CSL Behring

LEBEN MIT SEKUNDÄREM IMMUNDEFEKT (SID)

Ratgeber zu medizinischen, finanziellen und rechtlichen Aspekten

INHALT DIESES RATGEBERS

3 Inhalt

4 Einleitung

5 Schnellübersicht über die Ansprechpartner

6 SID

8 Therapie

14 Arbeit und Beruf

18 Rehabilitation

22 Behinderung

34 Rente

38 Pflege

48 Sozialleistungen

50 Mustervorlagen

52 Abkürzungen

53 Links

54 Stichwortverzeichnis

EINLEITUNG

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie haben diese Broschüre erhalten, weil Sie an einem sekundären Immundefekt (SID), auch erworbene Immunschwäche genannt, leiden. Das bedeutet, dass bei Ihnen eine Störung des Immunsystems vorliegt, die Sie im Laufe Ihres Lebens erworben haben, meistens infolge einer anderen Erkrankung, z. B. einer Krebserkrankung. Dabei verliert Ihr Körper mehr und mehr die Fähigkeit, Antikörper, auch Immunglobuline genannt, und Abwehrzellen zu bilden. Dadurch kann er sich nicht ausreichend gegen Krankheitserreger wie Viren oder Bakterien schützen. Das hat zur Folge, dass Betroffene häufig unter immer wiederkehrenden Infekten leiden. Wenn bei Ihnen eine hohe Infektanfälligkeit festgestellt wurde, kann eine Therapie mit Immunglobulinen sinnvoll sein. Der Immunglobulinmangel wird dadurch ausgeglichen, Anzahl und Schwere der Infekte werden vermindert.
Der Schweregrad eines SID kann von Patient zu Patient variieren. Ebenso kann sich die Ausprägung im Laufe der Zeit verändern. Wenn ein Immundefekt Sie stark beeinträchtigt, kann es notwendig werden, dass Sie sich auch mit Ihren Rechten als Patientin oder Patient zum Beispiel zum Thema Finanzen auseinandersetzen müssen. In schweren Fällen kann auch ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden. Dann ist es wichtig zu wissen, wo Sie sich hinwenden können, um Hilfe zu erfahren.
Wir möchten Sie ausdrücklich dazu ermutigen, sich in den verschiedenen Institutionen beraten zu lassen und Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Daher zeigen wir Ihnen in diesem Ratgeber auf, welche Leistungen Ihnen zustehen und welche Expertinnen und Experten Ihnen weiterhelfen können. Neben Informationen zu Sozialleistungen liefert der Ratgeber auch allgemeinere Informationen für unterschiedliche Lebensbereiche.

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

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

Ihre CSL Behring GmbH

SCHNELLÜBERSICHT ÜBER DIE ANSPRECHPARTNER

Sozialamt
Hier können Sie verschiedene Unterstützungsmaßnahmen und auch finanzielle Hilfen erhalten.

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

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

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

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

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

Rentenversicherungsträger
Kümmert sich um Rente und um Rehabilitation.

Unabhängige Teilhabeberatung
Unterstützt Sie bei allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe.

SID (Sekundärer Immundefekt)

Sekundäre Immundefekte sind erworbene Immundefekte

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

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

UNSPEZIFISCHES IMMUNSYSTEM

Zum unspezifischen Immunsystem gehören beispielsweise die Haut und die Schleimhäute, die eine erste Barriere für Krankheitserreger darstellen. Wird diese erste Barriere überwunden, werden die Erreger in der Regel von Fresszellen beseitigt.

SPEZIFISCHES IMMUNSYSTEM

Das spezifische Immunsystem entfaltet sich nach der Geburt: Bei Kontakt mit krank machenden Erregern entwickelt der Körper gezielte Abwehrmechanismen, um die Eindringlinge unschädlich zu machen. Von besonderer Bedeutung sind Antikörper, auch Immunglobuline genannt. Die unterschiedlichen Immunglobuline sind gegen ein breites Spektrum von Bakterien und Viren gerichtet.

Bei einem SID werden häufig nicht mehr genügend Immunglobuline im Körper gebildet. In diesem Fall braucht der Körper Unterstützung von außen: Immunglobuline werden zugeführt, um den Mangel auszugleichen und das Immunsystem zu stärken. Die häufigsten Immunglobuline im Blut sind Immunglobuline der Klasse G (IgG). Sie schützen vor allem vor Viren und Bakterien.

MEHR INFORMATIONEN ZUM IMMUNSYSTEM
UND DER THERAPIE MIT IMMUNGLOBULINEN
FINDEN SIE AUF DER SEITE
WWW.INFEKTE-BEI-KREBS.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

THERAPIE

Bei einem sekundären Immundefekt können fehlende Antikörper (Immunglobuline) von außen zugeführt werden. Dies kann je nach Art des Immundefektes für eine gewisse Zeit oder ein Leben lang notwendig sein.

Verschiedene Studien zeigen, dass durch eine Immunglobulin-Therapie die Häufigkeit von Infekten erheblich reduziert werden kann.
Die zur Therapie verwendeten Immunglobulin-Lösungen enthalten viele Millionen verschiedener Antikörper gegen eine Vielzahl von Krankheitserregern wie Viren und Bakterien. Sie können nicht künstlich hergestellt werden, sondern müssen aus dem Blutplasma gesunder Menschen gewonnen werden.

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

MEHR INFORMATIONSMATERIAL ZU IHRER ERKRANKUNG ERHALTEN SIE AUF UNSERER HOMEPAGE **WWW.INFEKTE-BEI-KREBS.DE**
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

Intravenöse Immunglobuline

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

Subkutane Immunglobuline

Werden Immunglobuline subkutan verabreicht, dann werden sie mithilfe einer Infusionspumpe unter die Haut gespritzt. Bei diesem Verfahren werden pro Infusion kleinere Mengen gegeben, dafür sind jedoch die Abstände zwischen den Behandlungen kürzer (meist einmal pro Woche).
Die subkutane Therapie kann zu Hause selbst durchgeführt werden (Heimselbstbehandlung). Ob für Sie eine Heimselbsttherapie infrage kommt, entscheidet Ihre behandelnde Ärztin/Arzt. In einer speziellen Schulung lernen Sie dann von einer Fachperson die Selbstverabreichung Ihres Medikaments.

Damit Sie und Ihre behandelnde Ärztin/Arzt den Erfolg der Therapie besser beurteilen können, sollten Sie die Häufigkeit und die notwendige Therapie Ihrer Infekte im Blick behalten. Sie sollten darüber hinaus bei jedem Praxisbesuch eine Rückmeldung an Ihr Behandlerteam weitergeben.

Bei SID-Patientinnen und -Patienten können zusätzliche Behandlungen notwendig sein, etwa eine antimykotische Prophylaxe. Damit ist die Gabe von Medikamenten gemeint, um eine Pilzinfektion zu vermeiden. Auch Impfungen können dazu beitragen, das Risiko, an einer Infektion zu erkranken, zu minimieren.
Manchmal kann eine erfolgreiche Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung dazu führen, dass der sekundäre Immundefekt verschwindet.

Therapiekosten

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

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

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

- Das Medikament kostet weniger als 5,– €: In diesem Fall zahlen Sie den vollen Arzneimittelpreis.
- Das Medikament kostet zwischen 5,– und 50,– €: Dann zahlen Sie 5,– € zu.
- Das Medikament kostet zwischen 50,– und 100,– €: Sie zahlen 10 % des Preises zu, maximal 10,– €.
- Das Medikament kostet mehr als 100,– €: In diesem Fall zahlen Sie 10,– € zu, egal um wie viel der Preis des Medikaments die 100,– € übersteigt.

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

Festbeträge

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

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

Rabattverträge

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

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

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

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

Belastungsgrenzen

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

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

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

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

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

Familien-Freibeträge 2022:

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

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

ARBEIT UND BERUF

Wenn Sie an einem sekundären Immundefekt leiden, kann dies Ihr Arbeitsleben stark beeinflussen.

Dies ist z. B. der Fall, wenn Sie in einem Beruf arbeiten, bei dem Sie sehr viel Kontakt zu Menschen haben und damit ein erhöhtes Infektionsrisiko. Dies gilt etwa für Verkäuferinnen und Verkäufer oder Lehrerinnen und Lehrer.

Verschiedene Dinge Ihres Arbeitsumfeldes können sich aber auch schädlich auf Ihre Gesundheit auswirken. Bei Arbeitsplätzen mit Klimaanlagen etwa wird das Immunsystem besonders beansprucht und das Risiko für Infekte ist erhöht. Und auch, wenn Ihr Job körperlich anstrengend oder stressig ist, kann Ihre Gesundheit leiden.

Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie wegen eines sekundären Immundefekts längere Zeit nicht arbeiten können, stehen Ihnen verschiedene Einkommensersatzleistungen zur Verfügung:

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

Entgeltfortzahlung

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

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

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

Krankengeld

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

Der Gesetzgeber hat jedoch auch einen Höchstwert für das Krankengeld festgesetzt, dieser liegt bei 112,88 € kalendertäglich für 2022.

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

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

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

Arbeitslosengeld

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

Arbeitslosengeld I (ALG I)

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

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

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

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

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

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

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

ALG II Regelbedarf 2022:
- Erwachsene alleinstehende/alleinerziehende Personen: 449,– €
- Erwachsene mit Partner: 404,– €
- Kinder bis 5 Jahre: 285,– €
- Kinder von 6 bis 13 Jahren: 311,– €
- Jugendliche von 14 bis 17 Jahren: 376,– €

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

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

REHABILITATION

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

Für eine Rehabilitation kommen verschiedene Kostenträger in Frage:

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

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

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

Medizinische Rehabilitation

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

Medizinische Rehabilitationen können unterschiedlich durchgeführt werden:

- Bei einer ambulanten Reha führen Sie die einzelnen Maßnahmen tagsüber in der Nähe Ihres Wohnortes durch, z. B. Physiotherapie, um Schmerzen am Bewegungsapparat zu behandeln oder die Beweglichkeit zu steigern.

- Bei einer teilstationären Rehabilitation sind Sie den ganzen Tag über in einer Einrichtung, abends und nachts jedoch zu Hause.
- Bei einer stationären Rehabilitation verbringen Sie die Zeit ausschließlich in einer Klinik.

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

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

Anschlussrehabilitation (AR) oder Anschlussheilbehandlung (AHB)

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

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

Rehabilitation und Familie

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

Rehabilitationskosten

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

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

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

ES GIBT BUNDESWEIT ÖRTLICHE BERATUNGSSTELLEN FÜR ERGÄNZENDE, UNABHÄNGIGE TEILHABEBERATUNG (EUTB). HIER WERDEN IHNEN ALLE FRAGEN ZUR REHABILITATION BEANTWORTET.
WWW.TEILHABEBERATUNG.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

BEHINDERUNG

Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen können einen Schwerbehindertenausweis beantragen.

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

Hinzu kommen finanzielle Entlastungen, beispielsweise durch Steuerermäßigungen. Einen Überblick über die zahlreichen Vorteile erhalten Sie unter dem Stichwort „Nachteilsausgleiche“ (Seite 28).

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

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

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

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

Grad der Behinderung (GdB)

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

Der Grad der Behinderung wird von Ihrem zuständigen Versorgungsamt festgelegt. Sollten Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sein, können Sie Widerspruch einlegen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 50 in diesem Ratgeber. Kommen neue Beeinträchtigungen hinzu oder verschlechtert sich Ihr Zustand, können Sie einen Antrag auf Erhöhung des GdB stellen. Bei Ihrem Versorgungsamt erhalten Sie entsprechende Antragsformulare.

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

Für jede Erkrankung gibt es Richtwerte bezüglich des GdB, die in den sogenannten Versorgungsmedizinischen Grundsätzen festgelegt sind. Der sekundäre Immundefekt kann verschiedene Ursachen haben. Wir stellen Ihnen beispielhaft einige Bluterkrankungen vor, die häufig mit einem SID einhergehen.

Multiples Myelom (Plasmozytom)

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

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

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

Lokalisierte niedrig maligne Non-Hodgkin-Lymphome

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

Hoch maligne Non-Hodgkin-Lymphome

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

Merkzeichen

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

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

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

Da bei der Einstufung in einen GdB alle körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einfließen, sollten sie darauf achten, dass Sie möglichst alle Ihre Einschränkungen auflisten, z. B. Probleme beim Treppensteigen, Schwierigkeiten beim Anziehen oder beim Greifen und damit auch bei der Haushaltsführung. Auch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten können eine Rolle spielen oder psychische Belastungen oder zusätzliche Beschwerden, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem SID stehen.

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

Nachteilsausgleiche

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

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

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

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

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

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

Wohngeld

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

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

Kündigungsschutz

Wenn Sie schwerbehindert sind und mindestens sechs Monate lang in einem Unternehmen mit sechs oder mehr Personen gearbeitet haben, erhalten Sie einen besonderen Kündigungsschutz.
Sie können auch weitere Unterstützungsmaßnahmen einfordern, z. B. eine spezielle Ausstattung des Arbeitsplatzes.

Schulpflichtstunden für Lehrerinnen und Lehrer

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

EINE ÜBERSICHT ZU MÖGLICHEN NACHTEILSAUSGLEICHEN FINDEN SIE AUCH HIER:
WWW.EINFACH-TEILHABEN.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

Zusatzurlaub

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

Kraftfahrzeugsteuer

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

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

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

Fahrtkosten

Schwerbehinderte mit einem GdB ab 70 und dem Merkzeichen G im Ausweis sowie Schwerbehinderte mit einem GdB ab 80 können für unvermeidbare Privatfahrten (z. B. Fahrten zur Arbeit, zum Einkaufen, zur Arztpraxis etc. bis zu 3 000 km jährlich) die Kraftfahrzeugkosten geltend machen.

Bei Merkzeichen aG, Bl und H können grundsätzlich alle Kraftfahrzeugkosten geltend gemacht werden (bis zu 15 000 km jährlich).
Als Kilometersatz werden pauschal 0,30 € berechnet (bei 3 000 km 900,– €, bei 15 000 km 4.500,– €).

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

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

Parkerleichterung

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

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

Die Voraussetzungen für den orangefarbenen Parkausweis:

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

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

Öffentliche Verkehrsmittel

Schwerbehinderte mit den Merkzeichen G, aG oder Gl, Bl, TBl bzw. H können öffentliche Verkehrsmittel unentgeltlich nutzen. Allerdings ist eine jährliche Eigenbeteiligung in Höhe von 91,– € erforderlich. Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Versorgungsamt. Einkommensschwache (z. B. Grundsicherungsempfänger) sowie blinde und hilflose Menschen sind von der Eigenbeteiligung befreit.
Enthält Ihr Ausweis zusätzlich das Merkzeichen B, TBl oder Bl, darf auch eine Begleitperson unentgeltlich und ohne Kilometerbegrenzung die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen. Auch Hilfsmittel wie ein Rollstuhl werden kostenlos befördert.
Die Deutsche Bahn bietet schwerbehinderten Menschen spezielle Services an. Zum Beispiel ermäßigte Preise, Ein- und Umsteigehilfen und die kostenlose Beförderung von Hilfsmitteln. Informationen hierzu finden Sie auf der Homepage www.bahn.de.

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

Telefongebühren

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

Rundfunkbeitrag

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

Vermögensbildung und Bausparverträge

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

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

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

RENTE

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

Erwerbsminderungsrente

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

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

Folgende Voraussetzungen müssen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente erfüllt sein:

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

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

Die Höhe der teilweisen bzw. der vollen Erwerbsminderungsrente wird individuell berechnet. Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.
Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel auf ein bis drei Jahre befristet. Danach kann der Anspruch erneut geprüft werden.
Wenn das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht wird, geht die Erwerbsminderungsrente automatisch in die normale Altersrente über.

EINEN RECHNER FÜR IHREN RENTENBEGINN FINDEN SIE AUF DER HOMEPAGE DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG:
WWW.DEUTSCHE-RENTENVERSICHERUNG.DE
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

Rente aufgrund von Schwerbehinderung

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

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

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

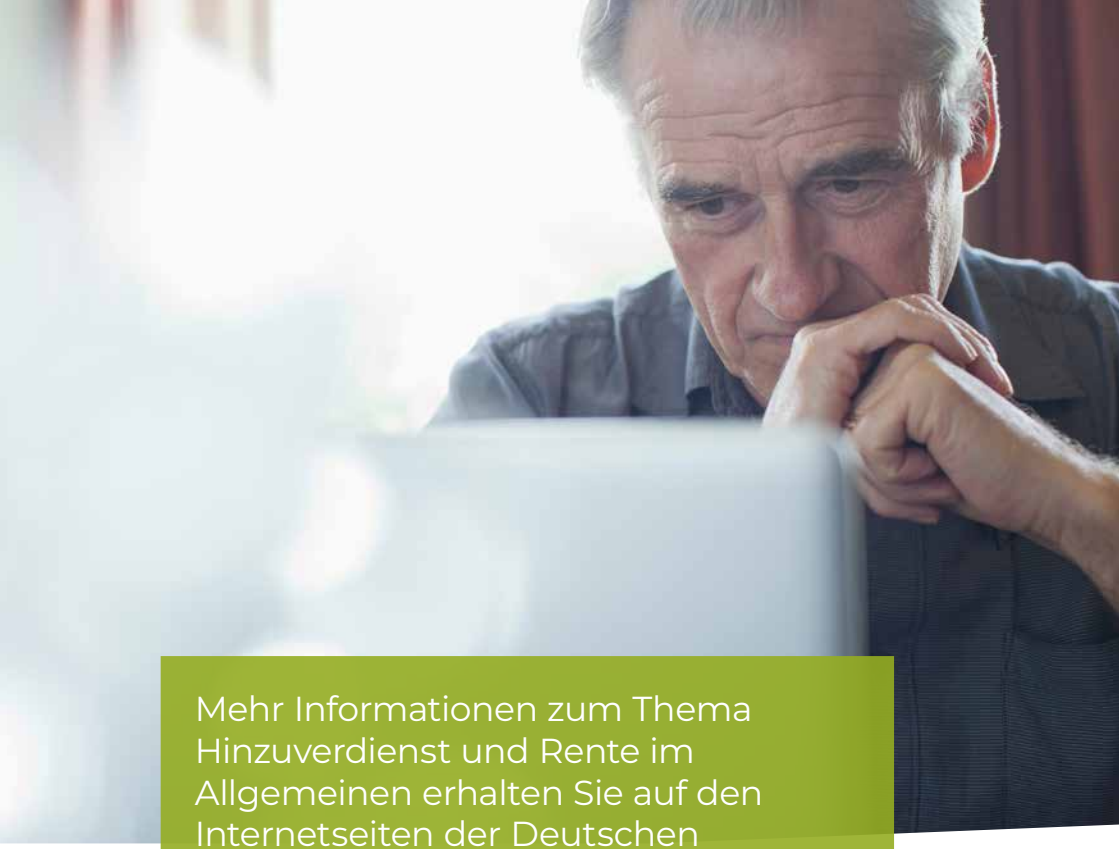
Um die Mindestversicherungszeit zu erfüllen, können Sie auf die Versicherungszeit verschiedene Zeiten anrechnen, z. B. Zeiten für die Kindererziehung oder ein Studium. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger.

Altersrente

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

Grundrente

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



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

Hinzuverdienstgrenzen

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

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

PFLEGE

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

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

Pflegebedürftigkeit

Der sogenannte Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Er erstellt dazu ein Pflegegutachten und leitet dieses an die Pflegekasse weiter. Sie erteilt dann einen Feststellungsbescheid, der auch Ihren Pflegegrad festlegt.
Falls Sie mit der Einstufung Ihres Pflegegrades nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 51. Der Widerspruch muss innerhalb von vier Wochen nach Erhalt des Bescheids erfolgen. Bei der Begründung des Widerspruchs sollten Sie sich unterstützen lassen, z. B. von einem Pflegedienst oder einem Anwalt. Wird der Widerspruch abgewiesen, können Sie beim Sozialgericht dagegen klagen.

Pflegegrade

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

Grade der Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

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

Pflegeleistungen

Grundsätzlich kommen drei verschiedene Formen der Pflege in Frage:

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

Häusliche Pflege

Für die häusliche Pflege bietet die Pflegekasse verschiedene Leistungen an:

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

Die Höhe einer finanziellen Unterstützung hängt grundsätzlich vom Pflegegrad ab.

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

Geldleistungen (Pflegegeld bei privater häuslicher Pflege)

Pflegegrad 1	125,– €*
Pflegegrad 2	316,– € pro Monat
Pflegegrad 3	545,– € pro Monat
Pflegegrad 4	728,– € pro Monat
Pflegegrad 5	901,– € pro Monat

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

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

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

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

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

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

Pflegesachleistung (ambulante Pflegemaßnahmen zu Hause)

Pflegegrad 1	125,– €* pro Monat
Pflegegrad 2	724,– € pro Monat
Pflegegrad 3	1.363,– € pro Monat
Pflegegrad 4	1.693,– € pro Monat
Pflegegrad 5	2.095,– € pro Monat

* Pflegegrade 1–5: Anspruch auf zweckgebundenen Entlastungsbetrag

Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

Die Pflegekasse gewährt dafür folgende Beträge:

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

Pflegegrad 1	0,– € pro Monat
Pflegegrad 2	689,– € pro Monat
Pflegegrad 3	1.299,– € pro Monat
Pflegegrad 4	1.612,– € pro Monat
Pflegegrad 5	1.995,– € pro Monat

Übergangspflege

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

Ab 2022 ist auch eine Übergangspflege im Krankenhaus von bis zu 10 Tagen möglich.

Stationäre Pflege

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

Leistungen für stationäre Pflege (Pflege in einem Pflegeheim)

Pflegegrad 1	0,– € pro Monat
Pflegegrad 2	770,– € pro Monat
Pflegegrad 3	1.262,– € pro Monat
Pflegegrad 4	1.775,– € pro Monat
Pflegegrad 5	2.005,– € pro Monat

Pflege-WGs

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

Für den Wohngruppenzuschlag müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

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

Pflegekosten

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

Man unterscheidet zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

	technische Pflegehilfsmittel
	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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

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

	Zuzahlung bei technischen Pflegehilfsmitteln: 10 % der Kosten, max. 25,– € je Hilfsmittel

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

	Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln: bis 40,– € pro Kalendermonat für alle Pflegegrade

Kosten stationärer Pflege

Ein wichtiger Kostenfaktor bei der Pflege ist die stationäre Pflege. Wie zuvor erwähnt, müssen Sie selbst die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen, das sind die sogenannten Hotelkosten. Denn die Pflegekasse übernimmt nur die Kosten für die stationäre Pflege. Die Kosten für Verpflegung und Unterkunft sind von Heim zu Heim unterschiedlich, im Schnitt sind es etwa 60,– € pro Tag.

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

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

Ab 2022 gibt es für die Pflegegrade 2–5 einen Leistungszuschlag zum Eigenanteil an den erwähnten Pflegekosten. Dieser hängt von der Dauer des Aufenthalts im Pflegeheim ab.

Leistungszuschlag auf Pflegekosten-Eigenanteil:

- innerhalb des ersten Jahres: 5 %
- nach 12 Monaten: 25 %
- nach 24 Monaten: 45 %
- nach 36 Monaten: 70 %

SOZIALLEISTUNGEN

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

Die Grundsicherung

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

Sie gliedert sich in zwei Bereiche:

- Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie
- die Grundsicherung für Arbeitssuchende, also Arbeitslosengeld-II (Hartz-IV).

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

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

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

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

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

Das Sozialgeld

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

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

Einmalige Sozialleistungen

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

In der Regel decken sie folgende Felder ab:

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

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

MUSTERVORLAGEN

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

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

Ihre Adresse

Adresse Ihres Versorgungsamtes Datum

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

b. Widerspruch gegen Einstufung in einen Pflegegrad

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

Ihre Adresse

Adresse Ihrer Pflegekasse Datum

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine ausführliche Begründung lasse ich Ihnen gerne zeitnah zukommen.

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

Vielen Dank und freundliche Grüße

Unterschrift

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

ABKÜRZUNGEN

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

LINKS

Krebsgesellschaften

www.krebshilfe.de
Stiftung Deutsche Krebshilfe

www.krebsgesellschaft.de
Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Myelom

www.myelom.org
Arbeitsgemeinschaft Multiples Myelom – Online-Netzwerk für Patienten/-innen und Angehörige

Leukämie

www.leukaemie-hilfe.de
Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.

www.leukaemie-online.de
„Leukämie-Online“ der LeukaNET e. V

www.leukaemiehilfe-rhein-main.de
Leukämiehilfe RHEIN-MAIN e. V.

Diese Liste hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

STICHWORTVERZEICHNIS

Anschlussheilbehandlung S. 20, 52
Arbeitslosengeld S. 14, 16–17, 48, 52
Arbeitsunfähigkeit S. 14, 16, 52

Behindertenparkplätze S. 31
Belastungsgrenze S. 13, 46

Entgeltfortzahlung S. 14–15
Erwerbsminderung S. 14, 35, 37, 48–49

Fahrtkosten S. 30
Festbetrag S. 12
Feststellungsbescheid S. 39, 50

Gleichstellung S. 23, 31
Grad der Behinderung S. 13, 23–24, 28, 32, 50
Grundsicherung S. 32, 48–49

Hilfsmittel S. 11, 27, 32, 45–46
Hinzuverdienst S. 37

Immunglobuline S. 4, 7–9

Kinder S. 13, 16–17, 20, 36, 47
Kraftfahrzeugsteuer S. 30
Krankengeld S. 5, 14–16
Kündigungsschutz S. 5, 23, 29

Medizinischer Dienst S. 39, 51
Mehrbedarf S. 17, 48–49
Merkzeichen S. 26, 28, 30–32, 52

Nachteilsausgleich S. 23, 26, 28–29, 50

Öffentliche Verkehrsmittel S. 32

Parkerleichterung S. 31
Pauschbeträge S. 28
Pflege S. 38–47, 51
Pflegebedürftigkeit S. 19, 29, 39–40, 45
Pflegegrad S. 39–47, 51
Pflegehilfsmittel S. 45–46
Pflegeleistungen S. 39–40, 45

Rabattverträge S. 12
Rehabilitation S. 5, 14–15, 18–21
Rente S. 5, 14–16, 19, 21, 34–37, 49
Rundfunkbeitrag S. 26, 32, 49

Schwerbehindertenausweis S. 4, 22–26, 28, 30–32
Sekundärer Immundefekt S. 6–9, 24

Dieser Ratgeber ist als Basisinformation gedacht.
Er kann eine Beratung mit einer Fachkraft aus dem medizinischen oder sozialrechtlichen Bereich keinesfalls ersetzen.

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

Dieser Sozialratgeber (Stand 03/2022) kann daher weder für eine Vollständigkeit noch für eine absolute Richtigkeit garantieren.

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

NOTIZEN

NOTIZEN

Impressum

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

Konzept, Redaktion & Gestaltung
MiM – MEDinMOTION GmbH · Agentur für Marketing in der Medizin

©2022 by MiM – MEDinMOTION GmbH
Dornhofstraße 100 · 63263 Neu-Isenburg

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

Sozialrechtliche Themen sind sehr komplex, wir können deshalb Kapitel wie die Rentenarten, Reha-Leistungen oder Kostenübernahmen nur grundsätzlich und nicht in aller Ausführlichkeit beschreiben. Darüber hinaus haben wir uns auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen konzentriert und keine individuellen Zusatzleistungen aus Privattarifen oder Selbstzahlerleistungen berücksichtigt. Die Inhalte dieses Ratgebers wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte können wir jedoch keine Garantie übernehmen. Dies betrifft insbesondere die angegebenen Eurobeträge. Denn auch die gesetzlichen Versicherungen unterscheiden sich untereinander, es kann zudem in den einzelnen Bundesländern verschiedene Bestimmungen geben.

Für jeden Einzelfall gilt daher: Eine individuelle Beratung ist unerlässlich. Wir danken für Ihr Verständnis.

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

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

Bildnachweis
iStockphoto: stevecoleimages (Titel), kirstypargeter (S. 6), Liuhsihsiang (S. 8), Ulrika (S. 10), Thomas_EyeDesign (S. 14), Wavebreakmedia (S. 18), Rich Legg (S. 22), fizkes (S. 33), Brothers91 (S. 34), Sam Edwards (S. 37), monkeybusinessimages (S. 38), shapecharge (S. 44), SelectStock (S. 48), sasun1990 (S. 55) **Privat**: (S. 5)

MEHR INFORMATIONSMATERIAL ZU IHRER ERKRANKUNG ERHALTEN SIE AUF UNSERER HOMEPAGE **WWW.INFEKTE-BEI-KREBS.DE**
DIESER QR-CODE FÜHRT SIE DIREKT ZUR SEITE:

www.cslbehring.de

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2
65795 Hattersheim

CSL320933 (1) Juni 2022