



Ihre Rechte der sozialen Sicherheit in Deutschland



Europäische Kommission

Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration
Direktion D: Soziale Rechte und Inklusion
Referat D.2: Sozialschutz

Kontakt: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=2&langId=de&acronym=contact>

*Europäische Kommission
B-1049 Brüssel*

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit in Deutschland

Manuskript abgeschlossen im Juli 2023

Dieses Dokument stellt keinesfalls eine offizielle Stellungnahme der Europäischen Kommission dar.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2023

© Europäische Union, 2023



Die Weiterverwendung von Dokumenten der Europäischen Kommission ist durch den Beschluss 2011/833/EU der Kommission vom 12. Dezember 2011 über die Weiterverwendung von Kommissionsdokumenten (ABl. L 330 vom 14.12.2011, S. 39) geregelt. Sofern nichts anderes angegeben ist, wird dieses Dokument zu den Bedingungen einer Lizenz Creative Commons 4.0 International (CC-BY 4.0)

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) zur Verfügung gestellt. Dies bedeutet, dass die Weiterverwendung zulässig ist, sofern die Quelle ordnungsgemäß genannt wird und etwaige Änderungen angegeben werden.

Für jede Verwendung oder Wiedergabe von Elementen, die nicht Eigentum der EU sind, muss gegebenenfalls direkt bei den jeweiligen Rechteinhabern eine Genehmigung eingeholt werden.

Es kann passieren, dass wir an einem bestimmten Punkt unseres Lebens auf Leistungen aus der Sozialversicherung angewiesen sind. Diese stehen Inländern in ihrem eigenen Land zur Verfügung, wenn sie die entsprechenden Anforderungen erfüllen; aber auch dann, wenn Sie aus einem EU-Land stammen und in einem anderen leben, können Sie diese in Anspruch nehmen. Im Folgenden erfahren Sie mehr darüber, wann Sie Leistungen beantragen können, worauf Sie Anspruch haben und wie Sie die jeweilige Leistung beantragen können.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| FAMILIE | 6 |
| Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft | 7 |
| Familienleistungen | 8 |
| GESUNDHEIT | 12 |
| Leistungen bei Pflegebedürftigkeit | 13 |
| Die Sachleistungen der Krankenversicherung bei Krankheit | 16 |
| Die Geldleistungen der Krankenversicherung bei Krankheit | 22 |
| INVALIDITÄT | 24 |
| Leistungen bei Invalidität | 25 |
| Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten | 27 |
| Leistungen der Sozialen Entschädigung | 30 |
| ALTER UND HINTERBLIEBENE | 32 |
| Renten und andere Leistungen im Alter | 33 |
| Leistungen für Hinterbliebene | 37 |
| SOZIALHILFE | 40 |
| Mindestsicherung | 41 |
| ARBEITSLOSIGKEIT | 45 |
| Leistungen bei Arbeitslosigkeit | 46 |
| UMZUG INS AUSLAND | 50 |
| Vorangegangene Leistungen (in anderen EU-Ländern) können berücksichtigt werden | 51 |
| WOHNSITZ ODER GEWÖHNLICHER AUFENTHALT | 53 |
| „Gewöhnlicher Aufenthalt“ | 54 |

Familie

Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Gesetzlich krankenversicherte Frauen erhalten Sachleistungen und Mutterschaftsgeld während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Das Mutterschaftsgeld wird sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt (12 Wochen bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung ärztlich festgestellt wird und die Frau die längere Schutzfrist beantragt) sowie für den Entbindungstag gezahlt. Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die nachgeburtliche Schutzfrist um die Tage, die das Kind zu früh geboren ist.

Anspruchsvoraussetzungen

Schwangerschaft und Geburt eines Kindes.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Wenn Sie schwanger sind, bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt um einen Mutterschaftspass. Darin finden Sie Informationen zu allen medizinischen Untersuchungen für Schwangere. Volkshochschulen, Krankenkassen und andere Einrichtungen bieten für werdende Mütter und Väter kostenlose Kurse zur Geburtsvorbereitung an. Dort bekommen Sie viele Tipps zu Schwangerschaft, Geburt, dem Leben mit einem Baby und zu Ihren Rechten und Pflichten.

Die Höhe des Mutterschaftsgelds richtet sich grundsätzlich nach dem Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist. Höchstens sind es 13 EUR pro Tag. Der Arbeitgeber zahlt die Differenz zwischen dem Mutterschaftsgeld und Ihrem bisherigen Lohn.

Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht, wenn Sie bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder wenn Ihnen wegen der Mutterschutzfristen kein Lohn oder Gehalt gezahlt wird.

Arbeitnehmerinnen, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (z. B. privat krankenversicherte oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversicherte Frauen), erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe von insgesamt höchstens 210 EUR („einmaliges Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherheit“).

Selbstständige Frauen, die eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, haben während der Mutterschutzfristen einen Anspruch auf Zahlung des vertraglich vereinbarten Krankentagegeldes.

Außerdem erhalten Schwangere und Mütter nach der Geburt:

- Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt und Hilfe durch eine Hebamme während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Geburt)
- Hilfe bei der Entbindung durch eine Hebamme, wenn nötig auch durch eine Ärztin oder einen Arzt
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- Übernahme der Kosten bei stationärer Entbindung im Krankenhaus
- häusliche Pflege
- Haushaltshilfe

Antragsformulare

Die Antragsformulare für das Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse bekommen Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Die Antragsformulare für das „Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung“ erhalten Sie beim Bundesamt für Soziale Sicherung.

Ihre Rechte

Weitere Informationen über Ihre Rechte und Ansprüche bekommen Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder telefonisch und im Internet über ihre Rechte und Ansprüche. Wenn Sie mit einer Entscheidung Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie sich bei unabhängigen Patientenberatungsstellen Rat holen (<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/>) oder sich mit der zuständigen Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse in Verbindung setzen.

Eine Liste der gesetzlichen Krankenkassen und viele weitere Informationen zum Thema finden Sie unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/> auf den Seiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Krankenversicherung:

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

Das Bundesministerium für Gesundheit finden Sie unter <http://www.bmg.bund.de>, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter <http://www.bmas.de>

Familienleistungen

Leistungen für Familien mit Kindern.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wer in Deutschland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, erhält unter den nachstehenden Voraussetzungen dem Grunde nach unabhängig vom eigenen Einkommen Kindergeld und einkommensabhängig Elterngeld für leibliche oder angenommene Kinder sowie für Kinder des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners (Stiefkinder). Auch für Ihre in Ihrem Haus / Ihrer Wohnung lebenden Enkel- oder Pflegekinder können Sie Kindergeld erhalten.

Anspruchsvoraussetzungen

Kindergeld bekommt man für eigene oder adoptierte Kinder oder Kinder des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners, generell bis das Kind 18 Jahre alt ist. Zusätzlich ist die jeweilige steuerliche Identifikationsnummer erforderlich. Das Kindergeld wird

- bis zum 21. Geburtstag weitergezahlt, wenn das Kind nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (nicht angestellt arbeitet) und in Deutschland, einem anderen EU-Mitgliedsland, in Island, Liechtenstein, Norwegen, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich* bei der Arbeitsvermittlung (z. B. Agentur für Arbeit, Jobcenter) als arbeitsuchend gemeldet ist

- bis zum 25. Geburtstag weitergezahlt, wenn das Kind eine Schul- oder Berufsausbildung macht oder ein Studium absolviert oder sich 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 Ausbildung in Ermangelung eines Ausbildungsplatzes nicht aufnehmen oder fortsetzen kann und
 - weiterbezahlt, wenn das Kind wegen einer vor dem 25. Lebensjahr eingetretenen körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung nicht in der Lage ist, für seinen Lebensunterhalt selbst aufzukommen.

Volljährige Kinder (18 Jahre und älter) können nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums nur berücksichtigt werden, wenn sie nicht berufstätig sind (selbstständig oder angestellt arbeiten). Dies gilt nicht für eine Erwerbstätigkeit mit bis zu 20 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit, ein Ausbildungsdienstverhältnis oder geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (Minijobber).

Für Kinder, für die Sie, Ihr Ehepartner oder eine andere Person, mit der sich Ihr Kind in einer Eltern-Kind-Beziehung befindet (z. B. Pflegeeltern) bereits eine dem Kindergeld vergleichbare Leistung erhalten, wird kein Kindergeld bzw. Kindergeld nur in Höhe des Differenzbetrages bezahlt.

Das Kindergeld ist komplett steuerfinanziert. Hierfür werden keine Beiträge bezahlt.

**Bemerkung zum Vereinigten Königreich: Jeder Fall muss einzeln geprüft werden, um festzustellen, ob eine Person entweder in den Anwendungsbereich von Artikel 30 des Austrittsabkommens fällt und somit die EU-Koordinierungsverordnungen gelten, oder ob die Person in den Anwendungsbereich von den in Artikel 32 des Austrittsabkommens beschriebenen Situationen und/oder von den nationalen Rechtsvorschriften und vom Handels- und Kooperationsabkommen beigefügten Protokoll über die Koordinierung der sozialen Sicherheit fällt.*

Elterngeld (Basiselterngeld und ElterngeldPlus):

Das Elterngeld erhalten Mütter und/oder Väter, die mit ihrem Kind in einem Haushalt leben, ihr Kind selbst betreuen und erziehen und nicht oder nur eingeschränkt (bis zu 32 Stunden in der Woche) erwerbstätig sind. Basiselterngeld kann bis zum vollendeten 14. Lebensmonat des Kindes gezahlt werden. Neben dem Basiselterngeld können Eltern auch das ElterngeldPlus beanspruchen. ElterngeldPlus wird für den doppelten Zeitraum gezahlt: ein Elterngeldmonat = zwei Elterngeld Plus-Monate. Arbeiten beide Eltern parallel in zwei, drei oder vier aufeinander folgenden Monaten durchschnittlich zwischen 24-32 Wochenstunden, erhält jeder Elternteil für diese Monate zusätzliche Monatsbeträge ElterngeldPlus (Partnerschaftsbonus).

Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, die das Kind nach der Geburt betreuen (auch wenn es nicht ihr eigenes ist), können unter denselben 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 (adoptierte) Kinder und mit dem Ziel der Annahme aufgenommene Kinder (Adoptionspflegekinder) kann ebenfalls Elterngeld gezahlt werden. Maßgeblich für den Beginn des Anspruchs auf Elterngeld ist statt des Zeitpunkts der Geburt der Zeitpunkt der Aufnahme des Kindes in den Haushalt der berechtigten Person. Der Anspruch endet, sobald das Kind das achte Lebensjahr vollendet.

Unterhaltsvorschuss

Unterhaltsvorschuss erhalten Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland, die bei einem alleinerziehenden Elternteil leben, wenn sie keinen oder keinen regelmäßigen Unterhalt vom anderen Elternteil erhalten. Der Unterhaltsvorschuss wird

längstens bis zum 18. Geburtstag gezahlt. Für Kinder von 12 bis 17 Jahren ist Voraussetzung, dass das Kind nicht auf Bürgergeld angewiesen ist oder der alleinerziehende Elternteil im Bürgergeld-Bezug ein eigenes Einkommen von mindestens 600 EUR brutto erzielt. Einkommen des Kindes (zum Beispiel Ausbildungsvergütung) wird unter bestimmten Voraussetzungen auf den Unterhaltsvorschuss angerechnet.

Für Kinder unter 12 Jahren bleibt das Einkommen des alleinerziehenden Elternteils unerheblich. Der Unterhaltsvorschuss richtet sich nach der Höhe des gesetzlichen Mindestunterhalts abzüglich des vollen Kindergeldes für ein erstes Kind. Kinder haben grundsätzlich auch einen Anspruch auf Unterhaltsvorschuss, wenn der betreuende Elternteil mit einem neuen Partner in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft zusammenlebt. Sind der leibliche Elternteil, bei dem das Kind lebt, und der Stiefelternteil verheiratet, besteht allerdings kein Anspruch auf Unterhaltsvorschuss.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Leistungen:

Für jedes Kind werden monatlich 250 EUR Kindergeld gezahlt.

Elterngeld (Basiselterngeld und ElterngeldPlus):

Ein Elternteil kann mindestens für zwei Monate (Mindestbezugszeit) und höchstens für 12 Monate Basiselterngeld erhalten. Beide Eltern haben grundsätzlich gemeinsam Anspruch auf insgesamt 12 Monate Basiselterngeld. Zwei weitere Monate lang erhalten Eltern das Elterngeld, wenn beide Partner für die Kindererziehung auf Erwerbseinkommen verzichten (Partnermonate). Alleinerziehende, bei denen sich für zwei Bezugsmonate das Erwerbseinkommen mindert, können das Basiselterngeld als Einkommensersatz für bis zu 14 Monate erhalten.

Das Basiselterngeld beträgt ungefähr zwei Drittel des vorhergehenden Nettoeinkommens. Geringverdienende bekommen bis zu 100% ihres letzten Nettoeinkommens. Insgesamt sind es mindestens 300 EUR (einkommensunabhängig) im Basiselterngeldbezug und 150 EUR im ElterngeldPlusbezug. Das Basiselterngeld beträgt höchstens 1.800 EUR und das ElterngeldPlus höchstens 900 EUR monatlich. Familien mit mehreren kleinen Kindern können einen Geschwisterbonus in Höhe von 10%, mindestens aber 75 EUR im Monat im Basiselterngeldbezug und 37,50 EUR im ElterngeldPlusbezug erhalten. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Basiselterngeld um 300 EUR bzw. im ElterngeldPlus um 150 EUR für jedes weitere Mehrlingsgeschwisterkind.

Das Elterngeld Plus berechnet sich wie das Basiselterngeld, beträgt aber maximal die Hälfte des Elterngeldbetrags, der Eltern ohne Teilzeiteinkommen nach der Geburt zustünde. Dafür wird es für den doppelten Zeitraum gezahlt: ein Elterngeldmonat = zwei Elterngeld Plus-Monate.

Arbeiten beide Eltern parallel in zwei, drei oder vier aufeinander folgenden Monaten durchschnittlich zwischen 24-32 Wochenstunden, erhält jeder Elternteil für diese Monate zusätzliche Monatsbeträge Elterngeld Plus (Partnerschaftsbonus). Wie Elternpaare können Alleinerziehende für zwei, drei oder vier weitere Monate Elterngeld Plus beziehen, wenn sie in mindestens in zwei, drei oder vier aufeinanderfolgenden Monaten zwischen 24 und 32 Wochenstunden arbeiten.

Unterhaltsvorschuss

Der Unterhaltsvorschuss beträgt für Kinder von bis zu fünf Jahren bis zu 187 EUR monatlich und für Kinder von 6 Jahren bis 11 Jahren bis zu 252 EUR monatlich. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beträgt der Unterhaltsvorschuss 338 EUR monatlich.

Der Unterhaltsvorschuss wird, solange die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, bis zur Volljährigkeit des Kindes gezahlt (18. Geburtstag).

Antragsformulare

Kindergeld erhalten Sie nur, wenn Sie es schriftlich bei der Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit beantragt haben.

Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen (z. B. die Beendigung der Berufsausbildung des Kindes) müssen Sie der Familienkasse unaufgefordert mitteilen.

Die Antragsformulare erhalten Sie bei Ihrer Familienkasse oder unter <http://www.familienkasse.de>. Die für Sie zuständige Stelle finden Sie unter <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/kindergeld> sowie auch unter <https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns/ansprechpartner>.

Auch das Elterngeld bekommen Sie nur, wenn Sie es schriftlich bei der Elterngeldstelle beantragt haben. Die für Sie zuständige Stelle sowie die Antragsformulare finden Sie unter <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/elterngeld>

Anträge auf den Unterhaltsvorschuss gibt es bei den örtlichen Jugendämtern.

Ihre Rechte

Beratungen in sozialrechtlichen Fragen bieten unter anderem die Gewerkschaften kostenlos für ihre Mitglieder. Gemeinnützige Vereine wie die Arbeitslosenzentren helfen Bedürftigen mit den Formularen und begleiten sie bei Bedarf auch zu den Ämtern.

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- [Sozialleistungen für Familien: Ihre Rechte als EU-Bürger/in im Ausland](#)

Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Kindergeld erhalten Sie bei Ihrer Familienkasse oder unter <http://www.familienkasse.de>. Die für Sie zuständige Stelle finden Sie unter <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/kindergeld> . sowie auch unter <https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns/ansprechpartner>.

Informationen zum Elterngeld erhalten Sie von Ihrer zuständigen Elterngeldstelle. Auch das Elterngeld bekommen Sie nur, wenn Sie es schriftlich bei der Elterngeldstelle beantragt haben. Die für Sie zuständige Stelle finden Sie unter <https://familienportal.de/action/familienportal/125008/action/sucheSuche> | [Familienportal des Bundes](#).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>.

Das Bundeszentralamt für Steuern finden Sie unter <http://bzst.de>.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finden Sie unter <http://www.bmfsfj.de>.

Unterhaltsvorschuss erhalten Sie nur, wenn Sie ihn schriftlich bei dem zuständigen Jugendamt beantragt haben. Die für Sie zuständige Stelle finden Sie unter <https://familienportal.de>

Gesundheit

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Ansprüche auf Leistungen im Pflegefall: Die gesetzliche Pflegeversicherung bezahlt pflegebedürftigen Menschen auf Antrag Pflegeleistungen bzw. pflegebedingte Aufwendungen.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Die gesetzliche Pflegeversicherung bezahlt pflegebedürftigen Menschen auf Antrag Pflegeleistungen bzw. pflegebedingte Aufwendungen.

Alle gesetzlich oder privat Krankenversicherten sind entsprechend in der gesetzlichen oder der privaten Pflegepflichtversicherung pflichtversichert.

Anspruchsvoraussetzungen

Leistungen der Pflegeversicherung (SPV) bekommt nur, wer mindestens zwei Jahre lang Beiträge bezahlt hat oder mindestens zwei Jahre lang familienversichert war (Wartezeit) und pflegebedürftig ist.

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst (MD) oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Bei privat Versicherten beauftragt das private Versicherungsunternehmen Gutachter des Medizinischen Dienstes von MEDICPROOF.

Gutachter (Pflegefachkräfte/Ärzte) besuchen dazu den/die Antragsteller/in und prüfen im Rahmen der Begutachtung die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den sechs Lebensbereichen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Für jedes Kriterium in den genannten sechs Lebensbereichen wird der Grad der Selbstständigkeit, anhand eines Punktwerts ermittelt. Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht:

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

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird. Der Medizinische Bund konkretisiert die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen in den Begutachtungs-Richtlinien.

Gerade ältere Menschen wollen sich vor Fremden gerne „von ihrer besten Seite zeigen“ und stellen sich deshalb in der Begutachtungssituation als selbstständiger dar, als sie es sind. Für den Gutachter und seine Einschätzung und gutachterlichen Wertung ist es daher wichtig, dass bei der Begutachtung die Pflegeperson (z.B. der Ehepartner) oder die zuständige Pflegekraft (z.B. ambulanter Pflegedienst) anwesend sind und Auskunft geben können.

Pflegeleistungen aus der Sozialhilfe: Wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und daher der Hilfe durch andere bedarf, hat Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“, soweit sie zugleich finanziell bedürftig sind und keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften (insbesondere nach dem SGB XI) erhalten. Diese wird aber nur geleistet, wenn der Pflegebedürftige die Pflegeleistungen weder selbst tragen kann noch sie von anderen – z.B. der Pflegeversicherung – erhält.

Daneben übernimmt die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige und sonstige nicht erwerbsmäßig Pflegende unter bestimmten Voraussetzungen die Rentenversicherungsbeiträge, Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und weitere Unterstützungsleistungen wie Beratung oder kostenlose Schulungskurse. Pflegepersonen sind unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei in der Unfallversicherung versichert.

Sachleistungen:

Die Pflegeversicherung bezahlt je nach Pflegegrad des Antragstellers bis zur Höhe der festgesetzten Sachleistungsbeträge:

- ambulante Pflegedienste, Einzelpflegekräfte oder ambulante Betreuungsdienste, die den Pflegebedürftigen zu Hause pflegen und betreuen sowie im Haushalt unterstützen
- teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege.

Die Unterstützung richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Bei Bedarf bekommen die Antragssteller/innen bei häuslicher Pflege Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe oder ein Pflegebett) oder Maßnahmen zur pflegerechten Verbesserung des Wohnumfeldes (wie bspw. Umbauten in der Wohnung) bezahlt oder bezuschusst.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden so lange wie die Voraussetzungen vorliegen bezahlt. Verschlechtert sich der Zustand des/der Pflegebedürftigen, kann beim Medizinischen Dienst eine Überprüfung des Pflegegrades beantragt werden.

Pflegeleistungen aus der Sozialhilfe: Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weitestgehend den Leistungsarten der gesetzlichen Pflegeversicherung, sind aber in der Höhe nicht begrenzt. Sie sind im Falle der finanziellen Bedürftigkeit bedarfsdeckend zu erbringen.

Geldleistungen:

Die Versicherten dürfen zwischen Geld- und Sachleistungen wählen: Statt in ein Heim zu ziehen oder die Pflegesachleistung zur Bezahlung des Pflegedienstes zu nutzen, können die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen die Pflege auch selbst organisieren. Dann zahlt die Pflegekasse ein Pflegegeld.

Wer möchte, kann die von der Versicherung vermittelten und bezahlten Pflegedienste und -hilfen auch nur teilweise in Anspruch nehmen und einen Teil der Pflege selbst organisieren. Dafür zahlt die Pflegekasse neben den anteiligen Pflegesachleistungen ein anteiliges Pflegegeld (Kombinationsleistung).

Wer Pflegesachleistungen oder Pflegegeld für die häusliche Pflege bezieht, hat (ab Pflegegrad 2) daneben Anspruch auf Tages-/Nachtpflege in einer Einrichtung.

Für zusätzliche private Pflegeversicherungen kann man einen staatlichen Zuschuss von jährlich bis zu 60 EUR bekommen, wenn die Zusatzversicherung bestimmten gesetzlichen Vorgaben entspricht.

Pflegeleistungen aus der Sozialhilfe: Das Pflegegeld der Hilfe zur Pflege entspricht in der Höhe dem Pflegegeld der sozialen Pflegeversicherung.

Antragsformulare

Wer bei einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert ist, hat dort automatisch auch eine Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung ist organisatorisch in den Krankenkassen angesiedelt. Jeder Krankenkasse ist eine Pflegekasse angeschlossen. Dort beantragen die Versicherten die Unterstützung aus der Pflegeversicherung. Die Pflegekassen haben hierzu Antragsformulare entwickelt, die oft auch im Internet abrufbar sind; der Antrag kann aber auch formlos erfolgen.

Privat Versicherte müssen bei ihrer Krankenversicherung eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Die privaten Versicherungsunternehmen bieten außerdem freiwillige Pflegezusatzversicherungen an. Hier gibt es sehr viele verschiedene Angebote zu unterschiedlichen Bedingungen und Preisen.

Seit 2013 gibt es zudem die Möglichkeit, eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abzuschließen. An diese geförderte Form der Pflegevorsorge sind bestimmte gesetzliche Bedingungen geknüpft. Beispielsweise sind Gesundheitsprüfungen ausgeschlossen, ein Versicherer darf niemanden, der bislang noch nicht pflegebedürftig gewesen ist, wegen Vorerkrankungen oder seinem Alter ablehnen.

Ihre Rechte

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Nähere Auskunft und Beratung erhalten Sie bei Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse und bei den Pflegeberatungsstellen der Landkreise, Städte und Gemeinden. Eine Liste der gesetzlichen Krankenkassen und viele weitere Informationen zum Thema finden Sie unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/> auf den Seiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Krankenversicherung:

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

Das Bundesministerium für Gesundheit finden Sie unter <http://www.bmg.bund.de>

Die Sachleistungen der Krankenversicherung bei Krankheit

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Regel entweder als Geld- oder als Sachleistung erbracht. Versicherte der GKV können sich gegen Vorlage ihrer Versichertenkarte bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt behandeln lassen. Sie erhalten die medizinisch notwendige Behandlung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in der Regel als Sachleistung.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Regel entweder als Geld- oder als Sachleistung erbracht. Versicherte der GKV können sich gegen Vorlage ihrer Versichertenkarte bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt behandeln lassen. Sie erhalten die medizinisch notwendige Behandlung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in der Regel als Sachleistung.

Anspruchsvoraussetzungen

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der Regel entweder als Geld- oder als Sachleistung erbracht. Versicherte der GKV können sich gegen Vorlage ihrer Versichertenkarte bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt behandeln lassen. Sie erhalten die medizinisch notwendige Behandlung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in der Regel als Sachleistung.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen derzeit u.a.:

Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten:

- Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (aktuell 10 Untersuchungen zu vorgegebenen Zeiträumen bis zum 6. Lebensjahr, sowie eine Untersuchung zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr).
- Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (sog. Check-up): Gesetzlich Versicherte haben im Alter von 18- bis 34 Jahren einmalige und ab 35 Jahre alle drei Jahre Anspruch auf einen Check-up. Er dient der Erfassung von gesundheitlichen Risiken und der Früherkennung häufiger Krankheiten z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2. Bei Bedarf können zertifizierte Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention, z.B. zur Förderung von Bewegung oder zur Rauchentwöhnung ärztlich empfohlen werden.
- Einmalige Untersuchung auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C als Bestandteil des „Check-up“ für Versicherte ab 35 Jahren.
- Einmaliges Ultraschall-Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen (krankhafte Erweiterung der Bauchschlagader) für Männer ab 65 Jahren.
- Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs für Frauen ab 20 Jahre. Anspruchsberechtigte gesetzlich versicherte Frauen werden seit Januar 2020 alle fünf Jahre schriftlich von ihrer jeweiligen Krankenkasse über die Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung informiert (20 bis 34 Jahre: jährlich zytologischer Abstrich (Pap-Abstrich) / ab 35 Jahre: alle drei Jahre Kombinationsuntersuchung aus Pap-Abstrich und Test auf Humane Papillomviren – HPV-Test; zusätzlich ab 30 Jahre: ärztliche Tastuntersuchung jährlich zur Früherkennung von Brustkrebs).
- Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen von 50 bis 69 Jahre. Die anspruchsberechtigten Frauen werden alle zwei Jahre schriftlich von einer „Zentralen Stelle“ zu dieser Röntgen-Untersuchung eingeladen.

- Früherkennung von Prostatakrebs für Männer ab 45 Jahre: Jährliche Tastuntersuchung.
- Programm zur Früherkennung von Darmkrebs für Frauen und Männer ab 50 Jahre: Anspruchsberechtigte gesetzlich Versicherte werden seit Juli 2019 alle fünf Jahre schriftlich von ihrer jeweiligen Krankenkasse über die Darmkrebsfrüherkennung informiert (regelmäßiger immunologischer Stuhlbluttest oder zweimalige Früherkennungs-Darmspiegelung im Abstand von 10 Jahren).
- Früherkennung von Hautkrebs für Frauen und Männer ab 35 Jahre: Alle zwei Jahre Betrachtung der gesamten Haut mit bloßem Auge, bei Bedarf auch unter Zuhilfenahme eines Auflichtmikroskops (beleuchtete Handlupe).

Einen Überblick über alle Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene finden Sie auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/>.

Medizinische Versorgung:

Versicherte haben Anspruch auf Behandlung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Fachärztinnen und Fachärzte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel:

Die Krankenkasse übernimmt grundsätzlich die Kosten für Arzneimittel, die eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt auf Kassenrezept verordnet hat. Die Versicherten bezahlen für die meisten Medikamente 10% des Verkaufspreises selbst (Zuzahlung), die Zuzahlung beträgt dabei mindestens 5 EUR und höchstens jedoch 10 EUR. Die Zuzahlung darf dabei nicht höher sein als der Preis des Arzneimittels. Es gibt eine Belastungsgrenze. Kinder unter 18 Jahren sind von der Arzneimittelzuzahlung befreit.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht erstattet. Dies gilt nicht für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr. Erstattet werden ausnahmsweise nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die der „Gemeinsame Bundesausschuss“ als Therapiestandard für schwerwiegende Erkrankungen anerkannt hat.

Medikamente gegen Erkältungen und grippale Infekte, einschließlich Schnupfen- und Schmerzmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Mund- und Rachentherapeutika, (ausgenommen bei Pilzinfektionen), Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit, müssen Sie komplett selbst bezahlen.

Außerdem bezahlt die Krankenkasse keine Medikamente, „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“. Gemeint sind damit z.B. Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Steigerung der sexuellen Potenz oder zur Verbesserung des Haarwuchses. Fragen Sie bei Bedarf Ihre Krankenkasse nach möglichen Ausnahmen von dieser Regel.

Die Versicherten haben darüber hinaus das Recht auf von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt verschriebene Heilmittel wie Physiotherapie (Krankengymnastik), Logopädie, Ergotherapie oder podologische Behandlungen (professionelle Fußpflege). Logopädie kann auch von Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Hier müssen die Patienten 10% der Kosten zuzüglich 10 EUR für jede Verordnung (Rezept) selbst bezahlen.

Die Krankenkasse übernimmt teilweise auch die Kosten für medizinisch notwendige Hörhilfen (z. B. Hörgeräte), Prothesen und ähnliche Hilfsmittel. Für Sehhilfen wie Brillen oder Kontaktlinsen erhalten Erwachsene in der Regel unter bestimmten Voraussetzungen nur noch einen Zuschuss in Form eines Festbetrags. Damit sich die Krankenkasse an den Kosten für solche Hilfsmittel beteiligt, sollten Sie diese bei der Krankenkasse beantragen, BEVOR Sie sie kaufen. Einen Teil der Kosten müssen die Versicherten selbst bezahlen: Die Zuzahlung für Hilfsmittel beträgt 10% des Preises, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR, für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel maximal 10 EUR für den

gesamten Monatsbedarf. Informationen finden Sie auf der Website des GKV-Spitzenverbands(www.gkv-spitzenverband.de).

Zahnbehandlung:

Zahnmedizinisch notwendige konservierende (erhaltende) und chirurgische Behandlungen werden von den Krankenkassen normalerweise übernommen.

Die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird nicht von den Krankenkassen übernommen. Für Versicherte unter 18 Jahren bezahlen die Kassen medizinisch notwendige kieferorthopädische Standard-Behandlungen (Verhütung und Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen zum Beispiel mit Zahnspangen) aus ihrem Leistungsumfang komplett. 20% der Behandlungskosten müssen als Eigenanteil zunächst selbst übernommen werden, diese Kosten werden nach Abschluss der Behandlung erstattet.

Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Eigenanteil für das zweite und jedes weitere Kind 10%. Die Kassen erstatten diesen Eigenanteil nach Abschluss der Behandlung.

Für Zahnersatz und Zahnkronen erhalten die Versicherten - je nach Befund der Zahnärztin oder des Zahnarztes - einen Zuschuss von 60% der Kosten für die vom „Gemeinsamen Bundesausschuss“ festgelegte „Regelversorgung“. Wer mindestens einmal jährlich zur Zahnärztin oder zum Zahnarzt geht und dies mit dem Bonusheft 10 Jahre lang lückenlos nachweist, bekommt zusätzlich bis zu 75% der Kosten für Zahnersatz von der Krankenkasse bezahlt.

Versicherte mit geringem Einkommen erhalten die medizinisch notwendige Regelversorgung kostenlos. Darüber hinaus verhindert die sogenannte gleitende Härtefallregelung, dass Versicherte nicht „unzumutbar belastet“ werden.

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe:

Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte neben der ärztlichen Versorgung, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Dieser Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person, den Kranken nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Krankenkassen bestimmen in ihren Satzungen, ob und wie sie häusliche Krankenpflege auch in weiteren Fällen bezahlen.

Wenn Sie sich wegen einer Krankenhausbehandlung oder einer Krankheit nicht selbst versorgen können und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann, bezahlt die Krankenkasse eine Haushaltshilfe. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe auch, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Erkrankung oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist (längstens für vier Wochen, der Anspruch verlängert sich auf 26 Wochen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist).

Eine Haushaltshilfe übernimmt die Krankenkasse für längstens vier Wochen, wenn:

- Sie so krank sind, dass Sie selbst nicht mehr einkaufen, putzen, waschen oder die andere Hausarbeit erledigen können und
- in Ihrem Haushalt ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes Kind lebt, das von keiner anderen Person im Haushalt versorgt werden kann.

Krankenhausbehandlung:

Alle Krankenkassen müssen auch die Behandlung im Krankenhaus bezahlen, wenn eine Ärztin oder ein Arzt sie für erforderlich hält. Für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr haben Sie eine Zuzahlung von 10 EUR für jeden Tag zu leisten.

Fahrkosten:

In besonderen Ausnahmefällen und bei zwingender medizinischer Notwendigkeit zahlen die Krankenkassen auch die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrten (Fahrkosten) zu einer ambulanten Behandlung etwa bei der Ärztin oder beim Arzt oder im Krankenhaus. Diese Fahrten müssen ärztlich verordnet worden sein und es bedarf grundsätzlich einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. 10% der Fahrkosten müssen die Versicherten selbst bezahlen (Eigenanteil), mindestens 5 EUR und höchstens 10 EUR pro Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

Sachleistungen bei Krankheit:

Bevor eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt Sie auf Kosten der Krankenkasse behandelt, müssen Sie Ihre Krankenversichertenkarte („elektronische Gesundheitskarte“) vorlegen. In dringenden Fällen werden Sie auch ohne diese Karte behandelt. Dann müssen Sie diese spätestens nach 10 Tagen in der Praxis vorlegen.

90% aller niedergelassenen (Zahn-)ärztinnen und (Zahn-)ärzte mit eigener Praxis haben eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Nur mit dieser dürfen sie Patientinnen und Patienten auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen außerdem medizinische Versorgungszentren (MV), ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen teil. Eine Liste der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in Ihrer Umgebung bekommen Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Wenn nötig, überweist Sie Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt an eine Fachärztin oder einen Facharzt, ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung.

In Deutschland wird die Krankenversicherung von zwei unterschiedlichen Systemen getragen: der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV).

Von der Versicherungspflicht in der GKV werden insbesondere folgende Personengruppen erfasst:

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 520 EUR monatlich beträgt, aber die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte gelten besondere Regelungen.
- Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III sowie - unter bestimmten Voraussetzungen - Bürgergeld-Bezieher.
- Auszubildende und Studierende unter bestimmten Voraussetzungen sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten.
- Rentnerinnen und Rentner, sofern bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind.
- Land- und forstwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie Altenteiler in der Landwirtschaft.
- Menschen mit Behinderungen (in Werkstätten oder Heimen).
- Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten.

Kinder, Ehegatten und eingetragene Lebenspartner von Mitgliedern können beitragsfrei familienversichert werden, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und über ein Gesamteinkommen verfügen, das eine bestimmte Einkommensgrenze (im Jahr 2023: 485 EUR monatlich) nicht regelmäßig überschreitet. Voraussetzung für die Familienversicherung ist auch, dass die Angehörigen nicht

anderweitig versicherungspflichtig, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Wer aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheidet, kann sich in der Regel als freiwilliges Mitglied in der GKV weiterversichern.

Für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, besteht eine Pflicht zur Versicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, generell seit 01.01.2009 nach bestimmten Vorschriften.

Versicherungsbeiträge:

Die GKV finanziert sich durch Beiträge und einen Bundeszuschuss. Die Beiträge, dazu zählen auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge der Krankenkassen, bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei Pflichtversicherten sind dies Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrenten) sowie Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Freiwillige Mitglieder zahlen darüber hinaus Beiträge aus sonstigen Einnahmen wie z.B. aus Kapitaleinkünften oder aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.

Sowohl bei pflichtversicherten als auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 4.987,50 EUR im Monat beziehungsweise 59.850 EUR im Jahr (Stand 2023) berücksichtigt. Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6% der beitragspflichtigen Einnahmen. Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern beziehungsweise Rentnerinnen und Rentnern übernehmen Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger davon jeweils die Hälfte. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0% der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, können darüber hinaus von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger beteiligen sich hälftig am Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitragssatz kann von Krankenkasse zu Krankenkasse variieren. Eine Übersicht über die aktuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen finden sie auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter www.gkv-spitzenverband.de. Soweit eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmalig erhebt oder ihren Zusatzbeitragssatz erhöht, steht den Mitgliedern die Möglichkeit offen, ihre Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Sonderkündigungsregeln zu wechseln. Mitversicherte Kinder oder Partner (Familienversicherte) zahlen keinen Zusatzbeitrag. Bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern wird der Zusatzbeitragssatz direkt vom Arbeitgeber an die Krankenkassen abgeführt. Bei Sozialhilfeempfängern und Beziehern einer Grundsicherung übernehmen die zuständigen Ämter den Zusatzbeitrag.

Fachsprache übersetzt

- Arbeitsentgelt: Ihr regelmäßiger Lohn oder Ihr regelmäßiges Gehalt
- Krankenversicherungskarte (elektronische Gesundheitskarte): Ein Ausweis im Scheckkartenformat, den Sie von Ihrer Krankenkasse bekommen. Darauf sind alle wichtigen Daten gespeichert
- Satzung: Regeln, die sich Organisationen (z. B. die Krankenkassen) nach den gesetzlichen Vorgaben selbst geben

Antragsformulare

Die Kosten für die Behandlung beim Arzt und im Krankenhaus bezahlen die Krankenkassen direkt an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt oder das Krankenhaus, wenn Sie in der Praxis oder in der Klinik vorher Ihre Krankenversichertenkarte vorgelegt haben. Geld für manche Zahnbehandlungen müssen Sie vorher bei Ihrer Krankenkasse beantragen.

Hierüber informiert Sie Ihre behandelnde Vertragszahnärztin oder Ihr behandelnder Vertragszahnarzt.

Ihre Rechte

Die folgend verlinkten Seiten sind keine Seiten der Europäischen Kommission und geben nicht deren Ansicht wider:

- Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder telefonisch und im Internet über ihre Rechte und Ansprüche. Wenn Sie mit einer Entscheidung Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie sich bei unabhängigen Patientenberatungsstellen Rat holen. Diese unterstützen Sie auch bei Problemen nach ärztlichen Behandlungsfehlern.
<http://www.patientenberatung.de>

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- http://europa.eu/youreurope/citizens/health/index_de.htm

Weitere Informationen

Versicherungspflichtige oder freiwillige Mitglieder können grundsätzlich frei wählen, welcher gesetzlichen Krankenkasse sie angehören möchten. Die 97 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland können sich u.a. in ihren Service- und Zusatzleistungen (Satzungsleistungen) voneinander unterscheiden. Auch die Höhe des Zusatzbeitrages einer Krankenkasse kann ein wichtiges Kriterium für die Wahl einer Krankenkasse sein. Es lohnt sich daher, die verschiedenen Angebote zu vergleichen. Für Landwirte gibt es eine eigene Krankenkasse.

Eine Liste der gesetzlichen Krankenkassen und viele weitere Informationen zum Thema finden Sie unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/> auf den Seiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Krankenversicherung:

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

Das Bundesministerium für Gesundheit finden Sie unter <http://www.bmg.bund.de>

Der Arbeitgeber berechnet für pflichtversicherte Arbeitnehmer die Beiträge zur Sozialversicherung (also den Beitrag zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) und führt den gesamten Beitrag im Lohnabzugsverfahren an die Krankenkasse ab, die die Beiträge wiederum an die anderen Sozialversicherungsträger weiterleitet. Der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 14,6%. Bei pflichtversicherten Arbeitnehmern werden die Beträge hälftig vom Arbeitgeber (7,3%) und hälftig vom Arbeitnehmer (7,3%) getragen. Hinzu kommt der individuelle Zusatzbeitragssatz, den die Krankenkassen erheben können.

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung beträgt 3,05%. Kinderlose Versicherte ab dem Jahrgang 1940 zahlen ab dem vollendeten 23. Lebensjahr zusätzlich 0,35%.

Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren Arbeitsentgelt in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis die geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) übersteigt, endet mit Ablauf des Kalenderjahres, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2023 bei einem Jahresarbeitsentgelt von 66.600 EUR. Endet hierdurch die Versicherungspflicht Beschäftigter, haben die Betroffenen grundsätzlich die Möglichkeit, als

freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben oder in eine private Krankenversicherung zu wechseln.

Die Ämter und Sozialversicherungsträger (die Adressen finden Sie am Ende des jeweiligen Kapitels) beraten Sie und informieren über Ihre Rechte und Ansprüche. Einen Überblick sowie weiterführende Links bietet die Internetseite <http://www.deutsche-sozialversicherung.de> mit vielen weiterführenden Links.

Beratungen in sozialrechtlichen Fragen bieten außerdem zum Beispiel die Gewerkschaften kostenlos für ihre Mitglieder. Gemeinnützige Vereine wie die Arbeitslosenzentren helfen Bedürftigen mit den Formularen und begleiten sie bei Bedarf auch zu den Ämtern.

Für Bürgerinnen und Bürger anderer EU-Mitgliedstaaten haben die Versicherungsträger eigene Informationsstellen (siehe Anhang) in Deutschland eingerichtet. Diese beantworten Fragen zur Sozialversicherung in Deutschland und anderen EU-Staaten.

Die Gesetze des Bundes finden Sie unter <http://www.gesetze-im-internet.de>. Unter <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/inhalt.html> hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Suchmaschine ins Netz gestellt, die zu Stichworten Gesetze und Verordnungen durchsucht.

Die Geldleistungen der Krankenversicherung bei Krankheit

Neben den Sachleistungen wie z.B. medizinisch notwendige Behandlung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zahlt die gesetzliche Krankenversicherung bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit Krankengeld.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Sie als abhängig Beschäftigter längere Zeit arbeitsunfähig sind, erhalten Sie nach der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber Krankengeld von der Krankenkasse.

Anspruchsvoraussetzungen

Wer über die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers hinaus arbeitsunfähig krank ist, erhält von der Krankenkasse Krankengeld.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall besteht erst nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer eines Arbeitsverhältnisses. Erst dann zahlt Ihnen der Arbeitgeber für höchstens sechs Wochen den Lohn weiter, wenn Sie wegen Krankheit nicht arbeiten können („Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall“).

Sind Sie auch nach der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers wegen Ihrer Krankheit noch nicht arbeitsfähig, erhalten Sie Krankengeld von der Krankenkasse. Es beträgt 70 % Ihres letzten regelmäßigen Arbeitsentgelts (Regelentgelt), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoarbeitsentgelts.

Das Krankengeld bekommen Sie bis zum Ende der ärztlich nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit. Wegen derselben Krankheit wird das Krankengeld jedoch höchstens für 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren gezahlt. Nach Ablauf dieser 3 Jahre können Sie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld für dieselbe Krankheit für weitere drei Jahre erhalten.

Andere Sozialleistungen wie eine Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente oder Zahlungen von Sozialkassen aus anderen Ländern vermindern das Krankengeld.

Wenn Sie krank sind und deshalb nicht zur Arbeit kommen können, müssen Sie dies Ihrem Arbeitgeber sofort mitteilen. Fehlen Sie länger als drei Tage, müssen Sie eine ärztliche Bescheinigung über Ihre Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) vorlegen.

Der Arbeitgeber kann die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über Ihre Arbeitsunfähigkeit auch früher verlangen.

Krankengeld bekommen Sie grundsätzlich ab dem Tag, an dem eine Ärztin oder ein Arzt Ihre Krankheit bestätigt hat und nur so lange, wie die Krankschreibung gilt. Einladungen zu ärztlichen Untersuchungen müssen Sie wahrnehmen. Kommen Sie trotz eines Termins nicht zu Ihrer Ärztin oder zu Ihrem Arzt, kann die Zahlung des Krankengeldes eingestellt werden.

Wenn Sie andere Leistungen beziehen (etwa eine Rente) oder wenn Ihre Krankheit durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit entstanden ist, müssen Sie dies Ihrer Krankenkasse mitteilen. Während Sie krankgeschrieben sind und Krankengeld erhalten, sollten Sie Deutschland nur mit Zustimmung Ihrer Krankenkasse verlassen, ansonsten kann die Zahlung des Krankengeldes eingestellt werden.

Krankheit Ihres Kindes:

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind und eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind (unter 12 Jahren) eine Erkrankung sowie Beaufsichtigungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf festgestellt hat und niemand anders in Ihrem Haushalt Ihr Kind versorgen kann, zahlt Ihnen die Krankenkasse Krankengeld. Vor dem Hintergrund, dass die Coronapandemie alle vor große Herausforderungen stellt und zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes führt, ist der Kinderkrankengeldanspruch noch bis zum 31. Dezember 2023 ausgeweitet worden. Für jedes Kind bekommen Sie das Krankengeld längstens für 30 Arbeitstage (Alleinerziehende für bis zu 60 Arbeitstage) im Jahr. Für alle Kinder zusammen sind es höchstens 65 Arbeitstage im Jahr, bei alleinerziehenden Versicherten längstens für 130 Arbeitstage im Jahr.

Antragsformulare

Das Krankengeld beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Ihre Rechte

Weitere Informationen über Ihre Rechte und Ansprüche bekommen Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder telefonisch und im Internet über ihre Rechte und Ansprüche. Wenn Sie mit einer Entscheidung Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind können Sie sich bei unabhängigen Patientenberatungsstellen Rat holen:
<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/>.

Eine Liste der gesetzlichen Krankenversicherungen und viele weitere Informationen zum Thema finden Sie unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/> auf den Seiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Krankenversicherung:

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

Das Bundesministerium für Gesundheit finden Sie unter <http://www.bmg.bund.de>

Invalidität

Leistungen bei Invalidität

Ihre Ansprüche bei Erwerbsminderung, Voraussetzungen und Art der Leistungen.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Rentenversicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht mehr voll oder teilweise erwerbstätig sein können, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Rente.

Anspruchsvoraussetzungen

Rente wegen Erwerbsminderung:

Eine Erwerbsminderungsrente bekommen Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen

- nicht mehr mindestens sechs Stunden (teilweise Erwerbsminderung) oder
- nicht mehr mindestens drei Stunden (volle Erwerbsminderung) täglich erwerbstätig sein können.

Um diese Rente zu bekommen, müssen Sie nachweisen, dass Sie

- mindestens 60 Beitragsmonate (Wartezeit), also 5 Jahre in die Rentenversicherung einbezahlt haben und
- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtversicherungsbeiträge bezahlt haben.

Zeiten, in denen Sie arbeitsunfähig krank, arbeitslos, in einer schulischen Ausbildung oder wegen Ihrer Kinder nicht berufstätig waren, zählen bei der Berechnung dieser Zeiten nicht mit, wenn sie nicht auch gleichzeitig Pflichtbeitragszeiten sind. Sie können aber den Fünfjahreszeitraum verlängern.

Andere Regeln gelten für Versicherte, die zuvor durch einen Arbeitsunfall eine Erwerbsminderung erleiden oder in den ersten 6 Jahren nach einer abgeschlossenen Ausbildung voll erwerbsgemindert werden. Hier kann die Wartezeit ggfs. vorzeitig erfüllt sein.

Menschen mit Behinderung:

Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 60 Monaten voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind (z.B. bei schweren angeborenen oder in der Kindheit entstandenen Leiden) haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie 240 Monate mit Beitrags- und Ersatzzeiten erfüllt haben. Als Wartezeit gilt zum Beispiel die Zeit der Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit:

Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind und die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, bekommen auch dann eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie in ihrem bisherigen qualifizierten oder einem anderen zumutbaren Beruf keine sechs Stunden täglich mehr arbeiten können (Berufsunfähigkeitsrente).

Hinzuverdienstgrenze:

Wenn Sie neben dem Bezug Ihrer Erwerbsminderungsrente arbeiten, kann Ihr Einkommen möglicherweise die Höhe der Rente verringern oder die Rente evtl. gar nicht mehr gezahlt werden. Deshalb sollten Sie sich von Ihrem Rentenversicherungsträger beraten lassen, bevor Sie als Erwerbsminderungsrentner/in eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufnehmen.

Sonderregelung für Bergleute:

Bergleute gelten als vermindert berufsfähig, wenn sie

- ihre bisherige oder eine vergleichbare Arbeit wegen Krankheit oder Behinderung nicht mehr ausüben und
- keinem vergleichbaren Beruf außerhalb des Bergbaus nachgehen können.

Bergleute über 50 Jahre können eine Rente bekommen, wenn sie keine Beschäftigung mehr ausüben, die ihrer bisherigen wirtschaftlich gleichwertig ist. Hierfür ist allerdings die Erfüllung einer Wartezeit (s.o.) von 25 Jahren mit ständigen bergbaulichen Arbeiten unter Tage erforderlich. Weiter müssen in den fünf Jahren vor Eintritt der verminderten Erwerbsfähigkeit im Bergbau drei Jahre Pflichtbeitragszeiten aus einer Beschäftigung im Bergbau zurückgelegt sein sowie die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren in der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt sein.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Die Höhe der lohn- und beitragsbezogenen Rente ist grundsätzlich abhängig von der Anzahl der zurückgelegten Versicherungsjahre und von der Höhe der versicherten Entgelte. Neben den Beitragszeiten können sich auch beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten rentensteigernd auswirken. Rente erhalten Sie nur, wenn Sie diese vorher beim Rentenversicherungsträger beantragen.

Leistungen zur Teilhabe:

Wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erhalten oder wiederhergestellt werden kann, bezahlt der Rentenversicherungsträger bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen anstatt einer Rente die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe wie Reha-Maßnahmen, Umschulungen oder Trainingsprogramme (Rehabilitation vor Rente).

Darüber hinaus übernimmt die Rentenversicherung

- Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben,
- Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit,
- Präventionsleistungen und
- stationäre und ambulante Heilbehandlungen für Kinder von Versicherten und Rentnern,

wenn hierdurch ihre gefährdete oder bereits beeinträchtigte Gesundheit gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Gemeint sind damit zum Beispiel medizinische Behandlungen, Anwendungen, Kuren oder Weiterbildungen mit dem Ziel, die Teilnehmer auf eine neue Berufstätigkeit vorzubereiten.

Während einer solchen Leistung zur Teilhabe zahlt die Rentenversicherung den Versicherten und ihren Familien als Ausgleich für den Verlust des Einkommens ein Übergangsgeld. Die Höhe richtet sich nach dem letzten Einkommen des Versicherten. Weiter übernimmt die Rentenversicherung soweit nötig Reisekosten, Kosten für eine Betriebs- oder Haushaltshilfe sowie Kinderbetreuungskosten.

Antragsformulare

Die Antragsformulare bekommen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Ihre Rechte

Weitere Informationen über Ihre Rechte und Ansprüche bekommen Sie beim Rentenversicherungsträger. Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind

- die Deutsche Rentenversicherung Bund <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/>,
- die regionalen Träger der Deutschen Rentenversicherung <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/> und
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See <http://www.kbs.de>,

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind

- die Deutsche Rentenversicherung Bund <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/>,
- die regionalen Träger der Deutschen Rentenversicherung <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/> und
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See www.kbs.de.

Kostenlose Beratung und Information erhalten Sie bei den Trägern der Rentenversicherung. Für die meisten Menschen in Deutschland ist das die Deutsche Rentenversicherung, die in den größeren Städten Büros hat.

Die Adressen finden Sie auf den zuvor genannten Internetseiten.

Telefonische Auskunft erhalten Sie unter der kostenlosen Rufnummer 0800.10004800

Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die gesetzliche Unfallversicherung bezahlt für Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Die gesetzliche Unfallversicherung bezahlt Leistungen nur an ihre Versicherten. Versichert sind Arbeitsunfälle, Unfälle auf dem direkten Weg zur und von der Arbeit sowie die Folgen von Berufskrankheiten, also Krankheiten, die man sich durch Ausübung seines Berufs zugezogen hat.

Anspruchsvoraussetzungen:

In der gesetzlichen Unfallversicherung pflichtversichert sind insbesondere

- Arbeiter und Angestellte
- Auszubildende
- bestimmte Selbstständige
- Kinder in Kindertagesstätten, Kindergärten, und ähnlichen Einrichtungen
- Schüler während des Besuchs allgemein- oder berufsbildender Schulen
- Studierende während der Aus- oder Fortbildung an Hochschulen
- Rehabilitanden (Teilnehmer an Reha-Maßnahmen)
- bestimmte ehrenamtlich Tätige und
- häusliche Pflegepersonen

Für Angestellte, Arbeiter und Auszubildende bezahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Unfallversicherung. Leistungen u.a. für Kinder in Kindertagesstätten, Schüler und Studierende sind steuerfinanziert.

Selbstständige können sich bei den Berufsgenossenschaften freiwillig gegen die Folgen von Arbeitsunfällen versichern. Sie müssen die Beiträge selbst bezahlen.

Die Unfallversicherung übernimmt die Folgekosten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die bei der Ausübung der versicherten Tätigkeit (normalerweise die im Arbeitsvertrag bestimmte Arbeit) passieren und Unfälle auf dem Weg zur und von der versicherten Tätigkeit (Wegeunfälle). Umwege auf dem Weg von und zur Arbeit können unter bestimmten Voraussetzungen versichert sein, Dienstreisen und -fahrten sind im Regelfall versichert.

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die in der Berufskrankheiten-Verordnung bezeichnet sind und die sich Versicherte durch die versicherte Tätigkeit zuziehen. Die Berufskrankheiten-Verordnung listet derzeit 82 anerkannte Berufskrankheiten auf (Kombination aus Listen- und Nachweissystem).

Leistungen aus der Unfallversicherung bekommt der Versicherte nur, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall/der Krankheit sowie zwischen dem Unfall/der Krankheit und dem Gesundheitsschaden besteht. Die versicherte Tätigkeit muss also den Unfall oder die Krankheit und diese den Gesundheitsschaden verursacht haben.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Gegen die Folgen von Arbeitsunfällen sind Arbeiter und Angestellte bei der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Für die meisten Berufe sind dies die Berufsgenossenschaften.

Die Mitarbeiter/innen des öffentlichen Dienstes (Arbeiter und Angestellte bei Bund, Länder und Gemeinden sowie anderen staatlichen Einrichtungen) sind bei den Unfallversicherungsträgern der Städte, Gemeinden, Kreise, Länder und des Bundes (Unfallkassen, Gemeindeunfallversicherungsverbände) versichert.

Zum Ausgleich der durch einen Versicherungsfall entstandenen Gesundheitsschäden erhalten Sie von der Unfallversicherung:

- 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: Dies sind Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur Berufsfindung oder eines Praktikums (Arbeitserprobung), Berufsvorbereitung, Aus- und Weiterbildung oder eine Umschulung.
- Leistungen zur sozialen Teilhabe: 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:

Außerdem bezahlt die Versicherung, wenn nötig

- ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen (Reha-Sport),
- Reisekosten zur Durchführung der Leistungen,
- eine Betriebs- oder Haushaltshilfe und
- Kinderbetreuungskosten (Babysitter, Tagesmutter und ähnliche Hilfen).

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit:

Sind Sie infolge eines Versicherungsfalles pflegebedürftig, bezahlt die Versicherung erforderliche Pflegeleistungen oder Pflegegeld (auch zusätzlich zur Rente).

Für die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie Verletztengeld: Das sind 80% Ihres Bruttolohns vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, aber nicht mehr als Ihr letzter Nettolohn. Die Versicherung bezahlt Ihnen das Verletztengeld im Anschluss an die Lohn-/Gehaltsfortzahlung des Arbeitgebers längstens bis zu 78 Wochen lang. Müssen Sie auf Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes länger als diese Zeit in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen stationären Einrichtung bleiben, erhalten Sie das Verletztengeld bis zu Ihrer Entlassung aus der Klinik.

Während Sie an einer der „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (einer Umschulung, einer Reha-Maßnahme, einer Ausbildung, einem Praktikum oder einem ähnlichen Programm zur Wiederherstellung Ihrer Arbeitsfähigkeit) teilnehmen, wird ein Übergangsgeld gezahlt. Dieses ist etwas niedriger als das Verletztengeld.

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 (MdE) und nach Ihrem Verdienst der letzten zwölf Kalendermonate vor Eintritt des Versicherungsfalles; die Vollrente (100% MdE) beträgt 2/3 des Einkommens.

Hinterbliebenenrenten:

Wenn Ihr Ehe- oder Lebenspartner infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit gestorben ist, erhalten Sie eine Hinterbliebenenrente.

Wenn Sie

- 47 Jahre oder älter oder
- berufs- oder erwerbsunfähig sind oder
- ein waisenrentenberechtigtes Kind erziehen,

zahlt Ihnen die Versicherung eine jährliche Rente in Höhe von 40% des jährlichen Erwerbseinkommens des Verstorbenen.

Sind Sie jünger als 47 Jahre alt und erziehen kein Kind, erhalten Sie zwei Jahre lang eine jährliche Rente in Höhe von 30% des jährlichen Erwerbseinkommens des Verstorbenen. Die Rente wird nach den 2 Jahren weiterbezahlt, wenn

- Ihr Ehegatte vor dem 1. Januar 2002 gestorben ist oder
- einer von Ihnen beiden vor dem 2. Januar 1962 geboren ist und
- Sie vor dem 1. Januar 2002 geheiratet haben.

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

Eigenes Einkommen des Rentenberechtigten kann von der Witwen- oder Witwerrente abgezogen werden. Bei Waisenrenten findet keine Einkommensanrechnung statt.

Beihilfe:

In einigen Fällen zahlt die Versicherung nach dem Tod eines Angehörigen statt der Rente eine einmalige Beihilfe.

Sterbegeld:

Führt ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zum Tod des Versicherten, zahlt die Versicherung Sterbegeld. 2023 sind dies in Westdeutschland („Alte Bundesländer“) 5.820 EUR in Ostdeutschland („Neue Bundesländer“): 5.640 EUR.

Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten:

Der Unfallversicherungsträger entscheidet eigenständig, ob die Voraussetzungen für einen Versicherungsfall gegeben sind und ob der Versicherte oder seine Hinterbliebenen Leistungen erhalten. Einen Antrag müssen Sie dafür nicht stellen. Der Arbeitgeber muss dem Unfallversicherungsträger einen Arbeitsunfall melden bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder bei Tod des Versicherten.

Nach einem Arbeitsunfall gehen Sie zu einer oder einem von den Unfallversicherungsträgern zugelassenen Durchgangsarztin oder -arzt. Dieser entscheidet gemeinsam mit Ihrem zuständigen Unfallversicherungsträger über die weitere Behandlung.

Antragsformulare

Die Leistungen werden vom zuständigen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) von Amts wegen festgestellt. Ein Antrag ist nicht erforderlich.

Ihre Rechte

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>

Beratungen in sozialrechtlichen Fragen bieten unter anderem die Gewerkschaften kostenlos für ihre Mitglieder. Gemeinnützige Vereine wie die Arbeitslosenzentren helfen Bedürftigen mit den Formularen und begleiten sie bei Bedarf auch zu den Ämtern.

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Unfallversicherung:

Deutsche Verbindungsstelle
gesetzliche Unfallversicherung – Ausland
Glinkastr. 40
10117 Berlin
Tel.: +49 30 288763-640
<http://www.dguv.de>

Weitere Informationen

Einen Überblick über die gesetzliche Unfallversicherung und die Anschriften der Unfallversicherungsträger finden Sie unter <http://www.dguv.de>.

Leistungen der Sozialen Entschädigung

Staatliche Leistungen für Kriegsversehrte, Opfer von Gewalttaten, Wehr- und Zivildienstbeschädigte, Impfgeschädigte und Opfer staatlichen Unrechts in der DDR und deren Hinterbliebene.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wer einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einzustehen hat, hat wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung Anspruch auf Versorgung. Dies gilt für gesundheitliche Schäden durch die beiden Weltkriege, Gewalttaten, Wehr- und Zivildienstbeschädigungen, Impfschäden und infolge staatlichen Unrechts in der DDR (schädigendes Ereignis).

Anspruchsvoraussetzungen

Voraussetzung für sämtliche Leistungen ist ein gesundheitlicher Schaden infolge eines schädigenden Ereignisses (s.o.). Für Leistungen an Hinterbliebene ist Voraussetzung, dass der Beschädigte infolge der Schädigung gestorben ist.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Die Berechtigten erhalten je nach ihrer persönlichen Situation und nach der Schwere des Schadens Heil- und Krankenbehandlung, Renten sowie fürsorgerische Leistungen. Zu den fürsorgerischen Leistungen gehören u.a. die „Hilfen in besonderen Lebenslagen“, die „Hilfe zur Pflege“ sowie die „Hilfe zum Lebensunterhalt“. Die fürsorgerischen Leistungen sind abhängig vom Einkommen und Vermögen, soweit der Bedarf nicht ausschließlich schädigungsbedingt ist.

Geleistet wird grundsätzlich, wenn die zuständige Versorgungsverwaltung die Ansprüche anerkannt hat.

Antragsformulare

Informationen und Antragsformulare erhalten Sie bei den Hauptfürsorgestellen Ihrer Stadt oder Ihres Landkreises, auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie für Wehrbeschädigte beim Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

Ihre Rechte

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen e.V.
(BIH)Geschäftsstelle
c/o Landschaftsverband Rheinland
50663 Köln,
Telefon: 0221/809-5390^[1]_[SEP]
Fax: 0221/8284-1-05

<https://www.bih.de/soziale-entschaedigung/>

Informationen zur Sozialen Entschädigung:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin
Tel.: +49 30 18 527 0

<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/soziale-entschaedigung.html>

Alter und Hinterbliebene

Renten und andere Leistungen im Alter

Altersrente bekommen Versicherte, die die Altersgrenze erreicht und die Mindestversicherungszeit sowie gegebenenfalls besondere Anspruchsvoraussetzungen erfüllt haben. Dieses Kapitel erklärt die Rentenversicherungspflicht, die Bedingungen der freiwilligen Rentenversicherung und die Ansprüche der Versicherten.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Altersrente bekommen Versicherte, die die Altersgrenze erreicht und die Mindestversicherungszeit sowie gegebenenfalls besondere Anspruchsvoraussetzungen erfüllt haben.

Anspruchsvoraussetzungen

In der gesetzlichen Rentenversicherung haben Versicherte Anspruch auf eine Altersrente.

Voraussetzung ist, dass Sie

- ein bestimmtes Lebensalter (Renteneintrittsalter) erreicht,
- eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) zurückgelegt haben und
- bei einigen Altersrenten ggfs. besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt haben.

Regelaltersrente:

Aufgrund der demografischen Entwicklung hat Deutschland die Regelaltersgrenze erhöht. Für alle zwischen dem 1. Januar 1947 und dem 31. Dezember 1958 Geborenen verschiebt sich die bisherige Regelaltersgrenze von 65 Jahren für jeden folgenden Jahrgang um einen Monat, für die Jahrgänge 1959 bis 1963 um zwei Monate pro Jahrgang. Wer nach dem 1. Januar 1964 geboren ist, für den gilt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren.

Für die Regelaltersrente muss die allgemeine Wartezeit erfüllt sein, die fünf Jahre beträgt. Auf diese werden Beitragszeiten und Ersatzzeiten angerechnet.

Neben Ihrer Regelaltersrente dürfen Sie unbegrenzt Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen hinzuverdienen, ohne dass Ihnen von der Rente etwas abgezogen wird.

Vorzeitige Rente wegen Alters:

Die Altersgrenzen bei vorgezogenen Renten werden an die neue Regelaltersgrenze angepasst.

Eine vorzeitige Rente können Sie ab dem vollendeten 63. Lebensjahr beantragen, sofern Sie 35 Jahre rentenrechtliche Zeiten zurückgelegt haben (Altersrente für langjährig Versicherte). 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 0,3% gekürzt (Abschlag).

Schwerbehinderte Menschen bekommen Altersrente (Altersrente für schwerbehinderte Menschen), wenn sie

- die Altersgrenze erreicht haben,
- bei Rentenbeginn als schwerbehindert anerkannt sind und
- eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Wie bei der Regelaltersrente wird auch für schwerbehinderte Menschen die Altersgrenze für eine ungekürzte Rente ab dem Geburtsjahrgang 1952 in Stufen vom vollendeten 63. auf das vollendete 65. Lebensjahr und für den frühestmöglichen Rentenbeginn vom vollendeten 60. auf das vollendete 62. Lebensjahr angehoben. Als Ausgleich für den längeren Rentenbezug wird die Rente für jeden Monat, in dem die Altersrente vor der abschlagsfreien Altersgrenze für schwerbehinderte Menschen bezogen wird, um 0,3% gekürzt.

Ohne Abschläge können Sie die Altersrente für besonders langjährig Versicherte erhalten, wenn Sie mindestens 63 Jahre alt sind und die Wartezeit von 45 Jahren erfüllt haben. Für diese Wartezeit werden insbesondere Pflichtbeiträgen aus Beschäftigung, selbständiger Tätigkeit und Pflege sowie Zeiten der Kindererziehung bis zum vollendeten 10. Lebensjahr des Kindes berücksichtigt. Auch Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld und den übrigen Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung (Ausnahme in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn) werden angerechnet, nicht jedoch Zeiten des Bezugs von Bürgergeld. Anrechenbar sind außerdem freiwillige Beiträge, wenn für 18 Jahre Pflichtbeiträge nachgewiesen werden können.

Das Eintrittsalter für diese Rente wird für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1952 geboren sind, stufenweise auf die Altersgrenze von 65 Jahren angehoben. Die Anhebung erfolgt pro Jahrgang in Schritten von jeweils 2 Monaten. Ab dem Geburtsjahrgang 1964 ist die Altersgrenze von 65 Jahren erreicht.

Besondere Bestimmungen gelten für Bergleute: Sie haben ab ihrem 60. Geburtstag und nach einer Wartezeit von 25 Jahren Anspruch auf die abschlagsfreie Altersrente für langjährig unter Tage Beschäftigte Bergleute. Auch das Eintrittsalter für diese Rente wird für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1952 geboren sind, stufenweise angehoben. Die Anhebung erfolgt pro Jahrgang in Schritten von jeweils 1 Monat, für die Jahrgänge 1959 bis 1963 um zwei Monate pro Jahrgang. Wer nach dem 1. Januar 1964 geboren ist, für den gilt die Altersgrenze von 62 Jahren.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Die gesetzliche Altersversorgung in Deutschland besteht aus:

- der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Beamtenversorgung,
- den berufsständischen Versorgungswerken und
- der Alterssicherung der Landwirte.

Alle abhängig Beschäftigten, also Angestellte und Arbeiter, gehören verpflichtend einem dieser Alterssicherungssysteme an. Dies gilt auch für Selbstständige in bestimmten Berufen u.a. für Landwirte, Künstlerinnen und Künstler, Publizisten und Publizistinnen sowie Angehörige der in Kammern organisierten Berufe wie Ärzte, Architekten, Handwerker, Apotheker, Ingenieure, Steuerberater und Rechtsanwälte sowie einige andere. Nicht versicherungspflichtige Selbstständige können sich auf Antrag als Pflichtversicherte oder als freiwillig Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung anschließen.

Auch geringfügig entlohnt Beschäftigte (regelmäßiges Arbeitsentgelt von höchstens 520 EUR im Monat), die ihre Beschäftigung nach dem 31.12.2012 aufgenommen haben, unterliegen der Rentenversicherungspflicht. Sie können sich jedoch von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Nicht rentenversicherungspflichtig sind kurzfristig Beschäftigte und somit Personen, deren Beschäftigung von vornherein auf nicht mehr als drei Monate oder insgesamt 70 Arbeitstage im Kalenderjahr begrenzt ist und nicht berufsmäßig ausgeübt wird.

Berechnung der Rente

Die Höhe der lohn- und beitragsbezogenen Rente der gesetzlichen Rentenversicherung ist grundsätzlich abhängig von der Anzahl der zurückgelegten Versicherungsjahre und von der Höhe der versicherten Entgelte. Angerechnet werden können dabei auch so genannte beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten.

Für die Berechnung der Rente sind nach der Rentenformel die persönlichen Entgeltpunkte, der Rentenartfaktor und der aktuelle Rentenwert maßgebend.

Es gibt bei langjähriger Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung mit unterdurchschnittlichem Einkommen einen individuell berechneten Grundrentenzuschlag zur Rente. Voraussetzung sind unter anderem das Vorliegen von mindestens 33 Jahren

„Grundrentenzeiten“ (vor allem Pflichtbeitragszeiten aus Beschäftigung, Kindererziehung und Pflegetätigkeit). Grundlage für die Zuschlagsberechnung sind die erworbenen Entgeltpunkte (EP) aus Grundrentenzeiten, die mindestens einen Wert von 0,025 EP/Monat (entspricht einem Einkommen von 30% des Durchschnittsverdiensts aller Versicherten) aufweisen (Grundrentenbewertungszeiten). Die Grundrente wird einkommensabhängig gewährt, die Einkommensprüfung erfolgt bürokratiearm durch elektronischen Abruf der Einkommensdaten durch die Rentenversicherung bei den Finanzbehörden. Es bedarf keines gesonderten Antrags.

Antragsformulare

Rente bekommt grundsätzlich nur, wer diese vorher beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt hat.

Für den Grundrentenzuschlag muss kein zusätzlicher Antrag gestellt werden.

Die Renten-Antragsformulare bekommen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger und auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/>

Rentenansprüche, die Sie nicht sofort geltend machen, gehen Ihnen nicht verloren: Wenn Sie Ihren Rentenanspruch erst später stellen oder wenn Sie sich zunächst mit einer Teilrente begnügen, bekommen Sie später eine höhere Vollrente. Für jeden Monat nach Erreichen der Regelaltersgrenze in dem Sie Ihre Vollrente trotz erfüllter Voraussetzungen nicht beantragt haben, erhöht sich Ihre spätere Rente um 0,5% (jährlich 6%). Damit Sie keine Antragsfristen versäumen, sollten Sie Ihre Rentenversicherung nach dem Verfahren fragen.

Ihre Rechte

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind

- [die Deutsche Rentenversicherung Bund](#)
- [die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See](#)
- [die regionalen Träger der Deutschen Rentenversicherung](#)

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- [Als Rentner/in im Ausland: Ihre Rechte als EU-Bürger/in im Ausland](#)

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Rentenversicherung:

- Verbindungsstellen für die gesetzliche Rentenversicherung:
Deutsche Rentenversicherung <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- für 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>
- für Polen:
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg Knobelsdorffstraße 92 14059 Berlin Tel.: +49 30 3002 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de>
- für Ungarn:
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland Kranichfelder Straße 3 99097 Erfurt Tel.: +49 361 482 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de>
- für Bulgarien:
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland Paracelsusstraße 21 06114 Halle Tel.: +49 345 213 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de>

- für Slowenien, Slowakei, Tschechien
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd 84024 Landshut Tel.: +49 871 81 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de>
- Für Österreich:
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd 81729 München Tel.: +49 89 6781 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de>
- für Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden:
Deutsche Rentenversicherung Nord Ziegelstraße 150 23556 Lübeck Tel.: +49 451 485 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de>
- für Estland, Lettland, Litauen:
Deutsche Rentenversicherung Nord Platanenstraße 43 17033 Neubrandenburg
Tel.: +49 395 370 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de>
- für Irland, Vereinigtes Königreich
Deutsche Rentenversicherung Nord Friedrich-Ebert-Damm 245 22159 Hamburg
Tel.: +49 40 5300 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de>
- für Belgien, Spanien
Deutsche Rentenversicherung Rheinland 40194 Düsseldorf Tel.: +49 211 937 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de>
- für Frankreich, Luxemburg:
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz Eichendorffstraße 4-6 67346
Speyer Tel.: +49 6232 17 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de>
- für Italien, Malta:
Deutsche Rentenversicherung Schwaben Dieselstraße 9 86154 Augsburg Tel.:
+49 821 500 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de>
- für Portugal:
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern Friedenstraße 12/14 97072 Würzburg
Tel.: +49 931 802 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de>
- für Island, Niederlande:
Deutsche Rentenversicherung Westfalen Gartenstraße 194 48125 Münster Tel.:
+49 251 238 0 <http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de>
- Verbindungsstellen der Deutschen Rentenversicherung 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>
- 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>

Weitere Informationen

Kostenlose Beratung und Information erhalten Sie bei den Trägern der Rentenversicherung. Für die meisten Menschen in Deutschland ist das die Deutsche Rentenversicherung, die in den größeren Städten Büros hat.

Die Adressen finden Sie unter <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/>

Telefonische Auskunft erhalten Sie unter der kostenlosen Rufnummer 080010004800

2023 beträgt der Beitrag zur Rentenversicherung 18,6% Ihres Arbeitseinkommens. Die Hälfte des Beitrags zahlt der Arbeitgeber, die andere Hälfte der Arbeitnehmer. Auch hier gilt eine Beitragsbemessungsgrenze:

Für Arbeitseinkommen über jährlich 87.600 EUR in Westdeutschland („alte Bundesländer“) und 85.200 EUR in Ostdeutschland („neue Bundesländer“) zahlen Sie keine Beiträge zur Rentenversicherung (Stand: 2023).

Meldeverfahren:

Sobald Sie eine Beschäftigung aufgenommen haben, meldet Sie Ihr Arbeitgeber bei der Sozialversicherung an.

Zunächst werden Sie bei der Krankenkasse (Krankenversicherung) angemeldet, die die Meldung an die Pflegeversicherung, den Rentenversicherungsträger und die Arbeitslosenversicherung weiterleitet.

Nach Beginn Ihrer ersten versicherungspflichtigen Beschäftigung als Arbeiter/in oder Angestellte/r erhalten Sie vom Rentenversicherungsträger ein Schreiben mit aufgedrucktem Sozialversicherungsausweis. Dieser enthält Ihren Familiennamen, Geburtsnamen, Vornamen und Ihre persönliche Versicherungsnummer. Unter dieser Nummer registriert Ihr Rentenversicherungsträger Ihre Versicherungszeiten und Ihr beitragspflichtiges Arbeitsentgelt.

Mit Ihrer Versicherungsnummer erhalten Sie die Adresse Ihres Rentenversicherungsträgers.

Selbstständige müssen sich bei ihrer Krankenkasse und, wenn sie rentenversicherungspflichtig sind, bei der Rentenversicherung selbst anmelden.

Für einige Berufe gibt es darüber hinaus eigene Sozialversicherungen, die nicht in diesen Leitfaden aufgenommen wurden:

- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau <https://www.svfg.de/>
- die Handwerkerversicherung https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Broschueren_und_mehr/Broschueren/Handwerkerversicherung_01_2022.html
- und [die Künstlersozialversicherung KSK](#) (für Künstler, freie Journalisten und Publizisten).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>

Leistungen für Hinterbliebene

In der gesetzlichen Rentenversicherung haben Versicherte bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen Anspruch auf Hinterbliebenenrente.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Hinterbliebenenrente bekommen Witwen, Witwer und Waisen

Anspruchsvoraussetzungen

Hinterbliebenenrente bekommen

- überlebende Ehegatten,
- der/die überlebenden Partner/in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft und
- in einigen Fällen auch der geschiedene Ehegatte eines/einer Verstorbenen

wenn der Verstorbene eine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren mit Beitrags- und Ersatzzeiten erfüllt hat. 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 das Paar grundsätzlich mindestens ein Jahr verheiratet gewesen sein. Dies gilt auch für eingetragene Lebenspartner.

Waisenrente erhalten Kinder des verstorbenen Versicherten grundsätzlich bis zu ihrem 18. Geburtstag. Die Rente wird bis 27 weitergezahlt, solange der/die Waise

- sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder
- sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten zwischen zwei Ausbildungs-Abschnitten befindet oder
- einen freiwilligen Dienst im Sinne des Einkommenssteuergesetzes (§ 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b) leistet oder
- wegen einer Behinderung nicht für ihren/seinen Lebensunterhalt selbst aufkommen kann.

Halbwaisenrente wird gewährt, wenn ein Elternteil noch am Leben ist, eine Vollwaisenrente, wenn beide Eltern gestorben sind.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Waisenrente

Halbwaisen (ein Elternteil gestorben) erhalten 10% und Vollwaisen (beide Elternteile gestorben) 20% der Rente, die der verstorbene bzw. die verstorbenen Elternteile erhalten hätten. Dazu bekommen sie einen Waisenrentenzuschlag. Ist der versicherte Vater oder die versicherte Mutter keine 63 Jahre alt geworden, wird die Waisenrente um bis zu 10,8% gekürzt.

Anrechnung von Einkommen:

Einkommen der Hinterbliebenen wie Arbeitslohn, Kapitalerträge und andere Einkünfte werden teilweise von der Rente abgezogen. Der monatliche Freibetrag, der nicht auf die Rente angerechnet wird, ist mit dem aktuellen Rentenwert verknüpft. Er beträgt für Hinterbliebenen- und Erziehungsrenten das 26,4-Fache des aktuellen Rentenwerts. Ist das eigene Einkommen höher als der Freibetrag, werden vom verbleibenden Nettoeinkommen 40% auf die Hinterbliebenenrente angerechnet. Bei Waisenrenten findet keine Einkommensanrechnung statt.

Berechnung der Witwen- und Witwerrenten:

Heirat nach dem 31.12.2001 oder beide Ehepartner sind nach dem 1.1.1962 geboren:

Witwen- oder Witwer erhalten normalerweise höchstens zwei Jahre lang 25% der Summe, die der Verstorbene bei einer Rente wegen Erwerbsminderung bekommen hätte (die so genannte kleine Witwen- bzw. Witwerrente).

55% dieser Summe bekommen Hinterbliebene,

- die Kinder erziehen und
- solche, die 45 Jahre und älter sind (seit dem Jahr 2012 erhöht sich dies schrittweise auf das 47. Lebensjahr bis zum Jahr 2029) oder
- die selbst in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert sind (die so genannte große Witwen- bzw. Witwerrente).

Witwen bzw. Witwer, die Kinder erzogen haben, erhalten einen Zuschlag.

Bei Heirat vor dem 1.1.2002 und mindestens ein Ehegatte ist vor dem 2.1.1962 geboren oder bei Tod eines Ehegatten vor dem 1.1.2002 gilt abweichend: Die kleine Witwen- oder Witwerrente beträgt 25% des Anspruchs auf Versichertenrente des verstorbenen Ehegatten und wird ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

Die große Witwen- oder Witwerrente beträgt 60% des Anspruchs auf Versichertenrente des verstorbenen Ehegatten. Es wird kein Zuschlag für Kinderziehung gezahlt. Bei der Einkommensanrechnung bleibt Vermögenseinkommen unberücksichtigt.

Lassen sich Paare scheiden, gibt es einen Versorgungsausgleich, bei dem Ansprüche auf Renten (Renten-Anwartschaften), die während der Ehezeit entstanden sind, geteilt werden.

Die Ansprüche gelten entsprechend auch bei eingetragenen Lebenspartnerschaften.

Rentensplitting:

Ehegatten können gemeinsam bestimmen, dass die von ihnen in der Ehe erworbenen Ansprüche auf Rente zwischen ihnen aufgeteilt werden. (Splitting). Möglich ist dies, wenn

- beide Ehegatten jeweils mindestens 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten zurückgelegt haben und
- das Paar 2002 oder später geheiratet hat und/oder
- beide Partner bei der Hochzeit jünger als 40 waren.

Dies gilt auch für Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft.

Antragsformulare

- Renten werden grundsätzlich nur auf entsprechenden Antrag ausbezahlt. Der Antrag ist an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu richten.
- Die Anträge auf Hinterbliebenenrente bekommen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger

Ihre Rechte

- [Die Rentenversicherungsträger informieren Sie über Ihre Rechte und Ansprüche](#)

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

- Kostenlose Beratung und Information erhalten Sie bei den Trägern der Rentenversicherung. Für die meisten Menschen in Deutschland ist das die Deutsche Rentenversicherung, die in den größeren Städten Büros hat.
- Die Adressen finden Sie unter <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- Telefonische Auskunft erhalten Sie unter der kostenlosen Rufnummer 0800 10004800

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>

Sozialhilfe

Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Aufgabe der sozialen Mindestsicherung ist es, leistungsberechtigten Personen ein menschenwürdiges Leben und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Personen, die

- sich in Deutschland gewöhnlich aufhalten **und**
- ihren notwendigen Lebensunterhalt

weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen)

noch aus eigener Kraft (Einsatz der Arbeitskraft)

noch durch Hilfe eines Dritten bestreiten können,

haben - von einigen Ausnahmen abgesehen - Anspruch auf Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts. Und zwar entweder

- auf Bürgergeld (Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch) *oder* Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch).

Je nach persönlicher Situation, Alter und Lebenslage gibt es unterschiedliche Leistungen. Wer aus welchem der beiden Sozialgesetzbücher bei Hilfebedürftigkeit einen Leistungsanspruch hat, richtet sich vor allem danach, ob er oder sie erwerbsfähig ist.

Leistungen des Bürgergeldes können **erwerbsfähige** hilfebedürftige Personen für sich und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden, nicht erwerbsfähigen Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit beantragen. Hilfebedürftig ist derjenige, der seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend durch eigenes Einkommen oder Vermögen sichern kann.

In der Regel wird der Antrag nur von einer Person der Bedarfsgemeinschaft gestellt. Jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft kann aber auch einen eigenen Antrag auf Bürgergeld stellen. Bei der Berechnung der Leistungen werden Einkommen und Vermögen der betroffenen Person und des mit ihr zusammenlebenden Ehe- oder Lebenspartners berücksichtigt. Das Einkommen und Vermögen der mit ihnen zusammenlebenden Kinder wird nur für Ihren eigenen Bedarf, jedoch nicht für den Bedarf der Eltern berücksichtigt.

Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch kommen für Personen und Haushalte in Betracht, die

- nicht erwerbsfähig sind bzw. die Altersgrenze für die Regelaltersrente der Gesetzlichen Rentenversicherung erreicht haben, **und**
- ihren Bedarf nicht aus eigener Kraft decken können **und**
- keine (ausreichenden) Ansprüche aus vorgelagerten Versicherungs- und Versorgungssystemen haben.

Bürgergeld sowie Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch bekommt man nur auf Antrag. Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch erhält man hingegen ab Bekanntwerden durch die Sozialbehörde.

Anspruchsvoraussetzungen

Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII

Zu den lebensunterhaltssichernden Leistungen des Zwölften Sozialgesetzbuchs (SGB XII) gehören die **Hilfe zum Lebensunterhalt** und die **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**. Welche dieser Leistung im Einzelfall in Betracht kommt, hängt davon ab, ob eine Person **dauerhaft** voll erwerbsgemindert ist oder die Regelaltersgrenze erreicht hat oder nicht.

Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die

- im erwerbsfähigen Alter aber **vorübergehend** voll erwerbsgemindert sind **und**
- ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können,

haben bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen einen Anspruch auf **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem Dritten Kapitel SGB XII.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII tritt an die Stelle der Hilfe zum Lebensunterhalt, wenn eine hilfebedürftige Person mit Wohnsitz in Deutschland

- **volljährig** ist **und**
- die **Altersgrenze** erreicht hat **oder**
- aus gesundheitlichen Gründen **dauerhaft voll erwerbsgemindert** ist.

Beiden Leistungen haben gemeinsam, dass ein Anspruch nur für Personen besteht, die ihren notwendigen Lebensunterhalt

- weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) **noch**
- aus eigener Kraft (Einsatz der Arbeitskraft) **noch**

durch Hilfe eines Dritten bestreiten können,

Leistungen des Bürgergeldes (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch)

Anspruchsberechtigt beim Bürgergeld sind Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet aber noch nicht die Altersgrenze zum Bezug einer Altersrente (65 bis 67 Jahre gestaffelt) erreicht haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Das Bürgergeld verfolgt einen haushaltsbezogenen Ansatz, Das bedeutet, dass neben der erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person auch die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums haben. Das heißt aber auch, dass bei der Berechnung der Leistungen Einkommen und Vermögen der betroffenen Person und des mit ihr zusammenlebenden Ehe- oder Lebenspartners berücksichtigt werden. Das Einkommen und Vermögen der mit ihnen zusammenlebenden Kinder wird nur für Ihren eigenen Bedarf, jedoch nicht für den Bedarf der Eltern berücksichtigt.

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Für die Leistungen der Sozialhilfe sind die Behörden bei den Kommunen (Sozialämter) zuständig.

Für das Bürgergeld sind die Jobcenter zuständig. Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sind entweder die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger gemeinsam (gemeinsame Einrichtungen) oder - in 104 Fällen - zugelassene kommunale Träger (kommunale Jobcenter).

Im Grundgesetz (GG) ist das Grundrecht auf ein menschenwürdiges **Existenzminimum** garantiert. Maßgeblich sind hier Art.1 Abs. 1 GG und das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG. Sie sichern jedem Hilfebedürftigen diejenigen finanziellen Voraussetzungen zu, die

- für den notwendigen Lebensunterhalt **und**

- für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben

unerlässlich sind.

Die Leistungen der Sozialhilfe nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und des Bürgergeldes (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch, SGB II) dienen gleichermaßen der Sicherung des menschenwürdigen Existenzminimums. Darum sind in beiden Gesetzen die rechtlichen Vorschriften für die Lebensunterhaltsbedarfe weitgehend gleich ausgestaltet.

Wer erwerbsfähig ist, wird beim Bürgergeld allerdings angehalten, eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Hier gilt der Grundsatz von „Fördern und Fordern“. Das bedeutet: Die Leistungsberechtigten müssen alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit ausschöpfen. Wer sich nicht aktiv um eine Arbeit bemüht oder Termine beim Jobcenter unentschuldigt versäumt, bei dem kann die Höhe des zu zahlenden Bürgergeldes vermindert werden.

Der notwendige Lebensunterhalt wird – soweit er pauschalierbar ist – über den **Regelbedarf** abgedeckt. Die bundesweit einheitliche Höhe der Regelbedarfe differenziert aber nach

- dem Alter einer Person, also ob Kind, Jugendliche(r) oder Erwachsene(r)
- ob Erwachsene allein oder mit Partnern in einer Wohnung zusammenleben
- ob eine Person nicht in einer Wohnung lebt.

Deshalb ist der Regelbedarf in sechs **Regelbedarfsstufen** unterteilt. Diese decken die Kosten für Ernährung, Körperpflege, Hausrat und Bedürfnisse des täglichen Lebens pauschal ab.

Diese Regelsätze gelten seit 1. Januar 2023:

| | | |
|---------------------|---|---------|
| Regelbedarfsstufe 1 | Alleinstehende / Alleinerziehende | 502 EUR |
| Regelbedarfsstufe 2 | Paare je Partner / Bedarfsgemeinschaften | 451 EUR |
| Regelbedarfsstufe 3 | Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) | 402 EUR |
| Regelbedarfsstufe 3 | nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern (SGB II) | 402 EUR |
| Regelbedarfsstufe 4 | Jugendliche von 14 bis 17 Jahren | 420 EUR |
| Regelbedarfsstufe 5 | Kinder von 6 bis 13 Jahren | 348 EUR |
| Regelbedarfsstufe 6 | Kinder von 0 bis 5 Jahren | 318 EUR |

Zum Regelbedarf hinzu kommen Leistungen für Unterkunft und Heizung, die in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht werden, soweit diese **angemessen** sind, und ggf.

- Mehrbedarfe für bestimmte Gruppen (z. B. Alleinerziehende, Schwangere, Personen mit einem Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung aufgrund von bestimmten Krankheiten etc.).
- Einmalige Leistungen, die nicht pauschaliert im Regelbedarf enthalten sind, z. B. Kleidung bei Schwangerschaft und Geburt oder ein Zuschuss zur erstmaligen Einrichtung einer Wohnung mit Möbeln und Haushaltsgeräten.
- Bildungs- und Teilhabepaket für Kinder und Jugendliche, für Schulausflüge, Klassenfahrten, Schulbedarf, Schülerbeförderung, gemeinschaftliche Mittagsverpflegung, Sport, Kultur und Freizeiten in der Gemeinschaft sowie unter bestimmten Voraussetzungen für Förderunterricht oder Nachhilfestunden.
- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Anspruch auf Bürgergeld haben (Regelbedarfsstufe 3, 4, 5 oder 6), erhalten zusätzlich einen monatlichen Sofortzuschlag in Höhe von 20 EUR

Das im konkreten Einzelfall zu deckende monatliche Existenzminimum ergibt sich aus der Summe aller Einzelbedarfe, dem sogenannten Gesamtbedarf.

Während des Bezugs von Bürgergeld zahlt das Jobcenter:

- die Beiträge zur Krankenversicherung
- die Beiträge zur Pflegeversicherung.

Der Außendienst der zuständigen Leistungsträger überprüft die Wohn- und Erwerbssituation der Antragsteller.

Antragsformulare

Hilfe zum Lebensunterhalt setzt beim Bekanntwerden durch den zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe ein. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten Sie nur auf Antrag. Die Anträge stellen Sie beim Sozialamt der Stadt oder Gemeinde, in der Sie wohnen. Bürgergeld ist beim örtlich zuständigen Jobcenter zu beantragen. Das ist in der Regel das Jobcenter, in dessen Bezirk die oder der Leistungsberechtigte ihren oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Weitere Informationen erhalten Sie dort und in der Bürgerberatung des Rathauses in Ihrem Wohnort.

Ihre Rechte

Es besteht eine grundsätzliche Beratungspflicht der Leistungsträger, bei denen ein Antrag gestellt wird. Außerdem bieten in sozialrechtlichen Fragen unter anderem die Freien Wohlfahrtsverbände und die Gewerkschaften (kostenlos für ihre Mitglieder) Beratungen an. Gemeinnützige Vereine wie die Arbeitslosenzentren helfen Bedürftigen mit den Formularen und begleiten sie bei Bedarf auch zu den Ämtern.

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Hilfe zum Lebensunterhalt setzt beim Bekanntwerden durch den zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe ein. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und andere Leistungen der Mindestsicherung erhalten Sie nur auf Antrag. Die Anträge stellen Sie beim Sozialamt der Stadt oder Gemeinde, in der Sie wohnen. Bürgergeld ist beim örtlich zuständigen Jobcenter zu beantragen. Weitere Informationen erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Leistungsträger und in der Bürgerberatung des Rathauses in Ihrem Wohnort oder nutzen Sie die Internetseite Ihrer Stadt oder Gemeinde (normalerweise www.Name.de, z. B. <https://www.berlin.de/> oder <http://www.muenchen.de/>

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>

Arbeitslosigkeit

Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Ein Überblick über die Leistungen bei Arbeitslosigkeit und unter welchen Bedingungen Sie diese bekommen können.

In welchen Situationen habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Sie als Arbeitnehmerin, Arbeitnehmer, Auszubildende oder Auszubildender oder aus sonstigen Gründen in einem Versicherungspflichtverhältnis nach dem Recht der Arbeitsförderung stehen und arbeitslos werden, bekommen Sie Arbeitslosengeld, wenn Sie die Anwartschaftszeit und die übrigen Voraussetzungen erfüllt haben.

Anspruchsvoraussetzungen

Wenn Sie als Arbeitnehmerin, Arbeitnehmer, Auszubildende oder Auszubildender oder aus sonstigen Gründen in einem Versicherungspflichtverhältnis nach dem Recht der Arbeitsförderung stehen, die Anwartschaftszeit erfüllt haben und arbeitslos werden, bekommen Sie Arbeitslosengeld, wenn Sie

- bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind und Arbeitslosengeld beantragt haben;
- 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, also z. B. Bewerbungen schreiben und zu Vorstellungsgesprächen gehen, wenn ein Arbeitgeber Sie dazu eingeladen hat; und
- die Anwartschaft für den Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllt haben, d. h. Sie müssen in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosigkeit mindestens zwölf Monate versicherungspflichtig gewesen sein.

Wenn Sie arbeitslos sind, müssen Sie alle Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung nutzen. Dabei soll eine Eingliederungsvereinbarung die zwischen Ihnen und der Agentur für Arbeit erarbeitete individuelle Vermittlungsstrategie schriftlich festlegen.

Der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung beträgt 2,4 % Ihres Arbeitseinkommens. Wie bei der Rentenversicherung gilt auch hier die Beitragsbemessungsgrenze. Den Beitrag bezahlen in der Regel je zur Hälfte Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

Bürgergeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch, SGB II):

Wenn Sie keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben, können Sie im Anschluss an das Arbeitslosengeld oder zusätzlich zu geringem Arbeitslosengeld oder Arbeitsentgelt, Bürgergeld erhalten, wenn Sie:

- erwerbsfähig; und
- hilfebedürftig sind,
- über 15 und unter 65 Jahre alt sind (oder die gestaffelte Altersgrenze nach § 7a Zweites Buch Sozialgesetzbuch nicht erreicht haben); und
- Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben (also überwiegend in Deutschland wohnen).

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

Welche Ansprüche habe ich und wo kann ich die Leistungen beantragen?

Die Arbeitslosenversicherung ist eine Pflichtversicherung bei der Bundesagentur für Arbeit (BA). Die BA gliedert sich in die Zentrale in Nürnberg, die Regionaldirektionen und die Agenturen für Arbeit in allen größeren Städten. In der Arbeitslosenversicherung sind alle Arbeitnehmer, also Arbeiter, Angestellte, Auszubildende, jugendliche Behinderte und sonstige versicherungspflichtige Personen, versichert.

Um Arbeitslosengeld zu erhalten, müssen Sie der Agentur für Arbeit Ihre Arbeitslosigkeit persönlich oder elektronisch im Fachportal der Bundesagentur für Arbeit unter Verwendung eines elektronischen Identitätsnachweises melden und die Leistung beantragen.

Sie sind verpflichtet, der Agentur für Arbeit jede Änderung Ihrer persönlichen Situation unaufgefordert zu melden, falls sich diese auf Ihre Leistungsansprüche auswirken könnte (z. B. wenn Sie eine Rente bekommen oder eine Arbeit gefunden haben).

Arbeitslosengeld:

Arbeitslose

- mit Kindern erhalten 67%,
- ohne Kinder 60%

des Nettolohns, den sie durchschnittlich pro Tag in den letzten 12 Monaten vor ihrer Arbeitslosigkeit bekommen haben. Dabei wird das Bruttoarbeitsentgelt um die gesetzlichen Entgeltabzüge, die bei Arbeitnehmern gewöhnlich anfallen, vermindert (pauschaliertes Nettoentgelt). Als Bruttoarbeitsentgelt wird dabei für 2023 in Westdeutschland höchstens 7.300 EUR und in Ostdeutschland höchstens 7.100 EUR pro Monat berücksichtigt.

Arbeitslosengeld zahlen die Agenturen für Arbeit höchstens 12 Monate (für Ältere bis zu 24 Monate). Im Einzelnen kommt es darauf an, wie lange Sie Beiträge gezahlt haben und wie alt Sie sind.

Um Arbeitslosengeld zu bekommen, muss man in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung mindestens 12 Monate in der Arbeitslosenversicherung versichert gewesen sein.

Eine Sperrzeit von bis zu 12 Wochen kann eintreten, wenn Sie u.a. ohne wichtigen Grund:

- Ihr Beschäftigungsverhältnis selbst gelöst oder Ihrem Arbeitgeber durch Ihr Verhalten Anlass zur Kündigung gegeben haben oder
- eine Ihnen von der Agentur für Arbeit angebotene Arbeit ablehnen oder
- an einer zumutbaren beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme nicht teilnehmen oder
- einen Einladungstermin nicht wahrnehmen oder sich nicht sofort nach Kenntnis der Kündigung arbeitsuchend melden (eine Woche).

Andere Leistungen:

Während des Bezugs von Arbeitslosengeld zahlt die Arbeitslosenversicherung für Sie:

- die Beiträge zur Krankenversicherung, so dass Sie weiterhin krankenversichert sind,
- die Beiträge zur Pflegeversicherung,
- Beiträge zur Rentenversicherung.

Während des Bezugs von Leistungen bei Arbeitslosigkeit sind Sie auch gegen einige Arten von Unfällen versichert.

Leistungen für Menschen im Vorruhestand sind gesetzlich in Deutschland nicht vorgesehen. In vielen Branchen gibt es jedoch tarifvertragliche Vorruhestandsbestimmungen.

Bürgergeld (Grundsicherung für Arbeitsuchende):

Wenn Sie Ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus Ihrem Einkommen oder Vermögen sichern können, können Sie Bürgergeld beantragen.

Wer hilfebedürftig ist, hat einen verfassungsrechtlich verbürgten Rechtsanspruch auf staatliche Unterstützung. Das Bürgergeld sichert den notwendigen Lebensunterhalt für eine menschenwürdige Existenz. Diese umfasst sowohl Nahrung, Kleidung, Hausrat, angemessene Unterkunft, Heizung, Hygiene und Gesundheit als auch die Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen sowie ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben.

Ausgezahlt wird das Bürgergeld von den örtlich zuständigen Jobcentern. Die Leistungen werden normalerweise für jeweils zwölf Monate bewilligt. Danach müssen die Leistungen erneut beantragt und die Anspruchsvoraussetzungen erneut nachgewiesen werden. Auch müssen Sie Änderungen, die Auswirkungen auf die Leistungshöhe haben könnten (z. B. Arbeitsaufnahme) sofort beim Jobcenter melden. Bürgergeld wird nicht für die Vergangenheit oder für Notlagen, die bereits überwunden worden sind, gezahlt. Deshalb ist es ratsam, den Antrag frühzeitig zu stellen. Im Antrag müssen Sie das Jobcenter über Ihre Vermögensverhältnisse informieren, also z. B. angeben, wie viel Geld Sie gespart haben, ob Ihnen ein Haus, eine Wohnung oder ein Auto gehört. Wer hier falsche oder unvollständige Angaben macht, kann wegen Betrug bestraft werden. Für die Zeit, die das Jobcenter Ihren Antrag bearbeitet, können Sie in dringenden Fällen einen Vorschuss beantragen.

Das Bürgergeld wird vom örtlich zuständigen Jobcenter als monatliche, pauschale Geldleistung ausgezahlt. Die Leistung zur Sicherung des Existenzminimums für einen Alleinstehenden bzw. eine Alleinerziehende - der sogenannte Regelbedarf - beträgt seit 1. Januar 2023 501 EUR monatlich. Leben mehrere Personen in einer Bedarfsgemeinschaft, wird der Regelbedarf wie folgt anerkannt:

- 451 EUR monatlich für zusammenlebende Ehegatten, Lebenspartner und sonstige Partnerschaften,
- 402 EUR monatlich für eine sonstige erwerbsfähige Person einer Bedarfsgemeinschaft, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet hat bzw. für erwachsene Leistungsberechtigte unter 25 Jahren, die ohne Zusicherung des Jobcenters umziehen.
- 420 EUR monatlich für Jugendliche vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 378 EUR monatlich für Kinder vom Beginn des 7. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres sowie
- 318 EUR monatlich für Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

Zusätzlich werden die Aufwendungen für Unterkunft und Heizung als Bedarf anerkannt, soweit diese angemessen sind. Daneben sind Mehrbedarfe u.a. bei Schwangerschaft oder Alleinerziehung sowie einmalige Leistungen u.a zur Erstausrüstung bei Geburt oder Bezug einer Wohnung zu berücksichtigen.

Während des Bezugs von Bürgergeld zahlt das Jobcenter für Sie:

- die Beiträge zur Krankenversicherung, so dass Sie weiterhin krankenversichert sind;
- die Beiträge zur Pflegeversicherung.

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird der Regelbedarf bei Erfüllen der persönlichen Voraussetzungen durch Leistungen des Bildungs- und Teilhabepakets ergänzt. Es gibt Zuschüsse zu Schulausflügen, Klassenfahrten, dem persönlichen Schulbedarf zu Beginn des Schuljahres, Schülerbeförderung, für das gemeinsame Mittagessen in der Schule, Hort und ähnliche Einrichtungen, für gemeinsame Aktivitäten bei Sport, Kultur und Kinder- und Jugendfreizeiten sowie Förderunterricht oder Nachhilfe (Lernförderung).

Zusätzlich erhalten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Anspruch auf Bürgergeld haben (Regelbedarfsstufe 3, 4, 5 oder 6), einen monatlichen Sofortzuschlag in Höhe von 20 EUR.

Auf dieser Basis wird allen in Not geratenen Menschen das soziokulturelle Existenzminimum für ein menschenwürdiges Leben garantiert.

Unabhängig davon geht es vor allem darum, Hilfebedürftigkeit gar nicht erst entstehen zu lassen und dort, wo sie sich nicht vermeiden lässt, ihre Dauer möglichst kurz zu halten und alles zu unternehmen, sie schnellstmöglich zu überwinden. Daher steht bei erwerbsfähigen Personen die Integration in den Arbeitsmarkt im Vordergrund.

Nach dem Prinzip von Fördern und Fordern werden deshalb vom Jobcenter unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Integration in den Arbeitsmarkt erbracht. Wenn eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit nicht möglich ist, haben Sie eine Ihnen angebotene zumutbare Arbeitsgelegenheit zu übernehmen.

Deshalb müssen Sie Einladungen zum Jobcenter wahrnehmen. Wenn Sie dennoch ohne wichtigen Grund zu einem solchen Termin nicht erscheinen, kann Ihnen das Bürgergeld gemindert werden.

Antragsformulare

Leistungen der Arbeitslosenversicherung sowie des Bürgergelds erhalten Sie nur auf Antrag. Die Anträge stellen Sie bei den Arbeitsagenturen und Jobcentern. Dort bekommen Sie die entsprechenden Formulare.

Ihre Rechte

Beratungen in sozialrechtlichen Fragen bieten unter anderem die Gewerkschaften kostenlos für ihre Mitglieder. Die Agenturen für Arbeit sind gesetzlich zur Beratung zu Leistungen der Arbeitslosenversicherung verpflichtet. Gemeinnützige Vereine wie die Arbeitslosenzentren helfen Bedürftigen mit den Formularen und begleiten sie bei Bedarf auch zu den Ämtern.

Veröffentlichungen der Europäischen Kommission:

- [Sozialleistungen für Arbeitslose: Ihre Rechte als EU-Bürger/in im Ausland](#)

Wenn Sie außer in Deutschland noch in einem oder mehreren anderen Ländern sozialversichert sind, fragen Sie nach den Auswirkungen auf die Arbeitslosenversicherung und das Kindergeld:

Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tel.: +49 911 179 0

[Zentrale Auslands- und Fachvermittlung \(ZAV\) - Zentrale Auslands- und Fachvermittlung \(ZAV\) \(arbeitsagentur.de\)](#)

<http://www.arbeitsagentur.de/zav><http://www.arbeitsagentur.de>

Weitere Informationen

Informationen über die Arbeitsagenturen und deren Adressen finden Sie unter <http://www.arbeitsagentur.de>. Die Jobcenter finden Sie unter <http://www.jobcenter-ge.de>.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales finden Sie unter <http://www.bmas.de>

Umzug ins Ausland

Vorangegangene Leistungen (in anderen EU-Ländern) können berücksichtigt werden

In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Auswirkungen Ihr Umzug innerhalb der Europäischen Union auf Ihre Ansprüche auf Sozialleistungen hat.

Sozialversicherungen und EU-Bestimmungen

Wenn Sie in einem anderen EU-Land oder in einem anderen den EU-Bestimmungen unterliegenden Land **arbeiten**, sind Sie normalerweise in Deutschland nicht mehr sozialversichert. Ihre Ansprüche richten sich dann nach den Gesetzen des Landes, in dem Sie arbeiten.

Wenn Sie in einem anderen EU-Land (oder einem Staat, in dem dieselben Regelungen gelten) gearbeitet oder/und dort Sozialversicherungsbeiträge bezahlt haben, können Ihre dort erworbenen Ansprüche bei der Berechnung Ihrer Sozialleistungen in Deutschland berücksichtigt werden.

Auf welche Sozialleistungsansprüche wirkt sich Ihr Wohnortwechsel aus?

Folgende Sozialleistungen können Sie unter bestimmten Bedingungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EU, Island, Liechtenstein und Norwegen), der Schweiz und des Vereinigten Königreichs* kombinieren:

- Arbeitslosengeld
- Bürgergeld
- Staatliche Altersrente
- Rente wegen Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit und Behinderung
- Hinterbliebenenrenten
- Mutterschaftsgeld
- Elterngeld

**Bemerkung zum Vereinigten Königreich: Jeder Fall muss einzeln geprüft werden, um festzustellen, ob eine Person entweder in den Anwendungsbereich von Artikel 30 des Austrittsabkommens fällt und somit die EU-Koordinierungsverordnungen gelten, oder ob die Person in den Anwendungsbereich von den in Artikel 32 des Austrittsabkommens beschriebenen Situationen und/oder von den nationalen Rechtsvorschriften und vom Handels- und Kooperationsabkommen beigefügten Protokoll über die Koordinierung der sozialen Sicherheit fällt.*

Was muss ich dafür tun?

Wenn Sie in einem Land gearbeitet haben, das dem EU-Recht unterliegt und zurück nach Deutschland kommen, müssen Sie folgende Unterlagen mitbringen:

Einen Beleg über die von Ihnen dort bezahlten Sozialversicherungsbeiträge auf den Formularen E104 und U1 (früher: E301). Diese erhalten Sie bei Ihrem Sozialversicherungsträger. Bitte prüfen Sie vor Ihrer Abreise, ob Sie alle für die Sozialversicherung in Deutschland nötigen Unterlagen haben.

Wenn Sie vier Wochen lang Arbeitslosengeld oder andere Unterstützung für Arbeitslose in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraums, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs* bekommen haben, können Sie dieses für die Arbeitssuche für drei bis sechs Monate nach Deutschland übertragen. Dazu benötigen Sie das Formular U2 (früher E303).

**Bemerkung zum Vereinigten Königreich: Jeder Fall muss einzeln geprüft werden, um festzustellen, ob eine Person entweder in den Anwendungsbereich von Artikel 30 des*

Austrittsabkommens fällt und somit die EU-Koordinierungsverordnungen gelten, oder ob die Person in den Anwendungsbereich von den in Artikel 32 des Austrittsabkommens beschriebenen Situationen und/oder von den nationalen Rechtsvorschriften und vom Handels- und Kooperationsabkommen beigefügten Protokoll über die Koordinierung der sozialen Sicherheit fällt.

Ihre Rechte

Offizielle Seiten der Europäischen Union:

- http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c10521_de.htm (früher 1408/71)
- EU Verordnung 883/2004 vom 29.4.2004 als pdf: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0883&from=DE>

Einschlägige Internetseite der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Weitere Informationen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales - Wilhelmstr. 49 - 10117 Berlin - Tel: +49 3018 527-0 - Fax: +49 3018 527-1830 - E-Mail: info@bmas.bund.de

Homepage: <http://www.bmas.de>

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

„Gewöhnlicher Aufenthalt“

In diesem Kapitel erfahren Sie, was Sie über den Begriff „gewöhnlichen Aufenthalt“ wissen müssen, wenn Sie Sozialleistungen in Deutschland beantragen.

Habe ich meinen „gewöhnlichen Aufenthalt“ in Deutschland?

„Gewöhnlicher Aufenthalt“ in Deutschland bedeutet, dass der- oder diejenige sich unter Umständen in Deutschland aufhält, die erkennen lassen, dass er/sie dort nicht nur vorübergehend verweilt.

Bei der Entscheidung, ob jemand seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat, kommt es auf Folgendes an:

- Die Dauer und die Kontinuität, in der eine Person in Deutschland oder in einem anderen Land lebt und seinen gemeldeten Wohnsitz hat
- Dauer und Zweck von Abwesenheiten aus Deutschland
- Wohnsituation
- Art und Umfang der beruflichen Tätigkeit
- Der örtliche Mittelpunkt der persönlichen Interessen
- Die sich aus den Umständen ergebenden zukünftigen Interessen und Absichten der betreffenden Person

Wenn Sie in Deutschland folgende Sozialleistungen beantragen, müssen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben:

- Arbeitslosengeld (Ausnahmen in seltenen Ausnahmefällen bei Wohnsitz im Grenzgebiet)
- Bürgergeld
- Kindergeld
- Elterngeld
- Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe
- Wohngeld
- Sozialhilfe
- Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland (s.o.)

„Gewöhnlicher Aufenthalt“ in Deutschland bedeutet, dass der- oder diejenige sich unter Umständen in Deutschland aufhält, die erkennen lassen, dass er/sie dort nicht nur vorübergehend verweilt.

Ihre Rechte

Internetseite der Europäischen Kommission:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

Die EU kontaktieren

Besuch

In der Europäischen Union gibt es Hunderte von „Europe-Direct“-Informationsbüros. Über diesen Link finden Sie ein Informationsbüro in Ihrer Nähe: europa.eu/european-union/contact_de

Telefon oder E-Mail

Der Europe-Direct-Dienst beantwortet Ihre Fragen zur Europäischen Union. Kontaktieren Sie Europe Direct

- über die gebührenfreie Rufnummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (manche Telefondienstleister berechnen allerdings Gebühren),
- über die Standardrufnummer: +32 22999696 oder
- per E-Mail über: europa.eu/european-union/contact_de

Informationen über die EU

Im Internet

Auf dem Europa-Portal finden Sie Informationen über die Europäische Union in allen Amtssprachen: europa.eu/european-union/index_de

EU-Veröffentlichungen

Sie können – zum Teil kostenlos – EU-Veröffentlichungen herunterladen oder bestellen unter publications.europa.eu/de/publications. Wünschen Sie mehrere Exemplare einer kostenlosen Veröffentlichung, wenden Sie sich an Europe Direct oder das Informationsbüro in Ihrer Nähe (siehe europa.eu/european-union/contact_de).

Informationen zum EU-Recht

Informationen zum EU-Recht, darunter alle EU-Rechtsvorschriften seit 1952 in sämtlichen Amtssprachen, finden Sie in EUR-Lex: eur-lex.europa.eu

Offene Daten der EU

Über ihr Offenes Datenportal (data.europa.eu/euodp/de) stellt die EU Datensätze zur Verfügung.

Die Daten können zu gewerblichen und nichtgewerblichen Zwecken kostenfrei heruntergeladen werden.

