

# Leistungsansprüche gegenüber unterschiedlichen Leistungsträgern

## **-Informationen über die in Betracht kommenden finanziellen Unterstützungen für Menschen mit Behinderung-**

Zielsetzung/Inhalt: Diese Unterlagen wurden für Menschen mit Behinderungen, deren Familien, Freunde und Betreuer erstellt. Das umfassende und in vielen Bereichen unübersichtliche deutsche Sozialrecht erschwert den Betroffenen und deren Angehörigen oftmals die Geltendmachung von Sozialleistungen, die den Menschen mit Behinderung zustehen. Das Skript soll einen Überblick über das Sozialrecht geben. Im Vordergrund stehen dabei die materiellen Ansprüche. Durch das Aufzeigen der Rechte, der in Betracht kommenden finanziellen Unterstützungen und möglicher Sozialleistungsansprüche sollen Orientierungshilfen für den Umgang mit den Leistungsträgern vermittelt werden.

Themen:

- Kurzüberblick zum Sozialrecht und den Sozialgesetzen
- Arbeitslosengeld II / Sozialhilfe / Eingliederungshilfe (SGB II / SGB XII)
- Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V)
- Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI)
- Merkzeichen / Nachteilsausgleiche / Leistungen SGB IX
- Kindergeld
- Steuervorteile

von A.L. Burke (Rechts- und Fachanwalt)

Juli 2014

Vorwort:

Regelmäßig werden Seminare bei der Akademie für Rehabilitationsberufe gGmbH, Henriettenweg 1, 30655 Hannover für Menschen mit Behinderung, deren Familien und Freunde von Herrn Rechtsanwalt A.L. Burke angeboten. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wurden einzelne Skripte erstellt. Aufgrund des großen Interesses und der Nachfrage vieler Teilnehmer über die Möglichkeit der Veröffentlichung, können in Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Lebenshilfe Niedersachsen e.V. diese Unterlagen bereitgestellt werden.

Der **Landesverband der Lebenshilfe Niedersachsen e.V.** berät, informiert und unterstützt in allen Fragen, die Menschen mit geistiger Behinderung betreffen.

Das Beratungsteam des Landesverbandes ist auf den Informationsbedarf der unterschiedlichsten Zielgruppen in Bezug auf sozialrechtliche und behinderungsbedingte Sachverhalte eingestellt. Bei speziellen Themen wie Steuer- und Versicherungsfragen sowie Rechtsfragen werden externe Fachleute mit einbezogen bzw. wird an diese verwiesen.

Die **Rechtsanwaltskanzlei Bögner & Burke** hat sich auf die Bereiche Sozialrecht, Medizinrecht und Familienrecht spezialisiert. Die fachkompetente Beratung der in diesen Zusammenhängen entstehenden Rechtsfragen, wie z.B.

- Umfang der Leistungsansprüche bei Pflegebedürftigkeit
- Übernahme der Heimkosten im Rahmen der Grundsicherung
- Grad der Behinderung (GdB) / Merkzeichen
- Leistungen der Eingliederungshilfe
- Aufgabenkreise eines Betreuers
- Unterhaltsverpflichtung gegenüber den Eltern bei Unterbringung im Pflege- oder Altersheim
- Rückgriffsmöglichkeit des Sozialhilfeträgers auf Vermögen/Einkommen
- Ansprüche und Rechte bei bestehender Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit
- Kostenerstattungsansprüche gegenüber den gesetzlichen/privaten Krankenversicherungen
- Ehescheidung
- Sorge- und Umgangsrecht
- Unterhaltsrecht

bildet den Schwerpunkt der täglichen Arbeit der Kanzlei Bögner & Burke

### Hinweis:

Es wird keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen übernommen. Haftungsansprüche welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, werden ausgeschlossen.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

### **A) Kurzüberblick zum Sozialrecht und den Sozialgesetzen**

### **B) Leistungen zum Lebensunterhalt (ALG II / Sozialhilfe)**

#### **I. Arbeitslosengeld II**

- 1. Voraussetzungen**
- 2. Regelleistungen**
- 3. Mehrbedarf**
- 4. Kosten der Unterkunft und Heizung**
- 5. Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

#### **II. Hilfe zum Lebensunterhalt**

- 1. Voraussetzung**
- 2. Leistungsumfang**
  - a. Regelbedarf**
  - b. Unterkunft und Heizung**
  - c. Mehrbedarfe**
  - d. Einmalige Bedarfe**
  - e. Sonderbedarfe**

#### **II. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

- 1. Voraussetzungen**
- 2. Leistungsumfang**

### **C) Ansprüche nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)**

### **D) Eingliederungshilfe / Leistungen zur Teilhabe**

#### **I. Voraussetzungen**

#### **II. Leistungsarten**

#### **III. Leistungsumfang**

- 1. Entwicklungsfördernde Leistungen**
  - a. Frühförderung**
  - b. Kindertagesstätte (Krippe und Kindergarten)**
  - c. Schule**
- 2. Allgemeingesellschaftliche Hilfen**
  - a. Hilfsmittel**
  - b. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten**
  - c. Förderung der Verständigung**
  - d. Hilfen zum Wohnen**
  - e. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten**
  - f. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben**
- 3. Leistungen und Rechte im Rahmen von Ausbildung, Studium und Beruf**
  - a. Berufsausbildung im Berufsbildungswerk**
  - b. Studium**
  - c. Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**
    - aa. Integrationsfachdienst**
    - bb. Unterstützte Beschäftigung**
    - cc. Begleitende Hilfen im Beruf**
    - dd. Kündigungsschutz und Zusatzurlaub**
    - ee. Werkstatt für behinderte Menschen**
    - ff. Tagesförderstätten**

**E) Anrechnung von Einkommen und Vermögen / Kostenbeiträge der Eltern**

**I. Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

**II. Kostenbeitrag**

**F) Leistungen der Krankenversicherung**

**I. Arzneimittel**

**II. Heilmittel**

**III. Hilfsmittel**

**IV. Begleitperson im Krankenhaus (§ 11 Abs. 3 SGB V)**

**V. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)**

**VI. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)**

**VII. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V)**

**VIII. Fahrkosten (§ 60 SGB V)**

**IX. Zahnersatz**

**X. Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen**

**G) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

**I. Pflegestufen**

**II. Sachleistungen und Pflegegeld**

**III. Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson**

**IV. Pflegehilfsmittel**

**V. Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

**VI. Teilstationäre Pflegeleistungen**

**VII. Kurzzeitpflege**

**VIII. Leistungen bei vollstationärer Pflege**

**IX. Leistungen für die Pflegeperson**

**X. Leistungen bei erheblichem Betreuungsbedarf**

**XI. Anspruch auf Beratung**

**H) Nachteilsausgleiche und andere Leistungen**

**I. Merkzeichen**

**1. Merkzeichen „G“: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit**

**2. Merkzeichen „aG“: Außergewöhnliche Gehbehinderung**

**3. Merkzeichen „B“: Notwendigkeit ständiger Begleitung**

**4. Merkzeichen „H“: Hilflosigkeit**

**5. Merkzeichen „RF“: Rundfunkgebührenbefreiung**

**6. Merkzeichen „Bl“: Blind**

**7. Merkzeichen „Gl“: Gehörlos**

**8. Zuzahlungsregelungen**

**II. Altersrente**

**III. Kündigungsschutz**

**IV. Freistellung von Mehrarbeit**

**V. Anspruch auf Zusatzurlaub**

**VI. Blindengeld und Blindenhilfe**

**VII. Kindergeld (EStG)**

**VIII. Steuervergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz**

**1. Behinderten-Pauschbetrag**

**2. Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer**

**I) Weiterführende Informationen**

## A) Kurzüberblick zum Sozialrecht und den Sozialgesetzen

Der Begriff **Rechtsordnung** (auch *Rechtssystem* genannt) bezeichnet die Gesamtheit der in einem Land / Staat gültigen rechtlichen Normen (objektiver Rechtsbegriff). Neben dem durch die Legislative gesetzten Recht gehört zur Rechtsordnung auch dessen Ausgestaltung und Interpretation durch die Judikative.

Das Recht wird in die beiden großen Rechtsgebiete Privatrecht und öffentliches Recht unterteilt.

Das Privatrecht regelt die Rechtsbeziehungen der einzelnen Bürger zueinander. Sein Kern ist das bürgerliche Recht, das im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) niedergelegt ist. Es enthält Regelungen für den bürgerlichen Alltag, zum Beispiel für Kauf und Verkauf, für Pacht, Miete, Leihe und Schenkung, für Eheschließung und Ehescheidung, für Unterhaltsansprüche und für Erbschaft. Zum Privatrecht gehören auch das Handelsrecht und das Arbeitsrecht, soweit es die Rechtsbeziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern (mit Ausnahme der Beamten) umfasst. Ebenso sind Schadensersatzansprüche im BGB geregelt.

Das öffentliche Recht regelt die Beziehungen des Einzelnen Bürgers zur öffentlichen Gewalt (Staat, Land, Gemeinde, öffentliche Körperschaft) und die Beziehungen der öffentlichen Gewalten zueinander, zum Beispiel zwischen Bund und Ländern. Zum öffentlichen Recht gehören das Verwaltungsrecht, das Sozialrecht, das Steuerrecht, das Straf- und Prozessrecht, das Verfassungsrecht und das Staatsrecht.

Das Sozialrecht – oder auch: das Recht der sozialen Sicherung – dient der Erfüllung des grundgesetzlichen Auftrags zur Sicherung des Sozialstaatsprinzips des Grundgesetzes (Art 20 Abs. 1 GG). D.h., dass der Sozialstaat seinen Bürgerinnen und Bürgern die Sicherung existenzieller Lebensbedingungen schuldet und dabei auch die Voraussetzungen für die Entfaltung von Freiheit zu sichern hat.

Die Sozialgesetzbücher I bis XII enthalten die Kernvorschriften zum Sozialrecht.  
 Überblick der Sozialgesetze:

Sozialgesetzbuch I (SGB I)	Allgemeiner Teil ( Soziale Aufgabe / Soziale Rechte) / Gemeinsame Vorschriften
Sozialgesetzbuch II (SGB II)	Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II / Hartz IV)
Sozialgesetzbuch III (SGB III)	Arbeitsförderung (Arbeitslosengeld I)
Sozialgesetzbuch IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

(SGB IV)	
Sozialgesetzbuch V (SGB V)	Gesetzliche Krankenversicherung
Sozialgesetzbuch VI (SGB VI)	Gesetzliche Rentenversicherung
Sozialgesetzbuch VII (SGB VII)	Gesetzliche Unfallversicherung
Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)	Kinder- und Jugendhilfe
Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)	Recht der Schwerbehinderten / Rehabilitationsrecht
Sozialgesetzbuch X (SGB X)	Verwaltungsverfahrensvorschriften
Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)	Gesetzliche Pflegeversicherung
Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)	Sozialhilfe
Einkommenssteuergesetz (EstG)	Regelungen zur Einkommenssteuer
Bundeskindergeldgesetz (BKGG)	Regelungen zum Kindergeld
Bundeselterngeldgesetz (BEEG)	Regelungen zum Elterngeld
Sozialgerichtsgesetz (SGG)	Regelungen über die Verfahren vor den Sozialgerichten

Unter dem Blickpunkt der möglichen Leistungen für Familien mit behinderten Kindern, sind vor allem Leistungen aus den folgenden Bereichen zu nennen:

- Leistungen zum Lebensunterhalt (Arbeitslosengeld II nach dem SGB II / Sozialhilfe nach dem SGB XII)
- Eingliederungshilfe nach dem SGB XII / Hilfe zur Teilhabe nach dem SGB IX
- Leistungen der Krankenversicherung nach dem SGB V
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB VI / Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
- Nachteilsausgleiche nach dem SGB IX
- Kindergeld (EStG)
- Steuererleichterungen

### **B) Leistungen zum Lebensunterhalt (ALG II / Sozialhilfe)**

Reicht das Einkommen eines behinderten Menschen nicht aus, um seinen Lebensunterhalt (Ernährung, Kleidung, Unterkunft etc.) zu bestreiten, kann er unter Umständen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beanspruchen. Seit 2005 werden diese Leistungen zumeist in Form des Arbeitslosengeldes II nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II/„Hartz IV“) erhalten.

oder in Form der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bzw. als Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) gewährt.

Wegen des Nebeneinanders dreier Sozialleistungen zur Existenzsicherung kommt der Abgrenzung zwischen dem SGB II und dem SGB XII besondere Bedeutung zu. Da für bedürftige erwerbsfähige Personen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren nunmehr das SGB II maßgeblich ist, bleibt nur ein kleiner Personenkreis, der Anspruch auf Grundsicherungsleistungen bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt haben kann.

In der Praxis entstehen oftmals Probleme bei der Abgrenzung der Leistungsberechtigung des Arbeitslosengeldes II („Hartz IV“) nach dem SGB II, der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bei dem Personenkreis der 18- bis 64-jährigen, weil eine Zuordnung nach dem Merkmal der „dauernden vollen Erwerbsminderung“ vorzunehmen ist, welches regelmäßig eine medizinische Begutachtung erforderlich macht.

## **I. Arbeitslosengeld II**

Aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG vom 09.02.2010 Az.: 1 BvL 1/09) wurden zum 01.01.2011 zahlreiche Änderungen bei den Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II / „Hartz IV“) vorgenommen. Die Bundesregierung hat auch begriffliche Änderungen vorgenommen. Der frühere Hilfebedürftige heißt jetzt Leistungsberechtigter, die Regelleistung heißt jetzt Regelbedarf. Entgegen der ursprünglichen Bestrebungen der Bundesregierung wird die im Volksmund als „Hartz IV“ bezeichnete Grundsicherung nicht durch den Begriff „Basisgeld“ ersetzt. Kanzleramt und Bundesarbeitsministerium verständigten sich darauf, diesen Begriff nach der Neuregelung der Grundsicherung nicht zu verwenden.

Kostenträger der Arbeitslosengeld II Leistungen ist die Agentur für Arbeit, die kreisfreien Städte oder Kreise (Kommunen). Ansprechpartner sind die örtlichen Job Center.

### **1. Voraussetzungen**

Leistungen nach dem SGB II erhalten Personen, die

- das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach § 7a SGB II noch nicht erreicht haben (65. bis 67. Lebensjahr),
- erwerbsfähig sind (§ 8 SGB II / Mind. drei Stunden täglich auf dem allg. Arbeitsmarkt), hilfebedürftig sind (§ 9 SGB II) und
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.



Erwerbsfähig ist nach der gesetzlichen Definition in § 8 SGB II, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Hilfebedürftig (§ 9 SGB II) ist, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit oder aus dem zu berücksichtigenden Einkommen und Vermögen sichern kann.

Die Leistungen sind antragsabhängig.

Das Arbeitslosengeld II besteht aus folgenden Komponenten:

- Regelbedarf (§ 20 SGB II)
- Mehrbedarfe (§ 21 SGB II)
- Leistungen für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II)

Daneben werden die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. Die Beiträge von arbeitslos gewordenen Selbstständigen die privat krankenversichert waren, wurden in der Vergangenheit nur bis zur Höhe der gesetzlichen Pflichtbeiträge übernommen. Nach einem am 18.01.2011 verkündetem Urteil des Bundessozialgerichts (Az. B 4 AS 108/10 R) müssen die an die private Krankenversicherung zu zahlenden Beträge nunmehr bis zur Höhe des Basistarifs nach § 12 Abs. 1c VAG übernommen werden. Diese Entscheidung beendet die Ungleichbehandlung der privat Versicherten zu den freiwillig gesetzlich Versicherten, die Gefährdung des Existenzminimums der Betroffenen und schließt einmal mehr eine Lücke, die der Gesetzgeber gerissen hatte.

Darüber hinaus werden unter bestimmten Voraussetzungen folgende Leistungen erbracht:

- Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden neben dem Regelbedarf Bedarfe für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft gesondert berücksichtigt (§ 28 f. SGB II).
- Ergänzende Darlehen bei unabweisbarem Bedarf (§ 24 Abs. 1 SGB II)
- Einmalsonderleistungen (§ 24 Abs. 3 SGB II / Erstausrüstung / Therapeutische Geräte),
- Sonderleistungen bei sog. „Härtefällen“, d.h. für laufenden, unabweisbare Sonderbedarfe (§ 24 Abs. 1 SGB II; s.h. Urteil des BVerfG vom 09.02.2010 Az.: 1 BvL 1/09). Bsp.: Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts (Fahrt- und Übernachtungskosten), nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (z.B.



Hautpflegeprodukte bei Neurodermitis, Hygieneartikel bei ausgebrochener HIV-Infektion), Putz- und Haushaltshilfe für Rollstuhlfahrer etc. etc..

Bisher wurden in der Zeit des Bezugs von Arbeitslosengeld II Beiträge an die Rentenversicherung abgeführt. Hierdurch wurde ein monatlicher Rentenanspruch von 2,09 Euro für ein Jahr Leistungsbezug aufgebaut und Wartezeiten erfüllt. Diese Rentenbeitragszahlungen entfallen ab Januar 2011 für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Zeiten des Leistungsbezuges werden ab Januar 2011 als Anrechnungszeiten gewertet, mit entsprechenden Auswirkungen auf die verschiedenen Rentenformen.

## 2. Regelbedarf § 20 SGB II

Die Sicherung des Lebensunterhalts geschieht durch den Regelbedarf. Dieser hat die gleiche Höhe wie der Regelbedarf der Sozialhilfe (s.h. unten). Die Höhe orientiert sich dementsprechend an Regelbedarfsstufen der Sozialhilfe, die nach dem Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz bestimmt werden. Aufwendungen für Unterkunft und Heizung werden gesondert erstattet.

Seit dem 01.01.2013 betragen die Regelbedarfe:

<b>Berechtigte Personen in einer Bedarfsgemeinschaft</b>	<b>Betrag in €</b>
alleinstehende Person	391
allein erziehende Person	391
Volljährige Person mit minderjährigem Partner	391
alleinstehende Personen bis 24 Jahre oder volljährige Personen bis 24 Jahre mit minderjährige Partner, die ohne Zusicherung des kommunalen Trägers umziehen	313
Partner, wenn beide volljährig sind, jeweils	353
Kind ab Beginn des 15. Lebensjahres	296
Kind ab 7 und bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	261
Kind bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres	229

Die Regelbedarfe haben sich bereits in den vergangenen Jahren leicht erhöht und wurden nunmehr zum 1. Januar 2014 unter Berücksichtigung der Preis- und Nettolohnentwicklung angepasst.

Das **Sozialgeld** nach §§ 19 und 23 SGB II ist eine spezielle Leistung im Sozialsystem, welche die Sozialhilfe aus dem SGB XII für hilfebedürftige Personen ersetzt, die nicht erwerbsfähig sind, mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, der selbst dem Grunde nach Leistungen nach dem SGB II beanspruchen kann, in einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des § 7 Abs. 3 SGB II leben und keinen Anspruch auf Grundsicherung nach § 41 SGB XII (s.h. unten) haben.

<b>Vom Regelbedarf erfasster Bedarf (Stand 2011)</b>	<b>Betrag in €</b>
Nahrung, Getränke (35,5 %)	129,24
Bekleidung, Schuhe (8,4 %)	30,58
Wohnung, Energie (8,36 %)	30,42
Möbel, Haushaltsgeräte (7,58 %)	27,58
Gesundheitspflege (4,3 %)	22,92
Verkehr (6,3 %)	15,68
Telefon, Internet, Nachrichtenübermittlung (8,83 %)	32,15
Freizeit, Kultur, Unterhaltung (11,04 %)	40,20
Beherbergungs- und Gaststättenleistungen (1,98 %)	7,20
Bildung (0,38 %)	1,40
Sonstige Waren und Dienstleistungen (7,32 %)	26,66
Alkoholische Getränke, Tabak	-
<b>Summe gerundet</b>	<b>364,00 € (Stand 2011)</b>

### 3. Mehrbedarf § 21 SGB II

Ein Mehrbedarf für Schwangere, Behinderte, allein Erziehende und für kostenaufwändige Ernährung wird durch prozentuale Zuschläge zur Regelleistung abgegolten (Mehrbedarfe).

Behinderte Hilfebedürftige, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes oder Hilfe zur Ausbildung für eine angemessene Tätigkeit erbracht werden, erhalten einen Mehrbedarfszuschlag in Höhe von 35 Prozent des maßgebenden Regelbedarfs, d.h. derzeit 137,00 € (vgl. § 21 Abs. 4 SGB II). Bei Leistungsberechtigten, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, wird ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt, d.h. individuell festgelegt (§ 21 Abs. 5 SGB II). Für Leistungsberechtigte wird nun ebenfalls ein Mehrbedarf anerkannt, soweit Warmwasser durch in der Unterkunft installierte Vorrichtungen erzeugt wird (dezentrale Warmwassererzeugung, z.B. Durchlauferhitzer) und denen deshalb keine Leistungen für Warmwasser nach § 22 SGB II erbracht werden.

<b>Mehrbedarfe</b>	<b>Prozent des Regelbedarfs</b>
- allein erziehende Person mit Kind unter 7 Jahre	36
- allein erziehende Person mit zwei oder drei Kinder unter 16 Jahre	36
- allein erziehende Person für 4. und 5. Kind unter 16 Jahre zusätzlich je	12
- allein erziehende Person für ein Kind von 7 bis 17 Jahre	12
- allein erziehende Person für zwei Kinder, die 16 oder 17 Jahre alt sind, je	12
- werdende Mütter ab der 13. Schwangerschaftswoche	17
- behinderte Person (wenn Teilnehmer an einer Eingliederungsmaßnahme nach dem SGB IX)	35
- kostenaufwändigen Ernährung aus medizinischen Gründen	individuell

- Warmwasser (s.h. § 21 Abs. 7 SGB II)	0,8 bis 2,3 der jeweiligen Regelbedarfsstufe
--	--

#### 4. Kosten der Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II)

Neben dem Regelbedarf und dem Mehrbedarf erhalten Arbeitslosengeld II Empfänger die tatsächlichen Kosten der Unterkunft und Heizung, soweit sie angemessen sind. Diese Kosten stehen in kommunaler Hoheit und richten sich nach den örtlichen Gegebenheiten. Sie werden deshalb grundsätzlich verschieden gehandhabt und berechnet. In der Stadt Hannover erkennt das Job Center Region Hannover derzeit (Stand 2013) folgende Werte als angemessen an:

Personenzahl	Miete und Betriebskosten	qm
1 Person	364 €	50
2 Personen	429 €	60
3 Personen	520 €	75
4 Personen	589 €	85
jede weitere Person	81 €	10

Heizkosten werden in zustehender Höhe erbracht und errechnen sich im Regelfall aus der Wohnfläche und den tatsächlichen Heizkosten je qm. Die vom Job Center Region Hannover als angemessen angesehene Heizkostenobergrenze beträgt bei Beheizung mit Öl 1,83 €, bei Fernwärme 1,69 €, bei Gas 1,50 € und bei Strom 2,86 € je qm monatlich.

#### 5. Anrechnung von Einkommen und Vermögen

##### Einkommen

Einkommen und Vermögen müssen in bestimmten Umfang vorrangig zur Sicherung des Lebensunterhaltes eingesetzt werden. Vermögen ist das, was eine Person an in Geld messbaren Gütern zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits hatte; alles was sie während des Bezugs der Hilfeleistung wertmäßig hinzufließt, wird als Einkommen gewertet. Einzelheiten sind in §§ 11 ff. SGB II geregelt.

Der Erwerbstätigen-Freibetrag ist in § 11 b SGB II festgelegt. Berechnungsgrundlage zur Ermittlung des Freibetrages ist bei Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit das monatliche Bruttoeinkommen gem. § 14 SGB VI. Von dem Erwerbseinkommen wird gemäß § 11 b Abs. 2 Satz 1 SGB II ein pauschaler Freibetrag von 100,00 € monatlich abgezogen, ein sogenannter Grundfreibetrag. Sofern das Bruttoerwerbseinkommen monatlich 400,00 € übersteigt, können an Stelle des Grundfreibetrags die tatsächlichen Aufwendungen abgezogen werden. Darüber hinaus wird nach § 11 b Abs. 3 SGB II vom Nettoerwerbseinkommen ein weiterer Zusatzfreibetrag abgesetzt. Dieser beträgt:

- 20 Prozent von dem Teil des monatlichen Einkommens, das 100,00 € übersteigt und nicht mehr als 1.000,00 € beträgt, und
- 10 Prozent von dem Teil des monatlichen Einkommens, das 1.000,00 € übersteigt und nicht mehr als 1.200,00 € beträgt.

Bruttolohn	Grundfreibetrag nach § 11 b Abs. 2 Satz 1 SGB II	Zusatzfreibetrag nach § 11 b Abs. 3 SGB II	Gesamtfreibetrag
100 €	100 €	-	100 €
200 €	100 €	20 €	120 €
400 €	100 €	60 €	160 €
600 €	100 €	100 €	200 €
800 €	100 €	140 €	240 €
1.000 €	100 €	180 €	280 €
1.100 €	100 €	180 € + 10 €	290 €
1.200 €	100 €	180 € + 20 €	300 €
1.500 €	100 €	180 € + 50 €	330 €

## Vermögen

Zweckfreier Grundfreibetrag (§ 12 Abs. 2 SGB II):

Vermögen bleibt unberücksichtigt, soweit es die folgenden Freibeträge nicht übersteigt:

Frei verfügbares Vermögen	Personen die vor dem 01.01.1958 geboren sind	Personen die nach dem 31.12.1957 und vor dem 01.01.1964 geboren sind.	Personen die nach dem 31.12.1963 geboren sind.	Personen die vor dem 01.01.1948 geboren sind (Bestandschutz)
<b>Grundfreibetrag (Minimum):</b>	<b>150,00 €</b> je vollendetem Lebensjahr, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von <b>3.100,00 €</b>	<b>150,00 €</b> je vollendetem Lebensjahr, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von <b>3.100,00 €</b>	<b>150,00 €</b> je vollendetem Lebensjahr, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von <b>3.100,00 €</b>	<b>520,00 €</b> je vollendetem Lebensjahr (§ 65 Abs. 5 SGB II)
<b>Maximal jedoch:</b>	<b>9.750,00 €</b>	<b>9.900,00 €</b>	<b>10.050,00 €</b>	<b>33.800,00 €</b>
<b>Freibetrag für notwendige Anschaffungen (§ 12 Abs. 2 Nr. 4 SGB II)</b>	<b>750,00 €</b>	<b>750,00 €</b>	<b>750,00 €</b>	<b>750,00 €</b>

Die angegebenen Grundfreibeträge gelten jeweils für volljährige Hilfebedürftige und deren Partner (§ 12 Abs. 2 SGB II).

Der Freibetrag für notwendige Anschaffungen in Höhe von 750,00 € gilt für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Hilfebedürftigen (§ 12 Abs. 2 Nr. 4 SGB II).

Der Grundfreibetrag in Höhe von 3.100,00 € gilt auch für jedes hilfebedürftige minderjährige Kind der Bedarfsgemeinschaft (§ 12 Abs. 2 Nr. 1a SGB II).

Eine zusätzliche private Altersvorsorge mit unwiderruflicher Zweckbindung (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 SGB II) ist ebenfalls vor der Verwertung geschützt. Für jede Form der Altersvorsorge bei unwiderruflichem Verwertungsausschluss vor Eintritt des Ruhestandes gibt es zusätzliche Freibeträge.

Kraftfahrzeuge (§ 12 Abs. 3 Nr. 2 SGB II): Für jeden Hilfebedürftigen der Bedarfsgemeinschaft, soweit angemessen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 06.09.07 (Az.: B 14/7b AS 66/06R) ist die Angemessenheit eines PKW im Regelfall allein nach dem Verkehrswert zu bestimmen und mit 7.500,00 € anzusetzen. Ein höherer Vermögensschutz kann in ganz besonderen Einzelfällen vertretbar sein, z.B. bei speziell umgerüsteten Fahrzeugen für einen behinderten Menschen.

Ein angemessener Hausrat sowie ein selbstgenutztes Hausgrundstück von angemessener Größe oder eine entsprechende Eigentumswohnung sind als Vermögen geschützt.

Vermögen soweit es nachweislich der baldigen Beschaffung oder Erhaltung des Hausgrundstücks von angemessener Größe bestimmt ist, soweit diese zu Wohnzwecken behinderter oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet wird, ist ebenfalls geschützt.

## **II. Hilfe zum Lebensunterhalt, §§ 27 ff SGB XII**

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine in Deutschland bestehende bedarfsorientierte soziale Leistung zur Sicherstellung des sozialen Existenzminimums. Sie bildet seit dem 1. Januar 2005 neben dem Arbeitslosengeld II (SGB II) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die unterste Ebene im Netz der sozialen Sicherung.

### **1. Voraussetzung**

Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten solche Personen, die wegen Krankheit oder Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht wenigstens drei Stunden täglich arbeiten können. Die Voraussetzungen ergeben sich in der Abgrenzung zu den Voraussetzungen der Leistungsberechtigung nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).

Der Personenkreis kann dahingehend konkretisiert werden, dass folgende Personen im Bedarfsfall Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt haben:

- Personen, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen oder die Voraussetzungen zum Bezug einer solchen Rente erfüllen, ohne einen tatsächlichen Rentenanspruch zu haben. Diese Personen haben keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II, weil sie dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen, andererseits keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, weil das Merkmal der Dauerhaftigkeit nach § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB XII nicht erfüllt ist.
- Personen, deren Anspruch auf Arbeitslosengeld II endet, weil sie sich voraussichtlich länger als 6 Monate in einer stationären Einrichtung aufhalten (§ 7 Abs. 4 SGB II).
- Kinder unter 15 Jahren, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit Beziehern von Grundsicherung leben (z. B. bei den Großeltern) und ihren Lebensunterhalt vor allem aus Unterhaltsansprüchen nicht sicherstellen können.
- Personen, deren Antrag auf Grundsicherung abgelehnt wird, weil die Sozialhilfebedürftigkeit in den letzten zehn Jahren vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde (§ 41 Abs. 4 SGB XII). Der Träger der Sozialhilfe kann die Leistung in diesem Fall auf das „zum Lebensunterhalt Unerlässliche“ kürzen (§ 26 SGB XII); in der Praxis wird eine Kürzung des Regelsatzes um bis zu 30 Prozent vorgenommen.
- Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Pflege, der Altenhilfe oder der Eingliederungshilfe für Behinderte (in Alten-, Pflege- oder Behindertenwohnheimen), deren eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, die Kosten der Unterkunft zu zahlen (Lebensunterhalt in Einrichtungen, vgl. § 35 SGB XII)

## 2. Leistungsumfang

Der Leistungsumfang ist nahezu identisch mit den Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).

### a. Regelbedarf (§ 27a SGB XII)

Der sog. Regelbedarf ist der gesamte Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts außerhalb von Einrichtungen mit Ausnahme von Leistungen für Unterkunft und Heizung.

Die Ermittlung der Regelbedarfe ist in § 28 SGB XII normiert (Sonderauswertung von Verbrauchs- und Einkommensstichproben durch das statistische Bundesamt). Konkretisiert wird der Regelbedarf durch die Regelbedarfsstufen (soziokulturelles Existenzminimum). Er beträgt wie beim Arbeitslosengeld II in der Regelbedarfsstufe 1 seit dem 01.01.2014 391,00 € monatlich. Die Regelsätze in den Regelbedarfsstufen 2 bis 3, d.h. der sonstigen

Haushaltsangehörigen sind ebenfalls identisch mit den Sätzen beim Arbeitslosengeld II (s.h. oben).

### **b. Unterkunft und Heizung (§ 35 SGB XII)**

Die Leistungen für die Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen anteilig für jedes Mitglied der Familie bzw. Bedarfsgemeinschaft erbracht (§ 35 SGB XII). Übersteigen die Aufwendungen für die Unterkunft den anerkannten angemessenen Umfang, werden die unangemessene Kosten in der Regel längsten für sechs Monate übernommen (§ 35 Abs. 2 SGB XII).

### **c. Mehrbedarfe (§ 30 SGB XII)**

Mehrbedarf für Schwangere, Behinderte, allein Erziehende und für kostenaufwändige Ernährung wird durch prozentuale Zuschläge zur Regelleistung abgegolten.

Einen Mehrbedarf von 17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe erhalten Personen bei Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ (§ 30 Abs. 1 SGB XII i.V.m. SGB IX).

Für Leistungsberechtigte wird nun ebenfalls ein Mehrbedarf anerkannt, soweit Warmwasser durch in der Unterkunft installierte Vorrichtungen erzeugt wird (dezentrale Warmwassererzeugung) und denen deshalb keine Leistungen für Warmwasser nach § 35 Absatz 4 SGB XII erbracht werden.

### **d. Einmalige Bedarfe (§ 31 SGB XII)**

Diese werden wie beim Arbeitslosengeld II für die Erstausrüstung einer Wohnung, die Erstausrüstung mit Bekleidung und Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen gewährt.

### **e. Sonderbedarfe**

Weiterhin können Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII) sowie die Altersvorsorge (§ 33 SGB XII) übernommen werden. Zur Vorbeugung von Wohnungsnotfällen sollen darüber hinaus Mietschulden übernommen werden (§ 36 SGB XII). Die Darlehensgewährung ist in Ausnahmefällen ebenfalls möglich (§§ 37, 38 SGB XII). Mit der Regelung in § 27 a Abs. 4 SGB XII besteht nunmehr die Möglichkeit den individuelle Bedarf abweichend von dem Regelbedarf festzulegen. Inwieweit davon in der Praxis die Sonderleistungen bei sog. „Härtefällen“, d.h. für laufende, unabweisbare Sonderbedarfe nach dem Urteil des BVerfG vom 09.02.2010 umfasst sind, bleibt abzuwarten.



Ebenfalls werden Bedarfe für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft für Kinder und Jugendlichen gesondert erbracht (§ 34 und 34 a SGB XII).

### **III. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41-46 SGB XII)**

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe und erfüllt die gleiche Funktion wie die Hilfe zum Lebensunterhalt, jedoch für einen speziellen Personenkreis.

#### **1. Voraussetzungen**

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII erhalten Personen, die

- die in § 41 SGB XII aufgeführte Altersgrenze erreicht haben (ab 65 bis 67 Jahren) sowie
- Personen ab 18 Jahren, die dauerhaft allein aus medizinischen Gründen voll-erwerbsgemindert sind,
- hilfebedürftig sind (§ 19 SGB XII), und
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Die Leistungen sind beim Sozialamt zu beantragen und werden regelmäßig für zwölf Monate bewilligt.

Volle Erwerbsminderung besteht, wenn ein Mensch wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Behinderte Menschen, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einer Tagesförderstätte beschäftigt sind, werden meist als voll erwerbsgemindert angesehen (§ 45 SGB XII). Sofern im Ausnahmefall bei Menschen mit Behinderung im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich der WfbM im Rahmen der Antragsprüfung auf Leistungen nach dem IV. Kapitel des SGB XII nicht von einer Dauerhaftigkeit der vollen Erwerbsminderung auszugehen ist, besteht ein Leistungsanspruch nach dem Dritten Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) oder, sofern der Beschäftigte mit einer erwerbsfähigen Person in einer Bedarfsgemeinschaft lebt, ein Anspruch auf das vorrangige Sozialgeld nach § 28 SGB II gegen das JobCenter.

Die Abgrenzung zur Hilfe zum Lebensunterhalt erfolgt anhand des Kriteriums der „Dauerhaftigkeit“ der Erwerbsminderung. Es muss unwahrscheinlich sein, dass die Erwerbsminderung behoben wird.

## 2. Leistungsumfang

Die Leistungen richten sich nach § 42 SGB XII und entsprechen denen der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe:

- der für den Leistungsberechtigten maßgebenden Regelsatz,
- die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung,
- einen Mehrbedarf von 17 % des maßgebenden Regelsatzes bei Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ (s.h. unten, vgl. § 42 i.V.m. 30 Abs. 1 SGB XII),
- einen angemessenen Mehrbedarf für kranke oder behinderte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen (vgl. § 42 i.V.m. § 30 Abs. 5 SGB XII),
- die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen (vgl. § 42 i.V.m. § 32 SGB XII),
- Leistungen für die Erstausstattung einer Wohnung einschließlich der Haushaltsgeräte sowie die Erstausstattungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt / Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen (vgl. § 42 i.V.m. § 31 SGB XII).
- Ebenfalls werden Bedarfe für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft für Kinder und Jugendlichen gesondert erbracht (§ 42 i.V.m. § 34 und 34 a SGB XII).
- Mit der Regelung in § 42 i.V.m. § 27 a Abs. 4 SGB XII besteht nunmehr die Möglichkeit den individuelle Bedarf abweichend von dem Regelbedarf festzulegen. Inwieweit davon in der Praxis die Sonderleistungen bei sog. „Härtefällen“, d.h. für laufenden, unabweisbare Sonderbedarfe nach dem Urteil des BVerfG vom 09.02.2010 umfasst sind, bleibt abzuwarten.

### C) Ansprüche nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)

Die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe sind im SGB VIII geregelt. Danach hat die Kinder- und Jugendhilfe zur Aufgabe, zur Verwirklichung des Rechts von Kindern und Jugendlichen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten beizutragen. Die Pflege und die Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Hierüber wacht die staatliche Gemeinschaft.

Das SGB VIII listet die Aufgaben in § 2 SGB VIII auf. Die einzelnen Leistungen werden in §§ 11-41 SGB VIII angeführt, weitere Aufgaben werden dann in §§ 42-60 SGB VIII genannt.

Die Leistungen bestehen in Angeboten der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit (Freizeitheime, Sportveranstaltungen, kulturelle Veranstaltungen etc.), des erzieherischer Kinder- und Jugendschutzes (sozialpädagogische Unterstützung im schulischen und beruflichen Bereich), Angebote sowie Hilfestellungen im Rahmen der Familienförderung (sozialpädagogische Beratung, Kinderbetreuung, Haushaltshilfe), Kinderbetreuung in Notsituationen, Beratung (z.B. bei Trennung, Scheidung, Sorge- und Umgangsrecht), Hilfen zur Erziehung, Hilfen für junge Volljährige (z.B. bei Unterhaltsansprüchen), Vormundschaft, Beistandschaft, Inobhutnahme und Beurkundungen (Vaterschaftsanerkennung, Unterhalt, Sorgeerklärungen).

Die Eingliederungshilfe ist grundsätzlich eine Leistung nach dem SGB XII. In bestimmten Fällen wird sie nach dem Kinder- und Jugendhilferecht geleistet und nicht nach dem SGB XII (s.h. unten). Für die Abgrenzung kommt es auf folgendes an:

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche vom Träger der Kinder- und Jugendhilfe gemäß § 35a SGB VIII erbracht wird. Bei der Frage des zuständigen Kostenträgers (Jugendamt oder Sozialamt) ist also danach zu unterscheiden, ob eine seelische oder eine körperlich / geistige Behinderung vorliegt. Bei Leistungen für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche ist das Jugendamt der zuständige Kostenträger und die Eingliederungshilfe wird nach dem Kinder- und Jugendhilferecht geleistet (vgl. §§ 10 Abs. 4 Satz 1, 35 a SGB VIII). Für körperlich oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche findet wiederum über § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII das Recht der Sozialhilfe nach dem SGB XII Anwendung und das Sozialamt muss die Kosten übernehmen.

Für beide Arten der Eingliederungshilfe gilt die Eingliederungshilfeverordnung nach § 60 SGB XII. In der Eingliederungshilfeverordnung werden die einzelnen Voraussetzungen konkretisiert. Es wird zwischen körperlich wesentlich behinderten Menschen, geistig wesentlich behinderten Menschen und seelisch wesentlich behinderten Menschen unterschieden. Von den dort aufgeführten Beeinträchtigungen und Störungen treffen viele in unterschiedlicher Weise auf behinderte Kinder und Jugendliche zu. Daher sind die Abgrenzung und die Zuordnung oftmals problematisch:

- Kinder und Jugendliche die häufig an einer schwerwiegenden Störung der Sprache bis hin zur Sprachlosigkeit leiden, gehören gem. § 1 Ziff. 6 der Eingliederungshilfeverordnung zu den "Personen, die nicht sprechen können, Seelentauben und Hörstummen, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie

Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist“. Dieser Personenkreis ist zu den *körperlich* wesentlich Behinderten zu zählen.

- Bei der ausgeprägten Störung der Wahrnehmung können die Beeinträchtigungen mit denen einer Sinnesbehinderung (wesentlichen Seh- oder Hörbehinderung) gleichgesetzt werden. Menschen mit diesen Beeinträchtigungen sind ebenfalls dem Personenkreis der *körperlich* Behinderten zuzuordnen (vgl. § 1 Ziff. 4 und 5 Eingliederungshilfeverordnung)
- Viele behinderte Kinder und Jugendliche, insbesondere mit autistischen Störungen, leiden auf Grund eines angeborenen oder erworbenen Hirnschadens an cerebralen Bewegungsstörungen und cerebralen Anfallsleiden. Auch dieser Personenkreis ist den *körperlich* Behinderten zuzurechnen (§ 1 Ziff. 1 Eingliederungshilfeverordnung).
- Bei bestimmten Behinderungen sind die Kinder und Jugendliche von einer mehr oder weniger ausgeprägten *geistigen* Behinderung betroffen. Auch wenn nicht unbedingt eine eindeutige Intelligenzminderung vorliegt (IQ im Normbereich), gehören z.B. autistische Kinder und Jugendliche in der Regel zu den Personen, bei denen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang aufgrund einer Schwäche der geistigen Kräfte beeinträchtigt ist (vgl. § 2 Eingliederungshilfeverordnung).

Ebenfalls können als „Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen“ auch *seelische* Störungen vor bzw. können sich diese entwickeln (§ 3 Ziff. 2 Eingliederungshilfeverordnung).

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Autismus ist die sozialrechtliche Zuordnung besonders schwierig.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im jeweiligen Einzelfall in unterschiedlicher Form erbracht:

- in ambulanter Form
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen
- durch geeignete Pflegepersonen
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen

Die Art der Leistungen richtet sich nach den Vorschriften der Sozialhilfe, vgl. § 53 Abs.3 und 4 Satz 1 und §§ 54, 56, 57 SGB XII (s.h. unten).

Da das finanzielle Budget der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Sozialhilfe in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ist, kann es in der Praxis vorkommen, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bzw. vom Jugendamt in unterschiedlicher Höhe gewährt werden. Von Gesetzes wegen, sind die Ausgestaltung und der Umfang der Eingliederungshilfe im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe gleich mit den Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII). Eine Abweichung beider Leistungen ist daher rechtswidrig.

Ab dem 18. Lebensjahr kann die Hilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für junge Volljährige gemäß § 41 i.V.m. § 35a SGB VIII erbracht werden. Junge Volljährige sind nach § 7 Abs. 1 Ziffer 3 SGB VIII Personen vom 18. bis zum 27. Lebensjahr. Diese Leistung endet grundsätzlich mit dem 21. Lebensjahr. In Ausnahmefällen kann sie darüber hinaus bis maximal zum 27. Lebensjahr fortgesetzt werden. Wenn die Jugendhilfe aus Altersgründen nicht mehr eingreift, ist automatisch der Träger der Sozialhilfe für Eingliederungshilfemaßnahmen für seelisch behinderte Menschen zuständig.

#### **D) Eingliederungshilfe / Teilhabe Leistungen (§§ 53 bis 60 SGB XII / SGB IX)**

Aufgabe der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (Vgl. § 53 Abs. 3 SGB XII).

In der Verordnung zu § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung) werden die einzelnen Voraussetzungen konkretisiert. Es wird zwischen körperlich wesentlich behinderten Menschen, geistig wesentlich behinderten Menschen und seelisch wesentlich behinderten Menschen unterschieden.

#### **I. Voraussetzungen**

Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nur **nachrangig**, das heißt, wenn die Hilfe nicht von einem **vorrangig** verpflichteten Leistungsträger gewährt wird. Anspruch auf Eingliederungshilfe für Behinderte haben Personen, die nicht nur vorübergehend (d.h. länger als 6 Monate)

- körperlich wesentlich behindert sind (z.B. erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit; Blinde; Hörbehinderte und Taubstumme; Sprachbehinderte) oder
- geistig wesentlich behindert sind (wodurch die Eingliederung in die Gesellschaft erheblich beeinträchtigt wird) oder

- seelisch wesentlich behindert sind (z.B. körperlich nicht begründbare Psychosen; seelische Störungen als Folge von Krankheiten; Suchtkrankheiten, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) oder
- von einer Behinderung bedroht sind (nach allgemeiner ärztlicher und sonstiger fachlicher Erkenntnis).

Die Gewährung steht im Ermessen des Sozialhilfeträgers. Welche Leistungen gewährt werden können, ergibt sich aus § 54 SGB XII in Verbindung mit der Eingliederungshilfeverordnung.

## II. Leistungsarten

Zu der Leistung gehört insbesondere, behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern oder ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen. Dementsprechend vielfältig ist das Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfe ist als Ergänzung und im Zusammenspiel mit den im SGB IX aufgeführten Vorschriften zu sehen. Im SGB IX sind die Leistungen zur Teilhabe aufgeführt. Die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII ergänzt und konkretisiert einzelne Leistungen für Menschen mit Behinderung, insbesondere die Leistungen zur Teilhabe.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe lassen sich danach in folgende Gruppen einteilen:

- entwicklungsfördernde Leistungen (z.B. medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Maßnahmen)
- allgemeingesellschaftliche Hilfen (Förderungen der Kommunikation und Bewältigung von Alltagssituationen)
- berufsfördernde Leistungen (schulische und berufliche Förderungen / Unterstützungen)

Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialhilfeleistung und in den §§ 53 bis 60 SGB XII geregelt. Der Antrag auf Eingliederungshilfe sollte beim örtlichen Sozialamt gestellt werden. Falls das Sozialamt nicht zuständig sein sollte, ist es gesetzlich verpflichtet den Antrag an den zuständigen Sozialhilfeträger weiterzuleiten. Ob die Landkreise und kreisfreie Städte als örtliche Sozialhilfeträger oder die überörtlichen Sozialhilfeträger wie z.B. die Bezirke, die Landschafts- oder Landeswohlfahrtsverbände oder die Landessozialämter (je nach Bundesland) für die Leistungen der Eingliederungshilfe zuständig sind, können die Bundesländer im einzelnen festlegen.

## III. Leistungsumfang

## **1. Entwicklungsfördernde Leistungen (SGB IX, SGB XII)**

Für minderjährige Menschen mit Behinderung können durch den zuständigen Sozialhilfeträger folgende Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden.

### **a. Frühförderung (§ 30 SGB IX)**

Die Frühförderung wendet sich an Familien mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern in der Altersgruppe von Geburt bis zum Eintritt in die Schule. In Niedersachsen steht ein flächendeckendes Netz an Angeboten der Frühförderung zur Verfügung

Durch die Frühförderung von behinderten Kindern, sollen zu einem frühestmöglich beginnenden Zeitpunkt Maßnahmen zur Behebung, Besserung und Vermeidung der Beeinträchtigungen des Kindes ergriffen werden. Da diese Maßnahmen zu einem Zeitpunkt einsetzen, an dem körperliche und geistige Fähigkeiten entwickelt werden, kommt ihnen große Bedeutung zu. Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung oder Behinderung haben deshalb von der Geburt bis zur Einschulung einen Rechtsanspruch auf Frühförderung, der im § 30 SGB IX, §§ 53 ff. SGB XII und im SGB VIII festgelegt ist.

Die Leistungen der Frühförderung werden in Frühförderstellen, heilpädagogischen Praxen oder sozialpädiatrischen Zentren angeboten. Im Vordergrund stehen meist pädagogische und heilpädagogische Hilfen, wie die Entwicklungsförderung, die z. B. durch geeignete und spielerische Methoden Anreize gibt. Hinzu kommen regelmäßig medizinisch-therapeutische Maßnahmen, wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Motopädie. Die Leistungen werden im Rahmen der Eingliederungshilfe von den Sozialhilfeträgern finanziert. An den Kosten der Leistungen der Frühförderung müssen sich die Eltern daher nicht beteiligen. Anträge auf Leistungen der Frühförderung können bei der Krankenkasse oder beim örtlichen Sozialamt gestellt werden. Beratungen und eingehende Informationen erhält man bei den örtlichen Frühförderstellen.

### **b. Kindertagesstätten (Krippe und Kindergarten)**

Die Kinderkrippen und Kindergärten gehören zu den sog. Kindertagesstätten als Tageseinrichtung für die Betreuung von Kindern. Einzelheiten sind im Gesetz über die Tageseinrichtungen für Kinder (KiTaG) geregelt.

Kinderkrippen sind Einrichtungen für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr oder Gruppen für Kinder dieser Altersgruppe in Kindertagesstätten (vgl. § 1 Abs. 2 Nr. 1 a KiTaG). Daneben gibt es eine Reihe weiterer Bezeichnungen, wie z.B. Babygruppe, Krabbelgruppe. Reine Kinderkrippen findet man inzwischen selten, vielmehr werden Kinder dieser Altersgruppe in altersgemischten Gruppen oder in Kindertagesstätten mit verschiedenen Altersgruppen betreut. Mit Vollendung des 3. Lebensjahres bis zur



Einschulung werden die Kinder in Kindergärten aufgenommen und betreut (vgl. § 1 Abs. 2 Nr. 1 a KiTaG).

Bei der Betreuung von behinderten Kindern kommt sowohl der Besuch einer heilpädagogischen Kindertagesstätte (Sonderkinderkrippe / Sonderkindergarten) als auch der Besuch einer integrativen Kindertagesstätte (Integrative Kinderkrippe / Integrativer Kindergarten) in Betracht. Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden vom Sozialhilfeträger die Kosten einer heilpädagogischen Kindertagesstätte getragen. Ein Kostenbeitrag der Eltern muss nicht erfolgen. Die üblichen Kostenbeiträge können aber beim Besuch einer integrativen Kindertagesstätte erhoben werden. Weitere Informationen geben die örtlich zuständigen Träger der Sozialhilfe (Sozialamt, Jugendamt) oder die Frühförderstellen vor Ort.

### **c. Schule**

Die allgemeine Schulpflicht besteht sowohl für behinderte, als auch für nicht behinderte Kinder. Da das Schulwesen in den Kompetenzbereich der einzelnen Bundesländer fällt, sind Einzelheiten in den Landesschulgesetzen geregelt. In Niedersachsen werden Schüler, die in ihren Entwicklungs-, Lern- und Bildungsmöglichkeiten so eingeschränkt sind, dass sie sonderpädagogische Förderung benötigen und diese nicht in einer anderen Schulform erhalten, in sogenannte Förderschulen unterrichtet.

In den jeweiligen Schulgesetzen der einzelnen Bundesländer sind die Voraussetzungen aufgeführt, unter denen behinderte Kinder gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in einer Regelschule beschult werden können (sogenannte integrative Beschulung). Die Schulbehörde trifft die Entscheidung. Dabei ist zu berücksichtigen, ob dem behinderten Kind durch den Besuch einer Förderschule oder einer Regelschule eine adäquate Schulbildung zukommt. An die Entscheidung der Schulbehörde ist das Sozialamt gebunden.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe können unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten bei einer Beschulung in einer Internats-Förderschule übernommen werden. Die Kosten des Lebensunterhaltes im Internat (Unterkunft, Ernährung etc.) sind nicht umfasst. Der Kostenbeitrag der Eltern kann in Höhe der Aufwendungen angesetzt werden, die die Eltern für den häuslichen Lebensunterhalt des Kindes ersparen.

Bedarfe an spezielle Hilfsmittel (z.B. eine behinderungsbedingte Sonderausstattung für Lernutensilien Computer / Taschenrechner etc.) werden in der Regel von der Krankenkasse und nicht vom Sozialhilfeträger erbracht. Die Leistung der Eingliederungshilfe kann auch einen sog. Integrationshelfer (persönlicher Assistent) umfassen, wenn das Kind für den

Besuch einer Regelschule darauf angewiesen ist. Die Eltern müssen sich an den Kosten hierfür nicht beteiligen.

## **2. Allgemeingesellschaftliche Hilfen**

Von der Eingliederungshilfe sind auch solche Leistungen umfasst, die allgemeingesellschaftliche Hilfen darstellen und vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Diese Leistungen ergeben sich aus dem Zusammenspiel vom SGB IX und SGB XII (§ 55 SGB IX, §§ 53, 54 SGB XII).

### **a. Hilfsmittel (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX)**

Hilfsmittel der Eingliederungshilfe sind explizit in § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX genannt. Hierunter fallen z.B. behindertengerechte Schalteinrichtungen für Küchenmaschinen und Weckuhren für hörbehinderte Menschen. Auch hier ist zu beachten, dass die Hilfsmittel die zum Leben in der Gemeinschaft erforderlich sind oftmals von vorrangigen Leistungsträgern (z.B. der Kranken- oder der Pflegeversicherung) erbracht werden. Dies wird auch durch den Verweis in § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX auf die §§ 31 und 33 SGB IX deutlich.

### **b. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX)**

Hierzu zählen z.B. Fördermaßnahmen die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen zu einer möglichst selbständigen Haushaltsführung und räumlichen Orientierung zu verhelfen, um dadurch die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen.

### **c. Förderung der Verständigung (§ 57 SGB IX)**

Als Leistung der Eingliederungshilfe können für hörbehinderte Menschen oder behinderte Menschen mit starken Beeinträchtigungen der Sprachfähigkeit z.B. die Kosten für Gebärdendolmetscher zur Verständigung und Kommunikationen mit Behörden übernommen werden. Als Eingliederungshilfeleistung sind diese Förderungen in § 55 Abs. 2 Nr. 4 und § 57 SGB IX aufgeführt.

### **d. Hilfen zum Wohnen (§ 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX)**

Im Rahmen der Eingliederungshilfe können vom Sozialhilfeträger auch Hilfen bei der Ausstattung, dem Umbau oder der Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung erbracht werden (Rollstuhllampe, Treppenlift, Vorrichtungen im Sanitärbereich etc.). Zu beachten ist, dass oftmals andere Kostenträger (z.B. die Pflegekassen oder die Integrationsämter) vorrangig für die Erbringung dieser Leistung in Anspruch zu nehmen sind.

### **e. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX)**

Pädagogische Betreuungen zur Unterstützung im Alltag und zur Förderung eines selbstbestimmten Lebens in betreuten Wohnmöglichkeiten können ebenfalls als Eingliederungshilfe nach § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX erbracht werden.

#### **f. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 55 SGB IX)**

Die Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben gem. § 55 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX ist in § 58 SGB IX konkretisiert und umfassen folgende Leistungen:

- Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nichtbehinderten Menschen,
- Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen,
- die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist.

Die Hilfen können z.B. in der Übernahme von Eintrittskosten für einen Theater-, Kino oder Konzertbesuch, der Bereitstellung eines Internetanschlusses und/oder der Bereitstellung einer notwendigen Begleitperson oder der Übernahme von Fahrtkosten bestehen.

### **3. Leistungen und Rechte im Rahmen von Ausbildung, Studium und Beruf**

In den § 33 ff. SGB IX sieht der Gesetzgeber besondere Hilfen vor, die behinderten Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen sollen. Denn für Menschen mit Behinderung ist es um ein vielfaches schwieriger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Beschäftigung zu finden. So kommt z.B. eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einer Tagesförderstätte in Betracht, wenn ein Mensch wegen seiner Behinderung nicht, noch nicht oder nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden kann. Für eine Ausbildung oder ein Studium können ebenfalls Unterstützungsmöglichkeiten in Betracht kommen.

#### **a. Berufsausbildung im Berufsbildungswerk**

Berufsbildungswerke sind Einrichtungen der beruflichen Ausbildung, die der Erstausbildung und Berufsvorbereitung körperlich, psychisch beeinträchtigter und benachteiligter junger Menschen dienen. Getragen werden diese Berufsbildungswerke in der Regel von gemeinnützigen Organisationen (Diakonisches Werk, Caritas, Lebenshilfe). Finanziert werden die Berufsbildungswerke von der Bundesagentur für Arbeit. Berufsbildungswerke bestehen in der Regel aus Ausbildungsstätten, Berufsschulen und Wohngelegenheiten mit fachlicher Betreuung. Neben der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung werden junge

Menschen mit Behinderungen bei der Entwicklung ihrer Persönlichkeit unterstützt. Zuständige Behörde für die Anträge auf Förderung der Ausbildung in einem Berufsbildungswerk ist die örtliche Arbeitsagentur.

## **b. Studium**

Behinderte Studierende können Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erhalten. Zur Deckung ihres behinderungsspezifischen Bedarfs kann der Sozialhilfeträger durch Leistungen der Eingliederungshilfe entsprechende Hilfen zur Ausbildung gewähren (§ 33 SGB IX). Dabei kommen vor allem Fahrtkosten, Kosten für Gebärdensprachdolmetscher sowie Kosten für Begleit- und Hilfspersonal zur Unterstützung der Studierenden beim Besuch von Lehrveranstaltungen in Betracht. Auch Hilfsmittel (z.B. spezielle Lernsoftware, Computer und Taschenrechner mit spezieller Zusatzausstattung) können als Eingliederungsleistung erbracht werden.

## **c. Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**

Ebenfalls im SGB IX sind die gesetzlichen Normen enthalten, die die Hilfen für behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beinhalten.

### **aa. Integrationsfachdienst**

Integrationsfachdiensten (IFD) sind Dienste, die die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen sollen. Gesetzlich sind diese Dienste in §§ 109, 33 Abs. 6 SGB IX geregelt. Diese ambulante Dienstleister unterstützen die behinderten Arbeitnehmer bei der Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die gesetzlichen Zielgruppen der IFD sind nach § 109 SGB IX:

- schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
- Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung bei dem Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützt werden sollen,
- schwerbehinderte Schulabgänger, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.

Eine weitere Aufgabe des IFD liegt darin, geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermitteln, diese in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber bereitzustellen und zu vermitteln. Der IFD dient dem Arbeitgeber als Ansprechpartner und somit als Vermittler

zwischen behindertem Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Im Internet kann unter „www.bag-ub.de in der Rubrik „Integrationsfachdienste“, eine Übersicht über die Adressen und Ansprechpartner der IFD abgerufen werden.

### **bb. Unterstützte Beschäftigung**

Ein weiteres Förderinstrument zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung ist in § 38 a SGB IX die unterstützte Beschäftigung genannt.

Behinderte Menschen soll damit eine vollumfängliche Unterstützung angeboten werden, um auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu erhalten bzw. zu erlangen.

Vorrangige Zielgruppe der unterstützten Beschäftigung sind Schulabgänger aus Förderschulen, für die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung eine berufsvorbereitende Maßnahme oder Berufsausbildung nicht in Betracht kommt, aber dennoch die Prognose besteht, dass eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelingen kann.

Von der unterstützten Beschäftigung ist in der Regel zunächst eine zeitlich befristete, individuelle betriebliche Qualifizierung am Arbeitsplatz umfasst. Nach Aufnahme eines regulären Beschäftigungsverhältnisses kann sich bei entsprechendem Bedarf eine zeitlich unbefristete Berufsbegleitung anschließen.

Die unterstützte Beschäftigung wird in der Regel von den Integrationsfachdiensten als Träger angeboten.

Hat der mit der Durchführung der unterstützten Beschäftigung beauftragte Träger eine geeignete Tätigkeit für den behinderten Menschen gefunden, die ihm auch die Perspektive auf eine Übernahme bietet, wird er auf diesem betrieblichen Arbeitsplatz vom Träger eingearbeitet. Die individuelle betriebliche Qualifizierung dient auch der Vermittlung berufsübergreifender Lerninhalte. Dabei sollen die Sozial- Handlungs- und Medienkompetenzen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit gefördert werden. Die Dauer der Qualifizierungsphase beläuft sich in der Regel auf bis zu 2 Jahre und einer Verlängerungsmöglichkeit um bis zu 12 Monate.

Es besteht die Möglichkeit, von einer individuellen betrieblichen Qualifizierung in der unterstützten Beschäftigung in eine Berufsausbildung zu wechseln. Scheitert die unterstützte Beschäftigung, ist auch der Wechsel in den Berufsbildungsbereich der WfbM möglich.

Die Teilnehmenden sind sozialversichert und erhalten während ihrer Qualifizierungszeit in der Regel ein Ausbildungsgeld. Leistungen der individuellen betrieblichen Qualifizierung werden von der Bundesagentur für Arbeit erbracht.

### **cc. Begleitende Hilfen im Beruf (§ 33 Abs. 8 SGB IX)**

Zur Teilhabe am Arbeitsleben können die Kosten für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die für die Berufsausübung erforderlich sind, übernommen werden (Vgl. § 33 Abs. 8 SGB IX). Die Kosten für eine Arbeitsassistenz können ebenfalls übernommen, wenn der behinderte Mensch auf direkte persönliche Hilfe am Arbeitsplatz angewiesen ist (z.B. Vorlesekräfte für sehbehinderte Menschen).

Wenn infolge der Behinderung ein Kraftfahrzeug zum Erreichen des Arbeitsplatzes erforderlich ist, kommt die Gewährung von Kraftfahrzeughilfen in Betracht. Einzelheiten sind in der Kraftfahrzeughilfverordnung geregelt, insbesondere zu den Voraussetzungen, der Antragstellung und dem Leistungsumfang. Der Leistungsumfang kann in Zuschüssen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs, der Übernahme der Kosten für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen sowie in Zuschüssen zum Erwerb der Fahrerlaubnis bestehen. Die Leistungen der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben werden durch die Agenturen für Arbeit, die Träger der Rentenversicherung oder die Integrationsämter erbracht (vgl. § 1 ff. KfzHV).

### **dd. Kündigungsschutz und Zusatzurlaub**

Schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung von mindestens 50) haben als Arbeitnehmer einen besonderen Kündigungsschutz. Nach § 85 SGB IX bedarf die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwer behinderten Menschen durch den Arbeitgeber der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes. Eine vom Arbeitgeber ohne diese Zustimmung ausgesprochene Kündigung ist unwirksam. Das Integrationsamt soll innerhalb von einem Monat nach Eingang des Antrags entscheiden. Daneben besteht für schwerbehinderte Arbeitnehmer ein Anspruch auf Urlaub von fünf weiteren bezahlten Arbeitstagen im Jahr.

Gleichstellung bei einem Grad der Behinderung (GdB) von 30:

Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber wenigstens 30 können auf Antrag einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie wegen ihrer Funktionsbeeinträchtigung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Die Rechtsgrundlage für die Gleichstellung ist § 2 Abs. 3 SGB IX in Verbindung mit § 68 Abs. 2 und 3 SGB IX. Die Gleichstellung wird durch die für den Wohnort zuständige Agentur für Arbeit ausgesprochen. Für gleichgestellte behinderte

Menschen gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen mit Ausnahme des Anspruchs auf Zusatzurlaub (§ 125 SGB IX) und des Anspruchs auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr. Gleichgestellte behinderte Menschen haben auch keine Möglichkeit, die vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen in Anspruch zu nehmen.

### **ee. Werkstatt für behinderte Menschen (§§ 39, 136 SGB IX)**

Eine Werkstatt für behinderte Menschen ist eine Einrichtung zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung in das Arbeitsleben.

Zielgruppen sind Personen, die wegen ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen oder Besonderheiten nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig werden können.

Die Aufgaben der Werkstatt für behinderte Menschen sind § 136 des SGB IX beschrieben. Demnach muss eine WfbM eine „angemessene berufliche Bildung“ anbieten. Die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der dort beschäftigten Menschen soll erhalten, entwickelt, erhöht oder wiedergewonnen werden, wobei gleichzeitig auch deren Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht werden soll (§136 SGB IX). Außerdem hat die Werkstatt auch eine Beschäftigung zu einem der Leistung angemessenem Arbeitsentgelt aus den Arbeitsergebnissen anzubieten

Die Aufnahme in eine WfbM soll erfolgen, wenn zu erwarten ist, dass der behinderte Mensch ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen wird. Daran fehlt es, wenn der behinderte Mensch trotz Betreuung sich oder andere erheblich gefährdet oder einer Betreuung und Pflege innerhalb der Werkstatt bedarf, die eine betrieblich verwertbare Arbeitsleistung nicht zulassen.

Der Eingliederungsauftrag lässt sich in drei Bereich Unterteilen: Das Eingangsverfahren, den Berufsbildungsbereich und den Arbeitsbereich.

Das **Eingangsverfahren** stellt eine Art Arbeitserprobung dar und geht der eigentlichen Aufnahme voraus. Das Eingangsverfahren dient dem Teilnehmer dazu, sich einen ersten Einblick in die Werkstatt zu verschaffen. Es soll festgestellt werden, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung ist und welche Tätigkeitsbereiche in Betracht kommen. Ein Eingliederungsplan wird erstellt, in dem die Kompetenzen des behinderten Menschen aufgenommen und Ziele für den anschließenden Förder- und Bildungsprozess gemeinsam aufgestellt werden. Das EV dauert vier bis zwölf Wochen. Finanziert wird das EV durch den zuständigen Rehabilitationsträger, in der Regel ist das die Bundesagentur für Arbeit.



Für die Dauer von bis zu zwei Jahren erfolgt der **Berufsbildungsbereich**, der sich an das Eingangsverfahren anschließt. Der Berufsbildungsbereich gliedert sich in einen Grund- und einen Aufbaukurs von jeweils 12-monatiger Dauer, in denen der behinderte Mensch in seiner Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung so weit gefördert werden soll, dass eine geeignete Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM oder auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist.

Finanziert werden die Maßnahmen im Eingangs- und Berufsbildungsbereich durch den zuständigen Rehabilitationsträger, in der Regel ist das die Bundesagentur für Arbeit. Das Ausbildungsgeld in dieser Vorbereitungszeit beläuft sich im ersten Jahr auf monatlich 63,00 € und im zweiten Jahr auf monatlich 75,00 € (§ 125 SGB III).

Nach dem Berufsbildungsbereich besteht die Möglichkeit, in den **Arbeitsbereich** der Werkstatt zu wechseln. Dadurch entsteht ein arbeitnehmerähnliches Rechtsverhältnis. Die Beschäftigung im Arbeitsbereich ist grundsätzlich unbefristet. Die Regelungen über Arbeitszeit, Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Erziehungsurlaub und Mutterschutz auch für Werkstattbeschäftigte gelten entsprechend. Die Werkstattbeschäftigten sind wie Arbeitnehmer unfall-, kranken-, pflege- und rentenversichert. Neben dem Arbeitsentgelt, das aus dem Produktionserlös der Werkstatt gezahlt wird, erhalten Werkstattbeschäftigte in der Regel ein Arbeitsförderungsgeld (ca. 26,00 € monatlich).

Die Kosten, die im Arbeitsbereich einer WfbM entstehen, trägt in der Regel der überörtliche Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe. Gegebenfalls wird ein Kostenbeitrag für das Mittagessen gefordert, dies wird vom erzielten Einkommen abhängig gemacht.

#### **ff. Tagesförderstätten**

Eine Tagesförderstätte (auch Tagesstätte, Förderstätte, Betreuungsstätten genannt) ist im Sinne von § 136 Abs. 3 SGB IX eine Einrichtung zur sozialen Rehabilitation behinderter Menschen. Dort steht, dass behinderte Menschen, die die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt nicht erfüllen, in Einrichtungen oder Gruppen betreut und gefördert werden sollen, die der Werkstatt angegliedert sind. Die Kostenübernahme erfolgt durch die Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII und § 33 SGB IX.

Ziele der Beschäftigung und Förderung sind insbesondere:

Den Betreuten praktische Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, damit diese so selbstständig und selbstbestimmt wie möglich am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen und teilhaben können, die Hinführung zur beruflichen Förderung und Beschäftigung in der WfbM,

die Milderung der Folgen der Behinderung sowie die Unterstützung und Entlastung der Familien.

Diese Tagesförderung geschieht in der Regel in kleinen Gruppen, in denen eine intensive Betreuung gewährleistet ist. Dabei werden verschiedene Förderangebote gemacht, wie z.B. Kommunikationsangebote / Sport und Bewegung / Krankengymnastik / Musik und Rhythmik / Hinführung an die Arbeit in einer WfbM.

Behinderte Menschen, die in Tagesförderstätten gefördert werden, haben im Gegensatz zu Werkstattbeschäftigten keinen arbeitnehmerähnlichen Status, d.h. sie bleiben z.B. im Rahmen der Familienversicherung über die Eltern krankenversichert.

## **E) Anrechnung von Einkommen und Vermögen / Kostenbeiträge der Eltern**

### **I. Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

Leistungen der Sozialhilfe sind gegenüber Ansprüchen, die gegen andere Sozialleistungsträger (z.B. Kranken- oder Pflegeversicherung s.h. unten) bestehen, nachrangig.

Die Sozialleistung ist (wie auch das ALG II) abhängig von Einkommen (§ 82 SGB XII) und Vermögen (§ 90 SGB XII). Grundsätzlich erhält Sozialhilfe nur, wer die benötigten Leistungen nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren kann. Grundsätzlich müssen

- der Leistungsberechtigte selbst
- sein Ehegatte oder Lebenspartner
- oder bei Minderjährigkeit des Leistungsberechtigten die Eltern

ihr Einkommen und Vermögen nach bestimmten Vorschriften einsetzen. Die genannten Personengruppen bilden eine Bedarfsgemeinschaft nach § 19 SGB XII. Die vom SGB II bekannten Pauschalen für Freibeträge gibt es bei SGB XII Leistungen nicht. Der Einkommenseinsatz richtet sich nach § 82 SGB XII und der dazu ergangenen Durchführungsverordnung. Demnach sind im Wesentlichen alle im Bedarfszeitraum monatlich zufließenden Einkünfte auf die Hilfe zum Lebensunterhalt anzurechnen. Vom Einkommen sind bestimmte Beträge abzusetzen, vor allem Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Daneben ist ein Anteil des bereinigten Einkommens aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit abzusetzen.

Für Beschäftigte einer Werkstatt für Behinderte gilt eine Sonderregelung zur Berechnung des Absetzungsbetrags (§ 82 Abs. 3 SGB XII).

Die Einkommensgrenze bzw. der Freibetrag bei der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist individuell zu bestimmen. Einzelheiten sind in § 82 SGB XII aufgeführt.

§ 90 SGB XII enthält eine Auflistung von sog. „Schonvermögen“ (Hausrat, Familien- und Erbstücke, Altersvorsorge etc.). In der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII ist der Vermögensfreibetrag bei der Hilfe zum Lebensunterhalt mit 1.600,00 € bzw. 2.600,00 € bei Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, sowie bei voll Erwerbsgeminderten angegeben. Abweichungen können sich je nach Familienkonstellation und Leistungsart ergeben und sind daher individuell zu bestimmen (vgl. Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII).

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind hinsichtlich der Einkommensanrechnung ebenfalls privilegiert, weil ein Einkommenseinsatz in der Regel nur oberhalb eines bestimmten Betrags, der sogenannten Einkommensgrenze verlangt wird, die jeweils individuell berechnet wird (§§ 85 ff. SGB XII).

Für blinde Menschen sowie schwerstpflegebedürftige Menschen (Einstufung in Pflegestufe III) gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen (§ 87 Abs. 1 SGB XI).

Die Vermögensgrenze setzt sich bei der Eingliederungshilfe aus einem Grundbetrag in Höhe von 2.600,00 € sowie Zuschlägen für unterhaltsberechtigte Personen zusammen. Einzelheiten sind in der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII geregelt.

## **II. Kostenbeitrag**

Bei einzelnen Maßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist der Kostenbeitrag auf die Höhe der häuslichen Ersparnis infolge der Durchführung der Maßnahme beschränkt. Diese privilegierten Maßnahmen sind in § 92 Abs. 2 SGB XII aufgezählt:

- heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (z.B. Autismustherapie)
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu (z.B. Autismustherapie)

- Hilfen, die dem behinderten noch nicht eingeschulten Menschen die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen sollen
- Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit, wenn die hierzu erforderlichen Leistungen in besonderen Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden (d.h. nicht ambulante Maßnahmen)
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, § 26 SGB IX
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, § 33 SGB IX
- bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 des Neunten Buches und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten § 56 SGB XII (z.B. Kostenbeitrag Mittagessen),
- bei Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, soweit diese Hilfen in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden.

Der Begriff „häusliche Ersparnis“ ist gesetzlich nicht definiert. Daher kommt es in der Praxis im Bezug auf die Auslegung zu unterschiedlichen Ergebnissen und Forderungen der einzelnen Sozialhilfeträger.

Wichtig: Bei einer ein- bis zweimal wöchentlich stattfindenden ambulanten Autismustherapie (als Hilfe zur angemessenen Schulbildung) wird keine häusliche Ersparnis erzielt, so dass kein Kostenbeitrag zu leisten ist. Deshalb versuchen einige Kostenträger, die Autismustherapie als Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu qualifizieren, weil nur dann kein Kostenbeitrag zu zahlen wäre, wenn das Kind noch nicht eingeschult ist. Ein solches Vorgehen ist rechtswidrig.

Für folgende Maßnahmen ist eine Heranziehung erst ab einer Einkommenshöchstgrenze von derzeit EUR 782,00 (zweifacher Eckregelsatz ohne Mietkosten) möglich (vgl. § 92 Abs.2 Satz 4 SGB XII):

- Leistungen in anerkannten WfbM, § 41 SGB IX
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soweit diese in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden

Nur zu bestimmten vollstationären und teilstationären Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe über die Kinder- und Jugendhilfe werden Kostenbeiträge erhoben (§ 35a SGB VIII). Für ambulante Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe sind keine

Kostenbeiträge zu bezahlen. Die exakte Höhe der Heranziehung ist in § 94 Abs. 5 SGB VIII in Verbindung mit einer Kostenbeitragsverordnung und einer dazugehörigen Tabelle aufgeführt.

Der Kostenbeitrag von Eltern **volljähriger behinderter Menschen für Leistungen der Eingliederungshilfe** (§§ 53 ff SGB XII) beschränkt sich auf 31,06 € im Monat. Eine Einkommens- und Vermögensprüfung findet in diesem Fall nicht statt (§ 94 Abs. 2 SGB XII).

Wenn **Hilfe zum Lebensunterhalt an das volljährige behinderte Kind** geleistet wird, müssen sich die Eltern an diesen Kosten nur mit maximal € 23,90 monatlich beteiligen, § 94 Abs. 2 SGB XII.

Beide Regelungen gelten sowohl bei stationärer Unterbringung als auch für den ambulanten Bereich. Maximal müssen die **Eltern volljähriger behinderter Kinder** somit 54,96 Euro im Monat für den Heimplatz (vollstationäre Einrichtung oder ambulant betreutes Wohnen) bezahlen. Darin sind 23,90 Euro für die in der Einrichtung erbrachten Hilfe zum Lebensunterhalt und 31,06 Euro für die geleistete Eingliederungshilfe enthalten.

Wenn die Eltern selbst bedürftig sind, können Sie sich auf Nachweis von der Beteiligung befreien lassen. Wenn das volljährige Kind Grundsicherungsleistungen (und nicht Hilfe zum Lebensunterhalt) bezieht, ist eine Beteiligung der Eltern ausgeschlossen (vgl. §§ 43 ff SGB XII, § 94 Abs.1 Satz 3 2. Halbsatz SGB XII). Das volljährige Kind hat insoweit keinen Anspruch auf Grundsicherung, als ein unterhaltsverpflichteter Elternteil mehr als € 100.000,00 im Jahr verdient, § 43 Abs. 2 SGB XII (Einkommen im Sinne des Einkommensteuerrechts, d. h. das zu versteuernde Einkommen).

Bei Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Volljährige werden die Eltern zu einem Kostenbeitrag herangezogen (maximal bis zur Einkommensgruppe 14 der Anlage zur Kostenbeitragsverordnung zu § 94 Abs. 5 SGB VIII, bei vollstationären Maßnahmen derzeit also bis € 710,00 monatlich). Damit werden der Unterschied und die nicht zu erklärenden Ungleichbehandlung des Kostenbeitrags bei der Leistung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und nach dem SGB VIII nochmals deutlich.

## **F) Leistungen der Krankenversicherung**

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V). Dazu gehört auch, Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V).

Alle Versicherten haben grundsätzlich den gleichen Leistungsanspruch, dessen Umfang im fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt und durch § 12 Abs. 1 SGB V begrenzt ist. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Konkretisiert werden die meisten Leistungen durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierbei handelt es sich um ein Gremium, in dem Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammenwirken. Auch Patientenvertreter nehmen an den Sitzungen des Ausschusses mit beratender Stimme teil. Die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind im Internet unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) nachzulesen.

Bei den privaten Krankenkassen ergibt sich die zu erbringenden Leistungen aus dem jeweiligen abgeschlossenen Versicherungsvertrag. Die nachfolgende Übersicht stellt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

### **I. Arznei und Verbandmittel (§ 31 SGB V)**

Versicherte haben Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel und Versorgung mit Verbandmitteln. Seit 2004 ist der Anspruch allerdings grundsätzlich auf verschreibungspflichtige Arzneimittel beschränkt. Medikamente, die in den Apotheken frei verkäuflich sind, können in der Regel nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. Von diesem Grundsatz gibt es drei Ausnahmen nach § 34 SGB V:

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind weiterhin verordnungsfähig:

- für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und
- unabhängig vom Alter für Versicherte, wenn das Medikament als Standard-Therapie zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung erforderlich ist.

In Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinien ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) sind die Medikamente abschließend aufgeführt, die als Standard-Therapie zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung bei bestimmten Diagnosen ausnahmsweise ärztlich verordnet werden dürfen (z.B. Medikamente bei chronischer Niereninsuffizienz, Abführmittel zur Behandlung bei Tumorleiden, Antiseptika, Gleitmittel für Versicherte mit Katheter).

Bestimmte verschreibungspflichtige Medikamente wie z.B. zur Behandlung von Erkältungskrankheiten und Abführmittel werden für Erwachsene Menschen nun nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt.

Für den überwiegenden Teil der verschreibungspflichtigen Medikamente gelten Festbeträge. Sofern der Preis des Arzneimittels den von der Krankenkasse festgesetzte übersteigt, hat der Versicherte die übersteigenden Kosten selbst zu zahlen.

## **II. Heilmittel (§ 32 SGB V)**

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln. Heilmittel im Sinne des SGB V sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen, die nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsfachberufe geleistet werden dürfen.

Demnach fallen unter Heilmittel Maßnahmen der physikalischen Therapie (Krankengymnastik / Massagen), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie. Sie sind von der gesetzlichen Krankenversicherung zu bezahlen, wenn sie ärztlich verordnet sind und dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen.

Näheres zu den Voraussetzungen, unter denen Heilmittel verordnet werden können, regeln die Heilmittel-Richtlinien ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)). Dort ist auch festgelegt, unter welchen Voraussetzungen bestimmte Heilmittel nicht erbracht werden.

## **III. Hilfsmittel (§ 33 SGB V)**

In § 33 SGB V wird das Ziel von Hilfsmitteln definiert. Hilfsmittel im Sinne des SGB V sollen Behinderungen ausgleichen oder die Rehabilitation unterstützen oder Menschen mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Risiken vor weiteren Risiken bei der Bewältigung ihres normalen Lebens schützen. Immer wenn ein Gegenstand eines dieser Ziele erfüllt, handelt es sich um ein vom Leistungsumfang umfasstes Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherungen. Typische Hilfsmittel sind z.B. Hörgeräte, Prothesen und Rollstühle.

Sehhilfen (z.B. Brillen) fallen ebenfalls unter den Begriff der Hilfsmittel. Sie werden seit 2004 allerdings nur noch in zwei Ausnahmefällen von der Krankenkasse bezahlt (§§ 33, 34 SGB V):

- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie
- für volljährige Menschen, die schwer sehbeeinträchtigt sind.

Von einer schweren Sehbeeinträchtigung ist unter anderem dann auszugehen, wenn die Sehschärfe auf dem „besseren“ Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen maximal 30 Prozent beträgt. Zu Vermeidung von Augenverletzungen kann die



Krankenkasse im Einzelfall Kunststoffgläser finanzieren, wenn bei Versicherten aufgrund der Erkrankung (Epilepsie oder Spastiken) eine besondere Sturzgefahr besteht.

Seit 2005 gelten für zahlreiche Hilfsmittel bundeseinheitliche Festbeträge (z.B. Kompressionsstrümpfe, Sehhilfen, orthopädische Einlagen, Hörgeräte). Für diese Hilfsmittel zahlt die Krankenkasse nur noch einen Festbetrag (vgl. § 36 SGB V). Die Mehrkosten müssen eigenständig getragen werden, wenn sich der Versicherte dafür entscheidet, ein Hilfsmittel zu nehmen das preislich über dem Festbetrag liegt. Hilfsmittel werden unter anderem von Sanitätshäusern und Apotheken erbracht.

Durch eine Gesetzesänderung wurde festgelegt, dass ab 1. Januar 2010 Versicherte ihre Hilfsmittel nicht mehr von jedem Leistungserbringer beziehen können. Der Versicherte kann in der Regel nur noch zwischen den Vertragspartnern seiner Krankenkasse wählen. Die Vertragspartner werden den Versicherten durch die Krankenkasse benannt. Nur wenn ein berechtigtes Interesse besteht, können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen. Die entstehenden Mehrkosten sind eigenständig zu erbringen. Als berechtigtes Interesse kann z.B. die Notwendigkeit eines individuellen Anpassungsbedarfs oder die Herstellung spezieller Hilfsmittel durch einen ganz bestimmten Leistungserbringer in Betracht kommen.

Die Abgrenzung welcher Kostenträger für die Erbringung welches Hilfsmittels zuständig ist, ist in der Praxis schwierig. Wenn ein benötigtes Hilfsmittel allein dazu dient, die Folgen einer Behinderung im beruflichen, gesellschaftlichen oder privaten Bereich auszugleichen, können auch andere Kostenträger für die Finanzierung in Betracht kommen (Sozialamt, Bundesagentur für Arbeit). Wenn ein Hilfsmittel für ein Studium oder eine berufliche Tätigkeit benötigt wird, gehört es nicht zum Leistungsspektrum der Krankenkasse. Im Zweifel sollte der Antrag bei mehreren Leistungsträgern gleichzeitig gestellt werden, da Zuständigkeitsstreitigkeiten ohnehin oftmals zu Lasten des Versicherten ausgetragen werden.

#### **IV. Begleitperson im Krankenhaus (§ 11 Abs. 3 SGB V)**

Die Mitaufnahme einer Begleitperson während einer stationären Behandlung wird von der Krankenkasse bezahlt, wenn sie aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist (§ 11 Abs. 3 SGB V). Der Krankenhausarzt muss die medizinische Notwendigkeit bestätigen. Zwingende medizinische Gründe sind:

- Gefährdung der Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen, z.B. bei Trennung des Kindes von der Bezugsperson.
- Ständiger Betreuungsbedarf des Patienten wegen schwerer Behinderung.

Die Begleitperson soll therapeutische Verfahren, Verfahrensregeln und/oder die Nutzung technischer Hilfen einüben.

### **V. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)**

Wenn es zur Sicherung des ärztlichen Behandlungserfolges erforderlich ist, können Versicherte einen Anspruch auf Behandlungspflege (z.B. Verabreichung von Medikamenten oder Injektionen) durch geeignete Pflegekräfte in ihrem Haushalt, in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen (Vgl. § 37 SGB V). Der Anspruch ist jedoch ausgeschlossen, wenn die Pflege auch von einer im Haushalt lebenden Person ausgeführt werden kann. Kann die Krankenkasse keine Pflegekraft stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

### **VI. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)**

Wenn es dem Versicherten wegen einer Krankenhausbehandlung, einer stationären oder ambulanten Kur oder wegen einer häuslichen Krankenpflege nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen, kann er eine Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erhalten. Weitere Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Ausgeschlossen ist der Anspruch, wenn es im Haushalt eine Person gibt, die den Haushalt weiterführen könnte (Vgl. § 38 Abs. 3 SGB V).

### **VII. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V)**

Nach § 45 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Für die Zeit des Anspruchs auf Krankengeld ist der betreuende Elternteil vom Arbeitgeber von der Arbeit unbezahlt freizustellen. Der Anspruch besteht für insgesamt 10 Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für insgesamt 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Ebenfalls besteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Kind an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leidet, die eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. In diesem Fall ist der Anspruch zeitlich nicht begrenzt. Auch wenn das Kind stationär versorgt wird oder ambulante Leistungen eines Hospizes erhält, besteht in diesen Fällen ein Krankengeldanspruch.

### **VIII. Fahrkosten (§ 60 SGB V)**

Fahrkosten, die anlässlich von Fahrten zur ambulanten Behandlung entstehen, werden von der Krankenkasse nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Verordnung und Genehmigung übernommen. Näheres regeln die sogenannten Krankentransport-Richtlinien, die im Internet unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) nachzulesen sind. Danach können Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte übernommen werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die die Pflegestufe II oder III nachweisen können. Versicherte, die vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind, aber keinen solchen Nachweis besitzen, erhalten Fahrkosten, wenn sie über einen längeren Zeitraum ambulanter Behandlung bedürfen. Verordnungs- und genehmigungsfähig sind ferner Fahrten für Versicherte, die an einer Grunderkrankung leiden, die eine längerfristige Therapie erfordert und bei der eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben notwendig ist (z.B. Dialyse-Patienten oder Krebs-Patienten, die zur Strahlen- oder Chemotherapie fahren müssen).

### **IX. Zahnersatz (§ 55 ff. SGB V)**

Die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken und in medizinisch begründeten Fällen auch Implantate) gehört ebenfalls zum Leistungsanspruch der Versicherten. Der Zahnarzt erstellt einen sogenannten Heil- und Kostenplan zur Vorlage bei der Krankenkasse. Die Krankenkasse prüft diese Heil- und Kostenplan und genehmigt die versicherten Leistungen in gesetzlicher Höhe. Die Krankenversicherung übernimmt einen Festzuschuss, der sich nach dem jeweiligen Befund richtet. Der Festzuschuss beläuft sich auf 50 Prozent der Kosten für eine durchschnittlich teure Regelversorgung. Beim Nachweis der regelmäßige Zahnpflege und Nachweis der zahnärztlichen Untersuchung in den letzten fünf Jahren vor Behandlungsbeginn von mindestens einmal jährlich, erhöht sich der Zuschuss um 20 Prozent. Bei Kindern zwischen 6 und 18 Jahren muss nachgewiesen werden, dass die zahnärztliche Untersuchung in jedem Kalenderhalbjahr erfolgt ist.

Bei Einkommensschwachen Familien bzw. Versicherten kann eine Härtefallregelung zur Anwendung kommen. Damit die Regelversorgung bezahlen werden kann, erhalten diese Versicherten den doppelten Festzuschuss (§ 55 Abs. 2 SGB V). Als Leistungsempfänger für die Härtefallregelung kommen Versicherte in Betracht, die

- lediglich über ein monatliches Bruttoeinkommen von derzeit bis zu 1.022,00 € verfügen oder
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem oder Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beziehen oder

- oder Ausbildungsförderung nach dem BAföG oder SGB III erhalten
- Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) erhalten oder
- in einem Heim leben und die Kosten der Heimunterbringung durch den Sozialhilfeträger (Leistungen nach dem SGB XII) getragen werden.

Sofern die Zahnärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, besteht die Verpflichtung, die Regelversorgung zu den in den Festzuschüssen genannten Beträgen zu erbringen. Wird ein über die Regelversorgung hinausgehender Zahnersatz vom Versicherten in Anspruch genommen, muss die Differenz zwischen dem Festzuschuss und den Mehrkosten selbst getragen werden. Eine Kostenübernahme kommt durch das Sozialamt nicht in Betracht. Eine Kostenübernahme für die Versicherten, die unter die Härtfallregelung fallen, kommt ebenfalls nicht in Betracht.

### **X. Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen (§ 61 f. SGB V)**

Seit dem 1. Januar 2004 müssen alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse erbringen. Eine Zuzahlungsbefreiung besteht grundsätzlich für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Von diesen ist lediglich ein Zuschuss bei Fahrkosten zu erbringen. Die gesetzlichen Krankenkassen erheben grundsätzlich bei allen Leistungen einen Zuzahlungsbeitrag von 10 Prozent der Kosten. Hierbei sind mindestens 5,00 € höchstens jedoch 10,00 € pro Leistung beizutragen. Bei stationären Maßnahmen (Krankenhausaufenthalt) werden je Kalendertag 10,00 € als Zuzahlungsbetrag erhoben. Die sog. Praxisgebühr in Höhe von 10,00 € ist ab 01.01.13 ersatzlos gestrichen. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege liegt die Zuzahlung weiterhin bei 10 Prozent der Kosten, daneben sind zusätzlich 10,00 € je Verordnung zu zahlen. Einzelheiten sind in § 61 SGB V aufgeführt.

Durch eine gesetzliche Überforderungsklausel ist festgeschrieben, dass die Versicherten nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze (der sogenannten Belastungsgrenze gem. § 62 SGB V) verpflichtet sind, Zuzahlungen zu erbringen. Pro Kalenderjahr muss ein Versicherter maximal Zuzahlungen in Höhe von 2 Prozent seines jährlichen Bruttoeinkommens leisten. Die Belastungsgrenze liegt bei 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen (sogenannte Chroniker-Regelung), bei Menschen mit chronischer Erkrankung und bei behinderten Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind.

Nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) ist eine Krankheit schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal

ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 vor.
- Es ist eine kontinuierliche Versorgung (ärztliche oder psycho-therapeutische Behandlung, Behandlungspflege Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Für Frauen, die nach dem 1. April 1987 und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind, wurde die Chroniker-Regelung zum 1. April 2007 verschärft. Tritt bei diesem Personenkreis später einmal eine schwerwiegende chronische Erkrankung ein, müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich regelmäßig über die Vor- und Nachteile entsprechender Vorsorgeuntersuchungen beraten lassen haben. Zurzeit werden lediglich Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs sowie Gebärmutterhalskrebs von dieser Regelung erfasst. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Einbeziehung weiterer Krebsfrüherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen stehen noch aus. Versicherte mit wesentlichen geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann oder die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden, sind von der Pflicht zur Beratung ausgenommen.

Arbeitslosengeld II Bezieher, Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII und gesetzlich versicherte Heimbewohner sind erst bei Erreichung der Belastungsgrenze auf Antrag von der Zuzahlung zu befreien. Die Belastungsgrenze liegt bei 93,84 € (Zwei Prozent der Bruttoeinnahmen/Regelsatz im gesamten Jahr). Wenn der Betroffene an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet, ist die Belastungsgrenze bei 46,92 € (Ein Prozent der Bruttoeinnahmen/Regelsatz im gesamten Jahr).

Bei Erreichung der Belastungsgrenze im Laufe des Jahres, kann der Versicherte von der Krankenkasse die Ausstellung einer Bescheinigung darüber verlangen, dass für den Rest des Jahres keine weiteren Zuzahlungen zu erbringen sind. Eine Befreiung oder Belastungsobergrenze für Mehrkosten (Übersteigerung des Festbetrages) von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln besteht nicht. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II oder von

Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII, kommt ggf. eine Kostenübernahme durch den Leistungsträger in Betracht (s.h. Ausführungen zum SGB II und SGB XII). Ein entsprechender Antrag wäre beim Sozialamt oder dem Job Center zu stellen.

Einige Krankenkassen machen von Ihrem Recht Gebrauch den sog. kassenindividuellen Zusatzbeitrag (meist 8,00 €) nach § 242 SGB V zu erheben. In diesem Zusammenhang stellte sich in der Vergangenheit die Frage, ob diese Zusatzbeiträge von Arbeitslosengeld II und Sozialleistungsbezieher (SGB XII) ebenfalls zu erbringen sind oder ob der Kostenträger (Sozialamt / Job Center) hierfür eintritt. In § 242 Abs. 5 SGB V ist unter anderem aufgeführt, dass behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten bzw. die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, vom Zusatzbeitrag befreit sind.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe und andere Behindertenverbände konnten bei den Beratungen der letzten Gesundheitsreform erreichen, dass Bezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gem. §§ 41 f. SGB XII diesen kassenindividuellen Zusatzbeitrag nicht zahlen müssen. Dies ergibt sich aus § 32 Abs. 4 SGB XII. Danach muss der Sozialhilfeträger auch den Zusatzbeitrag entrichten, wenn er den Beitrag zur Krankenversicherung leistet.

Ebenfalls wurde beschlossen, dass Leistungsempfänger des SGB II (Arbeitslosengeld II) grundsätzlich von der Zuzahlung des Zusatzbeitrages befreit sind und dieser durch den Gesundheitsfond bereitgestellt und direkt an die entsprechende Krankenkasse abgeführt (§ 251 Abs. 6 SGB V) wird. Die Krankenkassen können jedoch in ihren Satzungen entsprechende Regelungen treffen, dass bei nicht vollständigem Ausgleich durch den Gesundheitsfond, die Zusatzbeiträge bei den Versicherten Arbeitslosengeld II Empfängern dennoch erhoben werden können.

### **G) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit werden die entsprechenden Pflegeleistungen in der Regel von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht. Der mit einer privaten Pflegeversicherung abgeschlossene Pflegeversicherungsvertrag muss solche Leistungen enthalten, die mit denen in der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Pflegebedürftig sind nach § 14 SGB XI Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig



wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem Umfang oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Je nach dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen in unterschiedliche Pflegestufen eingestuft (§ 15 SGB XI). Die Entscheidung, welche Pflegestufe vorliegt, trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Pflegegutachtens. Die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der von der Pflegeversicherung damit beauftragt wird. Von der Pflegestufe ist abhängig, ob und in welchem Umfang der Pflegebedürftige Leistungen von der Pflegekasse beanspruchen kann.

## **I. Pflegestufen**

Die Pflegeversicherung unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit, die den jeweiligen Umfang des Pflegebedarfs beschreiben und für die Höhe der zu gewährenden Leistungen maßgeblich sind.

Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist letztlich der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegepersonen benötigen, um die erforderliche Hilfe bei den maßgeblichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu leisten. Der Zeitaufwand für die Grundpflege und der Zeitaufwand für die hauswirtschaftliche Versorgung werden gesondert betrachtet. Grundpflege bedeutet Hilfe bei den Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Hilfe kann auch die Beaufsichtigung oder der Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen bedeuten. Eine bestimmte Pflegestufe liegt erst dann vor, wenn für die gesamte Hilfe (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) und zusätzlich für die Grundpflege alleine jeweils ein bestimmter Mindestzeitaufwand erforderlich ist.

**Pflegestufe I:** Nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI sind Personen **erheblich pflegebedürftig**, 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. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen (Vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI).

**Pflegestufe II:** Nach § 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI sind Personen **schwerpflegebedürftig**, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen



aus einem oder mehreren Bereichen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 180 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 120 Minuten entfallen müssen (Vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI).

**Pflegestufe III:** Nach § 15 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI sind Personen **schwerstpflegebedürftig**, 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. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 300 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 240 Minuten entfallen müssen (Vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI).

### **Pflegestufe „0“**

Bei Personen, die zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der aber nicht das (zeitliche) Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, wird umgangssprachlich von der „Pflegestufe 0“ gesprochen. Trotz des vorhandenen Hilfebedarfs erbringt die Pflegeversicherung hier im Allgemeinen keine Leistungen. Eine Ausnahme besteht seit dem 1. Juli 2008 für Demenzkranke, geistig und psychisch Behinderte, die bereits bei „Pflegestufe 0“ Leistungen zur Deckung eines Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung beanspruchen können (§ 45 a,b SGB XI; s.u.).

**Erstmals haben Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen** mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch Anspruch auf Zuschüsse zur Verhinderungspflege bei Abwesenheit von pflegenden Angehörigen von höchstens 1.550,00 € für bis zu 28 Tage im Jahr. Auch Pflegehilfsmittel und technische Hilfen stehen ihnen laut dem neuen Paragraphen 123 Abs. 2 SGB XI zu. Zudem wird der barrierefreie Umbau der Wohnungen von Demenzkranken künftig erstmals mit bis zu 2.557,00 € pro Maßnahme von den Pflegekassen gefördert. Bisher waren diese Leistungen waren bisher nur „rein körperlich“ Pflegebedürftigen vorbehalten.

Für alle Pflegebedürftigen der „Pflegestufe 0“ oder wenn die Hilfe voraussichtlich weniger als sechs Monate erforderlich ist, kann im Übrigen ein Anspruch auf Leistungen der „**Hilfe zur Pflege**“ nach dem SGB XII (Sozialhilfe) bestehen. Diese Leistungen sind jedoch im Unterschied zur Pflegeversicherung einkommens- und vermögensabhängig (siehe hierzu Ausführungen zur Eingliederungshilfe).

### **Härtefall (§ 36 Abs. 4 SGB XI)**

Wenn der Pflegeaufwand das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, kann die Pflegekasse zur Vermeidung einer besonderen Härte zusätzliche Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen gewähren. Das Gesetz nennt hierfür eine Krebserkrankung im Endstadium als Beispiel (Vgl. § 36 Abs. 4 SGB XI).

### Pflegebedarf behinderter Kinder

Für die Feststellung des Pflegebedarfs behinderter Kinder gelten Besonderheiten. Maßgeblich für die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe ist hier der über den Hilfebedarf eines gleichaltrigen Kindes hinausgehende zusätzliche Hilfebedarf (z.B. häufigere Mahlzeiten, zusätzliche Körperpflege etc.).

Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits-, oder Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin/Kinderarzt vorzunehmen. Die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der von der Pflegeversicherung damit beauftragt wird. Er ermittelt bei einem Hausbesuch anhand eines Fragebogens den Pflegebedarf. Es ist anzuraten, sich auf einen solchen Besuch gezielt vorzubereiten. Daher sollte ein Pflegetagebuch geführt werden, in dem die benötigten Hilfen zeitlich in Minuten festgehalten und detailliert dokumentiert werden.

Pflegegeld für ein Kind zu beantragen ist nicht leicht, denn besonders bei Kleinkindern muss der Pflegeaufwand erheblich höher sein als zu den normalen Hilfebedarf eines Kindes. Für die Beurteilung der Pflegestufe eines Kindes ist entscheidend, wie viel **zusätzliche** Hilfe das Kind gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind benötigt, bzw. der zeitliche **Mehraufwand** (§ 15 Abs. 2 SGB XI). Anhand der unten aufgeführten Zeiten des durchschnittlichen Hilfebedarfs gesunder Kinder ist bereits zu erkennen, dass die Bewilligung des Pflegegeldes für Kinder oftmals daran scheitert, weil kein zeitlicher Mehraufwand nachgewiesen werden kann.

Der durchschnittliche tägliche Hilfebedarf gesunder Kinder verschiedener Altersstufen:

Alter des Kindes	Säugling 0-1 Jahr	Kleinkind 1-3 Jahre	Kindergarten 3-6 Jahre
<b>Körperpflege</b> (Waschen, Duschen/Baden, Zahnpflege, Kämmen, Darm-, Blasentleerung)	61-62	66-81	76-32
<b>Ernährung</b> (mundgerechte	145-125	108-48	28-10

Zubereitung, Nahrungsaufnahme)			
<b>Mobilität</b> (Aufstehen/Zubettgehen, An-/Auskleiden, Gehen, Stehen, Verlassen / Wiederaufsuchen der Wohnung)	32-38	44-40	34-10
<b>Gesamtsumme</b> <b>(Minuten / Tag)</b>	<b>238-218</b>	<b>218-138</b>	<b>138-52</b>

## II. Sachleistungen und Pflegegeld (§§ 36 f. SGB XI)

Ist durch die Zuordnung zu einer Pflegestufe festgestellt, dass die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, hat sie einen Anspruch auf häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege. Aus Kostengründen hat der Gesetzgeber im SGB XI der häuslichen Pflege den Vorrang eingeräumt. Dies bedeutet, dass der Anspruch auf vollstationäre Pflege erst dann besteht, wenn eine häusliche Pflege oder eine teilstationäre Pflege nicht bzw. nicht länger möglich ist.

Die häusliche Pflege wird als die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in ihrer Wohnung bzw. ihrer häuslichen Umgebung außerhalb von teil- oder vollstationären Einrichtungen beschrieben. Die häusliche Pflege ermöglicht dem Pflegebedürftigen, in seinem familiären Umfeld versorgt zu werden.

Der pflegebedürftige hat Anspruch auf Pflege und Versorgung durch professionelle Pflegekräfte, wie z.B. einen ambulanten Pflegedienst (Sachleistung). Die pflegebedürftige Person kann dabei aus dem Angebot der Pflegedienste wählen, die einen Versorgungsvertrag nach den §§ 71 ff. SGB XI mit der Pflegekasse abgeschlossen haben. Die Pflegedienste rechnen direkt mit der Pflegekasse ab, eine Auszahlung an die gepflegte Person oder deren Angehörige erfolgt nicht. Dieses Prinzip wird Sachleistungs-Prinzip genannt. Beim Sachleistungs-Prinzip finanziert die Pflegekasse somit die Dienstleistung eines ambulant tätigen Pflegedienstes, der die Pflege zu Hause durchführt.

Häusliche Pflege kann von Familienangehörigen oder anderen Personen aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen geleistet werden (pflegende Angehörige). Es ist nicht erforderlich, dass die Pflegepersonen eine einschlägige Ausbildung im Pflegebereich haben. Anstelle der Sachleistung kann der pflegebedürftige Mensch dann ein Pflegegeld (§ 37 SGB XI) beantragen, wenn er damit in geeigneter Weise seine Pflege selbst sicherstellen kann. Das Pflegegeld steht dem pflegebedürftigen Menschen zu. Das Pflegegeld kann er an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben. Die Höhe und der Umfang der

Leistungen richten sich nach der Einordnung in die Einzelnen Pflegestufen. Folgende Leistungen können in Anspruch genommen werden:

### Häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst (Pflegesachleistung)

Pflegebedürftige können solche „Sachleistungen“ der Pflegekasse von ambulanten Pflegediensten in Anspruch nehmen bis zu monatlich (in €) in Pflegestufe:

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2012	Neu ab 1. Januar 2013 für Personen nach §§ 45a, 123 SGB XI
0	-	225
I	450	665
II	1100	1250
III	1550	1550

Für diese häusliche Pflege werden dem Pflegebedürftigen „Geldleistungen“ (Pflegegeld) gewährt. Diese betragen monatlich (in €):

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2012	Neu ab 1. Januar 2013 für Personen nach §§ 45a, 123 SGB XI
0	-	120
I	235	305
II	440	525
III	700	700

Der pflegebedürftige Mensch kann die Sachleistung und das Pflegegeld auch kombiniert in Anspruch nehmen (§ 38 SGB XI). Das Pflegegeld wird in diesem Fall um den Prozentsatz gemindert, zu dem der pflegebedürftige Mensch Sachleistungen in Anspruch nimmt.

Bei häuslicher Pflege sieht der Gesetzgeber folgende Leistungen vor:

### III. Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Ist eine Pflegeperson, die eine pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat, wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse nach § 39 SGB XI für längstens vier Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflege bezahlen (sogenannte Verhinderungspflege). Die vier Wochen Ersatzpflege kann tage- oder stundenweise über das ganze Jahr verteilt in Anspruch genommen werden.

Bezieht der pflegebedürftige Mensch das Pflegegeld, so wird dieses für die Zeit der Inanspruchnahme der Ersatzpflege anteilig gekürzt. Wird die Ersatzpflege stundenweise in Anspruch genommen und für weniger als acht Stunden am Tag erbracht, erfolgt keine Pflegegeldkürzung.

Die Aufwendungen für die Verhinderungspflege sind unabhängig von der Pflegestufe jährlich ab 1. Januar 2012 auf bis zu 1.550,00 € begrenzt. Mit den Leistungen bei Verhinderungspflege können pflegerische Leistungen von familienunterstützenden Diensten oder von selbst beschafften Pflegekräften (Ersatzkräfte) finanziert werden.

Ist die Ersatzkraft mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert oder lebt sie im gleichen Haushalt, ist die Leistung auf den Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe begrenzt. Höhere Aufwendungen müssen nachgewiesen werden, beispielsweise für die Reinigung der Pflegekleidung, Fahrtkosten, Kosten für die anderweitige Unterbringung eines Kindes während der Pfllegetätigkeit, Verdienstaussfall etc..

#### **IV. Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)**

Unabhängig von der Einordnung in eine Pflegestufe besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Pflegehilfsmittel dienen der Erleichterung der Pflege oder der Linderung der Beschwerden des pflegebedürftigen Menschen oder sollen ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Typische Pflegehilfsmittel sind z.B. Pflegebetten und Badewannenlifter. Die technischen Pflegehilfsmittel sollen vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt werden. Gem. § 40 Abs. 2 SGG XI sind die Aufwendungen der Pflegekasse für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Windeln, Bettschutzeinlagen, Einmaleinlagen etc.) auf monatlich 31,00 € beschränkt. Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln müssen Volljährige je Hilfsmittel eine Eigenbeteiligung von bis zu 25,00 € leisten. Die Notwendigkeit für Pflegehilfsmittel muss von einem Pflegedienst bestätigt werden. In der stationären Pflege sind Pflegehilfsmittel von der Pflegeeinrichtung bereitzustellen.

#### **V. Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI)**

Nach § 40 Abs. 4 SGB XI können die Pflegekassen subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (z.B. Anbringen von Treppengeländern, Haltegriffen, Beseitigung von Schwellen und Stufen, Einbau von Rampen, Einbau von unterfahrbaren Küchenschränken, behindertengerechtes Bad, Treppenlift). Die Zuschüsse können bis zu 2.557,00 € je Maßnahme betragen.

## **VI. Teilstationäre Pflegeleistungen (§ 41 SGB XI)**

Nach § 41 Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Höhe der Leistungen ist von der Pflegestufe abhängig. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Die Leistungen für teilstationäre Pflege betragen gem. § 41 Abs. 2 SGB XI monatlich (in €) maximal in Pflegestufe (s.h. Pflegesachleistung):

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2010	ab 1. Januar 2012
I	440	450
II	1040	1100
III	1510	1550

## **VII. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)**

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung gem. § 42 SGB XI. Dies gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.550,00 € im Kalenderjahr.

Nach § 42 Abs. 3 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

### VIII. Leistungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 f. SGB XI)

Die Leistungen der vollstationären Pflege sind in § 43 SGB XI aufgeführt. Danach haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die vollstationäre Pflege richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Die Pflegekasse zahlt eine monatliche Pauschale (in €) an das Pflegeheim bei Pflegestufe:

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2012	Neu ab 1. Januar 2013 für Personen nach §§ 45a, 123 SGB XI
I	1023	1023
II	1279	1279
III	1550	1550
III Härtefall	1918	1918

### IX. Leistungen für die Pflegeperson (§ 44 SGB XI)

Das Pflegeversicherungsgesetz sieht in § 44 SGB XI vor, dass für Pflegepersonen Leistungen zur sozialen Sicherung und Wiedereingliederung in das Berufsleben übernommen werden. Pflegepersonen nach § 19 SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.

Die Pflegeperson ist in den Unfallversicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen und damit gegen Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen, versichert.

Die Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen, der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen, sind darüber hinaus in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, gem. § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI. Die Pflichtversicherung aufgrund der Pflege entfällt, wenn die Pflegeperson neben der Pflege mehr als 30 Wochenstunden anderweitig versicherungspflichtig beschäftigt oder selbstständig ist (vgl. § 3 SGB VI).

Nach § 2 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (PflgeZG) besteht für alle Arbeitnehmer ein Anspruch auf kurzfristige Freistellung von der Arbeit von bis zu 10 Tagen vor, wenn diese erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Im Pflegezeitgesetz ist ebenfalls normiert, dass Beschäftigte, die in einem



Unternehmen mit mindestens 15 Mitarbeiter tätig sind und einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen, einen Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit für die Dauer von bis zu 6 Monaten haben (§§ 3 und 4 PflegeZG). Nach § 7 Abs. 3 PflegeZG gelten Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder, Enkel-, oder Schwiegerkinder als nahe Angehörige.

## **X. Leistungen bei erheblichem Betreuungsbedarf (§ 45 a ff. SGB XI)**

In den §§ 45 a ff. SGB XI sind zusätzliche Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflegesituation für pflegebedürftige Menschen aufgeführt, die aufgrund einer Demenzerkrankung oder anderer schwerwiegender Beeinträchtigungen bei psychischer Krankheit oder geistiger Behinderung besondere Anleitung und Beaufsichtigung benötigen. Diese zusätzliche Leistung geht also über das Pflegegeld (nach Stufe I, II oder III) hinaus. Der Anspruch kann auch von Personen geltend gemacht werden, bei denen die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht bzw. noch nicht erfüllt sind („Pflegestufe 0“ s.h. Ausführungen zur Pflegestufe), können nun einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen geltend machen. Entscheidend ist, dass der besondere Betreuungsaufwand „erheblich“ ist. Die Beurteilung erfolgt durch den MDK.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen gem. § 45 a Abs. 2 SGB XI maßgebend:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;

- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen (davon mindestens einmal aus einem der ersten neun genannten Punkte) dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Personen mit einem geringen allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten einen Grundbetrag bis zu 100,00 € monatlich. Personen mit einem erhöhten allgemeinem Betreuungsbedarf können bis zu 200,00 € monatlich beantragen (Vgl. § 45 b Abs. 1 SGB XI).

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten z. B. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von folgenden Leistungen erhält (Vgl. § 45 b Abs. 1 SGB XI):

- der Tages- oder 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.

## **XI. Anspruch auf Beratung (§ 45 SGB XI)**

Seit 1. Januar 2009 haben pflegebedürftige Menschen grundsätzlich einen einklagbaren Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten für pflegebedürftige Menschen. Die Pflegekassen sollen Kosten für Pflegekurse (§ 45 SGB XI) für Angehörige und andere, an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen übernehmen. Das Vorliegen einer Pflegestufe ist hierfür nicht erforderlich. Das Angebot richtet sich somit an alle Bürger. Die Pflegekurse dienen der Sicherstellung der Qualität der pflegerischen Versorgung der zu Hause gepflegten Personen und zur Erleichterung der Pflegetätigkeit (Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 21). Mit einer Gesetzesänderung zum 1. Januar 2002 wurde die Vorschrift von einer „Kann-“ in eine „Soll“-Bestimmung geändert, um die Pflegekassen stärker zur Durchführung von Pflegekursen zu verpflichten.

## **H) Nachteilsausgleiche und andere Leistungen**

Nachteilsausgleiche sind gemäß § 126 SGB IX Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen. Die Nachteilsausgleiche setzen in aller Regel die Schwerbehinderteneigenschaft voraus. Die Rechte, Hilfen, finanziellen Unterstützungen und Einsparungsmöglichkeiten (Nachteilsausgleiche) zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile sind in einer Vielzahl von Gesetzen verstreut. Die Wichtigsten Vorschriften finden sich in den Steuergesetzen im SGB IX und SGB XII.

Eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn der Grad der Behinderung (GdB) wenigstens 50 beträgt. Der GdB wird vom Versorgungsamt festgestellt, und zwar in Schritten von jeweils 10 Prozent. Eine Gleichstellung mit wenigstens 30 Prozent kann vorgenommen werden, wenn infolge der Behinderung kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt werden oder behalten werden kann.

### **I. Merkzeichen**

Auf Antrag des behinderten Menschen wird beim Vorliegen der Voraussetzungen vom Versorgungsamt die schwerbehinderten Eigenschaft als Grad der Behinderung (GdB) festgestellt und das Vorliegen von gesundheitlichen Merkmalen mit sogenannten Merkzeichen bestätigt. Das Versorgungsamt vermerkt auf dem Schwerbehindertenausweis den festgestellten Grad der Behinderung, den Ablauf der Gültigkeit des Ausweises sowie weiterer gesundheitliche Merkmale in Form der Merkzeichen.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Zuerkennung der Merkzeichen nach den sogenannten „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ in denen einzelnen Voraussetzungen näher beschrieben werden und Definitionen aufgeführt sind.

### **1. Merkzeichen „G“: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit**

Gemäß § 145 Abs. 1 SGB IX werden schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, von Unternehmen, die öffentlichen Personennahverkehr betreiben, gegen Vorzeigen eines entsprechend gekennzeichneten Ausweises im Nahverkehr i.S.v. § 147 Abs. 1 SGB IX unentgeltlich befördert. Statt der unentgeltlichen Beförderung können die schwerbehinderten Menschen, die erheblich gehbehindert sind, auch die Ermäßigung der Kfz-Steuer in Anspruch nehmen. Daneben besteht bei Beziehen von Leistungen nach dem SGB

XII ein Mehrbedarfsanspruch in Höhe von 17 Prozent der für sie maßgeblichen Regelleistung (Sozialhilfe nach SGB XII).

Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken allgemein, d.h. altersunabhängig von Nichtbehinderten noch zu Fuß zurückgelegt werden. Nach der Rechtsprechung gilt als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne eine Strecke von ca. zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird.

## **2. Merkzeichen „aG“: Außergewöhnliche Gehbehinderung**

Dieses Merkzeichen betrifft die Gewährung von Parkerleichterungen (Parken im eingeschränkten Halteverbot und an Stellen mit Rollstuhlfahrersymbol, völlige Befreiung von Kfz-Steuer). Als Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Beispielfhaft sind zu nennen: Querschnittslähmung, Doppeloberschenkel- oder Doppelunterschenkelamputierte. Die Beeinträchtigung des Orientierungsvermögens allein reicht nicht aus.

## **3. Merkzeichen „B“: Notwendigkeit ständiger Begleitung**

Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist Voraussetzung für die kostenlose Beförderung einer Begleitperson im Nah- und Fernverkehr nach § 145 Abs. 2 SGB IX.

Ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen (bei denen die Voraussetzungen für die Merkzeichen „G“ oder „aG“ oder „H“ vorliegen) notwendig, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Dementsprechend ist zu beachten, ob bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig fremde Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels notwendig ist, bereit sein muss oder ob Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z.B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) erforderlich sind.

Die Notwendigkeit ständiger Begleitung wird stets angenommen bei:

Querschnittsgelähmten, Ohnhändern, Blinden und erheblich Sehbehinderten, hochgradig Hörbehinderten, geistig Behinderten und Anfallskranken, bei denen eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr anzunehmen ist.

## **4. Merkzeichen „H“: Hilflosigkeit**

Das Merkzeichen „H“ berechtigt vor allem zur Einräumung von Freibeträgen bei der Einkommenssteuer, zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Nahverkehr ohne Eigenbeteiligung oder zur Kfz-Steuerbefreiung.

Derjenige ist als „hilflos“ anzusehen, der infolge seiner Behinderungen nicht nur vorübergehend für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Als „nicht nur vorübergehend“ gilt ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten. „Häufig und regelmäßig“ wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichtungen der Notdurft. Außerdem sind notwendige körperliche Bewegung, geistige Anregung und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen.

Bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur die vorgenannten Verrichtungen zu beachten. Auch die Anleitung zu diesen Verrichtungen und die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie die notwendige Überwachung gehören zu den Hilfeleistungen, die für die Frage der Hilflosigkeit von Bedeutung sind.

Stets ist nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfsbedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet. Der Umfang der wegen der Behinderungen notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen muss erheblich sein.

### **5. Merkzeichen „RF“: Rundfunkgebührenbefreiung**

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht sind erfüllt bei:

**Behinderten Menschen** mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.

Hierzu gehören unter anderem Behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen (auch durch innere Leiden wie z.B. schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) bestehen und die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in ihnen zumutbarer Weise nicht besuchen können.

**Blinden** oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderten mit einem GdB von mindesten 60 allein wegen der Sehbehinderung.

**Hörgeschädigten**, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist. Letzteres ist dann nicht möglich, wenn an beiden

Ohren mindestens eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit oder hochgradige Innenohrschwerhörigkeit vorliegt und hierfür ein GdB von wenigstens 50 anzusetzen ist.

Am 1. Januar 2013 löst der geräteunabhängige Rundfunkbeitrag die bisherige Rundfunkgebühr ab. Dann gilt für alle Bürgerinnen und Bürger die einfache Regel: eine Wohnung = ein Beitrag. Künftig beteiligen sich auch Menschen mit Behinderung mit einem auf ein Drittel ermäßigten Beitrag an der Rundfunkfinanzierung. Menschen, denen das Merkzeichen „RF“ im Schwerbehindertenausweis zuerkannt wurde, zahlen auf Antrag den ermäßigten Beitrag von 5,99 € pro Monat.

## **6. Merkzeichen „Bl“: Blind**

Blind ist der Behinderte, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Das Merkzeichen berechtigt zur in Anspruchnahme von steuerlichen Ausgleichen, Befreiung von der Kfz-Steuer, Parkerleichterungen und andere Nachteilsausgleiche, wie Führerhund, Pflegezulage und Sonderführsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Als blind ist auch der Behinderte anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichbedeutend sind.

## **7. Merkzeichen „Gl“: Gehörlos**

Die Feststellung des Merkzeichens „Gl“ setzt voraus, dass Gehörlosigkeit vorliegt. Gehörlose sind hörbehinderte Menschen, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sowie Hörbehinderte Menschen mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprachen, geringer Sprachschatz) vorliegen. Das sind in der Regel hörbehinderte Menschen, bei denen an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in Kindheit erworben worden ist. Gehörlose haben Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr oder Kfz-Steuerermäßigung. Bei Ihnen kommen ebenfalls die Merkzeichen „G“, „B“ und „RF“ in Betracht.

Neben diesen Merkzeichen sind folgende Nachteilsausgleiche bzw. Leistungsansprüche beispielhaft zu nennen:

## **8. Zuzahlungsregelungen**

Die Grundfarbe des Ausweises ist grün. Bei Vorliegen der Merkzeichen „B“, „G“, „aG“, „H“ oder „Gl“, weist er zusätzlich einen orangefarbenen Flächenaufdruck auf. Der Ausweis mit orangefarbenem Flächenaufdruck ermöglicht in Verbindung mit einem Beiblatt mit einer

Freifahrten-Wertmarke die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr. Für die Freifahrten-Wertmarke ist eine Zuzahlung zu leisten (72,00 € pro Jahr, 36,00 € für ein halbes Jahr). Diese entfällt bei den Merkzeichen „Bl“ (Blindheit) und „H“ (Hilflosigkeit). Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch (SGB II, SGB VIII, SGB XII), dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Bundesentschädigungsgesetz sind ebenfalls von der Zuzahlung befreit.

Ist auf der Vorderseite des Ausweises das Merkzeichen „B“ (Begleitperson) nicht gestrichen, dann besteht der Anspruch auf die Mitnahme (unentgeltlich) einer beliebigen Begleitperson im gesamten Personenverkehr (unentgeltlich). Das gilt auch, wenn die schwerbehinderte Person kein Beiblatt mit Wertmarke erworben oder die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung in Anspruch genommen hat.

Am 1. September 2011 wurde die Freifahrtregelung für die rund 1,4 Millionen schwerbehinderten Menschen in Deutschland wesentlich erweitert. Alle Nahverkehrszüge der Deutschen Bahn (DB) können seither bundesweit ohne zusätzlichen Fahrschein mit dem grün-orangen Schwerbehindertenausweis und dem Beiblatt mit gültiger Wertmarke genutzt werden. Damit können schwerbehinderte Reisende bundesweit durchgängig mit allen Nahverkehrszügen der DB – Regionalbahn (RB), Regionalexpress (RE), Interregio-Express (IRE) und S-Bahn – in der 2. Klasse kostenlos fahren.

## **II. Altersrente**

Schwerbehinderte können unter bestimmten Voraussetzungen bereits vom 60. Lebensjahr an Altersrente erhalten (Vgl. § 236a SGB VI).

## **III. Kündigungsschutz**

Im Arbeitsleben stehende schwerbehinderte Menschen genießen ferner einen besonderen Kündigungsschutz. So können sie nur mit vorheriger Zustimmung des Integrationsamtes gekündigt werden (Vgl. § 85 SGB IX). Ohne diese vorherige Zustimmung des Integrationsamtes ist eine Kündigung eines schwerbehinderten Menschen unwirksam.

Darüber hinaus beträgt für schwerbehinderte Menschen die Kündigungsfrist mindestens 4 Wochen (Vgl. § 86 SGB IX).

## **IV. Freistellung von Mehrarbeit**

Schwerbehinderte Menschen sind nach § 124 SGB IX auf ihr Verlangen von jeglicher Form der Mehrarbeit freizustellen.

## **V. Anspruch auf Zusatzurlaub**



Nach § 125 SGB IX haben schwerbehinderte Menschen einen zusätzlichen bezahlten Urlaubsanspruch von 5 Arbeitstagen.

## VI. Blindengeld und Blindenhilfe

Blinde Menschen erhalten nach den Landesblindengeldgesetzen ein monatliches Blindengeld. Voraussetzungen und Höhe der Leistung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt.

Nach dem Blindengeldgesetz in Niedersachsen (BlindGeldG ND) ist Voraussetzung:

- die Feststellung des **Merkzeichens BL**
- der gewöhnliche **Aufenthalt im Land Niedersachsen** (oder: Aufenthalt in einer stationären Einrichtung innerhalb der Bundesrepublik, wenn vor Aufnahme der Wohnort im Land Nds. gelegen hat)

Seit dem 01.01.2009 beträgt das Blindengeld in € monatlich:

bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	320,00
nach Vollendung des 25. Lebensjahres	265,00
bei Aufenthalt in stationären Einrichtungen	100,00

Soweit das Blindengeld niedriger ist als die Blindenhilfe, die nach dem Sozialgesetzbuch XII (Recht der Sozialhilfe, § 75 SGB XII) gewährt wird, besteht Anspruch auf den Differenzbetrag, wenn im Einzelfall die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Weder Landesblindengeld noch Blindenhilfe erhalten blinde Menschen, die gleichartige Ansprüche nach vorrangigen Spezialregelungen haben, also z.B. Kriegsblinde oder Menschen, die infolge eines Berufsunfalls erblindet sind. Die Blindenhilfe verändert sich jeweils zum Zeitpunkt und in dem Umfang, wie sich der Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung ändert.

## VII. Kindergeld (EStG)

Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz wird Eltern grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ihres Kindes bezahlt. Für die ersten beiden Kinder werden jeweils 184,00 €, für das dritte 190,00 € und für jedes weitere Kind jeweils 215,00 € im Monat bezahlt. Als Kind gelten neben den leiblichen Kindern, Adoptivkinder und Pflegekinder.

Bis zum 31.12.2011 wurden nur dann Kindergeld geleistet, wenn ihre Einkünfte und Bezüge im jeweiligen Kalenderjahr 8.004,00 € nicht überstiegen und sie sich z.B. in einer Berufsausbildung befanden. Seit 01.01.2012 ist diese Einkommensgrenze weggefallen. Durch das sog. Steuervereinfachungsgesetz 2011(StVerG) spielt das Einkommen des Kindes seit 01.01.2012 keine Rolle mehr. Jetzt erhalten Eltern für volljährige Kinder bis zum 25.

Lebensjahr während einer erstmaligen Berufsausbildung bzw. eines Erststudiums des Kindes stets Kindergeld. Befindet sich das Kind nach Abschluss der ersten in einer weiteren Berufsausbildung besteht für die Eltern ein Anspruch auf Kindergeld, wenn das Kind nicht mehr als 20 Stunden in der Woche erwerbstätig ist.

Ist ein Kind aufgrund seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung, die bereits vor Vollendung des 25. Lebensjahr festgestellt worden ist derart eingeschränkt, dass es sich nicht selbst unterhalten kann, wird auch über die Vollendung des 25. Lebensjahrs hinaus ohne Altersbegrenzung Kindergeld bezahlt. Dieser Anspruch entfällt, wenn die Behinderung nicht mehr vorliegt oder wenn das Kind selbst für seinen Lebensunterhalt sorgen kann.

Wenn es dem Kind aufgrund seiner Behinderung unmöglich ist, seinen Lebensbedarf durch eigene Erwerbstätigkeit zu bestreiten, ist es außerstande sich selbst zu unterhalten. Bei Vorliegen des Merkzeichens „H“ (hilflos) im Schwerbehinderten ausweis, bei rentenbezug wegen voller Erwerbsminderung, ein Grad der Behinderung mit 50 oder mehr und besondere Umstände vorliegen, die eine übliche Tätigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verhindern. Zu solchen Umständen zählen z.B. die Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), der Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder die Fortdauer einer Schul- oder Berufsausbildung eines Kindes aufgrund seiner Behinderung über das 25. Lebensjahr hinaus.

Als weitere Voraussetzung darf das Kind finanziell nicht dazu imstande sein, seinen notwendigen Lebensbedarf selbst zu decken. Der notwendige Lebensbedarf eines behinderten Kindes wird aus dem jährlichen Grundbedarf von 8.004,00 € sowie dem individuellen behinderungsbedingten Mehrbedarf berechnet. Ein behinderungsbedingter Mehrbedarf liegt vor, wenn Aufwendungen vorhanden sind, die nur aufgrund der Behinderung zusätzlich entstehen.

In der Praxis wird der Anspruch auf Kindergeld oftmals durch die Familienkasse bei Übersteigen der Einkünfte und Bezüge eines behinderten Kindes von 8.004,00 € Euro im Jahr, ohne nähere Prüfung abgelehnt. Die Familienkasse unterstellt, dass das Kind imstande ist, sich selbst zu Unterhalten. Die Familienkasse übersieht dabei, dass mit dem Einkommen nicht nur den Grundbedarf, sondern auch noch den individuellen behinderungsbedingten Mehrbedarf gedeckt werden muss. Die Einbeziehung des Mehrbedarfs in die Berechnung führt in den meisten Fällen dazu, dass entgegen der Entscheidung der Familienkasse ein Anspruch auf Kindergeld besteht. Hier sollte zwingen gegen den Ablehnungsbescheid der Familienkasse Einspruch eingelegt werden.

Der behinderungsbedingte Mehrbedarf richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls. Wichtige Hinweise, lassen sich aus der Dienstanweisung zur Durchführung des Familienleistungsausgleichs von Januar 2011 (DA-FamESTG) entnehmen. Diese Dienstanweisung ist eine verbindliche Vorgabe an die Familienkassen. Bei der Bestimmung des behinderungsbedingten Mehrbedarfes sind die Fragen, der Wohnsituation, des Pflegebedarfs und der Bezug von Eingliederungshilfe des behinderten Kindes zu beachten.

Folgende behinderungsbedingte Mehrbedarfe können Berücksichtigung finden:

-Pauschbetrag für behinderte Menschen

Aufwendungen für die Pflege, erhöhter Wäschebedarf etc. können zum behinderungsbedingten Mehrbedarf zählen. Wenn diese Aufwendungen nicht im Einzelnen nachgewiesen werden, bemisst sich der Mehrbedarf grundsätzlich in Anlehnung an den sog. Pauschbetrag für behinderte Menschen (s.h. unten). Danach können folgende Jahresbeträge als behinderungsbedingter Mehrbedarf Berücksichtigung finden:

Die Höhe des Behinderten-Pauschbetrags richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung. Er beträgt bei einem GdB

von 25 und 30	310,00 €
von 35 und 40	430,00 €
von 45 und 50	570,00 €
von 55 und 60	720,00 €
von 65 und 70	890,00 €
von 75 und 80	1060,00 €
von 85 und 90	1230,00 €
von 95 und 100	1420,00 €

Für behinderte Menschen, die hilflos (Merkzeichen „H“) sind und für blinde Menschen (Merkzeichen „Bl“) beläuft sich der Pauschbetrag auf 3.700,00 €.

Aufwendungen für Heilbehandlungen, Fahrtkosten sowie persönliche Betreuungsleistungen der Eltern (DA 63.3.6.4 Absatz 5 und Absatz 7 Satz 5 DA-FamESTG) können daneben als weiterer Mehrbedarf angesetzt werden. Dabei spielt die Wohnsituation, in welcher das Kind lebt, keine Rolle.

Liegt bei dem behinderten Kind eine Pflegestufe vor, kann das Pflegegeld als behinderungsbedingter Mehrbedarf angesetzt werden. Es tritt dann an die Stelle des maßgeblichen Pauschbetrages. Auch hier spielt die Wohnsituation, in welcher das Kind lebt,

keine Rolle. Beim Bezug von Blindengeld gelten die gleichen Ausführungen (DA 63.3.6.4 Absatz 4 Satz 3 und 4 DA-FamEStG).

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) bezogen, können diese ebenfalls nur anstelle des Pauschbetrages für behinderte Menschen als behinderungsbedingter Mehrbedarf in Ansatz gebracht werden (DA 63.3.6.4 Absatz 7 Satz 4 DA-FamEStG). Wenn die Kinder im Haushalt der Eltern leben und sie in einer WfbM oder einer Tagesförderstätte beschäftigt sind, können die vom Sozialamt finanzierten Kosten für die Beschäftigung in der WfbM bzw. Tagesförderstätte jedoch zusätzlich zum Pauschbetrag berücksichtigt werden (DA 63.3.6.4 Absatz 8 Satz 4 DA-FamEStG).

-Neben dem Pauschbetrag zu berücksichtigender Mehrbedarf

Neben dem Pauschbetrag können bestimmte behinderungsbedingte Aufwendungen zusätzlich als Mehrbedarf berücksichtigungsfähig sein.

Hierzu zählen z.B.:

- behinderungsbedingte Aufwendungen für Operationen, Heilbehandlungen, Kuren, Ärzte und Arzneien (DA 63.3.6.4 Absatz 5 Satz 2 DA-FamEStG),
- persönliche Betreuungsleistungen der Eltern, die von der Pflege des Kindes abzugrenzen sind. Hierzu zählen z.B. die notwendige Beaufsichtigung des Kindes (Weglauf- und/oder Gefährdungstendenz) oder notwendige Begleitung bei Freizeitaktivitäten. Für die Aufwendungen kann ein Stundensatz von 8,00 € angesetzt werden. Die Anerkennung der Aufwendungen setzt eine amtsärztliche Bescheinigung der zwingenden Erforderlichkeit der Betreuungsleistungen voraus (DA 63.3.6.4 Absatz 5 Sätze 3 und 4 DA-FamEStG),
- Fahrtkosten (DA 63.3.6.4 Absatz 5 Satz 5 DAFamEStG) können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls angesetzt werden. Bei Vorliegen eines GdB von mindestens 80, können für durch die Behinderung verursachte unvermeidbare Fahrten, die entsprechenden Kosten in Ansatz gebracht werden. Bei einem GdB von 70 gilt die gleiche Regelung, wenn zusätzlich eine Geh- und Stehbehinderung (z.B. Merkzeichen „G“) festgestellt ist.

Behinderungsbedingte Fahrten sind z.B. Fahrten zur Schule, zur WfbM, zum Arzt, zu Therapiemaßnahmen oder zu Behörden. Liegt eine außergewöhnlich gehbehindert (Merkzeichen „aG“), Blindheit (Merkzeichen „Bl“) oder Hilflosigkeit (Merkzeichen „H“) vor, können auch Urlaubs-, Freizeit- oder Besuchsfahrten im angemessenen Rahmen als behinderungsbedingter Mehrbedarf berücksichtigt werden. Bei den Aufwendungen können 0,30 € pro Kilometer in Ansatz gebracht werden.

- Als Mehrbedarf sind ebenfalls Aufwendungen für eine Begleitperson anlässlich einer Urlaubsreise berücksichtigungsfähig. Dies setzt voraus, dass im Schwerbehindertenausweis des Kindes das Merkzeichen „B“ eingetragen ist (DA 63.3.6.4 Absatz 5 Satz 6 und 7 DAFamEStG).

Bei Bezug von Sozialleistungen und Kindergeld wird das Kindergeld oftmals auf die Sozialleistungen als Einkommen angerechnet oder der Sozialhilfeträger versucht, das Kindergeld auf sich überzuleiten. Dies ist in den meisten Fällen rechtswidrig. Gegen dieses Vorgehen sollte daher Widerspruch erhoben werden.

## VIII. Steuervergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz

### 1. Behinderten-Pauschbetrag

Nach § 33 b Abs. 1 EStG kann ein behinderter Mensch wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die ihm unmittelbar infolge seiner Behinderung erwachsen, die Bemessungsgrundlage für seine Einkommensteuer durch einen sog. Behinderten-Pauschbetrag vermindern.

Die Höhe des Behinderten-Pauschbetrags richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung. Er beträgt bei einem GdB

von 25 und 30	310,00 €
von 35 und 40	430,00 €
von 45 und 50	570,00 €
von 55 und 60	720,00 €
von 65 und 70	890,00 €
von 75 und 80	1060,00 €
von 85 und 90	1230,00 €
von 95 und 100	1420,00 €

Nach § 33 b Abs. 3 EStG erhöht sich der Pauschbetrag auf 3.700,00 € für behinderte Menschen, die hilflos sind, und für Blinde. Der Pauschbetrag steht auch behinderten Kindern zu. Er ist auf die Eltern übertragbar, sofern sie für das Kind einen Kinderfreibetrag oder Kindergeld erhalten und der Pauschbetrag von dem Kind nicht in Anspruch genommen werden kann.

Daneben können weitere außergewöhnliche Belastungen des behinderten Menschen gesondert in der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden, z.B. Krankheitskosten.

Sofern ein Steuerpflichtiger eine "hilflose" Person persönlich pflegt, können die Aufwendungen, die der pflegenden Person entstehen, durch einen sogenannten Pflege-Pauschbetrag von jährlich 924,00 € abgezogen werden. Voraussetzung ist, dass sich der Steuerpflichtige der Pflege aus rechtlichen, tatsächlichen oder sittlichen Gründen nicht

entziehen kann. Eine sittliche Verpflichtung wird anerkannt, wenn eine enge persönliche Beziehung zu der gepflegten Person besteht (BFH, 29.08.1996 - III R 4/95, BStBl II 1997, 199).

## **2. Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer**

Das Kraftfahrzeugsteuergesetzes (vgl. § 3a KraftStG) sieht für schwerbehinderte Menschen eine volle oder teilweise Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer vor. Die Befreiung greift nicht, wenn das Fahrzeug für Fahrten benutzt wird, die nicht im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder der Führung des Haushalts der behinderten Person stehen. Die Befreiung muss schriftlich beantragt werden. Der Antrag kann gleichzeitig mit der Zulassung des Fahrzeugs bei der Zulassungsbehörde oder unmittelbar beim Finanzamt gestellt werden.

Eine vollumfängliche Befreiung kommt für Fahrzeuge in Betracht, die von schwerbehinderten Menschen gehalten werden, die hilflos, blind oder außergewöhnlich gehbehindert sind (nachzuweisen mit Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen H, Bl oder aG).

Eine teilweise Befreiung mit einer Ermäßigung um 50 % kommt in Betracht, wenn das Merkzeichen „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) oder „Gl“ (Gehörlosigkeit) vorliegt und die betroffene Person auf ihr Recht zur unentgeltlichen Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln verzichtet.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen können die Vergünstigungen auch von minderjährigen Kindern in Anspruch genommen werden. Das Fahrzeug muss dann auf den Namen des behinderten Kindes zugelassen werden und darf von den Eltern nur für Fahrten benutzt werden, die im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder der Haushaltsführung des behinderten Kindes stehen. Oftmals wird der Nachweis durch die Führung eines Fahrtenbuches zu erbringen sein.

## **1) Weiterführende Informationen**

[www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de)

Auf der Internetseite des Bundesjustizministeriums finden Sie Informationen, insbesondere zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und zum Betreuungsrecht. Die Publikationen und Broschüren können kostenfrei bestellt und/oder heruntergeladen werden.

[www.bmas.de](http://www.bmas.de)

Die Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales enthält Informationen aus diesen Bereichen. Insbesondere die Fragen zur Teilhabe behinderter Menschen und die soziale Sicherung werden in einer Vielzahl von Publikationen und Broschüren umfangreich

erläutert. Die Publikationen und Broschüren können ebenfalls kostenfrei bestellt und/oder heruntergeladen werden.

[www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

Auf dieser Internetseite des Bundesjustizministeriums haben Sie Zugriff zu den meisten Gesetzen und Rechtsverordnungen des Bundes.

[www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de)

[www.portal-lebenshilfe.de](http://www.portal-lebenshilfe.de)

Auf diesen Internetseiten der Lebenshilfe finden Sie ebenfalls hilfreiche Informationen zum Sozialrecht und der Rechte behinderter Menschen. Auf [www.pb-lebenshilfe.de](http://www.pb-lebenshilfe.de) finden Sie umfassende Informationen zum persönlichen Budget.

[www.behinderte-kinder.de](http://www.behinderte-kinder.de)

Informationen für Eltern und Angehörige behinderter Kinder. Mit den Schwerpunkten Pflegegeld, Schwerbehindertenausweis, unterstützte Kommunikation, Erben und Vererben.

[www.intakt.info/](http://www.intakt.info/)

*INTAKT* ist eine Internetplattform für Eltern von Kindern mit Behinderung. Hier finden Sie Informationen, die für Eltern eines behinderten Kinds wichtig sind.

[www.tacheles-sozialhilfe.de](http://www.tacheles-sozialhilfe.de)

Ist eine Internetseite die sich vorwiegend mit den Fragen zum SGB II (ALG II/„Hartz IV“) beschäftigt.

[www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de)

Diese Website enthält ein Verzeichnis der bisher im gesamten Bundesgebiet eröffneten gemeinsamen Reha-Servicestellen, gegliedert nach Trägern, Ort oder Bundesland.

[www.isl-ev.de](http://www.isl-ev.de)

Eine von behinderten Menschen selbst getragene Organisation und ein Zusammenschluss der Zentren für selbstbestimmtes Leben. Viele Informationen zum persönlichen Budget, insbesondere einer beispielhaften Zielvereinbarung.

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) (gemeinsamer Bundesausschuss KV)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Diese Richtlinien, die Änderungen und Ergänzungen könne hier abgerufen werden.

[www.bag-ub.de](http://www.bag-ub.de)

Zusammenschluss von Integrationsfachdiensten, Behindertenorganisationen, Forschungsinstituten und engagierten Einzelpersonen, die sich für die Verbreitung des Konzepts der Unterstützten Beschäftigung einsetzen, um Menschen mit Behinderungen faire Chancen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu ermöglichen.

[www.soziales.niedersachsen.de](http://www.soziales.niedersachsen.de)

Ist die Internetseite des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie. Unter der Rubrik „Behinderte Menschen“ finden sich Zahlreiche Informationen zu den Merkzeichen, zur Eingliederungshilfe, Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen, Blindengeld usw.



## **Bögner & Burke** **Rechts- und Fachanwälte**

### **Alik Lasse Burke**



#### **Fachanwalt für Sozialrecht**

Herr Rechtsanwalt Burke bearbeitet die sozial- und familienrechtlichen Mandate mit folgenden Schwerpunkten:

- Sozialhilferecht SGB XII
- Schwerbehindertenrecht (SGB IX)
- Betreuungsrecht
- Pflegeversicherungsrecht
- Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV)
- Rentenversicherungsrecht
- Unfallversicherungsrecht
- Unterhaltsrecht
- Familienrecht / Ehescheidung / Sorge- und Umgangsrecht