



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

AUSGABE 2013

Ratgeber

für Menschen
mit Behinderung



1. Einleitung	8
2. Behinderung – Was ist das?	10
2.1 Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?	10
2.2 Feststellung der Behinderung	11
2.3 Der Schwerbehindertenausweis	12
2.4 Nachteilsausgleiche	13
3. Leistungen zur Teilhabe	14
3.1 Rehabilitation und Teilhabe: Welche Hilfen gibt es und wer ist zuständig?	14
3.1.1 Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für erwerbsfähige und hilfebedürftige behinderte Menschen	17
3.1.2 Träger der Grundsicherung	18
3.2 Wo kann ich welche Leistungen beantragen?	19
4. Früh vorsorgen – früh fördern Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung, Prävention	21
5. Medizinische Rehabilitation	23
5.1 Stationäre Behandlung	23
5.2 Ambulante Behandlung	24
5.3 Heilmittel	24
5.4 Hilfsmittel	25
5.5 Psychotherapie	25
5.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie	26
5.7 Rehabilitationssport	26
5.8 Weitere Leistungen der medizinischen Rehabilitation ...	26
5.9 Zuzahlungen	27
5.9.1 Befreiungsmöglichkeiten	30
5.9.2 Besonderheiten bei chronisch Kranken	31

5.9.3	Besonderheiten bei Leistungsbezug von SGB II oder XII	33
5.9.4	Zuzahlungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung	34
5.9.5	Zuzahlungen in der gesetzlichen Unfallversicherung	35
6.	Förderung in Kindertageseinrichtungen, Schul- und Berufsausbildung	36
6.1	Behinderte Kinder in Kindertageseinrichtungen fördern ..	36
6.2	Die Rolle der Schule	37
6.3	Studierende mit Behinderung	39
6.4	Die Berufsausbildung	43
6.4.1	Die „klassische“ Berufsausbildung	44
6.4.2	Die Berufsbildungswerke	46
6.5.	Außerschulische Jugendbildung	47
7.	Beschäftigung und Beruf – Eingliederung auf Dauer	48
7.1	Berufliche Neuorientierung	49
7.2	Berufliche Weiterbildung	50
7.3	Berufliche Trainingszentren	50
7.4	Berufsförderungswerke	51
7.5	Werkstätten für behinderte Menschen	52
7.6	Integrationsfachdienste	52
7.7	Integrationsprojekte	54
7.8	Unterstützte Beschäftigung	55
7.9	Betriebliches Eingliederungsmangement (BEM)	56
8.	Beschäftigung schwerbehinderter Menschen	58
8.1	Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber	58
8.2	Pflichtarbeitsplätze	59
8.3	Kündigungsschutz – Zusatzurlaub – Schwerbehindertenvertretung	60
8.4	Arbeitsassistentz	61
9.	Das persönliche Budget	63

10. Rente für behinderte und schwerbehinderte Menschen	67
10.1 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	67
10.2 Die Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung ..	68
10.3 Altersrente	69
11. Leistungen zur Teilhabe – Die finanzielle Sicherung	71
11.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	71
11.2 Leistungen zur beruflichen Rehabilitation	73
11.3 Berufliche Erstausbildung	74
11.4 Zusätzliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts	75
11.5 Sozialversicherung behinderter Menschen	75
12. Grundsicherung	76
12.1 Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II ..	76
12.1.1 Die Bedarfsgemeinschaft	77
12.1.2 Höhe der Leistungen	77
12.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den §§ 41 – 46 SGB XII	77
12.2.1 Anspruch auf Leistungen	78
12.2.2 Bewilligungen von Leistungen	79
12.3 Unterhaltsrückgriff	80
13. Krankenversicherung	83
13.1 Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung	83
13.2 Zugang zur privaten Krankenversicherung	85
14. Die Soziale Pflegeversicherung	86
14.1 Fünfte Säule der Sozialversicherung	86
14.2 Wer ist in der sozialen Pflegeversicherung versichert?	86
14.3 Wer bezahlt die Beiträge?	88
14.4 Pflegebedürftigkeit	89
14.4.1 Pflegestufen	90
14.4.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit	92

14.5	Leistungen der Pflegeversicherung	93
14.5.1	Häusliche Pflege	94
14.5.2	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – Unterstützende Maßnahmen Pflegezeitgesetz ...	100
14.5.3	Stationäre Pflege	102
14.5.4	Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege	103
14.5.5	Soziale Sicherung der Pflegepersonen	105
14.5.6	Qualität und Qualitätssicherung	107
14.6	Weiterer Reformbedarf	109
14.7	Einführung einer Familienpflegezeit	110
14.7.1	Maßnahmen der Familienpflegezeit	110
14.7.2	Voraussetzung für die Nutzung der Familienpflegezeit	111
14.7.3	Angehörigenpflege und Rente	112
14.8	Pflegeberatung	112
14.8.1	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte	113
14.9	Assistenzpflegebedarfsgesetz	114
14.10	Ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Sozialhilfe	115
14.11	Pflegeleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung ...	117
15.	Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	119
15.1	Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen	119
15.2	Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz	120
15.3	Rund ums Wohnen	122
15.3.1	Wohnraumförderung und Vermietung von gefördertem Wohnraum	123
15.3.2	Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens ...	125
15.3.3	Barrierefreiheit im Mietrecht	126
15.3.4	Wohngeld	128
15.3.5	Bausparverträge	130

15.4	Im Alltag und in der Freizeit mobil	130
15.4.1	Barrierefreies Reisen	131
15.4.2	Erleichterungen im Personenverkehr	133
15.4.2.1	Freifahrt im Nahverkehr	133
15.4.2.2	Eisenbahnverkehr Europäisches Recht	134
15.4.2.3	Luftverkehr	137
15.4.3	Fahrdienste	139
15.4.4	Teilnahme am Straßenverkehr	139
15.4.5	Parkerleichterungen	140
15.5	Gerichtliche Verfahren	142
16.	Steuerliche Erleichterungen	144
16.1	Einkommensteuer: Allgemeine außergewöhnliche Belastungen und Behinderten-Pauschbeträge	144
16.2	Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder	146
16.3	Kfz-Nutzung/Kraftfahrzeugsteuer	147
16.4	Fahrten zur Arbeit	148
16.5	Privatfahrten	149
17.	Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	150
18.	Wissenswertes	151
18.1	Blindensendungen	152
18.2	Geschäfte des täglichen Lebens	152
18.3	Kriegsopferfürsorge	153
18.4	Neugeborene und Adoptivkinder mit Behinderungen in der privaten Kranken- und Rentenversicherung	155
18.5	Kinderzuschlag	156
18.6	Sozialhilfe und Mehrbedarf	158
18.7	Rundfunkgebühren	158
18.8	Telefon	167
18.9	Zahnarzt	170

18.10	Freiwillige in FSJ und BFD	170
18.11	Freiwilligendienste aller Generationen	172
18.12	Zuzahlungsbefreiungen	172
18.13	Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken	173
19.	Wichtige Adressen	174
20.	Glossar	183
21.	Inhaltsverzeichnis Gesetzestexte	189
22.	VN-Konventionen	642
23.	Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales ..	671
24.	Impressum	672

1. Einleitung

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

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

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

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

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

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



Internet:

www.einfach-teilhaben.de

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



Internet:

www.reha-servicestellen.de



Info:

Informationen zu Anschriften finden Sie in → Kapitel 19 – Wichtige Adressen.

2. Behinderung – Was ist das?

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

2.1 Behindert oder schwerbehindert: Was ist der Unterschied?

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

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

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

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

2.2 Feststellung der Behinderung

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

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

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

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

Ausgedrückt wird die Schwere der Einschränkung im „Grad der Behinderung“, und zwar in Zehnergraden von 10 bis 100. Grundlage für die Beurteilungen sind die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (→ **Glossar**), die als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) veröffentlicht werden. Diese Verordnung trat zum 1. Januar 2009 in Kraft und übernimmt die Maßstäbe der zuvor angewandten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen

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

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



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

2.3 Der Schwerbehindertenausweis

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

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

Als gesundheitliche Merkmale sind auf dem Schwerbehindertenausweis vermerkt:

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



Tipp:

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

2.4 Nachteilsausgleiche

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

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

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

3. Leistungen zur Teilhabe

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

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

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

abgestimmten einzelnen Phasen und Bereiche nahtlos ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen.

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

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

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

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

- ▶ **Die Sozialhilfe** erbringt für behinderte Menschen, die hilfebedürftig im Sinne der Sozialhilfe sind, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen und sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Der Sozialhilfeträger ist allerdings gegenüber den anderen Rehabilitationsträgern nachrangig. Voraussetzung für die Erbringung der Leistung ist der Nachweis der Bedürftigkeit des behinderten Menschen (Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens, Heranziehung Unterhaltspflichtiger). Zuständig sind die örtlichen (Städte und Gemeinden) und überörtlichen (Landschaftsverbände und Landessozialämter) Träger der Sozialhilfe.
- ▶ **Die Kinder- und Jugendhilfe** mit ihren örtlichen Jugendämtern erbringt Leistungen zur Teilhabe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, soweit kein anderer Träger zuständig ist.
- ▶ **Die Bundesagentur für Arbeit** ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, sofern nicht die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers gegeben ist. Sie ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

In allen Agenturen für Arbeit kümmern sich speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Reha-Teams um die Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am 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 23 – Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

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

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



Tipp:

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

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

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

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

3.1.2 Träger der Grundsicherung

Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II sind die Agenturen für Arbeit sowie die kreisfreien Städte und Kreise als kommunale Träger. Im Regelfall haben Agenturen für Arbeit und Kommunen Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) zur gemeinsamen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende gebildet. In 23 Landkreisen wurden keine ARGEn gegründet, hier führen die Träger das SGB II in getrennter Aufgabenwahrnehmung aus. Aufgrund einer Experimentierklausel sind darüber hinaus 69 Kreise und kreisfreie Städte zugelassen worden, die Grundsicherung für Arbeitsuchende in alleiniger Zuständigkeit wahrzunehmen.

Die Agenturen für Arbeit sind u.a. für die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts und die Eingliederungsleistungen, z.B. für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zuständig. Die

Kommunen sind für die Leistungen für Unterkunft und Heizung, besondere einmalige Leistungen und kommunale Zusatzleistungen, wie Schuldner- und Suchtberatungen, zuständig.

3.2 Wo kann ich welche Leistungen beantragen?

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

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



Internet:

www.reha-servicestellen.de

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

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

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

4. Früh vorsorgen – früh fördern

Vorsorge, Früherkennung, Frühförderung, Prävention

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

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

oder droht sie, ist Frühbehandlung und Frühförderung auch in spezialisierten Einrichtungen mit besonders geschulten Ärzt/innen und Therapeut/innen möglich.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: „Einrichtungen und Stellen der Frühförderung“, Bestellnummer A 751

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

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

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

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

5. Medizinische Rehabilitation

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

Die Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, eine drohende Behinderung, einschließlich einer chronischen Erkrankung, oder Pflegebedürftigkeit sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abzuwenden, eine Behinderung zu beseitigen, zu mindern bzw. auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Diese Ziele sind bei allen medizinischen Leistungen zu beachten, auch bei jeder Akutbehandlung. Dazu existieren zur medizinischen Rehabilitation spezifische Leistungen, die speziell auf dieses Ziel ausgerichtet sind. Wichtiger Bestandteil aller Leistungen ist es dabei, die verbliebenen Leistungsmöglichkeiten zu stärken und gleichzeitig solche Funktionen und Fähigkeiten zu fördern und zu entwickeln, die die ausgefallenen ausgleichen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insbesondere:

5.1 Stationäre Behandlung

Zu einem wesentlichen Teil findet medizinische Rehabilitation im Krankenhaus sowie in stationären Rehabilitationseinrichtungen statt. Dem Krankenhaus obliegt in erster Linie die Akutbehandlung. Dabei 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 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 medizi-

nische 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 19 Zentren für medizinisch-berufliche Rehabilitation mit rund 4.380 Plätzen. Dort wird bereits am Krankenbett mit ersten Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben begonnen.

5.2 Ambulante Behandlung

Im Anschluss an die rehabilitative Behandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen ist außerdem eine ambulante rehabilitative Behandlung möglich, wenn noch weiterer medizinischer Rehabilitationsbedarf besteht, jedoch keine stationäre Behandlung mehr erforderlich ist. Außerdem ist auch teilweise direkt nach einer Behandlung im Kran-

kenhaus eine ambulante rehabilitative Behandlung möglich, wenn der Gesundheitszustand durch frührehabilitative Maßnahmen soweit gebessert wurde, dass keine stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen mehr notwendig ist.

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

5.3 Heilmittel

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

und Sprechtherapie sowie die Ergotherapie. Bei vielen funktionellen Störungen sind physiotherapeutische Übungen zur Wiederherstellung von Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit unerlässlich.

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

5.4 Hilfsmittel

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

(Orthesen) und orthopädische Schuhe. Andere Hilfsmittel sind Hörgeräte, Rollstühle, aber auch Orientierungshilfen für blinde Menschen usw. Der Leistungsanspruch umfasst auch die Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung und Ausbildung im Gebrauch sowie die zum Schutz der Versicherten erforderlichen Wartungen und Kontrollen.

5.5 Psychotherapie

Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung soll dabei helfen, die durch ein akutes Ereignis, wie zum Beispiel einen Unfall, oder eine Behinderung beziehungsweise chronische Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit aufgetretenen zusätzlichen psychischen Probleme zu bewältigen und Lösungsmöglichkeiten für das weitere Leben entwickeln. Die psychotherapeutischen Leistungen können entweder während der stationären Behandlung begonnen und ambulant weitergeführt werden oder nach Abschluss der stationären Rehabilitation ambulant erfolgen.

5.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

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

5.7 Rehabilitationssport

Eine besondere Rolle spielt bei der medizinischen Rehabilitation der Rehabilitationssport. Sein Zweck ist es, durch Übungen, die auf die Art und Schwere der Behinderung und den gesundheitlichen Allgemeinzustand der behinderten Menschen abgestimmt sind, das Rehabilitationsziel zu erreichen oder zu sichern. Der Rehabilitationssport muss – außer für Leistungsberechtigte der sozialen Entschädigung (insbesondere kriegsbeschädigte Menschen) –

ärztlich verordnet sein und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung stattfinden. Hierzu gehören auch Übungen, die speziell auf behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen ausgerichtet sind, um das Selbstbewusstsein zu stärken.

5.8 Weitere Leistungen der medizinischen Rehabilitation

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

Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz (unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen) und das Training lebenspraktischer Fähigkeiten.



Wichtig:

Alle in den Kapitel 5.1 bis 5.8 erforderlichen Sachleistungen werden von den Rehabilitationsträgern übernommen. Unter bestimmten Umständen bewilligen sie auch ergänzende Leistungen → Kapitel 11 – Leistungen zur Teilhabe: Die finanzielle Sicherung).

5.9 Zuzahlungen

Für alle Versicherten gilt für alle 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, bei Hilfsmitteln und beim Arztbesuch. 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. Bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen werden angerechnet.

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

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

Übersicht über die Zuzahlungen in der GKV:

Leistung	Zuzahlung
Arzneimittel	10 Prozent des Apothekenabgabepreises mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro (jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels)
Verbandmittel	10 Prozent des Apothekenabgabepreises mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro (jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels)
Fahrkosten	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
Praxisgebühr	10,- Euro pro Quartal

5.9.1 Befreiungsmöglichkeiten

Befreiungen von Zuzahlungen sind bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich. Die Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent (bei chronisch Kranken ein Prozent) der zu berücksichtigenden 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 abgezogen. 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 Bruttoeinnahmen 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.

Der Versicherte und seine 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, die bislang hierbei nicht berücksichtigt wurden.

5.9.2 Besonderheiten bei chronisch Kranken

Der Gesetzgeber ist sich der besonderen Situation von chronisch Kranken bewusst und hat dementsprechend eine Sonderregelung für diesen Personenkreis geschaffen. Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine geringere Belastungsgrenze von nur einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch kranke leistungsberechtigte Personen von Arbeitslosengeld II oder laufenden Leistungen nach dem SGB XII gilt eine Belastungsgrenze von 45,84 Euro je Kalenderjahr. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung mit

Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Ärzteschaft), in dem die Patientenvertreter und -vertreterinnen ein Mitberatungsrecht haben.

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

- ▶ Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- ▶ Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht bzw. ein Grad der Schädigungsfolgen nach dem Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 Prozent.
- ▶ Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztlich oder psychotherapeu-

tische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) sieht vor, dass nur noch diejenigen chronisch kranken Versicherten von der ermäßigten Belastungsgrenze profitieren sollen, die sich therapiegerecht verhalten, und die – soweit sie in bestimmte Altersgruppen fallen – vor ihrer Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen haben beraten lassen. Diese so genannte Beratungslösung gilt seit dem 1. Januar 2008 und ist zunächst auf die Untersuchungen zur Früherkennung des Darmkrebses, des Gebärmutterhalskrebses und des

Brustkrebses beschränkt. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen sowie Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Außerdem fallen nach dem GKV-WSG chronisch Kranke nur noch unter die verminderte Belastungsgrenze, wenn der Arzt oder die Ärztin ein therapiegerechtes Verhalten feststellt. Der Arzt oder die Ärztin verständigt sich mit dem Patienten oder der Patientin über die einzuhaltende Therapie und bescheinigt dies durch die Ausstellung der Bestätigung über die Dauerbehandlung. Die Bescheinigung für die Krankenkasse darf nicht ausgestellt werden, wenn die versicherte Person auf ärztliche Nachfrage erklärt, von der Verständigung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin abzuweichen. Bei Patienten und Patientinnen, die in der Vergangenheit bereits den Nachweis über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung erbracht haben, wird

davon ausgegangen, dass sie sich therapiegerecht verhalten, solange keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung des Verhaltens vorliegen. Von diesen Regelungen ausgenommen sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Pflegebedürftige der Stufen 2 und 3 und Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent. Weitere Ausnahmen sind nicht vorgesehen, da bei der Verständigung über die einzuhaltende Therapie zwischen Arzt oder Ärztin und Patientin oder Patienten den individuellen Bedürfnissen des Patienten oder der Patientin, beispielsweise bei einer psychischen Erkrankung, Rechnung getragen werden kann.

Die Feststellung, ob eine Versicherte Person an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihrer Zuzahlung ab dem 1. Januar 2004 im laufenden Kalenderjahr diese Belastungsgrenze erreichen,

können sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie. Kinder unter 18 Jahren sind mit Ausnahme der Zuzahlung bei Fahrkosten grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.



Info:

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

oder im



Internet:

www.bmg.bund.de

5.9.3 Besonderheiten bei Leistungsbezug von SGB II oder XII

Für leistungsberechtigte Personen von Arbeitslosengeld II nach dem SGB II oder Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII ist eine im Vergleich zu den übrigen Ver-

sicherten günstigere Regelung getroffen worden. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft lediglich die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII berücksichtigt, § 62 Abs. 2 SGB V.

Im Ergebnis wird bei einer Regelleistung von 382 Euro monatlich bzw. 4.584 Euro je Kalenderjahr eine Belastung von 91,68 Euro bzw. bei chronischer Erkrankung von 45,84 Euro je Kalenderjahr als zumutbar angesehen.

5.9.4 Zuzahlungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung gelten folgende Zuzahlungsregelungen: Der Rehabilitand oder die Rehabilitandin hat zu stationären

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung

zu leisten, von der unter bestimmten Voraussetzungen vollständig oder teilweise abgesehen werden kann.

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

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

Eine Zuzahlung ist nicht zu leisten, wenn

- ▶ bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet war,

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

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

5.9.5 Zuzahlungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Zuzahlungen im oben genannten Sinne fallen grundsätzlich nicht an für Patientinnen und Patienten, die wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eine medizinische Heilbehandlung benötigen. Für diesen Personenkreis entfällt auch die Praxisgebühr, wenn sie wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen.

6. Förderung in Kindertageseinrichtungen, Schul- und Berufsausbildung

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

6.1 Behinderte Kinder in Kindertageseinrichtungen fördern

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

Behinderte Kinder sollen soweit möglich gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen gefördert werden → § 22a Abs. 4

SGB VIII. Je nach Art und Schwere der Behinderung sind hierfür:

- ▶ eine behindertengerechte Ausstattung,

- ▶ zusätzliche Betreuung und
- ▶ sonderpädagogische Hilfen durch Fachkräfte

erforderlich.

In den letzten Jahren sind verschiedene Formen der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder in Kindertageseinrichtungen entstanden. So nehmen viele allgemeine Kindertageseinrichtungen auch behinderte Kinder auf, während sich Sondereinrichtungen bei Vorliegen der erforderlichen Rahmenbedingungen zunehmend nichtbehinderten Kindern öffnen. Immer mehr Einrichtungen beziehen die

Bedürfnisse solcher integrativen Gruppen von vornherein mit ein, wenn Gebäude neu gebaut oder umgebaut werden. Bei allen Formen des gemeinsamen

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

6.2 Die Rolle der Schule

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

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

Wer entscheidet über den Schultyp?

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

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

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

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

Auch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das von Deutschland

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



Info:

Das VN-Übereinkommen finden Sie ab Seite 642.

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



Tipp:

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

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

6.3 Studierende mit Behinderung

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

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

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

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

Im Zuge des Bologna-Prozesses und der Föderalismusreform haben sich Studienstruktur, Zulassungsverfahren und Studienbedingungen an deutschen Hochschulen jedoch grundlegend geändert. Neue Benachteiligungen für behinderte Studierende und Studienbewerber sind durch den Wegfall von zeitlichen Gestaltungsspielräumen im Studium, durch hohe Prüfungsdichte und hochschuleigene Zulassungsverfahren entstanden.

Die Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz hat sich deshalb mit der am 21. April 2009 in Aachen einstimmig beschlossenen Empfehlung „Eine Hochschule für alle“ darauf verständigt, (neue)

Barrieren zu identifizieren und Maßnahmen zur Herstellung von Chancengerechtigkeit für Studierende mit Behinderung einzuleiten.

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

- ▶ Welche Voraussetzungen gelten für die Zulassung zum Studium?
- ▶ Bietet der Studienort ausreichend Mobilität?
- ▶ Welche Möglichkeiten zum Wohnen gibt es?
- ▶ Welche Assistenzen und Hilfsmittel können genutzt werden?
- ▶ Sind Nachteilsausgleiche bei Prüfungen vorgesehen?
- ▶ Wenn ja, welche?
- ▶ Welche Voraussetzungen gelten für ein Auslandsstudium?

Ganz besonders wichtig ist es, frühzeitig zu klären, wie einzelne behinderungsbedingte Mehrbedarfe und ggf. Aufwendungen

der Pflege finanziert werden können, da für die unterschiedlichen Leistungen auch unterschiedliche Träger zuständig sind.

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

Besonderheiten bei Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Wie für alle Studierenden steht auch für Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit ohne genügend Eigenmittel Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) zur Finanzierung des ausbildungsgeprägten Unterhalts an erster Stelle. Der ausbildungsgeprägte Unterhalt umfasst die üblicherweise anfallenden laufenden Lebensunterhalts- und Ausbildungskosten während des Studiums (§ 11 BAföG). Das BAföG sieht einige Regelungen für Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit vor, die behinderungsspezifische Nach-

teile ausgleichen sollen. Studierende mit Behinderung, die Leistungen des BAföG erhalten, können über die für das jeweilige Studienfach festgelegte Förderungshöchstdauer hinaus BAföG bekommen, wenn die Überschreitung auf die Behinderung zurückzuführen ist. Während der behinderungsbedingten Verlängerung erfolgt die Förderung ausschließlich als Zuschuss. Besondere Modalitäten gibt es für Studierende mit Behinderung auch im Zusammenhang mit der Ermittlung des Härtefreibetrags bei der Einkommensermittlung der Eltern. Der behinderungsbedingte Mehrbedarf, der kein Bestandteil des BAföG ist, wird ggf. nach SGB II (nicht ausbildungsgeprägter Mehrbedarf) bzw. als Eingliederungshilfe nach SGB XII (ausbildungsgeprägter Mehrbedarf) beantragt.

Wenn nach Abschluss des Studiums das Darlehen zurückzahlen ist, gelten ebenfalls besondere Bestimmungen: Rückzahlungszeitpunkt (kann ggf. durch Freistellung und Stundung

hinausgeschoben werden) und ggf. die Höhe der Raten richten sich grundsätzlich nach dem erzielten Einkommen. Es besteht dabei die Möglichkeit, behinderungsbedingte Mehraufwendungen geltend zu machen und somit die allgemeinen Einkommensfreibeträge zu erhöhen.

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



Tipp:

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

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



E-Mail:

**[studium-behinderung@
studentenwerke.de](mailto:studium-behinderung@studentenwerke.de)**



Internet:

**[www.studentenwerke.de/
behinderung](http://www.studentenwerke.de/behinderung)**

6.4 Die Berufsausbildung

Die Berufsausbildung im dualen System bietet für die Mehrheit junger Menschen die Grundlage für eine dauerhafte Integration in die Berufs- und Arbeitswelt. Doch schon der Weg dorthin ist für behinderte Menschen oft

mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Denn bestimmte Beeinträchtigungen können die Berufswahl stark einschränken.

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

Die Berufsberatung

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

Zu den Aufgaben der Berufsberaterinnen und -berater gehört nicht nur die Unterstützung bei der Berufswahl, sondern auch, jungen Menschen bei der Suche nach einem entsprechenden Ausbildungsplatz behilflich zu sein. 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 oder eine Tätigkeit in Werkstätten für behinderte Menschen in Frage.

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

6.4.1 Die „klassische“ Berufsausbildung

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

zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen wurde die betriebliche Ausbildung gestärkt, damit behinderte und schwerbehinderte junge Menschen verstärkt in den Betrieben ausgebildet werden.

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

Falls erforderlich, können für behinderte Menschen Ausbildung und Prüfungen erleichtert werden, z. B. durch die behinderungsgerechte Gestaltung von Ausbildungsabschnitten, die Zulassung besonderer Hilfsmittel

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

Förderungsmöglichkeiten für behinderte Auszubildende und Arbeitgeber/innen

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

Dazu gehören zum Beispiel

- ▶ Zuschüsse zu den Gebühren, speziell Prüfungsgebühren
- ▶ Zuschüsse und Darlehen für die behindertengerechte Ausstattung des Ausbildungsplatzes
- ▶ Zuschüsse zu den Kosten
- ▶ für die Schaffung neuer Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Menschen
- ▶ Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung von behinderten Menschen in Ausbildungsberufen
- ▶ Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung schwerbehinderter Menschen
- ▶ Zuschüsse, um einen überdurchschnittlich hohen Betreuungsaufwand abzudecken oder
- ▶ der Ausbildungsbonus zugunsten von Auszubildenden aus Insolvenzbetrieben.



Tipp:

Kostenlose Broschüre beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales „Job – Jobs ohne Barrieren, Leistungen an Arbeitgeber, die behinderte Menschen ausbilden oder beschäftigen“, Bestellnummer A 716

6.4.2 Die Berufsbildungswerke

Für die behinderten Jugendlichen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht betrieblich ausgebildet werden können, besteht die Möglichkeit, eine Ausbildung in einem Berufsbildungswerk zu absolvieren. Bundesweit gibt es derzeit insgesamt 52 Berufsbildungswerke. Diese bilden zurzeit in mehr als 240 Berufen aus.

Das Ziel der Berufsbildungswerke ist die Eingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die persönliche, soziale und gesellschaftliche Integration. Die Berufsbildungswerke sind auf die speziellen Bedürfnisse von jungen Menschen mit Behinderungen eingestellt und gewährleisten

durch ihr ganzheitliches Konzept von Ausbildungsstätte, Schule, Internat, Freizeitangebot und fachlicher Betreuung optimale Ausbildungsbedingungen. Unter Berücksichtigung ihrer individuellen Behinderung werden die Jugendlichen in anerkannten Ausbildungsberufen oder in besonderen Ausbildungsgängen ausgebildet. Berufsschule und Abschlussprüfung (in der Regel bei den Industrie- und Handels- oder Handwerkskammern) sind natürlich eingeschlossen. Ausbildungsbegleitend werden die Jugendlichen durch Ärzt/innen, Psycholog/innen, Sonderpädagog/innen und andere Fachkräfte betreut. Dem Beginn der Ausbildung können berufsvorbereitende Maßnahmen vorgeschaltet sein.

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



Tipp:

Kostenlose CD des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: „Berufsbildungswerke“ informiert über Ausbildungsmöglichkeiten behinderter Jugendlicher, Bestellnummer C 720

6.5. Außerschulische Jugendbildung

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Integrationsprozess behinderter Kinder und Jugendlicher aus Mitteln des Kinder- und Jugendplans des Bundes (KJP). Neben der Förderung trägerspezifischer Angebote in den materiellen Handlungsfeldern/Programmen des Kinder- und Jugendplans wird in der Position ‚Soziale und berufliche Integration junger Menschen‘ die integrative Arbeit bundeszentraler Träger/Fachorganisationen der Jugendhilfe gefördert. Durch die Förderung von Kursen, Arbeitstagen, Einzelmaßnahmen und Personalkosten wird vor allem:

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

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

7. Beschäftigung und Beruf Eingliederung auf Dauer

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

Leistungen zur Berufsförderung

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

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

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

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

- ▶ Übernahme der Kosten für technische Arbeitshilfen,
- ▶ Hilfen zur Einrichtung eines behinderungsgerechten Arbeitsplatzes,

- ▶ Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung.

7.1 Berufliche Neuorientierung

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

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

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

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

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

7.2 Berufliche Weiterbildung

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

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

Die Fortbildung kann – trotz Behinderung – den beruflichen Aufstieg ermöglichen. Weiter-

bildungslehrgänge werden von Betrieben, Bildungsträgern, örtlichen Weiterbildungs- und Rehabilitationseinrichtungen sowie von den Berufsförderungswerken angeboten.

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

7.3 Berufliche Trainingszentren

Für psychisch behinderte Menschen gibt es außerdem Berufliche Trainingszentren. Dies sind Sozialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. Hier können

realistische berufliche Perspektiven abgeklärt werden,

Teilnehmer/innen wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert oder auf eine anschließende Umschulung oder Ausbildung vorbereitet werden.

Zurzeit gibt es in den Bundesländern 17 Berufliche Trainingszentren.

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

7.4 Berufsförderungswerke

Wenn behinderte Erwachsene wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben und sie auch nicht im Betrieb oder einer allgemeinen Weiterbildungseinrichtung umgeschult werden können, dann helfen die Berufsförderungswerke. Dies sind Bildungseinrichtungen mit bundesweitem Einzugsbereich. Sie bieten Fortbildung und Umschulung für Erwachsene mit einer auf die individuellen Belange ausgerichteten Betreuung an. In der Bundesrepublik bestehen derzeit 28 dieser Einrichtungen mit insgesamt rund 15.000 Plätzen.

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

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

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



Tipp:

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

7.5 Werkstätten für behinderte Menschen

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



Info:

Weitere Informationen sind erhältlich:

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



Internet:

www.bagwfbm.de

7.6 Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste (IFD) sind Dienste Dritter, die besonders betroffene schwerbehinderte Menschen bei der Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz beraten und unterstützen. Daneben helfen sie, Probleme in bestehenden Arbeitsverhältnissen zu lösen, um den Arbeitsplatz dauerhaft zu erhalten. Zur Zielgruppe der Integrationsfachdienste gehören insbesondere schwerbehinderte Menschen mit einem

besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung, schwerbehinderte Menschen, die aus einer Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln wollen und hierbei besonderer Unterstützung bedürfen sowie schwerbehinderte Schulabgänger.

Die Aufgaben der Integrationsfachdienste sind in den → §§ 109 ff. SGB IX geregelt.

Dazu gehören:

- ▶ schwerbehinderte Menschen zu beraten, zu unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln,
- ▶ Arbeitgeber zu informieren, zu beraten und Hilfe zu leisten,
- ▶ Agenturen für Arbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere bei der Beratung schwerbehinderter Menschen, bevor diese eine Arbeit aufnehmen, sowie bei der Arbeitsplatzsuche und im Bewerbungsverfahren zu unterstützen,

- ▶ die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher zu begleiten,
- ▶ nach der Arbeitsaufnahme den schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten zu begleiten, solange es erforderlich ist,
- ▶ beim Übergang schwerbehinderter Menschen aus Werkstätten für behinderte Menschen und aus der Förder-/Sonderschule in ein Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden.

Die IFD sollen als Hauptansprechpartner für die Arbeitgeber zur Verfügung stehen und klären, welche Leistungen und Unterstützungen in Anspruch genommen werden können.



Internet:
www.integrationsaemter.de
(Rubrik „Kontakte“)

7.7 Integrationsprojekte

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

Sie sind dort in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen angestellt.

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

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

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

Informationen zur Förderung geben die Integrationsämter:



Internet:

www.integrationsaemter.de

7.8 Unterstützte Beschäftigung

Menschen, für die behinderungsbedingt eine Ausbildung – auch bei Ausschöpfen aller Hilfen und Nachteilsausgleiche – nicht möglich ist, kann die Unterstützte Beschäftigung zu einem Arbeitsverhältnis führen. Bei der Unterstützten Beschäftigung werden für behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf entsprechend ihren Fähigkeiten und Neigungen neue 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. Das eröffnet neue Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Mit dem Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I S.

2959) wurde → § 38a SGB IX neu eingeführt. Dieser umfasst die individuelle betriebliche Qualifizierung und die Berufsbegleitung. Die individuelle betriebliche Qualifizierung ist für die Dauer von bis zu zwei, maximal drei Jahren möglich. Die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie Maßnahmen zur Entwicklung der Persönlichkeit sind wesentlicher Bestandteil der Qualifizierung. Die Teilnehmenden sind sozialversichert. Zuständig sind die Rehabilitationsträger, meist die Bundesagentur für Arbeit. Gelingt die Integration in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, ist aber gleichzeitig eine weitergehende Unterstützung erforderlich, wird diese in der Regel durch die Integrationsämter in Form der Berufsbegleitung erbracht.

7.9 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

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

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

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

Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, die betriebliche Interessenvertretung einschließlich der Schwerbehindertenvertretung und Werks- oder Betriebsarzt/ärztin klären dies gemeinsam mit dem Betroffenen. Gemeinsame Servicestellen und Integrationsämter sollen hinzugezogen werden, wenn es um Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben geht. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen und Hilfen schnellstmöglich erbracht werden, denn bei Invalidität ist die Zeit oft der kritische Faktor.

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

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

8. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

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

8.1 Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

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

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

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

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



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Job – Jobs ohne Barrieren, Leistungen an Arbeitgeber, die behinderte und schwerbehinderte Menschen ausbilden oder beschäftigen“ informiert über Fördermöglichkeiten, Bestellnummer A 716

8.2 Pflichtarbeitsplätze

Alle privaten und öffentlichen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, wenigstens fünf Prozent dieser Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen → § 71 SGB IX. Die Agentur für Arbeit kann einen schwerbehinderten Menschen auf mehr als einen Pflichtarbeitsplatz anrechnen, wenn seine Eingliederung in das Arbeitsleben besonders schwierig ist. Außerdem werden Ausbildungsplätze bei der Berechnung der Zahl der Pflichtarbeitsplätze nicht berücksichtigt, jedoch schwerbehinderte Auszubildende auf zwei Pflichtarbeitsplätze angerechnet → §§ 75, 76 SGB IX.

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

Erfüllungsquote	Höhe der Ausgleichsabgabe pro Monat
3 bis unter 5 Prozent	105 Euro
2 bis unter 3 Prozent	180 Euro
0 bis unter 2 Prozent	260 Euro

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

Die Ausgleichsabgabe soll die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen zur vermehrten Einstellung von behinderten Menschen veranlassen, zumindest aber ungerechtfertigte Kostenvorteile der Unternehmen abschöpfen. Aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe werden zusätzliche Eingliederungsmöglichkeiten gefördert, wie etwa die Integrationsfachdienste oder Leistungen der Agentur für Arbeit an schwerbehinderte Menschen. Es unterliegt nicht der Wahlfreiheit der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, für welche Lösung sie sich entscheiden. Die Beschäftigungspflicht lässt sich nicht durch Zahlung der Ausgleichsabgabe ablösen. Deshalb müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die der Beschäftigungspflicht schuldhaft nicht oder nicht in vollem Umfang nach-

kommen, damit rechnen, zusätzlich zu der Ausgleichsabgabe noch mit einem Bußgeld belegt zu werden → §§ 71, 77, 156 SGB IX.

8.3 Kündigungsschutz – Zusatzurlaub – Schwerbehindertervertretung

Das SGB IX sieht für schwerbehinderte Menschen vielfältige Eingliederungshilfen vor:

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

Schwerbehinderte Menschen sind besonders gegen Kündigung geschützt. Jeder Auflösung oder Änderung des

Arbeitsverhältnisses muss vorher das Integrationsamt zustimmen → § 102 SGB IX.

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

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

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

8.4 Arbeitsassistentz

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

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie Arbeitsassistentz organisiert werden kann. So kann der schwerbehinderte Mensch ein persönliches Budget erhalten und

selbst eine Assistenzkraft einstellen und entlohnen. Er oder sie tritt dann selbst als Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin auf. Genauso kann er oder sie aber auch einen Dienstleister oder eine Dienstleisterin beauftragen, der oder die Assistenzkräfte beschäftigt und diese zur Verfügung stellt.

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

Die Kosten einer Arbeitsassistenz 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. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen schwerbehinderte Menschen an einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme teilnehmen. In diesen Fällen werden die Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz von der Agentur für Arbeit erstattet. Auskunft über die Möglichkeit, Arbeitsassistenz in Anspruch zu nehmen, geben die Integrationsämter.

9. Das persönliche Budget

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

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

Leistungen und Leistungsträger

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

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

Folgende Leistungsträger können bei einem Persönlichen Budget beteiligt sein:

- ▶ Krankenkasse,
- ▶ Pflegekasse,
- ▶ Rentenversicherungs-
träger,
- ▶ Unfallversicherungsträger,
- ▶ Träger der Alterssicherung der
Landwirte,
- ▶ Träger der
Kriegsopferversorgung/
-fürsorge,
- ▶ Jugendhilfeträger,
- ▶ Sozialhilfeträger,
- ▶ Integrationsamt sowie
- ▶ Bundesagentur für Arbeit.

Antragstellung

Voraussetzung für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets ist zunächst der Antrag. Die Antragstellung ist immer freiwillig.

Anträge auf Persönliche Budgets können bei den oben aufgelisteten Leistungsträgern gestellt werden. Darüber hinaus können auch Anträge bei den gemeinsamen Servicestellen gestellt werden, sowohl auf ein „einfaches“ Persönliches Budget bei nur einem einzigen Leistungsträger als auch auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, bei dem zwei oder mehr Leistungsträger beteiligt sind.

Den Antrag kann jeder behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch stellen – egal, wie schwer seine Behinderung ist. Auch für Menschen, die das Persönliche Budget aufgrund ihrer Behinderung nicht allein verwalten können, kommt ein Persönliches Budget infrage. Darüber hinaus können auch Eltern für ihre behinderten Kinder Persönliche Budgets beantragen, etwa für Einzelfallhilfe, Sozialassistenz vom Jugendamt oder Ferienbetreuung vom Jugendamt.

Höhe des Persönlichen Budgets

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

Unterstützung bei der Beantragung und Verwaltung des Budgets

Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen und ihren Vertrauenspersonen kostenfreie Beratung und Unterstützung in nahezu allen Regionen Deutschlands an. Die Beratung

und Unterstützung umfasst insbesondere die Leistung, bei der Beantragung eines Persönlichen Budgets, also vor einer Bewilligung, zu helfen. Auf der Internetseite der gemeinsamen Servicestellen finden auch die Angaben, wo sich eine Servicestelle in Ihrer Nähe befindet. Auch haben sich verschiedene Initiativen gebildet, die selbst beraten oder Beratungsstellen in der Region vermitteln. Auf der Internetseite des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Kompetenzzentrums Persönliches Budget des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes findet man über 170 Beratungsstellen in ganz Deutschland. Daneben bietet auch das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter der Rufnummer 01805 676715 für 0,14€/Min. aus dem deutschen Festnetz qualifizierte Erstberatung an.

Nachweis für die Verwendung Persönlicher Budgets

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



Tipp:

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



Weitere Informationen im Internet:

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

10. Rente für behinderte und schwerbehinderte Menschen

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

10.1 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

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

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

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

wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, deren Bewilligung allein medizinisch bedingt ist, können auch unbefristet geleistet werden, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.

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

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird nach den gleichen Regeln errechnet wie die Altersrente. Grundlage für die Berechnung sind die während des Berufslebens gezahlten Beiträge. Ein Ausgleich der durch die eingetretene Erwerbsminderung fehlenden Beitragsjahre wird durch die Zurechnungszeit bis zum 60. Lebensjahr vorgenommen. Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

beträgt die Hälfte der Vollrente, da davon auszugehen ist, dass noch ein Teil des Lebensunterhalts dazuverdient werden kann. Für einen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss in der Regel die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren erfüllt sein und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Pflichtbeitragsjahre vorliegen.

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



Tipp:

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

10.2 Die Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung

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

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

Die Verletztenrente 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 Verletztenrente muss man nicht beantragen.

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

Kindern, Schülerinnen und Schülern sowie Studierenden in Kindertageseinrichtungen oder bei geeigneten Tagespflegepersonen, in Schulen und Hochschulen eingeschlossen, für die ebenfalls

ein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz besteht. Da diese Personen üblicherweise kein Arbeitseinkommen erzielen, wird ihre Verletztenrente nach einem fiktiven Einkommen berechnet.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: : „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im Ehrenamt“, Bestellnummer A 329

10.3 Altersrente

Schwerbehinderte Menschen können eine vorgezogene Altersrente beantragen, wenn sie 35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre nachweisen. Die Altersgrenze bei dieser Altersrente für einen abschlagsfreien Rentenzugang ist das 63. Lebensjahr. Wer bereit ist, eine geminderte Rente

in Kauf zu nehmen, kann ab dem 60. Lebensjahr Rente erhalten. Die Rente wird dabei um 0,3 Prozent für jeden Monat gemindert, den man vorzeitig in Anspruch nimmt. Für Versicherte, die bis zum 16. November 1950 geboren sind und am 16. November 2000 bereits schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig waren, ist weiterhin die Altersgrenze von 60 Jahren maßgebend.

Nach dem Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) wird bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr und für die frühestmögliche Inanspruchnahme stufenweise vom 60. auf das 62. Lebensjahr angehoben (Rentenminderung von 0,3 Prozent der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme).

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



Tipp:

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



Auf www.altersvorsorge-macht-schule.de werden in Wohnortnähe VHS-Kurse zur Rente und Altersvorsorge angeboten

11. Leistungen zur Teilhabe Die finanzielle Sicherung

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

11.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

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

Nettoverdienstes. Behinderte Menschen mit einem unterhaltsberechtigten Kind und behinderte Menschen, deren Ehegatte/ Ehegattin, oder deren Lebenspartner/Lebenspartnerin nicht erwerbstätig sein können, da sie den behinderten Menschen pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten als Übergangsgeld 75 Prozent des Nettoentgelts.

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

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

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

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

- ▶ die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung beginnt und
- ▶ die Notwendigkeit der stufenweisen Wiedereingliederung bis zum Ende einer von der gesetzlichen Rentenversicherung finanzierten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung festgestellt und die Wiedereingliederung auch bis dahin von dieser eingeleitet wurde.

Wird von der Rehabilitationseinrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung nicht eingeleitet, kann die zuständige Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung beim zuständigen Träger der Rentenversicherung anregen. Voraussetzung hierfür ist, dass die veränderten individuellen Ver-

hältnisse nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung für die Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung sprechen und diese innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beginnen kann.



Tipp:

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

11.2 Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Bei Leistungen zur beruflichen Rehabilitation zahlen die dafür zuständigen Träger mit Ausnahme der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende in der Regel ein Übergangsgeld. Es beträgt 75 Prozent des zuletzt erzielten Nettoverdienstes, wenn zum Haushalt ein unterhaltsberechtigtes Kind gehört oder wenn der behinderte Mensch oder sein Ehegatte/seine Ehegattin bzw. sein Lebenspartner/seine Lebenspartnerin pflegebedürftig ist und der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der Lebenspartner/die Lebenspartnerin deshalb nicht berufstätig sein kann und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Alle anderen Rehabilitanden erhalten als Übergangsgeld 68 Prozent ihres letzten Nettoarbeitsentgelts.

Behinderte Menschen, die keinen Anspruch auf eine dieser Leistungen haben, weil sie z. B. nicht lange genug Beiträge zur Rentenversicherung oder zur Bundesagentur für Arbeit gezahlt haben,

können während ihrer Rehabilitation zur Sicherung des Lebensunterhalts bei Bedarf Leistungen zur Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB II erhalten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Der Träger der Grundsicherung gewährt erwerbsfähigen behinderten Hilfebedürftigen, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach → § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes oder Hilfen zur Ausbildung einer sonstigen angemessenen Tätigkeit erbracht werden, zusätzlich zum Arbeitslosengeld II einen Mehrbedarf von 35 Prozent der maßgeblichen Regelleistung.

11.3 Berufliche Erstausbildung

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

11.4 Zusätzliche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

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

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

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

11.5 Sozialversicherung behinderter Menschen

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

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

12. Grundsicherung

12.1 Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II

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

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

Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Die Grundsicherung für Arbeitssuchende ist eine staatliche, steuerfinanzierte, bedarfsorientierte und bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistung, d. h. vorhandenes Einkommen und

Vermögen wird unter Berücksichtigung bestimmter Freibeträge angerechnet.

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

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



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: „Grundsicherung für Arbeitssuchende“; Bestellnummer A 430

12.1.1 Die Bedarfsgemeinschaft

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

12.1.2 Höhe der Leistungen

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

der Kranken- und Pflegeversicherung; hinsichtlich der Kranken- und Pflegeversicherung jedoch nur insoweit, als sie nicht familienversichert sind → § 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, 364 Euro monatlich. Für alle anderen Personengruppen gelten andere, gestaffelte Leistungsbeträge. Mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende wird die Philosophie des „Förderns und Forderns“ stärker in den Vordergrund gestellt. Die Eingliederung der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in Arbeit ist vorrangiges Ziel.

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

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

- ▶ über 65jährige oder
- ▶ aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen ab dem 18. Lebensjahr,

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

Damit erhalten auch Menschen mit Behinderungen, die unabhängig von der Arbeitsmarktlage dauerhaft aus medizinischen Gründen erwerbsgemindert sind und deren Rente oder Einkommen bzw. sonstiges

Vermögen, unterhalb des sozialhilferechtlichen Lebensunterhaltsbedarfs liegt, eine eigenständige materielle Absicherung ihres Lebensunterhalts.

12.2.1 Anspruch auf Leistungen

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

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

12.2.2 Bewilligungen von Leistungen

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

Die Grundsicherungsleistung kann – allerdings begrenzt auf die genannte Leistungshöhe – auch in

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

Lebensunterhalt mit einem monatlichen Pauschalbetrag von rd. 55 Euro an den Aufwendungen der Sozialhilfe zu beteiligen.

Durch Änderung des Bundeskindergeldgesetzes als Artikel 8 des Gesetzes zur Beschleunigung des Wirtschaftswachstums vom 22. Dezember 2009 I S. 3950 erhöhen sich die Beträge mit Wirkung ab dem 1. Januar 2010 erneut. Die Festlegung erfolgt durch die Länder.

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

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

12.3 Unterhaltsrückgriff

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

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

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

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

Kein Grundsicherungsberechtigter und keine Grundsicherungsberechtigte muss aber bei Antragstellung die Einkommens- und Vermögensverhältnisse seiner/ihrer Kinder bzw. Eltern offen legen. Zunächst dürfen nur

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

Aufgrund dieser Regelung besteht im Gegensatz zur Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel künftig kein ökonomischer Anreiz mehr, voll erwerbsgeminderte Kinder in einer vollstationären Einrichtung unterzubringen, um ihre Eltern von Unterhaltsaufwendungen zu

entlasten. Die Unterhaltsbelastung für Eltern mit behinderten Kindern in Einrichtungen hat sich durch die Begrenzung des Unterhaltsbeitrags auf derzeit rund 55 Euro pro Monat seit 2001 für diejenigen entspannt, die zuvor hohe Unterhaltsbeiträge bis zur Abdeckung des vollen Bedarfs in der Einrichtung leisten mussten. Damit wurde erreicht, dass auch in diesen Fällen wiederkehrende belastende Bedürftigkeitsprüfungen vermieden werden können.

Die Grundsicherung entlastet die Eltern von Kindern, die familiär untergebracht sind und sichert den notwendigen Lebensunterhalt des Kindes außerhalb von Einrichtungen. Zudem gilt in der Grundsicherung die Vermutung des **→ § 36 Satz 1 SGB XII** nicht, dass ein Hilfesuchender von Verwandten oder Verschwägerten eines gemeinsamen Haushalts Leistungen zum Lebensunterhalt erhält. Dies bedeutet eine deutliche Stärkung des familiären Zusammenhalts gegenüber den bisherigen Regelungen des Sozialhilferechts. Für volljährig behin-

derte Menschen außerhalb von Einrichtungen schafft die Grundsicherung damit häufig zum ersten Mal einen eigenen Anspruch auf elternunabhängige materielle Sicherung.



Tipp:

Kostenlose Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: „Sozialhilfe und Grundsicherung“, Bestellnummer A 207

13.1 Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

- ▶ in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre gesetzlich krankenversichert waren. Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen → § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Hiervon haben die meisten gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Satzung Gebrauch gemacht. Nähere Auskünfte erteilen die gesetzlichen Krankenkassen. Der Beitritt ist gegenüber der Krankenkasse schriftlich innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Behinderung nach → § 68 SGB IX zu erklären → § 9 Abs. 2 Nr. 4 SGB V. Ein späterer Beitritt als freiwilliges Mitglied ist nicht möglich, da es sich um eine Ausschlussfrist handelt.
- ▶ Seit dem 1. April 2007 gibt es auf Grund der Gesundheitsreform 2007 eine neue nachrangige Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie besteht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

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



Info:

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

13.2 Zugang zur privaten Krankenversicherung

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

Krankheitskostentarif. Eine Versicherung im Basistarif für Nichtversicherte darf von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht abgelehnt werden. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse dürfen vom Versicherungsunternehmen nicht verlangt werden. Der Leistungsumfang des Standard- und Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich und orientiert sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Seit dem 1. Januar 1995 ist die Pflegeversicherung in Kraft. Rund 80 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben seitdem einen Versicherungsschutz bei häuslicher und bei stationärer Pflege. Rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige in unserem Land erhalten derzeit die Hilfe, die nötig ist, damit nicht nur sie, sondern auch ihre Familien nachhaltig entlastet werden. Für die häuslichen Pflegepersonen besteht auch ein besserer sozialer Schutz in der Renten- und Unfallversicherung.

14.1 Fünfte Säule der Sozialversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung gilt der Grundsatz: Jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird Mitglied der sozialen Pflegeversicherung. Jeder, der in der privaten Krankenversicherung versichert ist, muss eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

Die Leistungen zur Verbesserung der Bedingungen der häuslichen Pflege bilden den Schwerpunkt des Gesetzes. Mit ihnen wurde am 1. April 1995 begonnen. Es werden als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen erbracht oder es wird Pflegegeld bezahlt. Seit Juli 1996 werden auch Leistungen bei stationärer Pflege erbracht.

14.2 Wer ist in der sozialen Pflegeversicherung versichert?

Bei der Versicherungspflicht gilt grundsätzlich: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung.“ Dabei spielt es keine

Rolle, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherte/r, Familienversicherte/r, Rentner/in oder als freiwilliges Mitglied angehört. Die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung erfolgt automatisch.

- Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien zu lassen. Dem Antrag muss ein

Nachweis über den Abschluss eines gleichwertigen Vertrages bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beigefügt werden. Der Antrag ist bei der Pflegekasse innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu stellen.

- ▶ Alle privat Krankenversicherten müssen seit dem 1. Januar 1995 eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Sollten sie später einmal in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, können sie ihren privaten Vertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen.
- ▶ Die private Pflege-Pflichtversicherung muss gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Für Familien und ältere Versicherte muss die private Pflege-Pflichtversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten.
- ▶ Auch Beamte und Beamtinnen sind verpflichtet, eine private Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Dabei handelt es sich um eine Restkostenversicherung, die die Beihilfe ergänzt.
- ▶ Darüber hinaus sind weitere Personengruppen, die ihren Krankenschutz über bestimmte Leistungsgesetze oder Sondersysteme haben, in die Versicherungspflicht der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung je nach ihrer Nähe zum einen oder anderen System einbezogen.
- ▶ Unterhaltsberechtigter Kinder, Ehegatt/innen und Lebenspartner/innen sind in der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 385,- Euro bzw. bei geringfügig Beschäftigten 450,- Euro beträgt.

14.3 Wer bezahlt die Beiträge?

Seit dem 1. Januar 2013 beträgt der Beitragssatz 2,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Beitragszahlung erfolgt wie in der gesetzlichen Krankenversicherung: Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin behält den Pflegeversicherungsbeitrag vom Lohn oder Gehalt ein und überweist ihn an die Krankenkassen. In allen Bundesländern (außer in Sachsen) wurde zur Kompensation der Belastungen der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft, deshalb gilt hier der Grundsatz der hälftigen Beitragstragung, das heißt von den 2,05 Prozent tragen der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin und der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin jeweils 1,025 Prozent. In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wurde, trägt der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin 1,525 Prozent und der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin 0,525 Prozent.

Kinderlose Mitglieder haben – unabhängig von den Gründen für die Kinderlosigkeit – seit dem 1. Januar 2005 einen Zuschlag in Höhe von 0,25 Prozent zu tragen, d. h. der Beitragssatzanteil z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers/einer kinderlosen Arbeitnehmerin erhöht sich von 1,025 auf 1,275 Prozent. Damit wird der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kinder bei gleichem Einkommen hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende.

Die Beiträge der Rentner und Rentnerinnenaus der Rente sowie Beiträge für Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen tragen die Rentner und Rentnerinnen selbst.

Wer als Beschäftigter oder Beschäftigte freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, erhält von seinem Arbeitgeber/seiner Arbeitgeberin als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrages, den er/sie aus dem Arbeitsentgelt zur sozialen Pflegeversicherung zahlen muss. Einen Beitragszuschuss in gleicher Höhe erhalten auch die Beschäftigten, die in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind, jedoch begrenzt auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflege-Pflichtversicherung zu zahlen hat.

Bei Bezieher/innen von Arbeitslosengeld I und Unterhaltsgeld leistet die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge, bei Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II die Bundesagentur für Arbeit oder die zugelassenen kommunalen Träger, bei Rehabilitation der Rehabilitationsträger, bei behinderten Menschen in Einrichtungen der Träger der jeweiligen Einrichtung und bei Empfänger/innen von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt der zuständige Sozialleistungsträger.

14.4 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen

Krankheiten oder Behinderungen sind: Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Es kann jederzeit jeden treffen, dann ist man auf Hilfe und Unterstützung durch die Familie oder andere Pflegepersonen angewiesen.

14.4.1 Pflegestufen

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs und zur Gewährung von Leistungen werden Pflegebedürftige einer von drei Pflegestufen zugeordnet:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Die Pflegekassen können auf der Grundlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung entscheiden, ob ein Härtefall vorliegt. Dies ist der Fall, wenn die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt sind und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt.

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung;

- ▶ dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in

vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist oder

- ▶ dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes hier tätig werden müssen.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines qualitativ und quantitativ weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes. Zusätzlich muss in jedem Fall ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Bei Kindern ist für die Zuordnung einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- ▶ in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- ▶ in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- ▶ in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Weitere Leistungen sieht die Pflegeversicherung vor für o.g. Personenkreis sowie außerdem für Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht hat (sog. „Pflegestufe 0“), wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung im Ergebnis außerdem einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf infolge von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen feststellt, der dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führt.

14.4.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit

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

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Zu beachten ist: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen

nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist.

14.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Hilfe der Pflegeversicherung besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen:

Körperpflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung
Ernährung	Mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung.
Mobilität	Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
Hauswirtschaftliche Versorgung	Einkaufen, Kochen, Reinigen oder Beheizen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.
Betreuung	Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie z.B. Vorlesen oder spazieren gehen

14.5.1 Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege hat grundsätzlich Vorrang vor der stationären Pflege. Deshalb bilden die Leistungen zur Verbesserung der häuslichen Pflege den Schwerpunkt des Gesetzes.

Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (I, II oder III) werden als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen bis zum Wert von 450,-, 1.100,- oder 1.550,- Euro im Monat erbracht; in besonderen Härtefällen sogar bis zu 1.918,- Euro monatlich.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten in der sog. Pflegestufe 0 Sachleistungen in Höhe von bis zu 225,- Euro monatlich. In der Pflegestufe I wird die Sachleistung um 215,- Euro auf bis zu 665,- Euro monatlich und in der Pflegestufe II um 150,- Euro auf bis zu 1.250,- Euro monatlich erhöht.

Anstelle der Sachleistung kann ein Pflegegeld beansprucht werden. Das setzt voraus, dass der/die Pflegebedürftige mit dem Pflege-

geld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (I, II oder III) 235,-, 440,- oder 700,- Euro monatlich.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten in der sog. Pflegestufe 0 ein Pflegegeld in Höhe von 120,- Euro monatlich. In der Pflegestufe I wird das Pflegegeld um 70,- Euro auf 305,- Euro monatlich und in der Pflegestufe II um 85,- Euro auf 525,- Euro monatlich erhöht

- Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden. Das Wahlrecht zwischen Sach- oder Geldleistung sowie die mögliche Kombination von Sach- und Geldleistung ermöglicht dem/der Pflegebedürftigen eine seinen/ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Gestaltung der Hilfen.

- ▶ Mehrere Pflegebedürftige, insbesondere in neuen Wohnformen, können ihre Sachleistungsansprüche zusammenlegen („Pools“) und dadurch entstehende Effizienzgewinne insbesondere für Betreuungsleistungen zugunsten der Poolteilnehmer/innen nutzen.
- ▶ Außerdem kann die häusliche Pflege auch durch Einzelpersonen (Einzelpflegekräfte) erfolgen. Die Pflegekassen müssen mit einzelnen geeigneten Pflegekräften Verträge schließen, soweit dem keine konkreten Gründe entgegenstehen. Der Einsatz der Einzelperson kann dem Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, oder zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe besser Rechnung tragen.

Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III, die Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen beziehen, erhalten, wenn sie mit anderen Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung leben, in der sie ambulant pflegerisch versorgt werden und in der eine Pflegekraft organisatorisch, verwaltend oder pflegerisch tätig ist, zusätzlich zu den sonstigen Leistungen eine Pauschale in Höhe von 200 Euro im Monat. Voraussetzung hierfür ist, dass regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige zusammen wohnen, dass die Wohngemeinschaft den Zweck verfolgt, gemeinschaftlich eine pflegerische Versorgung für die Wohngruppe zu organisieren, und dass die Pflegebedürftigen bzw. die Wohngemeinschaft unabhängig darüber entscheiden können, welche Pflege- und Betreuungsleistungen für die Bewohner erbracht werden sollen und welche Anbieter dafür ausgewählt werden.

Außerdem ist eine zeitlich befristete Anschubfinanzierung für Neugründungen von ambulant betreuten Wohngruppen vorgesehen: Wenn mindestens drei Empfänger von Leistungen nach dem SGB XI in einer Wohneinheit zusammen ziehen, kann jeder Pflegebedürftige bei seiner Pflegekasse zusätzlich zu dem regelmäßigen Wohngruppenzuschlag von 200,- Euro einen einmaligen Betrag von bis zu 2.500,- Euro für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung beantragen. Die Förderung ist auf 10.000,- Euro je Wohngemeinschaft begrenzt und innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Voraussetzungen zu beantragen. Das Gesamtfördervolumen ist auf 30 Mio. Euro begrenzt und die Förderung endet spätestens Ende 2015. Zusätzlich können ggfs. Mittel für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beantragt werden.

Pflegevertretung

Bei Urlaub oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson besteht ein Anspruch auf eine Pflegevertretung bis zu vier Wochen im Gesamtwert von bis zu 1.550,- Euro pro Jahr. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, wie z. B. Verdienstausfall und Fahrkosten, übernommen werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.550,- Euro nicht übersteigen. Auch Versicherte in der sog. Pflegestufe 0 mit erheblich ein-

geschränkter Alltagskompetenz können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Während der Verhinderungspflege wird bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Tages- und Nachtpflege

Lässt sich die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherstellen, ist teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege möglich. Je nach Stufe der Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen im Wert von bis zu 450,-, 1.100,- und 1.550,- Euro monatlich übernommen. Neben dem Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit sie nicht von der Krankenversicherung oder anderen

Leistungsträgern zu finanzieren sind, und um technische Pflegehilfsmittel im Haushalt, die der Erleichterung der häuslichen Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen dienen oder eine selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Dazu zählen z.B. Pflegebetten und Polster für die Lagerung.

- ▶ Zu pflegebedingten Umbaumaßnahmen in der Wohnung werden Zuschüsse bis zu 2.557,- Euro je Maßnahme gezahlt. Auch Versicherte der sog. Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können diesen Zuschuss erhalten. Der Zuschuss kann bis zu viermal 2.557 Euro - also maximal 10.228 Euro - betragen, wenn mehrere Pflegebedürftige oder Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusammen wohnen.

Kurzzeitpflege

In Fällen, in denen weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, werden Leistungen für den Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht. Auch hier – wie bei den Leistungen der Verhinderungspflege – ist der Anspruch auf Kostenübernahme auf vier Wochen pro Kalenderjahr und unabhängig von der Pflegestufe bis zu einem Höchstbetrag von 1.550,- Euro begrenzt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen; die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind – wie bei der häuslichen Pflege auch – von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Während der Kurzzeitpflege wird bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Die Kurzzeitpflege ist für pflegebedürftige Kinder unter 25 Jahren auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich.

Zusatzleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (psychisch kranke, behinderte oder demenziell erkrankte Menschen) haben, wenn sie zu Hause gepflegt werden, Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag bis zu 100,- Euro monatlich (Grundbetrag) oder bis zu 200,- Euro monatlich (erhöhter Betrag), also bis zu 1.200,- bzw. bis zu 2.400,- Euro jährlich.

Auch Versicherte in der sog. Pflegestufe 0 können diesen zusätzlichen Betreuungsbetrag geltend machen. Zudem kann dieser Personenkreis halbjährlich auch einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Der Beratungsbesuch kann auch von anerkannten Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz durchgeführt werden.

Der zusätzliche Betreuungsbetrag ist zweckgebunden für im Gesetz genannte qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den

Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen, Helfer/ innenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer/ innen sowie Familienentlastende Dienste).

Pflegekurse

Von den Pflegekassen werden für pflegende Angehörige und sonstige ehrenamtlich Pflegenden Pflegekurse angeboten, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Pflegekurse sollen auch im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen durchgeführt werden.

14.5.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf - Unterstützende Maßnahmen Pflegezeitgesetz

Der Stärkung der häuslichen Pflege dient auch das Pflegezeitgesetz. Es wurde im Interesse pflegebedürftiger Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Pflegesituationen und des unterschiedlichen Pflegebedarfs entwickelt. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen, so dass in jeder Pflegesituation die Sicherstellung der Pflege gewährleistet ist:

Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Sie erhalten somit nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisations-schritte einzuleiten. Das Recht, kurzfristig der Arbeit fernzubleiben, soll aber auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhaus-

aufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden können, zunächst kurzfristig von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden können. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung haben Beschäftigte unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin in der Regel Beschäftigten.

Daneben haben Beschäftigte, die in häuslicher Umgebung einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegen oder in der letzten Phase des Lebens begleiten wollen, Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate (Pflegezeit). Die Beschäftigten können insoweit zwischen vollständiger und teilweiser Freistellung wählen.

Der Anspruch auf Pflegezeit besteht gegenüber Arbeitgeber/innen mit in der Regel mehr als fünfzehn Beschäftigten. Er ist mit dem Recht verbunden, nach Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Arbeitsbedingungen zurückzukehren wie vor der Pflegezeit (Sonderkündigungs-

schutz). Damit werden Menschen, die bereit sind, Angehörige zu pflegen, vor einem unfreiwilligen Berufsausstieg bewahrt. Gleichzeitig wird eine Verschlechterung der beruflichen Entwicklungschancen durch die Möglichkeit der teilweisen Freistellung und durch das Rückkehrrecht in die Vollzeitbeschäftigung vermieden. Während der Pflegezeit ist die notwendige soziale Absicherung gewährleistet. In der Arbeitslosenversicherung wird die Pflegezeit als Versicherungszeit berücksichtigt und die Pflegeversicherung übernimmt die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. In der Kranken- und Pflegeversicherung gewährt die Pflegeversicherung in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung, insbesondere durch eine Familienversicherung, besteht, einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Versicherung. Dieser Zuschuss ist so bemessen, dass er in der Regel den tatsächlich zu zahlenden Beitrag abdeckt. In der Rentenversicherung sind – wie dies bereits vor Einführung der Pflegezeit der Fall war – Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häus-

lichen Pflege Pflichtbeitragszeiten, soweit die häusliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt und der Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält. Bei Pflegezeit in Form einer teilweisen Freistellung darf jedoch nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich gearbeitet werden. Auch die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden – in Abhängigkeit von der Pflegestufe und dem Umfang der Pflege Tätigkeit – von der Pflegeversicherung übernommen.

Familienpflegezeitgesetz

Die Familienpflegezeit ist eine weitere Möglichkeit, wie Sie Beruf und Pflege miteinander vereinbaren können. Das Familienpflegezeitgesetz sieht seit dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit vor, zur Pflege eines nahen Angehörigen die Wochenarbeitszeit für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten auf bis zu 15 Stunden zu reduzieren. In dieser sogenannten Familienpflegezeit besteht Kündigungsschutz und das Gehalt wird um die Hälfte des

durch die pflegebedingte Teilzeit reduzierten Arbeitsentgelts aufgestockt. Bei diesem Aufstockungsbetrag handelt es sich um einen Gehaltsvorschuss des Arbeitgebers. Nach dem Ende der Familienpflegezeit und Rückkehr zur vorherigen Arbeitszeit wird in der Nachpflegephase solange das reduzierte Gehalt weiter gezahlt, bis der durch den Gehaltsvorschuss entstandene negative Saldo ausgeglichen ist. Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nicht. Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, müssen Beschäftigte mit ihrem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung schließen.



Internet:

Weitere Informationen finden Sie unter www.familien-pflege-zeit.de

14.5.3 Stationäre Pflege

Ist stationäre Pflege erforderlich, übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege sowie die Aufwendungen für soziale Betreuung pauschal bei Pflegestufe I in Höhe von 1.023,- Euro, bei Pflegestufe II in Höhe von 1.279,- Euro und bei Pflegestufe III in Höhe von 1.550,- Euro, ausnahmsweise bei Härtefällen in Höhe von 1.918,- Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der oder die Versicherte – wie bei häuslicher Pflege auch – selbst tragen.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

In Anlehnung der in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 % des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 256,- Euro monatlich an den Heimkosten. Im Übrigen stehen allen pflegebedürftigen behinderten Menschen, die außerhalb dieser

Einrichtungen wohnen, alle Leistungen der Pflegeversicherung offen. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Zusätzliche Betreuungskräfte

In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kann zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohnerinnen und -bewohner bzw. für Pflegegäste mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden, um gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zu bieten. Zusätzliche Betreuungskräfte sollen dort helfen, wozu im Pflegealltag oft keine Zeit ist: Zum Beispiel spazieren gehen, malen und basteln, gemeinsam lesen, Brettspiele oder einfach nur da sein und zuhören. Die zusätzlichen Betreuungskräfte arbeiten unter Anleitung im Team und in enger

Kooperation mit den Fachkräften. Sie sollen und können Pflegefachkräfte nicht ersetzen. Finanziert werden die zusätzlichen Betreuungskräfte durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet. Für rund 24 demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und -bewohner bzw. Pflegegäste soll eine zusätzliche Betreuungskraft vorgesehen werden.

14.5.4 Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

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

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

Information und Einleitung von Reha-Maßnahmen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Anspruch auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation. Hierzu wird im Rahmen der Begutachtung bei einem Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung erstellt.

Die Pflegekasse hat spätestens mit der Mitteilung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde, zuzuleiten. Gleichzeitig informiert sie darüber, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation ausgelöst wird, sofern der Antragsteller damit einverstanden ist. Die Pflegekassen sind verpflichtet, mit Einverständnis des/der Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen.

Anreize durch Bonuszahlungen

Zum anderen wurden finanzielle Anreize durch Bonuszahlungen gesetzt, um die Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu fördern. Kann eine pflegebedürftige Person dank der Bemühungen des Pflegeheimes in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft werden, erhält das Heim als Bonus einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536,- Euro. Wird der oder die Pflegebedürftige allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder höher eingestuft, ist dieser Betrag ohne Rücksicht auf die Höherstufungsgründe an die Pflegekasse zurückzuzahlen. Flankierend ist geregelt, dass die

Krankenkasse der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 3.072,- Euro zahlen muss, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht rechtzeitig erbracht wird.

14.5.5 Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Wer einen Menschen zu Hause pflegt, nimmt große Belastungen auf sich. Häufig müssen die Pflegenden – in der Mehrzahl sind es Frauen – auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Deshalb verbessert das SGB XI die soziale Sicherung der Pflegepersonen. Die soziale Pflegeversicherung geht damit über die Maßnahmen hinaus, die mit der Rentenreform 1992 getroffen worden waren.

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

einer privaten Pflegeversicherung hat. Ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten bei zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ist möglich.

Die Beiträge übernimmt der zuständige Träger der Pflegeversicherung, von der der/die Pflegebedürftige Leistungen erhält (z.B. Pflegekasse oder privates Versicherungsunternehmen). Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach dem Zeitaufwand, den die Pflegeperson für die notwendige Betreuung aufwenden muss.

Die Pflegenden stehen während ihrer Pfllegetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Dabei sind Pflegepersonen auch dann unfallversichert, wenn ihre Pfllegetätigkeit den für den Versicherungsumfang in der Rentenversicherung vorgeschriebenen Umfang von 14 Wochenstunden nicht erreicht. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung leistet die Pflegeversicherung nicht. Seit dem 1. Februar 2006 besteht unter

bestimmten Voraussetzungen jedoch die Möglichkeit, sich freiwillig weiterzuversichern und damit den Versicherungsschutz

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

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

(Stand: 01.01.2011)

Pflegestufe des Pflegebedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		Beitragshöhe in Euro/Monat	
	Stunden	Prozent	West	Ost
1	28 und mehr	80,0000	406,76	356,61
	21 – 27	60,0000	305,07	267,46
	14 – 20	40,0000	203,38	178,30
2	21 und mehr	53,3333	271,17	237,74
	14 – 20	35,5555	180,78	158,49
3	14 und mehr	26,6667	135,59	118,87

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeauf- wand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		mtl. Verdienst in Euro	
	Stunden	Prozent	West	Ost
1	28 und mehr	80,0000	2.044,00	1.792,00
	21 – 27	60,0000	1.533,00	1.344,00
	14 – 20	40,0000	1.022,00	896,00
2	21 und mehr	53,3333	1.362,67	1.194,67
	14 – 20	35,5555	908,44	796,44
3	14 und mehr	26,6667	681,33	597,33

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeauf- wand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		mtl. Ertrag in Euro	
	Stunden	Prozent	West	Ost
1	28 und mehr	80,0000	22,04	19,59
	21 – 27	60,0000	16,53	14,70
	14 – 20	40,0000	11,02	9,80
2	21 und mehr	53,3333	14,69	13,06
	14 – 20	35,5555	9,80	8,71
3	14 und mehr	26,6667	7,35	6,53

14.5.6 Qualität und Qualitätssicherung

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

Dabei wird zur Verbesserung der Pflege auch berücksichtigt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe bestehen und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege

nach Möglichkeit Rechnung getragen werden soll. Die Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege sollen nach Möglichkeit Berücksichtigung finden.

Qualitätsprüfungen in den Einrichtungen

Seit 2011 werden alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung geprüft (Regelprüfung). Alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Bei den Prüfungen durch den MDK oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung soll der Schwerpunkt auf die Prüfung des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gelegt (Ergebnisqualität) werden. MDK und der Prüfdienst der PKV sollen jedoch nicht nur

die Qualität prüfen und bewerten, sondern auch die Pflegeeinrichtungen in Qualitätsfragen beraten und Empfehlungen abgeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Transparenz der Pflegequalität

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

Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik ähnlich der Schulnoten entschieden, um mehr Transparenz zu schaffen. Pflegebedürftige und ihre Angehörige sollen auf einem

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

- ▶ Pflege und medizinische Versorgung des Versicherten
- ▶ Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern
- ▶ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- ▶ Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Bei ambulanten Pflegediensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

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

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



Internet:

Auf folgenden Internetseiten finden Sie die Veröffentlichungen von Pflegenoten:

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

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

14.6 Weiterer Reformbedarf

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die heutige, stark verrichtungsbezogene Beurteilung, welcher Pflegestufe eine pflegebedürftige Person zuzuordnen ist, wird der konkreten Lebenssituation vieler Pflegebedürftiger nicht ausreichend gerecht. Deshalb ist eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit notwendig, die insbesondere die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltags-

kompetenz, wie zum Beispiel bei Demenz, besser erfasst. Dazu sind bereits wichtige Vorarbeiten geleistet. Vor der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens bedarf es jedoch der Klärung einer Reihe von Kernfragen, die derzeit von einem Expertenbeirat bearbeitet werden.

14.7 Einführung einer Familienpflegezeit

Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen ist am 1. Januar 2012 das Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz) in Kraft getreten, mit dem die Familienpflegezeit eingeführt wurde. Hierbei handelt es sich um eine auf höchstens 24 Monate befristete Teilzeit-Option mit einer staatlich geförderten Aufstockung des pflegebedingt verminderten Arbeitsentgelts. Arbeitgeber, die ihren Beschäftigten während der Pflegephase einen Entgeltvorschuss gewähren, der die Hälfte der pflegebedingten Einkommenseinbuße ausgleicht,

können sich mit einem zinslosen Bundesdarlehen refinanzieren. Der Vorschuss ist von den Beschäftigten im Anschluss an die Pflege zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt durch Rückkehr zum früheren Beschäftigungsumfang bei zunächst weiterhin reduziertem Arbeitsentgelt. Mit diesem Instrument kann für Beschäftigte, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen betreuen, das Risiko einer dauerhaften Reduzierung der Arbeitszeit oder gar eines gänzlichen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben deutlich reduziert werden.

14.7.1 Maßnahmen der Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit sieht vor, dass Beschäftigte ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden reduzieren. Das Gehalt reduziert sich nur um die Hälfte der Arbeitsreduktion. Wer also seinen Arbeitsumfang von 100 auf 50 Prozent reduziert, erhält für die Dauer der Familienpflegezeit und der genauso langen Nachpflegephase 75 Prozent seines letzten

Gehalts. Der Arbeitgeber zahlt in diesem Fall also einen Aufstockungsbetrag in Höhe von 25 Prozent des letzten Bruttogehalts. Während der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase besteht ein besonderer Kündigungsschutz.

14.7.2 Voraussetzung für die Nutzung der Familienpflegezeit

Beschäftigte, die die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen möchten, benötigen die Zustimmung ihres Arbeitgebers. Ist dieser einverstanden, bedarf es einer schriftlichen Vereinbarung, die Informationen über den Umfang der Arbeitszeit vor und nach der Familienpflegezeit, Beginn und Dauer der Familienpflegezeit, die Rückkehr zur „alten“ Wochenarbeitszeit sowie zur Aufstockung des Gehalts und zum späteren Ausgleich beinhalten muss.

Bei befristet Beschäftigten ist zudem darauf zu achten, dass die Familienpflegezeit höchstens für die Hälfte der verbleibenden Laufzeit des Beschäftigungs- bzw. Ausbildungsverhältnisses verein-

bart wird, damit der Gehaltsvorschuss noch während der Restlaufzeit des Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisses ausgeglichen werden kann.

Die Beschäftigten müssen nachweisen, dass ihre Angehörigen tatsächlich pflegebedürftig sind. Eine entsprechende Bescheinigung stellt die Pflegekasse, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder bei privat Versicherten der Gutachterdienst Medicproof GmbH aus.

Um die Risiken von Berufsunfähigkeit oder Tod abzudecken, muss für die Nutzung der Familienpflegezeit eine Versicherung abgeschlossen werden. Die Prämien für diese Versicherung, die mit dem letzten Tag der Nachpflegephase endet, betragen derzeit ca. 2,4 Prozent des Brutto-Aufstockungsbetrages.

14.7.3 Angehörigenpflege und Rente

Wer zusätzlich zum Job Angehörige pflegt, erwirbt zusätzliche Rentenansprüche. Die Pflegekasse überweist der Rentenversicherung für ehrenamtlich geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand mindestens 14 Stunden und die Erwerbstätigkeit der Pflegeperson höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Ansprüche steigen mit der Höhe der Pflegestufe und der für die Pflege aufgewandten Zeit.



Internet:

Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.familien-pflegezeit.de/>.

14.8 Pflegeberatung

In der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegen Effizienzreserven verborgen, wenn die Systeme nicht hinreichend vernetzt und aufeinander abgestimmt sind. Hinzu kommt, dass die Leistungsangebote nicht immer flexibel genug auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sind. Ein wichtiges Anliegen ist daher eine bessere Vernetzung und Verzahnung von wohnortnahen Leistungsangeboten und deren Ausrichtung auf die individuelle Bedarfslage. Nicht zuletzt geht es darum, den oft überforderten Betroffenen und ihren Familien zu helfen, sich in der für sie neuen und zum Teil – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt – unvermittelt auftretenden Pflegesituation besser zurecht zu finden.

14.8.1 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige haben einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, also auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens, wo sie/er versichert ist. Deren Aufgabe ist es insbesondere,

- ▶ den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) systematisch zu erfassen und zu analysieren,
- ▶ einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

- ▶ auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
- ▶ die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
- ▶ bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Die Pflegeberatung hat alle an der pflegerischen Versorgung Beteiligten einzubinden.

Sofern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, erfolgt dort die Beratung über alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und den Rat und Hilfe suchenden Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat entsprechende Empfehlungen sowohl zur Anzahl als auch zur Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater abgegeben.

Die Pflegeberatung findet auf Wunsch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen statt, sie ist kostenlos durchzuführen. Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung

- ▶ entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
- ▶ oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegeversicherung ebenfalls innerhalb der 2-Wochen-Frist eingelöst werden kann.

Zudem ist es Aufgabe der Pflegekassen darüber zu informieren, dass ein Anspruch auf die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung besteht.

14.9 Assistenzpflegebedarfsgesetz

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

Pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege nach den Vorschriften der Sozialhilfe durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte ambulant sicherstellen (sog. „Arbeitgebermodell“), können ihre Pflegekräfte mit einem Kostenanspruch (Übernachtung und

Verpflegung) gegen den jeweiligen Kostenträger nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch -SGB V-) auch in das Krankenhaus oder in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitnehmen.

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

Weiterhin werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige mit einem hohem 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 Reha-

bilitationseinrichtung erbracht. Auch zukünftig besteht jedoch kein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege, wenn das Beschäftigungsverhältnis eigens zum Zwecke der pflegerischen Versorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus oder in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung begründet worden ist.

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

Im Falle der Bedürftigkeit haben Pflegebedürftige, die wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß auf fremde Hilfe angewiesen sind, Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen dabei den entsprechenden Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Bedürftig sind Pflegebedürftige daher nur dann,

wenn sie die Pflegeleistungen weder selbst tragen können noch entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten bzw. diese der Höhe nach nicht ausreichen.

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

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

Die Hilfe zur Pflege soll vorrangig die häusliche Pflege durch Verwandte und/oder sonstiges privates Umfeld sicherstellen. Um die Pflegebereitschaft zu fördern, sieht das SGB XII eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der

Schwere der Pflegebedürftigkeit – vor. So sind den Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; darüber hinaus können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung geleistet werden, soweit die Alterssicherung nicht anderweitig sichergestellt ist. Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III wird zusätzlich in Abhängigkeit der Pflegestufe ein Pflegegeld gezahlt. Das Pflegegeld im Rahmen der Hilfe zur Pflege entspricht dabei in der Höhe dem Pflegegeld der Pflegeversicherung.

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

14.11 Pflegeleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Beruhet die Pflegebedürftigkeit auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, haben Versicherte Anspruch auf Leistungen nach § 44 SGB VII. Die Pflege besteht in der Zahlung von Pflegegeld; auf Antrag kann statt dessen 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 2009: 307,- Euro und 1.228,- Euro alte Länder, 269,- Euro und 1.075,- 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 verschiedene Broschüren zum Thema „Pflege“ heraus: z.B. „Pflegen Zuhause“, weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite www.bmg.bund.de.

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

Gehörlosen-/Hörbehinderten-Service, Schreibtelefon unter 01805-99 66-07*

Gebärdentelefon 01805-99 66-06*

Publikationen können Sie bestellen unter:

Tel: 01805 7780 90*,

Fax: 01805 7780 94*

schriftlich:

**Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock**

E-Mail:

**publikationen@bundesregierung.de
(* 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen)**

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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

15.1 Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen

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

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

Für Behörden des Bundes und der Länder besteht, soweit sie Bundesrecht ausführen, ein allgemeines Benachteiligungsverbot. Die Bundesregierung hat sich verpflichtet, neue Gebäude, zivile große Neu-, Um- und Erweiterungsbauten des Bundes (ab 1 Mio. €) entsprechend den

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

Mit dem Instrument der Zielvereinbarung wird ein völlig neuer Weg beschritten. Anerkannte Verbände können unmittelbar in Verhandlungen mit der Wirtschaft treten, um ausgewogene Regelungen zur Herstellung der Barrierefreiheit zu vereinbaren, ohne auf eine staatliche Verpflichtung anderer zu warten. Zur Förderung der Inanspruchnahme des Instruments Zielvereinbarung unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und

Soziales ein Projekt der Sozial- und Behindertenverbände, das Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e. V. Unter bestimmten Voraussetzungen können sich anerkannte Verbände bei Verstößen gegen das Benachteiligungsverbot oder die Verpflichtung zur Herstellung der Barrierefreiheit mit der Verbandsklage wehren.



Tipp:

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

15.2 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz

Auf eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist auch das am 18. August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gerichtet. Es konkretisiert Artikel 3 des Grundgesetzes,

wonach Personen vor Diskriminierung etwa auf Grund ihrer Rasse oder ethnischen Herkunft, ihres Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, ihres Alters, ihrer sexuellen Identität oder aber wegen einer Behinderung geschützt werden sollen. Ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen soll das AGG behinderte Menschen vor allem vor Benachteiligungen in den Bereichen Beschäftigung und Beruf sowie im alltäglichen Leben schützen. Unabhängig von der Schwere einer Behinderung oder ihrer Anerkennung gilt dieses Benachteiligungsverbot nicht nur für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen, sondern für alle behinderten Menschen.

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

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

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

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

Darüber hinaus erstreckt sich das Benachteiligungsverbot auch auf Verträge mit privaten Versicherungen, insbesondere Lebens- und Krankenversicherungen, die zumeist individuell und unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes geschlossen werden. Um behinderte Interessentinnen und Interessenten dabei künftig vor einer willkürlichen Ablehnung oder ungerechtfertigt hohen Risikoprämien wegen ihrer Behinderung zu schützen, sind Versicherer verpflichtet, dem Risiko entsprechend kalkulierte Prämien anzubieten. Im Streitfall ist über die Kalkulation Auskunft zu geben.

Für Verträge mit privaten Versicherungen enthält das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz jedoch eine Übergangsvorschrift. Es ist nur anwendbar auf Vertragsabschlüsse ab dem 22. Dezember 2007. Bei späteren Änderungen eines vor diesem Datum bereits bestehenden Versicherungsvertrages gilt diese Einschränkung jedoch nicht.

15.3 Rund ums Wohnen

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

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

15.3.1 Wohnraumförderung und Vermietung von gefördertem Wohnraum

Im Rahmen der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde die Zuständigkeit für das Recht der Sozialen Wohnraumförderung mit Wirkung vom 1. September 2006 vom Bund auf die Bundesländer übertragen. Sie verabschiedeten die gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich und sind zuständig für die Finanzierung. Die Länder sind mit einem großzügigen finanziellen Ausgleich des

Bundes in die Lage versetzt worden, diese Aufgabe in alleiniger Verantwortung durchzuführen. Soweit das Wohnraumförderungsgesetz des Bundes (WoFG) nicht durch landesrechtliche Regelungen ersetzt wird – was in einigen Ländern bereits der Fall ist (LandesWoFG Baden-Württemberg, Bayerisches WoFG, Hamburgisches WoFG, Niedersächsisches WoFG, Landes WoFG Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holsteinisches WoFG) –, bleibt es weiterhin gültig.

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

Nach dem WoFG werden der Neubau von Wohnungen, die Modernisierung von Altbauten, der Erwerb von Belegungsrechten zu Gunsten Wohnungssuchender und der Erwerb vorhandenen Wohnraums gefördert → § 2 Abs. 1 WoFG. Eine Zusatzförderung kann bewilligt werden für besondere bauliche Maßnahmen, mit denen den Belangen behinderter oder

älterer Menschen Rechnung getragen wird → § 12 Abs. 2 Nr. 2 WoFG. Ein Anspruch auf Fördermittel der Sozialen Wohnraumförderung besteht nicht → § 13 Abs. 4 WoFG. Nach dem WoFG geförderte Mietwohnungen dürfen nur an Haushalte vermietet werden, deren Jahreseinkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht

überschreiten. Dasselbe gilt für die Gewährung von Fördermitteln zur Bildung selbst genutzten Wohneigentums. Bundesrechtlich sind in → § 9 Abs. 2 WoFG folgende Einkommensgrenzen vorgesehen:

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

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

Lohnersatzleistungen, Berufsausbildungsbeihilfen, Sozialhilfe (Katalog → § 21 Abs. 2 WoFG). Aufwendungen zum Erwerb, zur Sicherung und zur Erhaltung dieser ganz oder teilweise steuerfreien Einnahmen – mit Ausnahme bestimmter Pflegeleistungen – dürfen in der zu erwartenden oder nachgewiesenen Höhe abgezogen werden → § 21 Abs. 3 WoFG.

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

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

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

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

Freibeträge werden im Übrigen bei jungen Ehepaaren, bei denen keiner der Ehegatten das 40. Lebensjahr vollendet hat,

in Höhe von 4.000,- Euro bis zum Ablauf des 5. Kalenderjahres nach dem Jahr der Eheschließung gewährt → § 24 Abs. 1 Nr. 3 WoFG, sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – in Höhe von 600,- Euro für Alleinerziehende → § 24 Abs. 1 Nr. 4 WoFG. Abzugsbeträge in unterschiedlicher Höhe werden bei Unterhaltspflichten eingeräumt → § 24 Abs. 2 WoFG.

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

15.3.2 Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens

Angesichts der demografischen Entwicklung ist altersgerechtes Bauen und Wohnen ein wichtiges Anliegen der Wohnungs- und Stadtentwicklungspolitik der Bundesregierung. Sie hat daher mit Blick auf eine bedarfsgerechte Wohnraumversorgung Fördermittel für Maßnahmen der altersgerechten Anpassung des Wohnungsbestandes zur Verfügung gestellt. Mit der Ausweitung des Angebots an altersgerechten (barrierefreien und -reduzierten) Wohnungen wird es einer wachsenden Zahl von älteren Menschen möglich, trotz Mobilitätsbeschränkungen im

vertrauten Wohnumfeld zu verbleiben und ein selbst bestimmtes Leben bei tragbaren Wohnkosten zu führen. Diese Förderung kann auch von Menschen mit Behinderungen in Anspruch genommen werden.

Im KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ können Eigentümer/innen (Selbstnutzer/innen, Vermieter/innen, Wohnungsunternehmer usw.) aus Bundesmitteln zinsverbilligte Darlehen nutzen für Maßnahmen, mit denen Barrieren beseitigt oder zumindest reduziert werden. Gefördert werden vor allem der barrierefreie/-reduzierte Gebäude- und Wohnungszugang (z. B. Überbrückung von Stufen, Rampen, Einbau von Aufzügen und Treppenlifts, Verbreiterung von Türöffnungen), Maßnahmen im Innern der Wohnung (z. B. Abbau von Schwellen, Grundrissänderungen, Umbau von Sanitärräumen), barrierereduzierende Maßnahmen auf dem Grundstück (z. B. Stellplätze) sowie die Einrichtung von Gruppenräumen zum generationenübergreifenden Wohnen. Die geförderten Maß-

nahmen sollen bestimmten technischen Mindestanforderungen einer Barrierereduzierung genügen, da man im Bestand nicht immer barrierefreien Neubaustandard erreichen kann. Umbaumaßnahmen nach den Vorgaben der DIN 18040 Teil 2 (Entwurf) sind ebenfalls förderfähig.

15.3.3 Barrierefreiheit im Mietrecht

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

Grundsätzlich hat jede Mieterin und jeder Mieter gegen den Vermieter bzw. die Vermieterin einen Anspruch auf Gewährung des vertragsgemäßen Gebrauchs der angemieteten Wohnung. Sie sind daher berechtigt, Einrichtungen in die Mietsache einzubringen, die ihnen zum Wohnen dienen. Weitergehende Einbauten aber und insbesondere Umbauten dürfen sie – auch auf eigene Kosten – ohne die vorherige Zustimmung des Vermieters nicht vornehmen. Mieter/innen mit Behinderung haben grundsätzlich einen Anspruch auf diese Zustimmung zu Maßnahmen einschließlich Umbauten, die ihnen die Nutzung der Wohnung und den Zugang zu ihr ermöglichen. Der Vermieter oder die Vermieterin ist aber nicht verpflichtet, auf seine bzw. ihre Kosten entsprechende Baumaßnahmen durchzuführen.

Ein Zustimmungsanspruch besteht auch dann, wenn ein/e Familienangehörige/r oder der Lebensgefährte bzw. die Lebensgefährtin des Mieters/der Mieterin, der/die in der Wohnung lebt, behindert ist. Das Spektrum der

Maßnahmen ist groß: Neben der Montage spezieller Griffe und der Verbreiterung der Wohnungstüren ist auch der Einbau eines Treppenlifts und der Bau einer Rollstuhlrampe möglich. Die konkrete Maßnahme muss im Einzelfall notwendig sein, um die Lebensqualität der behinderten Person zu erhalten. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sie ohne ihre Durchführung die Wohnung nicht mehr verlassen könnte oder in ein Pflegeheim umziehen müsste. Zweierlei muss der Mieter oder die Mieterin beachten: Zum einen besteht der Zustimmungsanspruch dann nicht, wenn das Interesse des Vermieters/der Vermieterin und/oder der anderen Mieter/innen im selben Gebäude daran, dass die Maßnahme nicht durchgeführt wird, höher ist als das des Mieters/der Mieterin an der Durchführung. Dies erfordert eine umfassende Abwägung der betroffenen Interessen. Unter anderem sind Art, Dauer und Schwere der Behinderung einerseits, die Dauer der Maßnahme, die Beeinträchtigung der anderen Mieter/innen

des Hauses und die Möglichkeit des Rückbaus andererseits zu berücksichtigen. Überwiegen die Interessen des behinderten Mieters/der behinderten Mieterin oder sind die Interessen von Mieter/in und Vermieter/in mindestens gleichgewichtig, so besteht der Anspruch auf Zustimmung. Allerdings kann der Vermieter/die Vermieterin seine/Ihre Zustimmung davon abhängig machen, dass der Mieter/die Mieterin ihm/ihr eine Sicherheit in Höhe der Kosten leistet, die bei Rückbau der Maßnahme anfallen werden.

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

15.3.4 Wohngeld

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

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

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

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

stationärer Pflege oder Kurzzeitpflege können einen Freibetrag von 1.200 Euro im Jahr in Anspruch nehmen.

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

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

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



Internet:

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

- ▶ Dort finden Sie auch Tabellen zum Wohngeld, die Liste der Mietstufen und einen aktuellen Erläuterungstext mit Beispielen: „Wohngeld 2011 – Ratschläge und Hinweise“.
 - ▶ Das Wohngeldgesetz finden Sie im Internet unter: www.gesetze-im-internet.de/wogg/index.html
-



Info:

Auch Ihre örtliche Wohngeldbehörde hält Informationen für Sie bereit.

15.3.5 Bausparverträge

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

15.4 Im Alltag und in der Freizeit mobil

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



Tipp:

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

15.4.1 Barrierefreies Reisen

Beachtliche Fortschritte wurden bei der sozialen Integration in der Freizeit und im Urlaub erzielt. Dabei kommt es darauf an, Angebote zu machen, die alle nutzen können, um das Miteinander von behinderten und nichtbehinderten Menschen zu fördern. Einen wichtigen Beitrag leisten die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen selbst. So hat beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter und ihrer Freunde e.V. umfangreiche Informationen über geeignete Reiseveranstalter und Reiseliteratur zusammengestellt.

Der seit mehreren Jahren erscheinende Reiseratgeber „Handicapped Reisen Deutschland“) beinhaltet mehr als 1.000 geprüfte Beherbergungsbetriebe

in ganz Deutschland, die überwiegend rollstuhlgerecht sind. Beim Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. kann die Broschüre „Reise ABC“ angefordert werden.

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



Weitere Informationen im Internet:

www.einfach-teilhabe.de

www.natko.de

Wichtige Anlaufstellen sind zunehmend auch die regionalen und überregionalen Tourismusorganisationen. Viele Tourismusämter und Tourismus-Büros können über barrierefreie Unter-

² „Handicapped Reisen“ wird vom Verlag FMG = Fremdenverkehrs-Marketing GmbH, Meerbusch herausgegeben

künfte und Freizeitangebote informieren. In vielen Hotels gibt es zumindest einige geeignete Zimmer, in fast allen neuen oder renovierten Jugendherbergen ebenso. Und es gibt auch neuerdings Hotels und Pensionen, die vollständig barrierefrei gestaltet sind.

In einer Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit haben der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) und der Hotelverband Deutschland (IHA) mit Verbänden behinderter Menschen eine standardisierte Erfassung, Bewertung und Darstellung barrierefreier Angebote in Hotellerie und Gastronomie vereinbart. Hoteliere und Gastronomen, die im Deutschen Hotelführer, dem IHA-Hotelführer Hotels Deutschland oder den entsprechenden Internetplattformen www.hotelguide.de und www.hotellerie.de ihr barrierefreies Angebot darstellen möchten, müssen die vereinbarten Standards erfüllen, die in fünf verschiedenen Kategorien unterschiedliche Behinderungen berücksichtigen. Außerdem haben

die neuen Kriterien für Barrierefreiheit auch Eingang in die fortgeschriebene Deutsche Hotelklassifizierung gefunden.

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

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



Internet:

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

15.4.2 Erleichterungen im Personenverkehr

15.4.2.1 Freifahrt im Nahverkehr

Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr („Freifahrt“) Schwerbehinderte Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, haben Anspruch darauf, im öffentlichen Personennahverkehr unentgeltlich befördert zu werden → §§ 145 ff. SGB IX. Das betrifft gehbehinderte, außergewöhnlich gehbehinderte, hilflose, gehörlose

und blinde Menschen (Merkzeichen G, aG, H, Gl und Bl im Schwerbehindertenausweis). Das Merkzeichen B berechtigt darüber hinaus zur kostenfreien Mitnahme einer Begleitperson.

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

Nahverkehr heißt:

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

Von den schwerbehinderten Menschen, die von der unentgeltlichen Beförderung Gebrauch machen wollen, wird eine Eigenbeteiligung von 72 Euro jährlich (36 Euro halbjährlich) erhoben. Dafür wird eine Wertmarke ausgegeben, die zusammen mit dem Schwerbehindertenausweis als Nachweis für die Freifahrt-

berechtigung dient. Einkommensschwache (insbesondere Grundversicherungsempfänger) sowie blinde und hilflose Menschen sind von der Eigenbeteiligung befreit.

Die unentgeltliche Beförderung gilt nur für den Nahverkehr. Im Fernverkehr müssen die schwerbehinderten Menschen normal bezahlen. Wer berechtigt ist, eine Begleitperson mitzunehmen (Merkzeichen B), kann dies sowohl im Nah- 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 400 Mio. Euro auf.



Info:

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

15.4.2.2 Eisenbahnverkehr Europäisches Recht

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

Personen mit Behinderungen und Personen mit eingeschränkter Mobilität sollten nach dem Willen des europäischen Gesetzgebers Bahnreisemöglichkeiten haben, die denen anderer Bürgerinnen und Bürger vergleichbar sind. Die Verordnung verpflichtet daher Eisenbahnunternehmen und Bahnhofsbetreiber, nicht-

diskriminierende Zugangsregeln für die Beförderung von Personen mit Behinderungen und Personen mit eingeschränkter Mobilität unter aktiver Beteiligung von deren Vertretungsorganisationen aufzustellen.

Daneben werden Regelungen getroffen, die die spezifische Information von Personen mit Behinderungen und von Personen mit eingeschränkter Mobilität sowie die Hilfeleistungen für diesen Personenkreis im Zug und an Bahnhöfen betreffen.

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

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Anpassung eisenbahnrechtlicher Vorschriften an die VO (EG) 1371/2007 am 29. Juli 2009 wird diese Verordnung in Deutschland angewendet.

Fernverkehr

- ▶ Eine Begleitperson fährt auch in den Fernverkehrszügen der Deutschen Bahn AG (DB AG) kostenlos, wenn die Berechtigung zur Mitnahme im Ausweis des behinderten Menschen (Ausweismerkmal „B“) bescheinigt ist → § 147 Abs. 2 SGB IX.
- ▶ Schwerekriegsbeschädigte Menschen, in deren Ausweis das Merkmal „1. Kl.“ eingetragen ist, können mit einer Fahrkarte der zweiten Klasse die erste Klasse in Fern- und Nahverkehrszügen benutzen.
- ▶ Schwerbehinderte oder blinde Menschen mit dem Merkzeichen B oder BI in ihrem Ausweis können für sich und eine Begleitperson kostenfrei Plätze reservieren.
- ▶ Kostenfrei reservierbar sind auch die Rollstuhlplätze der Deutschen Bahn AG.
- ▶ Schwerbehinderte Menschen (ab GdB 70) erhalten die BahnCard 50 zum halben Preis.



Info:

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



Tipp:

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

Beförderungspflicht

Im Rahmen des § 10 des Allgemeinen Eisenbahngesetzes (AEG) wird eine Beförderungspflicht der Eisenbahn auch für Personen mit eingeschränkter Mobilität im

Personenfernverkehr gewährleistet. Die Beförderungspflicht der Eisenbahn besteht unter bestimmten Voraussetzungen, u. a. nur im Rahmen der Beförderungsbedingungen, die von den jeweiligen Eisenbahnverkehrsunternehmen aufgestellt und von der jeweiligen Genehmigungsbehörde genehmigt sind. Sie erstreckt sich auf den Personen- und Reisegepäckverkehr. Zum Reisegepäck gehören auch Rollstühle und andere Hilfsmittel von behinderten Menschen, sofern keiner der Ausschlussstatbestände aus § 10 AEG vorliegt, das heißt neben dem Einhalten der jeweiligen Beförderungsbedingungen die Beförderung mit den regelmäßig verwendeten Beförderungsmitteln möglich ist und die Beförderung nicht durch Umstände verhindert wird, die das Eisenbahnverkehrsunternehmen nicht abwenden kann und denen es auch nicht abhelfen konnte.

15.4.2.3 Luftverkehr

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

- ▶ Flughäfen,
- ▶ Fluggesellschaften,
- ▶ Reiseveranstalter

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

Diese Serviceleistungen sind ohne zusätzliche Kosten zu erbringen.

Voraussetzungen

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

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

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

Wenn etwas nicht klappt

Wenn der/die behinderte oder mobilitätseingeschränkte Flugreisende der Auffassung ist, 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 Flugreisenden und den Fluggesellschaften und Flughäfen herbeigeführt werden. Sollte es zu keiner Einigung kommen, besteht die Möglichkeit, die nationale Beschwerdestelle zur Durchsetzung der Fluggastrechte über Inhalt und Ergebnis der Beschwer-

den zu unterrichten. Das in Deutschland zuständige Luftfahrt-Bundesamt wird überprüfen, ob und inwieweit der Flughafen oder die Fluggesellschaft gegen ihre Verpflichtungen verstoßen haben und kann im Einzelfall Bußgeldzahlungen gegen die Unternehmen aussprechen. Wichtig ist, dass das Luftfahrt-Bundesamt nicht über das Bestehen zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche entscheidet. Dies muss der/die Flugreisende weiterhin zivilgerichtlich einfordern.

Beispiele für Unterstützungsleistungen

- ▶ Buchung und Beförderung: Fluggesellschaften und Reiseveranstalter ist es verboten, bei Flügen von einem europäischen Flughafen die Buchung oder Beförderung aufgrund eingeschränkter Mobilität zu verweigern. Ausnahmen sind nur möglich, wenn geltende Sicherheitsbestimmungen zu beachten sind oder technische Begrenzungen z.B. auf Grund der Enge der Flugkabine vorliegen.
- ▶ Kostenlose Hilfeleistungen auf Flughäfen: Die Flughäfen müssen Kontaktpunkte ausweisen, die es dem Fluggast ermöglichen, seine Ankunft anzumelden. Der Flughafen ist verantwortlich, die durchgehende Betreuung von Ihrer Ankunft am Flughafen bis zum Abflug sicherzustellen.
- ▶ Kostenlose Hilfeleistung an Bord: Die Fluggesellschaften sind verpflichtet, bei Flügen, die in der EU beginnen, Rollstühle oder Begleithunde zu befördern. Einschränkungen kann es aufgrund von Sicherheitsvorschriften und Verfügbarkeit geben. Informieren Sie die Fluggesellschaft spätestens 48 Stunden vorher über die benötigten Dienstleistungen.

15.4.3 Fahrdienste

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

15.4.4 Teilnahme am Straßenverkehr

Grundsätzlich können behinderte Menschen einen Führerschein machen und dürfen auch ein Kraftfahrzeug führen. Ihr Führerschein kann mit Einschränkungen oder Auflagen versehen werden. Für motorisierte Krankenfahrstühle, die nicht schneller als 15 km/h fahren, wird weder eine Fahrerlaubnis noch eine Prüfbescheinigung benötigt. Motorisierte Krankenfahrstühle sind einsitzige, nach der Bauart zum

Gebrauch durch körperlich behinderte Personen bestimmte Kraftfahrzeuge mit Elektroantrieb, einem Leergewicht von nicht mehr als 300 kg einschließlich Batterien aber ohne Fahrer/in, mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 500 kg, einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 15 km/h und einer Breite über alles von maximal 110 cm. „Klein-PKW“ gehören (auch nach der Rechtsprechung) daher nicht zu den Krankenfahrstühlen.

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



Info:

Auskünfte erteilen die Straßenverkehrsämter.

Finanzierungshilfen zur Beschaffung eines Kfz

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



Info:

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

15.4.5 Parkerleichterungen

Parkerleichterungen erhalten schwerbehinderte Menschen

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

- ▶ mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt.
- ▶ Für diese Personengruppen wird ein orangefarbener Parkausweis ausgestellt. Zuständig ist die Straßenverkehrsbehörde (Stadt- oder Kreisverwaltung). Der Parkausweis berechtigt dazu,
 - ▶ im eingeschränkten Halteverbot mit Parkscheibe bis zu drei Stunden zu parken,
 - ▶ im Zonenhalteverbot über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
 - ▶ an Stellen, die als Parkplatz ausgeschildert sind, über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
 - ▶ in Fußgängerzonen während der freigegebenen Ladezeit zu parken,
 - ▶ in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen zu parken, ohne jedoch den durchgehenden Verkehr zu behindern,
- ▶ an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt zu parken,
- ▶ auf Parkplätzen für Bewohnerinnen und Bewohner bis zu drei Stunden zu parken,
- ▶ in Einzelfällen kostenlos auf Kundenparkplätzen an Bahnhöfen der Deutschen Bahn (DB) zu parken. Da es sich hier jedoch nicht um öffentlichen Verkehrsraum, sondern um Privatgelände der DB handelt, sollten behinderte Menschen sich unbedingt genau über die Bedingungen informieren.

Kraftfahrzeuge mit einer Parkerleichterung dürfen an diesen Stellen höchstens 24 Stunden geparkt werden.

Wer einen blauen Parkausweis hat, kann die Parkerleichterung auch in Anspruch nehmen.

15.5 Gerichtliche Verfahren

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

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

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

Eine blinde oder sehbehinderte Person kann in einem Gerichtsverfahren verlangen, dass die für sie bestimmten Dokumente (beispielsweise Urteile, Beweisbeschlüsse oder Ladungen) sowie die von den Parteien eingereichten Dokumente (etwa die Schriftsätze der gegnerischen Partei) in eine für sie wahrnehmbare Form übertragen werden, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Rechte im Verfahren erforderlich ist. Auf einen entsprechenden Antrag des Betroffenen ist dies vom Gericht zu veranlassen.

Die am 1. Juni 2007 in Kraft getretenen → **Verordnung zur barrierefreien Zugänglichkeit von Dokumenten für blinde und sehbehinderte Personen im gerichtlichen Verfahren (ZMV)** gestaltet diesen Anspruch näher aus. Danach können blinde oder sehbehinderte Menschen wählen, ob ihnen die Dokumente in schriftlicher Form – das bedeutet in Blindenschrift oder Großdruck – zugänglich gemacht werden. Möglich ist

aber auch eine Übertragung der Dokumente mit Hilfe mündlicher, akustischer oder elektronischer Übermittlungsformen (Vorlesen, Aufnahme auf Tonträger, Übertragung per E-Mail).

Der Anspruch besteht nicht nur im gerichtlichen Verfahren, sondern auch im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft sowie im behördlichen Bußgeldverfahren.

16. Steuerliche Erleichterungen

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

Behinderte Menschen haben häufig 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, wird ihnen als „außergewöhnliche Belastung“ nach § 33b Einkommensteuergesetz (EStG) ein Pauschbetrag für behinderte Menschen zugestanden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Pauschbetrag für behinderte Menschen in Höhe von 310,- Euro bis 1.420,- Euro kann jährlich ohne Einzelnachweis der Aufwendungen und ohne Minderung um eine zumutbare Belastung abgezogen werden.

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

Den Nachweis der Behinderung führt man durch einen Ausweis 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 Freibeträge für Kinder haben (siehe auch „Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder“).

Den Pauschbetrag kann man sich schon bei der Ausstellung der Steuerkarten eintragen lassen. Er gilt für das ganze Kalenderjahr, auch wenn die Behinderung erst im Laufe des Jahres festgestellt wurde. 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 und dem Familienstand richtet. Neben dem Behinderten-Pauschbetrag können alle übrigen krankheits- und behinderungsbedingten Kosten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die

Kfz-Aufwendungen geh- und stehbehinderter, außergewöhnlich gehbehinderter, blinder und hilfloser Menschen als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden.

Pflege-Pauschbetrag

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

16.2 Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder

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

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

Daneben können andere, auch mittelbar kindbedingte Steuerermäßigungen in Betracht kommen (z.B. für Kinderbetreuungskosten nach § 9c EStG).

16.3 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.

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



Achtung:

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



Info:

Weitere Auskünfte erteilen die Finanzämter.

16.4 Fahrten zur Arbeit

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

Ohne Einzelnachweis der tatsächlichen Aufwendungen kann bei Benutzung eines eigenen oder zur Nutzung überlassenen Kfz der für Dienstreisen geltende pauschale Kilometersatz angesetzt werden (z. B. bei einem PKW 30 Cent je Fahrtkilometer und bei einem Motorrad oder Motorroller 13 Cent je Fahrtkilometer). Unfallkosten, die auf einer Fahrt zwischen Wohnung und regelmäßiger Arbeitsstätte entstanden sind, können neben dem pauschalen Kilometersatz abgezogen werden.

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



Info:

Nähere Auskünfte erteilen die Finanzämter.

16.5 Privatfahrten

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

Bei außergewöhnlich gehbehinderten (Merkzeichen „aG“), blinden (Merkzeichen „Bl“) und hilflosen Menschen (Merkzeichen „H“) sind in den Grenzen der Angemessenheit nicht nur die Aufwendungen für durch die Behinderung verursachte unvermeidbare Fahrten, sondern auch für Freizeit-, Erholungs- und Besuchsfahrten nach Abzug einer zumutbaren Belastung als „außer-

gewöhnliche 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 unangemessen.



Info:

Auskünfte erteilen die Finanzämter.

Sonstige Steuerarten

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

17. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Das Übereinkommen ist das erste universelle Rechtsinstrument, das bestehende Menschenrechte bezogen auf die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert. Es greift dafür auf die wichtigsten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen zurück und präzisiert zentrale Bestimmungen dieser Dokumente aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen. Ziel des Übereinkommens ist die Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen. Es würdigt Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens und überwindet damit das noch in vielen Ländern vorherrschende defizitorientierte Verständnis. Dem Großteil der weltweit rund 650 Millionen behinderten Menschen wird das Übereinkommen erstmalig einen Zugang zu universell verbrieften Rechten verschaffen. Der Text sieht vor, dass ein Vertragsausschuss eingerichtet wird, der die Umsetzung des Übereinkommens in den Vertragsstaaten beobachtet. Der Vertragsausschuss kann Beschwerden einzelner Personen

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

Das Übereinkommen und das Protokoll sind für Deutschland verbindlich. Das Übereinkommen wird in Zukunft ein wichtiges Referenzdokument sein, auf dessen Grundlage neue Entwicklungen in der Behindertenpolitik angestoßen und beurteilt werden. Mit dem Übereinkommen wird der mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel weiter vollzogen. Die Bundesregierung wird das Übereinkommen auf Bundesebene anhand eines Nationalen Aktionsplans umsetzen. Der Aktionsplan soll im März 2011 von der Bundesregierung verabschiedet werden.



Info:

Das VN-Übereinkommen finden Sie ab Seite 642.

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

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

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

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

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

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



Internet:

www.einfach-teilhaben.de

18.1 Blindensendungen

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



Info:

Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Post.

18.2 Geschäfte des täglichen Lebens

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

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

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

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

18.3 Kriegsofferfürsorge

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

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

tigten Hinterbliebenen Leistungen der Kriegsofopferfürsorge in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes:

- ▶ Soldaten, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG),
- ▶ ehemalige Zivildienstleistende, die eine Schädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Zivildienstgesetzes (ZDG),
- ▶ Opfer von Gewalttaten nach den Vorschriften des 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 politisch motivierter Strafverfolgungsmaßnahmen in der ehemaligen DDR, die aufgrund einer unrechtmäßigen Freiheitsentziehung Gesundheitsschäden erlitten haben, nach den Vorschriften des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG) sowie
- ▶ Opfer einer hoheitlichen Maßnahme einer deutschen behördlichen Stelle in der ehemaligen DDR, die aufgrund einer rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidung gesundheitliche Schäden erlitten haben, nach den Vorschriften des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (VwRehaG).

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

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

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



Tip:

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



Info:

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



Info:

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

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

Das Versicherungsvertragsgesetz, das für private Versicherungen gilt, verpflichtet in § 178d VVG den Versicherer zur Nachversicherung von neugeborenen Kindern im Bereich der Krankenversicherung (zu der auch die Pflegekrankenversicherung

gehört). Demnach muss der Versicherer das Kind im Rahmen der Krankenversicherung eines Elternteils ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten versichern, sofern die Anmeldung binnen zwei Monaten nach der Geburt erfolgt.

Das gilt auch, wenn Schädigungen des Kindes nicht erst nach, sondern schon während oder vor der Geburt (z. B. durch angeborene Anomalien und Erbkrankheiten) eingetreten sind. Für neugeborene Kinder mit Behinderungen dürfen keine höheren Versicherungsbeiträge erhoben werden als für gesunde Kinder. Damit werden Mehraufwendungen der betroffenen Familien vermieden. Die behinderten Kinder erhalten so den gleichen Versicherungsschutz wie gesunde Kinder, der sich grundsätzlich nach dem Krankenversicherungsvertrag des jeweiligen Elternteils richtet.

Außerdem wird die Adoption eines minderjährigen Kindes im Gesetz mit der Geburt eines Kindes gleichgestellt. Lediglich ein Risikozuschlag bis zur einfachen

Prämienhöhe ist im Falle des Vorliegens einer „höheren Gefahr“ – also Vorerkrankungen – erlaubt. Ein Leistungsausschluss wegen bereits eingetretener Versicherungsfälle darf nicht vorgenommen werden. Die Versicherung kann davon abhängig gemacht werden, dass der Vater oder die Mutter bis zu drei Monaten versichert gewesen sind.

Das am 1. Januar 2008 in Kraft getretene neue Versicherungsvertragsgesetz ergänzt die geltende Regelung in § 198 VVG dahingehend, dass die Versicherer zur Kindernachversicherung auch in der Auslands- und Reisekrankenversicherung verpflichtet werden, es sei denn, für das Neugeborene oder Adoptivkind besteht bereits ein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im In- oder Ausland.

18.5 Kinderzuschlag

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

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

Der Kinderzuschlag beträgt maximal 140 € monatlich je Kind und deckt zusammen mit dem Kindergeld in Höhe von monatlich 184 € den durchschnittlichen Bedarf von Kindern. Hinsichtlich des Wohnbedarfs ist das bei gegebener Einkommenshöhe zustehende Wohngeld zu berücksichtigen.

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

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

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

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

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

18.6 Sozialhilfe und Mehrbedarf

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

- ▶ das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
- ▶ unter 65 Jahre und voll erwerbsgemindert sind

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

18.7 Rundfunkgebühren

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

Befreiungsmöglichkeiten und weitere Informationen

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

Anspruch auf Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht haben:

► Taubblinde Menschen

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

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

- eine ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit oder
- der Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen Bl (blind) und G1 (gehörlos) oder

- der Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen Bl oder G1 zusammen mit einer ärztlichen Bescheinigung über die je andere Behinderung oder
- eine Bescheinigung des Versorgungsamtes über das Maß der Hör- und Sehbehinderung.

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

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

Anspruch auf einen reduzierten Beitrag haben:

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

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

Wichtige Hinweise

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

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

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

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

Was ist jetzt zu tun?

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

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

Wenn Sie auch Empfänger von bestimmten Sozialleistungen sind:

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

Wichtige Fragen und Antworten im Überblick

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alle Leistungen im Überblick

1. Sie erhalten Sozialleistungen

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

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

2. Sie erhalten Ausbildungsförderung

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

3. Sie haben gesundheitliche Einschränkungen

Anspruch auf Befreiung haben	Erforderlicher Nachweis
taubblinde Menschen	aktuelle ärztliche Bescheinigung über die Taubblindheit
Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII sowie nach § 27d BVG	aktueller Bewilligungsbescheid/ Bescheinigung der Behörde über den Bezug von Leistungen nach § 27d BVG

Anspruch auf Ermäßigung haben	Erforderlicher Nachweis
<p>blinde oder wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 Prozent allein wegen der Sehbehinderung, die nicht vorübergehend ist</p>	<p>aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“</p>
<p>hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist</p>	<p>aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“</p>
<p>behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigstens 80 Prozent beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können</p>	<p>aktueller Schwerbehindertenausweis mit „RF-Merkzeichen“ oder Bescheinigung der Behörde über die Zuerkennung des „RF-Merkzeichens“</p>

18.8 Telefon

Sozialtarife

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

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

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

Weitere Hinweise zum Sozialtarif der Deutschen Telekom

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

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

Relay-Vermittlungsdienste für hör- und sprachbehinderte Menschen

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

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

Beim Vermittlungsdienst geht es im Grundsatz darum, durch die Dolmetschleistung der Gebärdensprachdolmetscher/in bzw. Schriftdolmetscher/in 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/die

Gebärdensprachdolmetscher/in wählt den gewünschten Teilnehmer/die gewünschte Teilnehmerin an und übersetzt die Gebärdensprache des/der Gehörlosen und Hörbehinderten gegenüber dem angerufenen Teilnehmer/der angerufenen Teilnehmerin in Lautsprache. Ebenso übersetzt der/die Dolmetscher/in die gesprochenen Gesprächsanteile des angerufenen Teilnehmers/der angerufenen Teilnehmerin in Richtung der/des Gehörlosen oder Hörbehinderten in Gebärdensprache. Beim Einsatz eines/einer Schriftdolmetschers/in wird lediglich eine Datenverbindung zur Übermittlung hergestellt. Der/die Schriftdolmetscher/in 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
ess finden sie im Internet unter
<http://www.tess-relay-dienste.de>



Internet:

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

18.9 Zahnarzt

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



Info:

**Die Bundeszahnärztekammer,
– Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V. –,
Universitätsstraße 71-73,
50931 Köln, Tel. 0221/40010,
www.bzaek.de**

18.10 Freiwillige in FSJ und BFD

Menschen mit Behinderungen können im Alltag Unterstützung erhalten durch Freiwillige, die sich 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 selbst bestimmtes Leben führen und in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können.



Info:

Die örtliche gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger berät Ratsuchende über die Möglichkeiten, Unterstützung durch einen Freiwilligen zu erhalten.

Teilhabe an der Gesellschaft heißt auch, die Möglichkeit zu haben, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) und Freiwilligen Ökologischen Jahr (FÖJ) engagieren sich junge Menschen bis zum 27. Lebensjahr, im Bundesfreiwilligendienst (BFD) Menschen

aller Altersgruppen nach Erfüllung der Vollzeitschulpflicht. Die Freiwilligen werden grundsätzlich gesetzlich sozialversichert und können ein Taschengeld erhalten. Auch Menschen mit Behinderungen können sich in diesen Freiwilligendiensten engagieren.



Internet:

Ausführliche Informationen und aktuelle Ansprechpartner finden Sie für den BFD unter www.bundesfreiwilligendienst.de. Unter www.bmfsfj.de gibt es bei „Freiwilliges-Engagement“ eine aktuelle Liste mit Trägern, die ein FSJ/FÖJ anbieten.

18.11 Freiwilligendienste aller Generationen

Freiwilligendienste aller Generationen ist eine seit dem 1. Januar 2009 gesetzlich verankerte Engagementform. Mitmachen können alle, die nach Erfüllung der Schulpflicht bereit sind, sich mindestens 8 Stunden wöchentlich für 6 Monate bei einem öffentlich-rechtlichen, gemeinnützigen, mildtätigen oder kirchlichen Träger verbindlich zu engagieren. Alle Freiwilligen sind in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten außerdem Haftpflichtversicherungsschutz sowie Weiterbildung und kontinuierliche Begleitung durch den Träger. Eltern jüngerer Freiwilliger haben einen Anspruch auf Kindergeld, wenn sie die übrigen Voraussetzungen für den Kindergeldanspruch erfüllen.

18.12 Zuzahlungsbefreiungen

Behinderte Menschen, die medizinische Leistungen von Trägern der Unfallversicherung, der sozialen Entschädigung oder aus der Sozialhilfe erhalten, brauchen die Rezeptgebühr für Arznei-, Verband- und Heilmittel nicht zu bezahlen.

Werden Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Hilfsmitteln, Fahrkosten, Zahnersatz und stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen unzumutbar belastet, hat sie die Krankenkasse zu befreien. Wird die im Gesetz festgelegte Einkommensgrenze überschritten, übernimmt die Krankenkasse die Zuzahlung bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrkosten ab einer bestimmten einkommensabhängigen Höhe.

18.13 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/die Urheberin bzw. der Rechteinhaber/die Rechteinhaberin. Es war deshalb nicht immer möglich, urheberrechtlich geschützte Texte z. B. auch in Blindenschrift zur Verfügung zu stellen. § 45a UrhG ermöglicht Menschen mit Behinderungen deshalb seit dem 13. September 2003 den erlaubnisfreien Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken. Können sie ein Werk sinnlich nicht wahrnehmen, so erlaubt es diese Vorschrift, das Werk in eine

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

19. Wichtige Adressen

► **Aktion Psychisch Kranke
Vereinigung e.V.**

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

www.psychiatrie.de/apk
apk@psychiatrie.de

► **Allgemeiner Behindertenver-
band in Deutschland e.V. (ABID)**

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

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

► **Antidiskriminierungsstelle
des Bundes**

Alexanderstraße 1
10178 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 – Bundes-
arbeitsgemeinschaft 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 Bundesarbeitsgemein-
schaft haben sich Behinderten-
verbände und Selbsthilfeorga-
nisationen von behinderten
Menschen sowie Angehörigen
zusammengeschlossen. Ihre
Anschriften teilt die Bundesar-
beitsgemeinschaft mit.

► **Beauftragter der Bundesregierung für die Belange**

behinderter Menschen

Mauerstraße 53

10117 Berlin

Tel.: 03018 527-2944

Fax: 03018 527-1871

www.behinderten-beauftragter.de
anfrage@behinderten-beauftragter.de

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

Blumenweg 6

86420 Diedorf-Anhausen

Tel.: 08238 9676376

Fax: 08238 3806

www.kriegsblindenbund.de
fischer@kriegsblindenbund.de

► **Bund Deutscher Kriegsopfer, Körperbehinderter und**

Sozialrentner (BDKK) e.V.

Stintenberger Straße 16

40822 Mettmann

Tel.: 02104 54544

Fax: 02104 805456

bdkkev@t-online.de

► **Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter und ihrer Freunde e.V.**

Langenmarckweg 21

51465 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202 98998-11

Fax: 02202 9899-10

www.bagcbf.de
info@bagcbf.de

► **Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung**

Kolpingplatz 5-11

50667 Köln

Tel.: 0221 20701-127

Fax: 0221 20701-270

www.kafe.de
info@kafe.de

► **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation**

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

- ▶ **Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V.**
 Lindberghstraße 18
 80939 München
 Tel.: 089 4161740-0
 Fax :089 4161740-90
www.amputiert.net
info@mail.ampuBV.de

- ▶ **Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. Geschäftsstelle**
 Wittener Straße 87
 44789 Bonn
 Tel.: 0234 68705552
www.bpe-online.de
kontakt-info@bpe-online.de

- ▶ **Bundesverband für Rehabilitation e.V.**
 Eifelstraße 7
 53119 Bonn
 Tel.: 0228 969840
 Fax: 0228 9698499
www.bdh-reha.de
info@bdh-reha.de

- ▶ **Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.**
 Altkrautheimer Straße 20
 74238 Krautheim
 Tel.: 06294 4281-0
 Fax: 06294 4281-79
www.bsk-ev.org
zentrale@bsk-ev.org

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

Raiffeisenstraße 18
35043 Marburg
Tel.: 06421 491-0
Fax: 06421 491-167

www.lebenshilfe.de
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

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

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

www.dajeb.de
info@dajeb.de

▶ **Deutscher Behinderten-
Sportverband e.V.**

Bundesgeschäftsstelle
Sportschule Wedau
Friedrich-Alfred-Straße 10
47055 Duisburg
Tel.: 0203 7174170
Fax: 0203 7174178

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

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

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

www.dbsv.org
info@dbsv.org

▶ **Deutscher
Caritasverband e.V.**

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

www.caritas.de
info@caritas.de

► **Deutscher
Gehörlosen-Bund e.V.**

Am Zirkus 4
10117 Berlin
Tel.: 089 99269895
Fax: 089 992698895

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**

Breite Straße 23
13187 Berlin
Tel.: 030 47541114
Fax: 030 47541116

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

► **Deutsches Katholisches
Blindenwerk**

Eschstraße 12
52351 Düren
Tel.: 02421 51155
Fax: 02421 51184

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

► **Deutsches Rotes Kreuz e.V.**

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

www.drk.de
DRK@drk.de

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

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

www.studentenwerke.de
dsw@studentenwerk.de

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

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

www.diakonie.de
diakonie@diakonie.de

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

Bergstraße 63
10115 Berlin
Tel.: 030 330029-0

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

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

Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Tel.: 030 83001450
Fax: 030 83001870

www.ev-familienerholung.de
familienerholung@diakonie.de

▶ **Familienratgeber unter
Deutsche Behindertenhilfe-
Aktion Mensch e. V.
- Pressestelle -**

Heinemannstraße 36
53175 Bonn
Tel.: 0228 2092-0
Fax: 0228 2092-333

www.aktion-mensch.de
www.familienratgeber.de
[familienratgeber@aktion-
mensch.de](mailto:familienratgeber@aktion-
mensch.de)

▶ **Familien-Selbsthilfe/
Bundesverband der Angehöri-
gen psychisch Kranker (BApK)**

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel.: 0228 632646
Fax: 0228 658063

www.psychiatrie.de
bapk@psychiatrie.de

- ▶ Familienwegweiser unter Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Alexanderstr. 3
10178 Berlin
Tel.: 030 18555-0
Fax: 030 18555-1145

www.familien-wegweiser.de
info@bmfjsfj-service.bund.de

- ▶ Förderverein der Gehörlosen der neuen Bundesländer

Schönhauser Allee 36
10435 Berlin
Tel.: 030 4428585
Fax: 030 4426068
BT: 747 66854

www.foerdereverein-gehoerlos.de
foerdereverein.gehoerlos@foerdereverein-gehoerlos.de

- ▶ Gesellschaft zur Förderung behinderter türkischer Kinder e. V.

Vahrenwalder Str. 194
30165 Hannover
Tel.: 0511 632142

- ▶ 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.

Kolpingplatz 5-11
50667 Köln
Tel.: 0221 20701-127
Fax: 0221 20701-270

www.kafe.de
info@kafe.de

- ▶ Mittenmang - Freiwilligen-Engagement von Menschen mit und ohne Behinderungen
Freiwilligen Zentren, Schleswig

Bismarckstr. 10
24837 Schleswig
Tel.: 04621 977544

www.mittenmang.info
mittenmang2@web.de

- ▶ **NAKOS**
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Wilmerdorfer Straße 39
10627 Berlin
Tel.: 030 31018960
Fax: 030 31018970

www.nakos.de
selbsthilfe@nakos.de

- ▶ **Nationale Koordinationsstelle
Tourismus für Alle e.V.
NatKo.**

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel.: 0211 3368001
Fax: 0211 3368760

www.natko.de
info@natko.de

- ▶ **Paritätischer Arbeitskreis
für Familienerholung
c/o Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband
Geschäftsstelle Berlin**

Oranienburger Straße 13 - 14
10178 Berlin
Tel.: 030 24636-322
Fax: 030 24636-110

www.paritaet.org
jugendberatung@paritaet.org

- ▶ **REHADAT - Informationssystem
zur beruflichen Rehabilitation
Institut der deutschen Wirtschaft
Köln e. V.**

Konrad-Adenauer-Ufer 21
50668 Köln
Tel.: 0221 4981-812
Fax: 0221 4981-855

www.rehadat.de
info@rehadat.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.**

Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Tel.: 0228 82093-0
Fax: 0228 82093-43

www.vdk.de
kontakt@vdk.de

► **Verein zur Förderung der
Integration Behinderter e. V.**

Am Erlengraben 12 a
35037 Marburg
Tel.: 06421 16967-0
Fax: 06421 16967-29

www.fib-ev-marburg.de
info@fib-ev-marburg.de

► **Weibernetz e.V.**

Kölnische Straße 99
34119 Kassel
Tel.: 0561 7288585
Fax: 0561 7288553

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

Bezeichnung	Erläuterung
Arbeitsassistenz	<p>Arbeitsassistenz unterstützt schwerbehinderte Menschen regelmäßig dabei, ihre Arbeit auszuführen (z.B. Vorlesekraft für blinde und stark sehbehinderte Menschen). Arbeitsassistenz ist immer dann notwendig, wenn der schwerbehinderte Mensch erst durch die besondere Unterstützung eine vertraglich geschuldete Arbeitsleistung, die den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht, wettbewerbsfähig erbringen kann.</p>

Bezeichnung	Erläuterung
Bedarfsgemeinschaft	<p>Zur Bedarfsgemeinschaft gehören im Sinne des Sozialgesetzbuches II folgende Personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ erwerbsfähige Hilfebedürftige, ▶ Vater und/oder Mutter, sofern sie im Haushalt eines unverheirateten, erwerbsfähigen Kindes leben, das jünger als 25 Jahre alt ist, ▶ der Ehepartner oder die Ehepartnerin beziehungsweise der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin der hilfebedürftigen Person, sofern er oder sie nicht dauernd getrennt lebt, ▶ der Ehepartner oder die Ehepartnerin, sofern er oder sie nicht dauernd getrennt lebt, ▶ eine andere Person, sofern diese mit der hilfebedürftigen Person in einer Wohngemeinschaft lebt und bei beiden der Wille anzunehmen ist, füreinander Verantwortung zu tragen und füreinander einzustehen, ▶ Kinder, die jünger als 25 Jahre alt sind, in einem der oben beschriebenen Haushalte leben und den Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten können.

Bezeichnung	Erläuterung
chronisch krank	<p>Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definieren, dass eine Krankheit als schwerwiegend chronisch gilt, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pflegebedürftigkeit mit Pflegestufe 2 oder 3, ▶ Feststellung eines GdB von mindestens 60, ▶ die betroffene Person ist um mindestens 60 Prozent erwerbsgemindert, ▶ die betroffene Person muss kontinuierlich medizinisch versorgt werden, um zu vermeiden, dass sich <ul style="list-style-type: none"> - die Erkrankung lebensbedrohlich verschlimmert, - die Lebenserwartung vermindert oder - die Lebensqualität durch die gesundheitliche Beeinträchtigung dauerhaft beeinträchtigt wird.

Bezeichnung	Erläuterung
Erwerbsminderung	<p>Der Gesetzgeber unterscheidet wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ teilweise erwerbsgemindert ist, wer für unbestimmte Zeit nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein, ▶ voll erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder einer Behinderung für unbestimmte Zeit nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
Grad der Behinderung (GdB)	<p>Der „Grad der Behinderung“ (GdB) soll bewerten, welche Auswirkungen eine bestimmte Behinderung auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben hat. Dabei werden geistige, seelische, körperliche und soziale Auswirkungen berücksichtigt. Beeinträchtigungen, die für ein bestimmtes Alter typisch sind, fließen nicht mit ein.</p>
Merkzeichen	<p>Bei bestimmten gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden so genannte Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis eingetragen, zum Beispiel das Merkzeichen „H“ für „Hilflos“.</p> <p>Diese Merkzeichen berechtigen zu besonderen Hilfen, um behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen.</p>

Bezeichnung	Erläuterung
Servicestellen	Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Beratung und Unterstützung, insbesondere über Leistungsvoraussetzungen, Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, durch unterstützende Begleitung.
„Versorgungsmedizinische Grundsätze“ als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)	<p>Diese Verordnung gibt die Vorgaben, um gesundheitliche Beeinträchtigungen bundesweit einheitlich bewerten zu können. Sie trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Sie übernimmt die Maßstäbe der zuvor angewandten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“, die bisher vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegeben wurden.</p> <p>Die Grundsätze ordnen den verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen entsprechenden Grad der Behinderung zu.</p>