

LEBEN MIT HEREDITÄREM ANGIOÖDEM HAE

**RATGEBER ZU MEDIZINISCHEN,
FINANZIELLEN UND RECHTLICHEN
ASPEKTEN**

INHALT

- 4** GRUSSWORT
- 6** EINLEITUNG
- 8** ÜBER DAS HEREDITÄRE
ANGIOÖDEM (HAE)
- 10** THERAPIE
- 16** REHABILITATION
- 20** BEHINDERUNG
- 30** PFLEGE
- 41** SOZIALLEISTUNGEN
- 48** RENTE

ANHANG

- 52** MUSTERVORLAGEN
- 55** ABKÜRZUNGEN
- 56** ANSPRECHPARTNER
- 57** STICHWORTVERZEICHNIS



GRUSSWORT

Die Versorgung von Menschen mit HAE hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Als HAE-Vereinigung e. V. freuen wir uns sehr über die seit Gründung unserer Patientenorganisation 1997 erreichten Fortschritte. Durch vielfältigen Austausch mit Ärzten und Wissenschaftlern, vor allem aber durch die Unterstützung von Menschen, die ebenfalls mit dieser seltenen Erkrankung leben, haben wir unseren Beitrag dazu leisten können.

Nach wie vor jedoch ist HAE eine eher unbekannte Erkrankung und es wissen zu viele Menschen nicht, dass sie an HAE leiden. Häufige Folgen sind jahrelange Odyssees von Arzt zu Arzt, falsche Diagnosen und große Ungewissheit. Im Durchschnitt dauert es in Europa etwa acht Jahre, bis die Erkrankung richtig diagnostiziert wird. Deshalb werden wir weiterhin dafür sorgen, HAE stärker ins Bewusstsein von Ärzten und auch der Öffentlichkeit zu rücken.

Die richtige Diagnose verschafft oft große Erleichterung, zumal Patienten heutzutage sehr gut geholfen werden kann. Moderne Therapiemöglichkeiten, wie zum Beispiel in der Langzeitprophylaxe, verhelfen heutzutage zu einer Kontrolle der Krankheit und erleichtern so den Alltag. Wenn die richtige Diagnose erst einmal gestellt ist, werden oft andere Fragen wichtig: Zum Beispiel zu rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten. Unser Ziel ist der mündige Patient – nicht nur in medizinischen Dingen, sondern auch bei der Gestaltung seines Alltags, wenn zusätzliche Unterstützung benötigt wird. Ich denke, dass dieser Ratgeber dabei für viele von Ihnen eine große Hilfe sein kann.

Die Informationen in diesem Ratgeber sind sehr umfassend und decken beispielsweise auch die Bereiche Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit ab, was jedoch nicht bedeutet, dass die HAE-Erkrankung automatisch irgendwann in eine Schwerbehinderung oder die Pflegebedürftigkeit mündet.

Dieser Ratgeber bietet neben Informationen rund um HAE auch allgemeinere Inhalte für alle Lebensabschnitte. Ich möchte Sie daher ermutigen, keine Scheu zu haben und sich bei Bedarf auch mit diesen Themen näher zu befassen! Leicht verständlich zeigt der Ratgeber, welche Leistungen Ihnen zustehen, in welcher Behörde die richtigen Ansprechpartner sitzen und wie sich Unterstützungsmaßnahmen beantragen lassen. Es geht um Ihr gutes Recht, und als Patientenorganisation ist es uns ein besonderes Anliegen, Sie zu ermutigen, die Ihnen zustehenden Beratungs- und Hilfsangebote auch zu nutzen.

Bei weiterführenden Fragen helfen natürlich auch wir Ihnen gerne weiter. Im Namen der HAE-Vereinigung wünsche ich Ihnen und Ihren Angehörigen alles Gute.



Lucia Schauf

1. Vorsitzende der HAE-Vereinigung e. V.

EINLEITUNG

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie gehören zu den wenigen Menschen, die an einem hereditären Angioödem (HAE) leiden. In Deutschland gibt es etwa 1.600 diagnostizierte HAE-Patientinnen und -Patienten. Viele haben einen langen Leidensweg hinter sich, bis das HAE endlich erkannt wurde. Allerdings gibt es auch Betroffene, die ihre richtige Diagnose noch nicht erhalten haben. Erst mit der Diagnose ist eine geeignete Therapie möglich, die Ihnen ein fast normales Leben ermöglichen kann.

HAE ist eine chronische Erkrankung, die Sie ein Leben lang begleiten wird. Daher kann es sein, dass Sie sich im Laufe Ihres Lebens nicht nur um Ihre Gesundheit kümmern sollten, sondern auch um Ihre Rechte als Patientin oder Patient. Vielleicht treten auch finanzielle Herausforderungen auf, die unmittelbar oder mittelbar mit dem HAE zusammenhängen. Zum Beispiel, weil Sie aufgrund schwerer Attacken nicht arbeiten können. In diesem Fall ist es wichtig zu wissen, wohin Sie sich wenden 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 Rechte Ihnen zustehen und welche Expertinnen und Experten Ihnen wo weiterhelfen können. Neben Informationen zu Sozialleistungen, die insbesondere für Menschen mit HAE relevant sein könnten, liefert dieser Ratgeber auch allgemeinere Informationen über Sozialleistungen für ganz unterschiedliche Lebensbereiche. Zu vielen Anlaufstellen haben wir einen QR-Code eingefügt. Diesen können Sie mit einer üblichen Smartphone-App einscannen, um direkt zur entsprechenden Seite im Internet zu gelangen. Sollten Sie kein Smartphone besitzen, finden Sie am Ende des Ratgebers eine Sammlung mit den wichtigsten Links.

Einige Institutionen des deutschen Sozial- und Gesundheitssystems werden Ihnen immer wieder begegnen. Sie sind Ihre wichtigsten Anlaufstellen. Damit Sie sofort die passende Behörde für Ihr Anliegen finden, hier eine kurze Darstellung.

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

Ihre CSL Behring GmbH

SCHNELLÜBERSICHT DER ANSPRECHPARTNER

Sozialamt

Hier können Sie verschiedene Unterstützungsmaßnahmen und auch finanzielle Hilfen erhalten.

Gesundheitsamt

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

Bundesagentur für Arbeit

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

Krankenkasse

Ist zuständig für alle medizinischen Leistungen sowie für die Zahlung des Krankengeldes.

Integrationsamt

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

Versorgungsamt

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

Rentenversicherungsträger

Kümmert sich um Rente und um Rehabilitation.

Unabhängige Teilhabeberatung

Unterstützt Sie bei allen Fragen zu Rehabilitation und Teilhabe.



DIE ERKRANKUNG: ÜBER DAS HAE

Das hereditäre Angioödem (HAE) zählt zu den seltenen Erkrankungen. Typisch für das Krankheitsbild sind plötzlich auftretende Haut- und Schleimhautschwellungen.

An der Haut sind die Schwellungen (Ödeme) farblos bis weiß oder leicht gerötet. In der Regel jucken sie nicht. Im Magen-Darm-Bereich sind die Schwellungen meist nicht von außen sichtbar, können aber heftige Krämpfe, Erbrechen und Durchfall auslösen. Die Häufigkeit der Attacken kann von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein: Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten erlebt eine oder mehrere Attacken pro Monat. Bei einigen wenigen Betroffenen können die Schwellungen mehrmals in der Woche auftreten. Lebensbedrohlich können Ödeme im Bereich der oberen Atemwege sein. Aus diesem Grund sind eine frühzeitige Diagnose und eine geeignete Therapie sehr wichtig. Da HAE eine seltene Erkrankung ist, werden die Schwellungen von Ärztinnen oder Ärzten oft mit allergischen Reaktionen oder Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts verwechselt.

URSACHE

Beim HAE liegt ein Gendefekt vor, der meist von einem Elternteil geerbt wurde. In diesem Fall sind häufig auch andere Familienmitglieder von HAE betroffen. Seltener kann der Gendefekt „spontan“ auftreten. Zwar tragen auch in diesem Fall die Erkrankten den Gendefekt von Geburt an, aber es sind keine weiteren Familienmitglieder von HAE betroffen. Jedoch kann der Gendefekt in der Folge von erkrankten Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden. Der Gendefekt führt dazu, dass das Eiweiß C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH) nicht in ausreichender Menge gebildet wird oder in seiner Funktion beeinträchtigt ist.

Ist ein Familienmitglied nachweislich an HAE erkrankt, sollten alle nahen und entfernten Verwandten ebenfalls untersucht werden, um herauszufinden, ob noch jemand betroffen ist. Eine frühzeitige Diagnose ist die Grundvoraussetzung für eine geeignete Therapie.

THERAPIE

HAE-Attacken werden je nach vorliegender Situation unterschiedlich behandelt. Grundsätzlich gilt, Medikamente können HAE effizient und gut verträglich therapieren.

Das wichtigste Ziel der HAE-Therapie ist es, ein normales Leben zu führen, d. h. möglichst attackenfrei zu sein. Es stehen verschiedene Medikamente für die Behandlung von HAE zur Verfügung, die entweder als Prophylaxe, Kurzzeit-Prophylaxe oder als Akuttherapie eingesetzt werden.

LANGZEIT-PROPHYLAXE

Bei dieser Behandlung sollen Schwellungsattacken komplett verhindert oder deren Anzahl signifikant reduziert werden. Moderne Therapien ermöglichen es heute, ein weitgehend attackenfreies Leben zu führen. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität. Hierfür stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung. Mit der Langzeit-Prophylaxe erhalten Patientinnen und Patienten die Kontrolle über ihre Krankheit zurück, ihr Alltag normalisiert sich.

KURZZEIT-PROPHYLAXE

Die Kurzzeit-Prophylaxe kommt beispielsweise vor Operationen zum Einsatz. Hier werden im Vorfeld Medikamente wie ein C1-Inhibitor-Konzentrat eingesetzt, um Schwellungsattacken zu verhindern. Medizinische Verfahren wie zahnärztliche oder chirurgische Eingriffe können potenzielle Auslöser für eine Attacke sein, bei welchen eine Kurzzeit-Prophylaxe Abhilfe schaffen kann.

Um den Erfolg der Therapie besser beurteilen zu können, sollten Sie einen Schwellungskalender nutzen. Darin vermerken Sie, wann Sie Ihre Medikamente in welcher Dosis genommen haben und wo und wie lange die Beschwerden auftraten. Einen Schwellungskalender erhalten Sie auf dem Infoportal HAE: www.hae-erkennen.de



Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:

AKUTTHERAPIE

Bei der Akuttherapie geht es darum, HAE-Attacken zu stoppen, Leben zu retten, Schmerzen und Symptome rasch zu lindern. Grundsätzlich sollte eine Schwellungsattacke so früh wie möglich, beginnend mit den ersten Anzeichen, therapiert werden. Das Ziel ist es, ein weiteres Anschwellen zu verhindern und die Schwellung rasch abklingen zu lassen. Je früher eine HAE-Attacke behandelt wird, desto schneller können sich die Symptome vollständig zurückbilden.

HEIMSELBSTTHERAPIE

Eine Heimselbsttherapie kann für Menschen mit HAE eine größere Freiheit im Alltag bedeuten. HAE-Attacken können durch die Selbstbehandlung schneller behandelt werden. Daher wird die Heimselbsttherapie von Expertinnen und Experten empfohlen. HAE-Attacken sollten möglichst zeitnah behandelt werden, und wenn die Patientin oder der Patient selbst tätig wird, geht das in der Regel schneller. Auch eine Langzeit-Prophylaxe ist in Heimselbstanwendung möglich, um HAE-Attacken zu vermeiden und Schwellungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Ob für Sie eine Heimselbsttherapie in Frage kommt, entscheiden Sie gemeinsam mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt. In einer Schulung erlernen Sie die Selbstverabreichung Ihres Medikaments. Zur Kontrolle und Überwachung Ihrer Therapie werden Sie regelmäßig in die Arztpraxis einbestellt. Selbstverständlich können Sie jederzeit die Heimselbsttherapie beenden und sich wieder in einer Arztpraxis oder Klinik behandeln lassen. Die Heimselbsttherapie spart nicht nur Zeit im Notfall, sie gibt auch Sicherheit und erhöht Ihre Lebensqualität.

Um herauszufinden, wie gut Sie Ihre Krankheit unter Kontrolle haben, können Sie einen AECT-Test durchführen. Sie finden ihn auf der Website: www.hae-erkennen.de








Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:

THERAPIEKOSTEN

Nicht speziell für die Behandlung der HAE, sondern für die generelle Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gilt: immer häufiger müssen Sie selbst einen Betrag dazuzahlen. Dies nennt man Zuzahlung. Wie hoch eine Zuzahlung sein darf, ist gesetzlich geregelt.

Hier eine Übersicht:

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

Für die Zuzahlung ist der Arzneimittelpreis entscheidend.

Vier Stufen der Zuzahlung sind möglich:

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

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

Für die HAE-Therapie werden in der Regel C1-Esterase-Inhibitor-Präparate oder ein B2-Rezeptor-Antagonist verschrieben. Diese Medikamente kosten mehr als 100,- €, sodass die Zuzahlung 10,- € beträgt. Bei der Verordnung von C1-Esterase-Inhibitor-Präparaten kann ein Sonderfall (§ 3 Packungsgrößenverordnung) geltend gemacht werden. Dadurch können Einzelpackungen in der Apotheke so gebündelt werden, dass die Bündelpackung als Einzelpackung abgerechnet werden kann. Auch in diesem Fall müssen Sie für die Bündelpackung nicht mehr als 10,- € zuzahlen.

FESTBETRÄGE

Unter einem Festbetrag versteht man den Höchstbetrag, den eine gesetzliche Krankenkasse für ein Medikament zahlt. Liegt ein Medikament preislich mindestens 30 % unterhalb des Festbetrags, kann dafür eine Zuzahlung entfallen, Sie müssen dann gar nichts zahlen. Verschreibt Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt jedoch ein Medikament, das teurer ist und den Festbetrag übersteigt, ist sie oder er verpflichtet, Ihnen dies mitzuteilen. Sie können dann selbst entscheiden, ob Sie das teure Medikament wirklich haben möchten. In diesem Fall müssen Sie den Aufpreis zum Festbetrag und die Zuzahlung selbst tragen.

RABATTVERTRÄGE

Die Krankenkassen handeln mit den Arzneimittelherstellern häufig Preisrabatte aus und schließen dazu sogenannte Rabattverträge ab. Ein rabattiertes Medikament kann teilweise oder ganz von der Zuzahlung befreit sein. Apothekerinnen und Apotheker sind dazu verpflichtet, Medikamente aus Rabattverträgen bevorzugt abzugeben. Sie tauschen daher ein von der Ärztin oder dem Arzt verordnetes Arzneimittel automatisch gegen das günstigere aus dem Rabattvertrag aus – es sei denn, die Ärztin oder der Arzt hat dies ausdrücklich ausgeschlossen. Sie können in diesem Fall selbst entscheiden, ob Sie das rabattierte Medikament oder die verordnete teure Variante nehmen. Dann zahlt die Kasse nur den Preis für das Rabattmedikament, die Mehrkosten müssen Sie selbst tragen.

BELASTUNGSGRENZEN

Die sogenannte Belastungsgrenze legt einen jährlichen Maximalwert für Zuzahlungen fest. Ab diesem Wert entfallen zukünftige Zuzahlungen. Sollten Sie die Belastungsgrenze schon überschritten haben, wird der entsprechende Betrag von Ihrer Krankenkasse* rückerstattet. Um die Belastungsgrenze zu bestimmen, werden alle Zuzahlungen addiert, welche die Versicherte oder der Versicherte selbst sowie die Angehörigen, die mit im Haushalt leben (Ehepartner, Kinder), geleistet haben.

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

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

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

Familien-Freibeträge 2025:

- für den ersten Angehörigen: 6.741,- €
- für jeden weiteren Angehörigen: 4.494,- €
- für jedes berücksichtigungsfähige Kind 9.600,- €

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

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



Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen führt eine Liste aller zuzahlungsbefreiten Arzneimittel.

Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:





REHABILITATION

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

Für eine Rehabilitation kommen verschiedene Kostenträger in Frage:

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

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

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

MEDIZINISCHE REHABILITATION

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

Medizinische Rehabilitationen können unterschiedlich durchgeführt werden:

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

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

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

ANSCHLUSSREHABILITATION (AR) ODER ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG (AHB)

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

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

REHABILITATION UND FAMILIE

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

REHABILITATIONSKOSTEN

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

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

Personen mit geringem Einkommen und chronisch Kranke können sich von der Reha-Zuzahlung befreien lassen.

Es gibt bundesweit örtliche Beratungsstellen für Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Sie informieren u. a. zum Thema Rehabilitation. Eine Liste der Beratungsstellen finden Sie unter: www.teilhabeberatung.de

Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:





BEHINDERUNG

Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen können einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Um Betroffene nicht auszugrenzen, gibt es Bestrebungen, dem Ausweis einen neuen Namen zu geben, etwa „Teilhabeausweis“.

Eine HAE-Erkrankung führt nicht automatisch zu einer Schwerbehinderung. Aber wenn Sie mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen, können Sie von einem Schwerbehindertenausweis profitieren. Er dient dazu, Nachteile, die aufgrund der Erkrankung entstehen, auszugleichen und ist daher mit vielen Rechten verbunden. Schwerbehinderte erhalten im Berufsleben beispielsweise einen besonderen Kündigungsschutz und auch mehr Urlaubstage. Hinzu kommen finanzielle Entlastungen beispielsweise durch Steuerermäßigungen. Einen Überblick über die zahlreichen Vorteile erhalten Sie unter dem Stichwort „Nachteilsausgleiche“.

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.

Einen Schwerbehindertenausweis erhalten Sie ab einem GdB von 50. Wird Ihnen ein Behinderungsgrad zwischen 30 und 50 bescheinigt, können Sie eine sogenannte Gleichstellung beantragen. Sie erhalten dann zum Beispiel den gleichen Kündigungsschutz, der für Schwerbehinderte gilt.

ANTRAGSTELLUNG

Um einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt stellen. Die Antragstellung ist jederzeit möglich.

Wenn Sie die Beantragung nicht selbst vornehmen können, kann dies eine spezialisierte Rechtsanwältin oder ein spezialisierter Rechtsanwalt für Sie übernehmen. Zum Beispiel gibt es beim VdK Juristinnen und Juristen, die Ihnen dabei helfen können. Wichtig ist, dass Sie im Vorfeld mit Ihrer Rechtsschutzversicherung Rücksprache über die Kostenübernahme halten.

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

Bei den meisten Ämtern kann der Antrag auch online ausgefüllt oder zumindest von der Internetseite heruntergeladen werden.

Da HAE nicht in den sogenannten „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ erwähnt wird, sollten Sie dem Antrag einen erklärenden Text über das Krankheitsbild hinzufügen.

GRAD DER BEHINDERUNG (GDB)

Der Grad der Behinderung wird von Ihrem zuständigen Versorgungsamt festgelegt.

Sollten Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sein, können Sie Widerspruch einlegen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 52 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.

Ein Beschwerde-Tagebuch kann Ihnen dabei helfen, Ihre Beeinträchtigungen und Einschränkungen im Alltag zu vermitteln. Schreiben Sie dazu mehrere Wochen lang detailliert auf, wann, wie lange und welche Beschwerden auftraten. Bei der Beschreibung Ihrer Beschwerden sollten Sie Fachausdrücke möglichst vermeiden. Auch Ihr Schwellungskalender kann Sie dabei unterstützen.

Für jede Erkrankung gibt es Richtwerte bezüglich des GdB, die in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen festgelegt sind. Da bei der Einstufung in einen GdB alle körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einfließen, sollten Sie darauf achten, möglichst alle Beeinträchtigungen anzugeben. Beispielsweise auch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten, psychische Belastungen oder zusätzliche Beschwerden, die mit dem HAE nicht in direktem Zusammenhang stehen.

Grad der Behinderung (GdB)	
0-10	selten, bis zu zweimal im Jahr auftretend, leicht vermeidbare Auslöser
20-30	häufiger auftretende Schübe, schwer vermeidbare Auslöser
40-50	Schwerer chronischer, über Jahre sich hinziehender Verlauf. Eine systemische Beteiligung, z. B. des Gastrointestinaltrakts oder des Kreislaufs, ist ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Die Richtwerte für den Grad der Behinderung bei HAE sind unter dem Stichwort „Chronisch rezidivierendes Quincke-Ödem“ erfasst (in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen wird nur das Quincke-Ödem aufgeführt, das HAE ist eine Sonderform des Quincke-Ödems).

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 grenzende Schwerhörigkeit
RF	=	von der Rundfunkgebührenpflicht befreit
B	=	ständige Begleitung notwendig

Eine Liste der verschiedenen Versorgungsämter finden Sie hier:

Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:



NACHTEILSAUSGLEICHE

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

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

Wenn Sie das Merkzeichen H, BI, TBI oder einen Pflegegrad 4 oder 5 haben, erhöht sich der Pauschbetrag auf 7.400,- €.

Liegt Ihr GdB unter 50, jedoch über 25, muss für die Gewährung des Pauschbetrags eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ihre Behinderung führt zu einer dauerhaften Einbuße der körperlichen Beweglichkeit oder
- Ihre Behinderung ist die Folge einer Berufskrankheit oder
- Sie erhalten aufgrund der Behinderung eine Rente oder andere Bezüge. Dies gilt auch, wenn das Recht auf die Bezüge ruht oder der Anspruch durch eine Kapitalabfindung aufgehoben wurde.

Nachfolgender Überblick der Nachteilsausgleiche ist nur eine grobe Orientierung. Eine Übersicht erhalten Sie auch hier: www.behindertenbeauftragte.de



Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:

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

WOHNGELD

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

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

KÜNDIGUNGSSCHUTZ

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

Sie können auch weitere Unterstützungsmaßnahmen einfordern, zum Beispiel eine spezielle Ausstattung des Arbeitsplatzes.

SCHULPFLICHTSTUNDEN FÜR LEHRERINNEN UND LEHRER

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

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 eingetragen ist. Um die Kraftfahrzeugsteuer-Vorteile nutzen zu können, müssen Sie einen Antrag bei der Zollverwaltung unter Vorlage Ihres Schwerbehindertenausweises stellen.

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.

FAHRTKOSTEN

Schwerbehinderte mit einem GdB ab 70 und dem Merkzeichen G im Ausweis sowie Schwerbehinderte mit einem GdB ab 80 können für Privatfahrten (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 bis 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 gefahrenen Kilometer angesetzt werden.

PARKERLEICHTERUNG

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

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

Die Voraussetzungen für den orangefarbenen Parkausweis:

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

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

ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL

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

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

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

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

TELEFONGEBÜHREN

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

RUNDFUNKBEITRAG

Menschen mit Behinderung und dem Merkzeichen RF im Ausweis können bei der Leistung des Rundfunkbeitrags eine Reduzierung erhalten.

In bestimmten Fällen kann auch eine Befreiung vom Rundfunkbeitrag beantragt werden. Voraussetzungen sind beispielsweise, dass das Merkzeichen TBI oder ein Grad der Behinderung von 80 vorliegt oder die behinderte Person staatliche Sozialleistungen erhält.



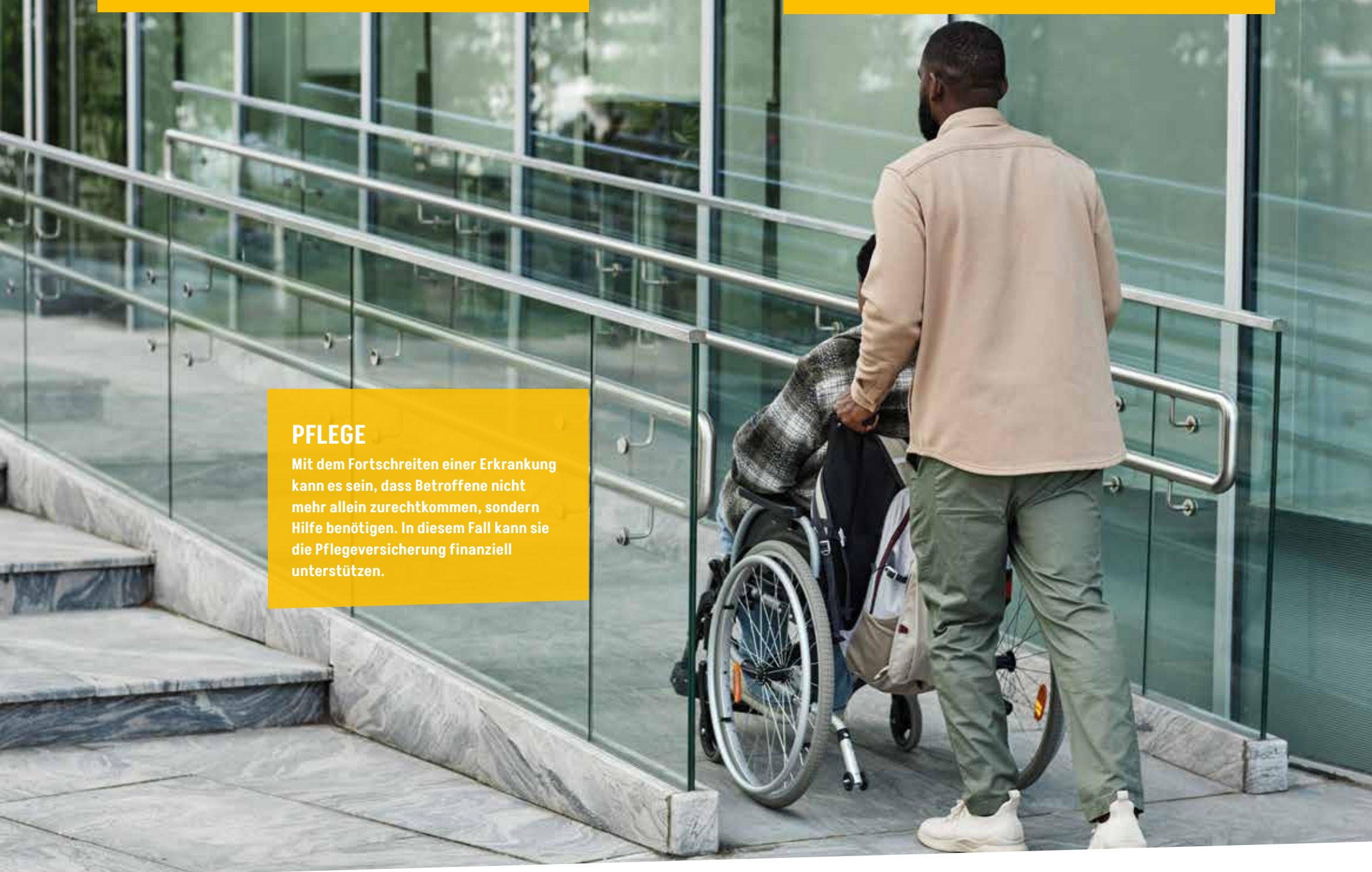
Vergünstigungen gibt es häufig auch bei Freizeitangeboten.

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.

VERMÖGENSBILDUNG UND BAUSPARVERTRÄGE

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

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



PFLEGE

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

Ansprechpartner für Pflegeleistungen ist die Pflegekasse. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist die Pflegekasse an die Krankenkasse angegliedert.

Wenn Sie eine Pflegeleistung in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie einen Pflegeantrag bei Ihrer Pflegekasse stellen.

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Der sogenannte Medizinische Dienst (MD) überprüft, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Er erstellt dazu ein Pflegegutachten und leitet dieses an die Pflegekasse weiter.

Sie erteilt dann einen Feststellungsbescheid, der auch Ihren Pflegegrad festlegt.

Falls Sie mit der Einstufung Ihres Pflegegrades nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen. Der Widerspruch muss innerhalb von vier Wochen nach Erhalt des Bescheids erfolgen. Bei der Begründung des Widerspruchs sollten Sie sich unterstützen lassen, z. B. von einem Pflegedienst oder einer Anwältin bzw. einem Anwalt. Wird der Widerspruch abgewiesen, können Sie beim Sozialgericht dagegen klagen. Eine Mustervorlage dazu finden Sie auf Seite 53.

PFLEGEGRADE

Wie bereits erwähnt, stuft Sie die Pflegekasse mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in einen Pflegegrad ein.

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

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

GRADE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 4	schwere 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	131,- €* pro Monat
Pflegegrad 2	347,- € pro Monat
Pflegegrad 3	599,- € pro Monat
Pflegegrad 4	800,- € pro Monat
Pflegegrad 5	990,- € pro Monat

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

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 1.685,- € 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 1.854,- €.

Allen Pflegegraden mit Pflege im häuslichen Umfeld steht ein Entlastungsbetrag zur Verfügung. Er kann bis zu 131,- € monatlich betragen. Der Entlastungsbetrag kann nur zweckgebunden eingesetzt werden, zum Beispiel für eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege, für eine vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege oder Leistungen ambulanter Pflegedienste (dann auch für Personen mit Pflegegrad 1).

Ab dem 1. Juli 2025 werden die Beträge für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst. Dieser wird bei 3.539,- € liegen und kann flexibel eingesetzt werden.

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 4.180,- €. 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)

	ab 01.01.2025
Pflegegrad 1	131,- €* pro Monat
Pflegegrad 2	796,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.497,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.859,- € pro Monat
Pflegegrad 5	2.299,- € pro Monat

* Pflegegrade 1-5: Anspruch auf zweckgebundenen Entlastungsbetrag

TEILSTATIONÄRE PFLEGE (TAGES- UND NACHTPFLEGE)

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

Die Pflegekasse gewährt dafür folgende Beträge:

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

Pflegegrad 1	0,- €* pro Monat
Pflegegrad 2	721,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.357,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.685,- € pro Monat
Pflegegrad 5	2.085,- € pro Monat

* Pflegegrade 1-5: Anspruch auf zweckgebundenen Entlastungsbetrag



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	131,- € pro Monat
Pflegegrad 2	805,- € pro Monat
Pflegegrad 3	1.319,- € pro Monat
Pflegegrad 4	1.855,- € pro Monat
Pflegegrad 5	2.096,- € 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 2.613,- € pro Person oder 10.452,- € pro Wohngruppe unterstützt. Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen können Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag haben. Dann erhält jede pflegebedürftige Person 224,- € zusätzlich pro Monat zu den bereits gewährten Pflegeleistungen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 müssen keine Pflegeleistung erhalten, um den Wohngruppenzuschlag nutzen zu können.

Für den Wohngruppenzuschlag müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Mindestens zwei und höchstens elf weitere Personen wohnen 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 4.180,- € je Maßnahme, aber bei maximal 16.640,- € pro Haushalt liegen.

PFLEGEKOSTEN

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

Man unterscheidet zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:



technische Hilfsmittel



zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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

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



technische Hilfsmittel

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

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



**Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel:
bis 40,- € je Kalendermonat für alle Pflegegrade**

KOSTEN STATIONÄRER PFLEGE

Ein wichtiger Kostenfaktor bei der Pflege ist die stationäre Pflege. Wie zuvor erwähnt, müssen Sie selbst die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen, das sind die sogenannten Hotelkosten. Denn die Pflegekasse übernimmt nur die Kosten für die stationäre Pflege. Die Kosten für Verpflegung und Unterkunft sind von Heim zu Heim unterschiedlich, im Schnitt sind es gut 20,- € 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 im Bereich von einigen hundert bis zu tausend Euro pro Monat liegen. Wichtig hier: Sie haben das Recht, die Kosten zu prüfen und auch Belege zu verlangen.

In einigen Pflegeheimen müssen sich die Bewohner auch an den Ausbildungskosten beteiligen. Dies können zwei bis drei Euro pro Tag sein. In jedem Fall lohnt es sich, vorher die Preise genau anzuschauen und zu vergleichen.

Sollten Ihre Finanzen für eine stationäre Pflege nicht ausreichen, werden Ihre Kinder 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.

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
- die Grundsicherung für Arbeitssuchende, also Bürgergeld.

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

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

- Bürgergeld-Regelsatz plus
- Aufwendungen für Unterkunft und Heizung plus
- eventuelle Mehrbedarfzuschläge

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

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird beim zuständigen Sozialamt beantragt und in der Regel für zwölf Kalendermonate bewilligt. Eigenes Einkommen und Vermögen werden angerechnet.

Wenn Sie eine Grundsicherung erhalten, sind Sie vom Rundfunkbeitrag befreit, zudem können Zuzahlungen zu Arzneimitteln und auch Telefongebühren erlassen oder reduziert werden.

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

DAS SOZIALGELD

Das Sozialgeld (SG) ist eine Leistung, die Ihren Angehörigen helfen soll. Sozialgeld erhalten daher nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die in einer sogenannten Bedarfsgemeinschaft mit jemandem zusammenleben, der Bürgergeld erhält.

Die Höhe des Sozialgeldes entspricht der Höhe des Bürgergeldes.

EINMALIGE SOZIALLEISTUNGEN

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

In der Regel decken sie folgende Felder ab:

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

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

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Sollten Sie längere Zeit nicht arbeiten können, stehen Ihnen verschiedene Einkommensersatzleistungen zur Verfügung:

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

ENTGELTFORTZAHLUNG

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

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

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

KRANKENGELD

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

Der Gesetzgeber hat jedoch auch einen Höchstwert für das Krankengeld festgesetzt, dieser liegt bei 128,63 € kalendertäglich für 2025.

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

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



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

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



ARBEITSLOSENGELD

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

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 Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet.
- Sie haben in den vergangenen 30 Monaten zwölf Monate Beiträge in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt oder waren davon befreit, z. B. weil Sie in Elternzeit waren oder einen Bundesfreiwilligendienst geleistet haben.
- Sie haben noch nicht die Altersgrenze für die Rente erreicht.

Die Höhe des ALG I orientiert sich an Ihrem bisherigen Gehalt. In der Regel zahlt die Krankenkasse 70 % des regelmäßig erzielten Bruttogehalts bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (5.512,50 € im Monat und 66.150,- € im Jahr für 2025). Das Krankengeld darf jedoch nicht mehr als 90 % des letzten Nettolohns sein. Fällt Ihr ALG I niedriger aus als das Bürgergeld, können Sie zusätzlich Bürgergeld beantragen.

Eine Sonderform des Arbeitslosengeldes ist das „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit“. Es ist für Arbeitnehmer gedacht, die kein Krankengeld mehr erhalten, einen Antrag auf berufliche Eingliederung oder eine Rentenanspruchsprüfung 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:

Bürgergeld (ehemals ALG II/Hartz IV)

Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf ALG I haben, greift das Bürgergeld. 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, Unterkunfts- und Heizkosten die Kommune bzw. der Landkreis.

Bürgergeld Regelbedarf 2025

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

Hilfebedürftige mit einer chronischen Erkrankung können einen Mehrbedarf beim Bürgergeld geltend machen. Dieser wird z. B. gewährt, wenn die Antragstellerin schwanger ist oder wenn eine krankheitsbedingte kostenaufwendige Ernährung notwendig ist. Dazu wird beim Jobcenter ein Antrag gestellt. In der Regel wird dafür ein ärztliches Attest benötigt. In der Praxis ist es meist jedoch schwierig, einen Mehrbedarf durchzusetzen. Die Höhe des Mehrbedarfs wird individuell berechnet und ist meist ein Aufschlag von 10 bis 20 % auf den Regelsatz.



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:** Sie erhält, wer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, eine berufliche Tätigkeit von mindestens drei Stunden unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes auszuüben. Das bedeutet im Umkehrschluss, Sie müssen im Rahmen Ihrer Möglichkeiten jede zumutbare Tätigkeit annehmen. Auch, wenn diese mit Ihrem eigentlichen Beruf gar nichts zu tun hat.
- **Teilweise Erwerbsminderungsrente:** Sie gilt für Personen, die gesundheitlich in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit von drei Stunden, aber nicht länger als sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes auszuüben.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente erfüllt sein:

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

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

Die Höhe der teilweisen bzw. der vollen Erwerbsminderungsrente wird individuell berechnet. Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger. Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel auf ein bis drei Jahre befristet. Danach kann der Anspruch erneut geprüft werden.

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

Einen Rechner für Ihren Rentenbeginn finden Sie auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung:
www.deutsche-rentenversicherung.de

Dieser QR-Code führt Sie direkt zur Seite:



RENTE AUFGRUND VON SCHWERBEHINDERUNG

Schwerbehinderte Menschen können eine „Altersrente für schwerbehinderte Menschen“ beantragen. Voraussetzung dafür ist, dass sie bei Beginn der Rente schwerbehindert sind, also einen GdB von mindestens 50 haben. Bei vor 1951 geborenen Versicherten reicht eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus und die Mindestversicherungszeit von 35 Jahren muss erfüllt sein.

Der Vorteil einer Altersrente für Schwerbehinderte liegt darin, dass Betroffene früher in Rente gehen können. Einen Anspruch haben Schwerbehinderte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Vor 1952 Geborene können bereits mit 63 Jahren in Rente gehen. Wenn sie Abschläge in Kauf nehmen, ist dies sogar mit 60 Jahren möglich. Sollte Ihnen während des Rentenbezugs der Schwerbehindertenstatus entzogen werden, bleibt Ihr Rentenanspruch trotzdem bestehen.

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

ALTERSRENTE

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

GRUNDRENTE

Geringverdiener, die mindestens 33 Jahre lang Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben, erhalten ab 2021 mit der Grundrente einen Zuschlag. Dafür muss kein Antrag gestellt werden, die Deutsche Rentenversicherung prüft automatisch die Bestandsrenten und überweist die Grundrente rückwirkend.



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

HINZUVERDIENSTGRENZEN

Wer eine Regelaltersrente erhält, darf unbeschränkt hinzuverdienen. Erhalten Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung, dürfen sie sechs Monate lang uneingeschränkt arbeiten, ohne die Erwerbsminderungsrente zu gefährden. Danach dürfen Sie bis zu 19.661,- € bei voller Erwerbsminderung und 39.322,- € bei teilweiser Erwerbsminderung hinzuverdienen.

ANHANG

Mustervorlagen

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

Wenn Sie einen Feststellungsbescheid zu Ihrer Behinderung erhalten haben, mit dem Sie nicht einverstanden sind, können Sie dagegen formlos einen Widerspruch einlegen. Diese Mustervorlage dient als Orientierung:

Ihre Adresse

Adresse Ihres Versorgungsamtes

Datum

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

b. Widerspruch gegen Einstufung in einen Pflegegrad

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

Ihre Adresse

Adresse Ihrer Pflegekasse

Datum

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine ausführliche Begründung lasse ich Ihnen gerne zeitnah zukommen.

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

Vielen Dank und freundliche Grüße

Unterschrift

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



DIESER RATGEBER IST ALS BASISINFORMATION GEDACHT.

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

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

Dieser Sozialratgeber (Stand 2025) kann daher weder für Vollständigkeit noch für absolute Richtigkeit garantieren.

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

ABKÜRZUNGEN

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

ANSPRECHPARTNER

Sie möchten mehr über das HAE erfahren? Der HAE-Infodienst und das Internet bieten Ihnen zahlreiche Informationsmöglichkeiten:

HAE-Infodienst

Mühlenstraße 42c
52457 Aldenhoven
Telefon: 0170 5225036

www.angioedema.de
www.hae-erkennen.de
www.hae-info.net
www.hae-notfall.de
www.schwellungen.de

www.arbeitsagentur.de
www.bmas.de
www.deutsche-rentenversicherung.de
www.einfach-teilhaben.de
www.vdk.de

STICHWORTVERZEICHNIS

Anschlussheilbehandlung/
Anschlussrehabilitation S. 18
Arbeitslosengeld S. 44-46
Arbeitsunfähigkeit S. 44-46

Behindertenparkplätze S. 27
Belastungsgrenze S. 14, 39

C1-Esterase-Inhibitor S. 10, 13

Entgeltfortzahlung S. 44
Erwerbsminderung S. 42, 51

Fahrtkosten S. 26
Festbetrag S. 13
Feststellungsbescheid S. 52

Gleichstellung S. 21, 27
Grad der Behinderung S. 14, 21-25, 28
Grundsicherung S. 28, 42

HAE S. 4-6, 8-11, 21-23, 56
Heimselfstherapie S. 11
Hilfsmittel S. 12, 28, 39
Hinzuverdienst S. 51

Kinder S. 9, 18, 40, 47
Kraftfahrzeugsteuer S. 26
Krankengeld S. 44-46
Kündigungsschutz S. 7, 21, 25

Medizinische Dienst S. 32
Merkzeichen S. 23-28

Nachteilsausgleiche S. 21, 23-25, 52

Öffentliche Verkehrsmittel S. 28

Parkerleichterung S. 27
Pflege S. 30-34
Pflegebedürftigkeit S. 4, 17, 25,
32-33
Pflegegrad S. 24, 32-39, 53
Pflegehilfsmittel S. 39
Pflegeleistungen S. 32-33, 38

Rabattverträge S. 13
Rehabilitation S. 7, 16-19, 45
Rente S. 7, 17, 19, 24, 43-46, 48-51
Rundfunkbeitrag S. 28, 42

Schwerbehindertenausweis S. 20-27
Sozialgeld S. 43
Sozialleistungen S. 6, 28, 41, 43

Umbaumaßnahmen S. 40

Wohngeld S. 25
Wohngemeinschaft (Pflege-WG) S. 38

Zusatzurlaub S. 26
Zuzahlungen S. 14, 42

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

©2025 by MiM – MEDinMOTION GmbH

Dornhofstraße 100 · 63263 Neu-Isenburg

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

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

Bildnachweis

gettyimages: Larina Marina (Titel), Albert Shakirov (S. 3), izusek (S. 8), Drazen_ (S. 20), A-S-L (S. 29), SeventyFour (S. 30–31), Mario Arango (S. 37), Miljan Živković (S. 41), VioletaStoimenova (S. 45), Heiko119 (S. 46), Sean Anthony Eddy (S. 48), alvarez (S. 15, 51), level17 (S. 54)

Adobe Stock: ktsdesign (S. 10), Dusan Petkovic (S. 16)

Die MiM-Agentur setzt sich für den Klimaschutz ein. Eine Liste der CO₂-Kompensationen finden Sie unter www.natureoffice.com mit der Zugangs-ID der MiM-Agentur: DE-077-993005.



Ihr Portal rund um das hereditäre Angioödem (HAE)
www.hae-erkennen.de



www.cslbehring.de

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

CSL320590