



Beratungsstelle
Krebs und Beruf



FRAGEN UND ANTWORTEN

**zum Thema
Krebs und Beruf**

Mit freundlicher Unterstützung



RÜCKER

LLOYD

GERMANY



Die Else-Cremer-Stiftung beschäftigt sich seit 2001 mit Krebserkrankungen sowie deren Folgen. Mit dem Internet-Portal **www.psychoonkologie-weser-ems.de** bietet sie erkrankten Menschen und deren Angehörigen eine umfangreiche Informationsplattform.

Im November 2009 wurde dieses Angebot um die Beratungsstelle „Krebs und Beruf“ erweitert. Mit der Beratungsstelle richtet sich die Stiftung an Arbeitnehmer, die an Krebs oder anderen schweren Krankheiten erkrankt sind und weiter oder wieder am Arbeitsprozess teilnehmen möchten. Zum Angebot der Beratungsstelle zählen u.a. Sozialberatung, Förderung der beruflichen Eingliederung, Erarbeitung neuer Zukunftsperspektiven, Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen, Hilfsmittelberatung sowie Beratung zum veränderten Körperbild. Mit der vorliegenden Broschüre versuchen wir nun, die häufig gestellten Fragen der betroffenen Menschen zusammenzufassen und zu beantworten. Die Broschüre soll ein Leitfa-



Meike Eschen

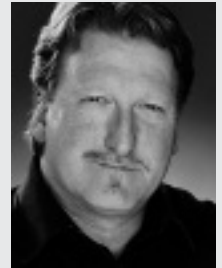
Leiterin der Beratungsstelle Krebs und Beruf

den durch die Probleme sein, die auf erkrankte Menschen zukommen. Viel Hilfe erhielten wir von der Österreichischen Krebshilfe Wien, die bereits vor einigen Jahren eine ähnliche Broschüre veröffentlichte. Wir möchten uns an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Des Weiteren gilt unser Dank Herrn Rechtsanwalt Ralf Giese, der als Fachanwalt für Arbeitsrecht die Entstehung der ersten Auflage dieser Broschüre mit begleitet hat, sowie dem Unternehmen Carl Wilh. Meyer GmbH & Co. KG aus Oldenburg, das uns seit vielen Jahren finanziell unterstützt.

Die in dieser Broschüre genannten Daten geben den Stand vom Mai 2014 wieder. Für die Richtigkeit der Angaben kann jedoch keine Gewähr übernommen werden.

Da die Angebote der Else-Cremer-Stiftung den betroffenen Menschen kostenlos zur Verfügung gestellt werden, ist die Stiftung auf Spenden angewiesen.



Hermann Cremer

Vorsitzender der Else-Cremer-Stiftung



Unser Spendenkonto:

Sparkasse Aurich-Norden

BIC: BRLADE21ANO

IBAN: DE50 2835 0000 0000 0950 00

Was kann die Beratungsstelle „Krebs und Beruf“ für Sie tun?

Die Diagnose Krebs verändert bei den meisten Menschen alles im Leben. Von einem Moment zum anderen fällt man aus dem gewohnten Rhythmus heraus und sieht sich mit Dingen konfrontiert, auf die man in der Regel nicht vorbereitet ist. Gleichzeitig ist auch das soziale Umfeld davon betroffen. Es braucht Zeit und vor allem Unterstützung, um mit dieser, alle Lebensbereiche beeinflussenden Krankheit zurechtzukommen.

Die Beratungsstelle „Krebs und Beruf“ ist in erster Linie den Anliegen und Bedürfnissen ihrer Besucher verbunden. Ihre persönlichen Daten und das Beratungsgespräch unterliegen der absoluten Schweigepflicht. Wir bieten Hilfestellung zu sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen und vermitteln auf Wunsch an zuständige Institutionen und Entscheidungsträger weiter.

Möglicherweise beschäftigen Sie Fragen wie zum Beispiel:

- Brauche ich Hilfe beim Wiedereinstieg ins Berufsleben?
- Bieten sich Möglichkeiten, meinen bisherigen Arbeitsplatz leidensgerecht zu gestalten?
- Habe ich Anspruch auf einen erhöhten Kündigungsschutz?
- Welche Möglichkeiten der Umschulung bzw. Fortbildung bieten sich an?
- Kann ich in meiner derzeitigen Situation eine Rente beantragen?
- Brauche ich einen Schwerbehindertenausweis?
- Welche Möglichkeiten gibt es, die täglichen Lebensbedingungen für mich zu erleichtern?

Es können sich natürlich aufgrund verschiedener Lebenssituationen eine Reihe von anders gelagerten Fragestellungen ergeben. Rufen Sie uns an und vereinbaren Sie einen Beratungstermin mit uns. Die Beratung ist natürlich kostenlos.

Sie finden uns in der
Bahnhofstraße 6, 26603 Aurich.
Montags, dienstags, mittwochs und freitags
sind wir von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr
unter der Telefonnummer 04941 6986482
zu erreichen.

Meike Eschen

Kapitel I	6
Der Umgang mit meiner Erkrankung am Arbeitsplatz	
Kapitel II	9
Im Krankenstand	
Kapitel III	11
Allgemeines zum Status der Schwerbehinderung	
Kapitel IV	15
Kündigungsschutz und Diskriminierungsverbot	
Kapitel V	18
Arbeitslosengeld und Hartz IV	
Kapitel VI	22
Rente und Berufsunfähigkeit	
Kapitel VII	24
Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation sowie Kuraufenthalte	
Kapitel VIII	27
Leistungen, die von den Krankenkassen getragen werden	
Kapitel IX	29
Pflegebedürftigkeit	
Kapitel X	32
Neuorientierung	

1. Muss ich dem Arbeitgeber meine Krebserkrankung mitteilen?

Der Arbeitnehmer ist grundsätzlich nicht verpflichtet, eine Krebserkrankung mitzuteilen, da sich aus dem Arbeitsverhältnis keine Pflicht zur Offenbarung privater Angelegenheiten ergibt. Es kann jedoch eine Mitteilung erforderlich werden, wenn die Krankheit länger andauernde Abwesenheiten zur Folge haben wird. Der Arbeitgeber muss die Möglichkeit haben, für eine Vertretung zu sorgen.

2. Muss ich im jeweiligen Krankheitsfall meinen Gesundheitszustand offen legen?

Der Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, dem Arbeitgeber eine Diagnose bekannt zu geben oder ärztliche Befunde vorzulegen. Als Ursache ist nur anzuführen, ob es sich um eine Krankheit, einen Kuraufenthalt, Arbeitsunfall oder um eine Berufskrankheit handelt.

3. Was passiert, wenn ich wegen meiner Erkrankung nicht mehr die volle Leistung erbringen kann?

Die Tatsache allein, dass eine Leistungsmin- derung besteht, löst noch keine unmittelbare Wirkung aus. Ob es zu Auswirkungen kommt, hängt weitgehend von der Reaktion des unmittelbaren Arbeitgebers bzw. Vorgesetzten ab. Um einer Kündigung entgegenzuwirken, besteht die Möglichkeit der Feststellung des „Status einer Schwerbehinderung“, da in diesem Fall ein erhöhter Kündigungsschutz besteht.

4. An wen kann ich mich im Betrieb vertrauensvoll wenden, um über meine Krebserkrankung zu sprechen?

Als Arbeitnehmer kann man sich jederzeit an die betriebliche Interessenvertretung, d. h. an Betriebs- oder Personalrat wenden. Der Betriebsrat vertritt den Arbeitnehmer in wirtschaftlichen, sozialen, gesundheitlichen und kulturellen Belangen gegenüber dem Arbeitgeber und behandelt persönliche Infor- mationen und Gesprächsinhalte vertraulich. Eine weitere Ansprechperson im Betrieb ist der Schwerbehindertenbeauftragte. Da diese Vertrauensperson dem Kreis der schwerbehin- derten Arbeitnehmer angehört, ist über den Weg der Selbstbetroffenheit ein besonderes Verständnis für die Anliegen von Menschen mit Behinderungen vorhanden. Auch Arbeits- mediziner nach dem Arbeitsschutzgesetz können beratend zur Seite stehen.

5. Habe ich krankheitsbedingt ein Recht auf Teilzeitarbeit?

Unabhängig von einer Erkrankung besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Reduzierung der Arbeitszeit auf Teilzeit. Daneben besteht ein Anspruch des Beschäftigten im Fall des Eintritts einer Erkrankung oder Behinderung - unter dem Vorbehalt des Möglichen und Zumutbaren -, dass der Arbeitgeber ge- eignete und im konkreten Fall erforderliche Maßnahmen ergreift, den Zugang zur Beschäftigung und die Ausübung eines Berufes zu ermöglichen.

Dies könnte auch eine Teilzeitarbeit umfassen. Allerdings besteht keine Strafbestimmung bei Nichteinhaltung der Gesetze.

6. Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ich feststellen muss, dass ich meine bisherige Tätigkeit nicht mehr ohne Gefährdung meiner Gesundheit ausüben kann?

Der Arbeitnehmer muss auf diesen Umstand aufmerksam machen und um eine andere, dem Arbeitsvertrag entsprechende, die Gesundheit des Arbeitnehmers jedoch nicht gefährdende Arbeit ersuchen. Kann der Arbeitgeber keine entsprechende Arbeit anbieten, hat der Arbeitnehmer die Möglichkeit, das Arbeitsverhältnis durch berechtigten vorzeitigen Austritt aufzulösen. Ein Anspruch auf Auszahlung einer Abfindung ist entweder vertraglich geregelt oder Verhandlungssache. Um Streiffälle zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit zu einer vorherigen Beratung, z. B. durch den Integrationsfachdienst, die Gewerkschaft oder einen Rechtsanwalt/Fachanwalt für Arbeitsrecht.

Die Gesundheitsgefährdung muss durch ein fachärztliches Gutachten bestätigt werden.

7. In welcher Form muss die Gesundheitsgefährdung von einem Arzt festgestellt werden?

Die Gesundheitsgefährdung muss durch ein schriftliches Facharztgutachten festgestellt werden, aus dem hervorgeht, welche konkreten Tätigkeiten der Arbeitnehmer nicht mehr durchführen kann, ohne seine Gesundheit zu gefährden. Die Bezeichnung der Krankheit alleine genügt nicht. Nur Formulierungen, die eindeutig ausdrücken, dass durch die Tätigkeit des Arbeitnehmers seine Gesundheit tatsächlich gefährdet ist, reichen für einen berechtigten vorzeitigen Austritt.

8. Welche Formen der Auflösung eines Arbeitsverhältnisses gibt es?

Ein Arbeitsvertrag kann von vornherein nur für eine bestimmte Zeitdauer oder einen bestimmten Zweck (d. h. befristet) abgeschlossen werden. In diesem Fall endet das Arbeitsverhältnis mit dem Erreichen des vereinbarten Endzeitpunktes oder Zweckes.

Ist das Arbeitsverhältnis ohne Befristung abgeschlossen, kann es dadurch beendet werden, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer einvernehmlich beschließen, es aufzulösen (einvernehmliche Auflösung). Durch die einvernehmliche Auflösung kann das Arbeitsverhältnis zu jedem beliebigen Termin und ohne Einhaltung irgendwelcher Fristen aufgelöst werden. Zu beachten sind aber stets die Beendigungsgründe und auch die „fiktive“ Kündigungsfrist, da ansonsten die Gefahr besteht, Arbeitslosengeldleistungen/Sozialleistungskürzungen aufgrund Mitverschuldens am Verlust des Arbeitsplatzes hinnehmen zu müssen.

Im Gegensatz dazu ist die Kündigung die Form der einseitigen Beendigung – entweder durch den Arbeitgeber oder durch den Arbeitnehmer. Dabei sind die durch Gesetz oder in der Betriebsvereinbarung vorgesehenen Termine und Fristen einzuhalten.

Da die Art der Beendigung des Arbeitsverhältnisses Auswirkungen auf die Beendigungsansprüche und das Arbeitslosengeld haben kann, sollte in jedem Fall vorher eine Beratung durch die Gewerkschaft oder einen Rechtsanwalt/Fachanwalt für Arbeitsrecht in Anspruch genommen werden.

9. Kann ich während meines Krankenstandes gekündigt werden?

Ja, soweit dies nicht ein Tarifvertrag, eine Betriebsvereinbarung oder der Arbeitsvertrag ausdrücklich ausschließt. Von diesem Recht kann sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer Gebrauch machen.

10. Kann ich wegen bzw. trotz meiner Krebserkrankung gekündigt werden?

Prinzipiell ja, dies setzt aber eine aus ärztlicher Sicht festgestellte Negativprognose voraus. Daneben ist zu beachten, dass unter Umständen durch die Krebserkrankung eine Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes gegeben ist. In dem Fall wäre zuvor die Zustimmung zur Kündigung von der Hauptfürsorge einzuholen. Darüber hinaus darf ein Arbeitnehmer aufgrund der Tatsache der diagnostizierten Krebserkrankung nicht benachteiligt werden.

11. Wie kann ich meinen Arbeitsplatz trotz Krebserkrankung erhalten?

Wenn Sie einen Feststellungsbescheid beantragen und auch eine positive Nachricht erhalten (d. h., bei Vorliegen der Voraussetzungen: zumindest 50% Grad der Behinderung), haben Sie einen erhöhten Kündigungsschutz, sofern das Arbeitsverhältnis bereits 6 Monate gedauert hat. Es kann nur mit Zustimmung des Integrationsamtes rechtswirksam gekündigt werden.

Gleiches gilt bei einem GdB von 30 %, setzt darüber hinaus aber eine vom Versorgungsamt festgesetzte Gleichstellung voraus. Diese erfolgt auf Antrag des Betroffenen.

12. Wie lange erhält ein Angestellter bei einer Dienstverhinderung Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber?

Nach den gesetzlichen Regelungen hat ein Angestellter, nach 4-wöchigem Bestand des Arbeitsverhältnisses, im Krankheitsfall einen Entgeltfortzahlungsanspruch von 6 Wochen. Danach ist Krankengeld von der zuständigen Krankenkasse für die Dauer von bis zu 78 Wochen zu zahlen.

13. Ab wann habe ich als Angestellter einen neuerlichen Grundanspruch auf Entgeltfortzahlung?

Das ist der Fall, wenn der Betroffene vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von 12 Monaten abgelaufen ist.

14. Wie lange darf ein Krankenstand maximal dauern?

Ein Krankenstand dauert so lange, wie die Erkrankung zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, jene Beschäftigung, die die Pflichtversicherung begründet hat, auszuüben.

15. Habe ich ein Recht auf Krankengeldbezug und wie hoch ist er?

Das Krankengeld ist eine Lohnersatzleistung. Sie wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch mehr auf Lohnfortzahlung durch

den Arbeitgeber besteht. Die Höhe beträgt 70% des regelmäßigen Bruttoentgeltes, maximal aber 90% des regelmäßigen Nettoentgeltes.

16. Wie lange kann ich Krankengeld beziehen?

Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Kommt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

17. Erfolgt die Auszahlung des Krankengeldes automatisch?

Nein. Die Auszahlung muss bei der jeweiligen Krankenkasse beantragt werden. Dazu benötigt die Krankenkasse eine vom Arbeitgeber ausgestellte Arbeits- und Entgeltbestätigung. Diese muss Angaben über die Einkommenshöhe und die Dauer einer eventuellen Entgeltfortzahlung enthalten. Weiterhin wird die Krankmeldung bzw. die Aufenthaltsbestätigung einer Krankenhauspflege benötigt.

18. Wie geht es weiter, wenn das Krankengeld erschöpft ist?

Wenn nach 78 Wochen das Krankengeld erschöpft ist, muss der Arbeitnehmer erst einmal wieder 6 Monate arbeiten und pflichtversichert sein, damit er neuerlich Anspruch auf Krankengeld hat. Besteht die Arbeitsunfähigkeit aber über die Höchstanspruchsdauer hinaus, kann er Rente

wegen teilweiser Erwerbsminderung, Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (für vor dem 02.01.1961 geborene Versicherte) beantragen.

19. Darf ich bei Krankengeldbezug etwas dazuverdienen?

Der Begriff „Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit“ schließt ein „Dazuverdienen“ aus, denn wer arbeitsunfähig ist, ist nicht arbeitsfähig.

20. Gibt es Krankengeld während des Arbeitslosengeldbezuges?

Arbeitslosengeldempfänger haben Anspruch auf Krankengeld.

21. Wie erlange ich den Status der Schwerbehinderung?

Ob eine Schwerbehinderung vorliegt, wird beim zuständigen Versorgungsamt schriftlich beantragt. Dort wird der Grad der Behinderung festgestellt.

22. Wo stelle ich den Antrag auf Erlangung einer Schwerbehinderung?

Der Antrag wird beim Versorgungsamt gestellt.

23. Bin ich verpflichtet, den Arbeitgeber über meine Schwerbehinderung zu informieren und können damit auch Nachteile verbunden sein?

Die Frage nach dem Umgang mit der Behinderung stellt sich bereits beim Vorstellungsgespräch zumeist unausweichlich. Es gilt eine Antwort auf folgende Fragen zu finden: Soll die Behinderung angesprochen werden oder nicht? Wenn ja, wie soll sie am geschicktesten angesprochen werden? Wie geht man damit um, wenn Fragen nach dem gesundheitlichen Befinden gestellt werden? Handelt es sich um eine für Ihr Gegenüber wahrnehmbare (sichtbare, hörbare, spürbare) Behinderung, so ist es sinnvoll sie selbst anzusprechen. Hat die Behinderung keine unmittelbare Auswirkung auf die Arbeitsleistung, gibt es keine rechtliche Verpflichtung, diese anzusprechen. Auf konkrete Fragen sollte aber wahrheitsgemäß geantwortet werden, weil sonst der Arbeitgeber das Vertrauen gegenüber dem Arbeitnehmer in Frage stellen kann.

Es wird darauf hingewiesen, dass ein Arbeitgeber, der über mindestens 20 Arbeitsplätze verfügt, auf 5% dieser Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen mit einem Behindertengrad von mindestens 50% beschäftigen muss. Auch bei einem aufrechten Arbeitsverhältnis sollte eine Feststellung einer Schwerbehinderung dem Arbeitgeber mitgeteilt werden, weil er evtl. Förderungen beantragen kann.

24. Kann mein Gehalt aufgrund meiner Behinderung gekürzt werden?

Das Gehalt kann nicht ohne weiteres gekürzt werden. Der Arbeitgeber darf einen schwerbehinderten Mitarbeiter nicht benachteiligen (SGB IX § 81).

25. Ich bin „schwerbehindert“. Gibt es eine persönliche Betreuung für mich?

Eine persönliche Betreuung wird von vielen Beratungsstellen, wie z. B. dem Diakonischen Werk, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, der Arbeiterwohlfahrt, dem Integrationsfachdienst und unter anderem auch von der Auricher Beratungsstelle „Krebs und Beruf“ (Else-Cremer-Stiftung) angeboten.

26. Welche Förderungen gibt es aufgrund einer „Schwerbehinderung“ für den Arbeitgeber oder für den betroffenen Arbeitnehmer?

Für den Arbeitgeber, aber auch für den betroffenen Arbeitnehmer stehen besondere Förderungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Kosten für technische Arbeitshilfen
- Kosten zur Schaffung von Arbeitsplätzen

- Lohn- und Ausbildungskosten
- Kosten der begleitenden Hilfen (insbesondere Arbeitsassistenten)
- Kosten für Ein-, Um- und Nachschulung
- sonstige Kosten, die nachweislich mit dem Antritt oder der Ausübung einer Beschäftigung verbunden sind oder
- Kosten zur Gründung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit

Auch andere Rehabilitationsträger übernehmen Kosten für medizinische und berufliche Rehabilitation (Umschulungsmaßnahmen) usw. Die Leistungen der einzelnen Träger, wie etwa der Berufsgenossenschaften, der Deutschen Rentenversicherung Bund oder anderer Sozialversicherungsträger sind unterschiedlich.

Andere Förderungsmöglichkeiten sind:

- Zuschuss für medizinische Kosten:
Bei Vorliegen einer Schwerbehinderung gibt es die Möglichkeit einmaliger Zuschüsse zu behinderungsbedingten Mehraufwendungen, soweit diese nicht von den Kostenträgern übernommen werden.

Informationen hierzu gibt es bei den zuständigen Krankenkassen und den Sozialversicherungsträgern.

27. Welche weiteren, insbesondere steuerlichen Vergünstigungen können in Anspruch genommen werden?

Betroffene Arbeitnehmer haben die Möglichkeit, beim Finanzamt Steuerfreibeträge geltend zu machen. Bei Vorliegen von Mehraufwendungen infolge einer längerfristigen körperlichen und geistigen Behinderung, wenn der Grad der Behinderung mindestens 25% beträgt, vermindern besondere Pauschalbe-

träge das zu versteuernde Einkommen.

Der Pauschalbetrag ist abhängig vom Grad der Behinderung und beträgt jährlich:

Grad der Behinderung (GdB)	pauschaler Freibetrag
25% und 30%	310 €
35% und 40%	430 €
45% und 50%	570 €
55% und 60%	720 €
65% und 70%	890 €
75% und 80%	1.060 €
85% und 90%	1.230 €
95% und 100%	1.420 €

Die Behinderung und ihr Ausmaß sind durch eine amtliche Bescheinigung der Versorgungsämter nachzuweisen.

Überblick über die GdB-abhängigen Nachteilsausgleiche:

GdB 20%

- Teilnahme am Behindertensport

GdB 30%

- Gleichstellung
- Kündigungsschutz bei Gleichstellung
- Steuerfreibetrag (nur bei zusätzlicher Beeinträchtigung): GdB 30%: 310 €

GdB 40%

- 3 Tage Zusatzurlaub für Arbeiter im öffentlichen Dienst eines Landes
- Grundsteuerermäßigung bei Rentenkaptalisierung nach dem BVG
- Steuerfreibetrag (nur bei zusätzlicher Beeinträchtigung): GdB 40%: 430 €

GdB 50%

- Schwerbehinderteneigenschaft
- Steuerfreibetrag: 570 €
- bevorzugte Einstellung, Beschäftigung

- Kündigungsschutz
- begleitende Hilfen im Arbeitsleben
- Freistellung von Mehrarbeit
- eine Woche Zusatzurlaub
- Schutz vor Wohnungskündigung
- Altersrente mit 60/63 Jahren, je nach Geburtsjahrgang
- vorgezogene Pensionierung von Beamten mit 60 Jahren
- besondere Fürsorge im öffentlichen Dienst
- Stundenermäßigung bei Lehrern: 2 Stunden pro Woche
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, DTC
- Ermäßigung des Flugpreises bei BVG (Bundesversorgungsgesetz)-/SVG (Soldatenversorgungsgesetz)-Beschädigten
- Kfz-Finanzierungshilfen für Berufstätige
- Abzugsbetrag bei Beschäftigung einer Haushaltshilfe: 924 €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 €
- GdB 50% sowie Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: Freibetrag beim Wohngeld: 1.200 €
- Ermäßigung bei Kurtaxen

GdB 60%

- Steuerfreibetrag: 720 €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2100 €
- Stundenermäßigung bei Lehrern: 3 Stunden pro Woche

GdB 70%

- Steuerfreibetrag: 890 €
- Werbungskostenpauschale: 0,30 €/km
- GdB 70% sowie Merkzeichen „G“: Abzugsbetrag für Privatfahrten: bis zu 3000 km x 0,30 € = 900 €

GdB 80%

- Steuerfreibetrag: 1.060 €
- GdB 80% sowie Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 €
- Preisnachlass von verschiedenen Mobilfunkbetreibern

GdB 90%

- Steuerfreibetrag: 1.230 €
- GdB 90% sowie Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
- GdB 90% sowie Sprachbehinderung: Sozialtarif beim Telefon: Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich (im Rahmen des ISDN-Sozialtarifs und für Verbindungen im T-Net durch die Telekom, wenn diese dauerhaft als Verbindungsnetzbetreiber voreingestellt ist).
- Stundenermäßigung bei Lehrern: 4 Stunden pro Woche

GdB 100%

- Steuerfreibetrag: 1.420 € (§33b EStG)
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
- Abzug eines Freibetrages bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 4.500 €

- Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen
- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparverträge
- Schwerbehinderten wird darüber hinaus – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von weiteren Nachteilsausgleichen zugestanden, z. B.
- Eintrittspreisermäßigungen (z. B. Kino, Theater, Sportveranstaltungen, Museen)
- Benutzung der Abteile/Sitze, die Schwerbehinderten in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Behandlung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden usw.

28. Habe ich als Krebspatient das Recht auf mehr Urlaub?

Die Krebserkrankung an sich bewirkt keinen erhöhten Urlaubsanspruch. Schwerbehinderte Menschen (nicht Gleichgestellte) haben Anspruch auf bezahlten zusätzlichen Urlaub von einer Arbeitswoche, d. h. in der Regel 5 zusätzliche Urlaubstage.

29. Kann ich den Behindertenausweis wieder zurückgeben?

Der Feststellungsbescheid bestätigt eine Schwerbehinderung. Dieser Bescheid ist so lange gültig, bis er durch einen Aberkennungsbescheid seine Gültigkeit verliert. Sollte sich die Behinderung bessern, kann ein Antrag auf Neufestsetzung gestellt werden.

30. Was bedeutet Kündigungsschutz und wie bekomme ich ihn?

Der Kündigungsschutz soll verhindern, dass schwerbehinderten Menschen in sozial ungerechtfertigter Weise gekündigt werden. Daher darf das Arbeitsverhältnis eines schwerbehinderten Menschen von Seiten des Arbeitgebers erst dann ausgesprochen werden, nachdem das Integrationsamt zugestimmt hat. Eine Kündigung ohne vorherige Zustimmung ist grundsätzlich rechtsunwirksam. Konkret heißt das, der Arbeitgeber muss vor Ausspruch der Kündigung einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung stellen. Daraufhin wird eine Verhandlung (kann auch im schriftlichen Verfahren erfolgen) angesetzt, zu der der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer, der Behindertenbeauftragte und der gewählte Betriebsrat geladen werden. Der Verhandlungsleiter soll in dieser Verhandlung auf einen Vergleich hinwirken. Ein solcher könnte entweder in einer Weiterbeschäftigung unter bestimmten Bedingungen (z. B. Förderungen) oder einer einvernehmlichen Auflösung des Arbeitsverhältnisses bestehen. Kommt ein Vergleich nicht zustande, werden die Aussagen der verschiedenen Parteien aufgenommen. Auch können weitere Beweise (Zeugenaussagen, Sachverständigengutachten, Urkunden) zur Untermauerung der Aussagen notwendig sein.

Nach Abschluss der Ermittlungen entscheidet das Integrationsamt in Form einer Interessenabwägung, ob der Kündigung zugestimmt wird oder nicht.

Nach Zustellung des Bescheides können dagegen Rechtsmittel eingelegt werden.

Die Zustimmung zur Kündigung wird erteilt,

- wenn der Arbeitsplatz des Schwerbehinderten wegfällt und im Unternehmen kein geeigneter Ersatzarbeitsplatz vorhanden ist
- wenn die Kündigung nicht im Zusammenhang mit der Behinderung steht.

Der besondere Kündigungsschutz besteht nur für Schwerbehinderte. Es muss der Status einer Behinderung vorliegen. Der Kündigungsschutz tritt bei positiver Erledigung rückwirkend ab dem Datum des Eingangs des Feststellungsantrages beim Versorgungsamt ein, sofern das Arbeitsverhältnis mindestens 6 Monate gedauert hat. Bei Neubegründung eines Arbeitsverhältnisses beginnt der Kündigungsschutz daher unmittelbar nach den 6 Monaten.

31. Gilt der Kündigungsschutz auch bei Teilzeitbeschäftigten?

Der besondere Kündigungsschutz nach dem Schwerbehindertenrecht gilt auch für schwerbehinderte und gleichgestellte Beschäftigte in Teilzeit.

Bei einer Beschäftigung von mindestens 18 Wochenstunden wird die Tätigkeit des schwerbehinderten Teilzeitbeschäftigten im Rahmen der Veranlagung zur Ausgleichsabgabe auf einen vollen Pflichtarbeitsplatz angerechnet. Je nach Art und Schwere der Behinderung gilt dies auch bei kürzeren Arbeitszeiten (SGB IX § 75 Abs. 2).

Die Kündigung ohne Zustimmung des Integrationsamtes ist rechtlich unwirksam. Um dies jedoch durchzusetzen, muss der Arbeitnehmer beim Arbeitsgericht eine Klage auf „Feststellung der Unwirksamkeit der Kündigung“ erheben. Diese ist innerhalb von 3 Wochen nach Kündigungserhalt zu erheben. Danach ist sie verfristet.

32. Was ist eine Diskriminierung aufgrund einer Behinderung?

Der Begriff Diskriminierung umfasst alle Äußerungen, Handlungen und Unterlassungen, die einen Arbeitnehmer aufgrund einer Behinderung benachteiligen. Es besteht eine unzulässige, unmittelbare Diskriminierung, wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderung in einer vergleichbaren Situation eine weniger günstige Behandlung erfährt als eine andere Person: beispielsweise, wenn ein Arbeitssuchender aufgrund einer Behinderung vom weiteren Bewerbungsvorgang ausgeschlossen wird. Verboten ist auch eine mittelbare Diskriminierung, die vorliegt, wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren sowie Merkmale gestalteter Lebensbereiche (z. B. bauliche Barrieren) Menschen mit Behinderungen gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen: beispielsweise, wenn ein Mitarbeiter, der den Rollstuhl benutzt, nicht an einer Weiterbildungsmaßnahme teilnehmen kann, weil ein rollstuhlgerechter Zugang nicht vorhanden ist. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine Diskriminierung vorliegt. So kann eine benachteiligende Bedingung unter Umständen durch ein rechtmäßiges Ziel sachlich gerechtfertigt sein (z. B. Brandschutztüren) oder die Beseitigung einer Barriere für den Arbeitgeber eine unverhältnismäßige Belastung bedeuten.

Auch eine Belästigung aufgrund einer Behinderung ist verboten. Das Verbot umfasst des Weiteren die Anweisung einer Person zur Diskriminierung oder Belästigung. Im Zusammenhang mit dem Diskriminierungsverbot bedeutet Behinderung die Auswirkung einer nicht vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die voraussichtlich länger als 6 Monate dauern wird und die geeignet ist, die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschweren. Dafür ist nicht erforderlich, dass ein Grad der Behinderung festgestellt ist. Es wäre daher z. B. auch im Falle einer diagnostizierten, aber noch nicht virulenten Multiplen Sklerose von einer Behinderung im Sinne dieses Gesetzes auszugehen.

33. Welche Bereiche sind vom Diskriminierungsverbot umfasst?

Schutz vor Diskriminierung besteht einerseits innerhalb der Arbeitswelt: Das bedeutet, dass sowohl das Arbeitsverhältnis, aber auch der Zugang zur Berufsberatung, der Berufsausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Umschulung, die Bedingungen für den Zugang zu selbstständiger Erwerbstätigkeit sowie die Mitgliedschaft und Mitwirkung in einer Arbeitnehmer-Organisation, einschließlich der Inanspruchnahme der Leistungen solcher Organisationen, umfasst sind.

Im Arbeitsverhältnis darf nicht diskriminiert werden:

- bei der Begründung des Arbeitsverhältnisses
- während des Vollzuges des Arbeitsverhältnisses
- beim Entgelt
- bei freiwilligen Sozialleistungen
- bei der Aus- und Weiterbildung und Umschulung

- beim beruflichen Aufstieg
- bei den sonstigen Arbeitsbedingungen
- bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Schutz vor Diskriminierung besteht für Menschen mit Behinderungen andererseits auch außerhalb der Arbeitswelt bzw. im „täglichen Leben“: Der Diskriminierungsschutz gilt vor allem beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und für die der Bund unmittelbar regelungszuständig ist.

34. Wer ist vor Diskriminierung geschützt?

- Menschen mit Behinderung
- Eltern, die ein Kind mit Behinderung betreuen
- Angehörige, die einen Menschen mit Behinderung überwiegend betreuen (Geschwister, Ehepartner, Lebensgefährten, Verwandte in gerader Linie, Großeltern, Kinder)

Zusätzlich gilt ein Benachteiligungsverbot für die betroffene Person, Zeugen, Auskunftspersonen im Verfahren oder Unterstützer einer Beschwerde zur Durchsetzung des Diskriminierungsverbotes.

35. Welche Folgen hat die Verletzung des Diskriminierungsverbotes in der Arbeitswelt und wie kann ich gegen die Verletzung dieses Verbotes vorgehen?

Ein Arbeitnehmer, der diskriminiert wurde, kann Ersatz für den Vermögensschaden sowie eine Entschädigung für die erlittene persönliche Beeinträchtigung geltend machen.

36. Was muss ich bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses und bei Beginn des Anspruches auf Arbeitslosengeld beachten?

Anspruch auf Arbeitslosengeld („Leistungsanspruch“) besteht unter verschiedenen Voraussetzungen. Abgesehen davon, dass Arbeitslosigkeit vorliegen muss, hat der Arbeitslose Arbeitswilligkeit und Arbeitsfähigkeit dadurch nachzuweisen, indem er dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und zumutbare Beschäftigungen annimmt. Darüber hinaus muss der Arbeitssuchende für einen bestimmten Mindestzeitraum einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sein: bei der Beanspruchung von Arbeitslosengeld, mindestens 12 Monate der letzten 2 Jahre vor Geltendmachung des Anspruchs. Das Arbeitslosengeld gebührt grundsätzlich ab dem Tag der Geltendmachung. Wird das Arbeitsverhältnis jedoch durch Arbeitnehmer-Kündigung, Entlassung oder unberechtigten vorzeitigen Austritt beendet, so wird das Arbeitslosengeld frühestens ab dem 29. Tag nach Ende des Arbeitsverhältnisses angewiesen. Wird eine Entlassung bekämpft, so sperrt die Agentur für Arbeit die Leistung vorerst und zahlt nach der Klärung, ob die Entlassung gerechtfertigt erfolgte – das geschieht anhand der Vorlage von Beweisen, wie z. B. einem Anerkenntnis, einem Vergleich oder einem gerichtlichen Urteil –, die Leistung nach, sofern die Bezugsdauer nicht ohnehin bereits ausgeschöpft ist. Im Fall der Verhängung einer Sperre besteht hier das Rechtsmittel des Widerspruchs, der innerhalb einer Monatsfrist nach Zugang der Sperre zu erheben ist.

Besteht zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis Anspruch auf Bezahlung von Urlaubsabgeltung, so werden diese Tage nicht mit Arbeitslosengeld vergütet.

37. Wie hoch ist das Arbeitslosengeld?

Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich in der Regel nach dem vorher durchschnittlich erzielten Arbeitsentgelt. Als Grundlage dient das Bruttoarbeitsentgelt des letzten Jahres. Aus dem gesamten Bruttoentgelt der letzten 12 Monate unmittelbar vor der Arbeitslosigkeit wird ein durchschnittliches tägliches Brutto ermittelt. Dazu wird das Gesamtbruttoentgelt durch die Anzahl der Tage (365) geteilt. Das durchschnittliche tägliche Bruttoentgelt wird in dem Bewilligungsbescheid als Bemessungsentgelt ausgewiesen.

Von dem individuellen täglichen Bemessungsentgelt wird ein sogenanntes Leistungsentgelt bestimmt. Das Leistungsentgelt ist für den Arbeitslosen das Nettoarbeitsentgelt. Berechnet wird das Leistungsentgelt durch den Abzug einer Pauschale in Höhe von 21% für Sozialversicherungsbeiträge. Für die vom Bemessungsentgelt geminderte Lohnsteuer sowie den Solidaritätszuschlag gilt die Lohnsteuertabelle nach dem Einkommensteuergesetz. Die Höhe der weiterhin abzusetzenden Lohnsteuer beim Arbeitslosengeld ist demzufolge abhängig von der eingetragenen Lohnsteuerklasse. Nach der Ermittlung des Leistungssatzes wird die Höhe des zu zahlenden Leistungssatzes bestimmt. Den allgemeinen Leistungssatz in Höhe von 60% des vorher verdienten Nettogehalts (Leistungsentgelt) erhal-

ten Antragsteller ohne Kind. Den erhöhten Leistungssatz in Höhe von 67% des Leistungsentgeltes erhalten antragstellende Arbeitslose, wenn sie für ein Kind unterhaltsverpflichtet sind, d. h. der Arbeitslose oder der "nicht dauernd von ihm getrennt lebende Ehegatte oder Lebenspartner" mindestens ein leibliches, angenommenes oder Pflege-Kind hat.

38. Wie lange kann ich - auch nach einer Unterbrechung - Arbeitslosengeld beziehen?

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld richtet sich nach dem Alter des Arbeitslosen und danach, wie lange der Arbeitnehmer in den letzten fünf Jahren vor der Arbeitslosigkeit versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist.

Hat der Arbeitslose in den letzten Jahren schon einmal einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erworben und die Anspruchsdauer nicht voll ausgeschöpft, dann erhöht sich der neue Anspruch um diesen unverbrauchten Rest, maximal bis auf die Höchstdauer des erworbenen neuen Anspruchs. Ein erworbener Anspruch auf Arbeitslosengeld bleibt nach seiner Entstehung vier Jahre lang erhalten. Das bedeutet, dass der Arbeitslose innerhalb dieser Frist auf eine nicht verbrauchte Anspruchsdauer zurückgreifen kann, falls durch eine neue Beschäftigung oder durch andere Versicherungszeiten nicht erneut die Anwartschaft erfüllt ist. Sind vier Jahre vergangen, kann der (Rest-)Anspruch nicht mehr geltend gemacht werden.

Die Anspruchsdauer ist aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich.

Anspruchsdauer:

Nach Versicherungspflichtverhältnissen mit einer Dauer von insgesamt mindestens ... Monaten	Nach Vollendung des ... Lebensjahres	... Monate/ ... Kalendertage
12		6/180
16		8/240
20		10/300
24		12/360
30	50.	15/450
36	55.	18/540
48	58.	24/720

Beispiel: Sie haben innerhalb der Rahmenfrist 16 Monate gearbeitet. Sie haben Anspruch auf 240 Kalendertage Arbeitslosengeld.

Erfüllen Sie die Voraussetzung für die „kurze“ Anwartschaft, gilt für Sie folgende Anspruchsdauer:

Nach Versicherungspflichtverhältnissen mit einer Dauer von insgesamt mindestens ... Monaten	... Monate/ ... Kalendertage
6	3/90
8	4/120
10	5/150

Für diese „kurze“ Anwartschaftszeit werden nur Versicherungspflichtverhältnisse berücksichtigt, die innerhalb von zwei Jahren vor Entstehung des Anspruches auf Arbeitslosengeld zurückgelegt worden sind. Wurde in den letzten 5 Jahren schon einmal ein Anspruch auf Arbeitslosengeld erworben und die Anspruchsdauer nicht voll ausgeschöpft, dann erhöht sich der neu erworbene Anspruch um diesen unverbrauchten Rest, maximal bis auf

die Höchstdauer für das jeweilige Lebensalter (also unter 50 Jahren bis auf 360, ab 50 Jahren bis auf 450, ab 55 Jahren bis auf 540 und ab 58 Jahren bis auf 720 Kalendertage).

39. Habe ich Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn ich selbst kündige?

Wenn der Arbeitnehmer die Arbeit selbst ohne wichtigen Grund kündigt, oder wenn der Arbeitnehmer durch sein Verhalten dem Arbeitgeber Anlass für die Kündigung gegeben hat, dann tritt eine Sperrzeit der Agentur für Arbeit ein. Diese beträgt 12 Wochen. Die Sperrzeit tritt nicht ein, wenn der Arbeitnehmer für sein Verhalten einen wichtigen Grund angeben kann.

40. Was versteht man unter Ruhen des Arbeitslosengeldes?

Vom Ruhen des Leistungsbezuges wird dann gesprochen, wenn der Arbeitslose trotz zuerkannten Anspruchs die Leistung nicht ausbezahlt bekommt. Die zuerkannte Bezugsdauer wird dadurch nicht gekürzt; nach dem Ruhen kann der gesamte (Rest-)Anspruch bezogen werden.

Ruhegründe können sein:

- der Bezug von Krankengeld
- die Bezahlung von ausstehenden Urlaubsansprüchen
- das Verhängen einer Sperrzeit (in der Regel 12 Wochen)
- die Zahlung einer Abfindung

41. Darf ich als Bezieher von Arbeitslosengeld etwas dazuverdienen?

Wenn Sie während eines Bezuges von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung einer Beschäftigung nachgehen, müssen Sie dies der Agentur für Arbeit melden. Mehr als 15

Stunden in der Woche dürfen Sie während Ihrer Arbeitslosigkeit nicht arbeiten. Der Zuverdienst darf 165 € im Monat nicht übersteigen. Alles, was darüber hinaus geht, wird vom Arbeitslosengeld abgezogen.

42. Gibt es den Fortbezug von Arbeitslosengeld nach Unterbrechung durch Krankenstand?

Ja. Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit zahlt die Agentur für Arbeit die Leistungen zunächst für 6 Wochen weiter. Dadurch verlängert sich die Bezugszeit nicht. Die Arbeitsunfähigkeit muss unverzüglich mitgeteilt werden und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung spätestens am 3. Tag vorliegen. Wenn die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen länger als 6 Wochen andauert, wird ab der 7. Woche Krankengeld gezahlt und der Arbeitslosengeldbezug verlängert sich.

43. Geht der Anspruch auf Arbeitslosengeld verloren, wenn ich eine neue Beschäftigung finde?

Nein. Bei Arbeitsaufnahme ruht der Anspruch. Bei erneuter Arbeitslosigkeit lebt der alte Anspruch wieder auf. Einen neuen Anspruch auf Arbeitslosengeld erwerben Sie nach einer pflichtversicherten Tätigkeit von 12 Monaten.

44. Was ist Hartz IV?

Hartz IV ist eine Sozialleistung. Die offizielle Bezeichnung lautet „Grundsicherung für Arbeitssuchende.“ Die Höhe dieser Sozialleistung richtet sich in seiner Höhe an dem Bedarf aus. Der Regelsatz beträgt aktuell 391 €.

45. Was sind die Voraussetzungen für den Bezug von Hartz IV?

Um einen Hartz IV-Antrag stellen zu können, müssen Sie eine erwerbsfähige hilfebedürftige

Person sein. Das heißt, Sie haben keinen Job, bekommen kein Geld und haben auch kein Geld, sind aber in der Lage zu arbeiten. Geld gibt es nur für Menschen zwischen dem 15. und 65. Lebensjahr. Der Aufenthaltsort muss Deutschland sein. Alle Mitglieder, die mit dem Antragsteller in einer sogenannten Bedarfsgemeinschaft zusammenleben, können ebenfalls Leistungen bekommen.

46. Wie bemisst sich Hartz IV?

Bedarf	Euro	Gesetz
Regelbedarf für Volljährige/ Alleinerziehende	391 €	§20 Abs. 2 SGB II
volljährige Partner innerhalb einer Bedarfsgemeinschaft	353 €	§20 Abs. 3 SGB II
unter 25-jährige im Haushalt der Eltern lebend	313 €	§20 Abs. 2 S. 2 SGB II
Kinder 0 bis 5 Jahre	229 €	§28 Abs. 1 Nr. 1 SGB II
Kinder von 6 bis 13 Jahren	261 €	§74 SGB II
Kinder von 14 bis 17 Jahren	296 €	§28 Abs. 1 Nr. 2 SGB II

47. Welche vermittelte Beschäftigung ist zumutbar?

Dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ist jede Arbeit zumutbar, es sei denn,

- er ist zu der bestimmten Arbeit körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage
- die Ausübung der Arbeit würde ihm die künftige Ausübung seiner bisherigen überwiegenden Arbeit wesentlich erschweren, weil die bisherige Tätigkeit besondere körperliche Anforderungen stellt.

Wegzeit:

Die zumutbare tägliche Wegzeit zur Arbeit beträgt für Hin- und Rückfahrt 2 Stunden.

Auch bei Beschäftigungen unter 6 Stunden gelten 2 Stunden Fahrzeit als obere Grenze.

Sonderregelungen für kranke

Hartz IV-Empfänger:

Behinderte Hartz IV-Empfänger, die an einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) teilnehmen oder Hilfen zur Schulbildung / Ausbildung bekommen, erhalten 35% Mehrbedarf.

Kranke, die aus medizinischen Gründen voll erwerbsunfähig sind und das Merkzeichen G in ihrem Schwerbehindertenausweis haben, erhalten einen Mehrbedarf von 17% der Regelleistung.

48. Was ist eine Altersrente bzw. eine vorzeitige Altersrente?

Versicherte haben Anspruch auf Altersrente, wenn sie das 67. Lebensjahr vollendet und eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Dabei ist eine vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente nach Vollendung des 63. Lebensjahres unter Inkaufnahme von Rentenabschlägen in Höhe von 0,3% für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme möglich. Für Versicherte, die vor dem 01. Januar 1949 geboren sind, liegt die maßgebliche Altersgrenze noch bei 65 Jahren. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1948, aber vor dem 01. Januar 1964 geboren sind, wird die maßgebliche Altersgrenze je nach Geburtsdatum schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben.

49. Kann ich eine Rente beziehen, wenn ich durch eine Krebserkrankung berufs- oder erwerbsunfähig bin?

Ja. Die Berufsunfähigkeitsrente bleibt für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, abgesichert. Alle Berufstätigen, die nach 1961 geboren sind, können eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Für die Berufsunfähigkeit muss das Leistungsvermögen in dem erlernten bzw. auf Dauer ausgeübten Beruf aufgrund von Krankheit oder Behinderung gegenüber einer gesunden Vergleichsperson auf weniger als 6 Stunden gesunken sein. Der Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ist nur dann zu prüfen, wenn eine Leistungsminderung im bisherigen Beruf auf weniger als 6 Stunden attestiert wird, im Übr-

gen aber eine mindestens 6-stündige Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes vorliegt. Kann der bisherige Beruf oder eine andere zumutbare Tätigkeit noch mindestens 6 Stunden täglich ausgeübt werden, liegt eine Berufsunfähigkeit nicht vor.

50. Wie stelle ich einen Antrag auf Rente?

Der Anspruch auf Rente kann nur über einen Antrag und ärztliche Gutachten beim zuständigen Rentenversicherungsträger geltend gemacht werden.

51. Wie lange kann ich Erwerbsminderungsrente beziehen?

Generell besteht die Gewährung auf Erwerbsminderungsrente höchstens 3 Jahre in Folge, allerdings gibt es die Option auf Verlängerung, sollte sich der Gesundheitszustand laut ärztlichem Befund nicht verbessert haben. Ab einem Bezug über eine Dauer von 9 Jahren geht die Erwerbsminderungsrente nahtlos in eine unbefristete Rente über. Sollte allerdings frühzeitig feststehen, dass keine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist, kann der Antrag auf unbefristete Rente vorzeitig gestellt werden.

52. Darf ich als Bezieher einer Erwerbsminderungsrente etwas dazuverdienen?

Wer eine Erwerbsminderungsrente in voller Höhe bezieht, darf grundsätzlich 450 € dazuverdienen, ohne dass der Rentenanspruch gekürzt wird. Der Bezieher der Rente sollte sich jedoch vor Aufnahme einer Erwerbstätig-

keit beim zuständigen Rentenversicherungsträger informieren.

53. Meine Erwerbsminderungsrente wurde abgelehnt, was muss ich beachten? Brauche ich einen Anwalt?

Wird die Erwerbsminderungsrente ganz oder teilweise abgelehnt, kann bei der zuständigen Behörde Widerspruch gegen die Ablehnung eingelegt werden. Der Widerspruch muss spätestens einen Monat nach Zustellung des Ablehnungsbescheides bei der Behörde eingegangen sein. Es reicht eine schriftliche

Mitteilung, gegen welchen Bescheid Widerspruch eingelegt wird und das widersprochen wird. Eine Begründung ist nicht zwingend erforderlich, aber natürlich sinnvoll. Sie kann in jedem Fall auch nachgereicht werden. Die zuständigen Behörden müssen in ihren Ablehnungsbescheiden keine Begründungen angeben. Nach einer Ablehnung des Widerspruchs bleibt binnen Monatsfrist nur die Möglichkeit der Klage beim Sozialgericht. Sie müssen keinen Rechtsanwalt einschalten, sondern können den Rechtsstreit auch selber führen.

54. Was ist Rehabilitation?

Unter Rehabilitation (Reha) versteht man gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation und der internationalen Arbeitsorganisation „... die Summe jener aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und/oder seelisch Behinderte bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden“. Die Aufgaben der Rehabilitation wurden den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Agentur für Arbeit, dem Job-Center und den Trägern der Jugendhilfe übertragen. Die Krankenversicherungsträger führen nur die medizinische Rehabilitation im Anschluss an die Krankenbehandlung durch. Dadurch soll der Erfolg der Krankenbehandlung gesichert und die Folgen der Krankheit erleichtert werden. Die Krankenversicherungsträger sind zuständig für Pflichtversicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige.

Die Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger führen die medizinische und berufliche Rehabilitation durch. Die Unfallversicherung ist für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation von Menschen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit zuständig. Die Rentenversicherungsträger führen die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation für Versicherte durch.

55. Welche Leistungen erhalte ich während der beruflichen Rehabilitation?

Es führen ausschließlich die Rentenversicherungsträger, die Agentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Berufsgenossenschaften die berufliche Rehabilitation durch. Die berufliche Rehabilitation umfasst:

- berufliche Weiterbildung
- berufliche Umschulung
- Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes
- Arbeitsplatzausstattung
- Arbeiterprobung
- sonstige Hilfen

56. Welche Leistungen kann ich als medizinische Rehabilitation bekommen und wie oft können diese gewährt werden?

Die medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Medizinische Rehabilitation wird ambulant oder stationär erbracht. Zur medizinischen Rehabilitation zählen z. B.

- Anschlussheilbehandlung (nach Krankenhausaufenthalt)
- Kinderheilbehandlung
- medizinische Rehabilitation für Mütter u. Väter
- familienorientierte Rehabilitation
- onkologische Nachsorgeleistungen
- Frühförderung behinderter Kinder
- sozialmedizinische Nachsorge (für Kinder bis 14 Jahre)
- Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke
- stufenweise Wiedereingliederung
- geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation können auch viele Leistungen erbracht werden, z. B. Krankenbehandlung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel oder Hilfsmittel.

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten für die medizinische Reha. Wird eine medizinische Rehamaßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse der Kostenträger. Eine Rehamaßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbstätigkeit wird in der Regel vom Rentenversicherungsträger finanziert. Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer medizinischen Reha erfüllt sein:

- Die Rehamaßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Rehamaßnahme muss vom Arzt verordnet sein und vom Kostenträger vorher genehmigt werden.

Zwischen zwei bezuschussten Rehamaßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden. Der Rentenversicherungsträger genehmigt medizinische Rehamaßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

57. Wie komme ich als Krebspatient zu einer Rehabilitationsmaßnahme und entstehen dadurch für mich Kosten?

Die Antragstellung zur Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik erfolgt über den behandelnden Arzt. Das Antragsformular muss komplett ausgefüllt sein. Unter Angabe einer ausführlichen Diagnose sollte der Antrag grundsätzlich beim zuständigen Sozialversicherungsträger eingereicht werden. Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres müssen bei fast allen medizinischen Rehamaßnahmen 10 € Zuzahlung pro Tag leisten. Die Dauer der Zuzahlung ist abhängig von der Art der Leistung, von der Dauer der Leistung, vom Kostenträger und von bereits im selben Kalenderjahr anderweitig geleisteten Zuzahlungen.

Beispiele:

- Ist der Kostenträger die Krankenkasse, muss der Patient für ambulante und stationäre Rehamaßnahmen in der Regel zeitlich unbegrenzt zuzahlen, es sei denn, es gibt eine zusätzliche vertragliche Regelung. Dauert jedoch die ambulante Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen, ist die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt.
- Für stationäre medizinische Rehamaßnahmen des Rentenversicherungsträgers zahlt der Patient längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Rehamaßnahmen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

- Bei einer Anschlussheilbehandlung der Krankenkasse zahlt der Patient längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse und für eine Anschlussheilbehandlung an den Rentenversicherungsträger werden angerechnet.
- Bei einer Anschlussheilbehandlung des Rentenversicherungsträgers zahlt der Patient längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische RehaMaßnahmen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Der Versicherte sollte immer den Kostenträger der RehaMaßnahme über bereits im Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen informieren und klären, was davon berücksichtigt wird.

58. Bin ich während der Rehabilitationsmaßnahme wirtschaftlich abgesichert?

Die wirtschaftliche Absicherung ist sowohl bei der Durchführung einer medizinischen als auch bei der Durchführung einer beruflichen Rehabilitation gegeben. Je nach Verantwortlichkeit der Kostenträger wird bei einer medizinischen Rehabilitation Krankengeld gezahlt und bei einer beruflichen Rehabilitation, wie z. B. Umschulung, Weiterbildung, berufliche Aus- und Fortbildung, ein sogenanntes Übergangsgeld gezahlt.

59. Was ist eine Anschlussheilbehandlung?

Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Die Anschlussheilbehand-

lung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. Geht der Anschlussheilbehandlung eine Operation voraus, so muss sie spätestens zwei Wochen nach Entlassung aus der Akutklinik beginnen. Geht der Anschlussheilbehandlung eine Bestrahlungsbehandlung voraus, so muss sie spätestens sechs Wochen nach Bestrahlungsende beginnen. Beantragt wird sie durch das Krankenhaus, dort durch den behandelnden Krankenhausarzt oder den Sozialdienst. Bei ambulanter Vorbehandlung, z. B. Bestrahlung, erfolgt die Beantragung durch den behandelnden Strahlentherapeuten. Die stationäre Anschlussheilbehandlung dauert in der Regel drei Wochen und kann bei schweren Erkrankungen und nach Operationen (z. B. Krebs, Schlaganfall, Herzoperationen) sowie nach Unfällen durchgeführt werden. Kostenträger sind entweder die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkasse. Ebenso wie bei einem Krankenhausaufenthalt ist bei einer Anschlussheilbehandlung eine Zuzahlung von 10 € pro Tag zu leisten.

60. Was ist ein Kuraufenthalt und wie kann ich ihn als Krebspatient bekommen?

Eine Kurbehandlung dient der Festigung des Gesundheitszustandes. Eine „Kur“ liegt dann vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem auf Erfahrung basierenden Plan natürliche und ortsgebundene Heilfaktoren (z. B. Wasser, Luft, Wärme, Klima und Ruhe) angewendet werden, um die Gesundheit zu fördern. Bevor eine beantragte Kur durch einen Sozialleistungsträger bewilligt werden kann, ist grundsätzlich stets eine Überprüfung der Notwendigkeit der Maßnahme durch eine neutrale ärztliche Institution vorgeschrieben. Die Begutachtung erfolgt auf schriftlichem Wege. Eine Kur kann in der Regel alle drei Jahre beantragt werden.

61. Für welche Leistungen und anfallenden Kosten ist die Krankenkasse zuständig?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind vorgeschrieben. Es ist immer wichtig, sich vor einer Behandlung über die anfallenden Kosten zu informieren. So erstellt z. B. der Zahnarzt einen Behandlungsplan, in dem auch die Kosten aufgeführt sind. Dieser wird bei der Krankenkasse eingereicht und sie teilt dann mit, in welcher Höhe die Kosten getragen werden und welche Mehrkosten vom Patienten zu tragen sind. Die Wahl des Arztes oder Zahnarztes steht jedem Patienten frei. Er kann unter allen niedergelassenen Ärzten wählen. Die Krankenkasse übernimmt keine Kosten für den Heilpraktiker. Wird eine Behandlung beim Zahnarzt nötig, so werden in der Regel für Füllungen nur die Kosten für Amalgamfüllungen getragen. Beim Zahnersatz zahlt die Krankenkasse einen befundbezogenen Zuschuss, das heißt, es werden etwa 50% vom Rechnungsbetrag getragen, maximal 65% beim Nachweis regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen. Mehrkosten müssen selbst getragen werden. Kieferorthopädische Behandlungen müssen ebenfalls selbst getragen werden, wenn der Patient älter als 18 Jahre alt ist. Eine Ausnahme bilden die Indikationsgruppen 3, 4 und 5. Hier handelt es sich um sehr ausgeprägte Zahnfehlstellungen, die aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung erforderlich machen.

Die Kosten für psychotherapeutische Sitzungen werden je nach Schwere der Erkrankung bis zu einer bestimmten Anzahl getragen. Schwangere und Mütter sind in Bezug auf die

Betreuung und Nachsorge durch Ärzte und Hebammen abgesichert. Kann kein anderes Familienmitglied eine Pflege übernehmen, so kommt die Krankenkasse für die häusliche Pflege auf, die aber von einem Arzt verordnet werden muss. Hierbei wird in Grund- und Behandlungspflege unterschieden. Übernommen werden die Kosten für die Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus. Das schließt neben den reinen Behandlungskosten auch die Kosten für Arzneien, Hilfs- und Heilmittel mit ein. Die Kosten für Heilkuren werden alle vier Jahre übernommen, der Aufenthalt ist auf drei Wochen begrenzt. Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren werden von der Krankenkasse getragen. Für den Aufenthalt in einem Hospiz wird ein Zuschuss gezahlt. Beratungen zu Verhütung, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch sowie Vorsorgeleistungen für Schwangere und Neugeborene werden von der Krankenkasse getragen, ebenso wie Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt und Vorsorgekuren. Um Krankheiten früh erkennen zu können, übernimmt die Krankenkasse die Kosten, die für Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen entstehen, sowie die Kosten für Untersuchungen, die erst ab einem bestimmten Alter durchgeführt werden. Dazu gehören z. B. Untersuchungen auf Krebs oder Diabetes. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel bzw. Medikamente. Dabei legt sie einen Höchstbetrag pro Medikament fest. Kosten, die darüber hinausgehen, müssen vom Patienten selbst getragen werden. Auch Heilmittel müssen von einem Arzt verordnet werden und in der Heilmittel-Richtlinie aufgeführt sein, damit die Krankenkasse die Kosten trägt.

Für Hilfsmittel werden Festbeträge gezahlt.
Mehrkosten müssen vom Patienten getragen
werden. Fahrtkosten zu ambulanten

Behandlungen werden getragen, etwa bei
einer notwendigen Dialyse, bei schweren
Behinderungen oder bei einer Chemotherapie.

62. Durch Operation und Therapie fühle ich mich so geschwächt, dass ich nur mit Mühe meinen Haushalt bewältigen kann. Habe ich Anspruch auf eine Pflegestufe?

Die Pflegestufe entscheidet darüber, in welchem Umfang jemand Leistungen von der Pflegeversicherung erhält. Die Einstufung erfolgt in der Regel durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Die Pflegestufe richtet sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen und dem Zeitaufwand, den die Pflege in Anspruch nimmt. Berücksichtigt wird der Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Dazu zählen die Grundpflege sowie der Aufwand für die hauswirtschaftlichen Versorgungen. Die Grundpflege beinhaltet Hilfen bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Folgende Hilfestellungen gehören dazu:

- **Körperpflege:**
Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Blasen- und Darm-entleerung
- **Ernährung:**
mundgerechtes Zubereiten oder Anreichen der Nahrung
- **Mobilität:**
selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (z. B. Arztbesuche, Behördengänge, nicht aber für Spaziergänge)
- **hauswirtschaftliche Versorgung:**
Einkaufen, Kochen, Putzen der Wohnung, Spülen, Wechseln der Wäsche

Für jede einzelne Tätigkeit gibt es einen bestimmten Zeitbedarf. Daraus wird dann der gesamte Pflegeaufwand berechnet.

Es wird in drei Pflegestufen unterschieden:

Pflegestufe 1 – erheblich Pflegebedürftige

Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 1,5 Stunden betragen. Auf die Grundpflege müssen dabei mehr als 45 Minuten täglich entfallen.

Pflegestufe 2 – Schwerpflegebedürftige

Der zeitliche Aufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe 3 – Schwerstpflegebedürftige

Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens fünf Stunden betragen. Der Anteil an der Grundpflege muss dabei mindestens vier Stunden betragen.

Leistungen:

Je nach Pflegestufe gibt es unterschiedliche Leistungsansprüche. Wird der Pflegebedürftige zu Hause gepflegt, besteht die Wahl zwischen den sogenannten Geld- und Sachleistungen. Pflegegeld kann erhalten werden, wenn Angehörige oder eine selbst ausgewählte Pflegeperson die Pflege komplett übernehmen. Sachleistungen können in Anspruch genommen werden, wenn ein profes-

sioneller Pflegedienst mit der Pflege betraut ist. Dieser stellt Ihnen eine Rechnung aus, die Sie bis zum jeweiligen Höchstbetrag erstattet bekommen.

63. Kommen bei mir als Krebspatientin besondere Voraussetzungen für die Bewilligung der Pflegestufe zum Tragen?

Nein. Für Krebspatienten sind keine „besonderen“ Voraussetzungen vorgesehen. Jede Person hat Anspruch auf eine Pflege, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Einstufung erfolgt unter Zugrundelegung einer ärztlichen Begutachtung durch den zuständigen Leistungsträger.

64. Wie hoch ist das monatliche Pflegegeld?

Jeder Pflegebedürftige hat das Recht, selbst zu entscheiden, von wem er gepflegt werden möchte. Wählt der Pflegebedürftige statt Leistungen durch professionelle Dienste die Pflege durch Angehörige, hat er Anspruch auf Pflegegeld, welches er als finanzielle Anerkennung an die pflegenden Angehörigen weitergeben kann.

Alle in der folgenden Tabelle angegeben Summen sind maximale Beträge. Wer darüber hinaus noch Geld benötigt, muss dies privat aufbringen.

Das Pflegegeld ist nach Pflegestufen gestaffelt:

- Pflegestufe I: 235,- Euro/Monat
- Pflegestufe II: 440,- Euro/Monat
- Pflegestufe III: 700,- Euro/Monat

Bei Inanspruchnahme von Sachleistungen eines professionellen Pflegedienstes beträgt das monatliche Pflegegeld:

- Pflegestufe I: 665,- Euro/Monat
- Pflegestufe II: 1.100,- Euro/Monat
- Pflegestufe III: 1.550,- Euro/Monat

Vollstationäre Leistung:

- Pflegestufe III: 1.550,- €/Monat
- Pflegestufe III Härtefall: 1.918,- €

65. Welche mobilen Hilfen kann ich zur Unterstützung für die Pflege zu Hause organisieren?

Die meisten freien Wohlfahrtsverbände verfügen über mobile Dienstleistungen für die Pflege und Betreuung zu Hause. Es gibt aber auch die Möglichkeit, einen privaten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.

Beratung rund um das Thema „Pflege und Betreuung“ bietet der Pflegestützpunkt, eine örtliche Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Neutral und kostenlos helfen Fachleute den Betroffenen, sich zu orientieren und die richtige Auswahl zu treffen, die zu der jeweiligen Lebenssituation passt.

66. Welche weiteren Hilfen zur Unterstützung der „Pflege zu Hause“ kann ich in Anspruch nehmen?

- **Familienhilfe:** halb- oder ganztägige Hilfestellung im Alltag für Familien, in denen die haushaltsführende Person durch Erkrankung vorübergehend ausfällt. Familienhilfe wird in der Regel durch ausgebildete Familienhelfer durchgeführt.
- **Notruftelefon:** Großtastentelefone mit Alarmfunktion und Armbänder zum Auslösen von Notrufen.
- **Besuchsdienst:** Partner für Gespräche, zum Vorlesen, zum Begleiten zu Veranstaltungen, bei Erledigungen.

- **Betreuung bei Studium und Beruf:**

Behinderte, die in ihrer Bewegungsmöglichkeit so stark eingeschränkt sind, dass sie ständig die Hilfe anderer benötigen, können durch dieses Angebot zu Hause rund um die Uhr betreut werden.

- **Menübringdienst:** besser bekannt als „Essen auf Rädern“. Anbieter sind meistens

die freien Wohlfahrtsverbände. Die Mahlzeiten kosten in der Regel - je nach Anbieter, Service und Speisen - zwischen 2,30 Euro und 10,- Euro. Bedürftige, deren Gesundheit es nicht zulässt, sich regelmäßig selbst zu versorgen, haben laut Sozialgesetzbuch Anrecht auf finanzielle Unterstützung.

67. Wie gestaltet sich berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)?

Die berufliche Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die es einem Menschen nach überstandener Erkrankung oder mit einer gesundheitlichen Einschränkung oder Behinderung ermöglichen sollen, wieder am Arbeitsleben teilzunehmen. Wer eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen musste, hat nach Abschluss der Reha-Maßnahme im Idealfall seine ursprüngliche körperliche Verfassung wiedererlangt und kann wieder in seinen ursprünglichen Beruf bzw. an seinen ursprünglichen Arbeitsplatz zurückkehren. Besteht jedoch weiterhin eine gesundheitliche Einschränkung, die auf absehbare Zeit vollständig abklingen wird, kann eine stufenweise Eingliederung erfolgen. Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben und erhält entsprechende Lohnersatzleistungen (Kranken- oder Übergangsgeld). Der Arbeitgeber muss dieser Maßnahme zustimmen. Die stufenweise Eingliederung erfolgt in erster Linie aus therapeutischen Gründen. Sie hat den Zweck der Erprobung der Leistungsfähigkeit des arbeitsunfähigen Versicherten an seinem bisherigen Arbeitsplatz. Dabei soll erreicht werden, dass sich der Betroffene schneller und besser wieder in seinem Berufsalltag zurechtfindet.

Für die berufliche Integration von Menschen mit Behinderung stehen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zahlreiche

Förderungen, Hilfen und Unterstützungen zur Verfügung, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in Anspruch genommen werden können, um einen Arbeitsplatz für Behinderte zu erhalten und behindertengerecht zu gestalten. Auskünfte zu den jeweiligen Leistungen geben die für Sie zuständigen Sozialversicherungsträger, z. B. die Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, gesetzliche Unfallversicherungen usw. Diese sind im gegebenen Fall die Kostenträger.

68. Habe ich die Möglichkeit einer beruflichen Veränderung?

Menschen mit Behinderung oder Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen ihren ursprünglichen Beruf nicht mehr ausüben können, haben die Möglichkeit, neben zahlreichen Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, einen neuen Beruf in einem Betrieb, bei einer der vielen Weiterbildungseinrichtungen oder in einem Berufsförderungswerk zu erlernen. Die Umschulung erfolgt normalerweise in anerkannten Ausbildungsberufen und dauert in der Regel zwei Jahre.

Wenn bei einem Betroffenen eine berufliche Rehabilitation ansteht, besteht für die Zeit, in der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch genommen werden, in der Regel ein Anspruch auf Übergangsgeld. Die Berechnungsgrundlage darf bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einen bestimmten Mindestbetrag nicht unterschreiten. Dieser Mindestbetrag ergibt sich aus dem tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsentgelt, das der Betroffene ohne gesundheitliche Einschränkungen

gen hätten erzielen können. Das Übergangsgeld für die Zeit der beruflichen Rehabilitation muss beim zuständigen Kostenträger beantragt werden und wird gezahlt, wenn kein Anspruch mehr auf Entgeltfortzahlungen (z. B. Krankengeld) besteht. Wenn der Betroffene Übergangsgeld erhält, bleibt in der Regel ein zuvor bestehender Versicherungsschutz in der gesetzlichen

- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Rentenversicherung

bestehen. Die Beiträge zur Sozialversicherung werden, solange die berufliche Rehabilitation

andauert, in der Regel vom zuständigen Kostenträger übernommen. Während dieser Zeit besteht für den Betroffenen ebenfalls Unfallversicherungsschutz für den Fall, dass sich im Zusammenhang mit der Leistung ein Arbeits- oder Wegeunfall ereignen sollte. Reisekosten und Fahrtkosten, die während einer beruflichen Rehabilitation entstehen, übernimmt der zuständige Kostenträger. Erstattet werden grundsätzlich die Reisekosten für die Fahrt zwischen dem Wohnort und der Rehabilitations-Einrichtung. Die Höhe der Erstattung orientiert sich an den Tarifen öffentlicher Verkehrsmittel.

Impressum:

Herausgeber, Redaktion:

Else-Cremer-Stiftung

Meedlandsreihe 34 • 26605 Aurich

Telefon 04941 180524

info@else-cremer-stiftung.de

beratungsstelle@krebs-und-beruf.de

www.psychoonkologie-weser-ems.de

Druck und Design:

Druckerei Meyer GmbH

Kornkamp 25 • 26605 Aurich

www.druckereimeyer.de

Haftungsausschluss

Die Else-Cremer-Stiftung übernimmt keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität oder Qualität jeglicher von ihr erteilten Auskünfte, jeglichen von ihr erteilten Rates und jeglicher von ihr zur Verfügung gestellter Informationen. Eine Haftung für Schäden, die durch Rat, Information und Auskunft der Else-Cremer-Stiftung verursacht wurden, ist ausgeschlossen.

