



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Deutschland

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	4
Allgemeines	4
Organisation der sozialen Sicherheit.....	5
Finanzierung	7
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	9
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	9
Abgedeckte Leistungen.....	9
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit.....	12
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	13
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit.....	13
Abgedeckte Leistungen.....	13
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	13
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	15
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	15
Abgedeckte Leistungen.....	15
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft.....	15
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	16
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	16
Abgedeckte Leistungen.....	17
Bezug von Leistungen bei Invalidität	17
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	18
Anspruch auf Altersrente	18
Abgedeckte Leistungen.....	19
Bezug von Altersrenten	19
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	20
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	20
Abgedeckte Leistungen.....	20
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	21
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	22
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	22
Abgedeckte Leistungen.....	22
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	24
Kapitel IX: Familienleistungen	25
Anspruch auf Familienleistungen.....	25
Abgedeckte Leistungen.....	26
Bezug von Familienleistungen.....	26
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit.....	28
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	28
Abgedeckte Leistungen.....	29
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	30
Kapitel XI: Mindestsicherung	31
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	31
Abgedeckte Leistungen.....	31
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung.....	32
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	33
Abgedeckte Leistungen.....	34
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	35
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	36

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

In Deutschland gibt es fünf gesetzliche Zweige der Sozialversicherung: Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung. Dieser Abschnitt enthält zu den einzelnen Zweigen Informationen über die Versicherungsträger, die Versicherten sowie die Melde- und Beitragsverfahren.

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die Handwerkerversicherung und die Künstlersozialversicherung (für Künstler und Publizisten) wurden nicht in diesen Leitfaden aufgenommen. Wenn Sie Auskünfte zu diesen Themen benötigen, wenden Sie sich bitte an die zuständigen Versicherungsträger.

Für die Beziehungen mit anderen EU-Mitgliedstaaten im Bereich der sozialen Sicherheit haben die Versicherungsträger Verbindungsstellen geschaffen. Wenn Sie Probleme oder Fragen im Zusammenhang mit der sozialen Sicherheit in Deutschland oder einem oder mehreren anderen Mitgliedstaaten haben, können Sie sich an die [zuständige Verbindungsstelle](#) wenden.

Das gesetzliche Altersvorsorgesystem in Deutschland umfasst die gesetzliche Rentenversicherung, die Beamtenversorgung, die berufsständischen Versorgungswerke und die Alterssicherung der Landwirte. Alle abhängig Beschäftigten sind in einem dieser öffentlich-rechtlichen Pflichtsysteme der Alterssicherung abgesichert, darüber hinaus bestimmte Gruppen von Selbstständigen (die Landwirte, Angehörige verkammerter Berufe und ein spezifischer Katalog von Selbstständigen in der gesetzlichen Rentenversicherung). Grundsätzlich unterliegen Selbstständige keiner Altersvorsorgepflicht. Sie können sich jedoch auf Antrag in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichern oder freiwillig versichern. Geringfügig entlohnte Beschäftigte, die ihre Beschäftigung nach dem 31.12.2012 aufgenommen haben, unterliegen - wie alle anderen Beschäftigten auch - der Rentenversicherungspflicht. Sie können sich jedoch von der Versicherungspflicht befreien lassen. Von der Versicherungspflicht ausgenommen sind geringfügig Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt von bis zu € 450 monatlich sowie kurzfristig Beschäftigte mit nicht mehr als zwei Monaten bzw. 50 Arbeitstagen im Kalenderjahr.

In der Arbeitslosenversicherung besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung auf Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit. Voraussetzung ist, dass die betreffende Person in den letzten 24 Monaten vor Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit 12 Monate lang versicherungspflichtig war oder Arbeitslosengeld bezogen hat. Auskunft und Beratung erhalten Sie bei Ihrer örtlichen Agentur für Arbeit.

Neben den bereits erwähnten Zweigen der sozialen Sicherheit gibt es noch die öffentliche Sozialhilfe, die Grundsicherung für Arbeitsuchende, im Alter und bei Erwerbsminderung, verschiedene Familienleistungen und Wohngeld.

Meldeverfahren

Sobald Sie Ihre Beschäftigung aufgenommen haben, unternimmt Ihr Arbeitgeber die nötigen Schritte zu Ihrer Anmeldung bei der Sozialversicherung. Zunächst werden Sie

bei der Krankenkasse angemeldet, die anschließend die Meldung an die Pflegeversicherung, den Rentenversicherungsträger und die Arbeitslosenversicherung weitergibt. Sie erhalten eine Versicherungsnummer, unter der Ihre Versicherungszeiten und Ihr beitragspflichtiges Arbeitsentgelt von Ihrem Rentenversicherungsträger registriert werden.

Bei Aufnahme der ersten Beschäftigung erhalten Sie vom Rentenversicherungsträger einen Sozialversicherungsausweis (SV-Ausweis). Dieser enthält den Familiennamen, Geburtsnamen, Vornamen und Ihre Versicherungsnummer. Bei bestimmten Berufen (z. B. im Baugewerbe) müssen Sie Ihre Ausweispapiere (Reisepass, Personalausweis) bei der Arbeit mitführen. Ihr Arbeitgeber informiert Sie darüber.

Jede Person, an die eine Versicherungsnummer neu vergeben wird, erhält umgehend Nachricht darüber, welcher Rentenversicherungsträger für sie zuständig ist. Selbstständige müssen sich bei der zuständigen Krankenkasse selbst anmelden.

Organisation der sozialen Sicherheit

Gesetzliche Rentenversicherung

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung wird von 134 Krankenkassen durchgeführt, die entweder regional (z. B. Ortskrankenkassen) oder bundesweit (z. B. Ersatzkassen) organisiert sind und die von fast allen Versicherten – unabhängig von Berufs- oder Betriebszugehörigkeit – frei gewählt werden können (Ausnahme: landwirtschaftliche Krankenkasse). Bis auf einige Sondergruppen (z. B. Beamte, Richter, Soldaten) sind alle Arbeitnehmer pflichtversichert, es sei denn, das Arbeitsentgelt liegt in einem Jahr über der Versicherungspflichtgrenze. Für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse gelten besondere Regelungen. Die Krankenkassen verwalten den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für alle Sozialversicherungszweige.

Gesetzliche Pflegeversicherung

Jeder Krankenkasse ist organisatorisch eine Pflegekasse angeschlossen, die eigenständig für die Leistungsgewährung bei Pflegebedürftigkeit zuständig ist. Alle Personen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, sind bei dieser auch pflegeversichert. Wenn Sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert sind, müssen Sie dort eine entsprechende private Pflegeversicherung abschließen. (Der Abschluss von freiwilligen Pflegezusatzversicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen ist daneben auch möglich.)

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung wird von den nach Branchen gegliederten gewerblichen und landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften) sowie von den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand durchgeführt.

Gesetzliche Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung ist eine Pflichtversicherung und wird von der Bundesagentur für Arbeit (BA) durchgeführt. Die BA gliedert sich in die Zentrale, die Regionaldirektionen und die Agenturen für Arbeit. Die Arbeitslosenversicherung tritt kraft Gesetzes ein und erfasst alle Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte, Auszubildende und jugendliche Behinderte).

Leistungen der sozialen Entschädigung

Die Soziale Entschädigung ist ein eigenes, steuerfinanziertes System, dessen Leistungen über die der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland hinausgehen. Sie soll helfen, die gesundheitlichen und die oft auch damit verbundenen wirtschaftlichen Folgen eines gesundheitlichen Schadens, für dessen Folgen die Gemeinschaft in besonderer Weise einzustehen hat, zu beseitigen oder zu verbessern und finanziell abzumildern. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Hinterbliebene eine Versorgung beanspruchen. Die Leistungen der Sozialen Entschädigung richten sich nach dem Bundesversorgungsgesetz, das ursprünglich für die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen des Zweiten Weltkriegs geschaffen wurde, jedoch inzwischen auch für andere Personengruppen wie z. B. Opfer von Gewalttaten, Wehrdienstbeschädigte, Zivildienstbeschädigte, Impfgeschädigte oder Opfer staatlichen Unrechts in der DDR und deren jeweilige Hinterbliebene gilt.

Die Leistungen bemessen sich nach Umfang und Schwere der Schädigungsfolgen sowie dem jeweiligen Bedarf und setzen sich aus mehreren Einzelleistungen zusammen (Geld- und Sachleistungen). Grundsätzlich lassen sich die Leistungen in Versorgungsleistungen und fürsorgerische Leistungen unterteilen. Die Versorgungsleistungen umfassen insbesondere die Heil- und Krankenbehandlung sowie die Rentenleistungen. Die Rentenleistungen dienen dem Ausgleich des durch die Schädigung verursachten Mehraufwandes und haben vorrangig einen ideellen Charakter. Unter anderem können eine Grundrente, eine Schwerstbeschädigtenzulage oder eine Pflegezulage gezahlt werden.

Die Fürsorgeleistungen ergänzen die Entschädigungsleistungen der Versorgung. Die wichtigsten Leistungen umfassen die Hilfen in besonderen Lebenslagen, die Hilfe zur Pflege sowie die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt. Wenn der Bedarf nicht ausschließlich durch die Schädigung verursacht wurde, sind die Fürsorgeleistungen abhängig vom Einkommen und Vermögen der Berechtigten.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass ein Anspruch nach der Sozialen Entschädigung auf medizinische Versorgung oder Rentenleistung von einer Versorgungsverwaltung anerkannt worden ist. Die Fürsorgeleistungen können dann bei einer Hauptfürsorgestelle oder einer örtlichen Fürsorgestelle beantragt werden.

Die oben genannten Leistungen werden in diesem Leitfaden nicht eingehender thematisiert.

Selbstverwaltung

Die einzelnen Zweige der Sozialversicherung werden durch die Versicherungsträger nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durchgeführt. Dazu werden bei den Versicherungsträgern Selbstverwaltungsorgane gebildet (Vertreterversammlungen und Vorstände bzw. Verwaltungsräte), die paritätisch mit Arbeitgebervertretern und Versichertenvertretern besetzt sind. Im Bereich der Arbeitslosenversicherung kommen Vertreter der öffentlichen Körperschaften als dritte Gruppe hinzu. Die Mitglieder der

Selbstverwaltungsorgane werden von den Arbeitgebern und den Versicherten turnusmäßig alle sechs Jahre gewählt.

Aufsicht

Die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger erfüllen ihre Aufgaben in eigener Verantwortung im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts. Hierbei unterliegen sie staatlicher Aufsicht. Die Aufsicht wird von Aufsichtsbehörden durchgeführt. Die bundesunmittelbaren Versicherungsträger, deren Zuständigkeit sich auf mehr als drei Bundesländer erstreckt, unterstehen grundsätzlich dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde. Die übrigen - landesunmittelbaren - Versicherungsträger unterstehen der Aufsicht des Bundeslandes, in dem jeweils ihr Sitz liegt. Ihr Versicherungsträger teilt Ihnen die für Sie maßgebliche Aufsichtsbehörde mit. Soweit die Deutsche Rentenversicherung Bund Grundsatz- und Querschnittsaufgaben wahrnimmt, führen grundsätzlich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und teilweise das Bundesversicherungsamt die Aufsicht.

Finanzierung

Das Sozialversicherungswesen finanziert sich aus Sozialversicherungsbeiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie aus allgemeinen Steuereinnahmen.

Als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer müssen Sie Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung entrichten. Die Höhe Ihres Beitrages beläuft sich bei einem gesetzlichen Versicherungsschutz auf einen bestimmten Prozentsatz Ihres Entgelts. Hiervon übernehmen Arbeitnehmer rd. 53% und Arbeitgeber 47% der Beiträge. Selbstständige hingegen tragen den vollen Beitrag zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung selbst. Die Beiträge zur Unfallversicherung werden allein vom Arbeitgeber gezahlt. Der Arbeitgeber einer geringfügig entlohnten Beschäftigung zahlt Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung und gemeinsam mit der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitnehmer Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung.

Für die Berechnung und Entrichtung der Beiträge ist Ihr Arbeitgeber verantwortlich. Er behält Ihren Beitragsanteil bei jeder Entgeltzahlung ein und zahlt den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (also den Beitrag zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) an die von Ihnen gewählte gesetzliche Krankenkasse als Einzugsstelle.

Der volle Beitrag zur Krankenversicherung beträgt derzeit 15,5% Ihres Arbeitsentgelts bis zur Höhe eines jährlich festzusetzenden Betrags (die jährliche Beitragsbemessungsgrenze liegt bei € 47.250). Davon werden 7,3% vom Arbeitgeber getragen. Soweit der Finanzbedarf der jeweiligen Krankenkasse durch diesen einkommensabhängigen Beitrag nicht gedeckt wird, kann sie einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung 2% Ihrer beitragspflichtigen Einnahmen, haben Sie Anspruch auf einen Sozialausgleich.

Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung beträgt 2,05%. Kinderlose Versicherte ab dem Jahrgang 1940 zahlen ab dem vollendeten 23. Lebensjahr zusätzlich einen Beitragszuschlag von 0,25%.

Die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung liegt im Jahr 2013 bei € 52.200.

Der volle Beitrag zur allgemeinen Rentenversicherung beläuft sich auf 18,90% des Arbeitsentgelts bis zur Höhe der jährlich festgesetzten Beitragsbemessungsgrenze (€ 69.600 jährlich in den alten Bundesländern und € 58.800 jährlich in den neuen Bundesländern). Die Hälfte des Beitrags wird grundsätzlich vom Arbeitgeber getragen.

Der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung beträgt 3,0% des Arbeitsentgelts bis zur Höhe der für die Arbeitslosenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Der Beitrag wird in der Regel je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Für das Kindergeld (das aus öffentlichen Mitteln finanziert wird) ist keine Beitragszahlung erforderlich.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall für die gesamte Wohnbevölkerung, die in der Regel über eine Versicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu erfüllen ist.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben alle Versicherten Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit, unabhängig davon, ob sie pflicht-, freiwillig oder familienversichert sind.

Zu den pflichtversicherten Mitgliedern in der GKV zählen insbesondere:

- gegen Entgelt beschäftigte Arbeitnehmer, Personen in betrieblicher Ausbildung einschließlich Praktikanten
- Rentner mit Erfüllung einer Vorversicherungszeit
- Bezieher von Arbeitslosengeld
- behinderte Menschen, die in geschützten Einrichtungen beschäftigt sind
- Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen
- Studenten staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen
- Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige
- Künstler und Publizisten
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (unter bestimmten Voraussetzungen).

Die Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung werden unter bestimmten Voraussetzungen in der beitragsfreien Familienversicherung mit abgesichert.

Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheiden, haben i.d.R. die Möglichkeit, sich als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterzuversichern.

Abgedeckte Leistungen

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Im Rahmen der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten haben Sie und Ihre Familienangehörigen das Recht auf folgende Vorsorgeuntersuchungen:

- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum Ende des 6. Lebensjahres sowie bis zum Ende des 10. Lebensjahres
- einmal jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, bei Frauen von Beginn des 20. und bei Männern von Beginn des 45.

- jedes zweite Jahr eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung insbesondere von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen oder Diabetes bei Versicherten ab Vollendung des 35. Lebensjahres.

Medizinische Versorgung

Während der Versicherungsdauer haben Sie und Ihre Familienangehörigen Anspruch auf Behandlung durch Allgemeinmediziner, Spezialärzte und Zahnärzte.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Arzneimittel werden vom Vertragsarzt verordnet und können in allen Apotheken bezogen werden. In der Regel beträgt die Selbstbeteiligung (Zuzahlung) für jedes Arzneimittel 10% des Verkaufspreises, jedoch mindestens € 5 und höchstens € 10; die Zuzahlung darf dabei nicht höher sein als der Preis des Arzneimittels. Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten und grippale Infekte einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, Mund- und Rachen therapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit müssen von Ihnen selbst bezahlt werden.

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Allerdings gibt es Ausnahmen von der Regel, dass die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht von der Krankenversicherung übernommen werden. Beispielsweise werden Arzneimittel für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen sowie solche Arzneimittel, die als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien berücksichtigt sind, (anteilig) übernommen.

Die Versicherten haben darüber hinaus Anspruch auf Versorgung mit verordnungsfähigen Heilmitteln (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, podologische Leistungen). Hierfür ist eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten zuzüglich € 10 für jede Verordnung zu leisten.

Die Krankenkasse übernimmt auch die Kosten für medizinisch notwendige Hörhilfen, Prothesen und andere Hilfsmittel in Höhe der vertraglich vereinbarten Preise, gegebenenfalls bis zur Höhe eines Festbetrags. Erwachsene Versicherte haben nur noch einen eingeschränkten Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln bedarf der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse, soweit diese nicht darauf verzichtet hat. Die Zuzahlung für Hilfsmittel beträgt 10% des Preises, mindestens € 5 und höchstens € 10, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel maximal € 10 für den gesamten Monatsbedarf an solchen Mitteln.

Zahnbehandlung

Die Krankenkassen leisten volle Kostenübernahme bei zahnmedizinisch notwendiger konservierender und chirurgischer Behandlung.

Bei kieferorthopädischen Behandlungen (Verhütung und Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen) leisten Versicherte einen Kostenanteil von 20%, der nach Abschluss der Behandlung von der Krankenkasse erstattet wird. Die Kostenübernahme einer notwendigen kieferorthopädischen Behandlung wird Versicherten bis zum 18. Lebensjahr –in bestimmten Ausnahmen auch darüber hinaus– gewährt.

Versicherte erhalten bei Zahnersatz und Zahnkronen einen befundbezogenen Festzuschuss von 50% der Kosten für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Regelversorgung. Der Festzuschuss erhöht sich durch den Nachweis regelmäßiger Vorsorge. Versicherte mit Einkommen unter einer bestimmten Grenze haben zusätzlich zu den Festzuschüssen einen Anspruch auf einen Betrag in gleicher Höhe und erhalten die medizinisch notwendige Regelversorgung kostenfrei. Darüber hinaus stellt die sog. gleitende Härtefallregelung sicher, dass Versicherte nicht unzumutbar belastet werden.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe

Wenn Sie die im Krankheitsfall erforderliche Pflege und Versorgung nicht durch eine in Ihrem Haushalt lebende Person erhalten können, erbringt die Krankenkasse zusätzlich zur ärztlichen Behandlung auch die häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte. Dieser Anspruch besteht jedoch nur, wenn eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich wäre, aber nicht durchführbar ist, oder wenn diese Behandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. In der Regel besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege für vier Wochen je Krankheitsfall.

In der Regel besteht der Anspruch auf Haushaltshilfe für vier Wochen je Krankheitsfall, wenn Sie wegen einer Erkrankung Ihren Haushalt nicht selbst führen können, sofern in Ihrem Haushalt ein Kind unter 12 Jahren bzw. ein behindertes Kind lebt, das im Haushalt von keiner anderen Person versorgt werden kann.

Die Krankenkassen müssen in ihren Satzungen vorsehen, dass häusliche Krankenpflege auch in weiteren Fällen (z.B. wenn kein unter 12jähriges Kind im Haushalt ist) erbracht wird, wenn der Versicherte wegen Krankheit die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist.

Krankenhausbehandlung

Sie haben Anspruch auf alle erforderlichen Krankenhausbehandlungen. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung muss von einem Arzt bescheinigt sein. Außer in dringenden Fällen muss die Übernahme der Kosten vorher bei der Krankenkasse beantragt werden. Für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr müssen Sie € 10 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts selbst zahlen.

Fahrkosten

Unter bestimmten Voraussetzungen können Fahrkosten, die notwendig werden, um eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, von der Krankenkasse ganz oder teilweise übernommen werden. Die Versicherten leisten einen Eigenanteil von 10% der Fahrtkosten, jedoch mindestens € 5 und höchstens € 10 pro Fahrt.

Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen werden grundsätzlich nicht übernommen.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Vor jeder ärztlichen Behandlung müssen Sie dem behandelnden Arzt Ihre Krankenversichertenkarte vorlegen. In dringenden Fällen behandelt der Arzt Sie auch ohne diese Karte, allerdings müssen Sie in der Regel spätestens innerhalb von 10 Tagen die Versichertenkarte vorlegen.

Die Behandlung erfolgt durch Vertragsärzte und Vertragszahnärzte – das sind mehr als 90% aller niedergelassenen Ärzte. Hier haben Sie die freie Arztwahl.

Ein Verzeichnis dieser Ärzte liegt bei Ihrer Krankenkasse aus.

Falls Ihr Arzt es für erforderlich hält, Sie an einen Spezialarzt, eine Poliklinik oder eine ähnliche Einrichtung zu überweisen, stellt er Ihnen einen Überweisungsschein aus.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Werden Sie als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer durch Krankheit arbeitsunfähig, haben Sie in Deutschland -unabhängig vom Umfang der wöchentlichen oder monatlich zu leistenden Arbeitszeit- Anspruch auf Weiterzahlung Ihres Arbeitsentgelts. Dieser Anspruch auf sogenannte Entgeltfortzahlung besteht aber erst, wenn Ihr Arbeitsverhältnis vier Wochen ununterbrochen bestanden hat.

Abgedeckte Leistungen

Bei unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit zahlt der Arbeitgeber in der Regel während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit Ihr Entgelt weiter.

Erkrankte Personen, deren Entgelt nicht oder nicht mehr vom Arbeitgeber gezahlt wird, haben Anspruch auf Krankengeld, das von der Krankenkasse gewährt wird. Es beträgt 70% des erzielten regelmäßigen Entgelts (Regelentgelts), höchstens jedoch 90% des erzielten regelmäßigen Nettoentgelts.

Das Krankengeld wird bis zum Ende der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit kann das Krankengeld jedoch höchstens für 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren gezahlt werden. Nach Ablauf des Dreijahreszeitraums kann unter bestimmten Voraussetzungen die Zahlung für einen weiteren Dreijahreszeitraum in Betracht kommen.

Der Bezug anderer Leistungen, wie etwa einer Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente oder auch ausländischer Leistungen, führt zum Wegfall oder zur Kürzung des Krankengeldes.

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Die Arbeitsunfähigkeit sowie ihre voraussichtliche Dauer sind dem Arbeitgeber unverzüglich anzuzeigen.

Dauert Ihre Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, so sind Sie verpflichtet, dem Arbeitgeber spätestens ab dem darauf folgenden Arbeitstag eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht grundsätzlich von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. In dieser ärztlichen Bescheinigung ist die voraussichtliche Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit vermerkt. Diese müssen Sie Ihrem Arbeitgeber vorlegen.

Vorladungen zu ärztlichen Untersuchungen müssen Sie pünktlich befolgen. Jedes Nichterscheinen ohne triftigen Grund kann zum Wegfall des Krankengeldes führen.

Wenn Sie andere Leistungen beziehen (etwa eine Rente) oder wenn Ihre Krankheit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist, müssen Sie Ihre Krankenkasse davon unterrichten. Während der Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit sollten

Sie Deutschland nur mit Zustimmung Ihrer Krankenkasse verlassen, um keine finanziellen Nachteile zu erleiden.

Ihr Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit Ihres Kindes

Sind Sie gesetzlich krankenversichert und ist Ihr Kind (bis zu 12 Jahren) erkrankt und nach ärztlicher Auffassung betreuungsbedürftig, haben Sie in jedem Kalenderjahr längstens für zehn Arbeitstage pro Kind (insgesamt höchstens 25 Arbeitstage) Anspruch auf Krankengeld, sofern keine andere in Ihrem Haushalt lebende Person das Kind versorgen kann.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Alle Frauen, die Anspruch auf [Sachleistungen der Krankenversicherung](#) haben, haben auch Anspruch auf Sachleistungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.

Weibliche Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten während der gesetzlichen Schutzfristen und für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld in Höhe von € 13 kalendertäglich, wenn sie bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder wenn ihnen wegen der Schutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird. Arbeitnehmerinnen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (z. B. privat krankenversicherte oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversicherte Frauen), erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe von insgesamt höchstens € 210 zu Lasten des Bundes.

Abgedeckte Leistungen

Die Sachleistungen bei Mutterschaft umfassen:

- Betreuung durch einen Arzt und Hilfe durch eine Hebamme während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
- Hilfe bei der Entbindung durch eine Hebamme, nötigenfalls auch durch einen Arzt
- Versorgung mit Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmitteln
- Übernahme der Kosten bei stationärer Entbindung
- häusliche Pflege
- Haushaltshilfe

Das Mutterschaftsgeld wird sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung (12 Wochen bei Früh- und Mehrlingsgeburten) gezahlt. Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung entsprechend um die Tage, die vor der Entbindung nicht beansprucht werden konnten. Das Mutterschaftsgeld ist entgeltabhängig, beträgt jedoch höchstens € 13 pro Kalendertag. Der Arbeitgeber zahlt den etwaigen Differenzbetrag zwischen dem Mutterschaftsgeld und Ihrem Entgelt.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Wenn Sie schwanger sind, sollten Sie sich einen Mutterschaftspass besorgen, der Hinweise auf die durchzuführenden medizinischen Untersuchungen enthält.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Alle in der Rentenversicherung pflichtversicherten Personen sind für den Fall der Invalidität versichert.

Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (Erwerbsminderung)

Diese Rente wird gewährt, wenn ein Versicherter infolge einer gesundheitsbedingten Minderung seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr in der Lage ist, unter den Bedingungen des Arbeitsmarktes einer Erwerbstätigkeit von mindestens sechs Stunden (Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung) bzw. drei Stunden pro Tag (Rente wegen voller Erwerbsminderung) nachzugehen.

Für den Bezug dieser Rente müssen Sie mindestens 60 Beitragsmonate nachweisen (Wartezeit). Zusätzlich müssen Sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit drei Jahre Pflichtversicherungsbeiträge nachweisen. Dieser Fünfjahreszeitraum verlängert sich zum Beispiel um Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Arbeitslosigkeit, der schulischen Ausbildung oder der Kindererziehung. Werden Versicherte vor Ablauf von sechs Jahren nach Abschluss einer Ausbildung erwerbsunfähig, gelten erleichterte Wartezeitvoraussetzungen.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Aus Gründen des Vertrauensschutzes haben auch Versicherte Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, vor dem 2. Januar 1961 geboren wurden und wegen einer gesundheitsbedingten Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit in ihrem bisherigen Beruf oder in einem zumutbaren anderen Beruf nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich arbeiten können.

Hinzuverdienstgrenze

Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit, aus der Sie zusätzliche Einkünfte erzielen, kann zum Wegfall Ihrer Rente führen. Sie sollten sich daher vor Aufnahme einer solchen Erwerbstätigkeit vom zuständigen Versicherungsträger beraten lassen.

Sonderregelung für Bergleute

Im Bergbau gelten Sie als vermindert berufsfähig, wenn Sie wegen Krankheit oder Behinderung nicht imstande sind, Ihre bisherige oder eine vergleichbare Tätigkeit auszuüben – es sei denn, sie üben eine vergleichbaren Tätigkeit außerhalb des Bergbaus aus. Hinzuverdienst aus einer Beschäftigung, wirtschaftlich nicht gleichwertig mit der bis dahin ausgeübten Tätigkeit ist, wirkt sich auf Ihre Rente nicht nachteilig aus.

Ab dem vollendeten 50. Lebensjahr kann Bergleuten eine Rente gewährt werden, wenn sie keine Beschäftigung mehr ausüben, die wirtschaftlich gleichwertig mit der bisher ausgeübten ist. Hierzu ist allerdings die Erfüllung einer Wartezeit von 25 Jahren erforderlich.

Leistungen zur Teilhabe

Im Rentenrecht haben die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen zur Teilhabe) Vorrang gegenüber der Rentengewährung („Rehabilitation vor Rente“). Wenn durch Leistungen zur Teilhabe die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erhalten oder wieder hergestellt werden kann, gewährt der Rentenversicherungsträger dem Versicherten anstatt einer Rente zunächst die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe.

Darüberhinaus erbringt die Rentenversicherung für die bei ihr Versicherten Leistungen zur Sicherung des Erfolges von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben, Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, Präventionsleistungen und stationäre Heilbehandlungen für Kinder von Versicherten und Rentnern, wenn hierdurch ihre gefährdete oder bereits beeinträchtigte Gesundheit gebessert oder wieder hergestellt werden kann.

Zur Sicherung des Unterhalts des Versicherten und seiner Familie wird für den Zeitraum der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe von der Rentenversicherung ein Übergangsgeld gezahlt. Es wird auf der Grundlage des zuvor erzielten Einkommens berechnet. Weiter werden Reisekosten zur Durchführung der Leistungen, die Kosten für eine notwendige Betriebs- oder Haushaltshilfe sowie Kinderbetreuungskosten übernommen.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe Ihrer Rente richtet sich nach der Höhe der während Ihres Versicherungslebens entrichteten Sozialversicherungsbeiträge. Neben den Beitragszeiten können sich auch beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten rentensteigernd auswirken.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Renten werden grundsätzlich nur auf entsprechenden Antrag gewährt. Der Antrag ist an den zuständigen Sozialversicherungsträger zu richten.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Alle in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten sind für den Fall des Alters versichert.

Altersrente wird als aufgeschobener Lohn für im Erwerbsleben geleistete Arbeit gewährt. Voraussetzung ist, dass Sie ein bestimmtes Lebensalter erreicht und eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) zurückgelegt haben (die allgemeine Wartezeit beträgt 5 Jahre mit Beitrags- und Ersatzzeiten).

Alle Kalendermonate, für die Sie Beiträge entrichtet haben, sowie Zeiten der Erziehung eines Kindes unter drei Jahren werden für die Berechnung der Wartezeiten von 5, 15 bzw. 25 Jahren herangezogen. Für die Berechnung der Wartezeit von 35 Jahren werden alle rentenrechtlichen Zeiten berücksichtigt, z. B. auch Ausbildungszeiten und Zeiten der Erziehung eines Kindes unter zehn Jahren.

Möchten Sie bei Erreichen des gesetzlichen Rentenalters Ihre Erwerbstätigkeit nicht aufgeben, sondern nur einschränken, können Sie einen Antrag auf Teilrente (ein Drittel, die Hälfte oder zwei Drittel der Vollrente) stellen. Sie können auch die Inanspruchnahme Ihrer Rente verschieben. Haben Sie mit Erreichen der Regelaltersgrenze noch keinen Antrag auf Altersrente gestellt oder beziehen Sie nur eine Teilrente, so erhöht sich die Ihnen später gewährte Vollrente um monatlich 0,5% (jährlich 6%) des nicht in Anspruch genommenen Teils.

Regelaltersrente

Die Regelaltersgrenze wird seit dem Jahr 2012, beginnend mit dem Jahrgang 1947, bis zum Jahr 2029 schrittweise auf 67 Jahre angehoben. Die Stufen der Anhebung betragen zunächst einen Monat pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 65 auf 66 Jahre) und dann für ab dem 1. Januar 1959 Geborene zwei Monate pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 66 auf 67 Jahre). Für alle nach dem 31. Dezember 1963 Geborenen gilt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren. Versicherte, die 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen aus Beschäftigung und Pflege sowie Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes erreichen, können weiterhin mit 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen.

Hinzuverdienst zu Ihrer normalen Altersrente ist ohne Einschränkungen möglich.

Vorzeitige Rente

Die Altersgrenzen bei vorgezogenen Renten werden an die neue Regelaltersgrenze angepasst. Allerdings gibt es keine Anpassung bei den auslaufenden Rentenarten; das sind die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit und die Altersrente für Frauen. Für diese Renten bleibt die Regelaltersgrenze das 65. Lebensjahr.

Eine vorzeitige Rente kann mit Abschlag ab dem 63. Lebensjahr und nach 35 Jahren rentenrechtlicher Zeiten beantragt werden.

Anspruch auf eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben Versicherte, die jeweils die maßgebliche Altersgrenze erreicht haben, bei Rentenanstritt als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen wird die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr und für die frühestmögliche Inanspruchnahme stufenweise vom 60. auf das 62. Lebensjahr angehoben.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes können Versicherte, die vor dem 1. Januar 1952 geboren sind, noch die Altersrente mit Abschlägen in Anspruch nehmen, wenn

- sie eine Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben,
- in den letzten zehn Jahren vor Rentenbeginn acht Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet haben,
- bei Rentenanstritt arbeitslos sind,
- und nach Vollendung eines Lebensalters von 58 Jahren und sechs Monaten insgesamt 52 Wochen lang arbeitslos waren oder vor Rentenbeginn mindestens 24 Monate Altersteilzeitarbeit geleistet haben.

Als Ausgleich für den längeren Rentenbezug wird die Rente für jeden Monat, in dem die Altersrente vor der Regelaltersgrenze (bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen vor 65 Jahren) bezogen wird, um einen Abschlag von 0,3% gemindert.

Besondere Bestimmungen gelten für Bergleute: Sie haben mit Vollendung des 60. Lebensjahres und nach einer Wartezeit von 25 Jahren Anspruch auf Altersrente.

Altersrente für Frauen

Frauen, die vor dem 1.°Januar 1952 geboren sind, können mit Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersrente mit Abschlägen beanspruchen, sofern sie nach Vollendung des 40. Lebensjahres mindestens zehn Jahre lang Pflichtbeiträge entrichtet haben. Die erforderliche Wartezeit beträgt 15 Jahre.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe Ihrer Rente richtet sich vor allem nach der Höhe der während Ihres Versicherungslebens entrichteten Sozialversicherungsbeiträge. Neben den Beitragszeiten können sich auch beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten rentensteigernd auswirken.

Bezug von Altersrenten

Renten werden grundsätzlich nur auf entsprechenden Antrag gewährt. Der Antrag ist an den zuständigen Sozialversicherungsträger zu richten.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Alle in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten haben auch Anspruch auf Hinterbliebenenrente.

Hinterbliebenenrenten werden dem überlebenden Ehegatten, dem überlebenden Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft und unter bestimmten Voraussetzungen dem geschiedenen Ehegatten gewährt.

Für den Anspruch auf **Witwen- bzw. Witwerrente** ist eine Wartezeit von 5 Jahren mit Beitrags- und Ersatzzeiten erforderlich. Die Wartezeit kann vorzeitig erfüllt sein, wenn der Versicherte zum Beispiel aufgrund eines Arbeitsunfalls oder kurz nach Beendigung einer Ausbildung verstorben ist. Damit ein hinterbliebener Ehegatte Anspruch auf eine Rente haben kann, muss die Ehe grundsätzlich mindestens ein Jahr bestanden haben.

Waisenrente wird nach dem Tod des Versicherten dessen Kindern grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt; die Altersgrenze beträgt 27 Jahre, wenn die Waise sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst leistet oder wegen Behinderung nicht imstande ist, für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Wird die Schul- oder Berufsausbildung zur Leistung des freiwilligen Wehrdienstes unterbrochen, verlängert sich der Anspruch auf Waisenrente für 6 Monate über das 27. Lebensjahr hinaus. Halbwaisenrente wird gewährt, wenn ein Elternteil noch am Leben ist, eine Vollwaisenrente, wenn beide Eltern gestorben sind.

Abgedeckte Leistungen

Witwen- und Witwerrenten

Die Witwen- bzw. Witwerrente entspricht 25% der Rente wegen voller Erwerbsminderung des Verstorbenen (die so genannte kleine Witwen- bzw. Witwerrente). Der Leistungsbezug ist auf zwei Jahre beschränkt. Die Rente erhöht sich auf 55% bei Kindererziehung, bei Vollendung des 45. Lebensjahres (seit 2012 erhöht sich dies schrittweise auf das 47. Lebensjahr bis 2029) oder bei Erwerbsminderung (die so genannte große Witwen- bzw. Witwerrente). Witwen bzw. Witwer, die Kinder erzogen haben, haben darüber hinaus Anspruch auf einen Zuschlag. Bei jeder Ehescheidung wird grundsätzlich ein sogenannter Versorgungsausgleich der während der Ehe gemeinsam erworbenen Anwartschaften vorgenommen.

Rentensplitting

Anstelle der herkömmlichen Versorgung von Verheirateten und Verwitwete kann durch eine übereinstimmende Erklärung beider Ehegatten ein Splitting der gemeinsam in der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften erreicht werden. Voraussetzungen für das Splitting: Beide Ehegatten müssen jeweils mindestens 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten zurückgelegt haben. Die Ehe muss nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen worden sein und/oder beide Partner mussten zu diesem Zeitpunkt jünger als 40 Jahre

sein. Bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen haben auch Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft Anspruch auf Rentensplitting.

Waisenrente

Die Waisenrente beträgt bei Halbweisen 10% und bei Vollweisen 20% der Rente, die der verstorbene bzw. die verstorbenen Elternteile erhalten hätten zzgl. eines Waisenrentenzuschlags. Die Waisenrente vermindert sich um bis zu maximal 10,8%, wenn der Versicherte vor Vollendung des 63. Lebensjahres verstorben ist.

Anrechnung von Einkommen

Bei der Bemessung der Hinterbliebenenrenten werden zu einem bestimmten Teil eigenes Erwerbs- oder Ersatzeinkommen und gegebenenfalls Vermögenseinkünfte berücksichtigt. Der monatliche Freibetrag ist mit dem aktuellen Rentenwert verknüpft. Er beträgt für Waisen das 17,5-fache, für alle anderen Hinterbliebenen und Erziehungsrentner das 26,4-fache des aktuellen Rentenwerts. Ist das eigene Einkommen höher als der Freibetrag, werden vom verbleibenden Nettoeinkommen 40% auf die Hinterbliebenenrente angerechnet.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Renten werden grundsätzlich nur auf entsprechenden Antrag gewährt. Der Antrag ist an den zuständigen Sozialversicherungsträger zu richten.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Pflichtversichert in der Unfallversicherung sind insbesondere Beschäftigte und Auszubildende. Darüber hinaus sind weitere Personengruppen pflichtversichert. Dazu zählen Kinder, die in Kindertageseinrichtungen oder durch eine qualifizierte Tagesbetreuerperson, betreut werden, Schüler während des Besuchs allgemeinbildender Schulen und Rehabilitanden sowie Studierende während der Aus- oder Fortbildung an Hochschulen. Selbstständige sind grundsätzlich nicht pflichtversichert, es sei denn, der zuständige Träger der Unfallversicherung bezieht sie durch eine Bestimmung in seiner Satzung ausdrücklich in den Versicherungsschutz ein. In jedem Fall besteht für Selbstständige die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern.

Leistungen der Unfallversicherung werden nur dann erbracht, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Als Arbeitsunfälle gelten nicht nur Unfälle, die sich bei der eigentlichen Ausübung der versicherten Tätigkeit ereignen, sondern auch Unfälle auf dem Weg zur und von der versicherten Tätigkeit. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die sich Versicherte durch oder bei der versicherten Tätigkeit zuziehen; sie sind in der Berufskrankheiten-Verordnung (eine Liste mit 73 anerkannten Krankheiten) bezeichnet. Darüber hinaus kann der Nachweis erbracht werden, dass eine nicht auf der Liste aufgeführte Krankheit berufsbedingt ist (Kombination aus Listen- und Nachweissystem).

Es muss ein kausaler Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall/der Krankheit sowie zwischen dem Unfall/der Krankheit und dem Gesundheitsschaden bestehen.

Abgedeckte Leistungen

Zum Ausgleich der durch einen Versicherungsfall entstandenen Gesundheitsschäden haben Sie Anspruch auf folgende Leistungen:

Heilbehandlung

Die medizinische Versorgung umfasst erste Hilfe, ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere Leistungen mit dem Ziel der Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsfindung, Praktika (Arbeitserprobung), Berufsvorbereitung, Aus- und Weiterbildung sowie Umschulung.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Ziel dieser Leistungen ist die Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben. Hierzu gehören insbesondere Hilfen

- zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
- zur Verständigung mit dem Umfeld
- bei Beschaffung, Erhalt und Ausstattung einer behindertengerechten Wohnung
- zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie
- zur Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben.

Ergänzende Leistungen

Zu den ergänzenden Leistungen gehören ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Aufsicht, Reisekosten zur Durchführung der Leistungen, Betriebs- oder Haushaltshilfe sowie Kinderbetreuungskosten.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Werden Sie infolge eines Versicherungsfalles pflegebedürftig werden, haben Sie Anspruch auf Pflegeleistungen oder Pflegegeld (auch neben einem Rentenbezug).

Verletztengeld und Übergangsgeld

Für die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie Verletztengeld. Es beträgt 80% Ihres Bruttoentgelts vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, ist allerdings auf die Höhe Ihres Nettoentgelts beschränkt. Es wird im Anschluss an die Lohn-/Gehaltsfortzahlung und in der Regel höchstens für 78 Wochen erbracht. Die Verletztengeldzahlung endet jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung. Die Verletztengeldzahlung wird eingestellt, wenn Ihnen eine Verletztenrente gezahlt wird.

Für die Dauer der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird ein Übergangsgeld gezahlt, dessen Betrag etwas niedriger als das Verletztengeld angesetzt ist.

Rente

Wenn Ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit länger als 26 Wochen nach dem Versicherungsfall um mindestens 20% gemindert ist, erhalten Sie eine Rente. Deren Höhe richtet sich nach dem Grad der Minderung Ihrer Erwerbsfähigkeit sowie nach Ihrem jährlichen Erwerbseinkommen (Verdienst der letzten zwölf Kalendermonate vor Eintritt des Versicherungsfalles).

Hinterbliebenenrenten

Wenn der Tod Ihres Ehegatten durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist, haben Sie Anspruch auf Hinterbliebenenrente. Diese beträgt 40% des jährlichen Erwerbseinkommens des Verstorbenen, wenn Sie das 47. Lebensjahr vollendet haben, wenn Sie berufs- oder erwerbsunfähig sind oder ein waisenrentenberechtigtes Kind erziehen. Sind Sie jünger und erziehen kein Kind, erhalten Sie für die Dauer von zwei Jahren eine jährliche Rente in Höhe von 30% des jährlichen Erwerbseinkommens des Verstorbenen. Die Rente wird jedoch über die Dauer von zwei Jahren hinaus erbracht, wenn entweder der Todeszeitpunkt des Verstorbenen vor dem 1. Januar 2002 lag oder die Ehegatten, von denen mindestens einer vor dem 2. Januar 1962 geboren sein muss, vor dem 1. Januar 2002 geheiratet haben.

Kinder unter 18 Jahren erhalten eine Waisenrente. Eine Halbwaise hat Anspruch auf 20%, eine Vollwaise auf 30% des jährlichen Erwerbseinkommens des Versicherten. Befindet sich das Kind noch in Ausbildung, wird die Rente bis zum vollendeten 27. Lebensjahr erbracht.

Eigenes Einkommen des Rentenberechtigten kann zu einer Kürzung der Rente führen.

Abfindung

In bestimmten Fällen kann anstelle der Rente eine Abfindung gezahlt werden.

Sterbegeld

Führt ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zum Tod des Versicherten, wird der Person, die die Bestattungskosten übernimmt, Sterbegeld gezahlt. Die Höhe des Sterbegelds entspricht 1/7 der Bezugsgröße (Alte Bundesländer: € 4.620 – Neue Bundesländer: € 3.900 - Werte 2013).

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Der zuständige Unfallversicherungsträger bestimmt von Amts wegen, ob die Voraussetzungen für einen Versicherungsfall gegeben sind und ein Anspruch auf Leistungen besteht; ein Antrag Ihrerseits ist nicht erforderlich. Ihr Arbeitgeber muss dem Unfallversicherungsträger jeden Unfallmelden.

Nach einem Unfall müssen Sie sich in der Regel an einen von den Unfallversicherungsträgern zugelassenen Durchgangsarzt wenden. Der Durchgangsarzt entscheidet gemeinsam mit Ihrem zuständigen Unfallversicherungsträger über die weitere ärztliche Behandlung.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland hat unter den nachstehenden Voraussetzungen Anspruch auf Kindergeld und Elterngeld für leibliche oder angenommene Kinder sowie Kinder des Ehepartners (Stiefkinder). Für den Anspruch auf Kindergeld können zusätzlich auch im Haushalt lebende Enkelkinder oder Pflegekinder berücksichtigt werden.

Kindergeld

Anspruch auf Kindergeld besteht in der Regel für alle Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Hat ein Kind diese Altersgrenze überschritten, kann der Anspruch weiterbestehen, wenn es

- noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet hat, nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht und in Deutschland oder einem anderen EU-Mitgliedstaat, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder in der Schweiz bei der jeweiligen Arbeitsvermittlung als arbeitsuchend gemeldet ist
- noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat und sich in Schul- oder Berufsausbildung oder in einer Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten von höchstens vier Monaten befindet oder einen Freiwilligendienst im Sinne des § 32 Abs. 4 S. 1 Nr. 2 Buchst. d EStG leistet oder die berufliche Ausbildung in Ermangelung eines Ausbildungsplatzes nicht aufnehmen oder fortsetzen kann und
- wegen einer vor dem 25. Lebensjahr eingetretenen körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung nicht in der Lage ist, für seinen Lebensunterhalt selbst aufzukommen.

Volljährige Kinder können nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums nur berücksichtigt werden, wenn sie keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Dabei sind Erwerbstätigkeiten mit bis zu 20 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit, Ausbidungsdienstverhältnisse und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse unschädlich.

Für Kinder, für die Sie, Ihr Ehegatte oder eine andere Person, mit der sich Ihr Kind in einer Eltern-Kind-Beziehung befindet, bereits dem Kindergeld ähnliche Leistungen erhalten, besteht kein Anspruch auf Kindergeld.

Elterngeld

Das Elterngeld wird an die Mutter und/ oder den Vater gezahlt, sofern die Eltern mit ihrem Kind in einem Haushalt leben und ihr Kind selbst betreuen und erziehen. Derjenige Elternteil, der Elterngeld bezieht, kann einer Teilzeitbeschäftigung bis zu 30 Stunden wöchentlich nachgehen. Es kann bis zum vollendeten 14. Lebensmonat des Kindes gezahlt werden.

Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, die das Kind nach der Geburt betreuen (auch wenn es nicht ihr eigenes ist), können unter den selben Voraussetzungen Elterngeld erhalten. Dies gilt auch für Verwandte bis dritten Grades, wenn die Eltern aufgrund eines Härtefalles (Krankheit, Behinderung oder Tod der Eltern) ihr Kind nicht selbst betreuen können.

Für angenommene Kinder und mit dem Ziel der Annahme aufgenommene Kinder kann ebenfalls Elterngeld für bis zu 14 Monate gezahlt werden. Die 14-Monatsfrist beginnt, wenn das Kind in den Haushalt aufgenommen wird. Der Anspruch endet, sobald das Kind das achte Lebensjahr vollendet.

Abgedeckte Leistungen

Kindergeld

Das Kindergeld wird in Höhe von je € 184 für die ersten zwei Kinder, € 190 für das dritte Kind und € 215 für das vierte und jedes weitere Kind gewährt.

Elterngeld

Ein Elternteil kann mindestens für zwei Monate (Mindestbezugszeit) und höchstens für 12 Monate Elterngeld beziehen. Beide Eltern haben grundsätzlich gemeinsam Anspruch auf insgesamt 12 Monatsbeträge, die jeweils für Lebensmonate des Kindes zustehen. Anspruch auf zwei weitere Monatsbeträge haben die Eltern, wenn beide das Elterngeld nutzen und sich bei den Eltern für mindestens zwei Bezugsmonate das Erwerbseinkommen mindert (Partnermonate). Alleinerziehende können das Elterngeld als Einkommensersatz allein für bis zu 14 Monaten erhalten.

Das Elterngeld ersetzt grundsätzlich 67% des entfallenden bereinigten Nettoeinkommens. Für Nettoeinkommen von mehr als € 1.200 vor der Geburt sinkt die Ersatzrate schrittweise bis auf 65%. Für Geringverdienende steigt die Ersatzrate auf bis zu 100%. Das Elterngeld beträgt absolut mindestens € 300 (einkommensunabhängig) und höchstens € 1.800 monatlich. Familien mit mehreren kleinen Kindern können einen Geschwisterbonus in Höhe von 10% des zustehenden Elterngeldes, mindestens aber € 75 im Monat erhalten.

Bezug von Familienleistungen

Kindergeld wird nur auf schriftlichen Antrag gewährt. Das Antragsformular erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit (Familienkasse). Nähere Informationen finden sich unter: <http://www.familienkasse.de>.

Das Kindergeld wird im Verlauf des Monats der Festsetzung durch die Agentur für Arbeit (Familienkasse) auf das angegebene Bankkonto gezahlt.

Sie sind verpflichtet, unaufgefordert und unverzüglich der Agentur für Arbeit (Familienkasse) jede Änderung der bei Antragstellung gemachten Angaben mitzuteilen, die Einfluss auf Ihren Kindergeldanspruch haben könnte (z. B. die Beendigung der Berufsausbildung des Kindes).

Je nach Wohnort sind unterschiedliche Familienkassen für die Auszahlung dieser Leistung zuständig. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Familienkasse. Die für Sie zuständige Stelle finden Sie unter <http://www.familien-wegweiser-regional.de/Kindergeld.113.0.html>.

Das Elterngeld wird nur auf schriftlichen Antrag gewährt. Zuständig für die Prüfung und Auszahlung sind die Elterngeldstellen. Je nach Bundesland wird diese Aufgabe von unterschiedlichen Trägern wahrgenommen. Die für Sie zuständige Stelle sowie die Antragsformulare finden Sie unter <http://www.familien-wegweiser-regional.de/Elterngeld.73.0.html>.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslosengeld

Wenn Sie als Arbeitnehmerin, Arbeitnehmer, Auszubildende oder Auszubildender arbeitslos werden, haben Sie grundsätzlich Anspruch auf Arbeitslosengeld, sofern Sie:

- bei der Agentur für Arbeit Ihre Arbeitslosigkeit melden und die Leistung beantragen
- keine oder nur eine Beschäftigung von weniger als 15 Stunden wöchentlich ausüben
- der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen (d. h. Sie müssen arbeitsfähig und bereit sein, jede zumutbare Beschäftigung anzunehmen) und sich selbst aktiv um die Beendigung Ihrer Arbeitslosigkeit bemühen
- die Anwartschaft für den Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllt haben, d.h. Sie müssen in den letzten zwei Jahren vor der Arbeitslosigkeit mindestens zwölf Monate beitragspflichtig gewesen sein. Unter bestimmten Voraussetzungen reichen für die Erfüllung der Anwartschaftszeit sechs Monate Beschäftigung aus; diese Regelung ist bis 31. Dezember 2014 befristet.

Wenn Sie arbeitslos sind, müssen Sie alle Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung nutzen. Sie haben die Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung, die Sie mit der Agentur für Arbeit abgeschlossen haben, wahrzunehmen.

Die Leistung wird für eine Dauer von bis zu zwölf Wochen (Sperrzeit) nicht gewährt, wenn Sie ohne wichtigen Grund:

- Ihr Beschäftigungsverhältnis selbst gelöst haben
- eine Ihnen von der Agentur für Arbeit angebotene Arbeit ablehnen
- sich weigern, an einer zumutbaren beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme teilzunehmen.
- einer Aufforderung zur Meldung nicht nachkommen oder sich nicht unverzüglich arbeitsuchend melden.

Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II / Sozialgeld)

Im Anschluss an das Arbeitslosengeld oder aufstockend können Sie Arbeitslosengeld II erhalten, sofern Sie:

- erwerbsfähig sind
- hilfebedürftig sind
- über 15 und unter 65 Jahre alt sind (bzw. die gestaffelte Altersgrenze nach § 7a SGB II erreicht haben) und
- Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit einem erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten zur Sicherung ihres Lebensunterhalts Sozialgeld, sofern sie nicht zu dem Personenkreis gehören, der im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) näher bezeichnet ist.

Abgedeckte Leistungen

Arbeitslosengeld

Die Leistungen richten sich nach der Höhe des Lohns, der auf der Lohnsteuerkarte eingetragenen Lohnsteuerklasse und danach, ob Kinder vorhanden sind.

Bei der Berechnung der Leistungen wird das durchschnittliche tägliche Arbeitsentgelt während des letzten Jahres bis zur Leistungsbemessungsgrenze von € 5.800 in den alten und € 4.900 in den neuen Bundesländern pro Monat zugrunde gelegt.

Arbeitslose mit Kindern erhalten 67% des Nettolohns, Arbeitslose ohne Kinder 60% des Nettolohns.

Die Dauer des Leistungsbezugs hängt von den Beitragszeiten und Ihrem Lebensalter ab. Die maximale Leistungsdauer beträgt 24 Monate. Sie staffelt sich von sechs Monaten für Personen, die 12 Monate lang versicherungspflichtig waren, bis zu höchstens 24 Monaten für ältere Personen, die 48 Monate lang versicherungspflichtig waren. Wurde die Anwartschaft bei besonders gelagerten Fällen mit Beschäftigungen von insgesamt sechs bis 10 Monaten erfüllt, staffelt sich die Anspruchsdauer von drei bis fünf Monaten; diese Regelung ist bis 31. Dezember 2014 befristet.

Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II / Sozialgeld)

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende ist eine bedarfsorientierte und bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistung, deren Höhe sich am Sozialhilfeniveau orientiert und das soziokulturelle Existenzminimum sichert. Der notwendige Lebensunterhalt wird zum einen nach bundeseinheitlichen Regelbedarfen gewährt, zum anderen werden Bedarfe für Unterkunft und Heizung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit diese angemessen sind. Der maßgebende Regelbedarf deckt die Kosten für Ernährung, Körperpflege, Hausrat und Bedürfnisse des täglichen Lebens pauschal ab. Darüber hinaus können Mehrbedarfe (Schwangerschaft, Alleinerziehend usw.) und weitere spezifische Leistungen erbracht werden. Das soziokulturelle Existenzminimum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sichert das sogenannte Bildungs- und Teilhabepaket. Dadurch werden insbesondere Bedarfe für Schulausflüge und Klassenfahrten, Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf, Schülerbeförderung, gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, Sport, Kultur und Freizeiten sowie unter bestimmten Voraussetzungen für Lernförderung berücksichtigt.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung erbracht, solange die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Jedoch werden Bewilligungen in der Regel für jeweils sechs Monate ausgesprochen, nach denen der Anspruch erneut nachzuweisen ist.

Andere Leistungen

Während Ihrer Arbeitslosigkeit zahlt die Arbeitslosenversicherung in Ihrem Namen:

- Beiträge zur Krankenversicherung; für die Inanspruchnahme von Leistungen gelten die Ausführungen im Abschnitt über [Sachleistungen bei Krankheit](#)
- Beiträge zur Pflegeversicherung.

Während des Bezugs von Leistungen bei Arbeitslosigkeit sind Sie auch gegen bestimmte Unfälle versichert.

In den deutschen Rechtsvorschriften sind keine Vorruhestandsleistungen vorgesehen. In vielen Branchen gibt es jedoch tarifvertragliche Vorruhestandsbestimmungen.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslosengeld

Für den Bezug von Arbeitslosengeld müssen Sie bei der Agentur für Arbeit Ihre Arbeitslosigkeit melden und die Leistung beantragen.

Sie sind verpflichtet, der zuständigen Stelle jede Änderung Ihrer persönlichen Situation unaufgefordert zu melden, falls sich diese auf Ihre Leistungsansprüche auswirken könnte (z. B. Gewährung einer Rente, Aufnahme einer Beschäftigung).

Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II / Sozialgeld)

Während Ihres Leistungsbezugs sind Sie verpflichtet, sich bei der zuständigen Behörde (sog. Jobcenter) zu melden, wenn Sie dazu aufgefordert werden. Kommen Sie einer solchen Aufforderung ohne triftigen Grund nicht nach, kann das Sanktionen in Form von Leistungskürzung nach sich ziehen.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird in Abhängigkeit von einer spezifischen Überprüfung gewährt. Das Jobcenter entscheidet über den Antrag. Die Feststellung der Erwerbsfähigkeit einer Person trifft ebenfalls das Jobcenter, bei Widerspruch ist von dort eine gutachterliche Stellungnahme. Die Jobcenter haben zur Bekämpfung von Leistungsmissbrauch einen Außendienst.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Leistungen der Sozialhilfe

Jeder Mensch mit Wohnsitz in Deutschland, der seinen Lebensunterhalt weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) oder aus eigener Kraft (Einsatz der Arbeitskraft) noch durch Hilfe eines Dritten bestreiten kann, hat Anspruch auf Sozialhilfe.

Das Sozialhilferecht ist in sieben Bereiche gegliedert, die jeweils die Leistungen in bestimmten Lebenslagen regeln. Die hier genannten Leistungen sind Teil eines steuerfinanzierten Systems bedarfsorientierter und bedürftigkeitsabhängiger Leistungen zur Sicherung eines menschenwürdigen Lebens für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die kein oder kein ausreichendes Einkommen erzielen, um den Bedarf zu decken oder keine erforderliche Hilfe von anderen erhalten. Insbesondere Personen unter 65 Jahren, die ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können und vorübergehend erwerbsunfähig sind, erhalten Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres sowie aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 Jahren erhalten eine Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Erwerbsfähige Hilfebedürftige Arbeitslose können die Grundsicherung für Arbeitsuchende ([Arbeitslosengeld II / Sozialgeld](#)) beantragen.

Jedes Mitglied eines anspruchsberechtigten Haushalts kann einen eigenen Antrag auf Sozialhilfe stellen. Der Gesamtbetrag erhöht sich in Abhängigkeit von der Zahl der Familienmitglieder. Bei der Berechnung der Leistungen werden Einkommen und Vermögen der betroffenen Person und des mit ihr zusammenlebenden Ehegatten oder Lebenspartners berücksichtigt.

Blindengeld und Pflegegeld

Nach den jeweiligen Landesgesetzen haben blinde und hochgradig sehbehinderte Personen unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Landesblindengeld und Landespflegegeld. In einzelnen Ländern wird auch gehörlosen Menschen und Menschen mit bestimmten Schwerstbehinderungen Landespflegegeld gewährt. Der Anspruch auf diese Leistungen ist grundsätzlich an den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in dem jeweiligen Land geknüpft.

Abgedeckte Leistungen

Leistungen der Sozialhilfe

Die Regelsätze werden von den Bundesländern festgesetzt. Die Höhe der Regelsätze differiert nach Alter der Hilfeberechtigten und der Stellung im Haushalt. Seit dem 1. Januar 2013 liegen die Regelbedarfe deutschlandweit wie folgt:

- Regelbedarf für den Haushaltsvorstand oder Alleinstehende: € 382
- Leben Ehegatten oder Lebenspartner zusammen, beträgt der Regelbedarf jeweils € 345.
- für einen Erwachsenen, der weder einen eigenen Haushalt führt, noch als Ehegatte, Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führt: € 306
- für Haushaltsangehörige bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres: € 306
- für Haushaltsangehörige ab Beginn des 7. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres: € 255 sowie
- für Haushaltsangehörige ab Beginn des 15. Lebensjahres: € 289.

Ergänzt werden die Regelsätze durch:

- Mehrbedarfzuschläge für bestimmte Gruppen (z. B. Kinder, Alleinerziehende, Schwangere, Personen mit einem Mehrbedarf für Ernährung aufgrund von bestimmten Krankheiten etc.).
- Einmalige Leistungen, die nicht pauschaliert im Regelsatz enthalten sind, dies z. B. sind Erstausrüstungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt oder für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten.
- Bildungs- und Teilhabepaket für Kinder und Jugendliche, dadurch werden insbesondere Bedarfe für Schulausflüge und Klassenfahrten, Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf, Schülerbeförderung, gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, Sport, Kultur und Freizeiten sowie unter bestimmten Voraussetzungen für Lernförderung berücksichtigt.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Leistungen der Sozialhilfe

Die Träger der Sozialhilfe entscheiden über den Antrag. Die Feststellung einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung einer Person als Leistungsvoraussetzung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung trifft der gesetzliche Rentenversicherungsträger. Die Träger der Sozialhilfe haben einen Außendienst, der die Wohn- und Erwerbssituation im Einzelfall prüfen kann.

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

In Deutschland werden Leistungen im Falle des Eintritts von Pflegebedürftigkeit überwiegend im Rahmen der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf Antrag gewährt.

Die Soziale Pflegeversicherung ("Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI") ist ein eigenständiger Sozialversicherungszweig, der das Risiko der Pflegebedürftigkeit vergleichbar den Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens sozial absichert. Der umfangreiche Leistungskatalog der Pflegeversicherung trägt dazu bei, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Familienangehörigen abzumildern und unterstützt sie darin, trotz ihres Hilfebedarfes ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht und ihren Wünschen entgegenkommt.

Jeder, der gesetzlich bzw. privat) krankenversichert ist, ist automatisch in der gesetzlichen bzw. privaten Pflegeversicherung pflichtversichert, wobei bei der gesetzlichen Pflegeversicherung eine Wartezeit für eine Leistungsanspruchnahme von zwei Jahren vorgesehen ist. Nach den Vorgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, seelischen oder geistigen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate der Hilfe bedürfen. Der maßgebliche Hilfebedarf erstreckt sich auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und auf die hauswirtschaftliche Versorgung. Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellten Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, nicht nach Alter oder Einkommen. Das heißt, Leistungen der Pflegeversicherung erhalten i.d.R. nur die Personen, die mindestens die Pflegestufe I haben. Für bestimmte Leistungen (sog. niedrigschwellige Angebote) reicht aber auch ein geringerer Grad der Pflegebedürftigkeit für eine Anspruchsberechtigung aus.

Wer einen geringeren Hilfebedarf hat (also unter 90 Minuten täglich) oder bei dem die gedeckelten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ("Teilkaskoversicherung") nicht die tatsächlichen Ausgaben decken, kann im Einzelfall nach dem Sozialhilferecht Pflegeleistungen erhalten.

Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe, die sogenannten Leistungen der „Hilfe zur Pflege“, werden nur bei finanzieller Bedürftigkeit des Betroffenen geleistet, d. h. wenn der Pflegebedürftige die insgesamt anfallenden pflegebedingten Ausgaben weder selbst tragen kann noch sie von anderen erhält.

Daneben sieht die gesetzliche Pflegeversicherung für pflegende Angehörige und sonstige nicht-erwerbsmäßig pflegende Personen die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen, einen Unfallversicherungsschutz, Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung bei Pflegezeitanspruchnahme und weitere Unterstützungsleistungen wie kostenlose Schulungskurse, Möglichkeiten der Verhinderungs- und Ersatzpflege u.ä.m. vor.

Abgedeckte Leistungen

Sachleistungen

Die Sachleistungen umfassen neben dem Rechtsanspruch auf Pflegeberatung vor allem:

- die Bereitstellung von häuslicher Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen oder Einzelpflegekräfte
- eine pauschale Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (inklusive Kurzzeitpflege).

Bei Pflegestufe III beträgt die Sachleistungshöhe € 1.550 und für sog. Härtefälle € 1.918.

Die Höhe dieser Leistungsbeträge richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und ist gesetzlich festgelegt.

Daneben gibt es begleitende Leistungen zur Ergänzung der häuslichen Pflege wie bspw. Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege oder Tages- und Nachtpflege.

Die Leistungen bei häuslicher Pflege können ferner um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes ergänzt werden.

Zusätzliche Betreuungsleistungen stehen für Personen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf (z. B. demenziell Erkrankte, geistig Behinderte oder psychisch Kranke) zur Verfügung.

Die Leistungsdauer ist unbegrenzt, solange die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Geldleistungen

Will die pflegebedürftige Person ihre Pflege selbst sicherstellen, kann sie ein Pflegegeld beantragen, um die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherzustellen. Die Höhe dieser Leistung richtet sich wiederum nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Bei Pflegestufe III beträgt die Leistung € 700.

Eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen ist möglich: Nimmt die pflegebedürftige Person die Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält sie ein anteiliges Pflegegeld. Geregelt ist auch, dass neben dem Anspruch auf Tagespflege ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten bleibt.

Die pflegebedürftige Person hat die freie Wahl zwischen Sach- und Geldleistungen.

Die Leistungsdauer ist unbegrenzt, solange die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dies sind i.d.R. Ärzte oder Pflegefachkräften wahrgenommen.

Im Rahmen des Feststellungsverfahrens werden folgende vier Indikatoren berücksichtigt: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.

Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Für nähere Informationen zu den Anspruchsvoraussetzungen und den einzelnen Sozialleistungen in Deutschland wenden Sie sich bitte an die staatlichen Verwaltungsstellen im Bereich Sozialschutz.

Wenn Sie wissen möchten, wie sich eine Versicherung in zwei oder mehr Mitgliedstaaten auf bestimmte Leistungen auswirkt, wenden Sie sich bitte an folgende Stelle:

Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung

*GKV Spitzenverband, Abteilung
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)
Pennefeldsweg 12 c
53177 Bonn
Tel.: +49 228 95300
<http://www.dvka.de>*

Unfallversicherung

*Deutsche Verbindungsstelle
Unfallversicherung – Ausland
Alte Heerstraße 111
53757 Sankt Augustin
Tel.: +49 2241 231 1142
<http://www.dguv.de>*

Arbeitslosenversicherung und Kindergeld

*Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tel.: +49 911 179 0
<http://www.europaserviceba.de>
<http://www.arbeitsagentur.de>*

Verbindungsstellen für die gesetzliche Rentenversicherung

*Deutsche Rentenversicherung
<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>*

*Griechenland, Liechtenstein, Schweiz, Zypern
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
76122 Karlsruhe
Tel.: +49 721 825 0
und
70429 Stuttgart
Tel.: +49 711 848 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bw.de>*

Polen

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Knobelsdorffstraße 92

14059 Berlin

Tel.: +49 30 3002 0

<http://www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de>

Ungarn

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Kranichfelder Straße 3

99097 Erfurt

Tel.: +49 361 482 0

Bulgarien

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Paracelsusstraße 21

06114 Halle

Tel.: +49 345 213 0

<http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de>

Slowenien, Slowakei, Tschechien

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

84024 Landshut

Tel.: +49 871 81 0

Österreich

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

81729 München

Tel.: +49 89 6781 0

<http://www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de>

Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden

Deutsche Rentenversicherung Nord

Ziegelstraße 150

23556 Lübeck

Tel.: +49 451 485 0

Estland, Lettland, Litauen

Deutsche Rentenversicherung Nord

Platanenstraße 43

17033 Neubrandenburg

Tel.: +49 395 370 0

Irland, Vereinigtes Königreich

Deutsche Rentenversicherung Nord

Friedrich-Ebert-Damm 245

22159 Hamburg

Tel.: +49 40 5300 0

<http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de>

Belgien, Spanien

Deutsche Rentenversicherung Rheinland

40194 Düsseldorf

Tel.: +49 211 937 0

<http://www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de>

Frankreich, Luxemburg
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer
Tel.: +49 6232 17 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de>

Italien, Malta
Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Dieselstraße 9
86154 Augsburg
Tel.: +49 821 500 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de>

Portugal
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Friedenstraße 12/14
97072 Würzburg
Tel.: +49 931 802 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de>

Island, Niederlande
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Gartenstraße 194
48125 Münster
Tel.: +49 251 238 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de>

Verbindungsstelle für alle Länder, wenn Beiträge an den Versicherungsträger entrichtet worden sind

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865 1
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>

Verbindungsstelle für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum
Tel.: +49 234 304 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de>

Verbindungsstelle für die Alterssicherung der Landwirte

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
Tel.: +49 561 9359 0
<http://svlfg.de>

Informationen zur Sozialen Entschädigung

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Wilhelmstraße 49

10117 Berlin

Tel.: +49 30 18 527 0

<http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Soziale-Entschaedigung/inhalt.html>