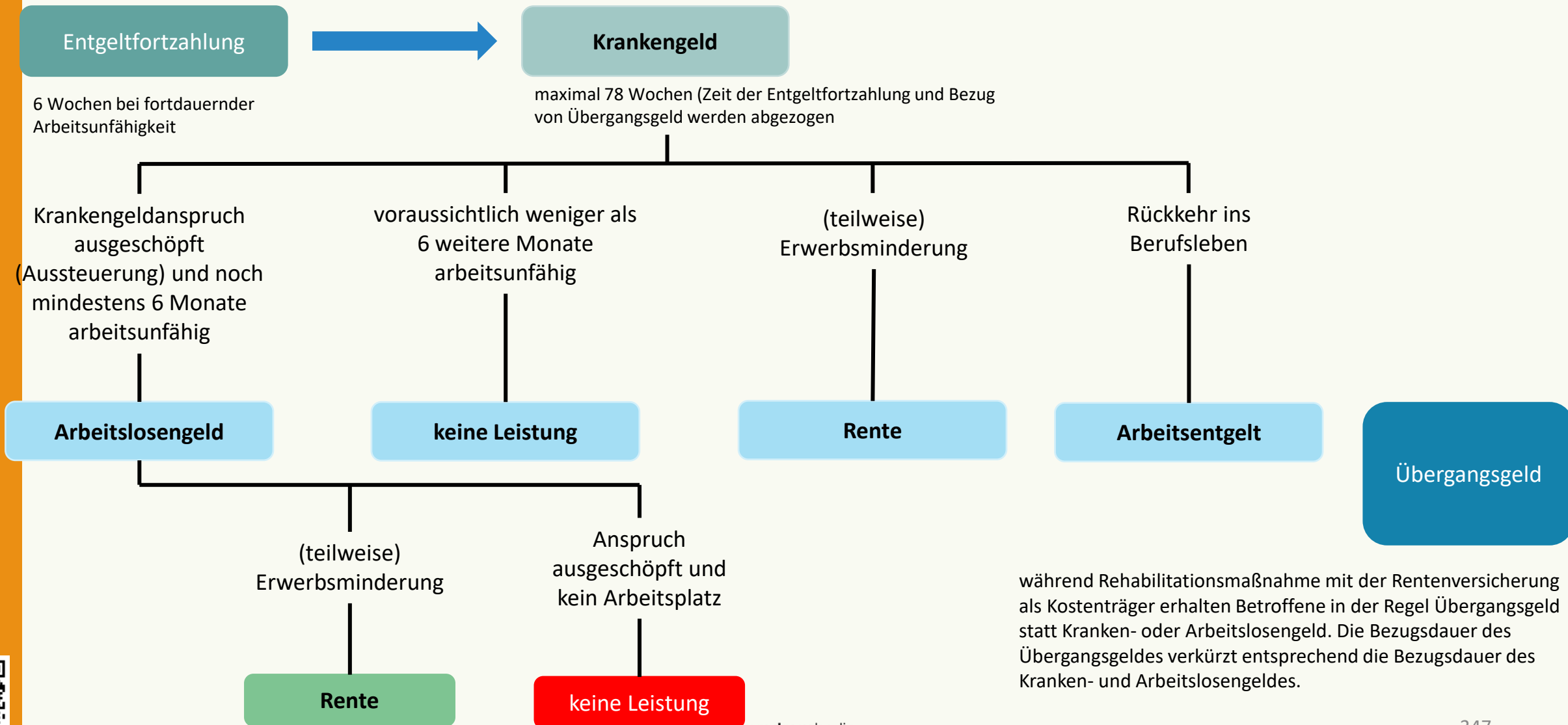


Rentenversicherung

SGB VI



Grafik Unterhaltssicherung bei langer Krankheit



Rente wegen Erwerbsminderung

Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

unter 3 Stunden

3 bis unter 6 Stunden

über 6 Stunden

volle Erwerbsminderung

teilweise Erwerbsminderung

keine Erwerbsminderung

3
Stunden

6
Stunden



Rehabilitationsleistungen

SGB IX 1. Teil



Übersicht Rehabilitationsleistungen

Leistungsträger	medizinische Rehabilitation	Teilhabe am Arbeitsleben	soziale Teilhabe	unterhaltssichernde Leistungen	Teilhabe an Bildung
Krankenkasse (SGB V)	✓			✓	
Rentenversicherung (SGB VI)	✓	✓		✓	
Unfallversicherung (SGB VII)	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit (SGB III)		✓		✓	
Kinder-/Jugendhilfe (SGB VIII)	✓	✓	✓		✓
Eingliederungshilfe (SGB IX)	✓	✓	✓		✓
Integrationsamt		✓			



Link berufliche Teilhabe von Menschen mit Mukoviszidose

<https://www.rehadat-wissen.de/ausgaben/10-mukoviszidose/>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

REHADAT
WISSEN

AUSGABE

10

Mit viel Luft nach oben

Wie sich die berufliche Teilhabe von Menschen mit **Mukoviszidose** gestalten lässt
(Erscheinungsjahr: 2021)



familienorientierte Rehabilitation



Voraussetzungen

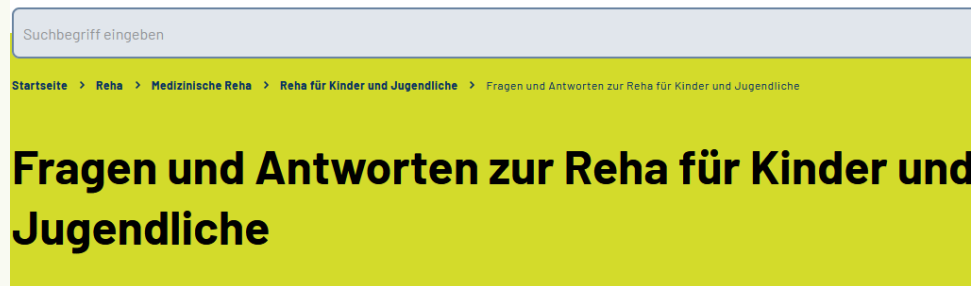
- ein Kind leidet an einer schweren chronischen Erkrankung und
- Alltagsaktivitäten der Familie werden durch die Krankheit des Kindes erheblich beeinträchtigt und
- die Mitaufnahme der Familienangehörigen trägt maßgeblich zum Rehabilitationserfolg des erkrankten Kindes bei



Link Deutsche Rentenversicherung Reha für Kinder und Jugendliche

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Reha-fuer-Kinder-und-Jugendliche/faq_kinderreha.html#_32z0a4hno

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Antrag und Kostenträger

- muss vom Arzt verordnet werden
- zuständig sind Krankenversicherung und Rentenversicherung (gleichrangig)



Link Verfahrensabsprache

https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/05_Normen_und_Vertraege/04_Rehabilitation/03_verwaltungsabsprachen/verfabspr_familienorientierte_reha.html



**Verfahrensabsprache
zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation“ für Kinder und Jugendliche mit
besonders schweren chronischen Erkrankungen**

vom 1. Januar 2020

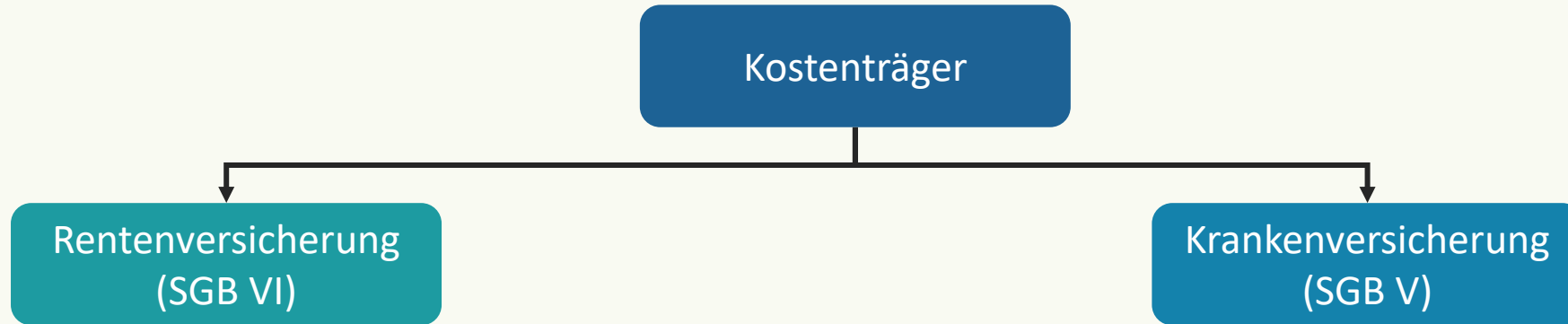
Präambel

Besonders schwere chronische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen können zu erheblichen Belastungen und Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten der Familie führen. Um sicherzustellen, dass diese Kinder und Jugendlichen im Rahmen der unterschiedlichen Leistungsgesetze der Renten- und Krankenversicherung nach einheitlichen Voraussetzungen unbürokratisch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit familienorientierter Zielstellung (im Folgenden „Familienorientierte Rehabilitation“ genannt) erhalten können, treffen

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Verdienstaufschlag für Begleitpersonen



Antrag auf Erstattung des entstandenen Verdienstaufschlags oder Einkommensausfalls
(bitte nachträglich einreichen)

G0561

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Rehabilitandin / Rehabilitand (Name, Vorname) - falls nicht Versicherte oder Versicherter	Geburtsdatum

Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1a SGB V
(seit 01.01.2024)

Der Anspruch auf das Kinderkrankengeld bei stationärer
Mitaufnahme besteht für die Dauer der medizinisch
notwendigen Begleitung (keine Höchstanspruchsdauer)



Freistellungsanspruch bei Kinderkrankengeld

- Begleitpersonen mit Anspruch auf Kinderkrankengeld haben gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung
- Der Freistellungsanspruch kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden



Exkurs: familienorientierte Rehabilitation bei Beamten

Die nachfolgenden Ausführungen stellen nur einen Auszug dar und werden sukzessive erweitert



Anmerkung

- die Ausführungen sind auf Grund der zahlreichen u.a. landesrechtlichen Regelungen zu der Beihilfeberechtigung nicht abschließend
- die Ausführungen werden sukzessive bei den nachfolgenden Auflagen ergänzt



Bundesrepublik Deutschland

§ 35 BBhVVwV



Voraussetzungen

- Ziel der familienorientierten Rehabilitation ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder
- unabhängig, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt
- bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich



Link FOR Bundesrepublik Deutschland

https://www.bva.bund.de/DE/Services/Bundesbedienstete/Gesundheitsvorsorge/Beihilfe/7_Themen/Rehamassnahmen/rehamassnahmen_node.html

Rehabilitationsmaßnahmen §§ 34, 35 und 36 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Welche Rehabilitationsmaßnahmen sind beihilfefähig?

Zu den beihilfefähigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gehören



zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Leistungen für Bundeswehangehörige



Link Informationen Bundeswehangehörige

https://www.hsu-hh.de/gleichziv/wp-content/uploads/sites/688/2018/11/A_2645_6_Familie_und_Beruf.pdf

Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Dienst

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

Zweck der Regelung:

insbesondere Seite 46

Zentrale Vorgaben für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Dienst für alle Statusgruppen



Freistaat Bayern

§ 29 Abs. 6 S. 3 BayBhV



Voraussetzungen

- Behandlung im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation bei Krebs- oder Herzerkrankung eines Kindes oder bei einem an Mukoviszidose erkrankten Kind
- Aufwendungen für eine stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen sind beihilfefähig, wenn nach dem Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung medizinisch notwendig macht



Beihilfefähige Aufwendungen

- Behandlungsdauer von der medizinischen Notwendigkeit abhängig
- Höchst- oder Mindestbehandlungsdauer ist nicht vorgesehen



Link FOR Freistaat Bayern

<https://www.lff.bayern.de/download/nebenleistungen/beihilfe/beihilferecht-informationsbroschuere-stmf.pdf>

Bayerisches Staatsministerium
der Finanzen und für Heimat



Informationen Das bayerische Beihilferecht

Grundlagen, Fakten, Leistungen

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Brandenburg

§ 62 Abs. 4 und 6 LBG i.V.m. §§ 35, 36 BbhV



Voraussetzungen

- beihilfefähig sind ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei schweren chronischen Erkrankungen eines Kindes, insbesondere Krebserkrankung, Mukoviszidose, Herzoperation oder Organtransplantation
- bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation bei Krebserkrankung eines Kindes ist kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich



beihilfefähige Aufwendungen

- beihilfefähige Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung mindern sich um 10 € je Kalendertag
- Beihilfeantrag muss innerhalb eines Jahres nach Ausstellung der Rechnung beantragt werden



Link FOR Brandenburg

<https://zbb.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/509-05.pdf>

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg

Stand: 01.01.2021

Beihilfeline: 0355 865-4005

Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen



Niedersachsen

§ 29 Abs. 1 Nr. 4 NBhVO



Ziel

- Begleitung des erkrankten Kindes ist erforderlich, weil die Erkrankung des Kindes auch Auswirkungen auf die übrigen Familienangehörigen hat
- gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder, um die Rehabilitationsziele für das erkrankte Kind zu erreichen und den medizinischen Behandlungserfolg langfristig und nachhaltig zu sichern



Voraussetzungen

- muss in darauf spezialisierten Einrichtungen stationär auf ärztliche Verordnung hin durchgeführt werden
- medizinische Notwendigkeit der Maßnahme ist zu begründen
- muss vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik wird bzw. wurde erstellt werden
- Verordnung muss Angaben zur Krankheit (Befund), zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation - insbesondere Angaben zur Gesamtsituation der Familie -, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Maßnahme beinhalten
- Klinik, in der die Maßnahme durchgeführt werden soll, ist zu benennen



Voraussetzungen

- vorherige Anerkennung durch Beihilfestelle nach § 29 Absatz 1 Nr. 4 NBhVO nicht vorgesehen
- behandelnder Arzt muss medizinische Notwendigkeit bescheinigen
- für Zeitraum der familienorientierten Rehabilitation wird regelmäßig Sonderurlaub gewährt
- Lehrer: Rehabilitationsmaßnahmen sind, sofern aus ärztlicher Sicht kein bestimmter Zeitraum erforderlich ist, unter Inanspruchnahme von in der Regel mindestens 14 der den gesetzlichen Urlaubsanspruch übersteigenden Ferientage oder der gesamten Herbstferien durchzuführen
- nach Abschluss der Maßnahme angefallene Rechnungen zur Festsetzung der Beihilfe vorzulegen; Antragsfrist (1 Jahr) beachten



beihilfefähige Aufwendungen (NBhVO)

- ärztliche Leistungen
- ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel und Hilfsmittel
- Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung
- für höchstens 21 Tage (ohne Anreisetag und Abreisetag),
- Fahrtkosten bei An- und Abreise; bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs sind 0,20 Euro je Kilometer beihilfefähig
- Kurtaxe
- ärztlicher Schlussbericht



beihilfefähige Aufwendungen (NBhVO)

- Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitation werden dem erkrankten Kind zugerechnet und damit zum Beihilfebemessungssatz in Höhe von 80 % beihilfefähig
- Behandlungen der Eltern oder Geschwister selbst sind eigene Aufwendungen und daher ggf. separat zu berücksichtigen
- beihilfefähige Aufwendungen werden um einen Eigenbehalt in Höhe von 10 Euro je Kalendertag gemindert gemäß § 45 Absatz 2 Nr. 2 NBhVO



Link FOR Niedersachsen

https://www.nlbv.niedersachsen.de/beihilfe_heilfuersorge/beihilfe_allgemein/rehabilitation/rehabilitation-68531.html

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

NLBV:



Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung

Stand: 01.10.2019

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitationsmaßnahmen gem. § 29 Abs. 1 Nr. 4 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)

Unter familienorientierter Rehabilitation ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation für ein schwerst chronisch krankes Kind zu verstehen, bei der das Kind von seinen Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten und Geschwistern begleitet wird. Diese Begleitung ist notwendig, weil die Erkrankung des Kindes auch Auswir-



Nordrhein-Westfalen

§ 6b BVONRW



Voraussetzungen

- ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr leidet an einer schweren chronischen Erkrankung insbesondere Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation
- Einbeziehung der Eltern, Erziehungsberechtigten und Geschwister wird als erforderlich angesehen, wenn die Mitaufnahme eine notwendige Voraussetzung für den Rehabilitationserfolg des erkrankten Kindes ist
- Familienangehörige sollen beraten, geschult sowie medizinisch-psychologisch betreut werden



Voraussetzungen

- gutachterliches Voranerkennungsverfahren ist nicht erforderlich
- Verordnung des behandelnden Arztes des erkrankten Kindes ist ausreichend



beihilfefähige Aufwendungen

- Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familientherapie sind für höchstens 23 Tage einschließlich der Reisetage im Kalenderjahr beihilfefähig; eine Verlängerung bis zu 7 Tage ist möglich
- für Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe sowie Fahrtkosten der begleitenden Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wird pro Person ein Zuschuss von 40,00 Euro, höchstens aber insgesamt 120,00 Euro täglich gezahlt
- entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig



Umfang Erstattung

- Beihilfeberechnung erfolgt nach Bemessungssatz des erkrankten Kindes



Link FOR Niedersachsen

https://www.bezreg-muenster.de/zentralablage/dokumente/gesundheits_und_soziale/beihilfe/informationen/info_stationaere_muettergenesungskur.pdf

Stationäre Müttergenesungskur

Mutter/Vater-Kind-Kur

- rechtliche Voraussetzungen und beihilfefähige Aufwendungen -

Sehr geehrte Beihilfeberechtigte, sehr geehrter Beihilfeberechtigter, die Kosten einer stationären Müttergenesungskur sowie einer Mutter/Vater-Kind-Kur sind nach § 6a Beihilfenverordnung (BVO) grundsätzlich beihilfefähig. Welche Voraussetzungen hierzu erfüllt werden müssen, haben wir in diesem Info-Blatt dargelegt.

Informieren Sie sich auf unserer Homepage unter www.brms.nrw.de/Beihilfe

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Freistaat Sachsen

§ 37 SächsBhVO



Ziel

- Ziel ist gemäß § 37 Absatz 2 Nr. 4 SächsBhVO die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder
- keine Voraussetzung, dass jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt
- Erreichen des Rehabilitationszieles für das kranke Kind
- langfristige und nachhaltige Sicherung des medizinischen Behandlungserfolges



Berechtigte

- privat versicherte berücksichtigungsfähige Kinder oder privat versicherte beihilfeberechtigte Waisen
- schwere chronische Erkrankung, insbesondere Tumorerkrankungen, Mukoviszidose oder Zustand nach Operationen am Herzen oder Organtransplantationen
- ohne Altersbegrenzung, jedoch muss das Konzept der entwicklungspezifischen Situation des Kindes gerecht werden



Voraussetzungen

- Rehabilitationsmaßnahme ist durch ärztliche Verordnung jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet
- Verordnung der familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zu Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahme beinhalten



Voraussetzungen

- Erstattung von Aufwendungen erfolgt regelmäßig nur nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfestelle
- medizinisch notwendige Verlängerung der Maßnahme ist rechtzeitig mit einer ärztlichen Bescheinigung der Einrichtung direkt bei der Beihilfestelle zu beantragen



beihilfefähige Aufwendungen

- bei stationär durchgeführten Maßnahmen sind die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung oder der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialversicherungsträger aufgrund einer Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellt, beihilfefähig
- angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit der Einrichtung vereinbart sind



Fahrtkosten; Arbeitseinkommen

- Fahrtkosten sind auf einen Höchstbetrag von 200 € je Gesamtmaßnahme begrenzt
- eine Eigenbeteiligung ist vom beihilfefähigen Betrag nicht abzuziehen
- ausgefallene Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils sind für die Zeit der familienorientierten Rehabilitation bis zur Höhe des Nettolohns beihilfefähig



nachrangige Leistung

- Beihilfe ist gegenüber Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder anderen gesetzlichen Vorschriften nachrangig
- Nachweis vorzulegen, dass z.B. die Deutsche Rentenversicherung keine Leistungen erbringt; Leistungen der Deutschen Rentenversicherung kommen z.B. in Betracht, wenn die Wartezeit von 15 Jahren in der Deutschen Rentenversicherung erfüllt ist oder das Beamtenverhältnis noch keine 5 Jahre besteht



Link FOR Freistaat Sachsen

https://www.lsf.sachsen.de/download/Beihilfe/Merkblatt_familienorientierte_Rehabilitation.pdf

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024

LANDESAMT
FÜR STEUERN UND FINANZEN



Merkblatt Familienorientierte Rehabilitation

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen allgemeinen Überblick über die rechtlichen Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Familienorientierte Rehabilitation geben. Individuelle Rechtsansprüche lassen sich aus diesem Merkblatt nicht abgeleitet. Für Fragen im konkreten Einzelfall steht Ihnen die Beihilfestelle gern zur Verfügung.



Exkurs Ende



Eingliederungshilfe

SGB IX 2. Teil



Eingliederungshilfe

- hat insbesondere die Aufgabe, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen und behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern
- Leistungen der Eingliederungshilfe sind nicht abschließend geregelt, gliedert sich grundsätzlich in die Bereiche „entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen“, „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ und „berufsfördernde Leistungen“



Leistungsberechtigte

- Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben oder die von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind

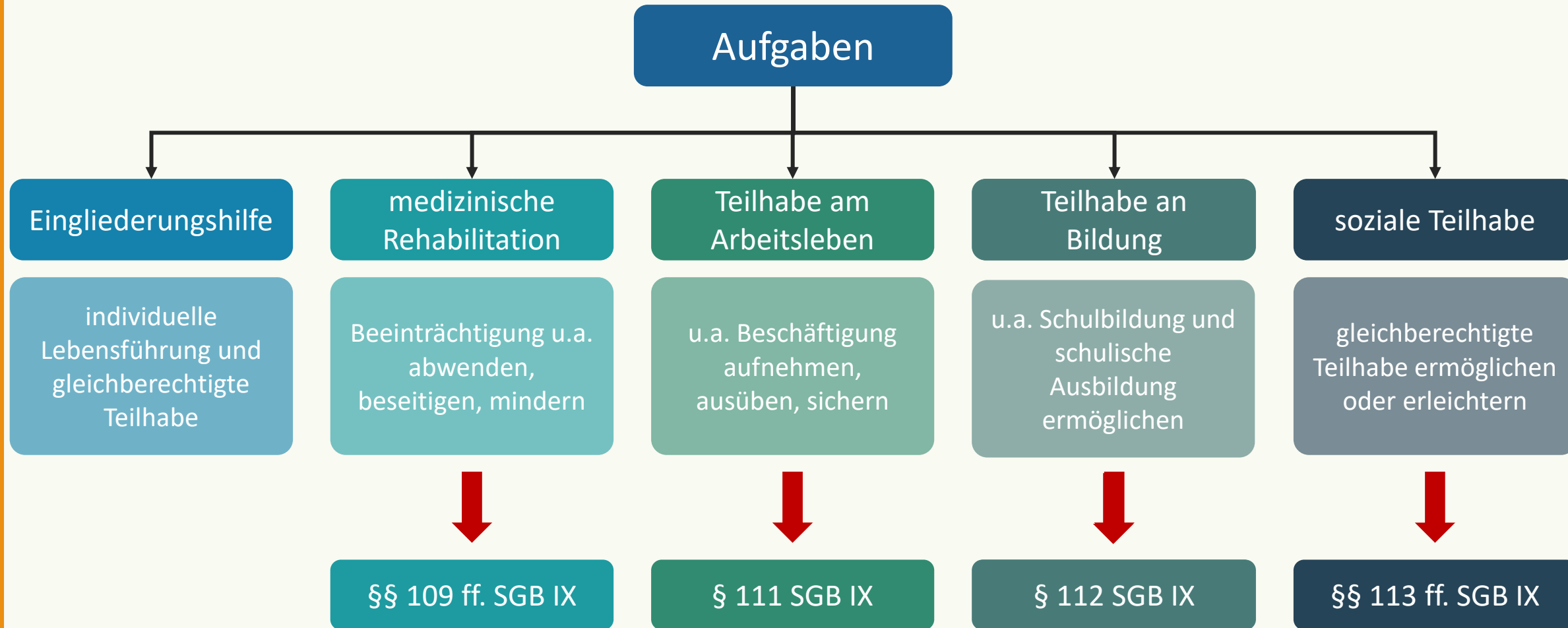


Aufgaben und Ziele der Eingliederungshilfe

- Verhütung einer drohenden Behinderung (Prävention)
- Beseitigung oder Milderung einer vorhandenen Behinderung oder deren Folgen (Rehabilitation)
- Eingliederung von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft (Integration)



Grafik Aufgaben der Eingliederungshilfe



Nachrang der Eingliederungshilfe

- Eingliederungshilfe war und ist eine steuerfinanzierte Leistung
- Leistungen werden erbracht, wenn Träger anderer Sozialleistungen keine Leistungen erbringen
- unabhängig vom Nachrang sind vom Berechtigten abhängig von seiner eigenen Leistungsfähigkeit und der Art der Leistungen Beiträge zu erbringen



medizinische Rehabilitation

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen z.B. die Behandlung durch Ärzte, die Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderung sowie Heil- und Hilfsmittel
- Leistungen entsprechen nach Art und Umfang den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sind vorrangig durch die Krankenkassen zu gewähren



Teilhabe am Arbeitsleben

- unter die Leistungsgruppe „Teilhabe am Arbeitsleben“ fallen Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Leistungen bei anderen Leistungsanbietern sowie das Budget für Arbeit



Teilhabe an Bildung

- mit den Leistungen zur Teilhabe an Bildung erhalten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene die aufgrund ihrer Behinderung erforderliche Unterstützung in der Schule sowie bei der Ausbildung oder im Studium
- von zentraler Bedeutung für Kinder mit Behinderung kann die Schulbegleitung sein



soziale Teilhabe

- Leistungen zur Sozialen Teilhabe dienen dazu, am Leben in der Gemeinschaft gleichberechtigt teilzuhaben
- zu den Leistungen zählen z.B. heilpädagogische Leistungen und Leistungen zur Mobilität



Kostenbeteiligung

- an den Kosten der Eingliederungshilfe hat man sich ggf. durch Zahlung von Beiträgen zu beteiligen
- die Höhe der Beiträge hängt vom Einkommen ab
- verschiedene Leistungen sind beitragsfrei, zum Beispiel heilpädagogische Leistungen, Hilfen zur Schulbildung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben



Elterngeld und Kindergeld

BEEG, BKGG



Elterngeld



Übersicht Elterngeld

Basiselterngeld

- Eltern stehen insgesamt gemeinsam 14 Monate zu
- können Monate frei untereinander aufteilen
- mindestens zwei und höchstens zwölf Monate
- gleichzeitiger Bezug beider Eltern maximal 1 Monat bis zum 12. Lebensmonat

ElterngeldPlus

- Eltern stehen insgesamt gemeinsam 28 Monate zu
- Leistung halb so hoch wie Basiselterngeld
- wenn Teilzeitbeschäftigung nach Geburt, kann Höhe dem monatlichen Basiselterngeld mit Teilzeit entsprechen

Partnerschaftsbonus

- bis zu vier zusätzliche ElterngeldPlus-Monate, wenn gleichzeitig zwischen 24 und 32 Wochenstunden in Teilzeit gearbeitet wird
- kann für mindestens zwei und höchstens vier Monate beantragt werden
- steht auch getrennt erziehenden Eltern zu, die gemeinsam in Teilzeit gehen
- Alleinerziehenden steht gesamter Partnerschaftsbonus zu



Geschwisterbonus

- wenn weitere Kinder im Haushalt leben, kann ein Zuschlag auf das Elterngeld in Höhe von 10 % gewährt werden
- mindestens 75 Euro pro Monat beim Basiselterngeld oder 37,50 Euro pro Monat beim ElterngeldPlus
- maximal 180 €



Voraussetzung Geschwisterbonus

im Haushalt lebt bzw. leben

- mindestens ein weiteres Kind, das noch keine 3 Jahre alt ist oder
- mindestens zwei weitere Kinder, die beide noch keine 6 Jahre alt sind oder
- mindestens ein weiteres Kind mit Behinderung (wenigstens GdB 20), das noch keine 14 Jahre alt ist



Dauer und Höhe der Leistung

- Geschwisterbonus wird letztmalig in dem Lebensmonat gezahlt, in dem das ältere Geschwisterkind die jeweils genannte Altersgrenze erreicht
mit dem Geschwisterbonus erhöhen sich der Mindest- und der Höchstbetrag des Elterngelds
- Basiselterngeld mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 Euro
- Elterngeld-Plus mindestens 150 Euro und höchstens 900 Euro



Link Rechner Elterngeld

<https://familienportal.de/familienportal/meta/egr>

Elterngeldrechner mit Planer

- 1 Allgemeine Angaben
 - 2 Ihr Nachwuchs
 - 3 Erwerbstätigkeit
 - 4 Ihr Einkommen
 - 5 Rechner und Planer
 - 6 Zusammenfassung
- Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.
- ### Allgemeine Angaben
- #### Antragstellende *
- Für wen planen Sie Elterngeld zu beantragen?
- Für beide
- Nur für mich

zuletzt abgerufen am: 07.01.2024



Link Broschüre Elterngeld



<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/185424/5b90c242725e545669b2e7536503c75b/elterngeld-und-elternzeit-data.pdf>



Kindergeld



Kindergeld

- Kindergeld wird in der Regel nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eines Kindes bezahlt
- Eltern behinderter Kinder können auch nach Eintritt der Volljährigkeit Kindergeld beziehen
- Behinderung muss vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten sein und das Kind ist außerstande, sich selbst zu unterhalten
- Lebensbedarf eines behinderten Kindes setzt sich zusammen aus dem gesetzlich festgelegten Grundbedarf in Höhe von 9.168 € jährlich sowie dem behinderungsbedingten Mehrbedarf



behinderungsbedingter Mehrbedarf

- Kosten der Unterbringung in vollstationärer Einrichtung
- Kosten für die Unterbringung in teilstationärer Einrichtung
- Pflege- und Betreuungskosten
- Fahrtkosten
- Kosten für Begleitperson
- durch Behinderung bedingte Mehraufwendungen



Ursächlichkeit der Behinderung

- allein ein hoher Grad der Behinderung reicht nicht aus, eine Ursächlichkeit der Behinderung für die mangelnde Erwerbsfähigkeit anzunehmen
- Behinderung muss ausschlaggebend für die mangelnde Erwerbsfähigkeit sein



Annahme der Ursächlichkeit

- eine Ursächlichkeit ist bei einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 anzunehmen, wenn weitere besondere Umstände hinzukommen, wie zum Beispiel
 - Unterbringung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung
 - Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)
 - Zuerkennung des Merkzeichens „H“
 - Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung



Mitursächlichkeit

- eine Mitursächlichkeit ist ausreichend, wenn der Behinderung nach den Umständen des Einzelfalls eine besondere Bedeutung zukommt



Nachweis der Behinderung

- um die Behinderung des Kindes nachzuweisen kann ein Feststellungsbescheid vorgelegt werden oder ein Gutachten vom behandelnden Arzt
- aus dem Gutachten muss sich das Vorliegen einer Behinderung, die Auswirkung der Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit und der Beginn der Behinderung hervorgehen



Frist Überprüfung

- in der Regel wird das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen jährlich geprüft
- bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen findet eine Überprüfung lediglich alle 5 Jahre statt
- ist der Fall, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt, ein Kind in einer auf Dauer angelegten voll- oder teilstationären Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung lebt oder das Kind schwerstpflegebedürftig ist (auch Merkzeichen „H“)



Kindergeldantrag

- der Antrag auf Kindergeld ist immer von den Eltern zu stellen
- ist das Kind Vollwaise, ist der Antrag von den betreuenden Personen zu stellen



Auszahlung Kindergeld

- das Kindergeld wird an die Eltern bezahlt
- bezieht das Kind Grundsicherungsleistungen, wird das Kindergeld angerechnet, etwas anderes kann gelten, wenn das Kindergeld nicht an das Kind weitergeleitet wird, sondern die Eltern Aufwendungen für das Kind haben
- können die Eltern für das Kind keinen Unterhalt bezahlen, kann das Sozialamt einen Abzweigungsantrag stellen

bei Fragen unbedingt anwaltliche Hilfe in Anspruch nehmen, da Folgen fehlerhaften Handelns weitreichend sein können und später nicht mehr ohne weiteres korrigiert werden können!



Folgeansprüche

- Eltern eines behinderten Kindes, für das Kindergeld bezogen wird, können den Behinderten-Pauschbetrag auf sich übertragen lassen
- Beamte haben die Möglichkeit, eine Beihilfeberechtigung zu bekommen



Kontakt Daten

BRAUN • VENTEN

// RECHTSANWÄLTE FACHANWÄLTE // Partnerschaft mbB

Schützenstraße 20a
96047 Bamberg

Tel.: +49 951 519 32 29 0
Fax: +49 951 519 32 29 99

info@braun-venten.de
www.braun-venten.de

