



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

AUSGABE 2021

Ratgeber

für Menschen
mit Behinderungen



Ratgeber

für Menschen
mit Behinderungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	9
2. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)	13
3. Behinderung – Was ist das?	23
3.1 Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?	23
3.2 Feststellung der Behinderung	24
3.3 Der Schwerbehindertenausweis	26
3.4 Nachteilsausgleiche	27
4. Leistungen zur Teilhabe	28
4.1 Rehabilitation und Teilhabe: Welche Hilfen gibt es und wer ist zuständig?	28
4.1.1 Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II erhalten	32
4.1.2 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II	33
4.2 Wo kann ich welche Leistungen beantragen?	33
5. Früh vorsorgen – früh fördern	
Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung, Prävention	35
6. Medizinische Rehabilitation	39
6.1 Stationäre Behandlung	39
6.2 Ambulante Behandlung	40
6.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	41
6.4 Heilmittel	41
6.5 Hilfsmittel	42
6.6 Psychotherapie	42
6.7 Belastungserprobung und Arbeitstherapie	43
6.8 Rehabilitationssport	43
6.9 Weitere Leistungen der medizinischen Rehabilitation	43

6.10	Zuzahlungen	44
6.10.1	Befreiungsmöglichkeiten	46
6.10.2	Besonderheiten bei chronisch Kranken	47
6.10.3	Besonderheiten bei Leistungsbezug von SGB II oder XII	49
6.10.4	Zuzahlungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung	49
6.10.5	Zuzahlungen in der gesetzlichen Unfallversicherung	51
6.10.6	Zuzahlungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht	51
7.	Förderung in Kindertageseinrichtungen, Schul- und Berufsausbildung, Hochschulbildung	52
7.1	Kinder mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege fördern	52
7.2	Die Rolle der Schule	53
7.3	Studierende mit Behinderungen	55
7.4	Die Berufsausbildung	59
7.4.1	Die betriebliche Berufsausbildung	60
7.4.2	Die Berufsbildungswerke	63
7.5	Außerschulische Jugendbildung	64
8.	Beschäftigung und Beruf – Eingliederung auf Dauer	66
8.1	Berufliche Neuorientierung	67
8.2	Berufliche Weiterbildung	68
8.3	Berufliche Trainingszentren	69
8.4	Berufsförderungswerke	70
8.5	Werkstätten für behinderte Menschen	70
8.6	Andere Leistungsanbieter	71
8.7	Budget für Arbeit	71
8.8	Integrationsfachdienste	72
8.9	Inklusionsbetriebe	73
8.10	Unterstützte Beschäftigung	74
8.11	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	75

9. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen	77
9.1 Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber	77
9.2 Pflichtarbeitsplätze	78
9.3 Kündigungsschutz	79
9.4 Zusatzurlaub	80
9.5 Mehrarbeit	80
9.6 Schwerbehindertenvertretung	81
9.7 Arbeitsassistenz	81
10. Das persönliche Budget.	83
11. Rente für Menschen mit Behinderungen und schwerbehinderte Menschen.	87
11.1 Altersrente	87
11.2 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	88
11.2.1 Grundrente	89
11.3 Die Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	90
12. Leistungen zur Teilhabe – Die finanzielle Sicherung	92
12.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	92
12.2 Leistungen zur beruflichen Rehabilitation	94
12.3 Berufliche Erstausbildung	95
12.4 Zusätzliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts	95
12.5 Sozialversicherung für Menschen mit Behinderungen	96
13. Grundsicherung.	97
13.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.	97
13.1.1 Die Bedarfsgemeinschaft	98
13.1.2 Höhe der Leistungen	98

13.2	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.....	99
13.2.1	Anspruch auf Leistungen.....	99
13.2.2	Bewilligungen von Leistungen.....	101
13.2.3	Unterhaltsrückgriff.....	102
13.3	Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII.....	102
13.4	Einführung von Freibeträgen durch das Grundrentengesetz.....	103
14.	Krankenversicherung.....	105
14.1	Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung.....	105
14.2	Zugang zur privaten Krankenversicherung.....	106
15.	Die Soziale Pflegeversicherung.....	108
15.1	Fünfte Säule der Sozialversicherung.....	108
15.2	Wer ist in der Pflegeversicherung versichert?.....	109
15.3	Wie hoch ist der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung?.....	111
15.4	Pflegebedürftigkeit.....	112
15.4.1	Pflegegrade.....	112
15.4.2	Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	115
15.5	Leistungen der Pflegeversicherung.....	117
15.5.1	Häusliche Pflege.....	118
15.5.2	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – Unterstützende Maßnahmen, Pflegezeitgesetz und Familienpflegegesetz.....	125
15.5.3	Voll- und teilstationäre Pflege.....	132
15.5.4	Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege.....	135
15.5.5	Soziale Sicherung der Pflegepersonen.....	137
15.5.6	Qualität und Qualitätssicherung.....	142
15.6	Pflegeberatung.....	144
15.7	Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus.....	146
15.8	Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Sozialhilfe.....	147
15.9	Pflegeleistungen in dergesetzlichen Unfallversicherung ..	148

16. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.....	150
16.1 Das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen.....	150
16.2 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz	151
16.3 Rund ums Wohnen.....	154
16.3.1 Wohnraumförderung und Vermietung von gefördertem Wohnraum	154
16.3.2 Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens.....	155
16.3.3 Barrierefreiheit im Mietrecht	157
16.3.4 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG	159
16.3.5 Wohngeld	160
16.3.6 Bausparverträge	162
16.4 Im Alltag und in der Freizeit mobil	162
16.4.1 Barrierefreies Reisen	163
16.4.2 Erleichterungen im Personenverkehr	165
16.4.2.1 Freifahrt im Nahverkehr	165
16.4.2.2 Eisenbahnverkehr Europäisches Recht.....	166
16.4.2.3 Luftverkehr.....	169
16.4.2.4 Busverkehr	172
16.4.2.5 Schiffsverkehr	173
16.4.3 Fahrdienste	175
16.4.4 Teilnahme am Straßenverkehr	176
16.4.5 Parkerleichterungen	178
16.4.6 Diesel-Fahrverbot	180
16.5 Gerichtliche Verfahren	181
16.6 Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht	183
17. Steuerliche Erleichterungen	185
17.1 Einkommensteuer: Allgemeine außergewöhnliche Belastungen und Behinderten-Pauschbeträge	185
17.2 Kindergeld und Freibeträge für Kinder mit Behinderungen.....	187
17.3 Kfz-Nutzung/Kraftfahrzeugsteuer.....	187
17.4 Fahrten zur Arbeit	188
17.5 Privatfahrten	189

18. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.....	191
19. Familie, Adoption, Mutterschutz, Elterngeld/Elternzeit.....	192
19.1 Neugeborene und Adoptivkinder mit Behinderungen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung	192
19.2 Kinderzuschlag.....	193
19.3 Das Mutterschutzgesetz (MuSchG).....	194
19.4 Elterngeld, ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus.....	197
20. Wissenswertes.....	201
20.1 Blindensendungen	202
20.2 Geschäfte des täglichen Lebens	202
20.3 Fürsorgerische Leistungen der Sozialen Entschädigung	203
20.4 Sozialhilfe und Mehrbedarf.....	206
20.5 Rundfunkbeitrag	206
20.6 Telefon	215
20.7 Zahnarzt	218
20.8 Freiwillige.....	218
20.9 Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken.....	220
21. Wichtige Adressen	221
22. Glossar.....	230
Hilfe-Telefon „Gewalt gegen Frauen“	234
Hilfe-Telefon „Schwangere in Not. Anonym und sicher.“	234
Stiftung Anerkennung und Hilfe	235
Bürgertelefon.....	236
Impressum	240

1. Einleitung

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen haben Recht auf Teilhabeleistungen. So bestimmt es das Sozialgesetzbuch. Und zwar auf die Teilhabeleistungen, die notwendig sind, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Dazu gehören auch die Hilfen, die Menschen mit Behinderungen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, sichern.

Um die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen 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 Teilhabeleistung für Menschen mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen → § 8 SGB IX.

Dem Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen wurde durch die Einführung der Leistungsform „Persönliches Budget“, auf die seit dem 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch besteht, in besonderer Weise Rechnung getragen → § 29 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 Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft haben. Die persönliche Beratung kann er jedoch nicht ersetzen. Er will vielmehr Menschen mit Behinderungen und alle, die ihnen helfen wollen, auf die Rechte von Bürgerinnen und Bürger mit Behinderungen 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-teilhabe.de

Ab dem 1. Januar 2018 müssen alle für die Leistungen zur Teilhabe zuständigen Träger (Rehabilitations-träger → § 6 SGB IX) Ansprechstellen benennen, die geeignete barrierefreie Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und zu Beratungsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und auch für andere Behörden bereitstellen. Aufgrund der Verpflichtung der Ansprechstellen, sich untereinander über Zuständigkeitsgrenzen hinweg zu vernetzen, ist es zukünftig nicht mehr entscheidend, ob Bürgerinnen und Bürger die „richtige“ Behörde ansprechen.

Auch andere wichtige Akteure, die Leistungen für Menschen mit Behinderungen erbringen, wie Jobcenter, Integrationsämter und Pflegekassen müssen entsprechende Ansprechstellen benennen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat am 30. Mai 2017 eine Förderrichtlinie zur Durchführung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung erlassen, auf deren Grundlage seit dem 1. Januar 2018 über 500 Beratungsangebote gefördert werden. Am 1. Dezember 2017 nahm die Fachstelle Teilhabeberatung ihren Betrieb auf und seit dem 2. Januar 2018 steht die Informationsplattform **www.teilhabeberatung.de** allen Interessierten zur Verfügung. Über eine App können auch auf mobilen Endgeräten Beratungsangebote gesucht und Terminvorschläge unterbreitet werden. Die Fachstelle verfolgt u. a. die Aufgabe, den Schulungsbedarf für die Beratungsangebote festzustellen, Aus- und Weiterbildungen für die Beraterinnen und Berater sowie Qualitätsstandards zu entwickeln und ein Rückmeldemanagement einzurichten.

Gefördert werden von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige regionale Beratungsangebote, die bestehende Beratungsangebote ergänzen. Die Beratungsmethode des „Peer Counseling“, die Ratsuchende ermächtigt, mehr Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung wahrzunehmen, ist ein besonderes Förderkriterium und wird Menschen mit Behinderungen künftig eine deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung soll insbesondere im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen den Ratsuchenden die notwendige Orientierung zur Erkennung von Teilhabemöglichkeiten geben. Die Förderung in Höhe von jährlich 58 Millionen Euro erfolgt aus Bundesmitteln und war zunächst bis zum 31. Dezember 2022 befristet.

Mit dem Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe (kurz: „Angehörigen-Entlastungsgesetz“) wird die Weiterführung der Finanzierung der EUTB® ab 2023 auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Die Weiterführung und Aufstockung des Finanzierungsvolumens von 58 auf 65 Mio. € geben den Trägern, Beschäftigten und Ratsuchenden eine Perspektive in Bezug auf eine niedrigschwellige, qualifizierte Beratung zur Fragen der Rehabilitation und Teilhabe über 2022 hinaus.

2. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist Ende des Jahres 2016 eine der großen sozialpolitischen Reformen der letzten Legislaturperiode verabschiedet worden, an der fast ein Jahrzehnt lang gearbeitet wurde. Das Gesetz schafft mehr Möglichkeiten und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen.

Das BTHG wurde als Artikelgesetz mit dem Schwerpunkt der Neufassung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) erarbeitet. Das SGB IX hat künftig die folgende Struktur.

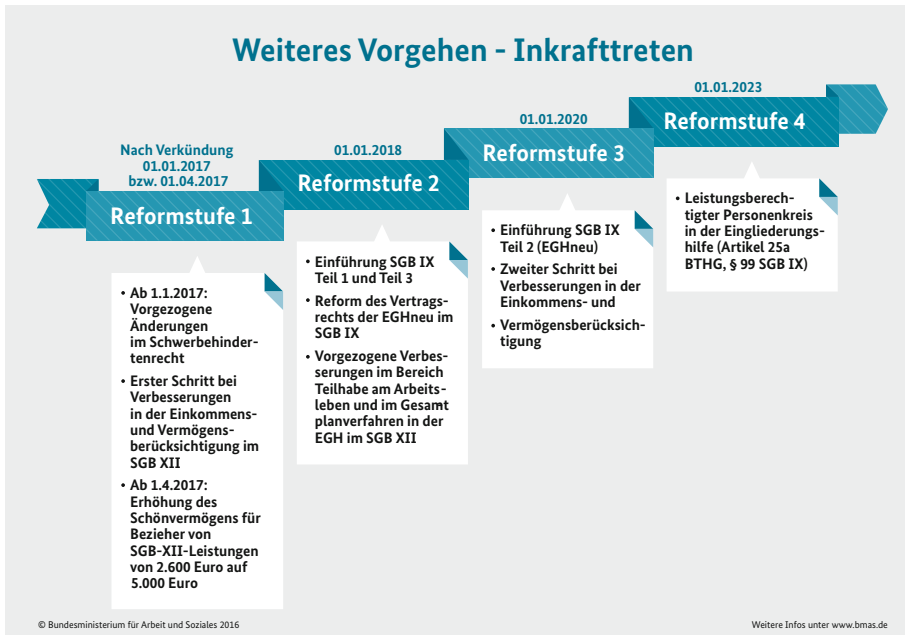
- ▶ Im SGB IX, Teil 1 ist das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammengefasst.
- ▶ Im SGB IX, Teil 2 wird die aus dem SGB XII herausgelöste und reformierte Eingliederungshilfe als „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ geregelt.
- ▶ Im SGB IX, Teil 3 steht das weiterentwickelte Schwerbehindertenrecht.

Die mit dem BTHG verbundenen Reformen sind grundsätzlich zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten.

Ausnahmen:

- ▶ Das Inkrafttreten der Änderungen im Schwerbehindertenrecht und der ersten Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensanrechnung in der Eingliederungshilfe ist am 1. Januar 2017 erfolgt.
- ▶ Die in Teil 2 geregelte Eingliederungshilfe (inklusive der zweiten Stufe bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensanrechnung) ist aufgrund notwendiger Umstellungsprozesse in der Sozialverwaltung grundsätzlich zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten.
- ▶ Die Regelung für den Leistungszugang in der Eingliederungshilfe tritt am 1. Januar 2023 in Kraft und wird bis dahin modellhaft erprobt.

Die Reformstufen des Bundesteilhabegesetzes:



Im Rahmen der ersten drei von vier Reformstufen sind inzwischen folgende Änderungen in Kraft getreten:

Schwerbehindertenrecht – Recht der Schwerbehindertenvertretungen

Die Arbeitsmöglichkeiten der ehrenamtlich tätigen Schwerbehindertenvertretungen in Betrieben und Dienststellen sind durch folgende Änderungen verbessert worden:

- ▶ Der Schwellenwert für die Freistellung der Vertrauensperson ist von 200 schwerbehinderten Menschen im Betrieb auf 100 abgesenkt worden.
- ▶ Die Schwellenwerte für die Heranziehung der Stellvertreterinnen und Stellvertreter werden nach oben gestaffelt, so dass dann die Vertrauenspersonen in größeren Betrieben mehr Stellvertreterinnen und Stellvertreter heranziehen können als die bisher maximal möglichen zwei.
- ▶ Bei der Fortbildung entfällt die bisherige Einschränkung, dass eine Stellvertreterin/ein Stellvertreter nur bei ständiger Heranziehung, häufiger Vertretung der Vertrauensperson auf längere Zeit oder absehbarem Nachrücken in das Amt einen Anspruch hat.
- ▶ Die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber übernimmt nunmehr auch die Kosten einer Bürokräft für die Schwerbehindertenvertretung in erforderlichem Umfang.
- ▶ Die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, die die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber ohne eine Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausspricht, ist unwirksam.
- ▶ Es wurde ein Übergangsmandat bei Betriebsübergang für Schwerbehindertenvertretungen in der gewerblichen Wirtschaft geschaffen, wie es für den Betriebsrat in § 21a Betriebsverfassungsgesetz geregelt ist.
- ▶ Der Inklusionsgedanke wurde im Betriebsverfassungsgesetz stärker verankert (ausdrückliche Förderung des Abschlusses von Inklusionsvereinbarungen sowie Aufnahme der Eingliederung schwerbehinderter Menschen in den Katalog möglicher Themen für eine Betriebsvereinbarung und bei der Personalplanung).
- ▶ Der Begriff der „Integrationsvereinbarung“ im Neunten Buch Sozialgesetzbuch wurde durch „Inklusionsvereinbarung“ ersetzt.

Werkstätten für behinderte Menschen

Menschen mit Behinderungen haben in Werkstätten für behinderte Menschen folgende Mitwirkungsmöglichkeiten:

- ▶ Der Werkstatttrat besteht
 - bei bis zu 700 Wahlberechtigten aus bis zu sieben Mitgliedern,
 - bei 701 bis 1.000 Wahlberechtigten aus neun Mitgliedern,
 - bei 1.001 bis 1.500 Wahlberechtigten aus elf Mitgliedern und
 - bei mehr als 1.500 Beschäftigten aus 13 Mitgliedern.
- ▶ Es gibt Mitwirkungsrechte und Mitbestimmungsrechte. Mitbestimmungsrechte gelten in besonders wichtigen Angelegenheiten. Die Mitbestimmung betrifft:
 - Ordnung und Verhalten der Werkstattbeschäftigten einschließlich Aufstellung und Änderung einer Werkstattordnung,
 - Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit, Pausen, Zeiten für die arbeitsbegleitenden Maßnahmen zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit, Verteilung der Arbeitszeit auf die einzelnen Wochentage und die damit zusammenhängende Regelung des Fahrdienstes, vorübergehende Verkürzung oder Verlängerung der üblichen Arbeitszeit,
 - Arbeitsentgelte, insbesondere Aufstellung und Änderung von Lohngruppen, Zeit, Ort und Art der Auszahlung,
 - den Urlaubsplan für die Werkstattbeschäftigten,
 - die Verpflegung,
 - die Einführung und Anwendung technischer Einrichtungen zur Überwachung des Verhaltens und der Leistung der Werkstattbeschäftigten,

- Fort- und Weiterbildung und
- soziale Aktivitäten der Werkstattbeschäftigten.

Der Unterschied zwischen Mitwirkung und Mitbestimmung zeigt sich im Konfliktfall, wenn die Vermittlungsstelle angerufen wird. Bei der Mitwirkung gibt die Vermittlungsstelle nur ein Votum ab. Es entscheidet aber die Werkstatt abschließend. Bei der Mitbestimmung entscheidet die Vermittlungsstelle abschließend.

- ▶ Werkstattträte können sich in einer Amtszeit für bis zu 15 Tage für Schulungs- und Bildungsveranstaltungen feistellen lassen, neue Werkstattträte bis zu 20 Tage.
- ▶ Neben der oder dem Vorsitzenden des Werkstattrats hat in Werkstätten mit mehr als 700 Wahlberechtigten auch die Stellvertretung einen Anspruch auf Freistellung.
- ▶ Die dem Werkstatttrat zur Seite zu stellende Vertrauensperson muss nicht mehr aus dem Fachpersonal der Werkstatt stammen. Sie kann auch von außerhalb kommen.
- ▶ Die Finanzierung der überregionalen Interessenvertretungen der Werkstattträte auf Bundes- und auf Landesebene erfolgt über die Kostenätze der Werkstätten.
- ▶ In Werkstätten für behinderte Menschen gibt es Frauenbeauftragte. Diese vertreten die Interessen von Frauen gegenüber der Werkstattdleitung, insbesondere im Bereich Gleichstellung. Sie sind auch Ansprechpartnerinnen bei Gewalt an Frauen. Die Regelungen für die Frauenbeauftragte und ihre Stellvertretung entsprechen im Wesentlichen den Regelungen für die Werkstattträte.

- ▶ Der Freibetrag bei der Anrechnung des Arbeitsentgeltes auf die ergänzenden Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurde erhöht, das Arbeitsentgelt aus der Werkstattbeschäftigung wird nun in einem geringeren Umfang auf die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung angerechnet als bisher. Die Werkstattbeschäftigten haben dadurch mehr Einkommen zur Verfügung.
- ▶ Das Arbeitsförderungsgeld für Werkstattbeschäftigte beträgt 52 Euro im Monat.

Schwerbehindertenausweis

- ▶ Im Zusammenhang mit der Benutzung von Behindertenparkplätzen wird klargestellt, dass eine außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“) nicht nur aufgrund von orthopädischen, sondern beispielsweise auch wegen schwerer Beeinträchtigung innerer Organe vorliegen kann.
- ▶ Schwerbehinderte Menschen, deren mobilitätsbezogene Teilhabeeinschränkung nicht im orthopädischen Bereich liegt, erhalten dadurch künftig leichter den ihnen zustehenden Nachteilsausgleich.
- ▶ Im Schwerbehindertenausweis ist künftig das Merkzeichen „TBl“ für „taubblind“ einzutragen, wenn bei einem schwerbehinderten Menschen wegen einer Störung der Hörfunktion ein Grad der Behinderung von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein Grad der Behinderung von 100 anerkannt ist.

- Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin berät das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten. Er bereitet insbesondere die Fortentwicklung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze vor, die unter anderem für die Bewertung des Grades der Behinderung maßgeblich sind. In dem Beirat sind seit 2017 zwei sachkundige Personen tätig sein. Diese Sachverständigen werden von den Betroffenenverbänden benannt und haben im Beirat ein Mitberatungsrecht. Damit wird die wichtige Perspektive der Betroffenen und deren Sichtweise auf die Teilhabebeeinträchtigungen besser berücksichtigt.

Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen bei Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII ab dem 1. Januar 2017

Für Bezieher von Hilfe zur Pflege gibt es einen neuen Freibetrag bei Erwerbseinkommen. Dieser beträgt 40 Prozent des unbereinigten Bruttoeinkommens gedeckelt auf 65 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 (derzeit rund 280 Euro monatlich).

Für Bezieher von Hilfe zur Pflege wurde ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag von bis zu 25.000 € zur Sicherstellung einer angemessenen Lebensführung und einer angemessenen Alterssicherung eingeführt. Dieser erhöhte Vermögensfreibetrag greift nur dann, wenn das Vermögen überwiegend aus Erwerbseinkommen angespart wurde.

Außerdem ist der allgemeine Betrag des Schonvermögens in der Sozialhilfe zum 1. April 2017 für kleinere Barbeträge von 2.600 Euro auf 5.000 Euro erhöht worden.

Zum 1. Januar 2018 wurden die Leistungen der sozialen Teilhabe in einem Leistungskatalog konkretisiert und gebündelt.

Elternassistentenz und Assistenz in der (hoch-)schulischen beruflichen Weiterbildung werden ausdrücklich geregelt und Jobchancen in Betrieben für Werkstattbeschäftigte durch ein Budget für Arbeit geschaffen.

Leistungen „wie aus einer Hand“

Die Anforderungen und Kriterien des Gesamtplanverfahrens wurden erweitert und präzisiert. Das Gesamtplanverfahren ergänzt das für alle Rehabilitationsträger verbindlich geltende Teilhabeplanverfahren und beinhaltet u. a. die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs anhand eines Instruments, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert.

Es reicht ein Reha-Antrag aus, um alle benötigten Leistungen von verschiedenen Rehabilitationsträgern zu erhalten.

Eingliederungshilfe - Überführung in den 2. Teil SGB IX zum 1. Januar 2020

Mit dem Inkrafttreten der 3. Stufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird die Eingliederungshilfe aus dem Recht der Sozialhilfe ausgegliedert und als Teil 2 in das SGB IX überführt.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe stellen ein soziales Leistungssystem für Menschen mit erheblichen Teilhabeeinschränkungen dar. Die Leistungen sind bedürftigkeitsabhängig. Das heißt, Einkommen und Vermögen des Menschen mit Behinderung und bei minderjährigen Kindern der im Haushalt lebenden Eltern oder des Elternteils im Rahmen des Eigenbeitrages sind zu berücksichtigen. Die Finanzierung erfolgt nach wie vor aus Steuermitteln.

Mit der Überführung der Eingliederungshilfe in das SGB IX, Teil 2 gehen im Wesentlichen folgende Änderungen einher:

Von der Einrichtungs- zur Personenzentrierung

Die Eingliederungshilfe wird nun von einer überwiegend einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung neu ausgerichtet. Die Charakterisierung von Leistungen in ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen wird aufgehoben. Die notwendige Unterstützung soll sich – im Lichte insbesondere von Artikel 19 UN-Behindertenkonvention – unter ganzheitlicher Perspektive ausschließlich an dem individuellen Bedarf orientieren. Dieser Bedarf soll gemeinsam mit dem Menschen mit Behinderung ermittelt, das passende „Hilfspaket“ zusammengestellt und im gewohnten oder gewünschten Lebensumfeld organisiert werden.

Optimierung der Gesamtplanung

Die personenzentrierte Neuausrichtung der Eingliederungshilfe geht einher mit einer optimierten Gesamtplanung. Der Mensch mit Behinderung wird in das Verfahren aktiv einbezogen und sein Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigt.

Die Bedarfsermittlung und -feststellung erstreckt sich auf alle Lebenslagen des Menschen mit Behinderungen und erfolgt nach bundeseinheitlichen Maßstäben. Die Verantwortung der Koordinierung der Leistungen richtet sich auch in der Eingliederungshilfe nach den allgemeinen Vorschriften der Teilhabeplanung im SGB IX Teil 1, die für alle Rehabilitationsträger gelten, und wird durch die Gesamtplanung ergänzt.

Neuregelung des Einkommens- und Vermögenseinsatzes

Die Eingliederungshilfe wird aus dem Fürsorgesystem der Sozialhilfe herausgeführt. Mit der Neuregelung des Einkommens- und Vermögenseinsatzes wird ein neues System geschaffen, in dem ohne Unterscheidung der Behinderung alle erforderlichen Fachleistungen gewährt werden.

Die bisherige einzelfallbezogene Beurteilung der finanziellen Situation wird durch eine Regelung abgelöst, bei der ein vom Gesamteinkommen abhängiger Eigenbeitrag festgelegt wird. Alle Beiträge, die für die Bemessung des Eigenbeitrages ausschlaggebend sind, unterliegen automatisch einer Dynamisierung.

Ergänzend zu den Verbesserungen beim Einkommenseinsatz wird die Vermögensfreigrenze erhöht. Einkommen und Vermögen der Partner von Leistungsberechtigten bleiben anrechnungsfrei.

3. Behinderung – Was ist das?

Von Behinderung spricht man, wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit beeinträchtigt sind und diese Beeinträchtigung die Betroffenen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht → § 2 SGB IX. Dabei spielt es keine Rolle, ob die gesundheitliche Beeinträchtigung 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.

3.1 Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?

Um als Mensch mit Behinderung 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 Menschen mit Behinderungen in den Bereichen Beschäftigung und Beruf, aber auch im alltäglichen Leben. Um einer nachteiligen

Behandlung auf diesen Gebieten wirksam zu begegnen, wurde ein Benachteiligungsverbot u. a. für die Gruppe der Menschen mit Behinderungen eingeführt.

Außerdem steht allen Menschen mit Behinderungen der Weg zu den Rehabilitationsträgern offen, die nach dem SGB IX Teil 1 Teilhabeleistungen erbringen (siehe unten, Abschnitt 4). Für einen Antrag auf Teilhabeleistungen bei einem Rehabilitationsträger (siehe unten, Abschnitt 4.1.) kommt es im Grundsatz also nicht darauf an, ob ein bestimmter Grad der Behinderung festgestellt wurde.

Es gibt jedoch auch spezielle Regelungen, die ausschließlich für schwerbehinderte Personen gelten. Menschen mit Behinderungen, 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 Abs. 2 SGB IX**. Die Hilfen nach dem Teil 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch „Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)“

→ §§ 151 ff. SGB IX erhalten ganz überwiegend schwerbehinderte und diesen gleichgestellte Menschen mit Behinderungen. So gilt z. B. der besondere Kündigungsschutz **→ §§ 168 ff. SGB IX** für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen (GdB von wenigstens 30), während ein Anspruch auf Zusatzurlaub **→ § 208 SGB IX** und auf unentgeltliche Beförderung **→ § 228 SGB IX** (siehe auch Kapitel 16.4.2) grundsätzlich nur für schwerbehinderte Menschen besteht.

3.2 Feststellung der Behinderung

Wenn ein Antrag auf Teilhabeleistungen bei einem Rehabilitations-träger gestellt wurde (Bsp.: Antrag auf Hilfsmittel, wie z.B. Hörgerät), prüft dieser in einem standardisierten Verfahren, welche behinderungsbedingte Barrieren es gibt und welche Leistungen in Betracht kommen, um Teilhabe-einschränkungen ausgleichen zu können. In diesem Verfahren wird aber in der Regel noch kein Grad der Behinderung festgestellt.

Einige Rechte und Hilfen im Arbeitsleben und Leistungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile (z. B. im öffentlichen Personennahverkehr) setzen aber eine Feststellung des Grades der Behinderung voraus **→ § 152 SGB IX**.

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

- ▶ die Feststellung des Vorliegens einer Behinderung und der Grad der Behinderung,
- ▶ der Nachweis bestimmter gesundheitlicher Merkmale (**Merkzeichen → Glossar**) 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 der „Grad der Behinderung“ (GdB) in Zehnergraden von 20 bis 100. Grundlage für die Beurteilungen sind die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (**→ Glossar**), die als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) veröffentlicht werden.

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 reines 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!

3.3 Der Schwerbehinderten- ausweis

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 insbesondere der Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen (→ **Glossar**) als Nachweis erforderlich, dass der Mensch mit Behinderungen 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
- TBl** Taubblind



Tipp:

**Einzelheiten regelt die „Schwerbehindertenausweisverordnung.“
Nähere Auskünfte erteilen die
örtlichen Versorgungsbehörden.**

3.4 Nachteilsausgleiche

Es gibt viele Nachteile, die Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben und in der Gesellschaft insgesamt in Kauf nehmen müssen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Menschen mit Behinderungen besondere Leistungen und Hilfen, so genannte Nachteilsausgleiche → § 209 SGB IX, 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 Mensch mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen gegen Vorlage des Schwerbehindertenausweises Ermäßigungen auf die Eintrittspreise ein.

4. Leistungen zur Teilhabe

Menschen mit Behinderungen soll durch diese Leistungen sowohl die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere auch am Arbeitsleben ermöglicht werden. Sie sollen ihr Leben nach ihren Neigungen und Fähigkeiten gestalten können. Eine umfassende Teilhabe ist dann erreicht, wenn der Mensch mit Behinderung (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, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Teilhabe 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 Menschen mit

Behinderungen jeweils abgestimmten einzelnen Phasen und Bereiche nahtlos ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen.

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

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

Für die einzelnen Leistungen zur Teilhabe sind unterschiedliche Träger zuständig (Rehabilitations-träger → § 6 SGB IX), 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 bestimmten Bereich der Rehabilitation und Teilhabe.

- ▶ **Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
- ▶ **Träger der Krankenversicherung** sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der landwirtschaftlichen Krankenkassen.
- ▶ **Die Rentenversicherung** erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist oder eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert bzw. wiederhergestellt werden kann. Darüber hinaus erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur Prävention für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen

aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Sie erbringt Leistungen zur Nachsorge, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder von Versicherten, Rentnern oder für Bezieher einer Waisenrente, um ihre zukünftige Erwerbsfähigkeit positiv zu beeinflussen.

- ▶ **Träger der Rentenversicherung** sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die verschiedenen Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der landwirtschaftlichen Alterskasse.
- ▶ **Die Unfallversicherung** ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe verantwortlich. Unfallversicherungsträger sind die gewerb-

lichen Berufsgenossenschaften, die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft.

- ▶ **Die Träger der Sozialen Entschädigung** übernehmen bei Gesundheitsschäden für ihre Leistungsberechtigten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Teilhabe.
- ▶ **Träger der Sozialen Entschädigung** sind in der Regel die Landesversorgungsämter, Versorgungsämter sowie die Hauptfürsorgestellen und Fürsorgestellen.
- ▶ **Der Träger der Eingliederungshilfe** erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen und sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Die Leistungen setzen zum Teil die Bedürftigkeit des Menschen mit Behinderung 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 Träger der Eingliederungshilfe. Anträge auf Eingliederungshilfe nimmt der Träger der Eingliederungshilfe in der Wohnortgemeinde entgegen. Es leitet die Anträge – sofern nicht selbst für die Bearbeitung zuständig – an den zuständigen Eingliederungshilfeträger weiter.

- ▶ **Die Kinder- und Jugendhilfe** erbringt Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) 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 erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Behinderungen 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 sowie von Behinderung bedrohter 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.

4.1.1 Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II erhalten

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst auch Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für erwerbsfähige und hilfebedürftige Menschen mit Behinderungen. Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind insbesondere darauf auszurichten, dass behindertenspezifische Nachteile überwunden werden. Im Wesentlichen stehen Menschen mit Behinderungen mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) 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 Arbeitsuchende“, Bestellnummer A 430

Die Bundesagentur für Arbeit ist auch für den Personenkreis der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Behinderungen nach dem SGB II (siehe Ziffer 4.1.2) 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 Leistungsberechtigte mit Behinderungen 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, bei Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers Bundesagentur für Arbeit, die grundsätzliche Leistungsverantwortung und Entscheidungskompetenz der

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über die Leistungen zur beruflichen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB II.

4.1.2 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) sind die Bundesagentur für Arbeit sowie die kreisfreien Städte und Kreise als kommunale Träger. Im Regelfall bilden die Träger im Gebiet jedes kommunalen Trägers zur einheitlichen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende eine gemeinsame Einrichtung (gE). Die Zusammenarbeit von Agentur für Arbeit und kommunalem Träger gewährleistet eine bürgerfreundliche Leistungsgewährung „aus einer Hand“. Von 104 Landkreisen und kreisfreien Städten wird die Grundsicherung für Arbeitsuchende in alleiniger Zuständigkeit als zugelassener kommunaler Träger (zkT) eigenverantwortlich wahrgenommen.

Sowohl die gemeinsamen Einrichtungen als auch die zugelassenen kommunalen Träger führen die Bezeichnung Jobcenter.

4.2 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 dazu verpflichtet Ansprechstellen zu benennen, die wiederum untereinander über Zuständigkeitsgrenzen hinweg vernetzt sind.

Sollte der Antrag bei einer Stelle gestellt worden sein, die nicht für die beantragte Leistung zuständig ist, greift ein besonderes Zuständigkeitsklärungsverfahren.

Dieses stellt sicher, dass der Antrag an die richtige Stelle geleitet und die Leistung so schnell wie möglich erbracht wird.

Für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen von verschiedenen Trägern benötigen, ist das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zudem stark vereinfacht worden. Mit dem neuen Teilhabeplanverfahren (Teilhabeplan → § 19 ff. SGB IX) ist ein einziger Reha-Antrag ausreichend, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren in Gang zu setzen, auch wenn die unterschiedlichen Zuständigkeiten bestehen bleiben. Sind mehrere Rehabilitationsträger beteiligt oder werden unterschiedliche Leistungen beantragt, ist ein gemeinsames und von einer Stelle zu koordinierendes Verfahren der Bedarfsfeststellung künftig für alle Rehabilitationsträger verbindlich vorgeschrieben. Gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen werden die erreichbaren und überprüfbaren Teilhabeziele dokumentiert und entsprechend dem Verlauf der Entwicklung angepasst.

Mit Zustimmung oder auf Wunsch der Leistungsberechtigten sind außerdem gemeinsame Fallkonferenzen durchzuführen, in denen der individuelle Unterstützungsbedarf mit den Antragstellenden und ihren Vertrauenspersonen beraten wird. Wenn die Rehabilitationsträger nicht innerhalb gesetzlich festgelegter Fristen entscheiden, können die Antragstellerinnen/Antragsteller zudem die beantragten Leistungen selbst beschaffen und der Behörde, die den Antrag erhalten hat, die Beschaffungskosten in Rechnung stellen.

5. Früh vorsorgen – früh fördern

Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung, Prävention

Je früher eine drohende Erkrankung oder Behinderung erkannt wird, desto größer ist häufig 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 Gesundheits- störungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Ein besonderer Schwerpunkt der Früherkennung und Vorsorge wird auch in die Phase der Säuglings- und Kinder- entwicklung gelegt. Das Gesundheitsuntersuchungs- programm für Kinder (sog. U-Untersuchungen) umfasst aktuell insgesamt zehn Unter- suchungen 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, so erfolgt eine weitergehende Diagnose und Behandlung, ggf. auch durch Fachärztinnen und -ärzte. Falls erforderlich ist eine Behandlung und Frühförderung auch in spezialisierten Einrichtun- gen mit besonders geschulten Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen möglich. Maßnahmen der Früh- förderung tragen dazu bei, Aktivität und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und an der früh- kindlichen Bildung und Erziehung zu ermöglichen.

Im Erwachsenenalter sind die Vorbeugung und frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Therapieeinleitung weit verbreiteter chronischer Krankheiten, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und Krebs, von großer Bedeutung. Daher haben nach den sozialgesetzlichen Regelungen (SGB V) gesetzlich Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten. Die inhaltliche Ausgestaltung der o. g. gesetzlichen Vorgaben in Richtlinien obliegt dem verantwortlichen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und besteht aus Vertretungen von Krankenkassen, (Zahn-)Ärzteschaft, Psychotherapeutenschaft sowie Krankenhäusern. Vertretungen von Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Infolge der Umsetzung der Vorgaben des Präventionsgesetzes von 2015 (§ 25 Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 4 SGB V) durch den G-BA in seinen Richtlinien können

seit April 2019 Frauen und Männer im Alter von 18 bis 34 Jahren einmalig und Frauen und Männer ab 35 Jahre alle drei Jahre an einer Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) teilnehmen – zur Früherkennung von z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus sowie gesundheitlicher Risikofaktoren.

Bereits seit Anfang 2017 können im Rahmen der „Check-up“-Untersuchung bei Bedarf auch Präventionskurse, z. B. zur Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung, in einer ärztlichen Bescheinigung empfohlen werden. Ferner haben gesetzlich versicherte Frauen und Männer einen Anspruch auf regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung von bestimmten Krebskrankheiten. Es handelt sich hier um die Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs bei Frauen, von Prostatakrebs bei Männern sowie von Darmkrebs und von Hautkrebs bei Frauen und Männern. Mit dem am 9. April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und registergesetz (KFRG – § 25 Absatz 2 und

Absatz 4 SGB V sowie § 25a SGB V) wurde der G-BA verpflichtet, die bisherige Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs in organisierte Screening-Programme mit einem Einladungs- und Informationswesen sowie einer Erfolgskontrolle zu überführen und hierzu die Programme in seinen Richtlinien auszugestalten. Seit dem 1. Juli 2019 werden nun gesetzlich Versicherte ab 50 Jahren von ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung schriftlich eingeladen und informiert. Weitere Einladungen zur Darmkrebs-Früherkennung erfolgen im Alter von 55, 60 und 65 Jahren. Ferner laden die gesetzlichen Krankenkassen seit dem 1. Januar 2020 die Frauen ab 20 Jahren – alle fünf Jahre bis zum Alter von 65 Jahren – zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ein und informieren sie darüber.

Sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse oder Ihrer Ärztin beziehungsweise Ihrem Arzt über die Angebote für gesetzlich Versicherte zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnvorsorge und weitere Gesundheitsangebote, wie zum Beispiel für eine gesunde Ernährung, mehr Bewegung, eine bessere Stressbewältigung und zur Tabakentwöhnung.

Mit dem am 14. Dezember 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) sind die Ansprüche der Versicherten der Rentenversicherung wesentlich gestärkt worden. Die Träger der Rentenversicherung müssen jetzt als Prävention medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte erbringen, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Darüber hinaus sollen die Träger der Rentenversicherung in träger-

übergreifenden Modellprojekten erproben, ob und wie sie ihren Versicherten ab Vollendung des 45. Lebensjahres eine umfassende berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung und darauf aufbauend eine Gefährdungs- und Potenzialanalyse anbieten können, um dadurch spätere Leistungen zur Teilhabe zu vermeiden (sog. Ü-45 Check-up).

6. 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:

6.1 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.

6.2 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. In der gesetzlichen Krankenversicherung, in der der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt, wird grundsätzlich geprüft, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht.

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.

6.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Auch Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen werden sowohl von der Rentenversicherung als auch von der Krankenversicherung erbracht. Zuständig ist der Reha-Träger, bei dem die Leistung beantragt wird.

Mit dem am 14. Dezember 2016 in Kraft getretenen Flexirentengesetz wurden die Ansprüche der Kinder von Versicherten der Rentenversicherung gestärkt. Sie ist jetzt eine eigenständige Pflichtleistung für Kinder und Jugendliche geworden, bei denen eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit vorliegt oder die Gesundheit insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigt ist. Voraussetzung ist, dass durch diese Leistungen die beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dieses Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit hat. Die Leistungen können

stationär und ambulant durchgeführt werden. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung zur Kinderrehabilitation notwendig ist. Das gleiche gilt für die Mitnahme von Familienangehörigen, wenn die Mitnahme der Familie in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist. Die bisherige Wiederholungsfrist von vier Jahren ist weggefallen. Die stationären Leistungen können nun in der Regel für mindestens vier Wochen erbracht werden. Leistungen zur Nachsorge sind zu erbringen, wenn sie notwendig sind, um den Erfolg der Kinderrehabilitation zu sichern.

6.4 Heilmittel

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

6.5 Hilfsmittel

Hilfsmittel sollen ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern, ergänzen oder ausgleichen oder das Entstehen einer dauerhaften Behinderung verhindern. 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.

6.6 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.

6.7 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.

6.8 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 Menschen mit Behinderungen 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 Frauen und Mädchen mit Behinderungen oder drohender Behinderung, ausgerichtet sind, um das Selbstbewusstsein zu stärken.

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

6.9 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 Kapiteln 6.1 bis 6.9 erforderlichen Sachleistungen werden von den Rehabilitations-trägern übernommen. Unter bestimmten Umständen bewilligen sie auch ergänzende Leistungen → Kapitel – Leistungen zur Teilhabe: Die finanzielle Sicherung).

6.10 Zuzahlungen

Für alle Versicherten in der GKV 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 28 Tage begrenzt, wenn es sich dabei um eine Anschlussrehabilitation handelt, die innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung beginnt. Bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen werden angerechnet.

Dem Spitzenverband Bund 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

6.10.1 Befreiungsmöglichkeiten

Befreiungen von Zuzahlungen sind bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich. Die Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent (bei chronisch Kranken ein Prozent) der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familienbruttoeinkommen 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 Familienbruttoeinkommen 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.

6.10.2 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. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Ärzteschaft), 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 Pflegegrade 3, 4, 5 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 Ver-

schlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit 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, 11055 Berlin, erhältlich.

oder im



Internet:

www.bmg.bund.de

6.10.3 Besonderheiten bei Leistungsbezug von SGB II oder XII

Für leistungsberechtigte Personen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II oder der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der 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 im Jahr 2020 bei einem Regelbedarf von 432 Euro monatlich bzw. 5.184 Euro für das gesamte Kalenderjahr eine Belastung von 103,68 Euro bzw. bei chronischer Erkrankung von

51,84 Euro je Kalenderjahr als zumutbar angesehen. Ab dem Jahr 2021 wird bei einem Regelbedarf von 446 Euro monatlich bzw. 5.352 Euro für das gesamte Kalenderjahr eine Belastung von 107,04 Euro bzw. bei chronischer Erkrankung von 53,52 Euro je Kalenderjahr als zumutbar angesehen.

6.10.4 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. Die Zuzahlungen der Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung dienen der Kompensation der häuslichen Ersparnis, die der oder dem Versicherten durch die im Zusammenhang mit der Leistung erbrachte Unterkunft und Verpflegung zugutekommt. Von der Zuzahlung kann unter bestimmten Voraussetzungen vollständig oder teilweise abgesehen werden.

Der Befreiungsbescheid der GKV 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 die oder der Versicherte ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden, wenn diese sie oder ihn unzumutbar belasten würde. Hierfür ist eine von den Rentenversicherungsträgern jährlich aktualisierte Zuzahlungstabelle maßgeblich.



Info:

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Rentenversicherungsträger.

6.10.5 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.

Ist das Ziel der Heilbehandlung mit Arznei- oder Verbandmitteln zu erreichen, für die Festbeträge festgesetzt sind, trägt der Unfallversicherungsträger die Kosten bis zur Höhe dieser Beträge. Verordnet die Ärztin/der Arzt ein teureres Arznei- oder Verbandmittel, sind die Versicherten auf die Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

6.10.6 Zuzahlungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

Zuzahlungen im oben genannten Sinne fallen grundsätzlich nicht an für Personen, die nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder einem Gesetz, dass das BVG für entsprechend anwenbar erklärt, Leistungen der Heil- oder Krankenbehandlung erhalten.

7. Förderung in Kindertageseinrichtungen, Schul- und Berufsausbildung, Hochschulbildung

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 Berufschancen und Lebenschancen. Für Menschen mit Behinderungen gilt dies ganz besonders. Genau wie Menschen ohne Behinderungen haben sie deshalb Anspruch auf eine ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechende Bildung.

7.1 Kinder mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege fördern

In den ersten Lebensjahren erwirbt ein Kind die Grundlage für Sprache, Sozialverhalten und den Zugang zur Welt. Gerade für Kinder mit Behinderungen ist es besonders wichtig, die Entwicklungschancen dieser frühen Lebensphase in einer Kindertageseinrichtung oder bei einer Tagesmutter/bei einem Tagesvater bestmöglich zu nutzen. Ab dem ersten Geburtstag hat deshalb jedes Kind einen Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz.

Kinder mit Behinderungen sollen soweit möglich gemeinsam mit Kindern ohne Behinderungen in Kindertageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege(stelle) gefördert werden. Zu diesem

Zweck sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit den Trägern der Sozialhilfe bei der Planung, konzeptionellen Ausgestaltung und Finanzierung des Angebots zusammenarbeiten
→ § 22a Abs. 4 SGB VIII. Je nach Art und Schwere der Behinderung sind hierfür:

- ▶ eine behindertengerechte Ausstattung,
- ▶ zusätzliche Betreuung und
- ▶ sonder- bzw. heilpädagogische Hilfen durch Fachkräfte

erforderlich.

In den letzten Jahren sind verschiedene Formen der gemeinsamen Förderung von Kindern mit und ohne Behinderungen in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege entstanden. So nehmen viele allgemeine Kindertageseinrichtungen und

Tagespflegestellen auch Kinder mit Behinderungen auf, während sich spezifische Einrichtungen für Kinder mit Behinderungen bei Vorliegen der erforderlichen Rahmenbedingungen zunehmend Kindern ohne Behinderungen öffnen. Immer mehr Einrichtungen und Kindertagespflegestellen beziehen die notwendigen Vorkehrungen, die für eine gemeinsame Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderungen erforderlich sind, von vornherein mit ein, wenn Gebäude neu gebaut oder umgebaut werden. Bei allen Formen des gemeinsamen Lernens kommt es darauf an, den Bedürfnissen der Kinder mit und ohne Behinderungen gleichermaßen gerecht zu werden. Insgesamt haben sich integrative und inklusive Konzepte und Arbeitsformen zu einem strukturellen Bestandteil der Erziehungs-, Betreuungs- und Bildungsarbeit in der frühkindlichen Bildung entwickelt. Dies ist auch in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Länder für die frühkindliche Bildung verankert. Daneben bleibt es weiterhin wichtig, Kindern mit

Behinderungen die Möglichkeit der Bildung und Erziehung in spezifischen Einrichtungen anzubieten, wenn ihre Bedarfe auch mit den vorhandenen und zu schaffenden Unterstützungen und Vorkehrungen in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege nicht eingelöst werden können.

7.2 Die Rolle der Schule

Schulische Bildung in Deutschland fällt in den Aufgabenbereich der Bundesländer. Dementsprechend gibt es kein bundesweit einheitliches System der schulischen Bildung und Erziehung von Schülerinnen und Schülern mit Behinderungen. Die Länder pflegen im Rahmen der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) eine intensive Kooperation in Fragen der Inklusion und der sonderpädagogischen Bildung und Erziehung. Auf der Basis gemeinsamer Beschlüsse und Empfehlungen gestalten sie die inklusive Bildung und sonderpädagogische Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote unterschiedlich aus.

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

Wer entscheidet über den Schultyp bzw. Schulart?

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. Dies gilt gleichermaßen für Eltern von Kindern mit und ohne Behinderungen.

Für Eltern von Kindern mit Behinderungen ist der Ausgangspunkt häufig die Frage, ob ihr Kind gemeinsam mit nicht-

behinderten Kindern zur Schule gehen oder eine Förderschule/sonderpädagogische Bildungseinrichtung 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 allgemeine Schule besuchen.

Wer für die Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot zuständig ist und welche Stellen maßgeblich die Entscheidung über den zu besuchenden Schultyp bzw. Schulart treffen, ist von Land zu Land unterschiedlich. Die Eltern des Kindes werden selbstverständlich in die Klärungsprozesse einbezogen. Außerdem können sich die Eltern bei der zuständigen Schulverwaltung, den Bildungsberatungsstellen und schulpsychologischen Diensten beraten lassen. In einigen Bundesländern haben Eltern von Kindern mit Behinderungen ein weitgehendes Wahlrecht zwischen den Schulformen.

Auch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das von der Bundesrepublik Deutschland Anfang 2009 ratifiziert wurde, sieht in Artikel 24 das gemeinsame Lernen als Regelfall vor. Die Bundesländer verfolgen daher das Ziel, das gemeinsame Lernen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit und ohne Behinderung in voller und wirksamer Teilhabe zu gewährleisten und dabei die erreichten Standards sonderpädagogischer Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote abzusichern und weiterzuentwickeln. Zudem ist die Behindertenrechtskonvention bei der Auslegung des bestehenden Schulrechts zu berücksichtigen.



Info:

Das UN-Übereinkommen finden Sie im Gesetzesteil.

Übrigens: Die Entscheidung über den Bildungsort muss nicht endgültig sein. Schule, Elternhaus sowie soziale und therapeutische Dienste können eng zusammenarbeiten und so den Bildungsort 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.

7.3 Studierende mit Behinderungen

Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten haben ein Recht darauf, diskriminierungsfrei und chancengleich zu studieren.

Entsprechende rechtliche Regelungen finden sich u.a. in den Hochschulgesetzen der Länder. Hochschulen haben die Aufgabe, Barrierefreiheit zu schaffen – beim Zugang zu Gebäuden, in der Lehre und Kommunikation. Standards der Barrierefreiheit gelten auch für digitale Lehrangebote. Überall dort, wo Barrierefreiheit nicht für alle gewährleistet ist oder gewährleistet werden kann, müssen angemessene Vorkehrungen getroffen werden. Hierzu gehören Nachteilsausgleiche.

Nachteilsausgleiche nutzen

Es gibt Nachteilsausgleiche im Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG), im Zulassungsverfahren, für den Studienverlauf und in Prüfungen. Nachteilsausgleiche werden nicht pauschal vergeben, sondern stets individuell und situationsbezogen gestaltet. Die Gestaltung hängt u. a. von den Auswirkungen der Beeinträchtigung und dem jeweiligen Studienfach ab.

Besonders wichtig werden Nachteilsausgleiche in Prüfungssituationen. Häufig werden Prüfungszeiten und Abgabefristen verlängert, Prüfungen in separate Räume verlegt oder Pausen individuell geregelt. Die prüfungsrechtlich festgelegten Leistungsziele bleiben erhalten. In interaktiven Veranstaltungen sollen Lehrende und Mitstudierende beeinträchtigungsbezogene Anforderungen angemessen berücksichtigen. Das kann bedeuten, dass Bilder einer Präsentation für Menschen mit Sehbeeinträchtigung verbalisiert oder Pausenregelungen und Sprechzeiten an beeinträchtigungsbedingte Belange angepasst werden.

Finanzierungsfragen klären

Ausbildungsförderung nach dem BAföG steht auch für Studierende mit Beeinträchtigungen an erster Stelle, wenn es um die Finanzierung des Lebensunterhalts geht und die eigenen Mittel nicht ausreichen. Der ausbildungsgeprägte Unterhalt umfasst die üblicherweise anfallenden laufenden Lebensunterhalts- und

Ausbildungskosten während des Studiums. Für Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten gibt es darüber hinaus Regeln, die die ihnen entstehenden Ausbildungserschwernisse ausgleichen sollen: Studierende mit Behinderungen, die Leistungen des BAföG erhalten, können über die für das jeweilige Studienfach festgelegte Regelstudienzeit hinaus BAföG erhalten, wenn die entstandene Ausbildungsverzögerung auf die Behinderungen zurückzuführen ist. Während der behinderungsbedingten Verlängerung erfolgt die Förderung ausschließlich als Zuschuss.

Besondere Modalitäten gibt es für Studierende mit Behinderungen auch im Zusammenhang mit der Ermittlung des Härtefreibetrags bei der Einkommensermittlung der Eltern.

Wenn nach Abschluss des Studiums der staatliche Darlehensanteil an den Förderungsleistungen zurückzuzahlen ist, gelten ebenfalls besondere Bestimmungen. Die Rückzahlung kann auf Antrag

ggfs. durch Freistellung und Stundung hinausgeschoben werden, soweit das Einkommen die für die Rückzahlung geltenden Freibeträge nicht überschreitet. Dabei besteht die Möglichkeit, behinderungsbedingte Mehraufwendungen geltend zu machen und somit den geltenden Einkommensfreibetrag zu erhöhen.

Der behinderungsbedingte Bedarf, der kein Bestandteil des BAföG ist, kann als Eingliederungshilfe nach SGB IX beantragt werden. Studierenden mit wesentlichen Behinderungen werden Eingliederungshilfen (z. B. Hilfsmittel, Kommunikations- und Mobilitätshilfen und Assistenzleistungen, um den Besuch der Hochschule zu ermöglichen) nach §112 SGB IX zur (hoch-)schulischen Aus- oder Weiterbildung für einen Beruf gewährt, sofern die behinderungsbedingten Bedarfe nicht durch andere Leistungsträger gedeckt werden.

Studienbedingungen vor Ort recherchieren

Wer an einem Studium interessiert ist, sollte frühzeitig wichtige Fragen im Zusammenhang mit der eigenen Beeinträchtigung klären:

- ▶ Sind die Lehr- und Lernräume barrierefrei zugänglich?
- ▶ Gibt es die benötigten Fachärzte vor Ort?
- ▶ Hat die Hochschule spezielle Unterstützungsangebote für Studierende mit Beeinträchtigungen?
- ▶ Wie kann ich meine Beeinträchtigungen bei der Bewerbung geltend machen?
- ▶ Wie funktionieren Nachteilsausgleiche im Studium und wie beantrage ich sie?
- ▶ Wer berät und unterstützt mich an der Hochschule in beeinträchtigungsbezogenen Fragen?



Informationen und Beratung:

In fast allen Hochschulen und Studenten-/Studierendenwerken gibt es Berater und Beraterinnen für Studierende und Studieninteressierte mit Behinderungen und chronischen Krankheiten.

Kontaktdaten über: www.studentenwerke.de/de/beauftragte

Die Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) des Deutschen Studentenwerks ist das bundesweite Kompetenzzentrum zum Thema Studieren mit Behinderungen. Sie wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Die IBS berät Studierende, Studieninteressierte sowie Beraterinnen und Berater. Sie gibt das Handbuch „Studium und Behinderung“ heraus.

Kontakt: 030 / 29 77 27-64 oder studium-behinderung@studentenwerke.de

Informationen zum Thema Studium mit Behinderungen: www.studentenwerke.de/de/behinderung

7.4 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 Menschen mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen. 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 Menschen mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen in Anspruch nehmen, die bei ihrer Tätigkeit durch Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen und technische Beraterinnen und Berater unterstützt werden. Fällt die Entscheidung auch nach intensiver Beratung schwer, besteht die Möglichkeit, dass jungen Menschen mit Behinderungen Leistungen zur Berufsfindung und Arbeits-erprobung 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 Behinderung eine betriebliche Ausbildung nicht zulässt, kommt

vielleicht ein Ausbildungsplatz in einem Berufsbildungswerk, einem Berufsförderungswerk, eine individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung oder eine Tätigkeit in Werkstätten für behinderte Menschen oder bei vergleichbaren Leistungsanbietern 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 junger Menschen mit Behinderungen ist möglich.

7.4.1 Die betriebliche 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). Die Ausbildung erfolgt dabei im Betrieb und der Berufsschule. 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 Menschen mit Behinderungen. Für nach dem 31. Dezember 2019 abgeschlossene Ausbildungsverträge gilt eine Mindestausbildungsvergütung. Diese beträgt für im Jahr 2020 beginnende Ausbildungsverhältnisse 515 Euro pro Monat im ersten Lehrjahr. Für das zweite Ausbildungsjahr muss ein Aufschlag von 18 Prozent, für das dritte von 35 Prozent und für das vierte von 40 Prozent auf diesen Betrag gezahlt werden. Bis zum Jahr 2023 ist eine schrittweise Erhöhung der Mindestausbildungsvergütung vorgesehen (bei Ausbildungsbeginn 2021: 550 Euro, 2022: 585 Euro, 2023: 620 Euro, jeweils im ersten Lehrjahr). Ab 2024 wird die Höhe der Mindestvergütung für das erste Ausbildungsjahr jährlich an die durchschnittliche Entwicklung aller Ausbildungsvergütungen angepasst. Tarifgebundene Ausbildungsbetriebe können ihren

Auszubildenden auch in Zukunft die für sie geltenden tariflichen Ausbildungsvergütungen zahlen, selbst wenn diese noch unter den o. g. Sätzen liegen.

Die Mindestausbildungsvergütung gilt nicht für Ausbildungen, die bereits vor dem Jahr 2020 begonnen haben und die im Jahr 2020 bei einem anderen Betrieb oder außerbetrieblich fortgesetzt werden. In diesen Fällen gilt wie bisher auch, dass eine angemessene Ausbildungsvergütung gezahlt werden soll.

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 Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber 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.

Die „Assistierte Ausbildung“ soll jungen Menschen, die bisher nur außerbetrieblich ausgebildet werden konnten, neue betriebliche Perspektiven eröffnen. Die Assistierte Ausbildung beinhaltet die individuelle, kontinuierliche Begleitung junger Menschen von der Ausbildungssuche bis zum erfolgreichen Ausbildungsabschluss. Gegenstand der Förderung können die Unterstützung zur Aufnahme einer betrieblichen Berufsausbildung sein (z. B. Bewerbungstraining) sowie Unterstützung während der Ausbildung z. B. Angebote zur Stabilisierung des Ausbildungsverhältnisses oder zum Abbau von Sprachdefiziten. Das bisher befristete Förderinstrument ist im Rahmen des Gesetzes zur Förderung der beruflichen Weiterbildung im Strukturwandel und zur Weiterentwicklung der Ausbildungsförderung (Arbeit-von-morgen-Gesetz) weiterentwickelt und als dauerhaftes Unterstützungsinstrument gesetzlich verankert worden.

Falls erforderlich, können für Menschen mit Behinderungen Ausbildung und Prüfungen erleichtert werden, z. B. durch die behinderungsgerechte Gestaltung von Ausbildungsabschnitten, die Zulassung besonderer Hilfsmittel oder die Einschaltung eines „Dolmetschers“ bei Prüfungen. Für junge Menschen mit Behinderungen, bei denen Art oder Schwere der Behinderung trotz der genannten Hilfen keine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf zulassen, gibt es besondere Ausbildungsgänge. Hierzu gehören die so genannten Fachpraktiker-Ausbildungen nach § 66 BBiG bzw. § 42r HwO.

Förderungsmöglichkeiten für Auszubildende mit Behinderungen und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

Einen Ausbildungsplatz behindertengerecht zu gestalten ist oft sehr individuell und häufig auch mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden. Für Auszubildende mit Behinderungen und ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gibt es deshalb verschiedene

finanzielle Fördermöglichkeiten. Aufgabe der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters ist es, die dafür notwendigen Schritte einzuleiten. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können Zuschüsse erhalten, wenn sie Menschen mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen und schwerbehinderten Menschen oder
- ▶ Zuschüsse, um einen überdurchschnittlich hohen Betreuungsaufwand abzu decken.

Budget für Ausbildung

Auch Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, soll - trotz voller Erwerbsminderung - der Einstieg in eine betriebliche Ausbildung erleichtert und eine reguläre Ausbildung ermöglicht werden.

Sie können mit dem zum 1. Januar 2020 neu eingeführten Budget für Ausbildung gefördert werden. Dem Ausbildungsbetrieb wird dabei für eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder für einen Ausbildungsgang zu einem Fachpraktikerberuf die gezahlte Ausbildungsvergütung erstattet und die erforderliche Unterstützung von Menschen mit Behinderungen am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule finanziert. Die Leistungen setzen mit Abschluss des Vertrags für eine entsprechende Ausbildung und Aufnahme der Ausbildung ein.



Tipp:

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

7.4.2 Die Berufsbildungswerke

Für Jugendliche mit Behinderungen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht betrieblich ausgebildet werden können, besteht die Möglichkeit, eine Ausbildung in einem Berufsbildungswerk zu absolvieren.

Das Ziel der Berufsbildungswerke ist die Eingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 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 eingeschlossen. Ausbildungsbegleitend werden die Jugendlichen durch Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen und andere Fachkräfte betreut. Dem Beginn der Ausbildung können berufsvorbereitende Maßnahmen vorgeschaltet sein.

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

Menschen mit Behinderungen, die eine außerbetriebliche Ausbildung in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation oder in einer anderen speziell auf die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen ausgerichteten Einrichtung absolvieren, erhalten keine Ausbildungsvergütung, sondern ein

bedürftigkeitsabhängiges Ausbildungsgeld, das als eigenständige Sozialleistung an die Regelungen zur Berufsausbildungsbeihilfe und des BAföG gekoppelt ist und sich in der Bedarfshöhe nach der Unterbringungsform richtet. Liegt die mit dem Berufsbildungsmodernisierungsgesetz eingeführte Netto-Mindestausbildungsvergütung jeweils über dem jeweiligen Bedarfssatz für das Ausbildungsgeld, wird dieser Bedarfssatz entsprechend angehoben. Damit profitieren auch Menschen mit Behinderungen von der neu eingeführten Mindestausbildungsvergütung.

7.5 Außerschulische Jugendbildung

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

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

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

8. 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. Menschen mit Behinderungen 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 Eltern mit Behinderungen einzugehen.

Leistungen zur Berufsförderung

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

Menschen mit Behinderungen, 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 Mensch mit Behinderungen 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.

8.1 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 Menschen mit Behinderungen 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 meist in anerkannten Ausbildungsberufen (mit Kammerprüfung) und dauert in der Regel zwei Jahre. Sie kann aber auch nach den besonderen Ausbildungsregelungen für Menschen mit Behinderungen durchgeführt werden.

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

Zudem können Menschen mit Behinderungen, 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.

8.2 Berufliche Weiterbildung

Ein Bedarf an Bildung und Weiterbildung besteht in der Regel für Menschen mit und ohne Behinderungen 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.

Erwerbstätige (und ihre Arbeitgeberinnen/ihre Arbeitgeber) werden seit dem zum 1. Januar 2019 durch das Qualifizierungschancengesetz und seit dem 28. Mai 2020 durch das Arbeit-von-morgen-Gesetz darin unterstützt, ihre Qualifikationen in einer sich wandelnden Arbeitswelt weiterzuentwickeln und neue Anforderungen, wie sie aus der Digitalisierung entstehen, zu bewältigen.

Weiterbildungslehrgänge finden in der Regel im Betrieb oder bei einem Bildungsträger statt. Sie können in besonderen Fällen auch in örtlichen Weiterbildungs- und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden.

Stellt z. B. die technische Entwicklung im Beruf neue Anforderungen oder wird aufgrund der Behinderungen eine Zusatzqualifikation benötigt, kann eine Anpassungsqualifizierung absolviert werden.

Wird ein beruflicher Aufstieg angestrebt, kann eine berufliche Aufstiegsfortbildung für eine zusätzliche Qualifizierung finanziell unterstützt werden, z.B. für Techniker- und Meisterschulungen sowie Fortbildungen zum Fachwirt. Die Teilnahme an einer Maßnahme, die auf einen Aufstiegsfortbildungsabschluss vorbereitet, kann auch nach dem AFBG (sogenanntes „Meister-BAföG“) förderfähig sein.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Soziale Sicherung im Überblick“ informiert u. a. über die Förderung der Beruflichen Weiterbildung in der Arbeitsförderung, Bestellnummer A 721

8.3 Berufliche Trainingszentren

Für Menschen mit psychischen Behinderungen gibt es außerdem Berufliche Trainingszentren. Dies sind Sozialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Behinderungen. Hier können realistische berufliche Perspektiven abgeklärt werden, Teilnehmerinnen und Teilnehmer 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 Menschen mit Behinderungen nicht haben, so kann dieser auf Kosten des zuständigen Leistungsträgers nachgeholt werden.

8.4 Berufsförderungswerke

Wenn 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 Menschen mit Behinderungen, die während der Umschulung nicht zu Hause wohnen können, ist ein Internat angeschlossen.

8.5 Werkstätten für behinderte Menschen

Menschen mit Behinderungen, 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 → §§ 219 ff. SGB IX. Zunächst wird überprüft, ob die Einrichtung für die Person mit Behinderungen geeignet ist (Eingangsverfahren). Im Anschluss daran werden im Berufsbildungsbereich berufs-fördernde Maßnahmen mit solchen zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit angeboten. Die Werkstatt für behinderte Menschen verfügt über ein möglichst breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen sowie über qualifiziertes Personal und einen begleitenden Dienst. Zum Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen gehören 16 ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Soweit wie möglich werden die Menschen mit Behinderungen 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

8.6 Andere Leistungsanbieter

Mit dem Bundesteilhabegesetz sind die Beschäftigungsangebote anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen durch die Zulassung anderer Leistungsanbieter und die Einführung des „Budgets für Arbeit“ ergänzt worden.

Andere Leistungsanbieter können Träger sein, die die an Werkstätten für behinderte Menschen gerichteten fachlichen Anforderungen erfüllen. Andere Leistungsanbieter bieten berufliche Bildung und Beschäftigung an, wie sie ansonsten in einer Werkstatt für behinderte Menschen angeboten werden. Die dort beschäftigten Menschen mit Behinderungen haben dieselben Rechte, die sie auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen hätten.

8.7 Budget für Arbeit

Mit dem Budget für Arbeit wird Menschen mit Behinderungen, die sonst einen Anspruch auf Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, ein Weg in Richtung allgemeiner Arbeitsmarkt eröffnet. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die einen Menschen mit Behinderungen in ein sozialversicherungs-pflichtiges Beschäftigungsverhältnis einstellen, erhalten einen Lohnkostenzuschuss in Höhe bis zu 75 Prozent des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgeltes. Darüber hinaus werden die erforderlichen Assistenzleistungen finanziert.

8.8 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

→ §§ 192 ff. SGB IX geregelt.

Dazu gehören:

- ▶ schwerbehinderte Menschen zu beraten, zu unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln,
- ▶ Arbeitgeberinnen und 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“)

8.9 Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe sind Unternehmen, die sich von anderen dadurch unterscheiden, dass sie überdurchschnittlich viele besonders betroffene schwerbehinderte Menschen beschäftigen, nämlich mindestens 30 Prozent. Die meisten Inklusionsbetriebe sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, es gibt aber auch unternehmensinterne Betriebe und Abteilungen. Inklusionsbetriebe 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 Inklusionsbetriebe sind besonders betroffene schwerbehinderte Menschen sowie Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte psychisch kranke Menschen, deren Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art und Schwere ihrer Behinderung oder wegen sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt. 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 sowie langzeitarbeitslose schwerbehinderte Menschen. Wegen der besonderen Zusammensetzung der Zielgruppe haben die Inklusionsbetriebe faktisch eine Brückenfunktion zwischen Werkstätten für behinderte Menschen und Unternehmen 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 Inklusionsbetriebe, zu denen neben der Beschäftigung auch arbeitsbegleitende Betreuung, und, soweit erforderlich, auch Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung 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 → §§ 215 ff. SGB IX. Ferner können Inklusionsbetriebe wie alle Unternehmen von den Integrationsämtern Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen sowie Eingliederungszuschüsse von den Agenturen für Arbeit und Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen bekommen.

Informationen zur Förderung geben die Integrationsämter:



Internet:

www.integrationsaemter.de

8.10 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 Menschen mit Behinderungen mit besonderem Unterstützungsbedarf entsprechend ihren Fähigkeiten und Neigungen neue Beschäftigungsmöglichkeiten 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
→ § 55 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.

8.11 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Seit 2004 sind Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber 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

→ § 167 Abs. 2 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 die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber 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.

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

Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter sollen hinzugezogen werden, wenn Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht kommen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen und Hilfen schnellstmöglich erbracht werden, denn die Zeit ist bei der betrieblichen Wiedereingliederung 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 GKV 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

9. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

Einige der Nachteile für Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben versucht das Schwerbehindertenrecht in Teil 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch → §§ 151 ff. SGB IX auszugleichen. Dies gilt nur für schwerbehinderte und ihnen gleich gestellte Menschen. Menschen mit Behinderungen 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 ihren Antrag hin durch die Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt.

9.1 Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

Alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind verpflichtet zu prüfen, ob sie freie Stellen an insbesondere bei der Agentur für Arbeit gemeldete schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Menschen vergeben können → § 164 SGB IX.

Gleichzeitig schreibt das SGB IX vor, dass die Arbeit der Behinderung angepasst wird. Schwerbehinderte Menschen haben gegenüber ihrer Arbeitgeberin oder ihrem Arbeitgeber 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 → § 164 SGB IX.



Tipp:

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

9.2 Pflichtarbeitsplätze

Alle privaten und öffentlichen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, wenigstens fünf Prozent dieser Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen → § 154 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 → §§ 157, 159 SGB IX.

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

3 bis unter 5 Prozent	125 Euro
2 bis unter 3 Prozent	220 Euro
0 bis unter 2 Prozent	320 Euro

Für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit weniger als 40 bzw. als 60 Arbeitsplätzen gibt es Sonderregelungen.

Die Ausgleichsabgabe soll die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zur vermehrten Einstellung von Menschen mit Behinderungen 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 → § 160 SGB IX, §§ 14, 41 Abs. 1 Nr. 1 **Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung**.

9.3 Kündigungsschutz

Schwerbehinderte Menschen sind besonders gegen Kündigung geschützt. Jeder kündigungsbedingten Auflösung oder Änderung des Arbeitsverhältnisses muss vorher das Integrationsamt zustimmen → § 168 SGB IX.

Das Integrationsamt stimmt der Kündigung in der Regel zu, wenn dem schwerbehinderten Menschen ein anderer angemessener und zumutbarer Arbeitsplatz gesichert ist → § 172 Abs. 2 SGB IX.

Die Kündigungsfrist des Arbeitgebers beträgt mindestens vier Wochen → § 169 SGB IX.

Die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, die die Arbeitgeberinnen/der Arbeitgeber ohne eine Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausspricht, ist unwirksam → § 178 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

9.4 Zusatzurlaub

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 → § 208 SGB IX.

Es ist nicht erforderlich, dass der schwerbehinderte Mensch konkret ein individuelles Bedürfnis nach zusätzlichem Urlaub nachweist.

Entsteht die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch im Laufe eines Kalenderjahres oder fällt sie weg, so entsteht auch der Zusatzurlaub entsprechend anteilig in Bezug zum Kalenderjahr → § 208 Abs. 2 SGB IX.

Während des Zusatzurlaubs wird das geschuldete Arbeitsentgelt ungemindert weitergezahlt.

Der Zusatzurlaub erlischt grundsätzlich nach Ablauf des Urlaubsjahres.

9.5 Mehrarbeit

Schwerbehinderte Menschen werden auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freigestellt → § 207 SGB IX. Mehrarbeit ist dabei regelmäßig diejenige tägliche Arbeit, die über den Zeitraum der konkret festgelegten Arbeitszeit oder jedenfalls über den Zeitraum eines Achtstundentages hinausgeht („Überstunden“).

Wenn der schwerbehinderte Mensch sich entgegen der Anordnung von Mehrarbeit durch seinen Arbeitgeber weigert, diese Mehrarbeit zu leisten, stellt dies keine Arbeitsverweigerung dar, sondern ist das legitime Recht des schwerbehinderten Menschen.

Der schwerbehinderte Mensch sollte einen Wunsch, von der Pflicht zur Mehrarbeit befreit zu werden, möglichst frühzeitig und klar kundtun. Der schwerbehinderte Mensch darf der Arbeit nicht ohne Freistellungsverlangen einfach fernbleiben.

9.6 Schwerbehindertenvertretung

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 → §§ 177 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 → § 178 SGB IX.

9.7 Arbeitsassistenz

Eine weitere wichtige Hilfe ist die Arbeitsassistenz (→ **Glossar**) für schwerbehinderte Menschen → § 49 Abs. 8 Nr. 3 § 185 Abs. 5 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 Assistentenkraft einstellen und entlohnen. Er oder sie tritt dann selbst als Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber auf (Arbeitgebermodell). Genauso kann er oder sie aber auch einen Dienstleister beauftragen, der Assistentenkräfte beschäftigt und diese zur Verfügung stellt (Dienstleistungsmodell).

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 die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber des schwerbehinderten Menschen die Assistentenkraft 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.

10. Das persönliche Budget

Auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets nach § 29 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 Menschen mit Behinderungen zu Budgetnehmern und Budgetnehmerinnen, die den „Einkauf“ der Leistungen eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt regeln können; sie werden Käufer und Käuferinnen, Kunden und Kundinnen oder Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Als Experte und Expertin 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 von Menschen mit Behinderungen.

Das Persönliche Budget löst das bisherige Dreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen 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. Auch Einmalzahlungen sind grundsätzlich möglich. Unterschieden wird zwischen dem einfachen persönlichen Budget, bei dem nur ein Leistungsträger zuständig ist und dem sogenannten trägerübergreifenden Persönlichen Budget, bei dem mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen.

Folgende Leistungsträger können bei einem Persönlichen Budget beteiligt sein:

- ▶ Krankenkassen,
- ▶ Pflegekassen,
- ▶ 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.

Den Antrag kann jeder Mensch mit Behinderung 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. Für Kinder mit (drohender) Behinderung können auch deren Eltern bzw. gesetzliche Vertretungsperson Persönliche Budgets beantragen, für etwaige Hilfeleistungen entweder beim Träger der Eingliederungshilfe (bei Kindern und Jugendlichen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung bzw. einer drohenden Behinderung) oder beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe (bei Kindern und Jugendlichen mit einer seelischen Behinderung bzw. einer drohenden 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 Menschen mit Behinderungen decken. Bei Untersuchungen lag das kleinste Budget unter 40 Euro und das höchste bei fast 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 Ansprechstellen der Rehabilitationsträger haben den gesetzlichen Auftrag, Informationsangebote über die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget zu vermitteln. Daneben tritt das allgemeine Beratungs- und Unterstützungsangebot der Rehabilitationsträger.

Auch haben sich verschiedene Initiativen gebildet, die selbst beraten oder Beratungsstellen in der Region vermitteln. Ferner gibt es die Beratungsangebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung, die nach dem Modell des Peer-Counseling beraten. 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 Menschen mit Behinderungen 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:

Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales können Sie kostenlose Broschüren, die DVD und Flyer zum Persönlichen Budget bestellen.



Weitere Informationen im Internet:

www.budget.bmas.de

www.einfach-teilhaben.de

www.bar-frankfurt.de

www.forsea.de

www.isl-ev.de

11. Rente für Menschen mit Behinderungen und schwerbehinderte Menschen

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

11.1 Altersrente

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt verschiedene Altersrenten. Nachfolgend werden exemplarisch die Regelaltersrente und die Altersrente für schwerbehinderte Menschen erläutert:

Anspruch auf die Regelaltersrente haben Versicherte, die die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben. Die Regelaltersgrenze wird seit 2012 stufenweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben. Für alle nach 1963 Geborenen gilt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren. Die Regelaltersrente ist abschlagsfrei.

Schwerbehinderte Menschen können eine vorgezogene Altersrente beantragen, wenn sie 35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre nachweisen. Die Altersgrenze bei dieser Altersrente für einen abschlagsfreien Rentenzugang lag ehemals beim

63. Lebensjahr, diejenige für einen Rentenzugang mit Abschlägen beim 60. Lebensjahr. Die Rente wird dabei um 0,3 Prozent für jeden Monat gemindert, den man vorzeitig in Anspruch nimmt.

Die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang wird ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom vollendeten 63. auf das vollendete 65. Lebensjahr und für die frühestmögliche Inanspruchnahme mit Abschlägen stufenweise vom vollendeten 60. auf das vollendete 62. Lebensjahr angehoben (Rentenminderung von 0,3 Prozent der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme).

Bei Beantragung der Rente wird von Amts wegen auch geprüft, ob jemand einen Grundrentenzuschlag zu seiner Rente erhält. Dies gilt sowohl für den Fall, dass jemand aus dem Arbeitsleben in Rente geht, als auch für den Fall, dass jemand aus einer Erwerbs-

minderungsrente in eine Altersrente wechselt. Die Voraussetzungen für eine Grundrente sind unter 11.1 dargestellt. Wurde in der Vergangenheit bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen, können während dieser Zeit bis zur Altersrente z.B. zusätzliche „Grundrentenzeiten“ erworben worden sein, etwa durch versicherte Beschäftigung neben einer teilweisen EM-Rente oder Ausübung eines versicherungspflichtigen „Mini-Jobs“.



Tipp:

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

11.2 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 eine 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 sogenannte Zurechnungszeit vorgenommen.

Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt die Hälfte der Vollrente, da davon auszugehen ist, dass noch ein Teil des Lebensunterhalts dazudeckelt 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 grundsätzlich förderfähig im Rahmen der staatlich geförderten privaten Altersvorsorge (Riester-Rente).

11.2.1 Grundrente

Darüber hinaus können Bezieherinnen und Bezieher einer Erwerbsminderungsrente ab Inkrafttreten am 1.1.2021 ggf. von der Einführung einer Grundrente in der gesetzlichen Rentenversicherung profitieren.

Voraussetzung ist, dass mindestens 33 Jahre Grundrentenzeiten (auch Zeiten von Kindererziehung und Pflege) sowie unterdurchschnittliche, aber nicht ganz geringe Pflichtbeiträge im Erwerbsleben vorliegen.

Einkommen wird teilweise auf die Grundrente angerechnet.



Weitere Informationen im Internet:

Auf der Internetseite <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Grundrente/grundrente.html> sind weitergehende Informationen zur Grundrente und den Voraussetzungen eingestellt.

Die Informationen sind auch in leichter Sprache verfügbar: <https://www.bmas.de/DE/Leichte-Sprache/Rente/fragen-und-antworten-grundrente/faq-grundrente.html>

Es muss kein Antrag gestellt werden. Die Voraussetzungen werden von der Deutschen Rentenversicherung automatisch daraufhin überprüft, ob ein Grundrentenanspruch ab dem 1. Januar 2021 besteht. Das gilt auch für Bestandsrentner, die bereits eine Rente beziehen.

Ist eine Erwerbsminderung schon zu einem frühen Zeitpunkt und damit vor Erreichen der erforderlichen Zahl an „Grundrentenzeiten“ eingetreten, kann ein Grundrentenanspruch gleichwohl auch noch zum Beispiel bei der späteren Altersrente entstehen (vgl auch unter 11.1).



Tipp:

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

11.3 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.

Wenn hier vom Arbeitsunfall die Rede ist, dann sind damit selbstverständlich auch die Unfälle von Kindern, die in Kindertageseinrichtungen 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.

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.



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

12. Leistungen zur Teilhabe

Die finanzielle Sicherung

Durch die Rehabilitation sollen Menschen mit Behinderungen 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 4.1 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.

12.1 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. Leistungsberechtigte mit einem unterhaltsberechtigten Kind und Leistungsberechtigte, deren Ehegatte oder deren Lebenspartner oder Lebenspartnerin nicht erwerbstätig sein können, da sie den Menschen mit Behinderungen 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.

Das Versorgungskrankengeld für Berechtigte nach dem Sozialen Entschädigungsrecht beträgt 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Entgelts (Regelentgelt) und darf das entgangene regelmäßige Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

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

Die GKV 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 Leistung 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

12.2 Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Bei Leistungen zur beruflichen Rehabilitation zahlen die dafür zuständigen Träger ein Übergangsgeld, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Es beträgt 75 Prozent des zuletzt erzielten Nettoverdienstes, wenn zum Haushalt des Leistungsberechtigten ein unterhaltsberechtigtes Kind gehört oder wenn der Leistungsberechtigte oder sein Ehegatte 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 Leistungsberechtigten erhalten als Übergangsgeld 68 Prozent ihres letzten Nettoarbeitsentgelts.

Menschen mit Behinderungen, die keinen Anspruch auf eine dieser Leistungen haben, weil sie z. B. nicht lange genug Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben, können während ihrer Rehabilitation zur Sicherung des Lebensunterhalts bei Bedarf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II oder der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII erhalten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende gewährt

erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit Behinderungen, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach → § 49 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.

12.3 Berufliche Erstausbildung

Bei beruflicher Erstausbildung im Rahmen der Rehabilitation erhalten Menschen mit Behinderungen, 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.

Liegt die Netto-Mindestausbildungsvergütung über dem jeweiligen Bedarfssatz für das Ausbildungsgeld, wird dieser Bedarfssatz entsprechend angehoben.

12.4 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.

12.5 Sozialversicherung von Menschen mit Behinderungen

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 GKV 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. Krankenkassen können in ihrer Satzung das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen.

Auch Menschen mit Behinderungen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter tätig sind, sind gesetzlich krankenversichert und rentenversichert.

13. Grundsicherung

13.1 Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II

Personen,

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

erhalten Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

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

Angehörige, die mit einer erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person in einer Bedarfsgemeinschaft leben und selbst nicht erwerbsfähig sind, können ebenfalls eine Leistung 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:

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

13.1.1 Die Bedarfsgemeinschaft

Zur Bedarfsgemeinschaft gehören neben der oder 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.

13.1.2 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) und die der Sozialhilfe sind gleich hoch. Sie sichern das grundlegende Existenzminimum ab. Für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II besteht grundsätzlich 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, monatlich 432 Euro im Jahr 2020 (446 Euro ab 01.01.2021). Es wird jährlich fortgeschrieben. Für alle anderen Personengruppen gelten andere, gestaffelte Regelbedarfe. 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.

13.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ist Bestandteil der Sozialhilfe. Sie ist eine bedarfsabhängige Leistung, die

- ▶ für hilfebedürftige, ältere Personen ab Erreichen der Altersgrenze für die Regelaltersrente sowie
- ▶ für dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab dem 18. Lebensjahr

den grundlegenden Lebensunterhalt sicher stellt.

13.2.1 Anspruch auf Leistungen

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung setzen voraus, dass Hilfebedürftigkeit vorliegt. Sie werden nur an Personen gezahlt, deren eigenes Einkommen und Vermögen und das ihrer Ehegatten oder Lebenspartner für den Lebensunterhalt nicht ausreicht. Auf den tatsächlichen Bezug einer Rente kommt es für den Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht an. Wenn ein Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gestellt wird, prüft die zuständige Sozialbehörde, ob die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Um festzustellen, ob eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vorliegt, beauftragt die Sozialbehörde den zuständigen Rentenversicherungsträger mit der sozialmedizinischen Prüfung.

Bei bestimmten Personengruppen ist eine Prüfung, ob eine dauerhafte volle Erwerbsminderung vorliegt, nicht erforderlich. Dies trifft zum Beispiel auf Personen zu, die eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen.

Im Übrigen gelten Menschen mit Behinderung, die im Arbeitsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM) beschäftigt sind, während ihrer Tätigkeit in der WfbM als voll erwerbsgemindert. Auch Menschen, die im Eingangs- oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt oder eines anderen Leistungsanbieters beschäftigt sind, können einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben.

Auch Menschen mit Behinderung, die eine Tagesförderstätte oder eine Fördergruppe einer WfbM besuchen, gelten als dauerhaft voll erwerbsgemindert, wenn der Fachausschuss der WfbM festgestellt hat, dass die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt nicht erfüllt sind.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung entspricht weitgehend – abgesehen von dem Ausschluss der Haftung von Erben – der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, → §§ 27-40

SGB XII. Der Anspruch und die Höhe hängen also nicht von bestimmten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen oder der Höhe einer Vorleistung ab. Maßgeblich sind allein die persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Anspruchsvoraussetzung ist, dass Bedürftigkeit vorliegt. Also wenn die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen, um den grundlegenden Lebensunterhalt zu decken.

Auch Menschen, die in einer besonderen Wohnform leben, können Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten. Also z. B. auch Werkstattbeschäftigte, die in einer besonderen Wohnform leben. In diesem Fall deckt die Grundsicherung aber nur den Lebensunterhalt ab, der auch bei einem Leben in häuslicher Umgebung anfallen würde.

Die durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Ein-Personen-Haushaltes legt der zuständige Träger der Sozialhilfe fest. Dabei orientiert er sich an den Gegebenheiten in seinem Bereich.

Informationen und Beratung können bei den zuständigen Trägern der Sozialhilfe eingeholt werden. Außerdem sind auch die Rentenversicherungsträger verpflichtet,

- ▶ über die Leistungsvoraussetzungen zu informieren,
- ▶ beim Stellen eines Antrags auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu unterstützen und
- ▶ Anträge ggf. an den zuständigen Sozialhilfeträger weiterzuleiten.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und SGB IX ergänzen sich für Menschen mit Behinderungen auf sinnvolle Weise. Auf der einen Seite steht die materielle Absicherung des Lebensunterhalts durch die 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 zur Verfügung. Dazu gehören auch Leistungen in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten.

13.2.2 Bewilligungen von Leistungen

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird in der Regel für ein Jahr bewilligt. Nach einem Jahr wird geprüft, ob die Anspruchsvoraussetzungen weiterhin erfüllt werden.

13.2.3 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 ggf. einzufordern.

Allerdings findet gegenüber Kindern bzw. Eltern mit einem jeweiligen Jahreseinkommen von bis zu 100.000,- Euro kein Unterhaltsrückgriff statt. Auch auf eine Kostenerstattungspflicht durch die Erben wird verzichtet.

Die Einkommensgrenze gilt je Elternteil für ein in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung leistungsberechtigtes Kind und für jedes Kind eines dort leistungsberechtigten Elternteils.

Kein Grundsicherungsberechtigter und keine Grundsicherungsberechtigte muss bei Antragstellung die Einkommens- und Vermögensverhältnisse seiner oder ihrer Kinder bzw. Eltern offenlegen. Zunächst dürfen nur allgemeine Angaben verlangt

werden, die Rückschlüsse auf die Einkommensverhältnisse der Kinder und Eltern zulassen. Es wird grundsätzlich vermutet, dass die Einkommensgrenze von 100.000 Euro nicht überschritten wird. Erst wenn im Einzelfall hinreichende Anhaltspunkte für ein Überschreiten der Einkommensgrenze vorliegen, sind die Kinder oder Eltern verpflichtet, ihre Einkommensverhältnisse gegenüber der Sozialbehörde konkret offen zulegen.

Bei einem Überschreiten der Einkommensgrenze, also einem Jahreseinkommen von mehr als 100.000 Euro, erfolgt ein Unterhaltsrückgriff bei den unterhaltspflichtigen Verwandten ersten Grades (Kinder und Eltern) nach den zivilrechtlichen Bestimmungen.

13.3 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII

Für Menschen mit Behinderungen, die auf Zeit voll erwerbsgemindert sind (bedeutet: befristet voll erwerbsgemindert, im Unterscheid zu dauerhaft voll erwerbsgemindert), oder die aus anderen Gründen keinen Anspruch auf

- ▶ die Grundsicherung für Arbeit-suchende nach dem SGB II und
- ▶ die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII haben,

ist ebenfalls für die Absicherung des Existenzminimums gesorgt. Sie können bei Vorliegen der sonstigen persönlichen Voraussetzungen Hilfe zum Lebensunterhalt nach Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), → §§ 27-40 **SGB XII**, erhalten.

Leistet das Sozialamt bei voll-jährigen pflegebedürftigen oder in erheblichem Maße an der Teilhabe eingeschränkten Kindern Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grund-sicherung im Alter und bei Erwerbs-minderung, dann zahlen deren Eltern bei Überschreitung der Einkommensgrenze von 100.000 Euro nur einen pauschalen geringen Unterhaltsbeitrag. Bei Eltern minderjähriger behinderter Kinder findet hingegen unab-hängig von der Einkommensgrenze ein Unterhaltsrückgriff in normaler Höhe statt.

Ausführliche Informationen zu den Leistungsvoraussetzungen und den Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt sind in der im Anschluss genannten Borschüre zu finden.

13.4 Einführung von Freibeträgen durch das Grundrentengesetz

Mit dem Grundrentengesetz werden für langjährig versicherte Rentner in gesetzlich verpflichtenden Alterssicherungssystemen mit mindestens 33 Jahren „Grundrentenzeiten“ zudem verbesserte Sozialleistungen außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt.

Hierbei handelt es sich um Freibeträge in bestimmten Fürsorge-systemen, wie bspw. in der Grund-sicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (vgl. 13.2 und 13.3) sowie ggf auch - bei Vorliegen einer Bedarfsgemeinschaft – in der Grundsicherung für Arbeit-suchende (vgl. 13.1). Der Freibetrag beträgt 100 Euro zuzüglich 30 Prozent der darüber liegenden monatlichen Bruttorente. Der Freibetrag ist auf 50 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 begrenzt, das

sind aktuell 216 Euro (223 Euro ab 01.01.2021). So wird sichergestellt, dass nach langjähriger Versicherung monatlich tatsächlich mehr Geld zur Verfügung steht als der aktuelle Grundsicherungsbedarf.

Den Freibetrag gibt es unter denselben Voraussetzungen auch bei den fürsorgerischen Leistungen der Sozialen Entschädigung sowie beim Wohngeld.



Weitere Informationen im Internet:

Auf der Internetseite <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Grundrente/grundrente.html> sind weitergehende Informationen zur Grundrente und den Voraussetzungen eingestellt.

Die Informationen sind auch in leichter Sprache verfügbar: <https://www.bmas.de/DE/Leichte-Sprache/Rente/fragen-und-antworten-grundrente/faq-grundrente.html>



Tipp:

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

14. Krankenversicherung

14.1 Zugang zur GKV

Für Menschen mit Behinderungen gelten Erleichterungen bei der Sicherstellung eines Versicherungsschutzes in der GKV, die nachfolgend dargestellt werden.

- ▶ Kinder, die bei einem Elternteil gesetzlich krankenversichert sind und bei denen die allgemeinen Voraussetzungen für die Familienversicherung vorliegen, sind grundsätzlich ohne Altersgrenze familienversichert, wenn sie als Menschen mit Behinderungen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten → § 10 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 4, Abs. 3 SGB V. Das Gleiche gilt für Stiefkinder und Enkelkinder mit Behinderungen, die ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung überwiegend unterhält sowie für Pflegekinder → § 10 Abs. 4 SGB V.
- ▶ Menschen mit Behinderungen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsträger tätig sind, sind in der GKV versicherungspflichtig → § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V.
- ▶ Menschen mit Behinderungen, die in Anstalten, 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 GKV. 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 GKV als freiwilliges Mitglied, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder Lebenspartner 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. 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 → § 151 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 2007 gibt es in Deutschland die sogenannte nachrangige Versicherungspflicht in der GKV. 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 GKV zuzuordnen sind → § 5 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 8a, Abs. 11 SGB V. Die Versicherungspflicht in der GKV 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.

14.2 Zugang zur privaten Krankenversicherung

Seit dem 1. Januar 2009 gilt für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind und die auch nicht anderweitig abgesichert sind, die Pflicht, eine private Krankheitskostenvollversicherung abzuschließen. Dies kann im Basistarif sein, den alle privaten Krankenversicherungen 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 Basis-tarifs ist bei allen Anbietern gleich und orientiert sich am Leistungsumfang der GKV.

Für Beamtinnen und Beamte bieten einige private Krankenversicherungen bei erstmaligem Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung und unter Beachtung der Antragsfristen eine Öffnungsaktion an. Hierbei werden Antragssteller nicht aus Risikogründen abgelehnt, es gibt keine Leistungsausschlüsse und Zuschläge werden auf maximal 30 Prozent begrenzt.

15. 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 3,9 Millionen Pflegebedürftige in unserem Land erhalten derzeit die Hilfe, die nötig ist, damit nicht nur sie, sondern auch ihre Familien nachhaltig entlastet werden.

15.1 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. Es werden als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste oder Einzelpflegekräfte erbracht oder es wird Pflegegeld bezahlt.

Seit dem 1. Januar 2017 gelten ein neues Begutachtungsinstrument, ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und fünf neue Pflegegrade anstelle der bisherigen drei Pflegestufen. Pflegebedürftige, die bereits vor dem 1. Januar 2017 Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, wurden nach der folgenden Grundregel automatisch in

einen neuen Pflegegrad übergeleitet: Menschen, bei denen eine Pflegestufe festgestellt wurde, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, erhielten den nächsthöheren Pflegegrad („+1“). Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz kamen automatisch in den übernächsten Pflegegrad („+2“). Dabei wurde bei der Umstellung niemand schlechter gestellt.

Viele Menschen erhalten hierdurch seitdem höhere Leistungen oder müssen weniger zuzahlen.

15.2 Wer ist in der Pflegeversicherung versichert?

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

- ▶ Jeder, der in der GKV versichert ist, wird Mitglied der sozialen Pflegeversicherung. Dabei spielt es keine Rolle, ob man der GKV als Pflichtversicherte/r, Rentner oder Rentnerin oder als freiwilliges Mitglied angehört. Die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung erfolgt automatisch.
- ▶ Unterhaltsberechtignte 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 455 Euro (ab 2021: 470 Euro).
- ▶ Freiwillige Mitglieder der GKV 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 beigelegt werden. Der Antrag ist bei der Pflegekasse innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen.
- ▶ Alle privat Krankenversicherten müssen seit dem 1. Januar 1995 eine private Pflege-Pflichtversicherung 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 Pflege-Pflichtversicherung unter denselben Voraussetzungen wie in der sozialen Pflegeversicherung gegeben.

- ▶ Auch Beamte und Beamtinnen sind in Ergänzung zur Beihilfe verpflichtet, eine private Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der GKV an.
- ▶ Darüber hinaus sind weitere Personengruppen, die ihren Krankheitsschutz über bestimmte Leistungsgesetze oder Sondersysteme haben, in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung 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 Kranken-

versicherung 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 Versicherte oder Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung weiter zu versichern, um den Versicherungsschutz bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht dennoch aufrechtzuerhalten.

15.3 Wie hoch ist der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung?

Seit dem 1. Januar 2019 beträgt der Beitragssatz 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Alle kinderlosen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung müssen grundsätzlich 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 2019 bei 3,3 Prozent. Ausgenommen sind nur kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, Wehr und Zivildienstleistende sowie Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II). Die Gründe für die Kinderlosigkeit spielen keine Rolle.

Der Beitragszuschlag kommt nur für kinderlose Menschen mit Behinderungen in Betracht, die eigenständiges beitragspflichtiges Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind. Nach geltendem

Recht sind sie sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung ohne Altersgrenze 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.

Sofern sie in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeiten und sich im Berufsbildungsbereich befinden sowie Ausbildungsgeld oder Übergangsgeld von der Bundesagentur für Arbeit erhalten, brauchen sie bei Kinderlosigkeit keinen Beitragszuschlag zu zahlen. Die Bezieherinnen und 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.

15.4 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit kann jederzeit jeden treffen, dann ist man auf Hilfe und Unterstützung durch die Familie oder andere Pflegepersonen angewiesen.

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

15.4.1 Pflegegrade

Entsprechend der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erhalten Pflegebedürftige einen von fünf Pflegegraden. Je nach Pflegegrad unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten, pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. **Mobilität:** z. B. Treppensteigen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs.
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** z. B. zeitliche und räumliche Orientierung, Beteiligen an einem Gespräch.
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** z. B. nächtliche Unruhe, Abwehr pflegerischer Maßnahmen.
4. **Selbstversorgung:** z. B. Waschen, An- und Auskleiden, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette.

5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:** z. B. Medikamenteneinnahme, Blutzucker messen, Versorgung mit Stoma, körpernahen Hilfsmitteln wie Prothesen, Arztbesuche.

6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:**
z. B. sich beschäftigen, Gestaltung des Tagesablaufs, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Zusätzlich werden **außerhäusliche** Aktivitäten (z. B. Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Teilnahme an Aktivitäten) und **Haushaltsführung** (z. B. Einkaufen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten) erhoben. Die Antworten in diesen Bereichen werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen, weil die hierfür relevanten Beeinträchtigungen schon bei den Fragen zu den sechs Bereichen mitberücksichtigt sind.

Allerdings helfen diese Informationen den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekasse, wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde: Sie können Pflegebedürftigen mit Blick auf weitere Angebote und Sozialleistungen beraten und individuell zugeschnittene Versorgungspläne erstellen. Auch für eine Pflegeplanung der Pflegekräfte sind die Informationen als Ergänzung sehr hilfreich.

Für jedes Kriterium in den genannten Lebensbereichen wird der Grad der Selbstständigkeit, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person durchführen, jedoch gegebenenfalls allein mit Hilfsmitteln) und – je nach Lebensbereich – 3 oder höher (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen) ermittelt. Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

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

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder als Kinderarzt/-ärztin vorzunehmen. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbständig. Damit auch diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden bei der Begutachtung allein die altersunabhängigen Bereiche „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen.

Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außer-gewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen. Zudem werden Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten regelhaft jeweils einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Personen, die bei der Begutachtung dieselbe Gesamtpunktzahl erreicht haben.

15.4.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekassen haben durch den MDK oder durch andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung hat die Begutachtung durch den MDK oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter

innerhalb einer Woche zu erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist, die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde. Bei einer Versorgung in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung gilt ebenfalls die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Befindet sich die Antragstellerin/der Antragsteller in häuslicher Umgebung ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit mit der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Zu beachten ist auch folgende Regelung: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von

25 Arbeitstagen 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 die Antragstellerin/den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die antragstellende Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind.

Leistungsbescheid

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad (Leistungsbescheid) soll für den Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Der Antragsteller hat daher ein Recht darauf, mit dem Leistungsbescheid der Pflegekasse das Gutachten zu erhalten, wenn er der Zusendung nicht widersprochen hat. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob von diesem Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht werden soll.

Das Ergebnis des Gutachtens ist zudem transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Die Übermittlung des Gutachtens kann auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangt werden.

Darüber hinaus erhält die Antragstellerin oder der Antragsteller spätestens mit dem Leistungsbescheid die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird er darüber informiert, dass mit der Zuleitung der Mitteilung über einen Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern dies auf Zustimmung des Antragstellers trifft.

Zudem haben die Gutachterinnen und Gutachter in ihrem Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten jeweils als Antrag auf diese Leistungen, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Mit der jeweiligen Empfehlung der Gutachter wird zugleich bestätigt, dass die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln notwendig bzw. die Versorgung mit bestimmten, pflegerelevanten Hilfsmitteln der GKV erforderlich ist. Insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung und eine entsprechende Prüfung durch die zuständige Pflege- oder Krankenkasse entfällt.

15.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Grundsätzlich stehen den Bürgerinnen und Bürgern unterschiedliche Betreuungsformen, -anbieter 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 werden nach der Art der Leistung unterschieden. Sie reichen von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten sowie Einzelpflegekräften, die Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Pflege und pflegerischen Betreuung zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Pflege-Wohngruppen (Pflege-WG) oder Angeboten von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

15.5.1 Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege hat grundsätzlich Vorrang vor der stationären Pflege.

Pflegebedürftige haben die Wahl: Sie können sich für ambulante Pflegesachleistungen, das sind Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste oder Einsätze zur pflegerischen Betreuung durch zugelassene ambulante Betreuungsdienste, 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.

Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 als ambulante Pflegesachleistungen die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflege- und Betreuungsdienstes oder einer Einzelpflege-

kraft für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, von 1.298 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, von 1.612 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, von 1.995 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können ihren Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich auch zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der ambulanten Pflegedienste für häusliche Pflegehilfe einsetzen.

Wird die häusliche Pflege selbst sichergestellt, z. B. durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, zahlt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 ein Pflegegeld. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 und 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

- ▶ Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenersatzung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 Prozent des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewandelt werden (Umwandlungsanspruch).
- ▶ Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 können die häusliche Pflegehilfe auch gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten – zum Beispiel den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in einer Pflege-WG – in Anspruch nehmen. Diese Form der Leistungszusammenlegung wird „Poolen“ genannt und soll

insbesondere die Situation bei ambulant betreuten Wohnformen und Pflege-WGs 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.

- ▶ 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 Personen schließen, um dem Pflegebedürftigen oder der Pflegebedürftigen zu helfen, ein

möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen – oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Zur Finanzierung der Einzelpflegekräfte können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können für Einzelpflegekräfte den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich einsetzen.

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 – PflegeWGs, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen – von der Pflegeversicherung besonders gefördert.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 214 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Den Wohngruppenzuschlag können auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten. Diese müssen kein Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen, die Kombinationsleistung, Leistungen des Umwandlungsanspruchs oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag 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,

- ▶ 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 die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
- ▶ dass keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der WG oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Jeder pflegebedürftige Person, der sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt, kann bei seiner Pflegekasse im Rahmen einer Anschubfinanzierung zudem 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 Pflegebedürftigen aller Pflegegrade zu. 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.

Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege. Die Verhinderungspflege kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden, aber auch durch nahe

Angehörige erfolgen. Die Leistungen für die Verhinderungspflege können auch in Anspruch genommen werden, wenn die Verhinderungspflege in einer Einrichtung stattfindet. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

Wird die Verhinderungspflege von Personen sichergestellt, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr.

Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten.

Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatz-Pflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschlag) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht übersteigen.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können 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 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 (anteiligen) Pflegegeldes weitergezahlt.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

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

- ▶ technischen Pflegehilfsmitteln wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem sowie
- ▶ Verbrauchsprodukten wie z. B. Einmalhandschuhe oder Bettelagen.

Die Pflegekasse zahlt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen,

erheblich erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Ziel solcher Maßnahmen ist es auch, eine Überforderung der Pflegepersonen zu verhindern.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, 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 Versicherungsträger der anspruchsberechtigten Personen aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger

und vergleichbarer Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) oder von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstehen. Je nach Ausrichtung der

anerkannten Angebote kann es sich dabei um Betreuungsangebote (z.B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z.B. durch Pflegebegleiter) oder Angebote zur Entlastung im Alltag (z.B. in Form von praktischen Hilfen) handeln.

Zur Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag können auch bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung eingesetzt werden, soweit dieser nicht bereits für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird. Dieser sogenannte Umwandlungsanspruch besteht neben dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag und kann daher auch unabhängig von diesem genutzt werden.

Pflegekurse

Die Pflegekassen haben für Angehörige von Pflegebedürftigen oder sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, die Fertigkeiten für eine eigenständige

Durchführung der Pflege vermitteln sollen. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und -einrichtungen, 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 der Pflegeperson oder der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt.

15.5.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – Unterstützende Maßnahmen, Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Der Stärkung der häuslichen Pflege dienen auch das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG). Berufstätige Angehörige von pflegebedürftigen Menschen können im Bedarfsfall folgende berufliche Auszeiten in Anspruch nehmen:

- In einer akut aufgetretenen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung), um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Sie erhalten somit nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisationschritte einzuleiten. 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 Betriebsgröße bzw. von der Beschäftigtenzahl der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers. Zur Finanzierung einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung wird Beschäftigten auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, für insgesamt bis zu zehn Arbeitstage ein sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind zur Entgeltfortzahlung nur verpflichtet, sofern sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung

ergibt. Beim Pflegeunterstützungsgeld handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 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 nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr 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 sechs Monaten (Pflegezeit). Die Freistellung kann vollständig oder in Form einer Arbeitszeitreduzierung erfolgen. Anspruch auf Pflegezeit besteht gegenüber Arbeitgeberinnen/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 Arbeitgeberinnen oder 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 Monate 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 Monate besteht bei Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Der Anspruch auf eine längere Freistellung mit einer wöchent-

lichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden besteht gegenüber Arbeitgeberinnen/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 Arbeitgeberinnen/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 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, in denen der Rechtsanspruch nicht geltend gemacht werden kann, können Beschäftigte mit ihrer Arbeitgeberin/ihrem Arbeitgeber einvernehmlich eine Freistellung vereinbaren. Auch in diesem Fall haben Beschäftigte Anspruch auf ein zinsloses staatliches Darlehen.

Die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung – höchstens jedoch 12 Wochen vor dem angekündigten Freistellungs-termin – 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 Pflegeversicherungs-schutz bleibt in der Regel in der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit regelmäßig eine Familien-versicherung 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 automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung für alle Pflegegrade den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen.

Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Personen in allen Pflegegraden den Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in häuslicher Umgebung pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Wird die Arbeitszeit während der Pflegezeit lediglich reduziert, zahlt die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber zudem die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.

Auch in der Arbeitslosenversicherung ist die Pflegeperson während der Pflegezeit versicherungspflichtig, wenn sie einen pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in einem zeitlichen Umfang von mindestens

zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche nicht erwerbsmäßig pflegt. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson in der Arbeitslosenversicherung bereits unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf (Teil-)Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld oder Insolvenzgeld hatte.

Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Akuthilfe für pflegende Angehörige; hier: Corona-bedingte Sonderregelungen

Die Corona-Krise stellt pflegende Angehörige vor besondere Herausforderungen und Probleme. Das Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums, speziell für pflegende Angehörige, hat sich auf

die Krisenberatung eingestellt. Es ist bundesweit von Montag bis Donnerstag zwischen 9.00 und 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 030/ 20179131 für Betroffene erreichbar.

Seit dem 23. Mai 2020 gelten befristet spezielle Regelungen als Akuthilfe für pflegende Angehörige im Familienpflegezeitgesetz, Pflegezeitgesetz und Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI):

- ▶ Kurzzeitige Arbeitsverhinderung:
Beschäftigte haben zudem das Recht bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn die akute Pflegesituation auf Grund der COVID-19-Pandemie aufgetreten ist.
- ▶ Pflegeunterstützungsgeld:
Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist ausgeweitet worden: Beschäftigte haben – abweichend von den sonstigen Regelungen zum Bezug von Pflegeunterstützungsgeld - Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen

nahen Angehörigen sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des Pflegezeitgesetzes vorliegt. Voraussetzungen sind, dass die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie übernehmen, die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder anderweitige Lohnersatzleistungen haben und die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden kann.

- Flexibilisierungen bei Familienpflegezeit und Pflegezeit: Beschäftigte, die zugleich familiäre Pflegeaufgaben wahrnehmen, aber den Rahmen für die Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit bisher noch nicht ausgeschöpft haben, können mit Zustimmung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers kurzfristig „Restzeiten“ der Freistellungen (bis zur Gesamtdauer von 24 Monaten) nutzen.

Die Ankündigungsfrist gegenüber der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber beträgt bei Familienpflegezeit vorübergehend nur 10 Tage (statt 8 Wochen) und die Mindestarbeitszeit der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden kann vorübergehend unterschritten werden. Die Ankündigung kann in Textform erfolgen. Auch entfällt befristet der unmittelbare Anschluss zwischen Pflegezeit und Familienpflegezeit. Zudem finden Einkommenseinbußen bei der finanziellen Förderung durch zinslose Darlehen nach dem Familienpflegezeitgesetz Berücksichtigung.“



Internet:

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

15.5.3 Voll- und teilstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege

Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, soweit sie nicht mit den im Folgenden genannten Beträgen mit abgedeckt werden können, sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen privat getragen werden.

Bei Pflegegrad 1 zahlt die Pflegekasse einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro im Monat. Bei Pflegegrad 2 beträgt der Anspruch monatlich pauschal 770 Euro, bei Pflegegrad 3 monatlich 1.262 Euro, bei Pflegegrad 4 monatlich 1.775 Euro und bei Pflegegrad 5 monatlich 2.005 Euro.

Pflegebedürftige von Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten

Pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI erhalten pauschale Leistungen in Höhe von 15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung, höchstens jedoch mit 266 Euro monatlich der Träger der Eingliederungshilfe erbringt dann die erforderliche Pflege. Im Übrigen stehen allen pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen, die außerhalb dieser Einrichtungen oder Räumlichkeiten wohnen, alle Leistungen der Pflegeversicherung offen. Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Tages- und Nachtpflege

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege ist möglich, wenn sich die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherstellen lässt oder wenn sie zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Im Rahmen der Leistungshöchstbeträge übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen privat getragen werden.

Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad ab. Sie beträgt monatlich beim Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, beim Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, beim Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro und beim Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag einsetzen.

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Neben der Tages- und Nachtpflege können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Ansprüche auf ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen. Kann im Anschluss an eine stationäre Behandlung der oder des Pflegebedürftigen oder aufgrund einer sonstigen Krisensituation vorübergehend die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Die Höhe der Leistung beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Der Leistungsbetrag kann 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.

Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn die Pflegeperson in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Kurzzeitpflege kann zudem im Einzelfall auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen

Jede pflegebedürftige Person hat seit dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehen. Menschen in der stationären Pflege werden durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie ein besseres Teilnehmen am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Die Kosten für diese Leistungen werden im vollen Umfang von der Pflegeversicherung getragen, indem sogenannte zusätzliche Betreuungskräfte finanziert werden. Die Zahl der sogenannten zusätzlichen Betreuungskräfte, die die zusätzliche Betreuung und Aktivierung leisten, ist seit 2013 aufgrund gesetzlicher Verbesserungen deutlich gestiegen.

15.5.4 Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Im Rahmen der 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. Im Recht der sozialen Pflegeversicherung gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“.

Alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation sind frühzeitig einzuleiten. Um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern, sind Leistungen zur Prävention sowie zur medizinischen Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen.

Rehabilitationsleistungen können stationär, ambulant und 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 Präventions- und Rehabilitationsempfehlung erstellt. Der Versicherte erhält die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, spätestens mit dem Leistungsbescheid zugesandt. Gleichzeitig wird er darüber informiert, dass mit der Zuleitung der Mitteilung über einen Reha-Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antrags-

verfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern dies auf Zustimmung des Antragstellers trifft.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, mit Einverständnis der/des 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 vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Das Verfahren: Wenn Pflegebedürftige nach aktivierenden und rehabilitierenden Bemühungen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft werden können oder keine Pflegebedürftigkeit mehr festgestellt wird, erhält die Pflegeeinrichtung von der Pflegekasse eines Bewohners einen Bonus von 2.952 Euro. Müssen diese Bewohner allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder hochgestuft oder als pflegebedürftig eingestuft werden, ist die Pflegeeinrichtung 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.

15.5.5 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 gewährt die Pflegeversicherung Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.

Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegt und nicht mehr als 30 Stunden pro 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.

Die Beiträge übernimmt der zuständige Träger der Pflegeversicherung, von dem die pflegebedürftige Person Leistungen erhält (z. B. Pflegekasse oder privates Versicherungsunternehmen). Die Höhe richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart (nur Pflegegeldbezug, nur Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen oder Bezug der Kombinationsleistung).

Pflegepersonen, die einen oder mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, sind unter bestimmten Voraussetzungen in der Arbeitslosenversicherung versichert. Die Pflegeversicherung entrichtet hierfür die Beiträge. Sie werden nicht gezahlt, wenn durch die Pflegeperson bereits Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt werden, z. B. in einer Teilzeitbeschäftigung.

Pflegende Angehörige, die einen oder mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, haben außerdem einen beitragsfreien gesetzlichen Unfallversicherungsschutz.

Sie sind in diesem Rahmen während der Pflegetätigkeiten und bei allen Tätigkeiten und Wegen, die mit der Pflege zusammenhängen, gegen Unfallfolgen abgesichert.

Während eines Erholungsurlaubes der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt.

Beitragszahlungen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen

(Stand: 01.01.2021)

Pflegegrad des Pflege- bedürftigen	Art der Leistungen nach SGB XI	Prozent der Bezugsgröße	Beitragshöhe in Euro/Monat	
			West	Ost
5	Pflegegeldbezug	100	611,94	579,39
	Bezug von Kombinations- leistungen	85	520,15	492,48
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	70	428,36	405,57
4	Pflegegeldbezug	70	428,36	405,57
	Bezug von Kombinations- leistungen	59,5	364,10	344,74
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	49	299,85	283,90
3	Pflegegeldbezug	43	263,13	249,14
	Bezug von Kombinations- leistungen	36,55	223,67	211,77
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	30,1	184,19	174,40
2	Pflegegeldbezug	27	165,22	156,44
	Bezug von Kombinations- leistungen	22,95	140,44	132,97
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	18,9	115,66	109,51

Versicherter Verdienst in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen

(Stand: 01.01.2021)

Pflegegrad des Pflege- bedürftigen	Art der Leistungen nach SGB XI	Prozent der Bezugsgröße	mtl. Verdienst in Euro/Monat	
			West	Ost
5	Pflegegeldbezug	100	3.290,00	3.115,00
	Bezug von Kombinations- leistungen	85	2.796,50	2.647,75
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	70	2.303,00	2.180,50
4	Pflegegeldbezug	70	2.303,00	2.180,50
	Bezug von Kombinations- leistungen	59,5	1.957,55	1.853,43
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	49	1.612,10	1.526,35
3	Pflegegeldbezug	43	1.414,70	1.339,45
	Bezug von Kombinations- leistungen	36,55	1.202,50	1.138,53
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	30,1	990,29	937,62
2	Pflegegeldbezug	27	888,30	841,05
	Bezug von Kombinations- leistungen	22,95	755,06	714,89
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	18,9	621,81	588,74

Rentenertrag aus der gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen

(Stand: 01.07.2020)

Pflegegrad des Pflege- bedürftigen	Art der Leistungen nach SGB XI	Prozent der Bezugsgröße	mtl. Ertrag in Euro/Monat	
			West	Ost
5	Pflegegeldbezug	100	32,22	31,67
	Bezug von Kombinations- leistungen	85	27,39	26,92
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	70	22,56	22,17
4	Pflegegeldbezug	70	22,56	22,17
	Bezug von Kombinations- leistungen	59,5	19,17	18,84
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	49	15,79	15,52
3	Pflegegeldbezug	43	13,86	13,62
	Bezug von Kombinations- leistungen	36,55	11,78	11,58
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	30,1	9,70	9,53
2	Pflegegeldbezug	27	8,70	8,55
	Bezug von Kombinations- leistungen	22,95	7,40	7,27
	Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen	18,9	6,09	5,98

15.5.6 Qualität- und Qualitätssicherung

Durch eine Reihe von Maßnahmen wird die Qualität der von zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und Pflege- und Betreuungsdiensten) 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 Pflege- und Betreuungsdienste werden regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr durch den MDK oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten

Krankenversicherung geprüft (Regelprüfung). Aufgrund der Covid-19-Pandemie ist es für das Jahr 2021 möglich, dass weniger Prüfungen durchgeführt werden. Bei nachgewiesener guter Qualität soll es zukünftig möglich sein, den Prüfrhythmus von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf zwei Jahre zu verlängern. Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Bei Verdacht auf Qualitätsmängel oder andere Unregelmäßigkeiten können auch zusätzliche unangemeldete Prüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden (Anlassprüfungen). Außerdem sollen Prüfungen in stationären Einrichtungen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Übermittlung von Qualitätsdaten nicht nachkommt. Der MDK und der Prüfdienst der PKV sollen jedoch nicht nur die Qualität der pflegerischen Leistungen prüfen und bewerten, sondern auch die Pflegeeinrichtungen in Qualitätsfragen beraten und Empfehlungen abgeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Transparenz der Pflegequalität

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen die Möglichkeit haben, sich verlässlich über die Qualität von Pflegeeinrichtungen informieren zu können. Seit dem 1. November 2019 finden die Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes in Pflegeheimen bundesweit nach einem neuen System statt. Zudem sollen die vollstationären Pflegeheime in Zukunft halbjährlich Qualitätsdaten zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern erheben und an eine unabhängige Datenauswertungsstelle übermitteln.

Die Qualität vollstationärer Pflegeeinrichtungen wird anhand strukturierter Qualitätsberichte dargestellt, die sich aus Ergebnissen der Qualitätsprüfungen, aus von den Einrichtungen erhobenen Qualitätsdaten sowie allgemeiner Informationen über die Einrichtungen zusammensetzen.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Informationen in der Pflegeeinrichtung und im Internet verständlich, übersichtlich, vergleichbar und kostenfrei veröffentlicht werden.

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. Pflegeheime sollen zudem auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativdienst hinweisen.

Für ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) wurde gemäß des gesetzlichen Auftrags ebenfalls von unabhängigen wissenschaftlichen Instituten ein neues Qualitätssystem entwickelt. Zurzeit wird dieses noch einem Praxistest unterzogen. Die Einführung des neuen ambulanten Qualitätssystems ist von der Pflegeselbstverwaltung für das Jahr 2021 geplant. Bis dahin findet das bisherige System der „Pflegenoten“ weiterhin Anwendung.



Internet:

Auf folgenden Internetseiten finden Sie die Qualitätsberichte der Pflegeeinrichtungen:
www.pflege-navigator.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.weisse-liste.de

15.6 Pflegeberatung

Pflegebedürftige und auf Wunsch der Pflegebedürftigen auch ihre Angehörigen oder weitere Personen können umfassende Hilfe bei der Organisation der Pflege und bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung durch die Pflegeberatung der Pflegeversicherung erhalten. Anspruch auf eine kostenfreie individuelle Pflegeberatung hat, wer bei seiner Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen stellt, sofern erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht, oder wer bereits Leistungen

erhält. Die Pflegeberatung wird durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater durchgeführt, die dafür eine gesonderte Qualifikation erwerben.

Die Pflegekasse soll vor der erstmaligen Beratung unverzüglich einen Pflegeberater bzw. eine Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benennen. Die Pflegekasse ist außerdem verpflichtet, bei Anträgen auf Leistungen (außer bei wiederkehrenden Anträgen auf Kostenerstattung) von sich aus spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antrags Eingang einen Beratungsgutschein für eine individuelle Pflegeberatung auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung erfolgt auf Wunsch auch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die anspruchsberechtigte Person lebt. Auch pflegende Angehörige oder weitere Personen erhalten eine Pflegeberatung mit Einverständnis der pflege-

bedürftigen 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 gemeinsam mit den Betroffenen einen individuellen Versorgungsplan und helfen bei dessen Umsetzung und Fortschreibung,
- ▶ sie erfassen systematisch und analysieren den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den MDK sowie, wenn die anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
- ▶ sie werten bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess aus und dokumentieren ihn.

Eine 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, wenn dies vom jeweiligen Land entschieden worden ist. Insgesamt wurden bis Ende 2019 in allen Bundesländern bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt bundesweit 452 Pflegestützpunkte eingerichtet, wovon einzelne mehrere Beratungsstellen betreiben. Hierbei ist die regionale Verteilung sehr unterschiedlich. In Sachsen und Sachsen-Anhalt wird die Beratung über die vernetzte Pflegeberatung sichergestellt.

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

15.7 Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus

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 im Sinne der 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, körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung 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.

Es 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.

15.8 Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Sozialhilfe

Da die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt ist (Teilleistungssystem), kann auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und nach der deutlichen Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflege bestehen. Dieser wird bei finanzieller Bedürftigkeit durch Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe gedeckt.

Wie im SGB XI ist auch im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ein-

geführt worden, um auch künftig sicherzustellen, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Grad der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten zum Maßstab für die Einstufung in die fünf Pflegegrade. Gegenüber dem SGB XI ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff insoweit weiter, als die Pflegebedürftigkeit nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss.

Leistungen der Hilfe zur Pflege kommen somit in Betracht bei finanzieller Bedürftigkeit:

- ▶ für Pflegebedürftige, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind,
- ▶ in Fällen, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht und aus diesem Grund keine Leistungen durch die Pflegeversicherung gewährt werden,

- in Fällen, in denen der pflegerische Bedarf durch die der Höhe nach begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht sichergestellt ist.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weitgehend den Leistungsarten der Pflegeversicherung. Gegenüber dem bisherigen Recht sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs insbesondere um ambulante und stationäre Betreuungsleistungen erweitert worden. Soweit häusliche Pflege ausreicht, soll darauf hingewirkt werden, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird.

Grundsätzlich erhalten nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Hilfe zur Pflege. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Darüber hinaus kann noch ein Entlastungsbetrag in Höhe von maximal 125 Euro monatlich gewährt werden.

15.9 Pflegeleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Beruht 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 2020: 387 Euro und 1.542 Euro alte Länder, 369 Euro und 1.483 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. „Pflegeleistungen zum Nachschlagen“ Bestellnummer: BMG-P-11025, Flyer „Pflegebedürftig-was nun?“ Bestellnummer: BMG-P-07053, „Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten“ Bestellnummer: BMG-P-07055; „Ratgeber Demenz – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz“ Bestellnummer: BMG-P-11021; weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen.

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 12 Uhr unter folgender Rufnummer: 030 3406066-02 zur Pflegeversicherung (kostenpflichtig: Tarif Ihres Telefonanbieters für Verbindungen in das deutsche Festnetz zum Vorwahlbereich 030 – bei Festnetzflatrate kostenlos).

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service:

Fax: 030 340 60 66 07

Gebärdentelefon (Videotelefonie):
www.gebaerdentelefon.de/bmg/

16. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Viele Behinderungen kann man nicht beseitigen. Aber man kann sie in ihren Auswirkungen mildern. Dabei brauchen Menschen mit Behinderungen 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.

16.1 Das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen

Mit der am 27. Juli 2016 in Kraft getretenen Novellierung wurde das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) aus dem Jahr 2002 unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt. Die Novellierung umfasste eine Anpassung des Behinderungsbegriffs und des Benachteiligungsverbots durch Träger öffentlicher Gewalt an die UN-Behindertenkonvention. Die Versagung angemessener Vorkehrungen durch Träger öffentlicher Gewalt gilt seit der Novellierung als Benachteiligung.

Bedeutsam war die Novelle auch, um mehr Barrierefreiheit im öffentlichen Raum zu erzielen. So sollen die Bundesbehörden schrittweise auch ihre Bestandsbauten barrierefrei gestalten.

Seit 2018 sind Regelungen zur verbesserten Gestaltung barrierefreier Websites und mobiler Anwendungen öffentlicher Stellen des Bundes in Kraft.

Um sprachliche Barrieren für Menschen mit Lern- und geistigen sowie seelischen Behinderungen abzubauen wurde die Leichte Sprache im BGG und im Sozialgesetzbuch verankert. Künftig sollen Behörden damit zum einen mehr Informationen in Leichter Sprache zur Verfügung stellen. Seit 2018 sollen die vom Anwendungsbereich umfassten Behörden zudem Formulare und Bescheide kostenfrei - je nach Bedarf - mündlich in einfacher, verständlicher Sprache oder falls dies nicht ausreicht schriftlich in Leichter Sprache erläutern. Gerade im Sozialverfahren ist dies wichtig für Menschen mit Behinderungen.

Mit dem BGG wurde eine Bundesfachstelle für Barrierefreiheit errichtet, die bei der Deutschen Rechtenversicherung Knappschaft-Bahn-See angesiedelt ist. Sie berät und unterstützt vor allem Behörden bei der Umsetzung des BGG. Darüber hinaus kann sie auch Wirtschaft, Verbände und Zivilgesellschaft beraten – z. B. bei Zielvereinbarungen zur Erreichung oder Verbesserung von Barrierefreiheit.



Internet:

<https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de>

In Streitfällen können sich Menschen mit Behinderungen und nach dem BGG anerkannte Verbände an die bei dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen eingerichtete Schlichtungsstelle wenden. Damit ermöglicht das BGG eine außergerichtliche und rasche Streitbeilegung für Menschen mit Behinderungen.



Internet:

<http://www.schlichtungsstelle-bgg.de>

Nicht zuletzt sieht das BGG auch eine Stärkung der Partizipation der Verbände von Menschen mit Behinderungen durch finanzielle Förderung von Maßnahmen vor. Ziel ist es, insbesondere Selbstvertretungsorganisationen eine aktive Teilhabe an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten zu ermöglichen. Dafür werden Mittel in Höhe von 1,1 Mio. Euro jährlich bereitgestellt.

16.2 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz

Auf eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gerichtet. Die Bestimmungen des AGG sollen Personen vor Diskriminierung etwa aus rassistischen Gründen, wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, des Alters, der sexuellen Identität oder aber wegen einer Behinderung schützen. Ergänzend zu den bereits

bestehenden Regelungen soll das AGG Menschen mit Behinderungen vor allem vor Benachteiligungen in den Bereichen Beschäftigung und Beruf sowie bei Geschäften des täglichen Lebens 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 Menschen mit Behinderungen.

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 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 Bewerber oder eine Bewerberin mit Behinderungen tatsächlich nicht in der Lage ist, die Tätigkeit auszuüben.

Nicht nur im Arbeitsleben, sondern auch im Alltag sind Menschen mit Behinderungen 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 Benachteiligungsschutz. Aber weil zwischen einer privaten Versicherung und einer oder 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 u. a. eine unterschiedliche Behandlung wegen einer Behinderung, „... 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 Verbraucherinnen und Verbraucher anzurufen, der Entscheidungen der Versicherer überprüft.

**www.versicherungsombudsmann.de
Telefon von Montag bis Freitag in
der Zeit von 9.30 Uhr bis 11.30 Uhr
und von 14.00 bis 15.30 über die
kostenfreie Rufnummer:**

0800 3696000

**Aus dem Ausland über die gebühren-
pflichtige 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@
versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@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.

16.3 Rund ums Wohnen

Besonders im Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können staatliche Hilfen nur den Rahmen abstecken und Anstöße geben. Denn gesellschaftliche Teilhabe findet im Wesentlichen im unmittelbaren Wohn- und Lebensbereich statt. Deshalb wird im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung der Länder u. a. der Bau von behindertengerechten Wohnungen gefördert. Auch aus der Ausgleichsabgabe nach dem SGB IX werden Wohnungen finanziert, etwa für Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Zahlreiche Gesetze und Verordnungen wirken darauf hin, dass schon im Planungsstadium die Gestaltung einer behindertengerechten Umfeldes berücksichtigt wird.

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

16.3.1 Wohnraumförderung und Vermietung von gefördertem Wohnraum

Die Zuständigkeit für die soziale Wohnraumförderung wurde im Zuge der Föderalismusreform I mit Wirkung zum 1. September 2006 vollständig auf die Länder übertragen. Die Länder legen die Förderkonditionen in diesem Bereich gesetzlich fest und sind verantwortlich für die Finanzierung. Als Ausgleich für den Wegfall von Finanzhilfen, die der Bund den Ländern bis zur Föderalismusreform I für die soziale Wohnraumförderung gewährte, leistete der Bund von 2007 bis einschließlich 2019 jährliche Kompensationszahlungen an die Länder.

Damit der Bund ab dem Jahr 2020 den Ländern wieder zweckgebundene Finanzhilfen im Bereich des sozialen Wohnungsbaus gewähren kann, wurde das Grundgesetz im April 2019 geändert. Der Bund stellt für sozialen Wohnungsbau im Zeitraum 2020 bis 2024 jährlich 1 Mrd. Euro zu Verfügung, die durch zusätzliche Eigenmittel der Länder ergänzt werden.

Gegenstand der sozialen Wohnraumförderung ist sowohl die Bereitstellung preiswerter Mietwohnungen als auch die Unterstützung bei der Bildung selbst genutzten Wohneigentums, vor allem für Haushalte mit Kindern. Zielgruppe der sozialen Wohnraumförderung sind Haushalte, die sich am Markt nicht aus eigener Kraft angemessen mit Wohnraum versorgen können. Im Rahmen der Förderung von Mietwohnraum werden Belegungs- und Mietpreisbindungen begründet. Die Fördernehmerinnen und Fördernehmer (zum Beispiel Wohnungsunternehmen, Genossenschaften und Einzelbauherren) erhalten etwa Darlehen zu Vorzugsbedingungen oder Zuschüsse. Von zahlreichen Ländern wird die Schaffung von behindertengerechtem Wohnraum im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung unterstützt. Informationen über die verschiedenen Programme der Länder erteilen die nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften zuständigen Behörden (in der Regel die Gemeinden oder Landkreise). Diese geben auch

Auskunft darüber, ob Wohnraum vorhanden ist, der für Menschen mit Behinderungen und Betreuungspersonen belegungsgebunden ist.

16.3.2 Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens

Damit ältere Menschen und Menschen mit Behinderung so lange wie möglich selbstbestimmt und sicher in ihrer vertrauten Umgebung leben können, fördert die Bundesregierung den altersgerechten und barrierefreien Umbau von Wohnungen, mit dem KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“. Private Eigentümer und Mieter können im Rahmen des Programms – unabhängig von Einkommen und Alter – Zuschüsse beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und bauliche Maßnahmen zur Einbruchssicherung vorzunehmen. In der Darlehensvariante des KfW-Programms können u. a. auch Wohnungsunternehmen und -genossenschaften oder kommunale Unternehmen Anträge stellen.

Gefördert werden Maßnahmen in der Wohnung (z. B. Abbau von Schwellen, Umbau von Sanitärräumen, altersgerechte Assistenzsysteme), Maßnahmen zur Überwindung von Treppen und Stufen durch Rampen oder Aufzüge/Treppenlifte sowie barriere-reduzierende Maßnahmen bei Wegen zum Gebäude oder auf dem Grundstück (z. B. Stellplätze). Förderfähig ist auch die Umgestaltung bestehender Gemeinschaftsräume oder die Schaffung von Gemeinschaftsräumen in bestehenden Wohngebäuden ab drei Wohneinheiten. Die geförderten Maßnahmen müssen den technischen Mindestanforderungen des Programms entsprechen.



Internet:

Weitere Informationen stehen bereit unter www.kfw.de



Internet:

Im Rahmen der Forschungsinitiative Zukunft Bau wurde das Projekt „ready - vorbereitet für altersgerechtes Wohnen. Neue Standards und Maßnahmenets für die stufenweise, altengerechte Wohnungsanpassung im Neubau“ vom Bundesbauministerium gefördert. In „ready“ wurde untersucht, wie sich Wohnungen auf die veränderten Bedürfnisse im Alter vorbereiten lassen. Weitere Informationen unter www.readyhome.de

16.3.3 Barrierefreiheit im Mietrecht

§ 554 a Bürgerliches Gesetzbuch

– **BGB** regelt zugunsten von Menschen mit Behinderungen Ansprüche der Mieterinnen und Mieter mit Behinderungen gegenüber ihren Vermieterinnen oder Vermietern auf Zustimmung zu baulichen Veränderungen oder sonstigen Einrichtungen, die für behindertengerechte Nutzung der Mietwohnung oder den Zugang zu ihr erforderlich sind. Der Zustimmungsanspruch der Mieterin oder des Mieters kann durch den Mietvertrag nicht ausgeschlossen werden.

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

Kosten – ohne die vorherige Zustimmung der Vermieterin oder des Vermieters nicht vornehmen. Mieter oder Mieterinnen mit Behinderung haben grundsätzlich einen Anspruch auf diese Zustimmung zu Maßnahmen einschließlich Umbauten, die ihnen die behindertengerechte Nutzung der Wohnung und den Zugang zu ihr ermöglichen oder erleichtern. Der Vermieter oder die Vermieterin ist aber nicht verpflichtet, auf seine bzw. ihre Kosten entsprechende Bau- maßnahmen 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 die Person 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 an der unveränderten Erhaltung der Mietsache oder des Gebäudes das Interesse des Mieters oder der Mieterin an einer behindertengerechten Nutzung überwiegt. Dabei sind auch die berechtigten Interessen anderer Mieterinnen und Mieter in dem Gebäude zu berücksichtigen. Dies erfordert eine umfassende Abwägung aller 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.

16.3.4 Wohn- und Betreuungsgesetz – WBVG

Seit 2009 stärkt das **Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG)** als besonderes Verbraucherschutzgesetz die Rechte älterer, pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderungen. Unabhängig von Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung sollen Verbraucherinnen und Verbraucher so selbstbestimmt und selbständig wie möglich leben und beispielsweise bei Veränderungen der Bedürfnisse ihre gewohnte Umgebung nicht verlassen müssen.

Dem WBVG unterfallen Verträge zwischen volljährigen Personen und Unternehmern, die Wohnraum in Verbindung mit Pflege- oder Betreuungsleistungen anbieten. Die Vorschriften des WBVG finden auf Verträge herkömmlicher Pflegeeinrichtungen aber auch auf neue Wohnformen wie beispielsweise dem „Betreuten Wohnen“ Anwendung.

Zu den wichtigsten Vorschriften des Wohn- und Betreuungsgesetzes gehören:

- ▶ Anspruch der Verbraucherinnen und Verbraucher auf vorvertragliche Informationen in leicht verständlicher Sprache über Art, Inhalt und Umfang der einzelnen Leistungen und Entgelte
- ▶ Schriftlicher Abschluss und Aushändigung einer Ausfertigung des Vertrages an die Verbraucherin oder den Verbraucher auf unbestimmte Zeit abgeschlossen; Möglichkeit der Befristung, wenn sie den Interessen der Verbraucherin oder des Verbrauchers nicht widerspricht
- ▶ Hohe Anforderungen an den Umfang des Vertragsinhaltes
- ▶ Angemessene Entgeltzahlung; Zulässigkeit einer Erhöhung nur unter bestimmten Voraussetzungen
- ▶ Pflicht zur Vertragsanpassung durch den Unternehmer bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs; Zulässigkeit von Ausnahmen nur bei gesonderter schriftlicher Vereinbarung

- ▶ Ordentliches und außerordentliches Kündigungsrecht des Verbrauchers oder der Verbraucherin, hingegen eingeschränktes Kündigungsrecht des Unternehmers
- ▶ Vertrag muss Informationen darüber enthalten, ob der Unternehmer im Streitfall über die Vertragsinhalte am Streitbeilegungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle teilnimmt und auf die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle hinweisen
- ▶ Unwirksamkeit von Vereinbarungen, die zum Nachteil der Verbraucherin oder des Verbrauchers von den Regelungen des WBVG abweichen.

Ein barrierearmer Leitfaden zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz für Verbraucherinnen und Verbraucher ist kostenlos erhältlich von der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. in Bonn (BIVA-Pflegeschutzbund <https://www.biva.de>).



Internet:

Weitere Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher stehen bereit unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/gesetzliche-regelungen>
<https://www.biva.de/gesetze/das-wbvg/>
<https://www.verbraucher-schlichter.de/>

16.3.5 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 1.800 Euro im Jahr vor für jedes zu berücksichtigende Haushaltsmitglied mit Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 100 oder von unter 100 bei einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege.

Bei Leistungsberechtigten von Transferleistungen (z. B. Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz) sind die Unterkunftskosten Bestandteil der jeweiligen Transferleistung. Insofern kommt für sie keine gesonderte Wohngeldleistung in Betracht. Gleiches gilt auch, wenn eine Person bei der Bedarfs-

ermittlung des Leistungsberechtigten einer Transferleistung (z. B. wenn ein anderes Haushaltsmitglied Arbeitslosengeld II erhält) berücksichtigt wird.

Auch Heimbewohner oder Heimbewohnerinnen können Wohngeld beantragen. Voraussetzung ist u. a., dass sie dauerhaft in einer sogenannten besonderen Wohnform untergebracht sind. In diesem Fall sind diese Personen nach den jeweiligen Landesgesetzen, die anstelle des Heimgesetzes getreten sind, Heimbewohner/-innen.



Internet:

Weitere Informationen zum Wohngeld finden Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat: www.bmi.de



Info:

Auch Ihre örtliche Wohngeldbehörde hält Informationen für Sie bereit.

16.3.6 Bausparverträge

Ein Bausparer/eine Bausparerin kann auf Einzahlungen in einen Bausparvertrag eine Prämie von maximal 70 € (bei Verheirateten: 140 €) im Jahr erhalten. Voraussetzung ist unter anderem, dass die Bausparmittel wohnungswirtschaftlich verwendet werden. Eine anderweitige Verwendung ist jedoch prämienunschädlich, wenn nach Vertragsabschluss der GdB des Sparer oder der Sparerin oder des bzw. der nicht dauernd von ihm bzw. ihr getrennt lebenden Ehegatten oder Ehegattin auf mindestens 95 festgesetzt wird.

16.4 Im Alltag und in der Freizeit mobil

Menschen mit Behinderungen haben unabhängig von ihrem Wohnort die gleichen Mobilitätsbedürfnisse: sie möchten eigenständig, möglichst einfach, ohne hohe Kosten und ohne große Umwege zur Schule, zum Ausbildungs- oder Arbeitsplatz oder zu Freizeitaktivitäten oder Freunden gelangen. Das Mobilitätsverhalten hängt vor allem von den verfügbaren barrierefreien Mobilitäts-

angeboten in den Städten und Gemeinden ab. Nachdem das Personenbeförderungsgesetz bereits zum 01.01.2013 novelliert wurde, sind darin auch neue Regelungen zur Barrierefreiheit im ÖPNV enthalten. In Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verankerte der Gesetzgeber die politische Zielsetzung einer vollständigen Barrierefreiheit des ÖPNV zum 01.01.2022. Viele Städte, Gemeinden und Träger der freien Wohlfahrtsverbände richten darüber hinaus in zunehmendem Maße besondere Fahrdienste wie z.B. Rufbusse ein, die insbesondere im ländlichen Raum bedarfsorientiert bestimmte Strecken mit Linienbussen, Kleinbussen oder auch Taxis befahren. Hier sollte im Einzelfall mit dem Fahrdienst vor Fahrtantritt geklärt werden, ob beispielsweise eine Mitnahme des Rollstuhls möglich ist.



Tipp:

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

16.4.1 Barrierefreies Reisen

Bei der Barrierefreiheit im Tourismussektor in Deutschland konnten in den letzten Jahren viele Fortschritte erzielt werden. Deutschland ist ein attraktives Reiseziel und die Reiselust nimmt auch bei Reisenden mit eingeschränkter Mobilität beständig zu. Sie sind dabei jedoch häufig mit Barrieren, wie z. B. fehlenden Rampen für Rollstuhlfahrer oder unzureichenden Informationen konfrontiert, was ihre gleichberechtigten Teilhabe am Tourismus im Wege stehen kann. Deshalb hat das Bundeswirtschaftsministerium in den vergangenen Jahren mit dem Projekt „Reisen für Alle“ die Einführung eines bundesweit einheitlichen Kennzeichnungs- und Zertifizierungssystems über barrierefreie Angebote der Unternehmen gefördert.

„Reisen für Alle“ ist inzwischen zu einer bundesweit einheitlichen Kennzeichnung im Bereich Barrierefreiheit geworden. Die für die Gäste notwendigen Informationen werden durch ausgebildete Erheber erfasst und

mit klaren Qualitätskriterien bewertet. Diese wurden in mehrjähriger Zusammenarbeit und Abstimmung mit Betroffenenverbänden sowie touristischen Akteuren entwickelt.

Die detaillierten und geprüften Informationen zur Barrierefreiheit des Angebotes/ Objektes können von den Gästen in einer Datenbank eingesehen werden. So erhalten Betroffene verlässliche und transparente Informationen zu barrierefreien Reiseangeboten entlang der touristischen Leistungskette (<https://www.reisen-fuer-alle.de/>).

Inzwischen setzen bereits zahlreiche Bundesländer, einige Regionen und eine Hotelkooperation das Kennzeichnungssystem ein (Stand: März 2018). Mehr als 2.200 Betriebe und Angebote wurden mit dem umfangreichen Kriterienkatalog geprüft. Es gibt bereits eine Reihe guter Beispiele und Initiativen in verschiedenen Regionen, doch barrierefreie Tourismusangebote sind in Deutschland noch nicht flächendeckend zu finden. Ziel eines neuen Projekts ist es daher,

dass Kennzeichnungssystem „Reisen für Alle“ bundesweit einzuführen und die Entwicklung und Vermarktung barrierefreier Angebote mit verschiedenen Maßnahmen weiter zu fördern.

Beteiligte an der Weiterführung dieser Maßnahmen sind neben dem Deutschen Seminar für Tourismus (DSFT) e.V. (Projektverantwortliche) die Landesmarketingorganisationen im Deutschlandtourismus (LMOs), die Dienstleister aus dem Gastgewerbe, Reiseveranstalter, Transportunternehmen sowie Freizeit- und Kultureinrichtungen.

Die NatKo (Tourismus für Alle Deutschland e.V.) musste hingegen ihren Betrieb und damit auch das Informationsangebot auf ihrer Website aufgrund von Finanzierungsschwierigkeiten einstellen.

Die Umsetzung der Richtlinie (EU) 2015/2302 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2015 über Pauschalreisen und verbundene Reiseleistungen (ABl. L 326 vom 11.12.2015, S. 1) ist insbesondere mit Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Deutschland vollzogen worden. Reisende haben einen Anspruch darauf, dass ihnen vor Vertragsabschluss auf Anfrage darüber Auskunft gegeben wird, ob die geplante Reise im Allgemeinen für Personen mit eingeschränkter körperlicher Mobilität geeignet ist sowie auf Verlangen des Reisenden genaue Informationen über eine solche Eignung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Reisenden.



Weitere Informationen im Internet:

www.bsk-reisen.org

www.bag-familienerholung.de

www.einfach-teilhaben.de

www.natko.de

16.4.2 Erleichterungen im Personenverkehr

16.4.2.1 Freifahrt im Nahverkehr

Schwerbehinderte Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, haben Anspruch darauf, im öffentlichen Personennahverkehr unentgeltlich befördert zu werden → §§ 228 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 Verkehrsverbünden in ganz Deutschland (2. Klasse)
- ▶ außerhalb von Verkehrsverbünden: Omnibusse, Straßenbahnen, S-Bahnen (2. Klasse) in ganz Deutschland, einige Fährverbindungen im Nahverkehr 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 Grundversicherung Empfangende) sowie blinde und hilflose Menschen sind von der Eigenbeteiligung befreit.

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

Die Verkehrsunternehmen sind verpflichtet, freifahrberechtigte 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. Weitere Informationen erhalten Sie auf www.einfach-teilhaben.de

16.4.2.2 Eisenbahnverkehr

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. Diese Regelungen gelten in Deutschland sowohl im Fern- als auch im Nahverkehr.

Personen mit Behinderungen und Personen mit eingeschränkter Mobilität sollen 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 und erforderliche Unterstützung (z. B. beim Umsteigen) zu leisten.

Außerdem müssen Informationen über die Zugänglichkeit der Eisenbahnverkehrsdienste, die Ausstattung der Fahrzeuge sowie die Hilfeleistungen für diesen Personenkreis im Zug und an Bahnhöfen zur Verfügung stehen.

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

Die EU Fahrgastrechteverordnung für den Eisenbahnverkehr wird derzeit überarbeitet. Darüber beraten zurzeit die Institutionen der Europäischen Union.

Wenn etwas nicht klappt

Wenn mobilitätseingeschränkte Bahnreisende der Auffassung sind, dass gegen die beschriebenen Verpflichtungen verstoßen wurde, sollten sie sich als Erstes an das Eisenbahnunternehmen oder den Bahnhofsbetreiber wenden, der die Eisenbahn oder den Bahnhof betreibt, in der oder dem der

Vorfall passiert ist. Damit kann in vielen Fällen eine rasche und außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen dem Fahrgast und Eisenbahnunternehmen erreicht werden.

Darüber hinaus ist es möglich, Streitigkeiten bei der Beförderung behinderter oder mobilitätseingeschränkter Fahrgäste im Rahmen eines für den Fahrgast grundsätzlich kostenfreien Schlichtungsverfahrens zu lösen. In Betracht kommt u. a. die Schlichtungsstelle für den öffentlichen Personenverkehr. Das Schlichtungsverfahren kann auf der Webseite **www.soep-online.de** über ein Online-Formular eingeleitet werden.

Unabhängig davon haben Fahrgäste auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an das Eisenbahn-Bundesamt (EBA) zu wenden, das als nationale Durchsetzungsstelle für die Einhaltung der Fahrgastrechte im Eisenbahnverkehr zuständig ist.

Fernverkehr

- ▶ Im Fernverkehr müssen schwerbehinderte Menschen ein Beförderungsentgelt bezahlen.
- ▶ Eine Begleitperson fährt auch in den Fernverkehrszügen der Deutschen Bahn AG (DB AG) kostenlos mit, wenn die Berechtigung zur Mitnahme im Ausweis des behinderten Menschen (Ausweismerkmal „B“) bescheinigt ist → **§§ 228 Abs. 6 Nr. 1, § 230 Abs. 2, § 229 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 Bl in ihrem Ausweis können für sich und eine Begleitperson kostenfrei Plätze reservieren.
- ▶ Kostenfrei reservierbar sind auch die Rollstuhlstellplätze in den Zügen der DB AG.

- ▶ Schwerbehinderte Menschen (ab GdB 70) erhalten die BahnCard 50 und BahnCard 25 zu ermäßigten Preisen.



Info:

Wenn auf einer Bahnreise die Hilfe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Broschüre „Reisen für alle – Bahn fahren ohne Barrieren“ heraus. Diese ist unter www.bahn.de erhältlich.
Daneben hat die DB AG die App „DB Barrierefrei“ für Reisende mit kognitiven, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen entwickelt.

Beförderungspflicht

Nach der Verordnung (EG) Nr. 1371/2007 und im Rahmen des § 10 des Allgemeinen Eisenbahngesetzes (AEG) sind Eisenbahnen zu Beförderungen von Personen mit Behinderungen oder eingeschränkter Mobilität verpflichtet. Die Beförderungspflicht erstreckt sich auf die Beförderung von Personen und Reisegepäck. Hierzu gehören auch Rollstühle und andere Hilfsmittel von Menschen mit Behinderungen. 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.

16.4.2.3 Luftverkehr

Mobilitätseingeschränkte und behinderte Flugpassagiere in der Europäischen Union haben seit dem 26. Juli 2008 folgende Rechte (vgl. Verordnung (EU) Nr. 1107/2006)

- ▶ Flughäfen,
- ▶ Fluggesellschaften und
- ▶ Reiseveranstalter

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

Diese Serviceleistungen sind ohne zusätzliche Kosten für Fluggäste 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 zum vorgegebenen Zeitpunkt am Flughafen an den dort ausgewiesenen Kontaktpunkten, z. B. Eingangsbereich oder Infoschalter einzufinden.

Wenn etwas nicht klappt

Ist der/die behinderte oder mobilitätseingeschränkte Fluggast reisende der Auffassung, dass gegen die Betreuungsverpflichtungen verstoßen wurde, sollte er/sie sich als Erstes an die Fluggesellschaft oder den Flughafen wenden. Damit soll eine rasche und außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen dem Fluggast und den Fluggesellschaften und Flughäfen ermöglicht werden. Sollte es zu keiner Einigung kommen, besteht die Möglichkeit, die nationale Beschwerdestelle zur Durchsetzung der Fluggastrechte über Inhalt und Ergebnis der

Beschwerde zu unterrichten. In Deutschland ist dies das Luftfahrt-Bundesamt (fluggastrechte@lba.de). Das Luftfahrt-Bundesamt überprüft, ob und inwieweit der Flughafen oder die Fluggesellschaft gegen ihre Verpflichtungen verstoßen haben und kann im Einzelfall Bußgelder gegen die Unternehmen verhängen. Hervorzuheben ist, dass das Luftfahrt-Bundesamt nicht über das Bestehen zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche entscheidet. Diese muss der oder die Fluggast weiterhin zivilgerichtliche einfordern.

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. Sie sind verantwortlich, die durchgehende Betreuung von der Ankunft am Flughafen bis zum Abflug und umgekehrt sicherzustellen.
- ▶ Kostenlose Hilfeleistung an Bord: Die Fluggesellschaften sind verpflichtet, bei Flügen, die in der Europäischen Union beginnen, Rollstühle oder Begleithunde zu befördern. Dies gilt auch für Flüge aus einem Drittstaat in die Europäische Union, die von einem europäischen Luftfahrtunternehmen durchgeführt werden. Einschränkungen kann es aufgrund von Sicherheitsvorschriften und Verfügbarkeit geben. Informieren Sie die Fluggesellschaft spätestens 48 Stunden vorher über die benötigten Dienstleistungen.

16.4.2.4 Busverkehr

Seit dem 1. März 2013 gelten innerhalb der Europäischen Union im Busverkehr u. a. spezielle Fahrgastrechte für Menschen mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen vorgesehen ist. Derzeit sind solche Hilfeleistungen an den Zentralen Omnibusbahnhöfen in Hamburg und Mannheim sowie am Busbahnhof Stuttgart-Flughafen 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 Busbahnhofsbetreiber 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.



Hinweis:

Weitere Informationen über die Barrierefreiheit im Fernbuslinienverkehr können Sie dem vom BMVI veröffentlichten Handbuch entnehmen, das auf der Homepage des BMVI barrierefrei abrufbar ist: <https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Publikationen/StV/handbuch-barrierefreiheit-im-fernbuslinienverkehr.html>

16.4.2.5 Schiffsverkehr

In Anlehnung an vergleichbare Regelungen im Luft- und Eisenbahnverkehr werden auch im Schiffsverkehr die Rechte von mobilitätseingeschränkten und Schiffsreisenden mit Behinderungen mit der Verordnung (EU) Nr. 1177/2010 europaweit gestärkt. Diese sind im Amtsblatt der Europäischen Union, L 334, 17. Dezember 2010, veröffentlicht.

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 Menschen mit Behinderungen 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 von Menschen mit Behinderungen nicht möglich ist. In diesem Fall unternehmen Beförderer, Reisevermittler oder Reiseveranstalter alle zumutbaren Anstrengungen, um der betreffenden Person eine Beförderungsalternative anzubieten.

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

Voraussetzungen

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 Mensch mit Behinderungen 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 Einschiffszeit, 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.

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.



Info:

**Bei Fragen und Beschwerden zu den Fahrgastrechten in den Bereichen Eisenbahn-, Bus- und Schiffsverkehr steht das Bürgertelefon Fahrgastrechte des Eisenbahn-Bundsamtes in der Zeit Montag bis Donnerstag von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr, Freitag von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr unter folgender Rufnummer zur Verfügung:
Telefon: 0228 30795 400
Telefax: 0228 30795 499**

**Die Adresse lautet:
Eisenbahn-Bundesamt
Heinemannstraße 6
53175 Bonn**

**E-Mail:
fahrgastrechte@eba.bund.de**

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

16.4.3 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 Mensch wegen Art oder Schwere seiner Behinderung zum Erreichen seines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen kann.

16.4.4 Teilnahme am Straßenverkehr

Grundsätzlich können Menschen mit Behinderungen 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.

Handelt es sich um motorisierte Krankenfahrstühle mit bis zu 6 km/h, unterliegen sie nicht den zulassungsrechtlichen Vorschriften für Kraftfahrzeuge. Auch sind sie nicht versicherungspflichtig. Dahingegen bedürfen motorisierte Krankenfahrstühle mit einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von mehr als 6 km/h für den Betrieb auf öffentlichen Straßen aus Gründen der Verkehrssicherheit zumindest einer Betriebserlaubnis. Es muss für sie zudem eine Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden. Dafür haben sie ein gültiges Versicherungskennzeichen zu führen.

Auf Gehwegen sowie in der Fußgängerzone gilt: Ein motorisierter Krankenfahrstuhl darf nur mit Schrittgeschwindigkeit gefahren werden – unabhängig davon, ob ein höheres Tempo möglich wäre. Auf Radwegen darf nicht gefahren werden.

Auf gemeinsamen Geh- und Radwegen (Zeichen 240) sowie auf für den Radverkehr mit dem Zusatzzeichen „Radverkehr frei“ freigegebenen Gehwegen (Zeichen 239) dürfen Krankenfahrräder auch gefahren werden, jedoch gleichfalls nur mit Schrittschwindigkeit.

Für die Teilnahme am Radverkehr ist ein Fahrrad-Führerschein nicht erforderlich. Für Menschen mit geistiger Behinderung, die sich mit dem Rad eigenständig bewegen können, werden von privaten Anbietern aber spezielle Radfahrkurse angeboten mit dem Ziel, Sicherheit im Straßenverkehr zu vermitteln.



Info:

Auskünfte erteilen die Straßenverkehrsämter.

Finanzierungshilfen zur Beschaffung eines KfZ

Menschen mit Behinderungen, 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 Leistungen für eine behindertengerechte Zusatzausstattung und zur Erlangung der Fahrerlaubnis ein.



Info:

Auskünfte erteilen die Agenturen für Arbeit und die Integrationsämter.

16.4.5 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 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 zeitliche Begrenzung zu parken,

- auf Parkplätzen für Bewohnerinnen und Bewohner bis zu drei Stunden zu parken,

sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht.

Die höchstzulässige Parkzeit beträgt 24 Stunden, soweit keine strengen zeitlichen Vorgaben bestehen.

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 Menschen mit Behinderungen 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 aufgrund einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung einen Grad der Behinderung von mindestens 80 haben. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigungen dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen, die auf Grund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung - dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen - aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind.

Verschiedenste Gesundheitsstörungen (insbesondere Störungen bewegungsbezogener, neuromuskulärer oder mentaler Funktionen, Störungen des kardiovaskulären oder Atmungssystems) können die Gehfähigkeit erheblich beeinträchtigen.

Diese sind als außergewöhnliche Gehbehinderungen anzusehen, wenn nach versorgungsärztlicher Feststellung die Auswirkung der Gesundheitsstörungen sowie deren Kombination auf die Gehfähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung gleich kommt.

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. Ohnhänder (Ohnarmer) erhalten eine Ausnahmegenehmigung, um an Parkuhren und Parkscheinautomaten gebührenfrei und im Zonenhalteverbot bzw. auf Parkplätzen mit zeitlicher Begrenzung ohne Benutzung der Parkscheibe zu parken. Kleinwüchsige Menschen mit einer Körpergröße von 1,39 m und darunter erhalten eine Ausnahmegenehmigung, um an Parkuhren und Parkscheinautomaten gebührenfrei zu parken.

16.4.6 Diesel-Fahrverbote

Für Menschen mit Behinderungen gelten vielerorts Ausnahmen von Fahrverboten für Dieselfahrzeuge. Von Fahrverboten in Umweltzonen sind Kraftfahrzeuge grundsätzlich ausgenommen, mit denen Personen fahren oder gefahren werden, die außergewöhnlich gehbehindert, hilflos oder blind sind. Dies kann durch die nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Schwerbehindertenausweisverordnung im Schwerbehindertenausweis eingetragenen Merk-

zeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ oder dem EU-Parkausweis nachgewiesen werden. Gleiches gilt für Kraftfahrzeuge zur Beförderung von schwerbehinderten Menschen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder mit vergleichbaren Funktionseinschränkungen. Darüber hinaus können unter Umständen Ausnahmegenehmigungen erteilt werden. Da die Ausgestaltung der Fahrverbote den jeweiligen Landesbehörden obliegt, sind diese auch für die Erteilung von Ausnahmegenehmigungen im konkreten Einzelfall zuständig.

16.5 Gerichtliche Verfahren

Die Sozialgerichte entscheiden über Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung. Wenn ein Betroffener die Aufhebung oder Änderung eines Verwaltungsaktes (z. B. bei einer Ablehnung oder nur teilweisen Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch) oder den Erlass eines Verwaltungsaktes begehrt, muss er zunächst grundsätzlich Widerspruch gegen den Verwaltungsakt einlegen.

Die Behörde prüft dann in einem Widerspruchsverfahren erneut die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsaktes. Wenn die Behörde den Widerspruch für begründet hält, hebt sie den angefochtenen Verwaltungsakt auf und erlässt gegebenenfalls den begehrten Verwaltungsakt. Andernfalls erlässt die zuständige Widerspruchsbehörde einen ablehnenden Widerspruchsbescheid. In diesem Fall kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides eine Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Für Versicherte, Leistungsempfänger und Menschen mit Behinderungen ist das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gerichtskostenfrei.

Nimmt eine Person mit Hör- oder Sprachbehinderungen 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. Sie gelten zudem nicht nur für die mündliche Verhandlung, sondern für das gesamte gerichtliche Verfahren.

Eine blinde oder sehbehinderte Person kann in einem Gerichtsverfahren vom Gericht 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 und ihr zur Verfügung gestellt werden. Auslagen hierfür werden nicht erhoben.

Elektronische Dokumente sind für blinde oder sehbehinderte Personen barrierefrei zu gestalten, soweit sie in Schriftzeichen wiedergegeben werden.

Die am 1. Juni 2007 in Kraft getretene und zuletzt am 10. Oktober 2013 geänderte **→ Verordnung zur barrierefreien Zugänglichmachung von Dokumenten für blinde und sehbehinderte Personen im gerichtlichen Verfahren (ZMV)** gestaltet den Anspruch auf die Zugänglichmachung von Schriftstücken 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.

16.6 Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht, Bestellung einer gesetzlichen Vertretung von Amts wegen

Eine rechtliche Betreuung ist eine persönliche Rechtsfürsorge zum Wohle von Menschen, die ihre rechtlichen Angelegenheiten krankheits- oder behinderungsbedingt 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 nehmen, 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 Postweg bezogen werden. Beratung und Hilfestellung zu betreuungsrechtlichen Themen bieten zudem die örtlichen Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine.

Für die Wahrung der Verfahrensrechte von Personen mit Behinderung gilt nach § 15 Abs. 1 Nr. 4 SGB X, dass das Gericht für einen Beteiligten, der infolge einer psychischen Krankheit oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage ist, in dem Verwaltungsverfahren selbst tätig zu werden und kein Vertreter vorhanden ist, auf Ersuchen der Behörde einen geeigneten Vertreter zu bestellen hat.

17. Steuerliche Erleichterungen

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

Behinderten-Pauschbetrag

Menschen mit Behinderungen 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 Menschen mit Behinderungen 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). Menschen mit Behinderungen, 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 der Arbeitgeberin/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, Pflegegrad 4 oder 5) 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.

17.2 Kindergeld und Freibeträge für Kinder mit Behinderungen

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 Steuerminderungen in Betracht kommen (z. B. für Kinderbetreuungskosten nach § 10 EStG).

17.3 Kfz-Nutzung/Kraftfahrzeugsteuer

Schwerbehinderte Kraftfahrzeughalter, die blind, hilflos oder außergewöhnlich gehbehindert sind, sind von der Kraftfahrzeugsteuer befreit. Im Schwerbehindertenausweis müssen die Merkzeichen „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 Menschen mit Behinderungen.



Info:

Nähere Auskünfte erteilt die Zentrale Auskunft der Kraftfahrzeugsteuer:

Telefon: 0351 44834-550

E-Mail: info.kraftst@zoll.de

Internet: www.zoll.de/DE/

Kontakt/Auskuenfte/Kraftfahrzeugsteuer/kraftfahrzeugsteuer_node.html

17.4 Fahrten zur Arbeit

Menschen mit einem GdB von mindestens 70 oder mit Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis und einem GdB von mindestens 50, 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 ab dem ersten Kilometer gewährt und ist verkehrsmittelunabhängig; sie kann somit angesetzt werden, gleich, ob jemand mit dem eigenen KfZ, Moped, Motorrad, zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arbeitsplatz gelangt. Menschen mit Behinderungen können statt der Entfernungspauschale die für Auswärtstätigkeiten geltende Fahrtkostenpauschale von 30 Cent pro gefahrenem Kilometer (also für Hin- und Rückfahrt, somit das

Doppelte der Entfernungs-
pauschale) oder die tatsächlichen
Aufwendungen (z. B. Kfz-Kosten)
als Werbungskosten geltend
machen.

Wird ein Arbeitnehmer oder eine
Arbeitnehmerin mit Behinderungen
im eigenen oder ihm oder ihr zur
Nutzung überlassenen Kraftfahr-
zeug arbeitstäglich 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 Kilometer-
satzes als Werbungskosten
berücksichtigt werden. Voraus-
setzung für die Berücksichtigung
der Aufwendungen für die Leer-
fahrten ist, dass der Arbeitnehmer
oder die Arbeitnehmerin selbst
keine gültige Fahrerlaubnis besitzt
oder davon aus Gründen, die mit
der Behinderung zusammenhängen,
keinen Gebrauch macht.



Info:

**Nähere Auskünfte erteilen die
Finanzämter.**

**Finanzamtssuche im Internet unter
www.finanzamt.de**

17.5 Privatfahrten

Menschen mit einem GdB von
mindestens 80 oder einem GdB
von mindestens 70 und Merk-
zeichen „G“ können nach Abzug
der zumutbaren Belastung Auf-
wendungen für durch die
Behinderung veranlasste unver-
meidbare Fahrten als „außer-
gewöhnliche Belastung“ nach § 33
EStG absetzen, soweit sie nach-
gewiesen 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 veranlasste unvermeidbare 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.

18. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen ist das erste universelle Rechtsinstrument, das bestehende Menschenrechte bezogen auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen konkretisiert. Es greift dafür auf die wichtigsten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen zurück und präzisiert zentrale Bestimmungen dieser Dokumente für 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 defizitorientierte Verständnis. Den weltweit über eine Milliarde Menschen mit Behinderungen gewährleistet das Übereinkommen universell verbriefte Rechte.

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 erfolg-

los 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. Deutschland hat die Konvention und das Zusatzprotokoll am 24. Februar 2009 ratifiziert. Am 26. März 2009 sind diese in Deutschland in Kraft getreten.

Das Übereinkommen ist ein wichtiges Referenzdokument, auf dessen Grundlage neue Entwicklungen in der Behindertenpolitik angestoßen und beurteilt werden. Die Bundesregierung setzt seit Juni 2011 das Übereinkommen auf Bundesebene mit ihren Nationalen Aktionsplänen um. Auch die Bundesländer, einzelne Kommunen, Organisationen und Unternehmen haben eigene Aktionspläne auf den Weg gebracht.

19. Familie, Adoption, Mutterschutz, Elterngeld/Elternzeit

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

Das Versicherungsvertragsgesetz, das für private Versicherungen gilt, verpflichtet in § 198 VVG den Versicherer zur Nachversicherung von neugeborenen Kindern im Bereich der Krankenversicherung (zu der auch die Pflegeversicherung 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 Kinder mit Behinderungen erhalten so

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

Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese Mindestversicherungsdauer darf drei Monate nicht übersteigen.

Die Adoption eines minderjährigen Kindes steht der Geburt eines Kindes gleich. Allerdings ist hier im Falle des Vorliegens einer „höheren Gefahr“ – also Vor-erkrankungen – ein Risikozuschlag bis zur einfachen Prämienhöhe erlaubt. Ein Leistungsausschluss wegen bereits eingetretener Versicherungsfälle darf nicht vorgenommen werden.

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.

19.2 Kinderzuschlag

Eltern haben Anspruch auf Kinderzuschlag für ihre unter 25 Jahre alten Kinder, wenn

- ▶ diese Kinder in Ihrem Haushalt leben und weder verheiratet noch verpartnert sind,
- ▶ sie für diese Kinder Kindergeld oder eine vergleichbare Leistung, z. B. aus dem Ausland bekommen,
- ▶ sie als Paar monatliche Brutto-Einnahmen von mindestens 900 Euro, oder als allein-erziehende Person in Höhe von 600 Euro haben (Mindest-einkommensgrenze)
- ▶ sie genug Einkommen für sich selbst haben und zusammen mit dem Kinderzuschlag den Bedarf ihrer Familien decken können und
- ▶ das Einkommen, das auf den Kinderzuschlag angerechnet wird, nicht so hoch ist, dass sich der Kinderzuschlag auf null reduziert.

Der Kinderzuschlag beträgt bis zu 185 Euro monatlich (205 Euro ab 01.01.2021 monatlich) je Kind und deckt zusammen mit dem Kindergeld den durchschnittlichen Bedarf von Kindern.

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 und 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. Der Antrag kann auch unter www.kiz-digital.de online ausgefüllt werden.

Bezieherinnen und Bezieher von Kinderzuschlag können sich außerdem von den KiTa-Gebühren befreien lassen. Hierzu ist ein gesonderter Antrag notwendig. Sie haben Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe. Diese beinhalten:

- ▶ tatsächliche Aufwendungen für eintägige Ausflüge von Schule, KiTa oder Tagespflege,
- ▶ Kosten für mehrtägige Klassenfahrten sowie mehrtägige Ausflüge der KiTa oder Tagespflege,
- ▶ Leistungen für den persönlichen Schulbedarf in Höhe von 150 Euro pro Schuljahr,
- ▶ Kosten für die Schülerbeförderung,
- ▶ Leistungen für eine angemessene, Lernförderung bei nicht ausreichenden Leistungen in der Schule, unabhängig von einer unmittelbaren Versetzungsgefährdung,
- ▶ Aufwendungen für die Teilnahme an einer gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in Schule (auch in Kooperation mit dem Hort), KiTa, Hort oder Tagespflege sowie,
- ▶ Leistungen für die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in Höhe eines Betrages von pauschal 15 Euro monatlich.

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.

19.3 Das Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Besonderen Schutz bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium bietet das Mutterschutzgesetz (MuSchG). Es gilt für Frauen während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit. Das Mutterschutzrecht sieht u.a., insbesondere für Frauen in einer Beschäftigung, Mutterschaftsleistungen während der Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie während Beschäftigungsverboten vor. Zudem verpflichtet es den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin beziehungsweise die Ausbildungsstelle zu Schutzmaßnahmen, durch die unverantwortbare Gefährdungen am Arbeits- beziehungsweise Ausbildungsplatz vermieden werden. Zudem wirkt es Benachteiligungen während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit entgegen.

Zum 1. Januar 2018 ist ein neues MuSchG mit wichtigen Verbesserungen in Kraft getreten. Mütter sind bei Geburt eines Kindes mit Behinderung besser geschützt.

Das MuSchG gilt für alle schwangeren und stillenden Frauen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen sowie gemäß § 1 Abs. 2 MuSchG für einige andere Personengruppen, unabhängig davon, ob ein Beschäftigungsverhältnis vorliegt. Unabhängig von ihrem Beschäftigungsverhältnis gilt das MuSchG auch für Frauen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt sind (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 MuSchG).

Gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 MuSchG darf der Arbeitgeber eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen. Diese Schutzfrist ist nicht verzichtbar. Sie verlängert sich auf zwölf Wochen, wenn bei dem Kind vor dem Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ärztlich festgestellt wird.

Weitere Voraussetzung für die Verlängerung der Schutzfrist ist, dass die Mutter dies beantragt. Hierfür muss kein behördliches Verfahren zur Feststellung der Behinderung durchgeführt werden. Für die Antragstellung genügt die Vorlage der fristgerechten – das heißt innerhalb der ersten acht Wochen nach der Geburt erstellten – ärztlichen Feststellung. Der Anspruch auf die Verlängerung der Schutzfrist besteht bereits, wenn eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu erwarten ist. Die Verlängerung der Schutzfrist wird beim Arbeitgeber beantragt. Soweit die Mutter in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, genügt auch ein Antrag bei der Krankenkasse.

Der Anspruch auf die Verlängerung der Schutzfrist besteht bereits, wenn eine Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX zu erwarten ist. Die Verlängerung der Schutzfrist wird beim Arbeitgeber beantragt. Soweit die Mutter in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, genügt auch ein Antrag bei der Krankenkasse.

Darüber hinaus haben Frauen nach dem MuSchG Anspruch auf mutterschutzgerechte Beschäftigung während Schwangerschaft und Stillzeit. § 10 Abs. 1 MuSchG verpflichtet den Arbeitgeber zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen der schwangeren oder stillenden Frau. Auf Grundlage dieser ist er gemäß § 9 Abs. 1 MuSchG verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen für den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Frau und ihres Kindes zu treffen. Er hat die Arbeitsbedingungen gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 MuSchG so zu gestalten, dass Gefährdungen möglichst vermieden werden und so, dass eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen wird. Davon profitieren auch Frauen mit Behinderungen, da die Regelungen den Arbeitgeber verpflichten, besondere Bedürfnisse zu berücksichtigen. Das Gelingen der Anpassung der Arbeitsbedingungen wird auch dadurch gefördert, dass der Arbeitgeber gemäß § 10 Abs. 2 Satz 2 MuSchG verpflichtet ist, der Frau ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten.

Je nach Art der Behinderung können Frauen mit einer Behinderung von diesem Gesprächsangebot besonders profitieren, um ihre Bedürfnisse zu äußern.



Info:

Nähere Hinweise für Ihre persönliche Situation können Sie unter der Hotline des Servicetelefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter der Rufnummer 030 201 791 30 bekommen.



Internet:

Ausführliche Informationen enthält die Broschüre „Leitfaden zum Mutterschutz“. Sie können sie als Broschüre kostenlos beim Publikationsversand unter der Nummer 030 182 722 721 oder per E-Mail unter publikationen@bundesregierung.de anfordern. Den Leitfaden finden Sie auch auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/leitfaden-zum-mutterschutz/73756>.

19.4 Elterngeld, ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus

Elterngeld, ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus sind Familienleistungen für alle Eltern, die ihr Kind in der ersten Zeit nach der Geburt selbst betreuen wollen und deshalb nicht oder nicht voll erwerbstätig sind.

Beim Elterngeld stehen Müttern und Vätern gemeinsam zwölf Monatsbeträge zur Verfügung, die sie untereinander aufteilen können. Wenn beide Eltern das Elterngeld nutzen und ihnen Erwerbseinkommen wegfällt, wird für zwei zusätzliche Monate (Partnermonate) Elterngeld gezahlt. Das Elterngeld ersetzt das Einkommen vor der Geburt mit einer Ersatzrate von 65 Prozent, bei niedrigen Einkommen unter 1.000 Euro bis zu 100 Prozent.

Das ElterngeldPlus richtet sich vor allem an Eltern, die früher in den Beruf zurückkehren möchten. Sie können länger Elterngeld beziehen und ihr Elterngeldbudget besser ausschöpfen. Das ElterngeldPlus berechnet sich wie das Elterngeld, ist aber höchstens halb so hoch

wie das Elterngeld, das dem jeweiligen Elternteil ohne Teileinkommen nach der Geburt zustünde. Dafür wird es für den doppelten Zeitraum gezahlt: ein Elterngeldmonat = zwei ElterngeldPlus-Monate. Eltern können zwischen Elterngeld und ElterngeldPlus entscheiden oder auch beides miteinander kombinieren. Zusätzlich will der Partnerschaftsbonus Eltern ermutigen, sich für ein partnerschaftliches Zeitarrangement zu entscheiden. Er bietet die Möglichkeit, für vier weitere Monate ElterngeldPlus zu nutzen: Wenn Mutter und Vater in vier aufeinanderfolgenden Monaten gleichzeitig zwischen 25 und 30 Wochenstunden arbeiten, kann jeder Elternteil in diesen Monaten vier zusätzliche Monatsbeträge ElterngeldPlus beziehen.

Berechtigte Verwandte bis dritten Grades

Wenn die Eltern wegen einer Schwerbehinderung ihr Kind nicht betreuen können, haben nach § 1 Absatz 4 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) Verwandte bis zum dritten Grad und ihre Ehegatten, Ehegattinnen, Lebenspartner oder Lebenspartnerinnen Anspruch auf Elterngeld, wenn sie die übrigen Voraussetzungen für den Bezug von Elterngeld erfüllen (d.h. deutscher Wohnsitz, gemeinsamer Haushalt mit dem Kind und dessen persönliche Betreuung, Verzicht auf volle Berufstätigkeit) und von anderen vorrangig Berechtigten Elterngeld nicht in Anspruch genommen wird. Die Schwerbehinderung definiert § 2 Absatz 2 SGB IX.

Elterngeld für Geschwisterkinder

Familien mit mehr als einem Kind können einen Geschwisterbonus erhalten. Das nach den allgemeinen Regeln zustehende Elterngeld wird um 10 Prozent, mindestens aber um 75 Euro im Monat erhöht. Eltern, die ElterngeldPlus beziehen, erhalten mindestens einen Geschwisterbonus in Höhe von 37,50 Euro im Monat.

Bei zwei Kindern im Haushalt besteht der Anspruch auf den Erhöhungsbetrag so lange, bis das ältere Geschwisterkind drei Jahre alt ist. Bei drei und mehr Kindern im Haushalt genügt es, wenn mindestens zwei der älteren Geschwisterkinder das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Altersgrenze für den Geschwisterbonus liegt nach § 2a Absatz 2 Satz 3 BEEG für das ältere Kind mit Behinderung immer bei 14 Jahren.

Maßnahmen im Elterngeld aus Anlass der Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie hat zur Folge, dass Eltern die Voraussetzungen für das Elterngeld nicht mehr einhalten können. Um die betroffenen Familien weiterhin effektiv mit dem Elterngeld zu unterstützen, wurden zeitlich befristet gesetzliche Sondermaßnahmen geschaffen:

1. Eltern in systemrelevanten Berufen

Ist es Eltern in systemrelevanten Berufen nicht möglich, ihre Elterngeldmonate zwischen dem 1. März und 31. Dezember 2020 zu nehmen, können sie diese bis Juni 2021 aufschieben. Die später genommenen Monate haben bei einem weiteren Kind keinen negativen Einfluss auf die Höhe des Elterngeldes. Diese Monate können bei der Berechnung des Elterngeldes ausgenommen werden.

2. Partnerschaftsbonus

Eltern verlieren ihren Partnerschaftsbonus nicht, wenn sie auf Grund der Covid-19-Pandemie nicht wie geplant zwischen 25 und 30 Wochenstunden arbeiten können. Es gelten die Angaben bei Antragstellung für den Partnerschaftsbonus, wenn der Antrag bis 27. Mai 2020 gestellt wurde und der Bezug des Partnerschaftsbonus ganz oder teilweise zwischen dem 1. März 2020 und 31. Dezember 2020 liegt.

3. Einkommensverluste durch die Covid-19-Pandemie

Einkommensersatzleistungen wie beispielsweise Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld I oder Entschädigung für einen Verdienstausschlag nach § 56 Infektionsschutzgesetz (IfSG), die durch die Covid-19-Pandemie bedingte Einkommenswegfälle ausgleichen, reduzieren das Elterngeld nicht. Dies betrifft Eltern, die während des Bezugs von Elterngeld Teilzeit arbeiten möchten oder bereits in Teilzeit arbeiten.

Werdende Eltern, die durch die Covid-19-Pandemie Einkommensverluste haben, weil sie in Kurzarbeit arbeiten oder freigestellt sind, können Monate mit geringerem Einkommen von der Elterngeldberechnung ausnehmen.



Info:

Nähere Hinweise für die persönliche Situation können die zuständigen Elterngeldstellen vor Ort geben. Die Elterngeldstellen ermitteln nach der Geburt des Kindes verbindlich den Elterngeldanspruch. Informationen gibt es auch in der Broschüre „Hier geht es um das Eltern-Geld, das Eltern-Geld-Plus und die Eltern-Zeit. Ein Heft in „Leichter Sprache“ unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93614/5007d8253164d915b285066b8791af38/elterngeld-elterngeldplus-und-elternzeit-data.pdf> sowie „Elterngeld, ElterngeldPlus und Elternzeit“ unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93628/83655a1e39523da8cf8cb722f22a4bd0/elterngeldplus-ein-heft-in-leichter-sprache-data.pdf>



Internet:

Eine Orientierung über die Höhe des zu erwartenden Elterngeldanspruchs kann der Elterngeldrechner mit Planer auf der Internetseite des Bundesfamilienministeriums geben
<https://familienportal.de/>.

20. Wissenswertes

Hilfreiche Informationen zum Thema Behinderung finden Sie im 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 Menschen mit Behinderungen erfüllen müssen, um von den Radio- und Fernsehgebühren befreit zu werden. Außerdem hilft das Portal bei der Suche nach Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen in der näheren Umgebung, passende Hilfsmitteln und Gebärdensprache- und Schriftdolmetschern. Auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können sich informieren, welche Unterstützungsmöglichkeiten sie bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen 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 18 Lebenslagen bzw. wesentlichen Themen sortiert und auf benutzerfreundlich gestalteten Webseiten dargestellt:

- ▶ Alter und Rente,
- ▶ Arbieten,
- ▶ Ausbildung und Studium,
- ▶ Finanzielle Hilfen,
- ▶ Gesundheit,
- ▶ Hilfe bei Gewalt,
- ▶ Kindheit und Familie,
- ▶ Kunst und Kultur,
- ▶ Liebe und Sexualität,
- ▶ Medien und Internet,
- ▶ Migration,

- ▶ Mobilität und Reisen,
- ▶ Pflege,
- ▶ Rehabilitation,
- ▶ Schule,
- ▶ Schwerbehinderung,
- ▶ Sport,
- ▶ Wohnen

Außerdem gibt es die Rubrik „Ratgeber“. Hier werden die Nutzer und Nutzerinnen nicht nur informiert, sondern ihnen wird aufgezeigt, was wo beantragt werden kann oder wo man etwas konkret findet. Je Thema ist eine klare Fragestellung definiert, die auf der Ratgeberseite beantwortet wird (z. B. wie beantrage ich einen Schwerbehindertenausweis). Auf der Startseite des Internetportals finden sich außerdem aktuelle Neuigkeiten rund um das Thema Behinderung, Infos zu Veranstaltungen, Projekten und anderen interessanten Bereichen.

Das Portal bietet außerdem die Möglichkeit, Webbarrieren im Netz zu melden oder fachliche Fragen an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu richten.



Internet:

www.einfach-teilhaben.de

20.1 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.

20.2 Geschäfte des täglichen Lebens

Wenn volljährige Menschen mit geistiger Behinderung nicht geschäftsfähig sind (§ 104 Nummer 2 BGB), können sie Rechtsgeschäfte grundsätzlich nicht selbständig wirksam vornehmen (§ 105 BGB). Eine Ausnahme gilt allerdings für Geschäfte des täglichen Lebens (§ 105a BGB).

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).

20.3 Fürsorgerische Leistungen der Sozialen Entschädigung

Die Fürsorgerischen Leistungen der Sozialen Entschädigung umfassen alle Fürsorgeleistungen im Sozialen Entschädigungsrecht. Sie sind in den **§§ 25 bis 271 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)** geregelt und dienen 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 Versorgung.

Die Fürsorgerischen Leistungen der Sozialen Entschädigung haben die Aufgabe, sich der Geschädigten 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
Fürsorgerische Leistungen der
Sozialen Entschädigung in ent-
sprechender Anwendung des BVG:

- ▶ Soldatinnen und 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 Opferentschädigungsgesetzes (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).

Fürsorgerische Leistungen der Sozialen Entschädigung 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. Fürsorgerische Leistungen der Sozialen Entschädigung 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.

Fürsorgereiche Leistungen der Sozialen Entschädigung 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.



Tipp:

Die kostenlose Broschüre „Fürsorgereiche Leistungen der Sozialen Entschädigung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bestellnummer A 106

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



Info:

Weitere Auskünfte erteilen u. a. die Fürsorge- und Hauptfürsorgestellen.



Info:

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

20.4 Sozialhilfe und Mehrbedarf

Im SGB XII sind verschiedene Mehrbedarfe vorgesehen. Nach
→ § 30 Abs. 1 SGB XII ist für Personen, die

- ▶ die Altersgrenze erreicht haben oder
- ▶ die Altersgrenze noch nicht erreicht haben, aber voll erwerbsgemindert sind
- ▶ und denen das Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis anerkannt wurde,

ein Mehrbedarf von 17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe anzuerkennen, so weit nicht im Einzelfall ein abweichender Bedarf besteht. Gleiches gilt auch für nicht erwerbsfähige Sozialgeldbezieher des SGB II, die voll erwerbsgemindert nach dem SGB VI sind.

Ausführliche Informationen zu den Mehrbedarfen sind in der im Anschluss genannten Broschüre zu finden.



Tipp:

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

20.5 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 5,83 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
Sofern Anspruch auf Blindenhilfe nach § 72 SGB XII sowie nach § 27 d BVG besteht, ist eine Befreiung mit Hilfe folgender Nachweise möglich:

- eine Bescheinigung der bewilligenden Behörde oder
- der Bewilligungsbescheid, aus dem die Art der Leistung, der Name des Anspruchsberechtigten sowie der Leistungszeitraum ersichtlich sind.

Eine Ermäßigung vom Rundfunkbeitrag können Menschen, denen das Merkzeichen „RF“ im Schwerbehindertenausweis zuerkannt wurde, beantragen. Sie zahlen einen reduzierten Beitrag von 5,83 Euro pro Monat.

Anspruch auf einen reduzierten Beitrag haben:

- ▶ Blinde oder wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 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 beträgt und die wegen ihres Leidens nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können.

Wichtige Hinweise

Erhalten Menschen mit Behinderungen 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 17,50 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 in Form einer einfacher Kopie beizufügen.

Bitte beachten Sie, dass eine Befreiung oder Ermäßigung nur auf Antrag gewährt werden kann. Die Befreiung ist auch möglich, wenn ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht, auf diese jedoch freiwillig verzichtet wird. In diesem Fall ist ebenfalls ein Härtefallantrag zu stellen, dem der Bewilligungsbescheid und die Verzichtserklärung in Form einer einfacher Kopie beizufügen sind.

Wichtige Fragen und Antworten im Überblick

Die Antragsformulare sind online (www.rundfunkbeitrag.de) sowie bei Städten und Gemeinden und bei zuständigen Behörden erhältlich.

Der Antrag muss vollständig ausgefüllt sein und mit dem erforderlichen Nachweis eingesandt werden. Die folgenden Nachweise müssen in gut lesbarer Kopie, nicht jedoch im Original beigelegt werden:

- ▶ die Bescheinigung der Behörde oder des Leistungsträgers
- ▶ die aktuelle ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit
- ▶ den aktuellen Bewilligungsbescheid
- ▶ den Schwerbehindertenausweis

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

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 SGB XII bilden.

Alle Leistungen im Überblick

1. Sie erhalten Sozialleistungen

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
Leistungsberechtigte von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel (§§ 27 bis 40) des SGB XII oder nach § 27a oder 27d BVG	Kopie 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	Kopie 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	Kopie Bescheinigung über Leistungsbezug (Drittbescheinigung) oder Kopie aktueller Bewilligungsbescheid über den Bezug von Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II
Leistungsberechtigte von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	Kopie aktueller Bewilligungsbescheid/Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Asylbewerberleistungen
Sonderfürsorgeberechtigte im Sinne des § 27e BVG	Kopie 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 § 26c BVG oder von Pflegegeld nach landesgesetzlichen Vorschriften	Kopie 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	Kopie 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	Kopie 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	Kopie aktueller BAföG-Bescheid/Bescheinigung der Behörde über den Leistungsbezug
Empfänger von Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) nach den §§ 114, 115 Nr. 2 SGB III oder nach dem Dritten Kapitel, Dritter Abschnitt, Dritter Unterabschnitt SGB III, die nicht bei den Eltern wohnen	Kopie aktueller Bewilligungsbescheid/Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)
Empfänger von Ausbildungsgeld nach § 122 ff. SGB III, die nicht bei den Eltern leben	Kopie aktueller Bewilligungsbescheid/Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Ausbildungsgeld nach § 122 ff. SGB III

3. Sie haben gesundheitliche Einschränkungen

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
taubblinde Menschen	Kopie aktuelle ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit oder Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „Bl“ (blind) und „Gl“ (gehörlos) oder Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „Bl“ (blind) oder „Gl“ (gehörlos) zusammen mit einer ärztlichen Bescheinigung über die andere Behinderung oder Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „TBl“ (taubblind) oder eine Bescheinigung des Versorgungsamtes, mit der das Vorliegen eines Grades der Behinderung von 100 für die Sehbehinderung oder eines GdB von 70 für die Hörbehinderung bestätigt wird
Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII sowie nach § 27d BVG	Kopie 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 allein wegen der Sehbehinderung, die nicht vorübergehend ist	Kopie aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkenung des „RF-Merkzeichens“

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist	Kopie aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“
Menschen mit Behinderungen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigstens 80 beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können	Kopie aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“

20.6 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 Menschen mit Behinderungen 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 von Menschen mit Behinderungen 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

20.7 Zahnarzt

Den Landes-Zahnärztekammern liegen Anschriftenverzeichnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten vor, in deren Praxen die räumlichen und apparativen Voraussetzungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen 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, info@bzaek.de,
www.bzaek.de**

20.8 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.

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 erhalten ein Taschengeld. 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 und für das FSJ und FÖJ unter www.jugendfreiwilligendienste.de. Unter www.bmfsfj.de gibt es bei „Engagement und Gesellschaft“ weitere Informationen zu gesetzlich geregelten Freiwilligendiensten.

20.9 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. Früher war es deshalb nicht immer möglich, urheberrechtlich geschützte Texte z. B. auch in Blindenschrift zur Verfügung zu stellen. § 45a UrhG erleichtert deshalb seit 2003 Menschen mit Behinderungen 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, ohne dass eine Erlaubnis des Rechtsinhabers erforderlich ist.

Mit der Umsetzung des völkerrechtlichen Vertrags von Marrakesch zum 1. Januar 2019 hat sich die Verfügbarkeit und der (weltweite) Austausch von barrierefreien Texten zugunsten von blinden, seh- und lesebehinderten Menschen weiter verbessert.

Die neuen §§ 45b bis 45d UrhG erlauben es Menschen mit einer Seh- oder Lesebehinderung sowie Blindenbibliotheken und Blindenschulen („befugte Stellen“) Texte – beispielsweise Werke der Literatur – in Hörbücher umzuwandeln oder in Blindenschrift zu übertragen.

Befugte Stellen dürfen diese barrierefreien Exemplare untereinander austauschen und sie sowohl als physisches Exemplar (offline, z.B. in Blindenschrift) als auch in elektronischer Form (online, beispielsweise als e-Book) an Menschen mit einer Seh- oder Lesebehinderung zur Verfügung stellen.



Internet:

Eine Liste der befugten Stellen, die barrierefreie Inhalte bereithalten, ist auf der Homepage des Deutschen Patent- und Markenamts abrufbar:
https://www.dpma.de/dpma/wir_ueber_uns/weitere_aufgaben/verwertungsges_urheberrecht/aufsicht_verwertungsges/liste_befugte_stellen/index.html

21. 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

kontakt@abid-ev.de

► **Antidiskriminierungsstelle des Bundes**

Glinkastraße 24
10117 Berlin

Tel.: 030 18555-1865

Fax: 030 18555-41865

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 Menschen mit Behinderungen sowie Angehörigen zusammengeschlossen. Ihre Anschriften teilt die Bundesarbeitsgemeinschaft mit.

► **Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen**

Mauerstraße 53
10117 Berlin
Tel.: 03018 527-2944
Fax: 03018 527-1871

www.behindertenbeauftragter.de
anfrage@behindertenbeauftragter.de

► **BIVA Pflegeschutzbund**

Siebenmorgenweg 6-8
53229 Bonn
Tel.: 0228 9090-0
Fax: 0228 909048-22

www.biva.de
info@biva.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

www.netzwerk-ebd.de/mitglieder/bdkk/

► **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.de

behinderte.eltern@gmx.de

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

Brehmstraße 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.**

Kleverkamp 24

30900 Wedemark

Tel.: 089 4161740-10

Fax :089 4161740-90

www.bmab.de

info@bmab.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.**

Lievelingsweg 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

info@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

► **Deutsche Gesetzliche Unfall-
versicherung e. V.**

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Tel.: 030 13001-0 (Zentrale)
Fax: 030 13001-9876
www.dguv.de
info@dguv.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
info@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
info@dkbw.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.**

Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Tel.: 0711 2159-0
Fax: 0711 2159-388

www.diakonie.de
info@diakonie-katastrophenhilfe.de

► **Elly Heuss-Knapp-Stiftung
Deutsches Müttergenesungswerk**

Bergstraße 63
10115 Berlin
Tel.: 030 330029-0
Fax: 030 330029-20

www.muettergenesungswerk.de
info@muettergenesungswerk.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

► **Familien-Selbsthilfe/
Bundesverband der Angehörigen
psychisch Kranker (BAPK)**

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel.: 0228 71002400
Fax: 0228 71002429

www.bapk.de
bapk@psychiatrie.de

- **Familienportal unter Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Glinkastraße 24
10117 Berlin
Tel.: 030 18555-0
Fax: 030 18555-1145

www.familienportal.de
info@bmfsfsjservice.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 Schleswig-Holstein e.V. - Freiwilligendienst für Menschen mit und ohne Behinderungen**

Bismarckstraße 14
24837 Schleswig

www.mittenmang-schleswig.de
info@mittenmang-schleswig.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 24636-0
 Fax: 030 24636-110
 www.paritaet.org
 www.der-paritaetische.de
 info@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)**
 Fasanenstraße 81
 10623 Berlin
 Tel.: 030 6449933-0
 Fax: 030 6449933-10
 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

► **Sozialverband VdK
Deutschland e. V.**

Linienstraße 131
10115 Berlin
Tel.: 030 9210580-0
Fax: 030 9210580-110
www.vdk.de
kontakt@vdk.de

► **Universalschlichtungsstelle des
Bundes Zentrum für Schlich-
tungsfragen e.V.**

Straßburger Str. 8
77694 Kehl am Rhein
Tel.: 07851 7957940
Fax: 07851 7957940
www.verbraucher-schlichter.de
mail@universalschlichtungsstelle.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 72885-310
Fax: 0561 72885-2310
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

22. Glossar

Bezeichnung	Erläuterung
Arbeitsassistenz	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.

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
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
„Versorgungs- medizinische Grund- sätze“ 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>

Hilfe-Telefon „Gewalt gegen Frauen“

08000 116016 ist die Telefon-Nummer vom Hilfe-Telefon.

www.hilfetelefon.de ist die Webseite vom Hilfe-Telefon.

Hier können Sie anrufen, wenn Sie vor jemandem Angst haben.

Zum Beispiel: Wenn Ihnen jemand weh tut.

Oder wenn jemand sagt: er will Ihnen weh tun.

Rufen Sie an!

Das Hilfe-Telefon Gewalt gegen Frauen ist Tag und Nacht für Sie da.

Niemand erfährt, dass Sie angerufen haben.

Die Mitarbeiterinnen des Hilfe-Telefons hören Ihnen gerne zu.

Niemand erfährt, was sie erzählt haben.

Anrufen beim Hilfe-Telefon kostet nichts.

Hilfe-Telefon „Schwangere in Not. Anonym und sicher.“

Sie sind schwanger?

Und niemand soll das wissen?

Sie fühlen sich allein?

Sie haben Fragen zum Schwangersein?

Dann können Sie beim Hilfe-Telefon anrufen.

0800 40 40 020 ist die Telefon-Nummer.

www.schwanger-und-viele-fragen.de ist die Webseite vom Hilfe-Telefon.

Sie können hier immer anrufen. Auch in der Nacht.

Der Anruf kostet kein Geld.

Niemand erfährt, dass Sie hier angerufen haben.

STIFTUNG ANERKENNUNG UND HILFE

Für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland bzw. von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben

AUFGABEN DER STIFTUNG



öffentliche
Anerkennung des
Leids & Unrechts



individuelle
Anerkennung und Hilfe
in finanzieller Form



wissenschaftliche
Aufarbeitung der
Geschehnisse

Betroffene können sich ab sofort hier informieren:



Infotelefon: 0800 221 221 8

Alle Informationen zur Stiftung und
den Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter:
www.stiftung-anerkennung-hilfe.de



STIFTUNG
Anerkennung und Hilfe

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente	030 221911 001
Unfallversicherung/Ehrenamt	030 221911 002
Arbeitsmarktpolitik und -förderung	030 221911 003
Arbeitsrecht	030 221911 004
Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs	030 221911 005
Infos für Menschen mit Behinderungen	030 221911 006
Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa	030 221911 007
Mitarbeiterkapitalbeteiligung	030 221911 008
Informationen zum Bildungspaket	030 221911 009
Informationen zum Mindestlohn	030 60 28 00 28

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Fax: 030 221911 017

Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

www.bmas.de

info@bmas.bund.de

[illegible]

Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Referat Information, Monitoring,
Bürgerservice, Bibliothek
53123 Bonn



Stand: Januar 2021

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Bestell-Nr.: A 712
Telefon: 030 18 272 272 1
Telefax: 030 18 10 272 272 1
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: www.bmas.de

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Telefax: 030 221911 017

Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Datenhandling: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn

Druck: Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.