



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

AUSGABE 2016

Ratgeber

für Menschen
mit Behinderung



Ratgeber

für Menschen
mit Behinderung

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
2. Behinderung – Was ist das?	10
2.1 Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?	10
2.2 Feststellung der Behinderung.	11
2.3 Der Schwerbehindertenausweis	12
2.4 Nachteilsausgleiche.	13
3. Leistungen zur Teilhabe	14
3.1 Rehabilitation und Teilhabe: Welche Hilfen gibt es und wer ist zuständig?	14
3.1.1 Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für erwerbsfähige und hilfebedürftige behinderte Menschen.	17
3.1.2 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.	18
3.2 Wo kann ich welche Leistungen beantragen?	19
4. Früh vorsorgen – früh fördern Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung, Prävention	21
5. Medizinische Rehabilitation	23
5.1 Stationäre Behandlung	23
5.2 Ambulante Behandlung	24
5.3 Heilmittel	24
5.4 Hilfsmittel.	25
5.5 Psychotherapie	25
5.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie	26
5.7 Rehabilitationssport	26
5.8 Weitere Leistungen der medizinischen Rehabilitation	26

5.9	Zuzahlungen	27
5.9.1	Befreiungsmöglichkeiten	29
5.9.2	Besonderheiten bei chronisch Kranken	30
5.9.3	Besonderheiten bei Leistungsbezug von SGB II oder XII	32
5.9.4	Zuzahlungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung	32
5.9.5	Zuzahlungen in der gesetzlichen Unfallversicherung	33
5.9.6	Zuzahlungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht	33
6. Förderung in Kindertageseinrichtungen, Schul- und Berufsausbildung		34
6.1	Behinderte Kinder in Kindertageseinrichtungen fördern	34
6.2	Die Rolle der Schule	35
6.3	Studierende mit Behinderung	37
6.4	Die Berufsausbildung	41
6.4.1	Die „klassische“ Berufsausbildung	42
6.4.2	Die Berufsbildungswerke	44
6.5	Außerschulische Jugendbildung	45
7. Beschäftigung und Beruf Eingliederung auf Dauer		46
7.1	Berufliche Neuorientierung	47
7.2	Berufliche Weiterbildung	48
7.3	Berufliche Trainingszentren	48
7.4	Berufsförderungswerke	49
7.5	Werkstätten für behinderte Menschen	50
7.6	Integrationsfachdienste	51
7.7	Integrationsprojekte	52
7.8	Unterstützte Beschäftigung	53
7.9	Betriebliches Eingliederungsmangement (BEM)	54

8. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen	56
8.1 Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber	56
8.2 Pflichtarbeitsplätze	57
8.3 Kündigungsschutz – Zusatzurlaub – Schwerbehindertenvertretung	58
8.4 Arbeitsassistentz	59
9. Das persönliche Budget	61
10. Rente für behinderte und schwerbehinderte Menschen	65
10.1 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	65
10.2 Die Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	66
10.3 Altersrente für schwerbehinderte Menschen	67
11. Leistungen zur Teilhabe – Die finanzielle Sicherung	69
11.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	69
11.2 Leistungen zur beruflichen Rehabilitation	71
11.3 Berufliche Erstausbildung	72
11.4 Zusätzliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts	73
11.5 Sozialversicherung behinderter Menschen	73
12. Grundsicherung	74
12.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II	74
12.1.1 Die Bedarfsgemeinschaft	75
12.1.2 Höhe der Leistungen	75
12.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den §§ 41 – 46b SGB XII	75
12.2.1 Anspruch auf Leistungen	76
12.2.2 Bewilligungen von Leistungen	77
12.3 Unterhaltsrückgriff	78

13. Krankenversicherung	81
13.1 Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung	81
13.2 Zugang zur privaten Krankenversicherung	83
14. Die Soziale Pflegeversicherung	84
14.1 Fünfte Säule der Sozialversicherung	84
14.2 Wer ist in der Pflegeversicherung versichert?	84
14.3 Wer bezahlt die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung?	86
14.4 Pflegebedürftigkeit	89
14.4.1 Pflegestufen	89
14.4.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit	92
14.5 Leistungen der Pflegeversicherung	94
14.5.1 Häusliche Pflege	95
14.5.2 Vereinbarkeit von Pflege und Berufs- unterstützende Maßnahmen, Pflegezeitgesetz und Familienpflegegesetz	103
14.5.3 Voll- und teilstationäre Pflege	107
14.5.4 Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege	110
14.5.5 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	112
14.5.6 Qualität und Qualitätssicherung	115
14.6 Pflegeberatung	118
14.7 Assistenzpflegebedarfsgesetz	120
14.8 Ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Sozialhilfe	121
14.9 Pflegeleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung	122

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.....	124
15.1 Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen	124
15.2 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz	125
15.3 Rund ums Wohnen.....	128
15.3.1 Wohnraumförderung und Vermietung von gefördertem Wohnraum	129
15.3.2 Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens.....	131
15.3.3 Barrierefreiheit im Mietrecht	132
15.3.4 Wohngeld	134
15.3.5 Bausparverträge	136
15.4 Im Alltag und in der Freizeit mobil	136
15.4.1 Barrierefreies Reisen	137
15.4.2 Erleichterungen im Personenverkehr	139
15.4.2.1 Freifahrt im Nahverkehr	139
15.4.2.2 Eisenbahnverkehr Europäisches Recht.....	141
15.4.2.3 Luftverkehr	143
15.4.2.4 Busverkehr	145
15.4.2.5 Schiffsverkehr	148
15.4.3 Fahrdienste	150
15.4.4 Teilnahme am Straßenverkehr	151
15.4.5 Parkerleichterungen	152
15.5 Gerichtliche Verfahren	154
15.6 Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht	156
16. Steuerliche Erleichterungen	157
16.1 Einkommensteuer: Allgemeine außergewöhnliche Belastungen und Behinderten-Pauschbeträge	157
16.2 Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder.....	159
16.3 Kfz-Nutzung/Kraftfahrzeugsteuer	160
16.4 Fahrten zur Arbeit	161
16.5 Privatfahrten	162

17. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.....	163
18. Wissenswertes	164
18.1 Blindensendungen	165
18.2 Geschäfte des täglichen Lebens	165
18.3 Kriegsopferfürsorge	166
18.4 Neugeborene und Adoptivkinder mit Behinderungen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung	169
18.5 Kinderzuschlag	170
18.6 Sozialhilfe und Mehrbedarf.....	171
18.7 Rundfunkbeitrag	171
18.8 Telefon	180
18.9 Zahnarzt	183
18.10 Freiwillige.....	183
18.11 Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken	185
19. Wichtige Adressen	186
20. Glossar.....	195
Gesetzestexte und UN-Konvention	201
Bürgertelefon.....	679
Impressum	680

1. Einleitung

Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat ein Recht auf Hilfe. So bestimmt es das Sozialgesetzbuch. Und zwar auf die Hilfe, die notwendig ist, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, den Zustand zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Dazu gehören auch die Hilfen, die behinderten Menschen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, sichern.

Um die Selbstbestimmung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken, erhalten sie besondere Sozialleistungen (Leistungen zur Teilhabe → § 4 ff. SGB IX). Diese Hilfe für behinderte Menschen ist als Hilfe zur Selbsthilfe gedacht. Sie muss so gut und so umfassend wie möglich sein. Und sie muss dem individuellen Hilfebedarf des Einzelnen, d.h. Mann, Frau oder Kind, Rechnung tragen. Dabei sind auch berechtigte Wünsche und die individuellen Lebenssituationen der behinderten Menschen zu berücksichtigen → § 9 SGB IX.

Dem Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen wurde durch die Einführung der Leistungsform „Persönliches Budget“, auf die seit dem 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch besteht, in besonderer Weise Rechnung getragen → § 17 SGB IX.

Der mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Teilhabe wird mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen weiter vollzogen. Das Übereinkommen stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und setzt damit wichtige Impulse für die weiteren Veränderungsprozesse, mit denen das Ziel der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft weiter verfolgt wird.

Dieser Ratgeber will aufzeigen, welche Möglichkeiten und Unterstützung behinderte Menschen in unserer Gesellschaft haben. Die persönliche Beratung kann er jedoch nicht ersetzen. Er will vielmehr behinderte Menschen und alle, die ihnen helfen wollen, auf die Rechte behinderter Bürgerinnen und Bürger aufmerksam machen und sie ermutigen, diese Rechte in Anspruch zu nehmen. Denn gesetzliche Vorschriften allein verändern die Wirklichkeit nicht. Gesetzliche Vorgaben bleiben nur Papier, wenn sie nicht genutzt werden.

Hilfreiche Informationen zum Thema Behinderung finden Sie auch im neuen Internetportal des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales



Internet:

www.einfach-teilhaben.de

Zentrale Anlaufstellen für alle Fragen im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe sind die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (→ **Glossar**). Diese Servicestellen helfen auch bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen. Über Anschriften und Öffnungszeiten informieren beispielsweise die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen sowie im Internet die Deutsche Rentenversicherung



Internet:

www.reha-servicestellen.de



Info:

Informationen zu Anschriften finden Sie in → Kapitel – Wichtige Adressen.

2. Behinderung – Was ist das?

Von Behinderung spricht man, wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit eingeschränkt sind und diese die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren. Das heißt: Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist → § 2 SGB IX. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Behinderung auf Krankheit oder Unfall beruht oder ob sie angeboren ist. Ob eine Behinderung vorliegt, kann nur individuell und unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles beurteilt werden.

2.1 Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?

Um als behinderter Mensch die wegen der Behinderung notwendige Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, ist es grundsätzlich nicht erforderlich, dass ein bestimmter „Grad der Behinderung“ (→ **Glossar**) festgestellt und durch einen Ausweis bescheinigt wird. Das im August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) etwa stärkt die Rechte aller behinderten Menschen in den Bereichen Beschäftigung und Beruf, aber auch im alltäglichen Leben. Um einer nachteiligen Behandlung auf diesen Gebieten

wirksam zu begegnen, wurde ein Benachteiligungsverbot für die Gruppe der behinderten Menschen eingeführt.

Es gibt jedoch auch spezielle Regelungen, die ausschließlich für schwerbehinderte Personen gelten. Behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung wenigstens 50 beträgt und die in der Bundesrepublik wohnen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder hier beschäftigt sind, sind schwerbehinderte Menschen nach → § 2 SGB IX. Die Hilfen nach dem Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch „besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)“

→ §§ 68 ff. SGB IX erhalten ganz überwiegend schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen. So gilt z. B. der besondere Kündigungsschutz → §§ 85 ff. SGB IX für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen (GdB von wenigstens 30), während ein Anspruch auf Zusatzurlaub → § 125 SGB IX grundsätzlich nur für schwerbehinderte Menschen besteht.

2.2 Feststellung der Behinderung

Einige Rechte und Hilfen im Arbeitsleben und Leistungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile (z. B. im öffentlichen Personennahverkehr) setzen eine Feststellung des Grades der Behinderung voraus → § 69 SGB IX.

Jeder behinderte Mensch kann hierfür bei der für seinen Wohnsitz zuständigen örtlichen Versorgungsbehörde einen Antrag stellen. Damit werden drei Ziele verfolgt:

- ▶ die Feststellung der Behinderung und ihrer Schwere,
- ▶ der Nachweis bestimmter gesundheitlicher Merkmale zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen,
- ▶ die Ausstellung eines Ausweises zur Wahrnehmung von Rechten und Nachteilsausgleichen.

Den Antrag können auch die Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigte stellen. Eventuell vorhandene ärztliche Unterlagen sollten dem Antrag beigelegt werden.

Ausgedrückt wird die Schwere der Einschränkung im „Grad der Behinderung“, und zwar in Zehnergraden von 20 bis 100. Grundlage für die Beurteilungen sind die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (→ **Glossar**), die als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) veröffentlicht werden. Diese Verordnung trat zum 1. Januar 2009 in Kraft und übernimmt die Maßstäbe der zuvor angewandten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen

Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht Teil 2 SGB IX“, die bisher vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegeben wurden.

Als Behinderung wird nur die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung festgestellt, die mindestens einen Grad der Behinderung von 20 bedingt. Wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, ist der Grad der Behinderung durch die Beurteilung der Auswirkungen in ihrer Gesamtheit festzustellen, nicht jedoch durch ein Zusammenzählen. Dennoch sind wechselseitige Auswirkungen zu berücksichtigen. Verschlechtert sich das Ausmaß der Behinderung, kann ein neuer Antrag auf Feststellung gestellt werden.



Achtung:

Leistungen zur Teilhabe setzen keine Anerkennung als schwerbehinderter Mensch vom Versorgungsamt voraus!

2.3 Der Schwerbehindertenausweis

Der Schwerbehindertenausweis wird von der zuständigen örtlichen Versorgungsbehörde erstmalig in der Regel längstens für fünf Jahre ausgestellt. Er kann, wenn die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, verlängert werden. In den Fällen, in denen keine Änderung in Art und Schwere der Behinderung zu erwarten ist, kann der Ausweis auch unbefristet ausgestellt werden → § 6 **Schwerbehindertenausweisverordnung**.

Zur uneingeschränkten Inanspruchnahme des Rechts auf unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr und von Parkerleichterungen im gesamten Bundesgebiet ist der Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen (→ **Glossar**) als Nachweis erforderlich, dass der behinderte Mensch berechtigt ist, diese Nachteilsausgleiche in Anspruch zu nehmen.

Als gesundheitliche Merkmale sind auf dem Schwerbehindertenausweis vermerkt:

- G** Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt
- aG** Außergewöhnlich gehbehindert
- H** Hilflos
- Bl** Blind
- Gl** Gehörlos
- B** Berechtigt zur Mitnahme einer Begleitperson
- RF** Rundfunkbeitragsermäßigung und Telefongebührenermäßigung möglich



Tipp:

Einzelheiten regelt die → „Schwerbehindertenausweisverordnung.“ Sie ist bei den Gesetzestexten abgedruckt. Nähere Auskünfte erteilen die örtlichen Versorgungsbehörden.

2.4 Nachteilsausgleiche

Es gibt viele Nachteile, die behinderte Menschen im Arbeitsleben und in der Gesellschaft insgesamt in Kauf nehmen müssen. Unter bestimmten Voraussetzungen können behinderte Menschen besondere Leistungen und Hilfen, so genannte Nachteilsausgleiche, in Anspruch nehmen. Sie sind im wahrsten Sinne des Wortes der Versuch, einige der Nachteile und Mehraufwendungen auszugleichen. Hierzu zählt zum Beispiel die Berechtigung zur kostenlosen Mitnahme einer Begleitperson.

Nicht jeder behinderte Mensch hat ohne Weiteres Anspruch auf alle diese Leistungen. Bei den meisten müssen bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Die Mehrzahl der Nachteilsausgleiche erhalten nur schwerbehinderte Menschen.

Zudem räumen viele öffentliche und private Veranstalter behinderten Menschen gegen Vorlage des Schwerbehindertenausweises Ermäßigungen auf die Eintrittspreise ein.

3. Leistungen zur Teilhabe

Behinderten Menschen soll durch diese Leistungen die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Sie sollen ihr Leben nach ihren Neigungen und Fähigkeiten gestalten. Eine umfassende Teilhabe ist dann erreicht, wenn der behinderte Mensch (wieder) vollständig in das Leben der Gemeinschaft eingegliedert ist. Diesen Zustand zu erhalten, gehört selbstverständlich auch zu den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe → §§ 4 ff. SGB IX.

Leistungen zur Teilhabe sind umso erfolgreicher, je früher sie eingeleitet und durchgeführt werden. Sie setzen nicht erst dann ein, wenn eine Behinderung schon vorliegt. Bei Krankheiten und Unfällen beginnen sie möglichst mit der Akutbehandlung, auch im Krankenhaus.

Auch wenn man die Leistungen zur Teilhabe in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterteilt und schwerbehinderte Menschen zusätzlich besondere Hilfen erhalten: Die einzelnen Leistungen zur Teilhabe sind keine streng zu trennenden, schematisch aufeinander folgenden Vorgänge. Rehabilitation und Teilhabe führen dann zum besten Ergebnis, wenn die mit den behinderten Menschen jeweils abgestimmten einzelnen Phasen

und Bereiche nahtlos ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen.

Rehabilitation und Teilhabe muss als ein einheitlicher Prozess gesehen und durchgeführt werden.

3.1 Rehabilitation und Teilhabe: Welche Hilfen gibt es und wer ist zuständig?

Für die einzelnen Leistungen zur Teilhabe sind jeweils unterschiedliche Träger zuständig, denn das System der sozialen Sicherung in Deutschland ist historisch gewachsen. Aus diesem Grund hat jeder Träger in unserem Sozialleistungssystem – neben seinen sonstigen Aufgaben – seinen spezifischen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe.

- ▶ **Die gesetzliche Krankenversicherung** erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
- ▶ **Träger der Krankenversicherung** sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie die landwirtschaftlichen Krankenkassen.
- ▶ **Die Rentenversicherung** ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten und zu deren Teilhabe am Arbeitsleben zuständig.
- ▶ **Träger der Rentenversicherung** sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die verschiedenen Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und die landwirtschaftlichen Alterskassen.
- ▶ **Die Unfallversicherung** ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verantwortlich. Unfallversicherungsträger sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.
- ▶ **Die Träger der Sozialen Entschädigung** übernehmen bei Gesundheitsschäden für ihre Leistungsberechtigten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- ▶ **Träger der Sozialen Entschädigung** sind in der Regel die Landesversorgungsämter, Versorgungsämter sowie die Hauptfürsorgestellen und Fürsorgestellen.

- ▶ **Die Sozialhilfe** erbringt für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen und sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Die Leistungen setzen zum Teil die Bedürftigkeit des behinderten Menschen voraus (betrifft mehrheitlich die Leistungen zur sozialen Teilhabe). Die Leistungen anderer Rehabilitationsträger gehen den Leistungen der Eingliederungshilfe vor. Ein Beispiel: Wer krankenversichert ist, bekommt die erforderlichen medizinischen Leistungen von seiner Krankenkasse und nicht vom Sozialamt. Zuständig sind die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Anträge auf Eingliederungshilfe nimmt das Sozialamt der Wohnortgemeinde (örtlicher Träger der Sozialhilfe) entgegen. Es leitet die Anträge – sofern nicht selbst für die Bearbeitung zuständig – an den zuständigen Sozialhilfeträger weiter.
- ▶ **Die Kinder- und Jugendhilfe** erbringt Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung.
- ▶ **Träger der Kinder- und Jugendhilfe** sind die Jugendämter als Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Träger der freien Jugendhilfe.
- ▶ **Die Bundesagentur für Arbeit** ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, sofern nicht die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers gegeben ist. Sie ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. In allen Agenturen für Arbeit kümmern sich speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Reha-Teams um die Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben. Bei Bedarf können Sie sich an die für den Wohnort zuständige Agentur für Arbeit wenden.



Tipp:

Wenn Sie sich nicht an einen speziellen Träger wenden wollen, können Sie ebenso das Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nutzen. Die einzelnen Telefonnummern finden Sie in → Kapitel – Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

3.1.1 Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für erwerbsfähige und hilfebedürftige behinderte Menschen

Die Grundsicherung für Arbeit-suchende umfasst Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für erwerbsfähige und hilfebedürftige behinderte Menschen. Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeit-suchende sind insbesondere darauf auszurichten, dass behindertenspezifische Nachteile überwunden werden. Grundsätzlich stehen behinderten Menschen mit der Grundsicherung für Arbeit-suchende (SGB II) im Wesentlichen die gleichen Leistungen zur Eingliederung zur Verfügung wie nach dem Recht der Arbeitsförderung (SGB III).



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Grundsicherung für Arbeit-suchende“, Bestellnummer A 430

Die Bundesagentur für Arbeit ist auch für den Personenkreis der behinderten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach dem SGB II Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Damit ist sichergestellt, dass die Fachkompetenz der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger auch für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige genutzt wird.

Die Rehabilitationsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit und der übrigen Rehabilitationsträger im Bereich des SGB II hat zur Folge, dass die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger die damit verbundenen, gesetzlichen Aufgaben nach dem SGB IX wahrnehmen. Hierzu gehören beispielsweise die Klärung der Zuständigkeiten und des Rehabilitationsbedarfes. Davon unberührt bleibt die grundsätzliche Leistungsverantwortung und Entscheidungskompetenz der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über die Leistungen zur beruflichen Teilhabe

behinderter Menschen nach dem SGB II, u. a. auch der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

3.1.2 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) sind die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur) sowie die kreisfreien Städte und Kreise als kommunale Träger. Dazu haben Agenturen für Arbeit und Kommunen gemeinsame Einrichtungen (gE) zur gemeinsamen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende gebildet. Von 105 Landkreisen und kreisfreien Städten wird die Grundsicherung für Arbeitsuchende in alleiniger Zuständigkeit wahrgenommen.

Die Agenturen für Arbeit sind u. a. für die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts und die Eingliederungsleistungen, z. B. für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zuständig. Die Kommunen sind für die Leistungen für Unterkunft und Heizung, besondere einmalige Leistungen und kommunale Zusatzleistungen, wie Schuldner- und Suchtberatungen, zuständig.

3.2 Wo kann ich welche Leistungen beantragen?

Auf den ersten Blick wirken diese unterschiedlichen Zuständigkeiten etwas verwirrend. Doch so kompliziert ist es nicht. Denn alle Träger sind zur engen Zusammenarbeit verpflichtet. Behinderten Menschen sollen keine Nachteile erwachsen. Die örtlichen gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger helfen deshalb bei der Inanspruchnahme der Leistungen – ganz unabhängig davon, welcher Rehabilitationsträger letztlich für die Leistungen zuständig ist. Sie informieren umfassend, unter anderem über die Leistungsvoraussetzungen, helfen bei der Antragstellung und bieten Unterstützung auch während der Leistungserbringung an.

Ein Verzeichnis der gesamten gemeinsamen Reha-Servicestellen finden Sie Internet.



Internet:

www.reha-servicestellen.de

Alle gemeinsamen Servicestellen und jeder Rehabilitationsträger nehmen formlose Anträge auf Leistungen zur Teilhabe entgegen. Auch dann, wenn ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Ein besonderes „Zuständigkeitsklärungsverfahren“ sichert dabei die schnelle Leistungserbringung → § 14 SGB IX. Falls der Rehabilitationsträger – das kann auch der Träger sein, bei dem die gemeinsame Servicestelle angegliedert ist – feststellt, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger zu. Dieser Träger erbringt dann die erforderliche Leistung. Ansonsten klärt dieser unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der gesetzten Frist entschieden wird. Anschließend unterrichtet er hierüber den Antragsteller oder die Antragstellerin.

Der Rehabilitationsträger stimmt mit den behinderten Menschen die im Einzelfall weiter erforderlichen Leistungen zur Teilhabe ab. Gegebenenfalls beteiligt er die für diese Leistungen zuständigen Rehabilitationsträger. Gemeinsam mit den behinderten Menschen werden die Leistungen zur Teilhabe schriftlich zusammengestellt und entsprechend dem Verlauf der Entwicklung angepasst. Bei der Auswahl der Leistungen wird auch den Bedürfnissen, die behinderte Mütter und Väter zur Erfüllung ihrer Erziehungsaufgaben

haben, Rechnung getragen. Das kann zum Beispiel durch wohnortnahe Teilzeitangebote oder, soweit keine anderweitige Betreuung der Kinder sichergestellt werden kann, auch durch Mitnahme der Kinder an den Rehabilitationsort oder durch eine Haushaltshilfe erfolgen. Dafür verantwortlich ist der zuerst leistende Rehabilitationsträger, so dass die Leistungserbringung aus Sicht der berechtigten Bürgerinnen und Bürger wie „aus einer Hand“ erscheint.

4. Früh vorsorgen – früh fördern

Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung, Prävention

Je früher eine drohende Erkrankung oder Behinderung erkannt wird, desto größer ist die Heilungschance. Dank moderner Medizin und Forschung können heute mit Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen sowohl bestimmte gesundheitliche Risiken als auch bestimmte Krankheiten frühzeitig erkannt und rechtzeitig angegangen werden. Frühzeitig erbrachte Leistungen zur Prävention erhalten die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten.

So sollen durch die Schwangeren- vorsorgeuntersuchungen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit für die Mutter und für das Kind abgewendet und Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Ein besonderer Schwerpunkt der Früherkennung und Vorsorge wird auch in der Phase der Säuglings- und Kinderentwicklung gelegt. Das Früherkennungsprogramm für Kinder (sog. U-Untersuchungen) umfasst insgesamt zehn Untersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensjahr. Eine weitere Vorsorgeuntersuchung wird nach Vollendung des 10. Lebensjahres durchgeführt. Die Kosten werden von der Krankenkasse getragen. Wird im Rahmen dieser Untersuchungen eine Gesundheitsstörung des Kindes festgestellt

oder droht sie, ist Frühbehandlung und Frühförderung auch in spezialisierten Einrichtungen mit besonders geschulten Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen möglich.



Tipp:

Kostenlose CD des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Einrichtungen und Stellen der Frühförderung“, Bestellnummer C 751

Im Erwachsenenalter sind die Vorbeugung und frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Therapieeinleitung weit verbreiteter chronischer Krankheiten, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Krebs, von großer Bedeutung. Daher haben nach den sozialgesetzlichen Regelungen gesetz-

lich Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten. Frauen und Männer ab 35 Jahre können alle zwei Jahre an einer Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) teilnehmen. Ferner haben Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 45 Jahren einen Anspruch auf regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung von bestimmten Krebskrankheiten.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen ambulante und stationäre medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, um ihre Erwerbsfähigkeit zu sichern. Zielgruppe der Präventionsleistungen sind Beschäftigte, bei denen erste, die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, ohne dass bereits ein Bedarf für medizinische Rehabilitationsleistungen besteht. Die Präventionsleistungen werden in der Regel arbeitsbegleitend erbracht.

Die Träger der Rentenversicherung haben dazu verschiedene erfolgreiche Modellprojekte entwickelt. Auf der Ebene des Grundsatz- und Querschnittsbereichs der Deutschen Rentenversicherung Bund sollen nun die Voraussetzungen für eine regelhafte Erbringung von Präventionsleistungen geschaffen werden.

5. Medizinische Rehabilitation

Kann durch Vorsorge und Frühförderung das Entstehen einer Behinderung nicht abgewendet werden oder tritt ein plötzliches Ereignis ein, das zu einer Behinderung führen kann (wie zum Beispiel ein Unfall), stehen zur Rehabilitation in der Regel zunächst medizinische Leistungen im Vordergrund.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht um eine Behinderung, eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit sowie eine Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern bzw. auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Dazu existieren zur medizinischen Rehabilitation spezifische Leistungen, die speziell auf diese Ziele ausgerichtet sind. Wichtiger Bestandteil aller Leistungen ist es dabei, die verbliebenen Leistungsmöglichkeiten zu stärken und gleichzeitig solche Funktionen und Fähigkeiten zu fördern und zu entwickeln, die die ausgefallenen ausgleichen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insbesondere:

5.1 Stationäre Behandlung

Zu einem wesentlichen Teil findet medizinische Rehabilitation im Rahmen der Akutbehandlung im Krankenhaus sowie stationär in Rehabilitationseinrichtungen statt. Im Krankenhaus sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt Leistungen zur Frührehabilitation mit in die Akutbehandlung integriert werden. Die frührehabilitativen Leistungen werden durch Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe erbracht. Die Behandlung in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen kommt insbesondere dann in Betracht, wenn zur medizinischen Rehabilitation spezielle Maßnahmen im Anschluss an die Akutbehandlung im Krankenhaus erforderlich sind.

Rehabilitationseinrichtungen und Schwerpunktkliniken führen die rehabilitative Behandlung fort und ergänzen die übliche medizinische Therapie durch Übungen, die dem Training der verbliebenen oder der Förderung kompensatorischer Funktionen dienen. Schwerpunktkliniken widmen sich der Behandlung bestimmter Krankheiten oder Krankheitsgruppen, wie zum Beispiel für orthopädische Erkrankungen. Sie sind dafür sachlich und personell besonders ausgerüstet.

Darüber hinaus gibt es in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Einrichtungen für medizinisch-berufliche Rehabilitation. In diesen wird bereits am Krankenbett mit ersten Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben begonnen.

5.2 Ambulante Behandlung

Im Anschluss an die rehabilitative Behandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen ist außerdem eine ambulante rehabilitative Behandlung möglich, wenn noch weiterer medizinischer Rehabilitationsbedarf besteht, jedoch keine stationäre

Behandlung mehr erforderlich ist. Außerdem ist auch teilweise direkt nach einer Behandlung im Krankenhaus eine ambulante rehabilitative Behandlung möglich, wenn der Gesundheitszustand durch frührehabilitative Maßnahmen soweit gebessert wurde, dass keine stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen mehr notwendig ist.

Die Durchführung der ambulanten Behandlung erfolgt vor allem in Tageskliniken, ambulanten Therapieeinrichtungen oder Praxen einzelner Leistungserbringer, wie zum Beispiel Praxen für Physiotherapie oder für Ergotherapie. Diese Maßnahmen werden in der Regel durch einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin (meist der Hausarzt oder die Hausärztin) verordnet und koordiniert.

5.3 Heilmittel

Zu den Heilmitteln zählen insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. passive oder aktive Bewegung in Luft und Wasser, Entspannungsübungen, Massagen, Atem-/Inhalationstherapie, Bestrahlungen

und Elektrotherapie), Maßnahmen der Sprach-, Stimm- und Sprechtherapie sowie die Ergotherapie. Bei vielen funktionellen Störungen sind physiotherapeutische Übungen zur Wiederherstellung von Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit unerlässlich.

Durch logopädische Behandlung sollen Patienten und Patientinnen mit Behinderungen der sprachlichen Kommunikation, des Sprechens oder der Stimme in die Lage versetzt werden, sich mit oder ohne technische Hilfsmittel zu verständigen. Vornehmliche Aufgabe der Ergotherapie ist es, durch komplexe aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren unter Einsatz von funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen Funktionen oder Funktionsabläufe zu verbessern.

5.4 Hilfsmittel

Hilfsmittel sollen ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern, ergänzen oder ausgleichen. Dazu gehören orthopädische Hilfsmittel wie Körperersatzstücke (Prothesen),

Stützapparate (Orthesen) und Rollstühle. Andere Hilfsmittel sind beispielsweise Seh- und Hörhilfen. Der Leistungsanspruch umfasst auch die Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung und Ausbildung im Gebrauch sowie die zum Schutz der Versicherten erforderlichen Wartungen und Kontrollen.

5.5 Psychotherapie

Psychotherapie als im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbrachte ärztliche und psychologisch-psychotherapeutische Behandlung soll dabei helfen, eine durch eine seelische Erkrankung eingetretene oder drohende Behinderung zu beseitigen oder zu mindern und Lösungsmöglichkeiten für das weitere Leben zu entwickeln. Die psychotherapeutischen Leistungen können entweder während der stationären Behandlung begonnen und ambulant weitergeführt werden oder nach Abschluss der stationären Rehabilitation ambulant erfolgen.

5.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Während es Ziel der Belastungserprobung ist, körperliche, geistige und seelische Leistungsbreite und die Dauerbelastbarkeit zu ermitteln, will die Arbeitstherapie darauf aufbauend Fertigkeiten erhalten oder entwickeln, die für die berufliche Wiedereingliederung wichtig sind. Je nach Erfordernis der individuellen Behinderung kommen die Leistungen allein, in Kombination nebeneinander, nacheinander oder auch wiederholt in Betracht.

5.7 Rehabilitationssport

Eine besondere Rolle spielt bei der medizinischen Rehabilitation der Rehabilitationssport. Sein Zweck ist es, durch Übungen, die auf die Art und Schwere der Behinderung und den gesundheitlichen Allgemeinzustand der behinderten Menschen abgestimmt sind, das Rehabilitationsziel zu erreichen oder zu sichern. Der Rehabilitationssport muss ärztlich verordnet sein und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung stattfinden. Hierzu gehören auch Übungen,

die speziell auf behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen ausgerichtet sind, um das Selbstbewusstsein zu stärken.

Versehrtenleibesübungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht werden von den zuständigen Verwaltungsbehörden für die Kriegsopfersversorgung bewilligt.

5.8 Weitere Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Soweit im Einzelfall weitere Leistungen erforderlich sind, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern und um Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, wären dies unter anderem die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, mit Zustimmung der Leistungsberechtigten die Information und Beratung von Partnerinnen und Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen, die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbst-

hilfe- und Beratungsmöglichkeiten, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz (unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen) und das Training lebenspraktischer Fähigkeiten.



Wichtig:

**Alle in den Kapitel 5.1 bis 5.8 erforderlichen Sachleistungen werden von den Rehabilitationsträgern übernommen. Unter bestimmten Umständen bewilligen sie auch ergänzende Leistungen
→ Kapitel – Leistungen zur Teilhabe: Die finanzielle Sicherung).**

5.9 Zuzahlungen

Für alle Versicherten gilt bei Zuzahlungen grundsätzlich eine Belastungsobergrenze in Höhe von zwei Prozent bzw. bei chronisch Kranken (→ [Glossar](#)) von einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Besondere Regelungen gelten für leistungsberechtigte Personen von Arbeitslosengeld II (und deren in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen) oder Sozialhilfe.

Für das Erreichen der Belastungsgrenze werden sämtliche Zuzahlungen berücksichtigt, also auch die Zuzahlungen im Krankenhaus oder bei Hilfsmitteln. Wer die persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, wird für den Rest des Jahres von der Krankenkasse von den Zuzahlungen freigestellt.

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist die Zuzahlungspflicht auf 42 Tage begrenzt, wenn es sich dabei um eine Anschlussrehabilitation handelt nur 14 Tage. Bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen werden angerechnet.

Dem Spitzenverband der Krankenkassen wurde die Kompetenz eingeräumt, Indikationen festzulegen, bei denen die auf 28 Tage begrenzte Zuzahlung Anwendung findet, auch wenn es sich nicht um eine Anschlussrehabilitation im eigentlichen Sinne handelt. Die

Indikatoren sind neu festgelegt: Versicherte, die wegen bestimmter Ausnahmeindikationen eine Rehabilitationsmaßnahme durchführen, müssen die Zuzahlung von 10,- Euro nur noch längstens für 28 Kalendertage je Kalenderjahr leisten.

Übersicht über die Zuzahlungen in der GKV:

Leistung	Zuzahlung
Arzneimittel	10 Prozent des Apothekenabgabepreises mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro (jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels)
Verbandmittel	10 Prozent des Apothekenabgabepreises mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro (jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels)
Fahrkosten	10 Prozent der Fahrkosten mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro pro Fahrt (jeweils nicht mehr als die Kosten)
Heilmittel	10 Prozent des Abgabepreises zzgl. 10,- Euro je Verordnung
Hilfsmittel	10 Prozent der Kosten des Hilfsmittels mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro (jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels)
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10 Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages und maximal 10,- Euro für den gesamten Monatsbedarf
Krankenhausbehandlung	10,- Euro pro Kalendertag für höchstens 28 Tage

Leistung	Zuzahlung
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	10,- Euro pro Kalendertag
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	10,- Euro pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10,- Euro pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter	10,- Euro pro Kalendertag

5.9.1 Befreiungsmöglichkeiten

Befreiungen von Zuzahlungen sind bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich. Die Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent (bei chronisch Kranken ein Prozent) der zu berücksichtigenden Nettoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familiennettoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen – denn für jeden Familienangehörigen

wird auch ein Freibetrag berücksichtigt. Für Kinder wird ein erhöhter Freibetrag berücksichtigt. Diese Freibeträge werden vom Familiennettoeinkommen subtrahiert. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus.



Info:

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

Als Familieneinkommen sind die jährlichen Nettoeinnahmen zum Lebensunterhalt anzusehen, d. h. alle finanziellen Einnahmen des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts verwendet werden können. Dazu gehören z. B. auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung oder Kapitaleinkünfte, also Einnahmen, von denen Pflichtversicherte keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen haben.

Versicherte und ihre berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartner/innen und Kinder haben die ihnen im laufenden Kalenderjahr entstehenden Zuzahlungen zu dokumentieren. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten, die die Belastungsgrenze während eines Kalenderjahres erreicht haben, einen Befreiungsbescheid für den Rest dieses Jahres auszustellen.

Die Belastungsgrenze gilt für sämtliche Zuzahlungen, also z. B. auch für die Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung oder bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

5.9.2 Besonderheiten bei chronisch Kranken

Der Gesetzgeber ist sich der besonderen Situation von chronisch Kranken bewusst und hat dementsprechend eine Sonderregelung für diesen Personenkreis geschaffen. Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine geringere Belastungsgrenze von nur einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch kranke leistungsberechtigte Personen von Arbeitslosengeld II oder laufenden Leistungen nach dem SGB XII gilt eine Belastungsgrenze von 48,48 Euro je Kalenderjahr. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Ärztenschaft), in dem die Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen ein Mitberatungsrecht haben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2004 die Richtlinien zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen verabschiedet. Danach gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- ▶ Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- ▶ Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht bzw. ein Grad der Schädigungsfolgen nach dem Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 Prozent.
- ▶ Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztlich oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche

Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Die Feststellung, ob eine Versicherte Person an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr diese Belastungsgrenze erreichen, können sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie. Kinder unter 18 Jahren sind mit Ausnahme der Zuzahlung bei Fahrkosten grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.



Info:

Nähere Informationen sind beim Bundesministerium für Gesundheit, 10117 Berlin, erhältlich

oder im



Internet:

www.bmg.bund.de

5.9.3 Besonderheiten bei Leistungsbezug von SGB II oder XII

Für leistungsberechtigte Personen von Arbeitslosengeld II nach dem SGB II oder Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII ist eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung getroffen worden. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft lediglich die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII berücksichtigt, § 62 Abs. 2 SGB V.

Im Ergebnis wird bei einer Regelleistung von 404 Euro monatlich bzw. 4.848 Euro je Kalenderjahr eine Belastung von 96,96 Euro bzw. bei chronischer Erkrankung von 4.848 Euro je Kalenderjahr als zumutbar angesehen.

5.9.4 Zuzahlungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung gelten folgende Zuzahlungsregelungen: Der Rehabilitand oder die Rehabilitandin hat zu stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung zu leisten, von der unter bestimmten Voraussetzungen vollständig oder teilweise abgesehen werden kann.

Der Befreiungsbescheid der gesetzlichen Krankenversicherung gilt nicht gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Zuzahlung beträgt 10,- Euro für jeden Tag der stationären Leistungen und muss höchstens für 42 Tage im Kalenderjahr geleistet werden. Bei mehreren „stationären“ Leistungen innerhalb eines Kalenderjahres sind alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkassen zu berücksichtigen und anzurechnen.

Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Leistung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation). Bereits im Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für stationäre Krankenhausbehandlungen und Anschlussrehabilitationsmaßnahmen werden angerechnet.

Eine Zuzahlung ist nicht zu leisten, wenn

- ▶ bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet war,
- ▶ Übergangsgeld bezogen wird,
- ▶ bei Kinderheilbehandlungen, auch wenn die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Auf Antrag kann der Versicherte ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden, wenn sie ihn unzumutbar belasten würde. Hierfür ist eine von den Rentenversicherungsträgern jährlich aktualisierte Zuzahlungstabelle maßgeblich.

5.9.5 Zuzahlungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Zuzahlungen im oben genannten Sinne fallen grundsätzlich nicht an für Patientinnen und Patienten, die wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eine medizinische Heilbehandlung benötigen.

5.9.6 Zuzahlungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

Zuzahlungen im oben genannten Sinne fallen grundsätzlich nicht an für Berechtigte, die wegen einer anerkannten Schädigungsfolge eine medizinische Heil- und Krankenbehandlung benötigen.

6. Förderung in Kindertageseinrichtungen, Schul- und Berufsausbildung

Qualifizierte Bildung ist heute nicht nur der Schlüssel für den erfolgreichen Einstieg in die Berufswelt, sondern sie bestimmt auch in weitem Umfang den sozialen Status: Je besser Bildung und Ausbildung, desto besser die Berufs- und Lebenschancen. Für behinderte Menschen gilt dies ganz besonders. Genau wie nichtbehinderte Menschen haben sie deshalb Anspruch auf eine ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechende Bildung.

6.1 Behinderte Kinder in Kindertageseinrichtungen fördern

In den ersten Lebensjahren eines Kindes werden grundlegende Dispositionen, etwa in Bezug auf Sprache, Sozialverhalten und den Zugang zur Welt, gelegt. Gerade für Kinder mit Behinderung ist es besonders wichtig, die Entwicklungschancen dieser frühen Lebensphase bis zur Einschulung in einer Kindertageseinrichtung bestmöglich zu nutzen.

Behinderte Kinder sollen soweit möglich gemeinsam mit nicht-behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen gefördert werden → § 22a Abs. 4 SGB VIII. Je nach Art und Schwere der Behinderung sind hierfür:

- ▶ eine behindertengerechte Ausstattung,

- ▶ zusätzliche Betreuung und
- ▶ sonderpädagogische Hilfen durch Fachkräfte

erforderlich.

In den letzten Jahren sind verschiedene Formen der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder in Kindertageseinrichtungen entstanden. So nehmen viele allgemeine Kindertageseinrichtungen auch behinderte Kinder auf, während sich Sondereinrichtungen bei Vorliegen der erforderlichen Rahmenbedingungen zunehmend nichtbehinderten Kindern öffnen. Immer mehr Einrichtungen beziehen die Bedürfnisse solcher integrativen Gruppen von vornherein mit ein, wenn Gebäude neu gebaut oder umgebaut werden. Bei allen Formen des gemeinsamen Lernens kommt es darauf an, den

Bedürfnissen der behinderten und der nichtbehinderten Kinder gleichermaßen gerecht zu werden. Insgesamt haben sich integrative Arbeitsformen zu einem strukturellen Bestandteil der Erziehungs- und Bildungsarbeit der Kindertageseinrichtungen entwickelt. Daneben bleibt es weiterhin wichtig, behinderte Kinder in Sondereinrichtungen spezifisch zu fördern, wenn integrative Gruppen dies aufgrund der Art und Schwere der Behinderung nicht leisten können.

6.2 Die Rolle der Schule

Schulische Bildung in Deutschland fällt in den Aufgabenbereich der Bundesländer. Dementsprechend gibt es kein bundesweit einheitliches System der Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen. Auch wenn die Länder im Rahmen der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) eine Kooperation in Bildungsfragen pflegen, gibt es eine von Land zu Land unterschiedliche Ausgestaltung der sonderpädagogischen Förderung.

Gemeinsam ist den schulgesetzlichen Regelungen in allen Ländern, dass die allgemeine Schulpflicht auch für junge Menschen mit (auch schwersten) Behinderungen gilt und für diese Personengruppe grundsätzlich sowohl der gemeinsame Unterricht mit nichtbehinderten Schülerinnen und Schülern angeboten wird wie auch der Unterricht in Förder-/Sonderschulen. In jedem Land gibt es für die verschiedenen Arten von Behinderungen auch unterschiedliche Förderschulen.

Wer entscheidet über den Schultyp?

Auf welche Schule ihr Kind gehen soll, ist für viele Eltern eine ganz grundlegende Frage. Je größer das schulische Angebot vor Ort, desto komplexer und schwieriger ist der Entscheidungsprozess. Das gilt für Eltern behinderter ebenso wie für die nichtbehinderter Kinder.

Für Eltern behinderter Kinder ist der Ausgangspunkt häufig die Frage, ob ihr Kind gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern zur Schule gehen oder eine Förderschule besuchen soll.

Die Schulgesetze vieler Länder sehen hier einen Vorrang des gemeinsamen Unterrichts vor einer gesonderten Beschulung vor. Soweit möglich sollen auch junge Menschen mit Behinderungen eine Regelschule besuchen.

Wer für die Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs zuständig ist und welche Stellen maßgeblich die Entscheidung über den zu besuchenden Schultyp treffen, ist von Land zu Land unterschiedlich. Es werden selbstverständlich auch die Eltern des Kindes einbezogen. Außerdem können sich die Eltern bei Bildungsberatungsstellen und schulpsychologischen Diensten beraten lassen. In einigen Bundesländern haben Eltern behinderter Kinder ein weitgehendes Wahlrecht zwischen den Schulformen. Einen unbedingten Rechtsanspruch auf gemeinsamen Unterricht gibt es derzeit (noch) in keinem Bundesland.

Auch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das von Deutschland Anfang 2009 ratifiziert wurde, sieht in Artikel 24 das gemeinsame Lernen als Regelfall vor. Einen individuellen Rechtsanspruch für behinderte Kinder und deren Eltern enthält das Übereinkommen jedoch ebenfalls nicht. Viele Bundesländer nehmen die Behindertenrechtskonvention jedoch zum Anlass, die Angebote des gemeinsamen Unterrichts deutlich auszuweiten. Zudem ist die Behindertenrechtskonvention bei der Auslegung des bestehenden Schulrechts zu berücksichtigen.



Info:

Das VN-Übereinkommen finden Sie im Gesetzesteil.

Übrigens: Die Entscheidung über den Förderort muss nicht endgültig sein. Schule, Elternhaus sowie soziale und therapeutische Dienste können eng zusammenarbeiten und so den Förderort zu einem anderen Zeitpunkt neu bestimmen.



Tipp:

Auf www.einfach-teilhaben.de, dem Webportal des BMAS für Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen, Verwaltungen und Unternehmen, finden Sie weitere Informationen und Verweise auf die länderspezifische Gestaltung von schulischer Bildung für junge Menschen mit Behinderungen.

Der „Wegweiser für Eltern zum Gemeinsamen Unterricht“ der Behindertenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam leben – gemeinsam lernen e.V. gibt Eltern von behinderten Kindern eine Hilfestellung, wenn sie sich für den gemeinsamen Unterricht an einer allgemeinen Schule entscheiden. Es gibt bundesübergreifende Informationen und solche für die einzelnen Bundesländer, die abrufbar sind unter www.behindertenbeauftragte.de.

6.3 Studierende mit Behinderung

Niemand darf auf Grund seiner Behinderung oder chronischen Krankheit vom Studium an der Hochschule seiner Wahl ausgeschlossen werden. Die Hochschulen haben dafür Sorge zu tragen, dass behinderte Studierende in ihrem Studium nicht benachteiligt werden und die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können.

Damit Studierende mit Behinderung trotz vielfältiger Einschränkungen erfolgreich studieren können, haben Hochschulen und Studentenwerke in barrierefreie Strukturen investiert, spezielle Beratungsangebote entwickelt und ein System von Nachteilsausgleichen installiert.

Entsprechende Regelungen im Hochschulrahmengesetz, nach denen die Hochschulen dafür Sorge tragen müssen, dass behinderte Studierende im Studium nicht benachteiligt werden, die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in

Anspruch nehmen können und deren spezifischen Belange in den Prüfungsordnungen berücksichtigt werden, sind mittlerweile weitgehend in Landesrecht umgesetzt. Damit wurde dem Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik auch auf dem Gebiet der Hochschulbildung Rechnung getragen.

Die Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz hat sich mit der am 21. April 2009 in Aachen einstimmig beschlossenen Empfehlung „Eine Hochschule für alle“ darauf verständigt, (neue) Barrieren zu identifizieren und Maßnahmen zur Herstellung von Chancengerechtigkeit für Studierende mit Behinderung einzuleiten.

Wer an einem Studium interessiert ist, sollte jedoch unbedingt frühzeitig einige wichtige Fragen klären, bevor er oder sie das Studium beginnt:

- ▶ Welche Voraussetzungen gelten für die Zulassung zum Studium?
- ▶ Bietet der Studienort ausreichend Mobilität?

- ▶ Welche Möglichkeiten zum Wohnen gibt es?
- ▶ Welche Assistenzen und Hilfsmittel können genutzt werden?
- ▶ Sind Nachteilsausgleiche bei Prüfungen vorgesehen? Wenn ja, welche?
- ▶ Welche Voraussetzungen gelten für ein Auslandsstudium?

Ganz besonders wichtig ist es, frühzeitig zu klären, wie einzelne behinderungsbedingte Mehrbedarfe und ggf. Aufwendungen der Pflege finanziert werden können, da für die unterschiedlichen Leistungen auch unterschiedliche Träger zuständig sind.

Zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile gibt es spezielle BAföG-Regelungen; zudem können behinderte Studierende sich von Langzeit-Studiengebühren befreien lassen.

Besonderheiten bei Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Wie für alle Studierenden steht auch für Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit ohne genügend Eigenmittel Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) zur Finanzierung des ausbildungsgeprägten Unterhalts an erster Stelle. Der ausbildungsgeprägte Unterhalt umfasst die üblicherweise anfallenden laufenden Lebensunterhalts- und Ausbildungskosten während des Studiums (§ 11 BAföG). Das BAföG sieht einige Regelungen für Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit vor, die behinderungsspezifische Nachteile ausgleichen sollen. Studierende mit Behinderung, die Leistungen des BAföG erhalten, können über die für das jeweilige Studienfach festgelegte Förderungshöchstdauer hinaus BAföG bekommen, wenn die Überschreitung auf die Behinderung zurückzuführen ist. Während der behinderungsbedingten Verlängerung erfolgt die Förderung ausschließ-

lich als Zuschuss. Besondere Modalitäten gibt es für Studierende mit Behinderung auch im Zusammenhang mit der Ermittlung des Härtefreibetrags bei der Einkommensermittlung der Eltern. Der behinderungsbedingte Mehrbedarf, der kein Bestandteil des BAföG ist, wird ggf. nach SGB II (nicht ausbildungsgeprägter Mehrbedarf) bzw. als Eingliederungshilfe nach SGB XII (ausbildungsgeprägter Mehrbedarf) beantragt.

Wenn nach Abschluss des Studiums das Darlehen zurückzahlen ist, gelten ebenfalls besondere Bestimmungen: Rückzahlungszeitpunkt (kann ggf. durch Freistellung und Stundung hinausgeschoben werden) und ggf. die Höhe der Raten richten sich grundsätzlich nach dem erzielten Einkommen. Es besteht dabei die Möglichkeit, behinderungsbedingte Mehraufwendungen geltend zu machen und somit die allgemeinen Einkommensfreibeträge zu erhöhen.

Informationen und Beratung erhalten Studieninteressierte und Studierende bei den zuständigen Beratungsstellen der Hochschulen bzw. den örtlichen Studentenwerken. Die gemeinsamen Servicestellen unterstützen in Fragen der Finanzierung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs.



Tipp:

Die Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerks bietet regelmäßig Veranstaltungen zum Studienbeginn und zum Übergang in den Beruf an. Dort ist u. a. auch die Broschüre „Studium und Behinderung“ erhältlich:

**Deutsches Studentenwerk
Informations- und Beratungsstelle
Studium und Behinderung
Monbijouplatz 11, 10178 Berlin,
Tel.: 030 / 29 77 27-64**



E-Mail:

**studium-behinderung@
studentenwerke.de**



Internet:

**www.studentenwerke.de/
behinderung**

6.4 Die Berufsausbildung

Die Berufsausbildung im dualen System bietet für die Mehrheit junger Menschen die Grundlage für eine dauerhafte Integration in die Berufs- und Arbeitswelt. Doch schon der Weg dorthin ist für behinderte Menschen oft mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Denn bestimmte Beeinträchtigungen können die Berufswahl stark einschränken.

Der „Beruf fürs Leben“ ist zudem selten geworden - dies gilt auch für behinderte Menschen. Die technischen, wirtschaftlichen und organisatorischen Entwicklungen zwingen zur ständigen Anpassung, zum lebenslangen Lernen. Daher müssen die ersten Schritte ins Berufsleben wohl überlegt sein. Wichtig für behinderte Menschen ist dabei, neben der gegenwärtigen auch die zukünftige individuelle Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen.

Die Berufsberatung

Neben den unerlässlichen eigenen Aktivitäten zur Berufswahl sollte man die Berufsberatung der Agenturen für Arbeit mit ihren speziellen Angeboten für behinderte Menschen in Anspruch nehmen, die bei ihrer Tätigkeit durch Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen und technische Berater und Beraterinnen unterstützt werden. Fällt die Entscheidung auch nach intensiver Beratung schwer, besteht die Möglichkeit, dass behinderten jungen Menschen Leistungen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung gewährt werden.

Zu den Aufgaben der Berufsberaterinnen und Berufsberater gehört die Unterstützung der jungen Menschen und die Hilfe bei der Berufswahl und bei der Suche nach einem entsprechenden Ausbildungsplatz. Ist zum Beispiel eine Berufsausbildung noch nicht möglich, kann die Berufsberatung berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen empfehlen. Wenn die Behinde-

nung eine betriebliche Ausbildung nicht zulässt, kommt vielleicht ein Ausbildungsplatz in einem Berufsbildungswerk, einem Berufsförderungswerk oder eine Tätigkeit in Werkstätten für behinderte Menschen in Frage.

Auch eine Förderung der Berufsausbildung durch die zuständige Agentur für Arbeit oder das Jobcenter in anerkannten Ausbildungsberufen oder im Rahmen besonderer Regelungen für die Berufsausbildung behinderter junger Menschen ist möglich.

6.4.1 Die „klassische“ Berufsausbildung

Berufsausbildung, das heißt in erster Linie das Absolvieren einer betrieblichen Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder der Handwerksordnung (HwO). Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine Ausbildung auch in einer außerbetrieblichen Einrichtung gefördert werden. Auch in diesem Fall erfolgt die Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf

oder nach den besonderen Ausbildungsregelungen für behinderte Menschen. Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen wurde die betriebliche Ausbildung gestärkt, damit behinderte und schwerbehinderte junge Menschen verstärkt in den Betrieben ausgebildet werden.

Junge Menschen, die außerbetrieblich ausgebildet werden – z. B. in einem Berufsbildungswerk – sollen einen Teil ihrer Ausbildung auch in einem Betrieb absolvieren (Praxis). Dabei unterstützt das Berufsbildungswerk den Ausbildungsbetrieb. So können Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen die Stärken der behinderten und schwerbehinderten Auszubildenden besser beurteilen. Zudem erhöhen sich für diese Auszubildenden damit die Chancen auf eine spätere Übernahme in den Betrieb und eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Falls erforderlich, können für behinderte Menschen Ausbildung und Prüfungen erleichtert werden, z. B. durch die behinde-

rungsgerechte Gestaltung von Ausbildungsabschnitten, die Zulassung besonderer Hilfsmittel oder die Einschaltung eines „Dolmetschers“ bei Prüfungen. Für behinderte junge Menschen, bei denen Art oder Schwere der Behinderung trotz der genannten Hilfen keine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf zulassen, gibt es besondere Ausbildungsgänge.

Förderungsmöglichkeiten für behinderte Auszubildende und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen

Einen Ausbildungsplatz behindertengerecht zu gestalten ist oft sehr individuell und häufig auch mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden. Für behinderte Auszubildende und ihre Arbeitgeber gibt es deshalb verschiedene finanzielle Förderungsmöglichkeiten. Aufgabe der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters ist es, die dafür notwendigen Schritte einzuleiten. Arbeitgeber können Zuschüsse erhalten, wenn sie behinderte Menschen ausbilden.

Dazu gehören zum Beispiel

- ▶ Zuschüsse zu den Gebühren, speziell Prüfungsgebühren
- ▶ Zuschüsse und Darlehen für die behindertengerechte Ausstattung des Ausbildungsplatzes
- ▶ Zuschüsse zu den Kosten für die Schaffung neuer Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Menschen
- ▶ Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung von behinderten und schwerbehinderten Menschen oder
- ▶ Zuschüsse, um einen überdurchschnittlich hohen Betreuungsaufwand abzudecken.



Tipp:
Aktuelle Förderungsmöglichkeiten für Arbeitgeber finden Sie im Internet unter www.talentplus.de.

6.4.2 Die Berufsbildungswerke

Für behinderte Jugendliche, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht betrieblich ausgebildet werden können, besteht die Möglichkeit, eine Ausbildung in einem Berufsbildungswerk zu absolvieren. Bundesweit gibt es derzeit 52 Berufsbildungswerke. Diese bilden zurzeit in mehr als 200 Berufen aus.

Das Ziel der Berufsbildungswerke ist die Eingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die persönliche, soziale und gesellschaftliche Integration. Die Berufsbildungswerke sind auf die speziellen Bedürfnisse von jungen Menschen mit Behinderungen eingestellt und gewährleisten durch ihr ganzheitliches Konzept von Ausbildungsstätte, Schule, Internat, Freizeitangebot und fachlicher Betreuung optimale Ausbildungsbedingungen. Unter Berücksichtigung ihrer individuellen Behinderung werden die Jugendlichen in anerkannten Ausbildungsberufen oder in

besonderen Ausbildungsgängen ausgebildet. Berufsschule und Abschlussprüfung (in der Regel bei den Industrie- und Handels- oder Handwerkskammern) sind natürlich eingeschlossen. Ausbildungsbegleitend werden die Jugendlichen durch Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen, Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen und andere Fachkräfte betreut. Dem Beginn der Ausbildung können berufsvorbereitende Maßnahmen vorgeschaltet sein.

Meist ist die Ausbildung in einem Berufsbildungswerk mit einer Internatsunterbringung verbunden. Daher werden auch Freizeit- und Sportmöglichkeiten angeboten.



Tipp:

Kostenlose CD des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Informationen für behinderte Menschen“ informiert über Ausbildungsmöglichkeiten behinderter Jugendlicher, Bestellnummer C 720

6.5 Außerschulische Jugendbildung

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Integrationsprozess behinderter Kinder und Jugendlicher aus Mitteln des Kinder- und Jugendplans des Bundes (KJP). In der außerschulischen Jugendbildung werden vor allem:

- ▶ die Begegnung und das gemeinsame soziale Lernen von behinderten und nicht-behinderten Jugendlichen gefördert,
- ▶ in der Jugendarbeit Angebote für behinderte Kinder und Jugendliche geschaffen,
- ▶ die Persönlichkeitsentwicklung zum Beispiel in Selbsthilfegruppen und -verbänden gefördert, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erleichtert und
- ▶ dazu ermutigt, soziale Verantwortung zu übernehmen.

Zentrales Ziel ist es, die Fähigkeiten und Möglichkeiten junger behinderter Menschen, ihr Leben selbst zu gestalten und Mobilität und Kommunikation weiter zu entwickeln und zu stärken.

7. Beschäftigung und Beruf Eingliederung auf Dauer

Einen Beruf auszuüben und einen Arbeitsplatz zu haben, ist für alle Menschen eine wesentliche Voraussetzung, um am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Behinderte Menschen zu einer ihrem Leistungsvermögen angemessenen, möglichst dauerhaften Tätigkeit zu befähigen, ist die zentrale Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Eingliederung in das Arbeitsleben macht einen Großteil der gesellschaftlichen Integration insgesamt aus. Um dieses Ziel zu erreichen, stehen eine Vielzahl von Hilfen zur Verfügung. Auch hierbei ist auf die Bedürfnisse erziehender behinderter Eltern einzugehen.

Leistungen zur Berufsförderung

Berufsförderung bedeutet, alle Hilfen anzubieten, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit eines behinderten Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Dabei wird nicht nur die Leistungsfähigkeit berücksichtigt; auch die Neigungen und bisherigen Tätigkeiten spielen eine wichtige Rolle.

Behinderten Menschen, die bereits berufstätig waren, soll nach Möglichkeit der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden, zumindest aber der bisherige Beruf. Ist dies nicht möglich, geht es darum, ihnen zu helfen, einen neuen Beruf zu erlernen. Die Agenturen für Arbeit stehen auch hier mit

Rat und Tat zur Seite. Die Wiedereingliederung in die frühere Berufstätigkeit ist besonders wichtig, weil so die Folgen der Behinderung am besten überwunden werden können. Denn der behinderte Mensch kann in diesem Fall seine Kenntnisse und Erfahrungen in vollem Umfang einbringen.

Folgende Leistungen helfen dabei, den bisherigen Beruf und den alten Arbeitsplatz zu sichern:

- ▶ Übernahme der Kosten für technische Arbeitshilfen,
- ▶ Hilfen zur Einrichtung eines behinderungsgerechten Arbeitsplatzes,
- ▶ Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung.

7.1 Berufliche Neuorientierung

Kann der bisherige Beruf nicht mehr ausgeübt werden, ist eine berufliche Neuorientierung notwendig. Die Entscheidung für eine andere berufliche Tätigkeit fällt erfahrungsgemäß nicht leicht. Bestehen jedoch Zweifel an der Wahl, so können verschiedene Berufstätigkeiten und Arbeitsplätze erprobt werden. Vier Kriterien sind für die berufliche Teilhabe ausschlaggebend: die Eignung, also die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die Neigung und die bisherige Tätigkeit des behinderten Menschen sowie die Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Wenn es erforderlich ist, kann der eigentlichen Bildungsmaßnahme noch ein Vorbereitungslehrgang vorgeschaltet werden. Zum Beispiel zum Erwerb notwendiger Grundkenntnisse. Oder eine blindentechnische oder vergleichbare spezielle Grundausbildung.

Den Übergang in eine andere berufliche Tätigkeit soll die Umschulung ermöglichen. Eine Umschulung kann in einem Betrieb oder bei einem Bildungsträger durchgeführt werden. Wenn es aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben unerlässlich ist, kommt eine Umschulung in einem Berufsförderungswerk oder einer besonderen Rehabilitationseinrichtung in Betracht. Die Umschulung erfolgt in der Regel in anerkannten Ausbildungsberufen (mit Kammerprüfung) und dauert meist rund zwei Jahre. Sie kann aber auch nach den besonderen Ausbildungsregelungen für behinderte Menschen durchgeführt werden.

Muss ein neuer Arbeitsplatz gefunden werden, kommt zusätzlich die Übernahme der Kosten für eine befristete Probebeschäftigung in Betracht. Auch können Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen Zuschüsse zu den Kosten der Eingliederung und für Arbeitshilfen erhalten.

Zudem können behinderte Menschen, die auf der Suche nach einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz sind, eine Förderung für die hierdurch entstehenden Kosten erhalten. Dies können zum Beispiel die Kosten für Bewerbungen oder für Reisen zu Vorstellungsgesprächen in angemessener Höhe sein.

7.2 Berufliche Weiterbildung

Ein Bedarf an Bildung und Weiterbildung besteht in der Regel für behinderte wie für nicht behinderte Menschen ein Leben lang. Weiterbildung stellt eine wichtige Form des lebenslangen Lernens dar. Die Förderung der beruflichen Weiterbildung kann auch als Anpassungsfortbildung zur Arbeitsplatzsicherung beitragen; zudem bietet sie folgende Vorteile:

- ▶ Sie knüpft an bereits vorhandenes berufliches Wissen an,
- ▶ frischt Kenntnisse auf und schließt Lücken,
- ▶ vermittelt aktuelles Wissen.

Die Fortbildung kann – trotz Behinderung – den beruflichen Aufstieg ermöglichen. Weiterbildungslehrgänge werden von Betrieben, Bildungsträgern, örtlichen Weiterbildungs- und Rehabilitationseinrichtungen sowie von den Berufsförderungswerken angeboten.

Berufliche Aufstiegsfortbildungen können finanziell unterstützt werden. Die Teilnahme an einer Maßnahme, die auf einen Aufstiegsfortbildungsabschluss vorbereitet, kann nach dem AFBG (sogenanntes „Meister-BAföG“) förderfähig sein.

7.3 Berufliche Trainingszentren

Für psychisch behinderte Menschen gibt es außerdem Berufliche Trainingszentren. Dies sind Sozialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. Hier können realistische berufliche Perspektiven abgeklärt werden, Teilnehmer und Teilnehmerinnen wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert oder auf eine anschließende Umschulung oder Ausbildung vorbereitet werden.

Übrigens: Wenn für die Fortbildung oder Umschulung ein schulischer Abschluss vorausgesetzt wird, den behinderte Menschen nicht haben, so kann dieser auf Kosten des zuständigen Leistungsträgers nachgeholt werden.

7.4 Berufsförderungswerke

Wenn behinderte Erwachsene wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben und sie auch nicht im Betrieb oder einer allgemeinen Weiterbildungseinrichtung umgeschult werden können, dann helfen die Berufsförderungswerke. Dies sind Bildungseinrichtungen mit bundesweitem Einzugsbereich. Sie bieten Fortbildung und Umschulung für Erwachsene mit einer auf die individuellen Belange ausgerichteten Betreuung an.

Berufsförderungswerke vermitteln nicht nur die notwendigen beruflichen Fertigkeiten und Kenntnisse, sondern trainieren auch soziale Verhaltensweisen für das zukünftige Arbeitsleben. Das Ausbildungsangebot umfasst

- ▶ kaufmännisch-verwaltende Berufe
- ▶ gewerblich-technische Berufe sowie
- ▶ Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens.

Für behinderte Menschen, die während der Umschulung nicht zu Hause wohnen können, ist ein Internat angeschlossen.



Tipp:

Kostenlose CD des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Informationen für behinderte Menschen“ mit Informationen über die Aufnahmebedingungen, die Standorte und die Bildungsangebote, Bestellnummer C 720

7.5 Werkstätten für behinderte Menschen

Behinderte Menschen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, finden einen Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen → §§ 136 ff. SGB IX. Zunächst wird überprüft, ob die Einrichtung für die behinderte Person geeignet ist (Eingangsverfahren). Im Anschluss daran werden im Berufsbildungsbereich berufsfördernde Maßnahmen mit solchen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit angeboten. So weit wie möglich werden die behinderten Menschen darauf vorbereitet, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt zu werden.



Info:

Weitere Informationen sind erhältlich:

- ▶ bei den Agenturen für Arbeit,
 - ▶ bei der entsprechenden Werkstatt oder
 - ▶ bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen
Sonnemannstr. 5
60314 Frankfurt
Tel. 069/9433940
-



Internet:

www.bagwfbm.de

7.6 Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste (IFD) sind Dienste Dritter, die besonders betroffene schwerbehinderte Menschen bei der Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz beraten und unterstützen. Daneben helfen sie, Probleme in bestehenden Arbeitsverhältnissen zu lösen, um den Arbeitsplatz dauerhaft zu erhalten. Zur Zielgruppe der Integrationsfachdienste gehören insbesondere schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung, schwerbehinderte Menschen, die aus einer Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln wollen und hierbei besonderer Unterstützung bedürfen sowie schwerbehinderte Schulabgänger.

Die Aufgaben der Integrationsfachdienste sind in den

→ §§ 109 ff. SGB IX geregelt.

Dazu gehören:

- ▶ schwerbehinderte Menschen zu beraten, zu unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln,
- ▶ Arbeitgeber zu informieren, zu beraten und Hilfe zu leisten,
- ▶ Agenturen für Arbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere bei der Beratung schwerbehinderter Menschen, bevor diese eine Arbeit aufnehmen, sowie bei der Arbeitsplatzsuche und im Bewerbungsverfahren zu unterstützen,
- ▶ die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher zu begleiten,
- ▶ nach der Arbeitsaufnahme den schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten zu begleiten, solange es erforderlich ist,
- ▶ beim Übergang schwerbehinderter Menschen aus Werkstätten für behinderte Menschen und aus der Förder-/ Sonderschule in ein Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden.



Internet:

www.integrationsaemter.de
(Rubrik „Kontakte“)

7.7 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte sind Unternehmen, die sich von anderen dadurch unterscheiden, dass sie überdurchschnittlich viele besonders betroffene schwerbehinderte Menschen beschäftigen, nämlich mindestens 25 Prozent. Die meisten Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, es gibt aber auch unternehmensinterne Betriebe und Abteilungen. Integrationsprojekte sollen maximal 50 Prozent besonders betroffene schwerbehinderte Menschen beschäftigen. Ziel ist die dauerhafte Eingliederung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Sie sind dort in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen angestellt.

Die Zielgruppe der Integrationsprojekte sind schwerbehinderte Menschen, deren Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art und Schwere ihrer Behinderung oder wegen sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt (besonders betroffene schwerbehinderte Menschen). Dazu gehören beispielsweise schwerbehinderte Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung, die einer besonderen arbeitsbegleitenden Betreuung bedürfen, die aus einer Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln oder schwerbehinderte Schulabgänger, die ohne besondere Unterstützung nicht den Weg ins Berufsleben schaffen. Wegen der besonderen Zusammensetzung der Zielgruppe haben die Integrationsprojekte faktisch eine Brückenfunktion zwischen Werkstätten für behinderte Menschen und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Sie sind ein wichtiges Mittel, um den Übergang aus einer Werkstatt auf den

allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern. Daraus resultieren auch die besonderen Aufgaben der Integrationsprojekte, zu denen neben der Beschäftigung und adäquaten Bezahlung auch arbeitsbegleitende Betreuung, und, soweit erforderlich, auch Maßnahmen der beruflichen Bildung gehören.

Die Finanzierung von Aufbau, Erweiterung, Modernisierung und Ausstattung einschließlich einer betriebswirtschaftlichen Beratung und besonderem Aufwand erfolgt durch die Integrationsämter aus der Ausgleichsabgabe. Gesetzliche Regelungen hierzu finden sich in den → §§ 132 ff. SGB IX. Ferner können Integrationsprojekte wie alle Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen von den Integrationsämtern Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen sowie Eingliederungszuschüsse von den Agenturen für Arbeit und Trägern der Grundsicherung nach dem SGB II für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen bekommen.

Informationen zur Förderung geben die Integrationsämter:



Internet:

www.integrationsaemter.de

7.8 Unterstützte Beschäftigung

Menschen, für die behinderungsbedingt eine Ausbildung – auch bei Ausschöpfen aller Hilfen und Nachteilsausgleiche – nicht möglich ist, kann die Unterstützte Beschäftigung zu einem Arbeitsverhältnis führen. Bei der Unterstützten Beschäftigung werden für behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf entsprechend ihren Fähigkeiten und Neigungen neue Beschäftigungsmöglichkeit in einem Unternehmen erschlossen. Nach dem Grundsatz „erst platzieren, dann qualifizieren“ werden sie dort so lange eingearbeitet und unterstützt, bis ein Arbeitsvertrag abgeschlossen werden kann → § 38a SGB IX.

Die individuelle betriebliche Qualifizierung ist für die Dauer von bis zu zwei, maximal drei Jahren möglich. Die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie Maßnahmen zur Entwicklung der Persönlichkeit sind wesentlicher Bestandteil der Qualifizierung. Die Teilnehmenden sind sozialversichert. Zuständig sind die Rehabilitationsträger, meist die Bundesagentur für Arbeit. Gelingt die Integration in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, ist aber gleichzeitig eine weitergehende Unterstützung erforderlich, wird diese in der Regel durch die Integrationsämter in Form der Berufsbegleitung erbracht.

7.9 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Seit 2004 sind Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen verpflichtet, erkrankten Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (kurz: BEM) anzubieten. Das BEM ist ein Instrument der betrieblichen Prävention. Es dient dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und soll nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ dazu beitragen, den Folgen des demographischen Wandels wirksam zu begegnen. Gleichzeitig sichert das BEM individuelle Chancen auf Teilhabe an Arbeit durch frühzeitige Intervention
→ § 84 SGB IX.

Ziel ist, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und ggf. zu verbessern und Schwierigkeiten bei der Beschäftigung möglichst nicht entstehen zu lassen, sie jedenfalls frühzeitig zu beheben, damit der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Konkret ist geregelt, dass der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin nicht nur bei schwerbehinderten Beschäftigten, sondern in allen Fällen einer

länger als sechs Wochen andauernden oder einer wiederholten Erkrankung des oder der Beschäftigten zur Kontaktaufnahme mit der betrieblichen Interessenvertretung und der Schwerbehindertenvertretung zur Klärung der Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, zur Vorbeugung vor erneuter Arbeitsunfähigkeit und zur Erhaltung des Arbeitsplatzes verpflichtet ist.

Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, die betriebliche Interessenvertretung einschließlich der Schwerbehindertenvertretung und Werks- oder Betriebsarzt und -ärztin klären dies gemeinsam mit dem Betroffenen.

Gemeinsame Servicestellen und Integrationsämter sollen hinzugezogen werden, wenn es um Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben geht. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen und Hilfen schnellstmöglich erbracht werden, denn bei Invalidität ist die Zeit oft der kritische Faktor.

Je länger jemand von seinem Arbeitsplatz fern bleibt, je länger er oder sie beschäftigungslos medizinisch behandelt wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass aus einer eher kleineren Beeinträchtigung ein ausgewachsenes Krankheitsbild mit psychischen und physischen Komponenten wird.

Die Einführung des BEM kann durch Prämien oder einen Bonus gefördert werden, wie sie bereits im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen sind.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Schritt für Schritt zurück in den Job“ informiert über betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit, Bestellnummer A 748

8. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

Einige der Nachteile behinderter Menschen im Arbeitsleben versucht das Schwerbehindertenrecht in Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch → §§ 68 ff. SGB IX auszugleichen. Dies gilt nur für schwerbehinderte und ihnen gleich gestellte Menschen. Behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von weniger als 50, aber wenigstens 30, die infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können, werden auf Antrag von der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleich gestellt.

8.1 Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

Alle Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sind verpflichtet zu prüfen, ob sie freie Stellen an insbesondere bei der Agentur für Arbeit gemeldete schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Menschen vergeben können → § 81 SGB IX.

Gleichzeitig schreibt das SGB IX vor, dass die Arbeit der Behinderung angepasst wird. Schwerbehinderte Menschen haben gegenüber ihrem Arbeitgeber oder ihrer Arbeitgeberin Anspruch auf

- ▶ Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten können,
- ▶ bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens,
- ▶ Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung,
- ▶ behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten, einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr,

- ▶ Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen, unter Berücksichtigung der Behinderung und ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigung,
- ▶ Teilzeitarbeit, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist. Mit Teilzeitarbeit lässt sich auch der Wunsch nach einer sozialen Absicherung und der Wunsch nach genügend Zeit für die Kinder und Familie verbinden → § 81 SGB IX.



Tipp:

Aktuelle Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber finden Sie im Internet unter www.talentplus.de.

8.2 Pflichtarbeitsplätze

Alle privaten und öffentlichen Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, wenigstens fünf Prozent dieser Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen → § 71 SGB IX.

Die Agentur für Arbeit kann einen schwerbehinderten Menschen auf mehr als einen Pflichtarbeitsplatz anrechnen, wenn seine Eingliederung in das Arbeitsleben besonders schwierig ist. Außerdem werden Ausbildungsplätze bei der Berechnung der Zahl der Pflichtarbeitsplätze nicht berücksichtigt, jedoch schwerbehinderte Auszubildende auf zwei Pflichtarbeitsplätze angerechnet → §§ 75, 76 SGB IX.

Für jeden nicht mit einem schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplatz muss eine Ausgleichsabgabe gezahlt werden, deren Höhe wie folgt gestaffelt ist:

Erfüllungsquote	Höhe der Ausgleichsabgabe pro Monat
3 bis unter 5 Prozent	115 Euro
2 bis unter 3 Prozent	200 Euro
0 bis unter 2 Prozent	290 Euro

Für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit weniger als 60 Arbeitsplätzen gibt es Sonderregelungen.

Die Ausgleichsabgabe soll die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen zur vermehrten Einstellung von behinderten Menschen veranlassen, zumindest aber ungerechtfertigte Kostenvorteile der Unternehmen abschöpfen. Aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe werden die Leistungen der Integrationsämter und der Bundesagentur für Arbeit zur beruflichen Eingliederung schwerbehinderter Menschen gefördert → §§ 71, 77, 156 SGB IX.

8.3 Kündigungsschutz – Zusatzurlaub – Schwerbehindertenvertretung

Das SGB IX sieht für schwerbehinderte Menschen vielfältige Eingliederungshilfen vor:

Die Agenturen für Arbeit fördern die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen durch Geldleistungen an Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen → § 104 SGB IX.

Schwerbehinderte Menschen sind besonders gegen Kündigung geschützt. Jeder Auflösung oder Änderung des Arbeitsverhältnisses muss vorher das Integrationsamt zustimmen → § 102 SGB IX.

Außerdem steht schwerbehinderten Menschen ein zusätzlicher bezahlter Urlaub von einer Arbeitswoche zu (gilt nicht für Gleichgestellte). Also sechs Tage bei einer Sechstageswoche, fünf Tage bei einer Fünftageswoche → § 125 SGB IX.

Die besonderen Interessen schwerbehinderter Menschen in Betrieben und Verwaltungen werden vom Betriebs- oder Personalrat gewahrt. Werden ständig wenigstens fünf schwerbehinderte Menschen beschäftigt, so ist zusätzlich noch eine Schwerbehindertenvertretung zu wählen → §§ 93 ff. SGB IX.

Die Schwerbehindertenvertretung hat vor allem die Einhaltung aller zugunsten schwerbehinderter Menschen geltenden Vorschriften zu überwachen und den schwerbehinderten Menschen beratend und helfend zur Seite zu stehen.

8.4 Arbeitsassistenz

Eine weitere wichtige Hilfe ist die Arbeitsassistenz (→ **Glossar**) für schwerbehinderte Menschen → § 33 Abs. 8 Nr. 3 § 102 Abs. 4 SGB IX. Arbeitsassistenz ist die über gelegentliche Handreichungen hinausgehende, zeitlich wie tätigkeitsbezogen regelmäßig wiederkehrende Unterstützung schwerbehinderter Menschen bei der Arbeitsausführung. Arbeitsassistenz ist notwendig, wenn der schwerbehinderte Mensch erst hierdurch eine den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entsprechende, vertraglich geschuldete Arbeitsleistung wettbewerbsfähig erbringen kann. Beispiele für Arbeitsassistenz sind die persönliche Assistenz für schwer körperbehinderte Menschen, die Vorlesekraft für blinde und stark sehbehinderte Menschen oder Gebärdendolmetscher für gehörlose Menschen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie Arbeitsassistenten organisiert werden kann. So kann der schwerbehinderte Mensch ein persönliches Budget erhalten und selbst eine Assistentkraft einstellen und entlohnen. Er oder sie tritt dann selbst als Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin auf. Genauso kann er oder sie aber auch einen Dienstleister beauftragen, der Assistentkräfte beschäftigt und diese zur Verfügung stellt.

Daneben gibt es ein spezielles Angebot für hörbehinderte Menschen, die auf eine visuelle Kommunikationsform angewiesen sind. Bei dem so genannten Teledesign wird von qualifizierten Gebärdendolmetschern und Gebärdendolmetscherinnen die Leistung Tele-Dolmetschdienst via Konferenzschaltung und Bildtelefon angeboten. Zudem ist es auch möglich, dass der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin des schwerbehinderten Menschen die Assistentkraft bereitstellt.

Die Kosten einer Arbeitsassistenten werden grundsätzlich von den Rehabilitationsträgern getragen, wenn sie dazu dienen, einen Arbeitsplatz zu bekommen. Dienen sie dazu, einen bestehenden Arbeitsplatz zu erhalten, werden sie von den Integrationsämtern getragen. Die Leistungen werden grundsätzlich von den Integrationsämtern ausgeführt, auch in den Fällen, in denen die Rehabilitationsträger zuständige Kostenträger sind. Auskunft über die Möglichkeit, Arbeitsassistenten in Anspruch zu nehmen, geben die Integrationsämter.

9. Das persönliche Budget

Auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets nach § 17 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) besteht seit dem 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch. Dadurch können Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen von den Rehabilitationsträgern anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe eine Geldleistung wählen. Hieraus bezahlen sie die Aufwendungen, die zur Deckung ihres persönlichen Hilfebedarfs erforderlich sind. Damit werden behinderte Menschen zu Budgetnehmern und Budgetnehmerinnen, die den „Einkauf“ der Leistungen eigenverantwortlich, selbstständig und selbstbestimmt regeln können; sie werden Käufer und Käuferinnen, Kunden und Kundinnen oder Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Als Experten und Expertinnen in eigener Sache entscheiden sie so selbst, welche Hilfen für sie am besten sind und welcher Dienst und welche Person zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll. Diese Wahlfreiheit fördert die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit behinderter Menschen.

Das Persönliche Budget löst das bisherige Dreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger und Leistungserbringer auf. Es ist aber keine neue Leistungsart, sondern lediglich eine alternative Leistungsform. Nur wer auch Sachleistungen erhält oder auf Grund seiner Bedarfssituation erhalten würde, kann diese grundsätzlich durch Geldleistungen ersetzen lassen.

Leistungen und Leistungsträger

Persönliche Budgets können grundsätzlich für alle Leistungen zur Teilhabe statt Dienst- und Sachleistungen bewilligt werden. Leistungen zur Teilhabe umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe im Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Auch Einmalzahlungen sind grundsätzlich möglich. Unterschieden wird zwischen dem einfachen persönlichen Budget, bei dem nur ein Leistungsträger zuständig ist und dem sogenannten trägerüber-

greifenden persönlichen Budget, bei dem mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen.

Folgende Leistungsträger können bei einem Persönlichen Budget beteiligt sein:

- ▶ Krankenkassenträger,
- ▶ Pflegekassenträger,
- ▶ Rentenversicherungsträger,
- ▶ Unfallversicherungsträger,
- ▶ Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- ▶ Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge,
- ▶ Jugendhilfeträger,
- ▶ Sozialhilfeträger,
- ▶ Integrationsamt sowie
- ▶ Bundesagentur für Arbeit.

Antragstellung

Voraussetzung für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets ist zunächst der Antrag. Die Antragstellung ist immer freiwillig. Anträge auf Persönliche Budgets können bei den oben aufgelisteten Leistungsträgern gestellt werden. Darüber hinaus können auch Anträge bei den gemeinsamen Servicestellen gestellt werden, sowohl auf ein „einfaches“ Persönliches Budget von nur einem einzigen Leistungsträger als auch auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, bei dem zwei oder mehr Leistungsträger beteiligt sind.

Den Antrag kann jeder behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch stellen – egal, wie schwer seine Behinderung ist. Auch für Personen, die das Persönliche Budget aufgrund ihrer Behinderung nicht allein verwalten können, kommt ein Persönliches Budget infrage. Darüber hinaus können auch Eltern für ihre Kinder mit Behinderung Persönliche Budgets beantragen, für etwaige Hilfeleistungen entweder

beim Sozialamt (bei Kindern mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung) oder beim Jugendamt (bei Kindern mit einer seelischen Behinderung). Auch Mütter und Väter mit Behinderungen können zur Assistenz bzw. zur Unterstützung ihrer Elternschaft das Persönliche Budget in Anspruch nehmen.

Höhe des Persönlichen Budgets

Das Budget soll den individuell festgestellten Bedarf eines behinderten Menschen decken. Bei Untersuchungen lag das kleinste Budget unter 40 Euro und das höchste bei über 13.000 Euro. Die Mehrheit der bewilligten Budgetsummen lag zwischen 200 Euro und 800 Euro im Monat. Mehr als bisher sollte aber grundsätzlich niemand erwarten: Das Persönliche Budget soll die Höhe der Kosten aller bisher individuell festgestellten Leistungen nicht überschreiten. Möglicherweise notwendige Aufwendungen für Beratung und Unterstützung, insbesondere bei der Handhabung der bewilligten Budgetmittel, sind bei Bedarf zu berücksichtigen und zu finanzieren.

Unterstützung bei der Beantragung und Verwaltung des Budgets

Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen und ihren Vertrauenspersonen kostenfreie Beratung und Unterstützung in nahezu allen Regionen Deutschlands an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Leistung, bei der Beantragung eines Persönlichen Budgets, also vor einer Bewilligung, zu helfen. Auf der Internetseite der gemeinsamen Servicestellen finden Sie auch die Angaben, wo sich eine Servicestelle in Ihrer Nähe befindet. Auch haben sich verschiedene Initiativen gebildet, die selbst beraten oder Beratungsstellen in der Region vermitteln. Daneben bietet auch das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter der Rufnummer 030/221 911 006 qualifizierte Erstberatung an.

Nachweis für die Verwendung Persönlicher Budgets

Aufgabe des Persönlichen Budgets ist es, die Teilhabe der behinderten Menschen durch gezielten Einsatz von Geldmitteln oder gegebenenfalls Gutscheinen zu ermöglichen. Um dies sicherzustellen, schließen Leistungsträger und Budgetnehmer oder Budgetnehmerin eine Zielvereinbarung ab, in der u. a. festgelegt wird, ob und wie der Einsatz der Mittel nachgewiesen werden soll. Dabei soll sich der Nachweis auf die Leistung beziehen, nicht auf den Preis. Ausreichend ist eine Ergebnisqualitätskontrolle. Die Ausgestaltung der Nachweise sollte in einer einfachen und unbürokratischen Form („so wenig wie möglich, so viel wie nötig“) abhängig von der Art der Leistung und dem Bedarf stattfinden. Auf diese Weise soll auch die Bereitschaft des Budgetnehmers oder der Budgetnehmerin zu Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gestärkt werden.



Tipp:

Kostenlose Broschüren, DVD und Flyer des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Persönlichen Budget.



Weitere Informationen im Internet:

www.budget.bmas.de
www.einfach-teilhabe.de
www.budget.paritaet.org
www.bar-frankfurt.de
www.forsea.de
www.isl-ev.de

10. Rente für behinderte und schwerbehinderte Menschen

Rehabilitation geht vor Rente: Im Klartext bedeutet das, dass eine Rente erst gezahlt werden darf, wenn abgeklärt ist, dass sich auch durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit nicht wieder herstellen lässt.

10.1 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Grundsätzlich wird die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für die Dauer von längstens drei Jahren befristet. Eine Wiederholung ist möglich. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, deren Bewilligung allein

medizinisch bedingt ist, können auch unbefristet geleistet werden, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.

Renten wegen voller Erwerbsminderung, auf die auch ein Anspruch aufgrund der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht, werden immer befristet geleistet.

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird nach den gleichen Regeln errechnet wie die Altersrente. Grundlage für die Berechnung sind die während des Berufslebens gezahlten Beiträge. Ein Ausgleich der durch die eingetretene Erwerbsminderung fehlenden Beitragsjahre wird durch die Zurechnungszeit bis zum 62. Lebensjahr vorgenommen. Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt die Hälfte der Vollrente, da davon auszugehen ist, dass noch

ein Teil des Lebensunterhalts dazuverdient werden kann. Für einen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss in der Regel die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren erfüllt sein und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Pflichtbeitragsjahre vorliegen.

Bezieher und Bezieherinnen von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind im Übrigen seit 1. Januar 2008 grundsätzlich förderfähig im Rahmen der staatlich geförderten privaten Altersvorsorge (Riester-Rente).



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Erwerbsminderungsrente“, Bestellnummer A 261

10.2 Die Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung

Anders ist es bei der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie zahlt eine Unfallrente an die Versicherten, die durch einen Arbeits- oder Wegeunfall oder eine Berufskrankheit einen dauerhaften gesundheitlichen Schaden erlitten haben.

Voraussetzung: Die Erwerbsfähigkeit ist um mindestens 20% gemindert und besteht über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus.

Die Unfallrente wird danach berechnet, wie stark die Erwerbsfähigkeit gemindert ist. Es kann also eine Voll- oder eine Teilrente geben. Die Höhe richtet sich nach dem Einkommen, das im Jahr vor dem Unfall erzielt wurde. Die Unfallrente muss man nicht beantragen.

Der Unfallversicherungsträger muss von sich aus prüfen, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Wenn hier vom Arbeitsunfall die Rede ist, dann sind damit selbstverständlich auch die Unfälle von Kindern, die in Kindertagesein-

richtungen oder durch geeignete Tagespflegepersonen betreut werden, Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden in Schulen und Hochschulen eingeschlossen, für die ebenfalls ein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht. Da diese Personen üblicherweise kein Arbeitseinkommen erzielen, wird ihre Unfallrente nach einem fiktiven Einkommen berechnet.



Tipp:

Kostenlose Broschüren des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im freiwilligen Engagement“, Bestellnummer A 329; „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert in der Schule“, Bestellnummer A 402; „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“, Bestellnummer A 401;

10.3 Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Schwerbehinderte Menschen können eine vorgezogene Altersrente beantragen, wenn sie 35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre nachweisen. Die Altersgrenze bei dieser Altersrente für einen abschlagsfreien Rentenzugang ist bei vor 1952 Geborenen das 63. Lebensjahr. Wer bereit ist, eine geminderte Rente in Kauf zu nehmen, kann ab dem 60. Lebensjahr Rente erhalten. Die Rente wird dabei um 0,3 Prozent für jeden Monat gemindert, den man vorzeitig in Anspruch nimmt. Für Versicherte, die bis zum 16. November 1950 geboren sind und am 16. November 2000 bereits schwerbehindert, berufsunfähig oder erwerbsunfähig waren, ist für einen abschlagsfreien Rentenbeginn die Altersgrenze von 60 Jahren maßgebend.

Die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang wird ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr und für die frühestmögliche Inanspruchnahme stufenweise

vom 60. auf das 62. Lebensjahr angehoben (Rentenminderung von 0,3 Prozent der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme).

Für Versicherte, die am 1. Januar 2007 als schwerbehinderter Mensch anerkannt waren, vor dem 1. Januar 1955 geboren sind und bereits vor dem 1. Januar 2007 verbindlich Alters-
teilzeitarbeit vereinbart haben, verbleibt es für den abschlagsfreien Anspruch auf die Altersrente bei der Vollendung des 63. Lebensjahres und für die vorzeitige Inanspruchnahme bei der Vollendung des 60. Lebensjahres.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: „Ratgeber zur Rente“, Bestellnummer A 815

11. Leistungen zur Teilhabe

Die finanzielle Sicherung

Durch die Rehabilitation sollen behinderten Menschen möglichst keine finanziellen Nachteile oder besondere Belastungen entstehen. Deshalb übernimmt jeder Rehabilitationsträger die Kosten sämtlicher Sachleistungen – aber nur für jene Bereiche, für die er zuständig ist (vgl. Kapitel 3.1 Rehabilitation und Teilhabe: Welche Hilfen gibt es und wer ist zuständig?). Darüber hinaus trägt er in der Regel auch die Kosten für die so genannten ergänzenden Leistungen. Entfällt während der Rehabilitation das Arbeits-einkommen, werden – neben Sachleistungen zur Rehabilitation – in der Regel finanzielle Leistungen gezahlt, die den eigenen und den Unterhalt der Familie sichern sollen.

11.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zahlen die Rehabilitationsträger Krankengeld, Verletzengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 Prozent des berechneten Nettoentgelts nicht übersteigen. Vom Krankengeld werden vor Auszahlung noch die Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung abgezogen.

Die Rentenversicherung zahlt während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Übergangsgeld. Es beträgt in der Regel 68 Prozent des letzten

Nettoverdienstes. Behinderte Menschen mit einem unterhaltsberechtigten Kind und behinderte Menschen, deren Ehegatte oder Ehegattin, oder deren Lebenspartner oder Lebenspartnerin nicht erwerbstätig sein können, da sie den behinderten Menschen pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten als Übergangsgeld 75 Prozent des Nettoentgelts. Gleiches gilt für Leistungsempfänger, die ein Stiefkind (§ 56 Absatz 2 Nummer 1 SGB I) in ihren Haushalt aufgenommen haben.

Das Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung beträgt grundsätzlich 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens vor dem Unfall, es darf das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

Beschäftigte beziehen während einer stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld oder Übergangsgeld. Sie gelten auch in dieser Zeit als arbeitsunfähig.

Die Gesetzliche Krankenversicherung zahlt während der stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld in voller Höhe. Es gelten dieselben Voraussetzungen, die auch für Zahlung von Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit gelten.

Die Gesetzliche Rentenversicherung zahlt bis zum Ende der stufenweisen Wiedereingliederung Übergangsgeld weiter, wenn

- ▶ die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung beginnt und

- ▶ die Notwendigkeit der stufenweisen Wiedereingliederung bis zum Ende einer von der gesetzlichen Rentenversicherung finanzierten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung festgestellt und die Wiedereingliederung auch bis dahin von dieser eingeleitet wurde.

Wird von der Rehabilitationseinrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung nicht eingeleitet, kann die zuständige Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung beim zuständigen Träger der Rentenversicherung anregen. Voraussetzung hierfür ist, dass die veränderten individuellen Verhältnisse nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung für die Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung sprechen und diese innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beginnen kann.



Tipp:

Kostenlose CD des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Medizinisch-berufliche Rehabilitation“, Bestellnummer C 720

11.2 Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Bei Leistungen zur beruflichen Rehabilitation zahlen die dafür zuständigen Träger mit Ausnahme der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende in der Regel ein Übergangsgeld. Es beträgt 75 Prozent des zuletzt erzielten Nettoverdienstes, wenn zum Haushalt ein unterhaltsberechtigtes Kind gehört oder wenn der behinderte Mensch oder sein Ehegatte oder seine Ehegattin bzw. sein Lebenspartner oder seine Lebenspartnerin pflegebedürftig ist und der Ehegatte oder die Ehegattin bzw. der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin deshalb nicht berufstätig sein kann und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Gleiches gilt für Leistungsempfänger, die ein Stiefkind (§ 56 Absatz 2 Nummer 1 SGB I) in ihren Haushalt aufgenommen haben. Alle anderen Rehabilitanden erhalten als Übergangsgeld 68 Prozent ihres letzten Nettoarbeitsentgelts.

Behinderte Menschen, die keinen Anspruch auf eine dieser Leistungen haben, weil sie z. B. nicht lange genug Beiträge zur Rentenversicherung oder zur Bundesagentur für Arbeit gezahlt haben, können während ihrer Rehabilitation zur Sicherung des Lebensunterhalts bei Bedarf Leistungen zur Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB II erhalten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Der Träger der Grundsicherung gewährt erwerbsfähigen behinderten Hilfebedürftigen, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach → § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes oder Hilfen zur Ausbildung einer sonstigen angemessenen Tätigkeit erbracht werden, zusätzlich zum Regelbedarf einen Mehrbedarf von 35 Prozent des maßgeblichen Regelbedarfs.

11.3 Berufliche Erstausbildung

Bei beruflicher Erstausbildung im Rahmen der Rehabilitation erhalten behinderte Menschen, die kein Übergangsgeld beanspruchen können, in der Regel von der Agentur für Arbeit ein Ausbildungsgeld. Für das Ausbildungsgeld finden grundsätzlich die Vorschriften für die Berufsausbildungsbeihilfe Anwendung. Neben diesen gibt es aber auch besondere Regelungen, die nur für das Ausbildungsgeld gelten. Diese betreffen insbesondere die Festsetzung des Bedarfs des Ausbildungsgeldes und die Anrechnung von Einkommen.

11.4 Zusätzliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

Zusätzlich zur Sicherung des Lebensunterhalts übernehmen die Rehabilitationsträger bei Bedarf die nachfolgenden Aufwendungen:

- ▶ notwendige Fahrkosten,
- ▶ Reisekosten für Familienheimfahrten,
- ▶ Haushaltshilfe,
- ▶ Kosten für eine notwendige Begleitperson.

Dies ist keine vollständige Auflistung; auch kann der Leistungsumfang bei den einzelnen Rehabilitationsträgern entsprechend der jeweiligen Zielsetzung unterschiedlich sein. Generell muss im Einzelfall entschieden werden, welche Leistungen zur Erreichung des Rehabilitationsziels erforderlich sind. Über die jeweils geltenden Voraussetzungen informieren die Rehabilitationsträger.

11.5 Sozialversicherung behinderter Menschen

Während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht in der Regel Versicherungsschutz in allen Zweigen der Sozialversicherung. Schwerbehinderte Menschen, die vor ihrer Behinderung nicht gesetzlich versichert waren, können innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung freiwillig der Krankenversicherung beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihre Ehegattin oder ihr Lebenspartner oder ihre Lebenspartnerin in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre gesetzlich krankenversichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen.

Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten, Anstalten, Heimen und ähnlichen Einrichtungen beschäftigt werden, sind in der Renten- und Krankenversicherung pflichtversichert.

12. Grundsicherung

12.1 Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II

Durch die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige erhalten Personen,

- ▶ die das 15. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- ▶ die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und
- ▶ ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben,

Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Die Grundsicherung für Arbeitssuchende ist eine staatliche, steuerfinanzierte, bedarfsorientierte und bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistung, d. h. vorhandenes Einkommen und Vermögen wird unter Berücksichtigung bestimmter Freibeträge angerechnet.

Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende hat, wer erwerbsfähig ist und seinen Lebensunterhalt und den Lebensunterhalt der mit

ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln und Kräften, vor allem nicht durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit oder aus dem zu berücksichtigenden Einkommen und Vermögen decken kann. Angehörige, die mit einer oder einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und selbst nicht erwerbsfähig sind, können ebenfalls Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes erhalten. Diese Leistung wird Sozialgeld genannt. Dieser Personenkreis kann auch Dienst- und Sachleistungen erhalten, wenn hierdurch die Hilfebedürftigkeit der Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft beendet oder verringert wird oder Hemmnisse bei der Arbeitssuche beseitigt oder vermieden werden.



Tipp:

Kostelose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Grundsicherung für Arbeitssuchende“, Bestellnummer A 430

12.1.1 Die Bedarfsgemeinschaft

Zur Bedarfsgemeinschaft gehören neben dem erwerbsfähigen Leistungsberechtigten die im Haushalt lebenden Eltern, unverheiratete Kinder, wenn sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie nicht dauernd getrennt lebende Ehepartner und Ehepartnerinnen, nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner und Lebenspartnerinnen und eine Person, die mit den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt so zusammenlebt, dass nach verständiger Würdigung der wechselseitige Wille anzunehmen ist, Verantwortung füreinander zu tragen und füreinander einzustehen.

12.1.2 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) orientiert sich grundsätzlich an dem Niveau der Sozialhilfe und sichert das soziokulturelle Existenzminimum ab. Für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II besteht grund-

sätzlich Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung → § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

Der Regelbedarf beträgt für Personen, die allein stehend oder allein erziehend sind oder deren Partner oder Partnerin minderjährig ist, 404 Euro monatlich. Für alle anderen Personengruppen gelten andere, gestaffelte Leistungsbeträge. Mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende wird die Philosophie des „Förderns und Forderns“ stärker in den Vordergrund gestellt. Die Eingliederung der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in Arbeit ist vorrangiges Ziel.

12.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den §§ 41 – 46b SGB XII

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) ist eine bedürftigkeitsabhängige Leistung für:

- ▶ Personen, die die Altersgrenze erreicht haben oder
- ▶ aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab dem 18. Lebensjahr,

die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Altersgrenze von 65 Jahren wird seit dem Jahr 2012 (beginnend mit dem Geburtsjahr 1947) entsprechend der Anhebung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung auf das vollendete 67. Lebensjahr angehoben (erreicht für 1964 und später Geborene).

Damit erhalten auch Menschen mit Behinderungen, die unabhängig von der Arbeitsmarktlage dauerhaft aus medizinischen Gründen erwerbsgemindert sind und deren Rente oder Einkommen bzw. sonstiges Vermögen, unterhalb des sozialhilferechtlichen Lebensunterhaltsbedarfs liegt, eine eigenständige materielle Absicherung ihres Lebensunterhalts.

12.2.1 Anspruch auf Leistungen

Auf den Bezug einer Rente kommt es für den Anspruch auf Grundsicherung nicht an. Wenn etwa aus versicherungsrechtlichen Gründen kein Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, ist folgendes Verfahren vorgesehen: So weit es bei dem Antragsteller oder der Antragstellerin auf Leistungen der Grundsicherung aufgrund von Tatsachen (z. B. entsprechende ärztliche Bescheinigungen) wahrscheinlich erscheint, dass sie erfüllt sind, soll der für die Leistung zuständige Träger (in der Regel das Sozialamt des örtlich zuständige Kreises oder der kreisfreien Stadt), in deren Bereich der Antragsteller oder die Antragstellerin seinen oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, den im konkreten Fall zuständigen Rentenversicherungsträger um Prüfung und Feststellung ersuchen, ob eine unabhängig von sonstigen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bestehende medizinisch bedingt dauerhaft volle Erwerbsminderung vorliegt.

Die Ausgestaltung der Grundsicherung entspricht, abgesehen vom Verzicht auf den Unterhaltsrückgriff und dem Ausschluss der Haftung von Erben, der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII, → §§ 27-40 SGB XII. Der Anspruch und dessen Höhe hängen also nicht von der Erfüllung versicherungsrechtlicher Voraussetzungen und der Höhe der Vorleistung ab, sondern von den persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnissen. Anspruchsvoraussetzung ist, dass Bedürftigkeit vorliegt, die eigenen finanziellen Mittel also nicht zur Deckung des grundlegenden Lebensunterhalts ausreichen.

12.2.2 Bewilligungen von Leistungen

Die Bewilligung der Leistungen erfolgt in der Regel für den Zeitraum von einem Jahr und wird jeweils neu erteilt, wenn die Bedürftigkeitsvoraussetzungen auch weiterhin vorliegen.

Die Grundsicherungsleistung wird – allerdings begrenzt auf die genannte Leistungshöhe – auch in Einrichtungen als Anteil an dem dort bestehenden Bedarf an Hilfe zum Lebensunterhalt berücksichtigt, z. B. auch für Werkstattbeschäftigte, die vollstationär untergebracht sind. Bei diesen werden die entstehenden so genannten „Hotelkosten“ (also die Kosten für Unterkunft und Heizung) in Höhe eines Teilbetrages gedeckt. Dieser setzt sich zusammen aus den durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Ein-Personen-Haushaltes, wie sie im Bereich des örtlich zuständigen Sozialhilfeträgers zugrunde zu legen sind. Nur für den darüber hinaus gehenden Hotelkostenbetrag werden die Unterhaltspflichtigen nach dem SGB XII herangezogen. Werden neben der Leistung zur Grundsicherung auch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege erbracht, haben sich die Eltern an diesen – zusätzlich zur Grundsicherung zu erbringenden – Leistungen der Sozialhilfe

und wegen der für das Kind erbrachten Leistung der Hilfe zum Lebensunterhalt mit einem max. monatlichen Pauschalbetrag von rd. 57 Euro an den Aufwendungen der Sozialhilfe zu beteiligen. Die Festlegung erfolgt durch die Länder.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und SGB IX ergänzen sich für behinderte Menschen auf sinnvolle Weise. Auf der einen Seite steht die materielle Absicherung des Lebensunterhalts im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, auf der anderen Seite steht ein breit gefächertes Angebot an bedürftigkeitsunabhängigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, einschließlich der Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten im Rahmen des SGB IX zur Verfügung.

Die Rentenversicherungsträger sind verpflichtet, antragsberechtigte Personen über die Leistungsvoraussetzungen des Gesetzes zu informieren, zu beraten und bei der Antragstellung auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – auch durch Weiterleitung von Anträgen an den zuständigen Träger dieser Leistung – zu unterstützen. Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung sind beim jeweils zuständigen Rentenversicherungsträger zu beantragen.

12.3 Unterhaltsrückgriff

Beantragen hilfebedürftige Menschen Leistungen nach dem SGB XII, ist wegen des Grundsatzes der Nachrangigkeit der Sozialhilfe der Unterhaltsrückgriff gegenüber den Kindern und Eltern des Hilfebedürftigen durch den Träger der Sozialhilfe zu prüfen und – im Falle einer Leistungsfähigkeit des Verpflichteten – einzufordern.

Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung findet – und hierin liegt der gravierende Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII – gegenüber Kindern bzw. Eltern mit einem jeweiligen Jahreseinkommen unterhalb 100.000,- Euro kein Unterhaltsrückgriff statt. Auch auf eine Kostenerstattungspflicht durch die Erben wird verzichtet.

Nur wenn das Einkommen von Kindern oder Eltern der sehr hoch ist (mindestens 100.000,- Euro jährliches Gesamteinkommen), entfällt der Grundsicherungsanspruch.

Das Einkommen der Eltern ist zusammenzurechnen, während das Einkommen der Kinder einzeln berücksichtigt wird.

Kein Grundsicherungsberechtigter und keine Grundsicherungsberechtigte muss aber bei Antragstellung die Einkommens- und Vermögensverhältnisse seiner oder ihrer Kinder bzw. Eltern offen legen. Zunächst dürfen nur allgemeine Angaben verlangt werden, die Rückschlüsse auf die Einkommensverhältnisse der Kinder und Eltern zulassen. Erst wenn im Einzelfall hinreichende Anhaltspunkte für ein Überschreiten der Einkommensgrenze vorliegen, sind die Kinder oder Eltern verpflichtet, ihre Einkommensverhältnisse gegenüber dem Träger der Leistung konkret offen zulegen. Bei einem Überschreiten der Einkommensgrenze, also einem Jahreseinkommen von 100.000,- Euro und mehr, entfällt der Anspruch auf Grundsicherung. In diesem Fall besteht wie bisher Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII mit der Möglichkeit des Rückgriffs bei den unterhaltspflichtigen Verwandten ersten Grades (Kinder und Eltern).

Aufgrund dieser Regelung besteht im Gegensatz zur Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel künftig kein ökonomischer Anreiz mehr, voll erwerbsgeminderte Kinder in einer vollstationären Einrichtung unterzubringen, um ihre Eltern von Unterhaltsaufwendungen zu entlasten. Die Unterhaltsbelastung für Eltern mit behinderten Kindern in Einrichtungen hat sich durch die Begrenzung des Unterhaltsbeitrags auf derzeit rund 57 Euro pro Monat seit 2001 für diejenigen entspannt, die zuvor hohe Unterhaltsbeiträge bis zur Abdeckung des vollen Bedarfs in der Einrichtung leisten mussten. Damit wurde erreicht, dass auch in diesen Fällen wiederkehrende belastende Bedürftigkeitsprüfungen vermieden werden können.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung entlastet die Eltern von Kindern, die familiär untergebracht sind und sichert den notwendigen Lebensunterhalt des Kindes außerhalb von Einrichtungen. Zudem gilt in der Grundsicherung im Alter und bei

Erwerbsminderung die Vermutung des → § 39 Satz 1 SGB XII nicht, dass ein Hilfesuchender von Verwandten oder Verschwägerten eines gemeinsamen Haushalts Leistungen zum Lebensunterhalt erhält. Dies bedeutet eine deutliche Stärkung des familiären Zusammenhalts gegenüber den bisherigen Regelungen des Sozialhilferechts. Für volljährig behinderte Menschen außerhalb von Einrichtungen schafft die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung damit häufig zum ersten Mal einen eigenen Anspruch auf elternunabhängige materielle Sicherung.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“, Bestellnummer A 207

13. Krankenversicherung

13.1 Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung

Für behinderte Menschen gelten Erleichterungen bei der Sicherstellung eines Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, die nachfolgend dargestellt werden.

- ▶ Kinder, bei denen ein Elternteil gesetzlich krankenversichert ist und bei denen die allgemeinen Voraussetzungen für die Familienversicherung vorliegen, sind grundsätzlich ohne Altersgrenze familienversichert, wenn sie als behinderte Menschen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten → § 10 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 4, Abs. 3 SGB V. Das Gleiche gilt für behinderte Stiefkinder und Enkelkinder, die ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung überwiegend unterhält sowie für Pflegekinder → § 10 Abs. 4 SGB V.
- ▶ Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig → § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V.
- ▶ Behinderte Menschen, die in Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht, sind ebenfalls versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt auch, wenn sie Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung erbringen → § 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V.
- ▶ Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch haben ein Recht auf Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied, wenn sie, ein Elternteil, der Ehegatte die Ehegattin oder ihr eingetragener Lebenspartner oder ihre eingetragene Lebenspartnerin in den letzten

5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre gesetzlich krankenversichert waren. Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen → § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Hiervon haben die meisten gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Satzung Gebrauch gemacht. Nähere Auskünfte erteilen die gesetzlichen Krankenkassen. Der Beitritt ist gegenüber der Krankenkasse schriftlich innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Behinderung nach → § 68 SGB IX zu erklären → § 9 Abs. 2 Nr. 4 SGB V. Ein späterer Beitritt als freiwilliges Mitglied ist nicht möglich, da es sich um eine Ausschlussfrist handelt.

- ▶ Seit dem 1. April 2007 gibt es auf Grund der Gesundheitsreform 2007 eine neue nachrangige Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie besteht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und entweder zuletzt

gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind → § 5 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 8a, Abs. 11 SGB V. Die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, frühestens am 1. April 2007. Personen, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden Pflichtmitglied ihrer letzten Krankenkasse oder von deren Rechtsnachfolger.



Info:

Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen an die gesetzlichen Krankenkassen.

13.2 Zugang zur privaten Krankenversicherung

Seit dem 1. Januar 2009 gilt für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind und die auch nicht anderweitig abgesichert sind, die Pflicht, eine Krankheitskostenvollversicherung abzuschließen. Dies kann im Basistarif sein, den alle privaten Versicherungen anbieten müssen oder in einem anderen Krankheitskostentarif. Die privaten

Krankenversicherer dürfen gegenüber Personen, die sich in der privaten Krankenversicherung versichern müssen, eine Versicherung im Basistarif nicht ablehnen, wenn die Zugangsvoraussetzungen vorliegen. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse dürfen im Basistarif nicht verlangt werden. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich und orientiert sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Seit dem 1. Januar 1995 ist die Pflegeversicherung in Kraft. Rund 80 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben seitdem einen Versicherungsschutz bei häuslicher und bei stationärer Pflege. Rund 2,7 Millionen Pflegebedürftige in unserem Land erhalten derzeit die Hilfe, die nötig ist, damit nicht nur sie, sondern auch ihre Familien nachhaltig entlastet werden. Für die häuslichen Pflegepersonen besteht auch ein besserer sozialer Schutz in der Renten und Unfallversicherung.

14.1 Fünfte Säule der Sozialversicherung

Zum 1. Januar 1995 wurde als fünfte Säule der Sozialversicherung in Deutschland die Pflegeversicherung eingeführt.

Die meisten Pflegebedürftigen erhalten von der Pflegeversicherung Leistungen für die häusliche Pflege. Mit ihnen wurde am 1. April 1995 begonnen. Es werden als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen erbracht oder es wird Pflegegeld bezahlt. Seit Juli 1996 werden auch Leistungen bei stationärer Pflege erbracht.

Zum 1.1.2017 werden ein neues Begutachtungssystem und fünf neue Pflegegrade anstelle der Pflegestufen eingeführt. Pflegebedürftige, die bereits Leistungen erhalten, werden automatisch in

einen neuen Pflegegrad übergeleitet. Viele Menschen erhalten hierdurch bessere Leistungen, niemand wird schlechter gestellt.

14.2 Wer ist in der Pflegeversicherung versichert?

Bei der Versicherungspflicht gilt grundsätzlich: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung.“

- ▶ Jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird Mitglied der sozialen Pflegeversicherung. Dabei spielt es keine Rolle, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherte/r, Familienversicherte/r, Rentner oder Rentnerin oder als freiwilliges Mitglied angehört. Die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung erfolgt automatisch.

- ▶ Unterhaltsberechtigter Kinder, Ehegatten oder Ehegattinnen und Lebenspartner oder Lebenspartnerinnen sind in der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 415,- Euro bzw. bei geringfügig Beschäftigten 450,- Euro beträgt.
- ▶ Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien zu lassen. Dem Antrag muss ein Nachweis über den Abschluss eines gleichwertigen Vertrages bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beigefügt werden. Der Antrag ist bei der Pflegekasse innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu stellen.
- ▶ Alle privat Krankenversicherten müssen seit dem 1. Januar 1995 eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Sollten sie später einmal in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, können sie ihren privaten Vertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die beitragsfreie Mitversicherung unterhaltsberechtigter Kinder ist in der privaten Pflegepflichtversicherung unter denselben Voraussetzungen wie in der sozialen Pflegeversicherung gegeben.
- ▶ Auch Beamte und Beamtinnen sind verpflichtet, eine private Pflegepflichtversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Dabei handelt es sich um eine Restkostenversicherung, die die Beihilfe ergänzt.
- ▶ Darüber hinaus sind weitere Personengruppen, die ihren Krankheitsschutz über bestimmte Leistungsgesetze oder Sondersysteme haben, in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung je nach ihrer Nähe zum einen oder anderen System einbezogen.

- ▶ Ebenso unterliegen Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben der (nachrangigen) Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert oder bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, es sei denn sie gehören zu dem Personenkreis, der der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist. Wer dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, unterliegt einer Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Damit besteht auch eine Versicherungspflicht in der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung.
- ▶ Unter bestimmten Bedingungen besteht auch die Möglichkeit, sich auf Antrag als freiwillig Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung weiter zu versichern, um den Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht dennoch aufrechtzuerhalten.

14.3 Wer bezahlt die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung?

Seit dem 1. Januar 2015 beträgt der Beitragssatz 2,35 Prozent des Bruttoeinkommens, bei Kinderlosen 2,6 Prozent.

Die Beitragszahlung erfolgt wie in der gesetzlichen Krankenversicherung: Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin behält den Pflegeversicherungsbeitrag vom Lohn oder Gehalt ein und überweist ihn an die Krankenkassen. In allen Bundesländern (außer in Sachsen) wurde zur Kompensation der Belastungen der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft, deshalb gilt hier der Grundsatz der hälftigen Beitragstragung, das heißt von den 2,35 Prozent tragen der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin jeweils 1,175 Prozent (1,425 Prozent für kinderlose Arbeitnehmer). In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wurde, trägt der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin 1,675 Prozent

(1,925 kinderlose Arbeitnehmer) und der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin 0,675 Prozent.

Grundsätzlich müssen alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich zu dem „normalen“ Beitragssatz einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten entrichten. Der Beitragssatz für Kinderlose liegt seit dem 1. Januar 2015 bei 2,6 Prozent. Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II). Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle.

Alle kinderlosen Altersrentnerinnen und Altersrentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen keinen Beitragszuschlag zahlen. Bezieher von Versorgungsbezügen (zum Beispiel Betriebsrenten), die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, müssen aus den Versorgungsbezügen ebenfalls keinen erhöhten Beitrag zahlen.

Bei kinderlosen Rentnerinnen und Rentnern, die nach dem 1. Januar 1940 geboren sind, wird der Beitragszuschlag ebenso wie die bisherigen Pflegeversicherungsbeiträge von der Rente durch den Rentenversicherungsträger einbehalten und an die Pflegeversicherung abgeführt. Bei kinderlosen Versorgungsempfängern, die ab dem 1. Januar 1940 geboren sind, gilt das bisher für die Pflegeversicherungsbeiträge von Versorgungsempfängern übliche Beitragsverfahren. Für Versorgungsempfänger, die zugleich eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, behalten die Zahlstellen die Beiträge aus den Versorgungsbezügen ein und zahlen sie an die zuständige Kasse. Kinderlose Versorgungsempfänger, die ab 1940 geboren sind und keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, müssen den erhöhten Beitrag selbst an die Kasse zahlen.

Bei Beziehern oder Bezieherinnen von Arbeitslosengeld leistet die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge, bei Beziehern oder Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II die Bundesagentur für Arbeit oder die zugelassenen kommunalen Träger, bei Rehabilitation der Rehabilitationsträger, bei behinderten Menschen in Einrichtungen der Träger der jeweiligen Einrichtung und bei Leistungsberechtigten von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt der zuständige Sozialleistungsträger.

Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose Menschen mit Behinderung in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Menschen mit Behinderung sind nach geltendem Recht sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn sie wegen körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung außerstande sind, für ihren Unterhalt selbst aufzukommen. Sie sind bei Kinderlosigkeit somit auch zuschlagsfrei.

Menschen mit Behinderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die sich im Berufsbildungsbereich befinden und Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen bei Kinderlosigkeit keinen Beitragszuschlag zu zahlen. Die Bezieher dieser Leistungen sind einbezogen in die Pauschalzahlung der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung

14.4 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen sind: Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Es kann jederzeit jeden treffen, dann ist man auf Hilfe und Unterstützung durch die Familie oder andere Pflegepersonen angewiesen.

14.4.1 Pflegestufen

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I, II oder III) zugeordnet. Da rüber hinaus gibt es die sogenannte „Pflegestufe 0“, in die Personen mit einer dauerhaft erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eingeordnet werden, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung haben, jedoch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann in der Pflegestufe III auch ein Härtefall vorliegen.

1. Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss

mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

2. Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

3. Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

4. Härtefallregelung

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- ▶ dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist; oder
- ▶ dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen. Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzung eines qualitativen und quantitativen weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachter des Medizinischen Dienstes oder andere unabhängige Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenschwester oder als Kinderarzt vorzunehmen. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird das hilfebedürftige Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

14.4.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch andere unabhängige Gutachter prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulanten palliativen Versorgung hat die Begutachtung durch den MDK oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter innerhalb einer Woche zu erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inan-

spruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Zu beachten ist: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

Leistungsbescheid

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für den Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, mit dem Bescheid der Pflegekasse das Gutachten zu erhalten, wenn er sich für eine Zusendung entschieden hat. Bei der Begutachtung ist bereits zu erfassen, ob von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Darüber hinaus erhält der Versicherte die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern dies auf Zustimmung des Antragstellers trifft.

Ausblick: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsinstrument ab 2017

Zum 1. Januar 2017 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument wirksam. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Über die Leistungshöhe wird künftig entscheiden, was jemand noch selbst kann und wo sie oder er Unterstützung braucht – unabhängig davon, ob jemand an einer Demenz oder körperlichen Einschränkung leidet. Mit dem neuen Instrument können die Beeinträchtigungen und die vorhandenen Fähigkeiten von Pflegebedürftigen genauer erfasst und die individuelle Pflegesituation in neuen fünf Pflegegraden zielgenauer abgebildet werden.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz hat die notwendigen gesetzlichen Regelungen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geschaffen. Das Jahr 2016 dient nun den Vorarbeiten zur Einführung des neuen Begutachtungsinstruments in die Praxis der Begutachtung ab dem 1. Januar 2017 (z.B. durch neue Richtlinien und durch Gutachterschulung) und der Vorbereitung der weiteren notwendigen Umstellungen, insbesondere bei den Leistungen der Pflegeversicherung (Wechsel von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade zum 1. Januar 2017) und bei den Anpassungen bestehender Vereinbarungen zu den Vergütungen im stationären Bereich an die neue Systematik.

14.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Grundsätzlich stehen den Bürgerinnen und Bürgern unterschiedliche Betreuungsformen und einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und deren Angehörige entscheiden, hängt zum einen von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der Personen ab, die die Pflege übernehmen möchten. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste werden nach der Art der Leistung unterschieden und reichen von ambulanten Pflegediensten, die Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Pflege zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Pflege Wohngemeinschaften und Einzelpflegekräfte sowie Angeboten der Tages und Nachtpflegeeinrichtungen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

14.5.1 Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege hat grundsätzlich Vorrang vor der stationären Pflege.

Pflegedürftige haben die Wahl: Sie können sich für ambulante Pflegesachleistungen, das sind Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste, die von der Pflegekasse bis zu bestimmten Höchstgrenzen bezahlt werden, entscheiden oder Geldleistungen wie das Pflegegeld in Anspruch nehmen, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird. Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen können auch miteinander kombiniert werden.

Als Sachleistung werden je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (I, II oder III) Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen bis zum Wert von 468,-, 1.144,- oder 1612,- Euro im Monat erbracht; in besonderen Härtefällen sogar bis zu 1.995,- Euro monatlich.

Das Pflegegeld ist wie die Sachleistung nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Das Pflegegeld bei Pflegestufe I beträgt 244 Euro monatlich, bei Pflegestufe II 458 Euro monatlich und bei Pflegestufe III 728 Euro im Monat.

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. demenziell Erkrankte) haben in der sogenannten „Pflegestufe 0“ Anspruch auf monatlich 231 Euro für Pflegeleistungen oder 123 Euro Pflegegeld. In den Pflegestufen I und II werden die ambulanten Pflegeleistungen wie folgt aufgestockt: Demenziell Erkrankte in der Pflegestufe I erhalten 689 Euro für Pflegesachleistungen beziehungsweise 316 Euro Pflegegeld. In der Pflegestufe II sind es 1.298 Euro für Pflegesachleistungen beziehungsweise 545 Euro Pflegegeld.

- ▶ Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag seit dem 1. Januar 2015 auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewidmet werden.
- ▶ Versicherte können Pflegeleistungen auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer PflegeWG – in Anspruch nehmen. Auch häusliche Betreuung kann gemeinsam in Anspruch genommen werden. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und PflegeWGs verbessern und ihre Nutzung fördern. Beispielsweise kümmert sich in einem Wohnhaus oder in einer WG ein zugelassener Pflegedienst um mehrere Pflegebedürftige. Durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die hierdurch insbesondere entstehenden Zeit und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. Die frei werdende Zeit soll von dem ambulanten Pflegedienst auch für Betreuung der am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden.
- ▶ Außerdem kann die häusliche Pflege auch durch Einzelpersonen (Einzelpflegekräfte) erfolgen. Hierbei handelt es sich um selbstständige Pflegekräfte, wie zum Beispiel Altenpflegerinnen oder Altenpfleger, Altenpflegehelferinnen oder Altenpflegehelfer. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch

den Einsatz dieser Kraft besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

Alternative Wohnformen

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, möglichst lange selbstständig und in häuslicher Umgebung zu wohnen, ohne dabei jedoch auf sich allein gestellt zu sein, werden sogenannte ambulant betreute Wohngruppen – Pflege-WGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – von der Pflegeversicherung besonders gefördert.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen und/oder zusätzliche Betreuungs- oder Entlastungsleistungen beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 205 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Seit dem 1. Januar 2015 erhalten auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz den Wohngruppenzuschlag.

Voraussetzung hierfür ist,

- ▶ dass sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz bei ihnen festgestellt wurde (sogenannte „Pflegestufe 0“),

- ▶ dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
- ▶ dass keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der WG oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Jeder Pflegebedürftige, der sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt, kann bei seiner Pflegekasse im Rahmen dieser Anschubfinanzierung einmalig eine Förderung von bis zu 2.500 Euro beantragen. Je Wohngemeinschaft ist diese Förderung allerdings auf 10.000 Euro begrenzt, bei mehr als vier anspruchsberechtigten Antragstellern wird der Gesamtbetrag anteilig auf sie aufgeteilt.

Diese Förderung steht seit 1. Januar 2015 auch Versicherten in der sogenannten „Pflegestufe 0“, beispielsweise demenziell Erkrankten, zur Verfügung. Den Antrag auf Bewilligung dieser Mittel müssen die WG-Mitglieder innerhalb eines Jahres ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen stellen. Die Bestimmungen zu den Einzelheiten und zur Verfahrensweise sind bei den Pflegekassen zu erfahren.

Pflegevertretung

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können

Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder durch Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden.

Wird die Ersatzpflege durch einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausfall) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro auf-

gestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.

Seit dem 1. Januar 2015 können ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen nun bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Pflegehilfsmittel und wohn- umfeldverbessernde Maßnahmen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit sie nicht von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu finanzieren sind, und um technische Pflegehilfsmittel im Haushalt, die der Erleichterung der häuslichen Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen dienen oder eine selbständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen

- ▶ technischen Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem sowie
- ▶ Verbrauchsprodukten wie zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Bettunterlagen.

Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Pflegehilfsmittel erhalten.

Die Pflegekasse zahlt – unabhängig von der Pflegestufe – auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherstellen. Ziel solcher Maßnahmen ist es insbesondere, eine Überforderung der Pflegekraft zu verhindern. Auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können einen Zuschuss in gleicher Höhe erhalten.

Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der Gesamtbetrag anteilig auf die Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Den Betreuungs und Entlastungsbetrag erhalten Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (psychisch kranke, geistig behinderte oder demenziell erkrankte Menschen). Es wird je nach dem Ausmaß und der Schwere der vorliegenden Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen, die zur dauerhaften erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen, ein Grundbetrag oder ein erhöhter Betrag gewährt. Der Betreuungs und Entlastungsbetrag beträgt bis zu 104 Euro monatlich (Grundbetrag) beziehungsweise bis zu 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag) – also bis zu 1.248 Euro beziehungsweise 2.496 Euro jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinen Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag. Seit dem 1. Januar 2015 erhalten auch Pflegebedürftige in den Pflege-

stufen I bis III, bei denen keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, sondern die ausschließlich oder vorwiegend körperlich eingeschränkt sind, beispielsweise nach einem Schlaganfall, einen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 104 Euro im Monat. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von sogenannten zusätzlichen Betreuungs und Entlastungsleistungen entstehen. Diese umfassen Leistungen der Tages oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten (sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder der hauswirtschaftlichen Versorgung, nicht aber um Leistungen der Grundpflege handelt) oder von nach Landesrecht

anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs oder Entlastungsangeboten. Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen unter anderem Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte, Helfer(innen)kreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie Familienentlastende Dienste. Niedrigschwellige Entlastungsangebote sind insbesondere Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.

Zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs und Entlastungsangebote können seit dem 1. Januar 2015 auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung eingesetzt werden, soweit dieser nicht bereits für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird. Davon profitieren insbesondere demenziell

Erkrankte und ihre Angehörigen. Sie können flexibler und in größerem Umfang niedrigschwellige Betreuungs und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen

Pflegekurse

Die Pflegekassen haben für Personen, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Auf Wunsch findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt.

14.5.2 Vereinbarkeit von Pflege und Berufsunterstützende Maßnahmen, Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Der Stärkung der häuslichen Pflege dienen auch das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz, die im Interesse pflegebedürftiger naher Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Pflegesituationen und des unterschiedlichen Pflegebedarfs weiterentwickelt wurden. Berufstätige Angehörige von pflegebedürftigen Menschen können im Bedarfsfall folgende berufliche Auszeiten in Anspruch nehmen:

- ▶ Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, bis zu 10 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung), um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder sicherzustellen. Sie erhalten somit nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote

zu informieren und die notwendigen Organisations-schritte ein zuleiten. Das Recht, kurzfristig der Arbeit fernzubleiben, soll auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden können, zunächst kurzfristig von ihren nahen Angehörigen zu Hause versorgt werden können. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung haben Beschäftigte unabhängig von der Unternehmensgröße. Der Arbeitgeber ist zur Entgeltfortzahlung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt. Beschäftigte, die keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber erhalten, können Pflegeunterstützungsgeld beantragen. Zur Finanzierung einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung im Sinne des Pflegezeitgesetzes ohne Entgeltfortzahlung erhalten Beschäftigte seit 1. Januar 2015

ein auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld. Beim Pflegeunterstützungsgeld handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung, deren Höhe wie beim sogenannten Kinderkrankengeld berechnet wird. Damit werden als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten desselben pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

- ▶ Daneben haben Beschäftigte, die in häuslicher Umgebung ihre pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegen wollen, die Möglichkeit einer Freistellung von der Arbeitsleistung von bis zu 6 Monaten

(Pflegezeit). Die Freistellung kann vollständig oder in Form einer Arbeitszeitreduzierung erfolgen. Anspruch auf Pflegezeit besteht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten.

- ▶ Wenn Beschäftigte für die Sicherstellung der häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen eine länger andauernde Reduzierung ihrer Arbeitszeit benötigen, besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten. Bei der Familienpflegezeit muss die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit muss im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr eine wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden erreicht werden. Der Anspruch besteht gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten.

► Viele pflegebedürftige Kinder und Jugendliche werden nicht nur zu Hause, sondern längerfristig auch außerhäuslich, zum Beispiel in einer Klinik behandelt. Auch wenn keine häusliche Pflegesituation besteht, haben Minderjährige das Bedürfnis, von ihren nahen Angehörigen betreut zu werden. Um Beschäftigten die Betreuung pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher in häuslicher und außerhäuslicher Umgebung zu ermöglichen, haben sie Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung, entsprechend den Regelungen des PflegeZG und des FPfZG. Das heißt, eine vollständige Freistellung kann – wie bei der Pflegezeit – bis zu 6 Monaten erfolgen. Eine teilweise Freistellung mit einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden kann bis zu 24 Monate in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer aller Freistellungen – auch in Kombination mit Pflegezeit oder Familienpflegezeit – darf 24 Monate

nicht überschreiten. Der Anspruch auf eine Freistellung bis zu 6 Monaten besteht bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Der Anspruch auf eine längere Freistellung mit einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden besteht gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten.

► Viele Beschäftigte möchten von ihren nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase würdig Abschied nehmen können und ihnen vor dem Tod Beistand leisten. Um ihnen diese Möglichkeit zu geben, können Beschäftigte nach dem PflegeZG eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu 3 Monaten verlangen. Eine Pflege in häuslicher Umgebung ist nicht vorausgesetzt. So kann eine Begleitung auch während eines Hospizaufenthalts des nahen Angehörigen erfolgen. Dieser Anspruch besteht gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Es ist möglich, im Anschluss an eine Freistellung nach dem PflegeZG eine Freistellung nach dem FPfZG in Anspruch zu nehmen oder umgekehrt. Die verschiedenen Freistellungen müssen zeitlich unmittelbar aufeinander folgen. Die entsprechenden Ankündigungsfristen sind zu beachten. Nur die Freistellung zur Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase kann auch nach einer zeitlichen Unterbrechung nach einer anderen Freistellung in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer aller Freistellungen nach dem PflegeZG und nach dem FPfZG darf 24 Monate nicht überschreiten.

Beschäftigte, die Freistellungen nach dem PflegeZG und FPfZG in Anspruch nehmen, können ein zinsloses staatliches Darlehen bei dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen, um die durch die Freistellungen erfolgten Einkommenseinbußen abzufedern. Näheres hierzu erfahren Sie auf der Webseite wege-zur-pflege.de.

In kleineren Unternehmen können Beschäftigte mit ihrem Arbeitgeber einvernehmlich eine Freistellung vereinbaren. Auch in diesem Fall haben Beschäftigte Anspruch auf ein zinsloses staatliches Darlehen.

Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung – höchstens jedoch 12 Wochen vor dem angekündigten Freistellungstermin – bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung beziehungsweise der Freistellungen nach dem PflegeZG oder dem FPfZG nicht kündigen.

Pflegepersonen sind während der Pflegezeit sozialversichert. Der Kranken und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da während dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist auto-

matisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz. In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Eine private Kranken und Pflegepflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen den Beitrag zur Kranken und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie den Angehörigen oder die Angehörige mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist.



Internet:

Weitere Informationen finden Sie unter www.wege-zur-pflege.de

14.5.3 Voll- und teilstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege

Ist vollstationäre Pflege erforderlich, übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege sowie die Aufwendungen für soziale Betreuung pauschal bei Pflegestufe I in Höhe von 1.064,- Euro, bei Pflegestufe II in Höhe von 1.330,- Euro und bei Pflegestufe III in Höhe von 1.612,- Euro, ausnahmsweise bei Härtefällen in Höhe von 1.995,- Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der oder die Versicherte – wie bei häuslicher Pflege auch – selbst tragen.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

In Anlehnung an die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 % des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 266,- Euro monatlich an den Heimkosten. Im Übrigen stehen allen pflegebedürftigen behinderten Menschen, die außerhalb dieser Einrichtungen wohnen, alle Leistungen der Pflegeversicherung offen. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Tages- und Nachtpflege

Lässt sich die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherstellen, ist teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege möglich. Je nach Stufe der Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen im Wert von bis zu 468,-, 1.144,- oder 1.612,- Euro monatlich übernommen.

Seit dem 1. Januar 2015 können auch Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von bis zu 231 Euro monatlich in Anspruch nehmen. Zudem werden die Leistungsbeträge für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgestockt. Die Leistungsbeträge liegen für sie in Pflegestufe I bei bis zu 689 Euro und in Pflegestufe II bei bis zu 1.298 Euro im Monat.

Neben der Tages und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitpflege

In Fällen, in denen zeitweise weder die häusliche Pflege (im erforderlichen Umfang) erbracht werden kann noch teilstationäre Pflege ausreicht möglich ist, werden Leistungen für den Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht. Der Anspruch auf Kostenübernahme ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr und unabhängig von der Pflegestufe bis zu einem Höchstbetrag von 1.612 Euro im Jahr begrenzt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen; die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind – wie bei der häuslichen Pflege auch – von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Seit dem 1. Januar 2015 kann der Leistungsbetrag um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Kurzzeitpflege kann im Einzelfall auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten.

Zusätzliche Betreuungskräfte

In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kann zusätzliches Betreuungspersonal für Pflegebedürftige eingesetzt werden, um gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zu bieten. Zusätzliche Betreuungskräfte sollen dort helfen, wozu im Pflegealltag oft keine Zeit ist: Zum Beispiel spazieren gehen, malen und basteln, gemeinsam lesen, Brettspiele oder einfach nur da sein und zuhören. Die zusätzlichen Betreuungskräfte arbeiten unter Anleitung im Team und in enger Kooperation mit den Fachkräften. Sie sollen und können Pflegefachkräfte nicht ersetzen. Finanziert werden die zusätzlichen Betreuungskräfte durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet. Für 20 Pflegebedürftige ist eine zusätzliche Betreuungskraft vorgesehen.

14.5.4 Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht ein Rechtsanspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen. Im Hinblick auf die Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung geht es dabei insbesondere um die Vermeidung, die Verminderung oder die Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Rehabilitationsleistungen können stationär, ambulant und insoweit, aber auch in der eigenen Häuslichkeit oder in Pflegeheimen erbracht werden (mobile Rehabilitation).

Information und Einleitung von Reha-Maßnahmen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Anspruch auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines

möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation. Hierzu wird im Rahmen der Begutachtung bei einem Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung erstellt.

Die Pflegekasse hat spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, zuzuleiten. Gleichzeitig informiert sie darüber, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern der Antragsteller damit einverstanden ist. Die Pflegekassen sind verpflichtet, mit Einverständnis des/der Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen.

Anreize durch Bonuszahlungen

Um finanzielle Anreize für die Einrichtungen zu schaffen, gibt es Bonuszahlungen für Pflegeheime. Das Verfahren: Wenn Pflegebedürftige nach aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen in eine niedrigere Pflegestufe gestuft werden können, erhält das Pflegeheim von der Pflegekasse eines Bewohners einen Bonus von 1.597 Euro. Müssen diese Bewohner allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder hochgestuft werden, ist das Heim zur Rückzahlung des Betrags verpflichtet.

Flankierend ist geregelt, dass die Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 3.072 Euro zahlen muss, wenn eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme für pflegebedürftige Versicherte nicht rechtzeitig erbracht wird.

14.5.5 Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Wer einen Menschen zu Hause pflegt, nimmt große Belastungen auf sich. Häufig müssen die Pflegenden – in der Mehrzahl sind es Frauen – auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Deshalb verbessert das SGB XI die soziale Sicherung der Pflegepersonen.

Wer einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt und nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist, wird in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat.

Ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten bei zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ist zur Erreichung der Mindeststundenzahl möglich.

Die Beiträge übernimmt der zuständige Träger der Pflegeversicherung, von der die pflegebedürftige Person Leistungen erhält (zum Beispiel Pflegekasse oder privates Versicherungsunternehmen). Die Höhe der Beiträge und damit der erworbenen Rentenansprüche richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach dem Zeitaufwand, den die Pflegeperson für die notwendige Betreuung aufwenden muss.

Die Pflegenden stehen während ihrer Pfl egetätigkeit zudem unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Dabei sind Pflegepersonen auch dann unfallversichert, wenn ihre Pfl egetätigkeit den für den Versicherungsumfang in der Rentenversicherung vorgeschriebenen Umfang von 14 Wochenstunden nicht erreicht. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung leistet die Pflegeversicherung – außer während der Pflegezeit – nicht.

Seit dem 1. Februar 2006 besteht unterunter bestimmten Voraussetzungen jedoch die Möglichkeit, sich freiwillig weiter zu versichern und damit den Versicherungs-

schutz der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten. Nähere Auskünfte erteilt die Bundesagentur für Arbeit.

Beitragszahlungen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen und Rentenertrag

(Stand: 01.01.2016)

Pflegestufe des Pflegebedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		Beitragshöhe in Euro/Monat	
	Stunden	Prozent	West	Ost
3	28 und mehr	80,0000	434,59	376,99
	21 – 27	60,0000	325,94	282,74
	14 – 20	40,0000	217,29	188,50
2	21 und mehr	53,3333	289,72	251,33
	14 – 20	35,5555	193,15	167,55
1	14 und mehr	26,6667	144,86	125,66

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeauf- wand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		mtl. Verdienst in Euro	
	Stunden	Prozent	West	Ost
3	28 und mehr	80,0000	2.324,00	2.016,00
	21 – 27	60,0000	1.743,00	1.512,00
	14 – 20	40,0000	1.162,00	1.008,00
2	21 und mehr	53,3333	1.549,33	1.344,00
	14 – 20	35,5555	1.032,89	896,00
1	14 und mehr	26,6667	774,67	672,00

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeauf- wand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		mtl. Ertrag in Euro	
	Stunden	Prozent	West	Ost
3	28 und mehr	80,0000	22,46	20,71
	21 – 27	60,0000	16,85	15,53
	14 – 20	40,0000	11,23	10,36
2	21 und mehr	53,3333	14,97	13,81
	14 – 20	35,5555	9,98	9,21
1	14 und mehr	26,6667	7,49	6,90

14.5.6 Qualität und Qualitätssicherung

Durch eine Reihe von Maßnahmen wird die Qualität der von den Pflegeheimen und Pflegediensten zu erbringenden Pflegeleistungen gesichert.

Dabei wird zur Verbesserung der Pflege auch berücksichtigt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe bestehen und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden soll. Die Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege sollen nach Möglichkeit Berücksichtigung finden.

Qualitätsprüfungen in den Einrichtungen

Alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste werden jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung geprüft (Regelprüfung). Alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Bei den Prüfungen durch den MDK oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung soll der Schwerpunkt auf die Prüfung des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gelegt (Ergebnisqualität) werden. Der MDK und der Prüfdienst der PKV sollen jedoch nicht nur die Qualität prüfen und bewerten, sondern auch die Pflegeeinrichtungen in Qualitätsfragen beraten und Empfehlungen abgeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Transparenz der Pflegequalität

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden Berichte über die Qualität der Pflegeeinrichtungen im Internet sowie an anderen geeigneten Orten, z. B. in den Pflegestützpunkten, veröffentlicht. In den Pflegeeinrichtungen selbst müssen das Datum der letzten Prüfung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik und eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse gut sichtbar ausgehängt werden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörige sollen auf einen Blick erkennen können, ob die Einrichtungen gute pflegerische Arbeit leisten, noch Entwicklungspotenzial haben oder Missstände abstellen müssen. Dabei wird in Pflegeheimen der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

- ▶ Pflege und medizinische Versorgung
- ▶ Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern

- ▶ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- ▶ Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Bei ambulanten Pflegediensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

- ▶ Pflegerische Leistungen
- ▶ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
- ▶ Dienstleistung und Organisation

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Heimbewohner- beziehungsweise Kundenbefragung. Die Noten hierfür werden separat ausgewiesen.

Auch die Frage der haus, fach und zahnärztlichen Versorgung der Bewohner ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Pflegeheim. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind daher verpflichtet den Pflegekassen mitzuteilen, wie sie die haus, fach und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert haben. Ab dem 1. Juli 2016 sollen Pflegeheime

zudem auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativdienst hinweisen. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Informationen in dem Pflegeheim, im Internet als auch in anderer geeigneter Form verständlich, übersichtlich, vergleichbar und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Wie geht es mit den Qualitätsprüfungen und Transparenzvereinbarungen weiter?

Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 eingeführten Pflege-Transparenzvereinbarungen und die darin vereinbarten bundesweit vergleichbaren Kriterien waren ein erster Schritt, um Pflegequalität sichtbar zu machen. Es besteht jedoch Einigkeit, dass die bisherigen Noten nach den Pflege-Transparenzvereinbarungen die Qualität der Pflege nicht ausreichend differenziert abbilden. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 wurden die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege dahingehend weiterent-

wickelt, dass der Ergebnisqualität eine wichtige Rolle bei Qualitätsprüfungen und der Darstellung der Qualitätsergebnisse zukommt.

Diese Entwicklung wird durch die Pflegestärkungsgesetze fortgeschrieben. Wichtiger Baustein des am 1.1.2016 in Kraft getretenen Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist daher einerseits die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner, ein neues wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisqualität – zu entwickeln bzw. einzuführen. Andererseits wird eine umfassende Änderung der Entscheidungsstrukturen angelegt. Im Ergebnis ist vorgesehen, dass die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen für den stationären Bereich im Jahr 2018 und für den ambulanten Bereich im Jahr 2019 durch einen grundlegend neuen Ansatz abgelöst werden.



Internet:

Auf folgenden Internetseiten finden Sie die Veröffentlichungen von Pflegenoten:

www.aok-gesundheitsnavi.de (AOK); www.bkk-pflege.de (BKK); www.der-pflegekompass.de ; (Knappschaft, LSV, IKK); www.pflegelotse.de (vdek-Verband der Ersatzkassen).

Weitere Informationen zu Veröffentlichungen finden Sie auch unter: www.pflegeheim.weisseliste.de

14.6 Pflegeberatung

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können umfassende Hilfe bei der Organisation der Pflege und bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung erhalten durch die Pflegeberatung der Pflegeversicherung. Anspruch auf eine kostenfreie individuelle Pflegeberatung hat, wer bei seiner Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen stellt oder bereits Leistungen erhält. Die Pflegeberatung wird durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin durchgeführt, die dafür eine gesonderte Qualifikation erwerben.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, vor der erstmaligen Beratung unverzüglich einen Pflegeberater bzw. eine Pflegeberaterin zu benennen, mit persönlicher Zuständigkeit für alle Anliegen. Die Pflegekasse ist außerdem verpflichtet, bei Anträgen auf Leistungen (außer bei wiederkehrenden Anträgen auf Kostenerstattung) von sich aus spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang einen Termin für eine individuelle Pflegeberatung anzubieten oder einen Gutschein für eine Pflegeberatung durch eine unabhängige Beratungsstelle auszustellen.

Die Pflegeberatung erfolgt auf Wunsch auch zu Hause. Auch pflegende Angehörige oder weitere Personen erhalten eine Pflegeberatung mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person. In der privaten Pflege-Pflichtversicherung gelten diese Vorschriften ebenfalls.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erbringen folgenden Leistungen:

- ▶ sie helfen bei der Stellung von Anträgen auf Leistungen und helfen bei allen Anliegen gegenüber der Pflegekasse,
- ▶ sie beraten zu allen Leistungen und Leistungsansprüchen,
- ▶ sie unterstützen bei der Auswahl von Leistungsangeboten und insbesondere auch zu Leistungen für die Entlastung pflegender Angehöriger,
- ▶ sie erstellen auf Wunsch der Betroffenen gemeinsam mit ihnen einen individuellen Versorgungsplan und helfen bei dessen Umsetzung und Fortschreibung,
- ▶ sie informieren über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung.

Pflegeberatung kann auch in einem Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI in Anspruch genommen werden. In den Pflegestützpunkten arbeiten Pflegeberaterinnen und -berater mit Beschäftigten von Krankenkassen und oft auch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kommunen, insbesondere der Sozialämter zusammen. Das kann Ratsuchenden Behördengänge ersparen. Pflege- und Krankenkassen haben Pflegestützpunkte errichtet, seit dies vom jeweiligen Land entschieden worden ist. Insgesamt waren im Jahr 2014 bundesweit 382 Pflegestützpunkte eingerichtet, wovon einzelne mehrere Beratungsstellen betreiben. Bundesweit dürften knapp 450 Beratungsstellen in Pflegestützpunkten bestehen. Hierbei ist die regionale Verteilung sehr unterschiedlich.

Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. Interessierte finden dort auch die Pflegeberaterinnen und -berater von Pflegekassen.

Die meisten Pflegekassen bieten eine Pflegeberatung durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater an, die bei ihnen beschäftigt sind.

14.7 Assistenzpflegebedarfs-Gesetz

Auch die Finanzierung des Pflegebedarfs für Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Akutkrankenhaus oder in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, ist geregelt.

Pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege nach den Vorschriften der Sozialhilfe durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte ambulant sicherstellen (sog. „Arbeitgebermodell“), können ihre Pflegekräfte mit einem Kostenanspruch (Übernachtung und Verpflegung) gegen den jeweiligen Kostenträger nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch -SGB V-) auch in das Krankenhaus oder in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitnehmen.

Während einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation entfällt darüber hinaus für diesen Personenkreis die bisherige zeitliche Begrenzung für die Leistung des Pflegegeldes der Pflegeversicherung auf vier Wochen.

Weiterhin werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, auch während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Akutkrankenhaus sowie in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht. Auch zukünftig besteht jedoch kein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege, wenn das Beschäftigungsverhältnis eigens zum Zwecke der pflegerischen Versorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus oder in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung begründet worden ist.

14.8 Ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Sozialhilfe

Im Falle der Bedürftigkeit haben Pflegebedürftige, die wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß auf fremde Hilfe angewiesen sind, Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen dabei den entsprechenden Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Bedürftig sind Pflegebedürftige daher nur dann, wenn sie die Pflegeleistungen weder selbst tragen können noch entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten bzw. diese der Höhe nach nicht ausreichen.

Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist dabei auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu Grunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Leistungen zu berücksichtigen sind.

Neben den Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III kann die Hilfe zur Pflege auch für Kranke und behinderte Menschen in Betracht kommen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf haben oder die Hilfe für andere Verrichtungen benötigen.

Die Hilfe zur Pflege soll vorrangig die häusliche Pflege durch Verwandte und/oder sonstiges privates Umfeld sicherstellen. Um die Pflegebereitschaft zu fördern, sieht das SGB XII eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit – vor. So sind den Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; darüber hinaus können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine

angemessene Alterssicherung geleistet werden, soweit die Alterssicherung nicht anderweitig sichergestellt ist. Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III wird zusätzlich in Abhängigkeit der Pflegestufe ein Pflegegeld gezahlt. Das Pflegegeld im Rahmen der Hilfe zur Pflege entspricht dabei in der Höhe dem Pflegegeld der Pflegeversicherung.

Wenn der Pflegebedürftige im Rahmen der ambulanten Pflege allein oder überwiegend nur Pflegesachleistungen der Pflegekasse in Anspruch nimmt, ist zu prüfen, ob ihm daneben ergänzend ein (ggf. gekürztes) Pflegegeld von der Sozialhilfe zu gewähren ist. Bei stationärer Pflege übernimmt die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit außerdem die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten.

14.9 Pflegeleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Beruhet die Pflegebedürftigkeit auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, haben Versicherte Anspruch auf Leistungen nach § 44 SGB VII. Die Pflege besteht in der Zahlung von Pflegegeld; auf Antrag kann stattdessen eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Einrichtung erbracht werden (Heimpflege).

Die Entschädigungsleistungen der Unfallversicherung wegen Pflegebedürftigkeit gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Für das Pflegegeld sind Mindest- und Höchstbeträge festgesetzt (Beträge seit 1. Juli 2015: 330,- Euro und 1.318,- Euro alte Länder, 301,- Euro und 1.206,- Euro neue Länder). Innerhalb dieser Grenzen hat der Unfallversicherungsträger das Pflegegeld unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Gesundheitsschadens sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfe festzusetzen. Das Pflegegeld wird entsprechend der Anpassung der übrigen Geldleistungen in der Unfallversicherung erhöht.



Tipp:

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt kostenlos verschiedene Broschüren zum Thema „Pflege“ heraus: z. B. „Das Pflegestärkungsgesetz I. Die wichtigsten Leistungsverbesserungen im Überblick“ Bestellnummer: BMG-P-11044, „Das Pflegestärkungsgesetz I. Alle Leistungen zum Nachschlagen“ Bestellnummer: BMG-P-11005, „Das Pflegestärkungsgesetz I. Informationen für Demenzzranke und ihre Angehörigen“ Bestellnummer: BMG-P-11006, „Das Pflegestärkungsgesetz I. Informationen zur häuslichen Pflege“ Bestellnummer: BMG-P-11007, „Das Pflegestärkungsgesetz II. Das Wichtigste im Überblick“ Bestellnummer: BMG-P-11017, „Ratgeber zur Pflege. Alles, was Sie zur Pflege und zum neuen Pflegestärkungsgesetz wissen müssen“ Bestellnummer: BMG-P-07055; weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite www.bmg.bund.de.

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“, Bestellnummer: A 401

Publikationen können Sie bestellen unter:

Tel: 030 18 272 272 1

Fax: 030 18 10 272 272 1

schriftlich:

Publikationsversand der Bundesregierung,

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

E-Mail:

publikationen@bundesregierung.de

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit: Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 15 Uhr unter folgender Rufnummer: 030 3406066-02 (kostenpflichtig: Tarif Ihres Telefonanbieters für Verbindungen in das deutsche Festnetz zum Vorwahlbereich 030 – bei Festnetzflatrate kostenlos).

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service:

Fax: 030 221 911 017

Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bmas.de
buergerservice-bund.de

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Viele Behinderungen kann man nicht beseitigen. Aber man kann sie in ihren Auswirkungen mildern. Dabei brauchen die behinderten Menschen die Hilfe der Gesellschaft. Solidarität ist gefragt. Von jedem und jeden Tag aufs Neue. Genau genommen ist die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht ein Teilbereich wie die medizinische Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben, sondern das Ziel aller Leistungen zur Teilhabe. Sie umfasst die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft in all ihren Erscheinungsformen.

15.1 Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen

Der Verwirklichung der gesellschaftlichen Teilhabe behinderter Menschen dient auch das am 1. Mai 2002 in Kraft getretene Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Kernstück des Gesetzes ist die Herstellung einer umfassenden Barrierefreiheit. Dabei geht es nicht nur um die Beseitigung von Barrieren für Rollstuhlfahrer oder Rollstuhlfahrerinnen und gehbehinderte Menschen, es geht auch um Kommunikation blinder, seh- oder hörbehinderter Menschen. Zudem bringt das BGG nicht nur für behinderte Menschen Verbesserungen ihrer Lebenssituation, sondern erleichtert ebenso den Alltag von älteren

Menschen und Familien mit Kindern. Ausdrücklich ergänzt das BGG, dass zur Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern die besonderen Belange behinderter Frauen zu berücksichtigen und bestehende Benachteiligungen zu beseitigen sind und lässt besondere Maßnahmen zur Förderung der tatsächlichen Durchsetzung der Gleichberechtigung von behinderten Frauen zu.

Für Behörden des Bundes und der Länder besteht, soweit sie Bundesrecht ausführen, ein allgemeines Benachteiligungsverbot. Der Bund hat sich verpflichtet, neue Gebäude, zivile große Neu-, Um- und Erweiterungsbauten des Bundes (ab 2 Mio. Euro) entsprechend den allgemein aner-

kannten Regeln der Technik barrierefrei zu gestalten. In den Verordnungen nach dem BGG ist konkret geregelt, wie hör- oder sprachbehinderte Menschen über Gebärdendolmetscher mit Bundesbehörden kommunizieren können, wie Bescheide oder Vordrucke blinden oder sehbehinderten Menschen barrierefrei zugänglich gemacht werden und dass Internetauftritte der Bundesverwaltung so zu gestalten sind, dass sie von behinderten Menschen grundsätzlich uneingeschränkt genutzt werden können.

Mit dem Instrument der Zielvereinbarung können anerkannte Verbände unmittelbar in Verhandlungen mit der Wirtschaft treten, um ausgewogene Regelungen zur Herstellung der Barrierefreiheit zu vereinbaren. Zur Förderung der Inanspruchnahme des Instruments Zielvereinbarung hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Projekt des Bundeskompetenzzentrums Barrierefreiheit e. V. (BKB) gefördert. Das BKB ist ein Verein der Behindertenverbände. Unter

bestimmten Voraussetzungen können nach dem BGG anerkannte Verbände bei Verstößen gegen das Benachteiligungsverbot oder die Verpflichtung zur Herstellung der Barrierefreiheit von ihrem Verbandsklagerecht nach dem BGG Gebrauch machen.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Gleichstellung behinderter Menschen“ mit Informationen zum Behindertengleichstellungsgesetz und zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, Bestellnummer A 301

15.2 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz

Auf eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist auch das am 18. August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gerichtet. Es konkretisiert Artikel 3 des Grundgesetzes, wonach Personen vor Diskriminierung etwa auf Grund ihrer Rasse oder ethnischen Herkunft, ihres

Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, ihres Alters, ihrer sexuellen Identität oder aber wegen einer Behinderung geschützt werden sollen. Ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen soll das AGG behinderte Menschen vor allem vor Benachteiligungen in den Bereichen Beschäftigung und Beruf sowie bei Geschäften im täglichen Leben schützen. Unabhängig von der Schwere einer Behinderung oder ihrer Anerkennung gilt ein entsprechendes Benachteiligungsverbot nicht nur für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen, sondern für alle behinderten Menschen.

Im Arbeitsrecht erstreckt sich das Benachteiligungsverbot über alle Phasen des Arbeitslebens: es findet daher von der Einstellung über die berufliche Weiterbildung und Beförderung bis hin zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen Berücksichtigung. So etwa dürfen etwa Stellenanzeigen und Bewerberauswahl nicht gegen das **Benachteiligungsverbot** verstoßen. Von diesem grundsätzlichen Verbot

gibt es jedoch Ausnahmen: Eine unterschiedliche Behandlung kann auf Grund besonderer beruflicher Anforderungen durchaus gerechtfertigt sein.

Auch ist bei der Besetzung einer Stelle eine Ungleichbehandlung zulässig, wenn ein behinderter Bewerber oder eine behinderte Bewerberin tatsächlich nicht in der Lage ist, die Tätigkeit auszuüben.

Nicht nur im Arbeitsleben, sondern auch im Alltag sind behinderte Menschen durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz besonders geschützt, weil es auch im Bereich des Zivilrechts ein Benachteiligungsverbot enthält. Es gilt zunächst bei Abschluss von sogenannten Massengeschäften. Dies sind „Geschäfte“, die typischerweise ohne (oder mit nur nachrangigem) Ansehen der Person zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen zustande kommen; so etwa Restaurantbesuche oder Hotelbuchungen.

Bei den privatrechtlichen Versicherungen ist es etwas komplizierter. Zwar besteht hier ebenfalls ein Diskriminierungsschutz und damit ein Benachteiligungsschutz. Aber weil zwischen einer privaten Versicherung und einem Versicherten prinzipiell Vertragsfreiheit (Abschluss- und Inhaltsfreiheit) besteht – und damit kein Abschlusszwang –, kann der Vertrag inhaltlich hinsichtlich des Leistungsumfangs sowie der Prämienhöhe frei gestaltet werden; das zu versichernde Risiko ist jeweils maßgeblicher Faktor. § 20 Absatz 2 Satz 2 AGG erlaubt eine unterschiedliche Behandlung, „... wenn dies auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen.“ Eine Berücksichtigung des zu versichernden Risikos ist also zulässig; im Streitfall müssen ggf. die statistischen Berechnungen, auf die die Risikobewertung gestützt wird, vorgelegt bzw. erläutert werden.



Tipp:

Empfehlenswert ist es, vor einem Streitfall den Versicherungsombudsmann als unabhängige, neutrale und kostenfreie Schlichtungsstelle für Verbraucher anzurufen, der Entscheidungen der Versicherer überprüft.

**www.versicherungsombudsmann.de
Telefon von Montag bis Freitag
von 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr über die
kostenfreie Rufnummer:**

0800 3696000

Aus dem Ausland über die gebührenpflichtige Rufnummer:

+49 30 2605899

Fax in Deutschland kostenfrei:

0800 3699000

Fax im Ausland gebührenpflichtig:

+49 30 20605898

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: [beschwerde@](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

versicherungsombudsmann.de

Für Verträge, die eine privatrechtliche Versicherung zum Gegenstand haben, enthält das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz eine Übergangsvorschrift. Es ist nur anwendbar auf Vertragsabschlüsse ab dem 22. Dezember 2007. Bei späteren Änderungen eines vor diesem Datum bereits bestehenden Versicherungsvertrages gilt diese Einschränkung jedoch nicht.

15.3 Rund ums Wohnen

Gerade im Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können staatliche Hilfen nur den Rahmen abstecken und Anstöße geben. Denn gesellschaftliche Teilhabe findet zunächst einmal im unmittelbaren Wohn- und Lebensbereich statt. Deshalb wird im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung die Errichtung von behinderungsgerechten Wohnungen gefördert. Auch aus der Ausgleichsabgabe nach dem SGB IX werden Wohnstätten finanziert, etwa für Werkstätten für behinderte Menschen. Zahlreiche Gesetze und Verordnungen wirken darauf hin, dass schon im Planungsstadium die Gestaltung einer behindertengerechten Umwelt berücksichtigt wird.

Zahlreiche Gemeinden sind dazu übergegangen, behinderte Menschen in Form von Beiräten oder durch Anhörungen an der Gestaltung einer barrierefreien Umwelt zu beteiligen.

15.3.1 Wohnraumförderung und Vermietung von gefördertem Wohnraum

Im Rahmen der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde die Zuständigkeit für das Recht der Sozialen Wohnraumförderung mit Wirkung vom 1. September 2006 vom Bund auf die Bundesländer übertragen. Sie verabschiedeten die gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich und sind zuständig für die Finanzierung. Die Länder sind mit einem großzügigen finanziellen Ausgleich des Bundes in die Lage versetzt worden, diese Aufgabe in alleiniger Verantwortung durchzuführen. Soweit das Wohnraumförderungsgesetz des Bundes (WoFG) nicht durch landesrechtliche Regelungen ersetzt wird – was in einigen Ländern bereits der Fall ist (LandesWoFG Baden-Württemberg, Bayerisches WoFG, Hamburgisches WoFG, Niedersächsisches WoFG, Landes WoFG Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holsteinisches WoFG, Thüringer WoFG) –, bleibt es weiterhin gültig.

Nach dem WoFG werden der Neubau von Wohnungen, die Modernisierung von Altbauten, der Erwerb von Belegungsrechten zu Gunsten Wohnungssuchender und der Erwerb vorhandenen Wohnraums gefördert → § 2 Abs. 1 WoFG. Eine Zusatzförderung kann bewilligt werden für besondere bauliche Maßnahmen, mit denen den Belangen behinderter oder älterer Menschen Rechnung getragen wird → § 12 Abs. 2 Nr. 2 WoFG. Ein Anspruch auf Fördermittel der Sozialen Wohnraumförderung besteht nicht → § 13 Abs. 4 WoFG. Nach dem WoFG geförderte Mietwohnungen dürfen nur an Haushalte vermietet werden, deren Jahreseinkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Dasselbe gilt für die Gewährung von Fördermitteln zur Bildung selbst genutzten Wohneigentums. Bundesrechtlich sind in → § 9 Abs. 2 WoFG folgende Einkommensgrenzen vorgesehen:

für einen Einpersonenhaushalt	12.000 Euro
für einen Zweipersonenhaushalt	18.000 Euro
für jede weitere zum Haushalt rechnende Person	4.100 Euro

Sind zum Haushalt rechnende Personen Kinder, erhöht sich die Einkommensgrenze für jedes Kind um weitere 500 Euro. In den Ländern können nach → § 9 Abs. 3 WoFG durch Rechtsverordnung Abweichungen von diesen Einkommensgrenzen vorgesehen werden.

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Gesamteinkommens ist die Summe der positiven Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts aller zum Haushalt zählenden Angehörigen abzüglich bestimmter Frei- und Abzugsbeträge; ein Ausgleich von Verlusten aus anderen Einkunftsarten und mit Verlusten des zusammen veranlagten Ehegatten ist nicht zulässig → §§ 20, 21 Abs. 1 WoFG. Zum Jahreseinkommen zählen auch Renten sowie einige steuerfreie Bezüge und Leistungen, wie Lohnersatzleistungen, Berufsausbildungsbeihilfen, Sozialhilfe (Katalog → § 21 Abs. 2 WoFG). Aufwendungen zum

Erwerb, zur Sicherung und zur Erhaltung dieser ganz oder teilweise steuerfreien Einnahmen – mit Ausnahme bestimmter Pflegeleistungen – dürfen in der zu erwartenden oder nachgewiesenen Höhe abgezogen werden → § 21 Abs. 3 WoFG.

Von dem sich dann ergebenden Jahreseinkommen wird ein pauschaler Abzug in Höhe von jeweils 10 Prozent für die Leistung von

- ▶ Steuern vom Einkommen,
- ▶ (Pflicht-) Beiträgen zur (gesetzlichen) Krankenversicherung und
- ▶ (Pflicht-) Beiträgen zur (gesetzlichen) Rentenversicherung vorgenommen → § 23 WoFG.

Schwerbehinderte Menschen werden bei der Berechnung des Jahreseinkommens durch Freibeträge begünstigt: Für Personen mit einem GdB von 100 oder von mindestens 80, wenn der schwerbehinderte Mensch häuslich pflegebedürftig ist, wird ein

Freibetrag von 4.500,- Euro jährlich gewährt; bei einem GdB von unter 80, aber häuslicher Pflegebedürftigkeit, beträgt der Freibetrag 2.100,- Euro jährlich → § 24 Abs. 1 Nr. 1 und 2 WoFG.

Freibeträge werden im Übrigen bei jungen Ehepaaren, bei denen keiner der Ehegatten das 40. Lebensjahr vollendet hat, in Höhe von 4.000,- Euro bis zum Ablauf des 5. Kalenderjahres nach dem Jahr der Eheschließung gewährt → § 24 Abs. 1 Nr. 3 WoFG, sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – in Höhe von 600,- Euro für Alleinerziehende → § 24 Abs. 1 Nr. 4 WoFG. Abzugsbeträge in unterschiedlicher Höhe werden bei Unterhaltsverpflichtungen eingeräumt → § 24 Abs. 2 WoFG.

Die Bewilligung im Einzelnen richtet sich nach den Förderbestimmungen der Länder; nähere Auskünfte erteilen die Förderstellen der Gemeinden oder Landkreise. Diese Behörden können auch darüber Auskunft erteilen, ob Wohnraum vorhanden ist, der für schwerbehinderte Menschen und Betreuungspersonen zweckgebunden ist.

15.3.2 Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens

Angesichts der demografischen Entwicklung ist altersgerechtes Bauen und Wohnen ein wichtiges Anliegen der Wohnungs- und Stadtentwicklungspolitik der Bundesregierung. Sie beabsichtigt daher zur Förderung des generationengerechten Umbaus ein neues Programm „Altersgerecht Umbauen“ aufzulegen, mit Investitionszuschüssen ausstatten und damit das bestehende KfW-Darlehensprogramm zu ergänzen. Mit der Ausweitung des Angebots an altersgerechten (barrierefreien und -reduzierten) Wohnungen wird es einer wachsenden Zahl von älteren Menschen möglich, trotz Mobilitätsbeschränkungen im vertrauten Wohnumfeld zu verbleiben und ein selbst bestimmtes Leben bei tragbaren Wohnkosten zu führen. Diese Förderung kann auch von Menschen mit Behinderungen in Anspruch genommen werden.

Das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ können Eigentümer/innen (Selbstnutzer/innen, Vermieter/innen, Wohnungsunternehmer usw.) für Maßnahmen nutzen, mit denen Barrieren beseitigt oder zumindest reduziert werden. Gefördert werden vor allem der barrierefreie/-reduzierte Gebäude- und Wohnungszugang (z. B. Überbrückung von Stufen, Rampen, Einbau von Aufzügen und Treppenlifts, Verbreiterung von Türöffnungen), Maßnahmen im Innern der Wohnung (z. B. Abbau von Schwellen, Grundrissänderungen, Umbau von Sanitärräumen), barrierereduzierende Maßnahmen auf dem Grundstück (z. B. Stellplätze) sowie die Einrichtung von Gemeinschaftsräumen. Die geförderten Maßnahmen müssen bestimmten technischen Mindestanforderungen einer Barrierereduzierung genügen, da man im Bestand nicht immer barrierefreien Neubaustandard erreichen kann. Umbaumaßnahmen nach den Vorgaben der DIN 18040 Teil 2 sind ebenfalls förderfähig. Weitere Informationen stehen bereit unter www.baufoerderer.de.

15.3.3 Barrierefreiheit im Mietrecht

Mit der Reform des Mietrechts ist zum 1. September 2001 eine neue Vorschrift → § 554 a **Bürgerliches Gesetzbuch – BGB** zugunsten behinderter Menschen in das Wohnraummietrecht eingeführt worden. Sie regelt erstmals ausdrücklich Ansprüche der behinderten Mieter und Mieterinnen gegenüber ihren Vermieter oder Vermieterinnen auf Zustimmung zu baulichen Maßnahmen, um die Mietwohnung behindertengerecht nutzen oder betreten zu können. Der Zustimmungsanspruch des Mieters oder der Mieterin kann durch den Mietvertrag nicht ausgeschlossen werden.

Grundsätzlich hat jede Mieterin und jeder Mieter gegen den Vermieter bzw. die Vermieterin einen Anspruch auf Gewährung des vertragsgemäßen Gebrauchs der angemieteten Wohnung. Sie sind daher berechtigt, Einrichtungen in die Mietsache einzubringen, die ihnen zum Wohnen dienen. Weitergehende Einbauten aber und insbesondere Umbauten dürfen sie – auch auf eigene

Kosten – ohne die vorherige Zustimmung des Vermieters nicht vornehmen. Mieter oder Mieterinnen mit Behinderung haben grundsätzlich einen Anspruch auf diese Zustimmung zu Maßnahmen einschließlich Umbauten, die ihnen die Nutzung der Wohnung und den Zugang zu ihr ermöglichen. Der Vermieter oder die Vermieterin ist aber nicht verpflichtet, auf seine bzw. ihre Kosten entsprechende Baumaßnahmen durchzuführen.

Ein Zustimmungsanspruch besteht auch dann, wenn ein/e Familienangehörige/r oder der Lebensgefährte bzw. die Lebensgefährtin des Mieters/der Mieterin, der/die berechtigt in der Wohnung lebt, behindert ist. Das Spektrum der Maßnahmen ist groß: Neben der Montage spezieller Griffe und der Verbreiterung der Wohnungstüren ist auch der Einbau eines Treppenlifts und der Bau einer Rollstuhlrampe möglich. Die konkrete Maßnahme muss im Einzelfall notwendig sein, um die Lebensqualität der behinderten Person zu erhalten. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sie

ohne ihre Durchführung die Wohnung nicht mehr verlassen könnte oder in ein Pflegeheim umziehen müsste. Zweierlei muss der Mieter oder die Mieterin beachten: Zum einen besteht der Zustimmungsanspruch dann nicht, wenn das Interesse des Vermieters oder der Vermieterin und/oder der anderen Mieterinnen oder Mieter im selben Gebäude daran, dass die Maßnahme nicht durchgeführt wird, höher ist als das des Mieters oder der Mieterin an der Durchführung. Dies erfordert eine umfassende Abwägung der betroffenen Interessen. Unter anderem sind Art, Dauer und Schwere der Behinderung einerseits, die Dauer der Maßnahme, die Beeinträchtigung der anderen Mieter oder Mieterinnen des Hauses und die Möglichkeit des Rückbaus andererseits zu berücksichtigen. Überwiegen die Interessen des behinderten Mieters, der behinderten Mieterin oder sind die Interessen von Mieterin oder Mieter und Vermieterin oder Vermieter mindestens gleichgewichtig, so besteht der Anspruch auf Zustimmung.

Allerdings kann der Vermieter oder die Vermieterin seine bzw. ihre Zustimmung davon abhängig machen, dass der Mieter oder die Mieterin ihm bzw. ihr eine Sicherheit wegen der Kosten leistet, die bei Rückbau der Maßnahme anfallen werden. Diese Sicherheit ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Vermieters anzulegen und zu verzinsen.

Am Ende der Mietzeit ist der Mieter oder die Mieterin verpflichtet, auf seine oder ihre Kosten die Einrichtungen zu entfernen bzw. den Umbau rückgängig zu machen.

15.3.4 Wohngeld

Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens als Miet- oder Lastenzuschuss für den selbst genutzten Wohnraum geleistet.

Ob und in welcher Höhe ein Wohngeldanspruch besteht, richtet sich nach

- ▶ der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder,

- ▶ dem Gesamteinkommen, das aus den Jahreseinkommen aller zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder unter Abzug bestimmter gesetzlich festgelegter Beträge errechnet wird,
- ▶ der zu berücksichtigen Miete oder Belastung bis zu bestimmten Höchstbeträgen.

Das Wohngeldgesetz sieht bei der Berechnung des Einkommens einen Freibetrag von 1.500 Euro im Jahr vor für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 100 und für im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftige schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80 und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege. Im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftige schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von unter 80 und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege können einen Freibetrag von 1.200 Euro im Jahr in Anspruch nehmen.

Leistungsberechtigte von Transferleistungen (z. B. Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz) erhalten statt des Wohngeldes ihre angemessenen Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Transferleistung, ohne dass ihnen hieraus Nachteile entstehen. Gleiches gilt auch, wenn eine Person bei der Bedarfsermittlung des Leistungsberechtigten einer Transferleistung (z. B. wenn ein anderes Haushaltsmitglied Arbeitslosengeld II erhält) berücksichtigt wird.

Aber auch Heimbewohner oder Heimbewohnerinnen können Wohngeld beantragen, und zwar dann, wenn sie dauerhaft in einem Heim untergebracht sind und das Heim

- ▶ eine Einrichtung ist, die dem Zweck dient, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige zu Wohnzwecken aufzunehmen;
- ▶ ihren Bewohner oder Bewohnerinnen neben der Unterkunft auch Betreuung und Verpflegung zur Verfügung stellt;
- ▶ für die Unterbringung ein Entgelt von den Bewohnern oder Bewohnerinnen verlangt und
- ▶ unabhängig von Wechsel und Zahl der Bewohner oder Bewohnerinnen betrieben wird.



Internet:

Weitere Informationen zum Wohngeld finden Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: www.bmvbs.de

- ▶ **Dort finden Sie auch Tabellen zum Wohngeld, die Liste der Mietstufen und einen aktuellen Erläuterungstext mit Beispielen: „Wohngeld 2014 – Ratschläge und Hinweise“.**
 - ▶ **Das Wohngeldgesetz finden Sie im Internet unter: www.gesetze-im-internet.de/wogg/index.html**
-



Info:

Auch Ihre örtliche Wohngeldbehörde hält Informationen für Sie bereit.

15.3.5 Bausparverträge

Eine vorzeitige Verfügung über den Bausparvertrag ist prämienschädlich, wenn nach Vertragsabschluss der GdB des Sparers oder der Sparerin oder des bzw. der nicht dauernd von ihm bzw. ihr getrennt lebenden Ehegatten oder Ehegattin auf mindestens 95 festgesetzt wird.

15.4 Im Alltag und in der Freizeit mobil

Dem Abbau von Mobilitätshemmnissen dienen verschiedene Aktivitäten im öffentlichen Personenverkehr. Dadurch sollen Verkehrsmittel und Verkehrsflächen für möglichst viele behinderte Menschen zugänglich werden. Viele Städte, Gemeinden und Träger der freien Wohlfahrtsverbände richten darüber hinaus in zunehmendem Maße besondere Fahrdienste für behinderte Menschen ein. Ein besonderes Anliegen des Behindertengleichstellungsgesetzes ist auch die Verankerung der Barrierefreiheit im öffentlichen Personenverkehr.



Tip:

Weitere Informationen erhalten Sie direkt bei den Verkehrsunternehmen oder bei Ihrer Gemeinde.

15.4.1 Barrierefreies Reisen

Beachtliche Fortschritte wurden bei der sozialen Integration in der Freizeit und im Urlaub erzielt. Einer stetig steigenden Zahl von Menschen mit Behinderungen soll die Teilhabe am Tourismus in Deutschland dadurch ermöglicht werden, dass die touristischen Angebote der gesamten Reisekette zunehmend barrierefrei gestaltet werden. Einen wichtigen Beitrag leisten die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen selbst. So stellt beispielsweise der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. auf seiner Webseite den Katalog „BSK-Urlaubsziele 2014“ für Gruppen- und Individualreisen für Menschen mit und ohne Behinderung zur Verfügung.

Weitere Informationen, z. B. über spezielle Reiseberatungsstellen, über Spezialveranstalter sowie eine Vielzahl von Hinweisen und Tipps zum barrierefreien Reisen gibt es bei der Nationalen Koordinationsstelle Tourismus für Alle e. V. (NatKo). Sie wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und ist der Zusammenschluss

der Bundes-Behindertenverbände, die sich mit dem Thema Tourismus beschäftigen. Einen Beitrag zu den barrierefreien Reisen leisten auch die über 90 Familienferienstätten der Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung. Sie ermöglichen deutschlandweit die Aufnahme Reisender mit Handicap. Dabei zielt das Angebot nicht nur auf Barrierefreiheit in Wohn- und Badezimmer, sondern auch für die Teilnahme an Angeboten der Freizeitgestaltung.



Weitere Informationen im Internet:

www.bsk-reisen.org

www.bag-familienerholung.de

www.einfach-teilhabe.de

www.natko.de

Wichtige Anlaufstellen sind zunehmend auch die regionalen und überregionalen Tourismusorganisationen. Viele Tourismus-Ämter und Tourismus-Büros können über barrierefreie Unterkünfte und Freizeitangebote informieren. In vielen Hotels gibt es zumindest einige geeignete Zimmer, in fast allen neuen oder renovierten Jugendherbergen ebenso. Und es gibt auch neuerdings Hotels und Pensionen, die vollständig barrierefrei gestaltet sind.

In einer Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit haben der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) und der Hotelverband Deutschland (IHA) mit Verbänden behinderter Menschen eine standardisierte Erfassung, Bewertung und Darstellung barrierefreier Angebote in Hotellerie und Gastronomie vereinbart. Hoteliere und Gastronomen, die im Deutschen Hotelführer, dem IHA-Hotelführer Hotels Deutschland oder den entsprechenden Internetplattformen www.hotelguide.de und www.hotellerie.de ihr barriere-

freies Angebot darstellen möchten, müssen die vereinbarten Standards erfüllen, die in fünf verschiedenen Kategorien unterschiedliche Behinderungen berücksichtigen. Außerdem haben die neuen Kriterien für Barrierefreiheit auch Eingang in die fortgeschriebene Deutsche Hotelklassifizierung gefunden.

Diese Entwicklungen sind ein wichtiger Beitrag dafür, dass Menschen mit Mobilitätseinschränkungen genauso einfach, spontan und unbeschwert eine Reise unternehmen können, wie alle anderen auch. Um das Ziel einer weitestgehenden Barrierefreiheit zu erreichen, müssen alle Beteiligten, also Behindertenverbände, Politik und Medien, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen und natürlich die Tourismuswirtschaft und ihre Fachverbände weiterhin zusammenarbeiten. Auch hier spielt beispielsweise die NatKo eine wichtige Rolle, denn sie erarbeitet und koordiniert gemeinsam mit diesen Partnern Konzepte für einen Tourismus für Alle.

Eine Reihe von Reiseveranstaltern hat sich auf Reisen für mobilitätseingeschränkte Urlauber und Urlauberinnen spezialisiert. Aber auch die großen Touristik-Unternehmen sowie mittlere und kleine Veranstalter haben zunehmend Angebote für behinderte Menschen in ihren Programmen.



Internet:

Auf der Internetseite www.Rehacare.de gibt es ein spezielles Angebot für barrierefreies Reisen.

15.4.2 Erleichterungen im Personenverkehr

15.4.2.1 Freifahrt im Nahverkehr

Schwerbehinderte Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, haben Anspruch darauf, im öffentlichen Personenverkehr unentgeltlich befördert zu werden → §§ 145 ff. SGB IX. Das betrifft gehbehinderte, außergewöhnlich gehbehinderte, hilflose, gehörlose und blinde Menschen (Merkzeichen G, aG, H, Gl und Bl im Schwerbehindertenausweis). Das Merkzeichen B berechtigt darüber hinaus zur kostenfreien Mitnahme einer Begleitperson.

Ob diese Voraussetzungen vorliegen, wird vom Versorgungsamt bei der Feststellung einer Behinderung geprüft. Schwerbehinderte Menschen, die freifahrtberechtigt sind, erhalten einen Schwerbehindertenausweis in grün-orange.

Nahverkehr heißt:

- ▶ ÖPNV in Verkehrsverbänden in ganz Deutschland
- ▶ außerhalb von Verkehrsverbänden: Omnibusse, Straßenbahnen, S-Bahnen in ganz Deutschland sowie Nahverkehrszüge der Eisenbahnen.

Von den schwerbehinderten Menschen, die von der unentgeltlichen Beförderung Gebrauch machen wollen, wird eine Eigenbeteiligung von 80 Euro jährlich (40 Euro halbjährlich) erhoben. Dafür wird eine Wertmarke ausgegeben, die zusammen mit dem Schwerbehindertenausweis als Nachweis für die Freifahrtberechtigung dient. Einkommensschwache (insbesondere Grundversicherungsempfänger) sowie blinde und hilflose Menschen sind von der Eigenbeteiligung befreit.

Die unentgeltliche Beförderung gilt nur für den Nahverkehr. Im Fernverkehr müssen die schwerbehinderten Menschen normal bezahlen. Wer berechtigt ist, eine Begleitperson mitzunehmen (Merkzeichen B), kann dies sowohl im Nahverkehr als auch einge-

schränkt im Fernverkehr (siehe 15.4.2.4) kostenfrei tun.

Die Verkehrsunternehmen sind verpflichtet, freifahrtberechtigte schwerbehinderte Menschen kostenfrei zu befördern. Die Einnahmeausfälle, die ihnen dadurch entstehen, werden ihnen erstattet. Bund und Länder wenden hierfür jährlich gut 500 Mio. Euro auf.



Info:

Nähere Auskünfte erteilen die örtlichen Versorgungsbehörden bzw. Landessozialverwaltungen. Welche Behörde für Ihren Wohnort zuständig ist, können Sie auf www.einfach-teilhaben.de unter „Wichtige Adressen“ recherchieren.

15.4.2.2 Eisenbahnverkehr Europäisches Recht

Mit der Verordnung (EG) Nr. 1371/2007 vom 23. Oktober 2007 über die Rechte und Pflichten der Fahrgäste im Eisenbahnverkehr regelt der europäische Gesetzgeber zahlreiche Aspekte der Beförderung von Personen mit Behinderungen und von Personen mit eingeschränkter Mobilität im Eisenbahnverkehr.

Die VO (EG) Nr. 1371/2007 gilt in Deutschland unmittelbar.

Personen mit Behinderungen und Personen mit eingeschränkter Mobilität sollten nach dem Willen des europäischen Gesetzgebers Bahnreisemöglichkeiten haben, die denen anderer Bürgerinnen und Bürger vergleichbar sind. Die Verordnung verpflichtet daher Eisenbahnunternehmen und Bahnhofsbetreiber, nicht-diskriminierende Zugangsregeln für die Beförderung von Personen mit Behinderungen und Personen mit eingeschränkter Mobilität unter aktiver Beteiligung von deren Vertretungsorganisationen aufzustellen.

Daneben werden Regelungen getroffen, die die Information von Personen mit Behinderungen und von Personen mit eingeschränkter Mobilität über die Zugänglichkeit der Eisenbahnverkehrsdienste, die Ausstattung der Fahrzeuge sowie die Hilfeleistungen für diesen Personenkreis im Zug und an Bahnhöfen betreffen.

Die entsprechende Zugänglichkeit der Bahnhöfe, Bahnsteige, Fahrzeuge und anderer Einrichtungen wird nach Maßgabe einer besonderen europäischen Technischen Spezifikation für die Interoperabilität durch die Eisenbahnunternehmen und Bahnhofsbetreiber gewährleistet.

Fernverkehr

- ▶ Eine Begleitperson fährt auch in den Fernverkehrszügen der Deutschen Bahn AG (DB AG) kostenlos, wenn die Berechtigung zur Mitnahme im Ausweis des behinderten Menschen (Ausweismerkmal „B“) bescheinigt ist → § 147 Abs. 2 SGB IX.

- ▶ Schwerkriegsbeschädigte Menschen, in deren Ausweis das Merkmal „1. Kl.“ eingetragen ist, können mit einer Fahrkarte der zweiten Klasse die erste Klasse in Fern- und Nahverkehrszügen benutzen.
- ▶ Schwerbehinderte oder blinde Menschen mit dem Merkzeichen B oder BI in ihrem Ausweis können für sich und eine Begleitperson kostenfrei Plätze reservieren.
- ▶ Kostenfrei reservierbar sind auch die Rollstuhlstellplätze der Deutschen Bahn AG.
- ▶ Schwerbehinderte Menschen (ab GdB 70) erhalten die Bahn-Card 50 zum halben Preis.



Info:

Wenn auf einer Bahnreise die Hilfe von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der DB AG benötigt wird, sollte die Anmeldung unbedingt einen Werktag vor Reiseantritt, am besten telefonisch unter der bundeseinheitlichen Rufnummer der „Mobilitäts-Service-Zentrale“ der DB AG (01806 51 25 12), erfolgen. Für hör- und sprachbehinderte Menschen ist diese per Fax (01805 15 93 57), per E-Mail: msz@deutschebahn.com erreichbar.



Tipp:

Die DB AG gibt eine kostenlose Publikation „Mobil mit Handicap – Services für mobilitätseingeschränkte Reisende“ heraus. Diese ist unter www.bahn.de als Audio-CD, MP3-Version oder Broschüre erhältlich.

Beförderungspflicht

Im Rahmen des § 10 des Allgemeinen Eisenbahngesetzes (AEG) wird eine Beförderungspflicht der Eisenbahn auch für Personen mit eingeschränkter Mobilität im Personenverkehr gewährleistet. Sie erstreckt sich auf die Beförderung von Personen und Reisegepäck. Hierzu gehören auch Rollstühle und andere Hilfsmittel von behinderten Menschen. Die Verpflichtung zur Beförderung besteht, wenn

- ▶ die Beförderungsbedingungen des Eisenbahnverkehrsunternehmens eingehalten werden,
- ▶ die Beförderung mit den regelmäßig verwendeten Beförderungsmitteln möglich ist und
- ▶ die Beförderung nicht durch Umstände verhindert wird, die das Eisenbahnverkehrsunternehmen nicht abwenden kann und denen es auch nicht abhelfen konnte.

15.4.2.3 Luftverkehr

Mobilitätseingeschränkte und behinderte Flugpassagiere in der Europäischen Union haben seit dem 26. Juli 2008 weiterreichende Rechte.

- ▶ Flughäfen,
- ▶ Fluggesellschaften,
- ▶ Reiseveranstalter

sind zu besonderen Unterstützungs- und Informationsleistungen, die die Vorbereitung und die Flugreise erleichtern, verpflichtet.

Diese Serviceleistungen sind ohne zusätzliche Kosten zu erbringen.

Voraussetzungen

Damit die Flugreise für behinderte oder mobilitätseingeschränkte Menschen ohne unnötige Unannehmlichkeiten und Zeitverlust durchgeführt werden kann, ist die Mitwirkung der Flugreisenden erforderlich.

Voraussetzung für einen Anspruch auf Betreuungsleistungen ist die frühzeitige Anmeldung der Bedürfnisse spätestens 48 Stunden vor Abflug bei der Fluggesellschaft oder beim Reiseveranstalter.

Es ist zudem erforderlich, sich rechtzeitig zum vorgegebenen Zeitpunkt am Flughafen an den dort ausgewiesenen Kontaktpunkten, z. B. Eingangsbereich oder Infoschalter einzufinden.

Wenn etwas nicht klappt

Wenn der oder die behinderte oder mobilitätseingeschränkte Flugreisende der Auffassung ist, dass gegen die Betreuungsverpflichtungen verstoßen wurde, sollte er oder sie sich als Erstes an die Fluggesellschaft oder den Flughafen wenden. Damit soll eine rasche und außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen dem Flugreisenden und den Fluggesellschaften und Flughäfen herbeigeführt werden. Sollte es zu keiner Einigung kommen, besteht die Möglichkeit, die nationale Beschwerdestelle zur Durchsetzung der Fluggastrechte über Inhalt und Ergebnis der Beschwerden zu unterrichten. Das in Deutschland zuständige Luftfahrt-Bundesamt wird überprüfen, ob und inwieweit der Flughafen oder die Fluggesellschaft gegen ihre Verpflichtungen verstoßen haben und kann im

Einzelfall Bußgeldzahlungen gegen die Unternehmen aussprechen. Wichtig ist, dass das Luftfahrt-Bundesamt nicht über das Bestehen zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche entscheidet. Dies muss der oder die Flugreisende weiterhin zivilgerichtlich einfordern (durchsetzungsstelle@lba.de).

Seit dem 1. November 2013 ist es darüber hinaus möglich, Streitigkeiten über Zahlungsansprüche wegen Pflichtverletzungen bei der Beförderung behinderter oder mobilitätseingeschränkter Fluggäste im Rahmen eines für den Fluggast grundsätzlich kostenfreien Schlichtungsverfahrens geltend zu machen (kontakt@soep-online.de).

Beispiele für Unterstützungsleistungen

- ▶ Buchung und Beförderung: Fluggesellschaften und Reiseveranstalter ist es verboten, bei Flügen von einem europäischen Flughafen die Buchung oder Beförderung aufgrund eingeschränkter Mobilität zu verweigern. Ausnahmen sind nur möglich, wenn geltende Sicherheitsbestimmungen zu beachten sind oder technische Begrenzungen z. B. auf Grund der Enge der Flugkabine vorliegen.
- ▶ Kostenlose Hilfeleistungen auf Flughäfen: Die Flughäfen müssen Kontaktpunkte ausweisen, die es dem Fluggast ermöglichen, seine Ankunft anzumelden. Der Flughafen ist verantwortlich, die durchgehende Betreuung von Ihrer Ankunft am Flughafen bis zum Abflug sicherzustellen.

- ▶ Kostenlose Hilfeleistung an Bord: Die Fluggesellschaften sind verpflichtet, bei Flügen, die in der EU beginnen, Rollstühle oder Begleithunde zu befördern. Einschränkungen kann es aufgrund von Sicherheitsvorschriften und Verfügbarkeit geben. Informieren Sie die Fluggesellschaft spätestens 48 Stunden vorher über die benötigten Dienstleistungen.

15.4.2.4 Busverkehr

Seit dem 1. März 2013 gelten innerhalb der Europäischen Union im Busverkehr u. a. spezielle Fahrgastrechte für behinderte Menschen und mobilitätseingeschränkte Personen (vgl. Verordnung (EU) Nr. 181/2011).

Bei Linienverkehren ab 250 km Wegstrecke gelten insbesondere folgende Fahrgastrechte:

- ▶ Es besteht ein Anspruch auf eine Beförderung ohne Aufpreis.

- ▶ Es kann eine Begleitperson kostenlos mitgenommen werden, wenn durch deren Hilfeleistung Sicherheitsvorschriften erfüllt oder Barrieren beim Fahrzeug oder z. B. an den Haltestellen überwunden werden können, die ansonsten eine Beförderung des behinderten oder mobilitätseingeschränkten Fahrgastes verhindert hätten.
- ▶ Kostenlose Hilfeleistung im Bus und an Busbahnhöfen, an denen eine besondere Hilfeleistung für behinderte Menschen vorgesehen ist. Derzeit sind solche Hilfeleistungen an den Zentralen Omnibusbahnhöfen in Hamburg und Mannheim vorgesehen. Die Hilfeleistung sollte unbedingt 36 Stunden vorher angemeldet werden.
- ▶ Es besteht ein Anspruch auf finanzielle Entschädigung, wenn Mobilitätshilfen beschädigt oder abhanden kommen und dies der Busunternehmer oder der Busbahnhofbetreiber verursacht hat. Diese müssen außerdem jede Anstrengung unternehmen, um rasch vorübergehenden Ersatz zu beschaffen.
- ▶ Grundsätzlich müssen alle relevanten und allgemeinen Fahrgastinformationen behinderten und mobilitätseingeschränkten Fahrgästen zugänglich sein.

Bei Linienverkehren unter 250 km Wegstrecke (auch im ÖPNV) gelten die Fahrgastrechte nur eingeschränkt, nämlich:

- ▶ Es besteht ein Anspruch auf eine Beförderung ohne Aufpreis.
- ▶ Es besteht ein Anspruch auf finanzielle Entschädigung, wenn Mobilitätshilfen beschädigt oder abhanden kommen und dies der Busunternehmer oder der Busbahnhofbetreiber verursacht hat.

- ▶ Grundsätzlich müssen alle relevanten und allgemeinen Fahrgastinformationen behinderten und mobilitätseingeschränkten Fahrgästen zugänglich sein.

Sind Sie der Auffassung, dass die Fahrgastrechte nicht beachtet worden sind, können Sie sich mit einer Beschwerde an das Eisenbahn-Bundesamt wenden, das als nationale Durchsetzungsstelle für die Einhaltung der Fahrgastrechte zuständig ist. Voraussetzung ist, dass Sie sich mit Ihrer Beschwerde vorher erfolglos an den Beförderer gewandt haben.



Tip:

Nähere Informationen auch zu den übrigen Fahrgastrechten, die allen Fahrgästen zustehen (z. B. bei Verspätungen), stellt das Eisenbahn-Bundesamt auf seiner Internetseite www.eba.bund.de zur Verfügung.



Hinweis:

Neue Busse, die nach dem 31.12.2015 erstmals zum Verkehr zugelassen und im innerdeutschen Linienfernverkehr eingesetzt werden, müssen barrierefrei und mit zwei Plätzen für Rollstuhlnutzer sowie den entsprechenden Einstiegshilfen ausgestattet sein. Ab dem 01.01.2020 gilt dies für alle Busse, die im innerdeutschen Linienfernverkehr eingesetzt werden.

15.4.2.5 Schiffsverkehr

In Anlehnung an vergleichbare Regelungen im Luft- und Eisenbahnverkehr werden auch im Schiffsverkehr die Rechte von mobilitätseingeschränkten und behinderten Schiffsreisenden europaweit gestärkt.

Beförderer, Reisevermittler und Reiseveranstalter stellen die nichtdiskriminierende Behandlung und kostenlose bedarfsgerechte Hilfe für Menschen mit Behinderungen oder eingeschränkter Mobilität, sowohl an den Hafenterminals als auch an Bord der Schiffe sicher.

Beförderer, Reisevermittler sowie Reiseveranstalter dürfen sich nicht aufgrund der Behinderung oder der eingeschränkten Mobilität von Personen weigern, eine Buchung vorzunehmen, einen Fahrschein auszustellen oder die Personen an Bord des Schiffes zu nehmen.

Buchungen und Fahrscheine können behinderten Menschen oder Personen mit eingeschränkter Mobilität nur verweigert werden, um geltenden Sicherheitsanforderungen nachzukommen und wenn wegen der Bauart des Fahrgastschiffes oder der Infrastruktur und Einrichtung des Hafens ein sicheres Ein- oder Ausschiffen oder eine sichere Beförderung behinderter Menschen nicht möglich ist. In diesem Fall unternehmen Beförderer, Reisevermittler oder Reiseveranstalter alle zumutbaren Anstrengungen, um der betreffenden Person eine Beförderungsalternative anzubieten.

Ferner erhalten behinderte Menschen sowie Personen mit eingeschränkter Mobilität eine finanzielle Entschädigung bei Verlust oder Beschädigung ihrer Mobilitätshilfen.

Vorraussetzungen

Besondere Anforderungen an die Beförderung müssen dem Beförderer oder Terminalbetreiber spätestens beim Abschluss des Beförderungsvertrags mitgeteilt werden.

Der Beförderer muss die Hilfe nur leisten, wenn sich der behinderte Mensch oder die Person mit eingeschränkter Mobilität spätestens 48 Stunden vor der benötigten Hilfe beim Beförderer oder Terminalbetreiber meldet und sich höchstens 60 Minuten vor der Einschiffungszeit, beziehungsweise spätestens 60 Minuten vor der fahrplanmäßigen Abfahrtszeit an der ausgewiesenen Anlaufstelle einfindet. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, unternehmen der Beförderer und Terminalbetreiber dennoch alle zumutbaren Anstrengungen, um die Reise zu ermöglichen.

Fragen und Beschwerden

Bei Fragen zu den Fahrgastrechten steht das Bürgertelefon Fahrgastrechte des Eisenbahn-Bundsamtes in der Zeit von Montag bis Freitag von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr unter folgender Rufnummer zur Verfügung:

Telefon: 0228 30795 400

Telefax: 0228 30795 499

Die europäischen Rechte von behinderten Menschen und Personen mit eingeschränkter Mobilität im Bereich der Fahrgastrechte Schifffahrt nach der Verordnung (EU) Nr. 1177/2010 sind im Amtsblatt der Europäischen Union, L 334, 17. Dezember 2010, veröffentlicht.

Bei einem mutmaßlichen Verstoß gegen Bestimmungen der Fahrgastrechte Schifffahrt haben Fahrgäste die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an das für die Durchsetzung der Fahrgastrechte Schifffahrt zuständige Eisenbahn-Bundesamt zu wenden.

Die Adresse lautet:

Eisenbahn-Bundesamt
Heinemannstraße 6
53175 Bonn

E-Mail:
fahrgastrechte@eba.bund.de

Voraussetzung hierfür ist zunächst, dass sich der Fahrgast mit seinem Anliegen zuvor innerhalb von zwei Monaten nach der tatsächlichen oder geplanten Durchführung der Reise erfolglos an den Beförderer oder Terminalbetreiber gewandt hat.

Schließlich besteht die Möglichkeit, sich bei Meinungsverschiedenheiten an die Schlichtungsstelle für den öffentlichen Personenverkehr (söp), Fasanenstraße 81, 10623 Berlin, Tel: 030/6449933-0, schiffkontakt@soep-online.de, <http://www.soep-online.de>, zu wenden.

15.4.3 Fahrdienste

Benutzungskosten für Fahrdienste, die von den Gemeinden und freien Wohlfahrtsverbänden eingerichtet sind, können unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden. Die Rehabilitationsträger können zum Beispiel Beförderungskosten übernehmen, wenn ein behinderter Mensch wegen Art oder Schwere seiner Behinderung zum Erreichen seines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen kann.

15.4.4 Teilnahme am Straßenverkehr

Grundsätzlich können behinderte Menschen einen Führerschein machen und dürfen auch ein Kraftfahrzeug führen. Ihr Führerschein kann mit Einschränkungen oder Auflagen versehen werden. Für motorisierte Krankenfahrstühle, die nicht schneller als 15 km/h fahren, wird weder eine Fahrerlaubnis noch eine Prüfbescheinigung benötigt. Motorisierte Krankenfahrstühle sind einsitzige, nach der Bauart zum Gebrauch durch körperlich behinderte Personen bestimmte Kraftfahrzeuge mit Elektroantrieb, einem Leergewicht von nicht mehr als 300 kg einschließlich Batterien aber ohne Fahrer oder Fahrerin, mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 500 kg, einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 15 km/h und einer Breite über alles von maximal 110 cm. „Klein-PKW“ gehören (auch nach der Rechtsprechung) daher nicht zu den Krankenfahrstühlen.

Eine Fahrerlaubnis kann nicht erteilt werden, wenn eine Kompensation von Fahreignungsmängeln (etwa durch Anbringen geeigneter Einrichtungen am Fahrzeug) nicht möglich ist.



Info:

Auskünfte erteilen die Straßenverkehrsämter.

Finanzierungshilfen zur Beschaffung eines Kfz

Behinderte Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes nicht nur vorübergehend auf die Kfz-Benutzung angewiesen sind, erhalten vom Rehabilitationsträger Leistungen zur Beschaffung eines geeigneten Kraftfahrzeugs. Die Hilfen schließen die behindertengerechte Zusatzausstattung und die Erlangung der Fahrerlaubnis ein.



Info:

Auskünfte erteilen u. a. die Gemeinsamen Servicestellen, die Agenturen für Arbeit und die Integrationsämter.

15.4.5 Parkerleichterungen

„Schwerbehinderten Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, blinden Menschen (Merkzeichen „aG“ bzw. „Bl“ im Schwerbehindertenausweis), schwerbehinderten Menschen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen sowie schwerbehinderten Menschen

- ▶ mit den Merkzeichen G und B und einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken),
- ▶ mit den Merkzeichen G und B und einem Grad der Behinderung von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane,
- ▶ die an Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 60 vorliegt,
- ▶ mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt

kann auf Antrag gestattet werden:

- ▶ im eingeschränkten Halteverbot mit Parkscheibe bis zu drei Stunden zu parken,
- ▶ im Zonenhaltverbot über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
- ▶ an Stellen, die als Parkplatz ausgeschildert sind, über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
- ▶ in Fußgängerzonen während der freigegebenen Ladezeit zu parken,
- ▶ in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen zu parken, ohne jedoch den durchgehenden Verkehr zu behindern,
- ▶ an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt zu parken,

► auf Parkplätzen für Bewohnerinnen und Bewohner bis zu drei Stunden zu parken, sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht.

Die höchst zulässige Parkzeit beträgt 24 Stunden, soweit keine restriktiveren zeitlichen Vorgaben bestehen. Kraftfahrzeuge mit einer Parkerleichterung dürfen an diesen Stellen höchstens 24 Stunden geparkt werden.

Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, blinde Menschen und schwerbehinderten Menschen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen können diese Berechtigung mit dem EU-einheitlichen (blauen) Parkausweis für behinderte Menschen nachweisen, der auch zum Parken auf durch Zeichen 314 (Parken) und Zusatzzeichen mit Rollstuhlfahrersinnbild gekennzeichneten Behindertenparkplätzen berechtigt.

Für alle anderen oben genannten Berechtigten wird als Nachweis der Berechtigung ein orange-farbener Parkausweis ausgestellt, der jedoch nicht zum Parken auf Behindertenparkplätzen berechtigt. Zuständig für die Erteilung ist jeweils die Straßenverkehrsbehörde (Stadt- oder Kreisverwaltung).

Als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen: Querschnittsgelähmte, doppel-oberschenkelamputierte, doppel-unterschenkelamputierte, hüft-exartikulierte und einseitig oberschenkelamputierte Menschen, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen, oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- oder arm-amputiert sind sowie andere schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher

Feststellung, auch auf Grund von Erkrankungen, dem vorstehend angeführten Personenkreis gleichzustellen sind.

Schwerbehinderten Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, die keine Fahrerlaubnis besitzen, kann ebenfalls eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden. In diesen Fällen ist den schwerbehinderten Menschen eine Ausnahmegenehmigung des Inhalts auszustellen, dass der sie jeweils befördernde Kraftfahrzeugführer von den entsprechenden Vorschriften der StVO befreit ist.

Der Ausweis muss gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe angebracht werden. Für schwerbehinderte Menschen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen gelten keine zeitlichen Begrenzungen, die eine Betätigung der Parkscheibe voraussetzen.

15.5 Gerichtliche Verfahren

Nimmt eine hör- oder sprachbehinderte Person an einer Gerichtsverhandlung teil, kann die Verständigung nach ihrer Wahl mündlich, schriftlich oder mit Hilfe einer die Verständigung ermöglichenden Person, insbesondere eines Dolmetschers erfolgen. Selbstverständlich kann von diesem Wahlrecht auch eine Person Gebrauch machen, welche sowohl hör- als auch sprachbehindert ist oder bei welcher eine Einschränkung des Hör- oder Sprachvermögens nur vorübergehend besteht.

Diese Rechte gelten in allen Gerichtsverfahren und unabhängig davon, in welcher Rolle die Person an der Gerichtsverhandlung teilnimmt, sei es als Partei, als Zeugin oder Zeuge, Angeklagte oder Angeklagter, Nebenklägerin oder Nebenkläger. Weiterhin stehen diese Rechte auch hör- oder sprachbehinderten Menschen zu, die von einem staatsanwaltlichen Ermittlungs- oder Vollstreckungsverfahren betroffen sind. Wenn hör- oder

sprachbehinderte Beschuldigte, Verurteilte oder Nebenklageberechtigte außerhalb einer Verhandlung vernommen werden, muss ihnen immer dann ein Dolmetscher beigeordnet werden, wenn dies zur Ausübung ihrer strafprozessualen Rechte erforderlich ist.

Eine blinde oder sehbehinderte Person kann in einem Gerichtsverfahren verlangen, dass die für sie bestimmten gerichtlichen Dokumente (beispielsweise Urteile, Beweisbeschlüsse oder Ladungen) sowie die von den Parteien eingereichten Dokumente (etwa die Schriftsätze der gegnerischen Partei) in eine für sie wahrnehmbare Form übertragen werden, soweit dadurch der Zugang zu den zugestellten oder formlos mitgeteilten Dokumenten erleichtert und die betroffene Person in die Lage versetzt wird, eigene Rechte im Verfahren wahrzunehmen. Auf einen entsprechenden Antrag des Betroffenen ist dies vom Gericht zu veranlassen.

Die am 1. Juni 2007 in Kraft getretenen → **Verordnung zur barrierefreien Zugänglichkeit von Dokumenten für blinde und sehbehinderte Personen im gerichtlichen Verfahren (ZMV)** gestaltet diesen Anspruch näher aus. Danach können blinde oder sehbehinderte Menschen wählen, ob ihnen die Dokumente in schriftlicher Form – das bedeutet in Blindenschrift oder Großdruck – zugänglich gemacht werden. Möglich ist aber auch eine Übertragung der Dokumente mit Hilfe mündlicher, fernmündlicher, akustischer oder elektronischer Übermittlungsformen (Vorlesen, Aufnahme auf Tonträger, Übersendung per E-Mail).

Der Anspruch besteht nicht nur im gerichtlichen Verfahren, sondern auch im Ermittlungs- und Vollstreckungsverfahren der Staatsanwaltschaft sowie im behördlichen Bußgeldverfahren.

15.6 Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht

Eine rechtliche Betreuung ist eine persönliche Rechtsfürsorge zum Wohle von Menschen, die ihre Angelegenheiten krankheitsbedingt nicht selbst regeln können. Das Betreuungsgericht bestellt einen Betreuer, wenn ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen kann und eine Betreuerbestellung deshalb erforderlich ist.

Im Vordergrund einer Betreuung stehen immer das Wohl und die Wünsche des betroffenen Menschen. Dies gilt bereits bei der Auswahl des Betreuers. Um auf diese Auswahl Einfluss zu üben, empfiehlt sich eine sog. Betreuungsverfügung, in der eine Person des Vertrauens als Betreuer benannt wird. Das Gericht hat diesem Vorschlag grundsätzlich zu entsprechen. Ist ein Betreuer bestellt, so unterliegt er der gerichtlichen Aufsicht.

Eine Betreuerbestellung ist nicht erforderlich, wenn der bestehende Unterstützungsbedarf durch einen Bevollmächtigten oder andere vorrangige Hilfen abgedeckt werden kann. Die Mandatierung eines Bevollmächtigten geschieht durch eine Vorsorgevollmacht. Ein Bevollmächtigter unterliegt grundsätzlich nicht der gerichtlichen Aufsicht. Seine Benennung bedarf daher besonderen Vertrauens.

Umfassende Erläuterungen zum Betreuungsrecht mit Mustern für die Erstellung einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung enthält die vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) herausgegebene Broschüre „Betreuungsrecht“. Die Broschüre kann kostenlos von der Homepage des BMJV heruntergeladen oder auf dem Postwege bezogen werden. Beratung und Hilfestellung zu betreuungsrechtlichen Themen bieten zudem die örtlichen Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine.

16. Steuerliche Erleichterungen

16.1 Einkommensteuer: Allgemeine außerge- wöhnliche Belastungen und Behinderten-Pauschbeträge

Behinderte Menschen haben Mehraufwendungen für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Zur Abgeltung dieser Aufwendungen sowie der Aufwendungen für die Pflege und einen erhöhten Wäschebedarf, besteht als Sonderregelung zu § 33 des Einkommensteuergesetzes (EStG) für diese Aufwendungen die Möglichkeit, an Stelle eines Einzelnachweises typisierende Pauschbeträge nach § 33b Absatz 1 bis 3 EStG in Anspruch zu nehmen. Der Pauschbetrag für behinderte Menschen in Höhe von 310,- Euro bis 1.420,- Euro kann jährlich ohne Einzelnachweis der Aufwendungen und ohne Minderung um eine zumutbare Belastung abgezogen werden.

Ausschlaggebend für seine Höhe ist der festgestellte dauernde Grad der Behinderung (GdB). Behinderte Menschen, die hilflos oder blind sind, erhalten einen erhöhten Pauschbetrag von 3.700,- Euro.

Den Nachweis der Behinderung führt man durch einen Schwerbehindertenausweis nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch oder, bei einem GdB unter 50, durch eine Bescheinigung der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörde mit der Äußerung, dass die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat oder auf einer typischen Berufskrankheit beruht, oder durch einen Renten- oder entsprechenden Bescheid, wenn die Rente oder der andere laufende Bezug wegen der Behinderung gewährt wird.

Eltern und unter bestimmten Voraussetzungen auch andere Personen können den Pauschbetrag für ihr behindertes Kind auf sich übertragen lassen, wenn ihn das Kind nicht selbst in

Anspruch nimmt. Voraussetzung ist, dass sie für das Kind Anspruch auf Kindergeld oder den Kinderfreibetrag haben (siehe auch „Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder“).

Soll der Behinderten-Pauschbetrag bereits im Lohnsteuerabzugsverfahren steuermindernd berücksichtigt werden, ist ein Antrag beim Finanzamt erforderlich. Dieses ermittelt den entsprechenden Freibetrag, der dem Arbeitgeber als Lohnsteuerabzugsmerkmal zur Verfügung gestellt wird. Übrigens kann der Pauschbetrag bei rückwirkender Feststellung der Behinderung auch für vorhergehende Jahre in Anspruch genommen werden. Statt der Pauschbeträge können auch die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Aufwendungen nach § 33 EStG berücksichtigt werden.

Dann wird jedoch die zumutbare Belastung abgezogen, die sich nach dem Gesamtbetrag der Einkünfte, dem Familienstand und ggf. der Anzahl der Kinder richtet. Neben dem Behinderten-

Pauschbetrag können alle übrigen krankheits- und behinderungsbedingten Kosten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Kfz-Aufwendungen geh- und stehbehinderter, außergewöhnlich gehbehinderter, blinder und hilfloser Menschen als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden.

Pflege-Pauschbetrag

Wer eine hilflose Person (Merkzeichen „H“ im Behindertenausweis bzw. Einstufung als schwerstpflegebedürftig, Pflegestufe III) persönlich in seiner Wohnung oder in der des behinderten Menschen pflegt, kann entweder die tatsächlichen Kosten hierfür – nach Abzug der zumutbaren Belastung – oder einen Pauschbetrag von 924,- Euro im Kalenderjahr geltend machen, wenn er für die Pflege keine Einnahmen erhält. Zu den Einnahmen zählt nicht das von den Eltern eines behinderten Kindes für dieses Kind empfangene Pflegegeld.

16.2 Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder

Im Rahmen des steuerlichen Familienleistungsausgleichs – d. h. für Kindergeld bzw. die Freibeträge für Kinder §§ 31, 32, 62 - 78 EStG – werden Kinder grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres berücksichtigt, ohne dass weitere Voraussetzungen vorliegen müssen. Darüber hinaus, also ab Vollendung des 18. Lebensjahres und grundsätzlich bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wird deren steuerliche Berücksichtigung (und damit auch der Kindergeldanspruch) an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft.

Ein volljähriges Kind wird ohne Altersgrenze als Kind berücksichtigt, wenn es wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten ist (§ 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 EStG).

Daneben können andere, auch mittelbar kindbedingte Steuerermäßigungen in Betracht kommen (z. B. für Kinderbetreuungskosten nach § 10 EStG).

16.3 Kfz-Nutzung/Kraftfahrzeugsteuer

Schwerbehinderte Kraftfahrzeughalter, die blind, hilflos oder außergewöhnlich gehbehindert sind, sind von der Kraftfahrzeugsteuer befreit. Im Schwerbehindertenausweis müssen die Merkmale „H“, „Bl“ oder „aG“ eingetragen sein. Die Befreiung kann auch dann in Anspruch genommen werden, wenn die Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr genutzt wird.

Kraftfahrzeughalterinnen und Kraftfahrzeughalter, die infolge ihrer Behinderung im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind (Merkzeichen „G“ mit orangefarbenem Aufdruck) und gehörlose Menschen (Merkzeichen „Gl“ mit orangefarbenem Aufdruck) können sich wahlweise für die „Freifahrt“ im öffentlichen Nahverkehr (siehe „Erleichterungen im Personenverkehr“) entscheiden oder für die Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer um 50 Prozent.



Achtung:

Mit der Steuerbefreiung bzw. -ermäßigung sind gewisse Benutzungsbeschränkungen verbunden! So darf das Kraftfahrzeug nicht von anderen Personen benutzt werden – es sei denn, diese Fahrten stehen im Zusammenhang mit der Beförderung oder der Haushaltsführung des behinderten Menschen.



Info:

Im 1. Halbjahr 2014 übernahm der Zoll schrittweise die Verwaltung der Kraftfahrzeugsteuer, die zuvor von den Finanzämtern ausgeübt wurde.

**Nähere Auskünfte erteilen die Hauptzollämter sowie die Zentrale Auskunft der Generaldirektion:
Telefon: 0351 44834-550
E-Mail: info.kraftst@zoll.de
Internet: www.zoll.de**

16.4 Fahrten zur Arbeit

Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 70 oder behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 50, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind (Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis) können für die Wege zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte an Stelle der Entfernungspauschalen, 30 Cent je Fahrtkilometer oder die tatsächlichen Aufwendungen als Werbungskosten ansetzen.

Konkret: Die Entfernungspauschale beträgt 30 Cent pro Entfernungskilometer. „Entfernungskilometer“ bedeutet, dass nur die einfache Strecke zählt. Die Pauschale wird gewährt ab dem ersten Kilometer und ist verkehrsmittelunabhängig; sie kann somit angesetzt werden, gleich, ob jemand mit dem Pkw, Moped, Motorrad, zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arbeitsplatz gelangt. Behinderte Menschen können statt der Entfernungspauschale die für Auswärtstätigkeiten geltende

Reisekostenpauschale von 30 Cent pro gefahrenen Kilometer (also für Hin- und Rückfahrt, somit das Doppelte der Entfernungspauschale) oder die tatsächlichen Kfz-Kosten absetzen.

Wird ein behinderter Arbeitnehmer oder eine behinderte Arbeitnehmerin im eigenen oder ihm oder ihr zur Nutzung überlassenen Kraftfahrzeug arbeits-tätiglich von einem Dritten, z. B. dem Ehegatten oder der Ehegattin, zu seiner oder ihrer ersten Tätigkeitsstätte gefahren und wieder abgeholt, können auch die Kosten, die durch die Ab- und Anfahrten des Fahrers oder der Fahrerin – die so genannten Leerfahrten – entstehen, in tatsächlicher Höhe oder unter Ansatz des pauschalen Kilometersatzes als Werbungskosten berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Berücksichtigung der Aufwendungen für die Leerfahrten ist, dass der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin selbst keinen gültigen Fahrerlaubnis besitzt oder davon aus Gründen, die mit der Behinderung zusammenhängen, keinen Gebrauch macht.



Info:

Nähere Auskünfte erteilen die Finanzämter.

16.5 Privatfahrten

Behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80 oder einem GdB von mindestens 70 und Merkzeichen „G“ können nach Abzug der zumutbaren Belastung Aufwendungen für durch die Behinderung verursachte unvermeidbare Fahrten als „außergewöhnliche Belastung“ nach § 33 EStG absetzen, soweit sie nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden und angemessen sind. Aus Vereinfachungsgründen kann im Allgemeinen ein Aufwand bis zu 30 Cent je Kilometer für Fahrten von bis zu 3.000 Kilometern im Jahr als angemessen angesehen werden.

Bei außergewöhnlich gehbehinderten (Merkzeichen „aG“), blinden (Merkzeichen „Bl“) und hilflosen Menschen (Merkzeichen „H“) sind in den Grenzen der Angemessenheit nicht nur die Aufwendungen für durch die Behinderung verursachte unver-

meidbare Fahrten, sondern auch für Freizeit-, Erholungs- und Besuchsfahrten nach Abzug einer zumutbaren Belastung als „außergewöhnliche Belastung“ anzuerkennen. Die tatsächliche Fahrleistung ist nachzuweisen oder glaubhaft zu machen. Eine Fahrleistung von mehr als 15.000 Kilometern im Jahr und ein höherer Aufwand als 30 Cent je Kilometer sind in der Regel unangemessen.



Info:

Auskünfte erteilen die Finanzämter.

Sonstige Steuerarten

Wenden Sie sich bitte mit allen Fragen, soweit sie Steuern betreffen, an Ihr Finanzamt. Auf die Kraftfahrzeugsteuervergünstigungen wird unter „Kfz-Nutzung“ eingegangen.

17. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Das Übereinkommen ist das erste universelle Rechtsinstrument, das bestehende Menschenrechte bezogen auf die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert. Es greift dafür auf die wichtigsten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen zurück und präzisiert zentrale Bestimmungen dieser Dokumente aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen. Ziel des Übereinkommens ist die gleichberechtigte und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen. Es würdigt Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens und überwindet damit das vorherrschende defizitorientierte Verständnis. Den weltweit über eine Milliarde behinderten Menschen eröffnet das Übereinkommen einen Zugang zu universell verbrieften Rechten. Um die Umsetzung des Übereinkommens in den Vertragsstaaten zu beobachten, wurde ein Vertragsausschuss eingerichtet. Der Vertragsausschuss kann Beschwerden einzelner Personen entgegennehmen, wenn der

innerstaatliche Rechtsweg erfolglos beschritten worden ist sowie Untersuchungen in einzelnen Staaten durchführen. Gegenüber den Staaten kann er Empfehlungen und Stellungnahmen abgeben.

Das Übereinkommen und das Zusatzprotokoll sind für Deutschland verbindlich. Das Übereinkommen ist ein wichtiges Referenzdokument, auf dessen Grundlage neue Entwicklungen in der Behindertenpolitik angestoßen und beurteilt werden. Mit dem Übereinkommen wird der mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel in Deutschland fortgesetzt. Die Bundesregierung setzt seit Juni 2011 das Übereinkommen auf Bundesebene mit ihrem Nationalen Aktionsplan um. Auch die Bundesländer, einzelne Kommunen, Organisationen und Unternehmen haben eigene Aktionspläne auf den Weg gebracht.



Info:

Das VN-Übereinkommen finden Sie im Anhang Gesetzestexte.

18. Wissenswertes

Hilfreiche Informationen zum Thema Behinderung finden Sie im neuen Internetportal www.einfach-teilhaben.de des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Dort erhalten Sie z. B. Antworten auf Fragen zum Schwerbehindertenausweis oder zu den Voraussetzungen, die behinderte Menschen erfüllen müssen, um von den Radio- und Fernsehgebühren befreit zu werden. Außerdem hilft das Portal bei der Suche nach Ärzten und Kliniken in der näheren Umgebung, Hilfsmitteln und einschlägigen Gerichtsurteilen. Auch Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen können sich informieren, welche Unterstützungsmöglichkeiten sie bei der Beschäftigung behinderter Menschen erhalten können.

Damit bietet das Portal eine Vielzahl von Informationen für Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen, aber auch für Unternehmen und Verwaltungen. Viele Informationen sind zwar bereits an anderen Stellen im Netz verfügbar. Der Vorteil des Portals liegt jedoch darin, dass es diese Informationen an einer Stelle bündelt, möglichst barrierefrei verfügbar macht und somit die Suchzeiten im Netz verkürzen kann. Einige Informationen sind bereits in Gebärdensprache und in Leichter Sprache vorhanden. Nach und nach sollen diese Angebote weiter ausgebaut werden.

Um die Informationssuche zu erleichtern, sind die Inhalte des Internetportals nach den folgenden neun Lebenslagen bzw. wesentlichen Themen sortiert und auf benutzerfreundlich gestalteten Webseiten dargestellt:

- ▶ Kindheit und Familie,
- ▶ Schule und Studium,
- ▶ Ausbildung und Arbeit,
- ▶ Alter,
- ▶ Gesundheit und Pflege,
- ▶ Mobilität und Freizeit,
- ▶ Bauen und Wohnen,
- ▶ Finanzielle Leistungen und
- ▶ Schwerbehinderung.

Auf der Startseite des Internetportals finden sich außerdem aktuelle Neuigkeiten rund um das Thema Behinderung, wichtige Adressen sowie ein Veranstaltungskalender. Das Portal bietet außerdem die Möglichkeit, Webbarrieren im Netz zu melden oder fachliche Fragen an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu richten.

Schritt für Schritt soll das Portal in den kommenden Jahren inhaltlich weiter ausgebaut, technisch fortentwickelt und an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen noch besser angepasst werden.



Internet:

www.einfach-teilhaben.de

18.1 Blindensendungen

Blindensendungen – das sind Schriftstücke in Blindenschrift und Tonbänder, deren Absender oder Empfänger eine amtlich anerkannte Blindenanstalt ist – sind im in- und ausländischen Postverkehr gebührenfrei.



Info:

Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Post.

18.2 Geschäfte des täglichen Lebens

Die Regeln über die Geschäftsunfähigkeit im Bürgerlichen Gesetzbuch sollen solche geistig behinderten Menschen vor Folgen ihres Handelns schützen, die diese nicht überblicken können.

Wer geschäftsunfähig ist, kann Rechtsgeschäfte grundsätzlich nicht selbständig wirksam vornehmen. Eine Ausnahme gilt allerdings für Geschäfte des täglichen Lebens. Auch geschäftsunfähige Menschen können – wenn sie volljährig sind – Geschäfte, die nur geringe Mittel erfordern, wirksam

vornehmen. Erforderlich für die Wirksamkeit ist allerdings, dass das Geschäft auch abgewickelt wurde, d. h. die versprochenen Leistungen auch ausgetauscht wurden. Wenn das Geschäft des täglichen Lebens eine erhebliche Gefahr für die Person oder das Vermögen des Geschäftsunfähigen begründet, kommt die gesetzliche Sonderregelung allerdings nicht zur Anwendung; das Geschäft ist dann unwirksam.

Unter diese Geschäfte des täglichen Lebens fallen z. B. der Erwerb von Nahrungs- und Genussmitteln in kleinen Mengen, Zeitungen, Zeitschriften, preiswerter Textilien oder Kosmetika sowie die Inanspruchnahme einfacher Dienstleistungen (Friseur, Versendung von Briefen, Besuch von Museen, Fahrten mit dem Personennahverkehr).

18.3 Kriegsofferfürsorge

Die Kriegsofferfürsorge wird im Hinblick auf die größte Gruppe der Leistungsberechtigten so genannt, umfasst aber alle Fürsorgeleistungen im Sozialen Entschädigungsrecht. Sie ist in den **§§ 25 bis 27j Bundesversorgungsgesetz** geregelt und dient der Ergänzung der übrigen Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes durch besondere Hilfen im Einzelfall. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Anerkennung eines Versorgungsanspruchs durch den Träger der Kriegsofferversorgung.

Die Kriegsofferfürsorge hat die Aufgabe, sich der Beschädigten und ihrer Familienangehörigen sowie der Hinterbliebenen in allen Lebenslagen anzunehmen, um die Folgen der Schädigung oder des Verlustes des Ehegatten oder der Ehegattin, des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin, eines Elternteils, Kindes oder Enkelkindes angemessen auszugleichen oder zu mildern. Neben Opfern des Krieges erhalten folgende Personen und ihre leistungs-

berechtigten Hinterbliebenen Leistungen der Kriegsopferfürsorge in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes:

- ▶ Soldaten, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG),
- ▶ ehemalige Zivildienstleistende, die eine Schädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Zivildienstgesetzes (ZDG),
- ▶ Opfer von Gewalttaten nach den Vorschriften des Opferschädigungsgesetzes (OEG),
- ▶ Impfgeschädigte, bei denen die Voraussetzungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorliegen,
- ▶ politische Häftlinge der ehemaligen DDR und in den ehemaligen deutschen Ostgebieten, die infolge der Inhaftierung eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Häftlingshilfegesetzes (HHG),
- ▶ Opfer rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen in der ehemaligen DDR, die aufgrund einer unrechtmäßigen Freiheitsentziehung Gesundheitsschäden erlitten haben, nach den Vorschriften des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG) sowie
- ▶ Opfer einer hoheitlichen Maßnahme einer deutschen behördlichen Stelle in der ehemaligen DDR, die aufgrund einer rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidung gesundheitliche Schäden erlitten haben, nach den Vorschriften des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (VwRehaG).

Leistungen der Kriegsopferfürsorge dienen der Deckung eines aktuell bestehenden Bedarfs. Sie werden grundsätzlich **auf vorherigen Antrag** gewährt und sind, soweit der Bedarf nicht ausschließlich schädigungsbedingt ist, vom Einsatz von Einkommen und Vermögen abhängig. Leistungen der Kriegsopferfürsorge sind:

- ▶ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- ▶ Krankenhilfe,
- ▶ Hilfe zur Pflege,
- ▶ Hilfe zur Weiterführung des Haushalts,
- ▶ Altenhilfe,
- ▶ Erziehungsbeihilfe,
- ▶ ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt,
- ▶ Erholungshilfe,
- ▶ Wohnungshilfe und
- ▶ Hilfe in besonderen Lebenslagen.

Leistungen der Kriegsopferfürsorge gibt es in der Form von Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Für ältere Menschen kommen insbesondere Hilfe zur Pflege und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Altenhilfe und Erholungshilfe, für andere Leistungsberechtigte vor allem Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen in besonderen Lebenslagen in Betracht.



Tip:

Die kostenlose Broschüre „Kriegsopferfürsorge“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bestellnummer A 105

Das Video „Fürsorgeleistungen der Sozialen Entschädigung“ abrufbar unter www.bmas.de



Info:

Weitere Auskünfte erteilen in der Regel die Fürsorge- und Hauptfürsorgestellen.



Info:

Weitere Informationen erhalten Sie auch auf der Webseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales www.bmas.de.

18.4 Neugeborene und Adoptivkinder mit Behinderungen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Das Versicherungsvertragsgesetz, das für private Versicherungen gilt, verpflichtet in § 189 VVG den Versicherer zur Nachversicherung von neugeborenen Kindern im Bereich der Krankenversicherung (zu der auch die Pflegekrankenversicherung gehört). Demnach muss der Versicherer das Kind im Rahmen der Krankenversicherung eines Elternteils ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten versichern, sofern die Anmeldung binnen zwei Monaten nach der Geburt erfolgt.

Das gilt auch, wenn Schädigungen des Kindes nicht erst nach, sondern schon während oder vor der Geburt (z. B. durch angeborene Anomalien und Erbkrankheiten) eingetreten sind. Für neugeborene Kinder mit Behinderungen dürfen keine höheren Versicherungsbeiträge erhoben werden als für gesunde Kinder. Damit werden Mehraufwendungen der betroffenen Familien vermieden. Die

behinderten Kinder erhalten so den gleichen Versicherungsschutz wie gesunde Kinder, der sich grundsätzlich nach dem Krankenversicherungsvertrag des jeweiligen Elternteils richtet.

Außerdem wird die Adoption eines minderjährigen Kindes im Gesetz mit der Geburt eines Kindes gleichgestellt. Lediglich ein Risikozuschlag bis zur einfachen Prämienhöhe ist im Falle des Vorliegens einer „höheren Gefahr“ – also Vorerkrankungen – erlaubt. Ein Leistungsausschluss wegen bereits eingetretener Versicherungsfälle darf nicht vorgenommen werden. Die Versicherung kann davon abhängig gemacht werden, dass der Vater oder die Mutter selbst bereits mindestens drei Monate versichert sind.

Die Verpflichtung der Versicherer zur Kindernachversicherung gilt auch für die Auslands- und Reisekrankenversicherung, es sei denn, für das Neugeborene oder Adoptivkind besteht bereits ein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im In- oder Ausland.

18.5 Kinderzuschlag

Eltern haben Anspruch auf Kinderzuschlag für ihre unverheirateten, unter 25 Jahre alten Kinder, die in ihrem Haushalt leben, wenn

- ▶ für diese Kinder Kindergeld oder eine das Kindergeld ausschließende Leistung bezogen wird,
- ▶ die monatlichen Einnahmen der Eltern die Mindesteinkommensgrenze von 900 Euro für Elternpaare, 600 Euro für Alleinerziehende erreichen,
- ▶ das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen die Höchsteinkommensgrenze (Bemessungsgrenze zuzüglich Gesamtkinderzuschlag) nicht übersteigt und
- ▶ der Bedarf der Familie durch die Zahlung von Kinderzuschlag und evtl. zustehendem Wohngeld gedeckt ist und deshalb kein Anspruch auf ALG II besteht.

Der Kinderzuschlag beträgt maximal 140 Euro monatlich je Kind und deckt zusammen mit dem Kindergeld in Höhe von

monatlich 184 Euro den durchschnittlichen Bedarf von Kindern. Hinsichtlich des Wohnbedarfs ist das bei gegebener Einkommenshöhe zustehende Wohngeld zu berücksichtigen.

Bei einem Einkommen oder Vermögen der Eltern in Höhe ihres eigenen Mindestbedarfs ist der Kinderzuschlag in voller Höhe zu zahlen. Berücksichtigt wird hierbei z. B. auch Einkommen und Vermögen von Partnern, die in eheähnlicher Lebensgemeinschaft leben. Überschreiten Einkommen und Vermögen diese Grenze, wird der Kinderzuschlag gemindert. In welcher Höhe Einkommen bzw. Vermögen zu berücksichtigen sind, richtet sich grundsätzlich nach den für das ALG II maßgeblichen Bestimmungen.

Der Kinderzuschlag muss gesondert schriftlich beantragt werden; Antragsformulare gibt es bei jeder Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit oder zum Herunterladen im Internet unter www.familienkasse.de bzw. www.kinderzuschlag.de.

Darüber hinaus haben Bezieher von Kinderzuschlag oder Wohngeld seit dem 01.01.2011 einen Anspruch auf Bildungs- und Teilhabeleistungen. Diese beinhalten:

- ▶ Eintägige Ausflüge von Schule oder Kita
- ▶ Mehrtägige Klassenfahrten von Schule oder Kita
- ▶ 100 Euro jährlich für Schulbedarf
- ▶ Zuschuss zu den Fahrtkosten für Schülerinnen und Schüler
- ▶ Angemessene Lernförderung
- ▶ Mittagsverpflegung in Schule, Kita oder Hort
- ▶ Leistungen für die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft

Träger der Bildungs- und Teilhabeleistungen nach § 6b Bundeskindergeldgesetz (BKGG) ist die kommunale Ebene, insbesondere die Kreise und kreisfreien Städte. Ein Antrag ist gesondert bei der kommunalen Stelle zu stellen.

18.6 Sozialhilfe und Mehrbedarf

Nach → § 30 Abs. 1 SGB XII ist für Personen, die

- ▶ die Altersgrenze erreicht haben oder
- ▶ die Altersgrenze noch nicht erreicht haben und voll erwerbsgemindert sind

und durch einen Bescheid der nach → § 69 Abs. 4 SGB IX zuständigen Behörde oder einen Ausweis nach → § 69 Abs. 5 SGB IX die Feststellung des Merkzeichens „G“ nachweisen, ein Mehrbedarf von 17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe anzuerkennen, so weit nicht im Einzelfall ein abweichender Bedarf besteht.

18.7 Rundfunkbeitrag

Seit dem 1. Januar 2013 hat der Rundfunkbeitrag die bisherige geräteabhängige Rundfunkgebühr abgelöst. Jetzt gilt für alle: Eine Wohnung – ein Beitrag. Wie viele Radios, Fernseher oder Computer es in einer Wohnung gibt, spielt keine Rolle mehr. Neu ist, dass sich nun auch Menschen mit Behinderung mit einem reduzierten Beitrag an der Rundfunkfinanzierung beteiligen.

Befreiungsmöglichkeiten und weitere Informationen

Wer bisher aus gesundheitlichen Gründen von der Rundfunkgebührenpflicht befreit war, wurde zum 1. Januar 2013 automatisch auf den ermäßigten Beitrag umgestellt und zahlt von nun an monatlich 5,99 Euro.

Anspruch auf Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht haben:

- ▶ Taubblinde Menschen
Taubblindheit im Sinne des Rundfunkbeitragsstaatsvertrages liegt vor, wenn auf dem besseren Ohr eine „an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ und auf dem besseren Auge eine „hochgradige Sehbehinderung“ gegeben ist.

Um die Befreiung zu beantragen, ist einer der folgenden Nachweise über die Taubblindheit erforderlich:

- eine ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit oder
- der Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen Bl (blind) und Gl (gehörlos) oder

- der Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen Bl oder Gl zusammen mit einer ärztlichen Bescheinigung über die je andere Behinderung oder
- eine Bescheinigung des Versorgungsamtes über das Maß der Hör- und Sehbehinderung.

- ▶ Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII sowie nach § 27 d BVG.

Eine Ermäßigung vom Rundfunkbeitrag können Menschen, denen das Merkzeichen „RF“ im Schwerbehindertenausweis zuerkannt wurde, beantragen. Sie zahlen einen reduzierten Beitrag von 5,99 Euro pro Monat.

Anspruch auf einen reduzierten Beitrag haben:

- ▶ Blinde oder wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 Prozent allein wegen der Sehbehinderung, die nicht vorübergehend ist,

- ▶ hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,
- ▶ behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend mindestens 80 Prozent beträgt und die wegen ihres Leidens nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können.

Wichtige Hinweise

Erhalten Menschen mit Behinderung bestimmte staatliche Sozialleistungen, können sie statt einer Ermäßigung eine Befreiung beantragen. Wer zum Beispiel Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe oder BAföG bezieht, kann mit dem Nachweis der betreffenden Behörde die Befreiung vom Rundfunkbeitrag beantragen.

Sollten Sie keine der genannten staatlichen Sozialleistungen erhalten, weil Ihre Einkünfte die jeweilige Bedarfsgrenze um weniger als 17,98 Euro überschreiten, können Sie eine Befreiung als besonderer Härtefall

beantragen. Dem Antrag ist als Nachweis ein ablehnender Bescheid oder eine Bescheinigung der Behörde über die Einkommensüberschreitung beizufügen.

Bitte beachten Sie, dass eine Befreiung oder Ermäßigung nur auf Antrag gewährt werden kann.

Was ist jetzt zu tun?

Wenn Sie bisher aus gesundheitlichen Gründen von der Rundfunkgebührenpflicht befreit waren:

Ihre Befreiung wird zum 1. Januar 2013 automatisch auf den ermäßigten Beitrag umgestellt. Für die Umstellung brauchen Sie nichts weiter zu tun. Die Ermäßigung gilt für denselben Zeitraum wie die Befreiung.

Wenn Sie auch Empfänger von bestimmten Sozialleistungen sind:

Sie können sich statt einer Ermäßigung aus gesundheitlichen Gründen von der Beitragspflicht befreien lassen. Hierfür müssen Sie einen Antrag stellen und die entsprechenden Nachweise beifügen.

Wichtige Fragen und Antworten im Überblick

Die Antragsformulare sind online sowie bei Städten und Gemeinden und bei zuständigen Behörden erhältlich.

Der Antrag muss vollständig ausgefüllt sein und mit dem erforderlichen Nachweis eingereicht werden. Der Nachweis muss unbedingt in folgender Form beiliegen:

- ▶ die Bescheinigung der Behörde oder des Leistungsträgers im Original
- ▶ die aktuelle ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit im Original
- ▶ den aktuellen Bewilligungsbescheid im Original oder in beglaubigter Kopie

- ▶ den Schwerbehindertenausweis im Original (Vorder- und Rückseite) oder in beglaubigter Kopie

Wenn Sie den Bewilligungsbescheid im Original einsenden, kennzeichnen Sie diesen bitte mit dem Wort „Original“. Andernfalls kann nicht garantiert werden, dass Sie ihn zurückerhalten, da alle eingehende Post nach der digitalen Archivierung vernichtet wird. Die Bescheinigung der Behörde oder des Leistungsträgers wird nicht zurückgesendet - das Original ist zum Verbleib bestimmt. Der Schwerbehindertenausweis im Original muss nicht gekennzeichnet werden. Diesen erhalten Sie unaufgefordert zurück.

Sie können Ihre Nachweise bei der Behörde beglaubigen lassen, die die entsprechende Leistung gewährt sowie bei den Stellen, die Aufgaben öffentlicher Verwaltung wahrnehmen (z. B. Stadt- oder Gemeindeverwaltungen).

Wenn Sie den Antrag binnen zwei Monaten einreichen, nachdem der Bescheid ausgestellt wurde, erhalten Sie die Befreiung oder Ermäßigung ab dem Leistungsbeginn, der auf dem Bewilligungsbescheid genannt wird. Es ist nicht notwendig, den Antrag vorsorglich zu stellen.

Für die Antragsstellung haben Sie ab Erstellungsdatum des Bewilligungsbescheides zwei Monate Zeit. Die Befreiung und/oder Ermäßigung beginnt dann mit dem auf dem Bescheid angegebenen Leistungsbeginn. Geht der Antrag erst nach Ablauf der zwei Monate ein, erfolgt die Befreiung oder Ermäßigung ab dem Folgemonat nach Eingang des Antrags.

In der Regel gilt die Ermäßigung oder Befreiung, solange die jeweilige Leistung gewährt wird. Bevor sie ausläuft, ist rechtzeitig ein neuer Antrag auf Befreiung oder Ermäßigung zu stellen.

Die Ermäßigung oder Befreiung gilt auch für Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner der Antragsteller, wenn sie mit in der Wohnung leben, für die der Rundfunkbeitrag gezahlt wird. Zudem gilt sie für Mitbewohner, die gemeinsam mit dem Antragsteller eine Einsatzgemeinschaft im Sinne des § 19 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches bilden.

Alle Leistungen im Überblick

1. Sie erhalten Sozialleistungen

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
Leistungsberechtigte von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) nach dem Dritten Kapitel (§§ 27 bis 40) des SGB XII oder nach § 27a oder 27d BVG	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII oder BVG
Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel (§§ 41 bis 46b) des SGB XII	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)
Leistungsberechtigte von Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II einschließlich Leistungen nach § 22 SGB II	Bescheinigung über Leistungsbezug (Drittbescheinigung) oder aktueller Bewilligungsbescheid über den Bezug von Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II
Leistungsberechtigte von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Asylbewerberleistungen
Sonderfürsorgeberechtigte im Sinne des § 27e BVG	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Leistungen nach § 27e BVG

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
Leistungsberechtigte von Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel (§§ 61 bis 66) des SGB XII oder von Hilfe zur Pflege als Leistung der Kriegsopferfürsorge nach dem BVG oder von Pflegegeld nach landesgesetzlichen Vorschriften	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder dem BVG oder von Pflegegeld nach landesgesetzlichen Vorschriften
Leistungsberechtigte von Pflegezulagen nach § 267 Abs. 1 LAG oder Personen, denen wegen Pflegebedürftigkeit nach § 267 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe c des LAG ein Freibetrag zuerkannt wird	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Leistungen nach § 267 LAG
Volljährige, die im Rahmen einer Leistungsgewährung nach SGB VIII in einer stationären Einrichtung nach § 45 SGB VIII leben	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Leistungen nach dem SGB VIII

2. Sie erhalten Ausbildungsförderung

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
Empfänger von Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), die nicht bei den Eltern wohnen	aktueller BAföG-Bescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Leistungsbezug
Empfänger von Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) nach den §§ 99, 100 Nr. 3 SGB III a. F. (neu: §§ 114, 115 Nr. 2 SGB III) oder nach dem Vierten Kapitel, Fünfter Abschnitt SGB III a. F. (neu: Dritten Kapitel, Dritter Abschnitt, Dritter Unterabschnitt SGB III), die nicht bei den Eltern wohnen	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)
Empfänger von Ausbildungsgeld nach § 104 ff. SGB III a. F. (neu: § 122 ff. SGB III), die nicht bei den Eltern leben	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Ausbildungsgeld nach § 104 ff. SGB III a. F. (neu: § 122 ff. SGB III)

3. Sie haben gesundheitliche Einschränkungen

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
taubblinde Menschen	aktuelle ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit
Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII sowie nach § 27d BVG	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Leistungen nach § 27d BVG
blinde oder wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 Prozent allein wegen der Sehbehinderung, die nicht vorübergehend ist	aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“
hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist	aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“
behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigstens 80 Prozent beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können	aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“

18.8 Telefon

Sozialtarife

Seit dem 1. Januar 1998 gibt es in Deutschland kein Telefonmonopol mehr. Stattdessen bieten verschiedene Anbieter Dienstleistungen rund ums Telefon an. Aus diesem Grund müssen Sie sich direkt an Ihre Telefongesellschaft wenden, um zu erfahren, ob diese zum Beispiel ermäßigte Tarife für behinderte Menschen anbieten.

Die Deutsche Telekom bietet weiterhin freiwillig Vergünstigungen an. Diese Vergünstigungen werden auf Verbindungen angerechnet, die über Anschlüsse der Deutschen Telekom geführt werden. Die Vergünstigungen können mit verschiedenen Tarifen kombiniert werden.

Den Sozialtarif erhalten Kunden und Kundinnen sowie die in ihrem Haushalt lebenden Angehörigen, wenn ihr Anschluss auf die Deutsche Telekom voreingestellt ist und die genannten Personen mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllen:	Höhe der Vergünstigung
... von dem Rundfunkbeitrag befreit sind	6,94 Euro pro Monat (netto)
... Ausbildungsförderung aufgrund des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) erhalten oder	6,94 Euro pro Monat (netto)
... blind, gehörlos oder sprachbehindert mit einem Grad der Behinderung von mindestens 90 sind	8,72 Euro pro Monat (netto)

Weitere Hinweise zum Sozialtarif der Deutschen Telekom

- ▶ Die soziale Vergünstigung gilt nur für den aktuellen Abrechnungszeitraum und kann nicht in den nächsten Abrechnungszeitraum übertragen werden.
- ▶ Sie wird mit den Verbindungsentgelten für City-, Deutschland- und Auslandsverbindungen der Telekom sowie für Verbindungen der Telekom zu nationalen Rufnummern mit der Zugangskennzahl 032 verrechnet.

Nicht berücksichtigt werden zum Beispiel Verbindungen zu den Service-Rufnummern mit der Vorwahl 0180 und 0900 oder Verbindungen in die Mobilfunknetze.

Relay-Vermittlungsdienste für hör- und sprachbehinderte Menschen

Nach § 45 Telekommunikationsgesetz (TKG) sind die Belange behinderter Menschen bei der Planung und Erbringung von Telekommunikationsdiensten für die Öffentlichkeit besonders zu

berücksichtigen. Insbesondere ist ein Vermittlungsdienst für gehörlose und hörbehinderte Menschen unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse einzurichten. Die Bundesnetzagentur stellt den allgemeinen Bedarf hinsichtlich Umfang und Versorgungsgrad dieses Vermittlungsdienstes unter Beteiligung der betroffenen Verbände und der Unternehmen fest und ist dabei befugt, den Unternehmen Verpflichtungen aufzuerlegen.

Beim Vermittlungsdienst geht es im Grundsatz darum, durch die Dolmetschleistung der Gebärdensprachdolmetscherin oder Gebärdensprachdolmetscher bzw. Schriftdolmetscherin oder Schriftdolmetscher die Behinderung des gehörlosen oder hörbehinderten Menschen auszugleichen. In seiner Grundform funktioniert der Vermittlungsdienst wie folgt:

Eine gehörlose oder hörbehinderte Person baut mit einem PC, der mit einer Kamera ausgestattet ist, über eine Breitbanddatenverbindung eine Videoverbindung

zum Gebärdensprachservice des Vermittlungsdienstes auf. Der oder die Gebärdensprachdolmetscherin oder Gebärdensprachdolmetscher wählt den gewünschten Teilnehmer oder die gewünschte Teilnehmerin an und übersetzt die Gebärdensprache des oder der Gehörlosen und Hörbehinderten gegenüber dem angerufenen Teilnehmer oder der angerufenen Teilnehmerin in Lautsprache. Ebenso übersetzt der Dolmetscher oder die Dolmetscherin die gesprochenen Gesprächsanteile des angerufenen Teilnehmers oder der angerufenen Teilnehmerin in Richtung der oder des Gehörlosen oder Hörbehinderten in Gebärdensprache. Beim Einsatz eines Schriftdolmetschers oder einer Schriftdolmetscherin wird lediglich eine Datenverbindung zur Übermittlung hergestellt. Der Schriftdolmetscher oder die Schriftdolmetscherin übersetzt dann die empfangenen Daten in Lautsprache bzw. Schriftsprache.

Bislang hält kein Telekommunikations-Unternehmen einen eigenen Vermittlungsdienst vor. Gegenwärtig wird der laufende Regelbetrieb im Wege der Beauftragung durch die BNetzA von der Tess Relay-Dienste GmbH erbracht. Gehörlose und hörgeschädigte Menschen können über Mobilfunkanschluss anrufen bzw. von dort auch angerufen werden.



Internet:

Hinweis zur Erreichbarkeit von tess finden sie im Internet unter <http://www.tess-relay-dienste.de>



Internet:

Aktuelle Informationen erhalten Sie auf der Webseite der Bundesnetzagentur www.bundesnetzagentur.de



Info:

Gebärdensprachtelefon des BMAS siehe Kapitel Bürgertelefon

18.9 Zahnarzt

Den Landes-Zahnärztekammern liegen Anschriftenverzeichnisse von Zahnärzten vor, in deren Praxen die räumlichen und apparativen Voraussetzungen zur Betreuung behinderter Menschen gegeben sind, und die sich für diese Aufgabe zur Verfügung gestellt haben.



Info:

Die Bundeszahnärztekammer, – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V. –, Chausseestraße 13, 10115 Berlin, Tel. 030 40005-0, www.bzaek.de

18.10 Freiwillige

Menschen mit Behinderungen können im Alltag Unterstützung erhalten durch Freiwillige, die sich in einem gesetzlich geregelten Freiwilligendienst, vgl. § 32 Abs. 4 Ziffer 2 d des Einkommensteuergesetzes, wie z. B. im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) oder im Bundesfreiwilligendienst (BFD), engagieren.

Im sozialen Bereich setzen sich Freiwillige u. a. in Pflege- und Betreuungsdiensten für alte, kranke und behinderte Menschen, in der Kinder- und Jugendbetreuung, im mobilen sozialen Hilfsdienst, in der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung, im Seniorensport, im Behindertenfahrdienst, im Rettungswesen oder im handwerklichen Bereich ein.

Das persönliche Engagement der Freiwilligen ist für die Bürgerinnen und Bürger eine unmittelbare Hilfe und positive Erfahrung. Seniorinnen, Senioren, Menschen mit Beeinträchtigungen und hilfebedürftige Kinder erleben so täglich, dass sie bei ihren Problemen und Schwierigkeiten von der Gesellschaft unterstützt werden.

Eine wertvolle Stütze für Menschen mit Behinderungen stellen dabei besonders die im Bereich der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung für Kinder und Erwachsene eingesetzten Freiwilligen dar. Diese tragen mit ihrem Einsatz

dazu bei, dass Menschen mit Behinderungen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben führen und in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können.



Info:

Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger beraten Ratsuchende über die Möglichkeiten, Unterstützung durch einen Freiwilligen zu erhalten.

Teilhabe an der Gesellschaft heißt auch, die Möglichkeit zu haben, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Beispielsweise engagieren sich im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) und Freiwilligen Ökologischen Jahr (FÖJ) junge Menschen bis zum 27. Lebensjahr, im Bundesfreiwilligendienst (BFD) Menschen aller Altersgruppen nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht. Die Freiwilligen werden grundsätzlich gesetzlich sozialversichert und können ein Taschengeld erhalten. Auch Menschen mit Behinderungen können sich in diesen Freiwilligendiensten engagieren.



Internet:

Ausführliche Informationen und aktuelle Ansprechpartner finden Sie für den BFD unter www.bundesfreiwilligendienst.de. Unter www.bmfsfj.de gibt es bei „Freiwilliges-Engagement“ Informationen zu weiteren Freiwilligendiensten.

18.11 Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken

Über die Frage, in welcher Form urheberrechtlich geschützte Werke (z. B. Bücher, Filme etc.) vervielfältigt und verbreitet werden, entscheidet der Urheber oder die Urheberin bzw. der Rechteinhaber oder die Rechteinhaberin. Es war deshalb nicht immer möglich, urheberrechtlich geschützte Texte z. B. auch in Blindenschrift zur Verfügung zu stellen. § 45a UrhG ermöglicht Menschen mit Behinderungen deshalb seit dem 13. September 2003 den erlaubnisfreien Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken. Können sie ein Werk sinnlich nicht wahrnehmen, so erlaubt es diese Vorschrift, das Werk in eine andere Wahrnehmungsform zu übertragen.

Konkret bedeutet dies, dass beispielsweise Werke der Literatur für blinde Menschen auf Tonträger aufgenommen oder in Blindenschrift übertragen werden dürfen. Auch die Weitergabe an andere behinderte Menschen ist zulässig, wenn damit keine kommerziellen Interessen verfolgt werden. Zum Ausgleich für diese Nutzung steht dem Urheber eine Vergütung zu. Das Urheberrechtswahrnehmungsgesetz stellt dabei in § 13 Absatz 3 UrhG sicher, dass die Verwertungsgesellschaften bei ihrer Tarifgestaltung und bei der Einziehung der Vergütung auf die sozialen Belange des Zahlungspflichtigen Rücksicht nehmen.

19. Wichtige Adressen

▶ **Aktion Psychisch Kranke (APK) e. V.**

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel.: 0228 676740/41
Fax: 0228 676742

www.apk-ev.de
apk-bonn@netcologne.de

▶ **Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. (ABID)**

Friedrichstraße 95
10117 Berlin
Tel.: 030 27593429
Fax: 030 27593430

www.abid-ev.de
abid.bv@t-online.de

▶ **Antidiskriminierungsstelle des Bundes**

Glinkastraße 24
10117 Berlin
Tel.: 030 18555-185565
Fax: 030 18555-418565

www.ads.bund.de
poststelle@ads.bund.de

▶ **Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.**

Blücherstraße 62/63
10961 Berlin
Tel.: 030 26309-0
Fax: 030 26309-32599

www.awo.org
info@awo.org

▶ **BAG Selbsthilfe – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.**

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel.: 0211 31006-0
Fax: 0211 31006-48

www.bag-selbsthilfe.de
info@bag-selbsthilfe.de

In der Bundesarbeitsgemeinschaft haben sich Behindertenverbände und Selbsthilfeorganisationen von behinderten Menschen sowie Angehörigen zusammengeschlossen. Ihre Anschriften teilt die Bundesarbeitsgemeinschaft mit.

► **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen**

Mauerstraße 53
10117 Berlin
Tel.: 03018 527-2944
Fax: 03018 527-1871
www.behinderten-beauftragte.de
anfrage@behinderten-beauftragte.de

► **Bund der Kriegsblinden Deutschlands e. V.**

Blumenweg 6
86420 Diedorf-Anhausen
Tel.: 08238 9676376
Fax: 08238 3806
www.kriegsblindenbund.de
info@kriegsblindenbund.de

► **Bund Deutscher Kriegsopfer, Körperbehinderter und Sozialrentner (BDKK) e. V.**

Stintenberger Straße 16
40882 Mettmann
Tel.: 02104 54544
Fax: 02104 805456
bdkkev@t-online.de
hg-i.-malitz@t-online.de

► **Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung**

c/o Verband der Kolpinghäuser
Breite Straße 110
50667 Köln
Tel.: 0221 292413-16
www.bag-familienerholung.de
info@bag-familienerholung.de

► **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)**

Solmsstraße 18
60486 Frankfurt/Main
Tel.: 069 605018-0
Fax: 069 605018-29
www.bar-frankfurt.de
info@bar-frankfurt.de

► **Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e. V. (BbE e. V.)**

Lerchenweg 16
32584 Löhne
Tel.: 05732 6307
Fax: 05732 689572
www.behinderte-eltern.com
Behinderte.Eltern@gmx.de

▶ **Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. (BVKM)**

Brehmstr. 5-7
40239 Düsseldorf
Tel.: 0211 64004-0
Fax: 0211 64004-20
www.bvkm.de
info@bvkm.de

▶ **Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e. V.**

Lindbergstraße 18
80939 München
Tel.: 089 4161740-10
Fax :089 4161740-90
www.amputiert.net
info@mail.ampuBV.de

▶ **Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. Geschäftsstelle**

Wittener Straße 87
44789 Bochum
Tel.: 0234 68705552
Fax: 0234 6405103
www.bpe-online.de
kontakt-info@bpe-online.de

▶ **Bundesverband für Rehabilitation e. V.**

Liebelingsweg 125
53119 Bonn
Tel.: 0228 969840
Fax: 0228 9698499
www.bdh-reha.de
info@bdh-reha.de

▶ **Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.**

Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 06294 4281-0
Fax: 06294 4281-79
www.bsk-ev.org
zentrale@bsk-ev.org

▶ **Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.**

Raiffeisenstraße 18
35043 Marburg
Tel.: 06421 491-0
Fax: 06421 491-167
www.lebenshilfe.de
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

▶ **Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V. (DAJEB) Bundesgeschäftsstelle**

Neumarkter Straße 84 c
81673 München
Tel.: 089 436 1091
Fax: 089 4311266

www.dajeb.de
info@dajeb.de

▶ **Geschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbandes e. V. im Hause der Gold-Kraemer-Stiftung**

Tulpenweg 2-4
50226 Frechen
Tel.: 02234 6000-0
Fax: 02234 6000-150

www.dbs-npc.de
dbs@dbs-npc.de

▶ **Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.**

Rungestraße 19
10179 Berlin
Tel.: 030 285387-0
Fax: 030 285387-200

www.dbsv.org
info@dbsv.org

▶ **Deutscher Caritasverband e. V.**

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Tel.: 0761 200-0
Fax: 0761 200-572

www.caritas.de
info@caritas.de

▶ **Deutscher Gehörlosen-Bund e. V.**

Prezlauer Allee 180
10405 Berlin
Tel.: 030 499022-66
Fax: 030 499022-10

www.gehoerlosen-bund.de
info@gehoerlosen-bund.de

▶ **Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V. – Gesamtverband –**

Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
Tel.: 030 24636-0
Fax: 030 24636-110

www.der-paritaetische.de
info@paritaet.org

► **Deutscher Schwerhörigenbund
e. V. Bundesgeschäftsstelle**

Sophie-Charlottenstraße 23A
14059 Berlin
Tel.: 030 47541114
Fax: 030 47541116

www.schwerhoerigen-netz.de
dsb@schwerhoerigen-netz.de

**Deutsches Katholisches
Blindenwerk**

Graurheindorfer Straße 151a
53117 Bonn
Tel.: 0228 5594929

www.blindenwerk.de
dkbw.dueren@t-online.de

► **Deutsches Rotes Kreuz e. V.**

Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel.: 030 85404-0
Fax: 030 85404-450

www.drk.de
DRK@drk.de

► **Deutsches Studentenwerk
Informations- und Beratungs-
stelle Studium und Behinderung**

Monbijouplatz 11
10178 Berlin
Tel.: 030 297727-10
Fax: 030 297727-99

www.studentenwerke.de
dsw@studentenwerke.de

► **Deutsche Vereinigung für
Rehabilitation (DVfR)**

Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Tel.: 06221 187901-0
Fax: 06221 166009

www.dvfr.de
info@dvfr.de

► **Diakonisches Werk der
EKD in Deutschland e. V.**

Stafflenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Tel.: 0711 2159-0
Fax: 0711 2159-288

www.diakonie.de
diakonie@diakonie.de

► **Elly Heuss-Knapp-Stiftung
Deutsches Müttergenesungs-
werk**

Bergstraße 63

10115 Berlin

Tel.: 030 330029-0

Fax: 030 330029-20

[www.muettergenesungs-
werk.de](http://www.muettergenesungs-
werk.de)

[info@muettergenesungs-
werk.de](mailto:info@muettergenesungs-
werk.de)

► **Evangelische Familienerholung
im Diakonischen Werk der EKD**

Reichensteiner Weg 24

14195 Berlin

Tel.: 030 83001250

Fax: 030 83001450

www.ev-familienerholung.de

familienerholung@diakonie.de

► **Familienratgeber unter
Deutsche Behindertenhilfe –
Aktion Mensch e. V.
- Pressestelle -**

Heinemannstraße 36

53175 Bonn

Tel.: 0228 2092-0

Fax: 0228 2092-333

www.aktion-mensch.de

www.familienratgeber.de

[familienratgeber@aktion-
mensch.de](mailto:familienratgeber@aktion-
mensch.de)

► **Familien-Selbsthilfe/
Bundesverband der Angehöri-
gen psychisch Kranker (BApK)**

Oppelner Straße 130

53119 Bonn

Tel.: 0228 71002400

Fax: 0228 71002429

www.bapk.de

bapk@psychiatrie.de

► **Familienwegweiser unter Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Glinkastraße 24
10117 Berlin
Tel.: 030 18555-0
Fax: 030 18555-1145

www.familien-wegweiser.de
info@bmfsfjservice.bund.de

► **Förderverein der Gehörlosen der neuen Bundesländer**

Schönhauser Allee 36
10435 Berlin
Tel.: 030 4428585
Fax: 030 4426068
BT: 747 66854

www.foerderverein-gehoerlos.de
foerdervereingehoerlos@online.de

► **Gesellschaft zur Förderung behinderter türkischer Kinder e. V.**

Vahrenwalder Straße 194
30165 Hannover
Tel.: 0511 632142
Tel.: 0511 7984043

► **Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.**

Krantorweg 1
13503 Berlin
Tel.: 030 40571409
Fax: 030 40573685

www.isl-ev.de
info@isl-ev.de

► **Katholischer Arbeitskreis für Familien-Erholung e. V.**

Breite Straße 110
50667 Köln
Tel.: 0221 292413-13
Fax: 0221 292413-50

www.kafe.de
info@kafe.de

► **Mittenmang - Freiwilligen-Engagement von Menschen mit und ohne Behinderungen
Freiwilligen Zentren, Schleswig**

Bismarckstraße 10
24837 Schleswig
www.mittenmang.info
mittenmang2@web.de

▶ **NAKOS**
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin-Charlottenburg
Tel.: 030 31018980
Fax: 030 31018970

www.nakos.de
selbsthilfe@nakos.de

▶ **Nationale Koordinationsstelle
Tourismus für Alle e. V.
NatKo.**

Fleher Straße 317a
40215 Düsseldorf
Tel.: 0211 3368001
Fax: 0211 3368760

www.natko.de
info@natko.de

▶ **Paritätischer Gesamtverband
Geschäftsstelle Berlin**

Oranienburger Straße 13 - 14
10178 Berlin
Tel.: 030 24636-423
Fax: 030 24636-110

www.paritaet.org
jugendberatung@paritaet.org

▶ **REHADAT - Informationssystem
zur beruflichen Teilhabe von
Menschen mit Behinderung
Institut der deutschen Wirtschaft
Köln e. V.**

Konrad-Adenauer-Ufer 21
50668 Köln
Tel.: 0221 4981-812
Fax: 0221 4981-533

www.rehadat.de
info@rehadat.de

▶ **Schlichtungsstelle für den
öffentlichen Personenverkehr
(söp)**

Fassanenstraße 81
10623 Berlin
Tel.: 030 6449933-0

www-soep-online.de
kontakt@soep-online.de

► **Sozialverband
Deutschland e. V.**

Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Tel.: 030 726222-0
Fax: 030 726222-311
www.sovd.de
contact@sozialverband.de

► **Zentralwohlfahrtsstelle
Sozialverband VdK
Deutschland e. V.**

Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Tel.: 0228 82093-0
Fax: 0228 82093-43
www.vdk.de
kontakt@vdk.de

► **Verein zur Förderung der
Integration Behinderter e. V.**

Am Erlengraben 12 a
35037 Marburg
Tel.: 06421 16967-0
Fax: 06421 16967-29
www.fib-ev-marburg.de
info@fib-ev-marburg.de

► **Weibernetz e. V.**

Samuel-Beckett-Anlage 6
34119 Kassel
Tel.: 0561 7288585-310
Fax: 0561 7288553-2310
www.weibernetz.de
info@weibernetz.de

► **Zentralwohlfahrtsstelle
der Juden in Deutschland e. V.**

Hebelstraße 6
60318 Frankfurt
Tel.: 069 944371-0
Fax: 069 494817
www.zwst.org
zentrale@zwst.org

20. Glossar

Bezeichnung	Erläuterung
Arbeitsassistenz	<p>Arbeitsassistenz unterstützt schwerbehinderte Menschen regelmäßig dabei, ihre Arbeit auszuführen (z.B. Vorlesekraft für blinde und stark sehbehinderte Menschen). Arbeitsassistenz ist immer dann notwendig, wenn der schwerbehinderte Mensch erst durch die besondere Unterstützung eine vertraglich geschuldete Arbeitsleistung, die den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht, wettbewerbsfähig erbringen kann.</p>

Bezeichnung	Erläuterung
Bedarfsgemeinschaft	<p>Zur Bedarfsgemeinschaft gehören im Sinne des Sozialgesetzbuches II folgende Personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ erwerbsfähige Hilfebedürftige, ▶ Vater und/oder Mutter, sofern sie im Haushalt eines unverheirateten, erwerbsfähigen Kindes leben, das jünger als 25 Jahre alt ist, ▶ der Ehepartner oder die Ehepartnerin beziehungsweise der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin der hilfebedürftigen Person, sofern er oder sie nicht dauernd getrennt lebt, ▶ der Ehepartner oder die Ehepartnerin, sofern er oder sie nicht dauernd getrennt lebt, ▶ eine andere Person, sofern diese mit der hilfebedürftigen Person in einer Wohngemeinschaft lebt und bei beiden der Wille anzunehmen ist, füreinander Verantwortung zu tragen und füreinander einzustehen, ▶ Kinder, die jünger als 25 Jahre alt sind, in einem der oben beschriebenen Haushalte leben und den Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten können.

Bezeichnung**Erläuterung****chronisch krank**

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definieren, dass eine Krankheit als schwerwiegend chronisch gilt, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- ▶ Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe 2 oder 3,
- ▶ Feststellung eines GdB von mindestens 60,
- ▶ die betroffene Person ist um mindestens 60 Prozent erwerbsgemindert,
- ▶ die betroffene Person muss kontinuierlich medizinisch versorgt werden, um zu vermeiden, dass sich
 - die Erkrankung lebensbedrohlich verschlimmert,
 - die Lebenserwartung vermindert oder
 - die Lebensqualität durch die gesundheitliche Beeinträchtigung dauerhaft beeinträchtigt wird.

Bezeichnung	Erläuterung
Erwerbsminderung	<p>Der Gesetzgeber unterscheidet wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ teilweise erwerbsgemindert ist, wer für unbestimmte Zeit nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, ▶ voll erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder einer Behinderung für unbestimmte Zeit nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
Grad der Behinderung (GdB)	<p>Der „Grad der Behinderung“ (GdB) soll bewerten, welche Auswirkungen eine bestimmte Behinderung auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben hat. Dabei werden geistige, seelische, körperliche und soziale Auswirkungen berücksichtigt. Beeinträchtigungen, die für ein bestimmtes Alter typisch sind, fließen nicht mit ein.</p>
Merkzeichen	<p>Bei bestimmten gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden so genannte Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis eingetragen, zum Beispiel das Merkzeichen „H“ für „Hilflos“.</p> <p>Diese Merkzeichen berechtigen zu besonderen Hilfen, um behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen.</p>

Bezeichnung	Erläuterung
Servicestellen	Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Beratung und Unterstützung, insbesondere über Leistungsvoraussetzungen, Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, durch unterstützende Begleitung.
„Versorgungsmedizinische Grundsätze“ als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)	<p>Diese Verordnung gibt die Vorgaben, um gesundheitliche Beeinträchtigungen bundesweit einheitlich bewerten zu können. Sie trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Sie übernimmt die Maßstäbe der zuvor angewandten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“, die bisher vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegeben wurden.</p> <p>Die Grundsätze ordnen den verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen entsprechenden Grad der Behinderung zu.</p>

