

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es

Katja Kruse



Impressum

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es

Überblick über Rechte und finanzielle Leistungen für Familien mit behinderten Kindern

Autorin

Katja Kruse (Rechtsanwältin und Referentin für Sozialrecht
beim Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen)

Herausgeber

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf

Tel. 0211 / 64 00 4-0, Fax: 0211 / 64 00 4-20

e-mail: info@bvkm.de

www.bvkm.de

Januar 2016

Hinweise

Der Inhalt der Broschüre wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Es wird deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere wird die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen ausgeschlossen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass bei der Schreibweise aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form (der Ausweisinhaber, der rechtliche Betreuer, der ausländische Staatsangehörige usw.) verwendet wird. Die Texte beziehen sich immer auf Frauen und Männer.

Inhaltsverzeichnis

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es	1
Impressum	1
Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es	2
Autorin	2
Herausgeber	2
Hinweise	2
Vorbemerkung	7
Abkürzungsverzeichnis	8
A) Leistungen der Krankenversicherung	9
I. Arzneimittel	9
II. Heilmittel	9
III. Hilfsmittel	10
IV. Häusliche Krankenpflege	10
V. Fahrkosten	11
VI. Begleitperson im Krankenhaus	11
VII. Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder	11
VIII. Haushaltshilfe	11
IX. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	12
X. Zahnersatz	12
XI. Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen	12
B) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	13
I. Leistungen der Pflegeversicherung	14
1. Stufen der Pflegebedürftigkeit	14
2. Begutachtung und Fristen	15
3. Anspruch auf Pflegeberatung	15
4. Leistungen bei häuslicher Pflege	15

5. Teilstationäre Pflege	20
6. Kurzzeitpflege	20
7. Vollstationäre Pflege	20
8. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	21
9. Leistungen für Pflegepersonen	21
II. Hilfe zur Pflege	22
C) Nachteilsausgleiche	23
I. Der Schwerbehindertenausweis	23
II. Unentgeltliche Beförderung	24
III. Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson	24
IV. Parkerleichterung	24
V. Ermäßigung des Rundfunkbeitrags	25
D) Blindengeld und Blindenhilfe	25
E) Steuererleichterungen	25
I. Steuervergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz	26
II. Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer	27
F) Kindergeld	27
G) Leistungen zum Lebensunterhalt	28
I. Arbeitslosengeld II	28
II. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	29
H) Eingliederungshilfe	30
I. Nachrangigkeit der Sozialhilfe	31
II. Einkommens- und Vermögensgrenzen	31
III. Sonderregelung für Eltern volljähriger Kinder	31
IV. Entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen	32
1. Frühförderung	32
2. Kindergarten	32
3. Schule	32

V. Allgemeingesellschaftliche Hilfen	33
1. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse	33
2. Förderung der Verständigung	33
3. Hilfen zum Wohnen	33
4. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten	33
5. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	33
6. Hilfsmittel	34
J) Leistungen und Rechte im Rahmen von Ausbildung, Studium und Beruf	34
I. Berufsausbildung	34
II. Studium	35
III. Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	35
1. Integrationsfachdienst	35
2. Unterstützte Beschäftigung	35
3. Begleitende Hilfen im Beruf	36
4. Kündigungsschutz und Zusatzurlaub	36
IV. Werkstatt für behinderte Menschen	36
V. Tagesförderstätten	37
K) Wohnen	38
I. Fördermöglichkeiten für barrierefreies Wohnen	38
II. Leistungen für spezielle Wohnformen	39
1. Vollstationäre Einrichtung	40
2. Ambulant betreutes Wohnen	40
L) Das Persönliche Budget	41
M) Zuständiger Kostenträger	42
I. Kostenträger bei besonderen Behinderungsursachen	42
II. Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur Teilhabe	42
N) Verfahrensrecht	42
I. Widerspruchsverfahren	43
II. Klage	43

O) Rechtliche Betreuung	43
P) Das Behindertentestament	44
Literatur	46
Spenden	47

Vorbemerkung

Für behinderte Menschen und ihre Familien ist es nicht immer leicht, sich im Dickicht der Sozialleistungen zurechtzufinden. Die vorliegende Broschüre will daher einen Überblick über die Leistungen geben, die Menschen mit Behinderungen zustehen. Sie ist als erste Orientierungshilfe gedacht und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Hinweise auf vertiefende Rechtsratgeber werden am Ende der einzelnen Kapitel gegeben. Die Bestelladressen sind im Anhang der Broschüre aufgeführt.

Düsseldorf im Januar 2016

Katja Kruse

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
EU	Europäische Union
GdB	Grad der Behinderung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	(Recht der) Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB V	(Recht der) Gesetzlichen Krankenversicherung
SGB IX	(Recht der) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	(Recht der) Sozialen Pflegeversicherung
SGB XII	(Recht der) Sozialhilfe
UB	Unterstützte Beschäftigung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

A) Leistungen der Krankenversicherung

Die Krankenkasse gewährt den Versicherten Leistungen zur Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch V festgelegt.

Bei den privaten Krankenkassen ergibt sich das Leistungsspektrum aus dem jeweiligen Versicherungsvertrag. Die nachfolgende Übersicht beschränkt sich auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

*Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
Auch ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland leben und Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, können diese Leistungen beanspruchen. Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die in Deutschland einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, sind pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenkasse. Ohne Arbeit ist es für die meisten ausländischen Staatsangehörigen, die aus Staaten außerhalb der Europäischen Union (EU) kommen, nicht möglich eine gesetzliche Krankenversicherung zu bekommen.*

I. Arzneimittel

Versicherte haben Anspruch auf verschreibungspflichtige Arzneimittel. Medikamente, die in den Apotheken frei verkäuflich sind, können grundsätzlich nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse ärztlich verordnet werden. Von diesem Grundsatz gibt es drei Ausnahmen. **Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** sind weiterhin ordnungsfähig:

- 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.

Die Medikamente, die in letzterem Fall bei bestimmten Diagnosen ausnahmsweise ärztlich verordnet werden dürfen, sind in Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinien abschließend festgelegt. Aufgeführt sind dort z.B. Abführmittel zur Behandlung bei Tumorleiden oder neurogener Darmlähmung sowie Antiseptika und Gleitmittel für Versicherte mit Katheterisierung. Die Liste wird ständig aktualisiert und ist im Internet unter www.g-ba.de abrufbar.

Auch bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel werden für Erwachsene nicht mehr von der Krankenversicherung bezahlt. Es handelt sich dabei z.B. um Medikamente zur Behandlung von Erkältungskrankheiten sowie Abführmittel.

Für zahlreiche Arzneimittel gelten Festbeträge. Übersteigt der Preis des Medikaments den von den Krankenkassen festgesetzten Betrag, ist die Differenz von den Versicherten zu zahlen.

II. Heilmittel

Versicherte können folgende Heilmittel beanspruchen:

- Krankengymnastik (auch besondere Methoden, wie z.B. Bobath oder Vojta)
- Ergotherapie

- Logopädie
- Massagen

Die Konduktive Förderung nach Petö und die Hippotherapie werden nicht von der Krankenkasse bezahlt.

III. Hilfsmittel

Auch Hilfsmittel gehören zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Typische Hilfsmittel sind z.B. Hörgeräte, Prothesen und Rollstühle.

Auch **Sehhilfen** (z.B. Brillen) sind Hilfsmittel. Sie werden allerdings nur noch von der Krankenkasse bezahlt

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

Bei Versicherten, die an Epilepsie oder cerebralen Bewegungsstörungen erkrankt sind und bei denen darüber hinaus eine besondere Sturzgefahr besteht sowie bei einäugigen Versicherten finanziert die Krankenkasse außerdem Kunststoffgläser zur Vermeidung von Augenverletzungen.

Für bestimmte Hilfsmittel gelten bundeseinheitliche **Festbeträge** (z.B. orthopädische Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Sehhilfen). Bei diesen Hilfsmitteln zahlt die Krankenkasse grundsätzlich nur noch den Festbetrag. Entscheiden sich Versicherte für ein Hilfsmittel, das preislich über dem Festbetrag liegt, müssen sie die Mehrkosten selber tragen. Reicht der Festbetrag für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht aus, muss die Krankenkasse die Kosten für das benötigte Hilfsmittel in voller Höhe übernehmen.

Hilfsmittel können Versicherte grundsätzlich nur in den Sanitätshäusern und Apotheken sowie bei den Herstellern erhalten, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Wenn ein berechtigtes Interesse besteht, können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen. Dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen. Ein berechtigtes Interesse kann z.B. vorliegen, wenn ein individueller Anpassungsbedarf erforderlich ist oder das Vertrauensverhältnis zum Vertragspartner der Krankenkasse fehlt.

Dient ein benötigtes Hilfsmittel allein dazu, die Folgen einer Behinderung im beruflichen, gesellschaftlichen oder privaten Bereich auszugleichen, kommen andere Kostenträger für die Finanzierung in Betracht. Beispielsweise ist es nicht Aufgabe der Krankenkasse, einen blinden Menschen mit einem blindengerechten Computer zu versorgen, wenn dieses Hilfsmittel für ein Studium oder eine berufliche Tätigkeit benötigt wird. In derartigen Fällen kann das Hilfsmittel vom Sozialamt oder der Arbeitsagentur zu leisten sein. Die Abgrenzung, welcher Kostenträger für welches Hilfsmittel zuständig ist, kann sich in Einzelfällen als schwierig erweisen.

IV. Häusliche Krankenpflege

Versicherte haben einen Anspruch darauf, in ihrem Haushalt, in ihrer Familie, in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten häusliche Krankenpflege zu erhalten, wenn dies erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Häusliche Krankenpflege kann z.B. in der Verabreichung von Medikamenten oder Spritzen bestehen. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Krankenpflege nicht von einer im Haushalt lebenden Per-

son ausgeführt werden kann. Bei Menschen mit besonders hohem Pflegebedarf muss die Krankenversicherung auch in Werkstätten für behinderte Menschen häusliche Krankenpflege erbringen.

V. Fahrkosten

Fahrkosten, die für Fahrten zur ambulanten Behandlung entstehen, werden nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger ärztlicher Verordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen. Gezahlt werden Fahrten für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die die Pflegestufe II oder III nachweisen können.

Übernommen werden außerdem die Fahrkosten von Dialyse-Patienten oder Krebs-Patienten, die zur Strahlen- oder Chemotherapie fahren müssen.

VI. Begleitperson im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die Aufnahme einer Begleitperson, wenn diese aus medizinischen Gründen für die Behandlung notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit muss vom Krankenhausarzt bestätigt werden.

VII. Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder

Chronisch kranke und schwerstkranke Kinder haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitation Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen. Damit soll die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen im häuslichen Bereich sichergestellt und hierdurch der Übergang von der Akutversorgung in die Familie erleichtert werden. Zu diesem Zweck wird ein Hilfeplan erarbeitet, unterstützende, aufbauende Gespräche mit den Eltern und Angehörigen geführt, die Anbindung an ambulante Hilfen, Förder- und Rehabilitationseinrichtungen, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen geplant und angebahnt, sozialrechtliche Beratung, Unterstützung bei Arztbesuchen, Therapieterminen oder Behörden angeboten und Hilfestellung bei der Organisation des Familienalltags unter den veränderten Bedingungen gegeben. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass das Kind das 14. Lebensjahr bzw. in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die sozialmedizinische Nachsorge muss außerdem notwendig sein, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

VIII. Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn es ihnen wegen einer Krankenhausbehandlung, einer stationären oder ambulanten Kur oder wegen häuslicher Krankenpflege nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Zusätzlich leisten viele Versicherungen auch dann Haushaltshilfe, wenn die Haushaltsführung wegen akuter Krankheit nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Außerdem darf es im Haushalt keine Person geben, die den Haushalt weiterführen könnte.

IX. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn ein ärztliches Attest bestätigt, dass sie ihr erkranktes Kind pflegen oder betreuen müssen und deshalb nicht zur Arbeit gehen können. Das erkrankte Kind muss gesetzlich krankenversichert sein und darf das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Ferner darf keine andere im Haushalt lebende Person zur Betreuung des Kindes zur Verfügung stehen.

Der Anspruch besteht für 10 Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Ohne zeitliche Begrenzung besteht der Anspruch für einen Elternteil, wenn das Kind an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leidet, die eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Krankengeld kann in diesem Fall auch geltend gemacht werden, wenn das Kind stationär versorgt wird oder ambulante Leistungen eines Hospizes erhält.

X. Zahnersatz

Versicherte können die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz beanspruchen. Der Zahnersatz umfasst beispielsweise Zahnkronen, Brücken und in medizinisch begründeten Fällen auch Implantate. Vor Behandlungsbeginn stellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan auf, der von der Krankenkasse geprüft und genehmigt werden muss.

Übernommen wird von der Krankenversicherung ein **Festzuschuss**, der sich nach dem jeweiligen Befund richtet. Der Zuschuss beläuft sich auf 50 Prozent der Kosten für eine durchschnittlich teure Regelversorgung. Er erhöht sich um 20 Prozent, wenn der Versicherte für regelmäßige Zahnpflege gesorgt hat und sich in den letzten fünf Jahren vor Behandlungsbeginn mindestens einmal jährlich zahnärztlich untersuchen lassen hat. Kinder zwischen 6 und 18 Jahren müssen die zahnärztliche Untersuchung in jedem Kalenderhalbjahr wahrgenommen haben.

Für die Bezieher geringer Einkommen sieht das Gesetz außerdem eine **Härtefallregelung** vor. Sie erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss, um die Regelversorgung bezahlen zu können. Die Härtefallregelung gilt für Versicherte, die

- ein monatliches Bruttoeinkommen von bis zu 1.162 Euro haben oder
- Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beziehen oder
- Arbeitslosengeld II erhalten oder
- in einem Heim leben, sofern die Kosten der Heimunterbringung durch den Sozialhilfeträger getragen werden.

Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind verpflichtet, die Regelversorgung zu den in den Festzuschüssen genannten Beträgen zu erbringen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie den Festzuschuss und müssen die Mehrkosten selber tragen. Dies gilt auch für Versicherte mit Härtefallstatus. Die Mehrkosten können auch nicht von der Sozialhilfe übernommen werden.

XI. Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen

Alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse leisten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind mit Ausnahme der Zuzahlungen bei Fahrkosten von den Zuzahlungen befreit. Grundsätzlich wird bei allen Leistun-

gen der Krankenkasse eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten erhoben, wobei mindestens 5 Euro höchstens aber 10 Euro je Leistung zu zahlen sind. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie zusätzlich 10 Euro je Verordnung. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen (Krankenhausaufenthalt) werden je Kalendertag 10 Euro erhoben.

Es gibt allerdings **Belastungsgrenzen**. Pro Kalenderjahr muss ein Versicherter maximal Zuzahlungen in Höhe von 2 Prozent seines jährlichen Bruttoeinkommens leisten. Bei chronisch kranken und behinderten Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei 1 Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen (sogenannte Chroniker-Regelung).

Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt vor, wenn sich der Versicherte in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal) und zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt 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 medizinische Versorgung erforderlich, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Dem Versicherten wurde ferner ärztlich bestätigt, dass er sich therapiegerecht verhält.

Auch gesetzlich versicherte **Heimbewohner** sowie Versicherte, die Arbeitslosengeld II oder Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beziehen, sind dazu verpflichtet, Zuzahlungen zu leisten. Bei diesem Personenkreis beläuft sich die Belastungsgrenze auf 96,96 Euro (2 Prozent der Bruttoeinnahmen) oder – wenn der Betroffene an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet – auf 48,48 Euro (1 Prozent der Bruttoeinnahmen).

Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Für Mehrkosten, die Versicherte zahlen müssen, weil der Preis eines Medikaments oder eines Hilfsmittels den hierfür festgelegten Festbetrag übersteigt (siehe dazu die [Ausführungen in diesem Kapitel unter A.I](#) und [A.III](#)), gibt es keine Obergrenze. Diese Kosten werden auch nicht bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigt. Sie müssen deshalb auch dann geleistet werden, wenn bereits eine Befreiungsbescheinigung vorliegt.

B) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden in der Regel von der Pflegeversicherung gewährt. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei täglichen Verrichtungen (z.B. bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) Hilfe benötigen. Der Hilfebedarf muss in erheblichem Maße und voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung ist im Sozialgesetzbuch XI geregelt. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung richten sich nach dem Pflegeversicherungsvertrag. Dieser muss Leistungen vorsehen, die denen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert war.

Am 1. Januar 2015 ist das sogenannte **erste Pflegestärkungsgesetz** in Kraft getreten. Die Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung wurden hierdurch um vier Prozent erhöht. Auch haben sich bei vielen Leistungen weitere Änderungen ergeben.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

In Deutschland lebende Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung sind, können die im SGB XI geregelten Leistungen ebenfalls beanspruchen. Ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, sind pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegekasse. Ohne Arbeit ist es für die meisten Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die aus Staaten außerhalb der Europäischen Union (EU) kommen, nicht möglich eine gesetzliche Pflegeversicherung zu bekommen.

I. Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege. Das Pflegeversicherungsgesetz räumt der häuslichen Pflege aus Kostengründen den Vorrang ein. Ein Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht daher nur, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Ob und in welcher Höhe Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung bestehen, hängt vom Ausmaß des täglichen Hilfebedarfs ab.

1. Stufen der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegeversicherung unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit.

Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 1,5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II: schwerpflegebedürftig

sind Personen, 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 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III: schwerstpflegebedürftig

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Härtefall

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftige der Pflegestufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Das Gesetz nennt hierfür eine Krebserkrankung im Endstadium als Beispiel.

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.).

2. Begutachtung und Fristen

Spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags soll die Pflegekasse schriftlich darüber entscheiden, ob dem Antragsteller Leistungen der Pflegeversicherung gewährt werden. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten über die Feststellung des Grads der Pflegebedürftigkeit übersandt wird. Wenn die Pflegekasse diese Frist nicht einhält, muss sie für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zahlen.

Zuständig für die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Pflegekassen können auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen. Bei einem Hausbesuch wird anhand eines Fragebogens der Pflegebedarf ermittelt. Um sich auf diesen Besuch gezielt vorzubereiten, empfiehlt es sich, ein **Pflegedagebuch** zu führen, in dem die Hilfen, die der Pflegebedürftige im täglichen Leben benötigt, zeitlich minutiös dokumentiert werden.

3. Anspruch auf Pflegeberatung

Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater der Pflegekasse. Dieser gibt Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten für pflegebedürftige Menschen.

Die Beratung darf auch von unabhängigen und neutralen Beratungsstellen durchgeführt werden. Nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung bietet die Pflegekasse dem Antragsteller entweder einen konkreten Beratungstermin an oder stellt einen Beratungsgutschein aus, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen dieser eingelöst werden kann.

4. Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegebedürftigen sind vorrangig Leistungen bei häuslicher Pflege zu gewähren. Voraussetzung hierfür ist, dass der pflegebedürftige Mensch in seinem eigenen Haushalt oder in einem Haushalt gepflegt wird, in dem er aufgenommen worden ist.

a) Pflegesachleistung und Pflegegeld

Bei häuslicher Pflege können pflegebedürftige Menschen entweder **Pflegesachleistung** oder Pflegegeld beanspruchen. Pflegesachleistung heißt, dass professionelle Pflegekräfte die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen. Dies geschieht in der Regel durch

einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst. Mit dem Betrag der Pflegesachleistung kann auch häusliche Betreuung beansprucht werden. Darunter fallen verschiedene Hilfen bei der Alltagsgestaltung wie z.B. die Unterstützung bei Hobby und Spiel oder Spaziergängen in der näheren Umgebung. Der Anspruch auf **häusliche Betreuung** besteht allerdings nur dann, wenn gewährleistet ist, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.

Anstelle der Sachleistung kann der pflegebedürftige Mensch **Pflegegeld** beantragen, wenn er damit in geeigneter Weise seine Pflege selbst sicherstellen kann, beispielsweise indem er sich durch Angehörige betreuen lässt. Das Pflegegeld steht dem pflegebedürftigen Menschen zu, der es an die Pflegeperson als finanzielle Anerkennung weitergeben kann.

Maßgeblich für die Höhe des Pflegegeldes und der Pflegesachleistung ist nicht nur die Pflegestufe, sondern auch, ob der pflegebedürftige Mensch in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist. **Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**, die die Pflegestufe I oder II haben, bekommen nämlich höheres Pflegegeld und höhere Pflegesachleistungen. Außerdem erhalten Versicherte, die zu diesem Personenkreis zählen, auch dann Pflegegeld und Pflegesachleistungen, wenn ihr Pflegebedarf nicht die relevanten Zeitwerte der Stufe I erreicht (sogenannte Pflegestufe 0). Die Feststellung, ob die Alltagskompetenz eines Menschen eingeschränkt ist, erfolgt durch den MDK bzw. durch einen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter. Maßgebend ist dabei, ob bestimmte Schädigungen und Fähigkeitsstörungen vorliegen. Dazu zählen z.B. eine Tendenz zum Weglaufen, zu aggressivem Verhalten oder das Verkennen gefährdender Situationen. Derartige Einschränkungen liegen insbesondere bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sowie bei demenzkranken Menschen vor.

Seit 1. Januar 2015 sind folgende Beträge für die Pflegesachleistung und das Pflegegeld vorgesehen:

Pflegesachleistung seit 1. Januar 2015:

Pflegestufe	Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz monatlich bis zu	Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz monatlich bis zu
0	kein Anspruch	231 €
I	468 €	689 €
II	1.144 €	1.298 €
III	1.612 €	1.612 €

In Härtefällen erhalten Pflegebedürftige der Stufe III Sachleistungen von bis zu 1.995 Euro.

Pflegegeld seit 1. Januar 2015:

Pflegestufe	Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz monatlich	Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz monatlich
0	kein Anspruch	123 €
I	244€	316 €
II	458 €	545 €
III	728 €	728 €

Sachleistung und Pflegegeld können auch kombiniert in Anspruch genommen werden (sogenannte **Kombinationsleistung**). Das Pflegegeld wird in diesem Fall um den Prozentsatz gemindert, zu dem von der Pflegeversicherung Sachleistungen erbracht werden.

Sachleistung und Pflegegeld können auch kombiniert in Anspruch genommen werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld wird in diesem Fall um den Prozentsatz gemindert, zu dem von der Pflegeversicherung Sachleistungen erbracht werden.

b) Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Seit 1. Januar 2015 gibt es erhebliche Veränderungen bei den zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Ergänzt wurden die bislang „zusätzliche Betreuungsleistungen“ genannten Leistungen um die „Entlastungsleistungen“. Erweitert wurde ferner der Personenkreis, der zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen beanspruchen kann. Neu ist außerdem, dass maximal 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrages zusätzlich für Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendet werden dürfen (sogenanntes Sachleistungsbudget). Im Einzelnen:

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen können – wie bisher auch – von Versicherten beansprucht werden, die die Pflegestufe 0, I, II oder III haben und in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind. Je nach Betreuungsbedarf steht ihnen entweder ein Grundbetrag von 104 Euro oder ein erhöhter Betrag von 208 Euro im Monat zu. Seit 1. Januar 2015 haben auch Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III **ohne eingeschränkte Alltagskompetenz** Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Ihnen steht jedoch nur der Grundbetrag in Höhe von monatlich 104 Euro zu.

Der jeweils maßgebliche zusätzliche Leistungsbetrag dient der Finanzierung bestimmter Angebote der Betreuung und Entlastung. Er wird nicht monatlich ausgezahlt, sondern von der Pflegekasse gegen Nachweis entstandener Aufwendungen erstattet. Zu den Angeboten der Betreuung

und Entlastung zählen Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege. Auch für besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung wie z.B. gemeinsames Lesen, Spielen oder Begleitung bei Spaziergängen kann der Betrag eingesetzt werden. Durch die Erweiterung um Entlastungsleistungen darf er jetzt neuerdings auch für **Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung** wie z.B. Hilfe bei Reinigungsarbeiten und der Wäschepflege verwendet werden. Als Entlastungsangebote kommen ferner Hilfen bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben, wie z.B. Umgang mit Behörden oder Begleitung zum Einkauf sowie die organisatorische, beratende und emotionale Unterstützung pflegender Angehöriger in Betracht. Familienentlastende Dienste und Betreuungsgruppen, die eine entsprechende Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht haben, dürfen die genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen ebenfalls erbringen und abrechnen. Für Leistungen der Grundpflege darf der zusätzliche Betrag nicht eingesetzt werden. Wird der Betreuungs- und Entlastungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann er in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Eine zusätzliche Möglichkeit, Betreuungs- und Entlastungsangebote zu finanzieren, wurde zum 1. Januar 2015 mit dem sogenannten **Sachleistungsbudget** eröffnet. Es erlaubt Versicherten, die ihren Anspruch auf Pflegesachleistung nicht voll ausschöpfen, den nicht genutzten Betrag für die speziellen nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannten Angebote der Betreuung und Entlastung zu verwenden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Außerdem dürfen nur maximal 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrages in dieser Form eingesetzt werden. Ein Versicherter mit Pflegestufe III, der einen Pflegesachleistungsanspruch von 1.612 Euro hat, kann also bis zu 644,80 Euro im Monat für solche Angebote der Betreuung und Entlastung einsetzen. Macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, verringert sich sein Anspruch auf Pflegesachleistung um einen entsprechenden Betrag.

c) Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflege bezahlen (sogenannte Verhinderungspflege). Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Auch Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die **Pflegestufe 0** haben, können Verhinderungspflege beanspruchen.

Die Aufwendungen für die Ersatzpflege sind unabhängig von der Pflegestufe grundsätzlich auf bis zu 1.612 Euro im Jahr begrenzt. Seit 1. Januar 2015 haben Versicherte aber die Möglichkeit, ihren Anspruch auf Verhinderungspflege um bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege aufzustocken. Für die Ersatzpflege stehen in diesem Fall maximal 2.418 Euro pro Jahr zur Verfügung. Machen Versicherte von diesem Wahlrecht Gebrauch, verringert sich ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege um einen entsprechenden Betrag.

Verhinderungspflege muss nicht sechs Wochen am Stück, sondern kann auch in kleineren Zeiteinheiten über das ganze Jahr verteilt in Anspruch genommen werden. Mit dem Geld können Eltern zum Beispiel die tage- oder stundenweise Betreuung ihres behinderten Kindes durch einen familienunterstützenden Dienst finanzieren und sich hierdurch Entlastung im Alltag verschaffen.

Die Ersatzpflege kann sowohl von Privatpersonen als auch z.B. durch ambulante Pflegedienste oder Familienentlastende Dienste geleistet werden. Ist die Ersatzpflegeperson mit dem Pflege-

bedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert (dies trifft z.B. auf Großeltern gegenüber einem pflegebedürftigem Enkelkind zu) oder lebt sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft, wird die Verhinderungspflege grundsätzlich nur in Höhe des jeweiligen Pflegegeldes gewährt. Zusätzlich kann die Pflegeversicherung in diesen Fällen nachgewiesene Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (z.B. Verdienstausfall, Fahrtkosten) übernehmen.

Während der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird die **Hälfte des Pflegegeldes** weitergezahlt. Nehmen Pflegebedürftige die Verhinderungspflege stundenweise für weniger als acht Stunden am Tag in Anspruch, können sie daneben für diesen Tag das volle Pflegegeld beanspruchen.

d) Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Das sind Hilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des pflegebedürftigen Menschen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Typische Pflegehilfsmittel sind Pflegebetten, Badewannenlifter etc. Die Aufwendungen der Pflegekasse für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Windeln, Bettschutzeinlagen etc.) sind auf monatlich 40 Euro beschränkt. Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln müssen Volljährige je Hilfsmittel eine Eigenbeteiligung von bis zu 25 Euro leisten. Auch Versicherte, mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Pflegestufe 0 haben, können Pflegehilfsmittel beanspruchen.

e) Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes des pflegebedürftigen Menschen (behindertengerechte Ausstattung des Bades, Einbau eines Treppenlifts etc.) können bis zu 4.000 Euro je Maßnahme gewährt werden. Als „Maßnahme“ wird dabei die Gesamtheit der Umbauten oder Beschaffungen bezeichnet, die zum Zeitpunkt der Antragstellung notwendig sind. Auch Versicherte, mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die **Pflegestufe 0** haben, können diese Leistungen beanspruchen.

f) Besondere Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Für Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen häuslich gepflegt werden, sieht das Gesetz weitere besondere Leistungen vor. **Ambulant betreute Wohngruppen** sind Wohngemeinschaften von mindestens drei und höchstens 12 Personen, mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung.

Pflegebedürftige, die in solchen Wohngruppen leben, erhalten neben dem Pflegegeld bzw. der Pflegesachleistung einen **pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro** monatlich. Auch Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die **Pflegestufe 0** haben, können diese Leistung seit 1. Januar 2015 erhalten. Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag ist unter anderem, dass mindestens drei der Bewohner eine Pflegestufe haben oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Außerdem müssen die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich eine Person beauftragen, die allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Versicherte, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben und eine ambulant betreute Wohngruppe neu gründen, erhalten pro Person für die altersgerechte oder **barrierearme Umgestaltung der Wohnung** eine Förderung in Höhe von 2.500 Euro. Der Gesamtbetrag für eine

Wohngemeinschaft ist auf 10.000 Euro begrenzt. Die Förderung endet, wenn die hierfür zur Verfügung gestellte Summe von 30 Millionen Euro aufgebraucht ist.

5. Teilstationäre Pflege

Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege besteht, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Der Pflegebedürftige wird in diesen Fällen zeitweise im Tagesverlauf in einer stationären Einrichtung versorgt. Pro Monat umfasst der Anspruch je nach Pflegestufe Leistungen bis zu 1.612 Euro. Seit 1. Januar 2015 können auch Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die **Pflegestufe 0** haben, diese Leistung erhalten.

6. Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise in bestimmten Situationen (z.B. während des Erholungsurlaubs der Pflegeperson oder nach einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen) nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. In der Regel sind dies Einrichtungen der Altenhilfe, die nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind. In begründeten Einzelfällen können Pflegebedürftige deshalb Kurzzeitpflege auch in **Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe** erhalten. Bislang galt diese Ausnahmeregelung nur für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren. Seit 1. Januar 2015 ist die Altersgrenze aber entfallen.

Kurzzeitpflege kann ferner ausnahmsweise in einer **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** erbracht werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der pflegende Angehörige dort eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt und eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung erforderlich ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist grundsätzlich auf vier Wochen pro Kalenderjahr sowie einen jährlichen Betrag von 1.612 Euro beschränkt. Seit 1. Januar 2015 haben Versicherte aber die Möglichkeit, ihren Anspruch auf Kurzzeitpflege um bis zu 1.612 Euro aus Mitteln der Verhinderungspflege aufzustocken. Für die Kurzzeitpflege stehen in diesem Fall maximal 3.224 Euro pro Jahr zur Verfügung. Parallel dazu kann die Zeit für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von vier auf längstens acht Wochen ausgeweitet werden. Entscheiden sich Versicherte für die Aufstockung ihrer Kurzzeitpflege, verringert sich ihr Anspruch auf Verhinderungspflege um einen entsprechenden Betrag.

Neu ist seit 2015 ferner, dass auch Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die **Pflegestufe 0** haben, Kurzzeitpflege beanspruchen können.

7. Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, 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 sind ähnlich wie bei der häuslichen Pflege entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit abgestuft und betragen bis zu 1.995 Euro monatlich.

8. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe (z.B. in einem Internat) zahlen die Pflegekassen – unabhängig von der Pflegestufe – maximal 266 Euro im Monat. Sind pflegebedürftige Heimbewohner am **Wochenende** oder in den Ferien zu Besuch bei ihren Eltern, können sie anteilig für jeden Tag der häuslichen Pflege 1/30 des jeweiligen Pflegegeldes ausgezahlt bekommen (bei Pflegestufe III mit einem monatlichen Pflegegeld von 728 Euro also 24,27 Euro pro Tag). An- und Abreisetag zählen dabei jeweils als volle Tage.

9. Leistungen für Pflegepersonen

Die Pflegeversicherung übernimmt Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson. Als Pflegeperson gilt, wer einen pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegt. Während der pflegerischen Tätigkeit ist die Pflegeperson in den **Unfallversicherungsschutz** der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen und damit gegen Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen, versichert.

Ist die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig und umfasst die Pflege wenigstens 14 Stunden in der Woche, entrichtet die Pflegeversicherung außerdem Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Der erforderliche Mindestpflegeaufwand muss nicht zwingend bei einem Pflegebedürftigen anfallen. Vielmehr können alle Pflegezeiten, die bei der Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen, entstehen, zusammengerechnet werden. Bei dem bzw. den Pflegebedürftigen muss mindestens die Pflegestufe I anerkannt sein. Die Rentenversicherungsbeiträge werden auch für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson weitergezahlt. Die Pflegeperson kann sich darüber hinaus freiwillig selbst gegen Arbeitslosigkeit versichern.

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben ferner unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch darauf, sich ganz oder teilweise für unterschiedliche Zeiträume von der Arbeit freistellen zu lassen, um in dieser Zeit die Pflege für einen nahen Angehörigen sicherzustellen. Nahe Angehörige sind z.B. Kinder, Eltern, Ehegatten und Geschwister. Der nahe Angehörige muss mindestens die Pflegestufe I haben. Während der pflegebedingten Freistellung darf das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt werden. Die folgenden drei Freistellungsmöglichkeiten gibt es:

Nach dem **Pflegezeitgesetz** haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Tage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die pflegerische Versorgung für einen nahen Angehörigen sicherzustellen. Neu ist seit 1. Januar 2015, dass die Pflegeversicherung in dieser Zeit Lohnersatz in Form des sogenannten Pflegeunterstützungsgeldes leistet.

Eine weitere Freistellungsmöglichkeit sieht das Pflegezeitgesetz für Beschäftigte vor, die in einem Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern tätig sind und einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Sie haben Anspruch darauf, sich bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen (sogenannte Pflegezeit). Neu ist seit 1. Januar 2015, dass sie in dieser Zeit Anspruch auf ein zinsloses Darlehen haben, um ihren Lebensunterhalt sicherzustellen.

Im **Familienpflegezeitgesetz** ist schließlich für Berufstätige eine dritte Freistellungsmöglichkeit geregelt. Nach diesem Gesetz dürfen Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit für eine Dauer von maximal 24 Monaten auf ein Minimum von 15 Wochenstunden verkürzen, wenn sie einen nahen Angehörigen zuhause pflegen (sogenannte Familienpflegezeit). Neu ist seit 1. Januar 2015, dass es

einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit gibt. Geändert wurde ferner, dass der Freistellungsberechtigte in einem Unternehmen tätig sein muss, das mehr als 25 Beschäftigte hat. Während der Familienpflegezeit hat der Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen. Das Darlehen deckt die Hälfte des durch die Arbeitsreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Im Anschluss an die Familienpflegezeit muss das Darlehen zurückgezahlt werden.

Neu ist seit 1. Januar 2015, dass Pflegezeit und Familienpflegezeit zusammen auf eine Gesamtdauer von 24 Monate begrenzt sind. Neben häuslicher Pflege ist bei minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen außerdem neuerdings auch die außerhäusliche Betreuung einbezogen. Berufstätige Eltern können deshalb nun z.B. auch dann Pflegezeit oder Familienpflegezeit beanspruchen, wenn ihr pflegebedürftiges Kind in einer stationären Einrichtung versorgt wird.

II. Hilfe zur Pflege

Teilweise werden bei Pflegebedürftigkeit auch Leistungen vom Sozialamt in Form von „Hilfe zur Pflege“ erbracht. Es handelt sich dabei um eine **Leistung der Sozialhilfe**, die im Sozialgesetzbuch XII geregelt ist.

*Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit:
Die meisten Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich tatsächlich in Deutschland aufhalten, haben unter den nachfolgend dargestellten Voraussetzungen ebenfalls Anspruch auf Hilfe zur Pflege. Asylbewerber und ausländische Staatsangehörige, die nach Deutschland eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, können diese Leistung allerdings nicht bekommen.*

Das Sozialhilferecht hat eine Auffangfunktion. Vorrangig sind zunächst andere Sozialleistungsträger zur Leistung verpflichtet. Wer Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, kann deshalb für den gleichen Bedarf keine Hilfe zur Pflege erhalten.

Hilfe zur Pflege kommt unter anderem in Betracht, wenn ein Mensch pflegebedürftig ist, aber die Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung nicht erfüllt. Bei Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ist dies z.B. der Fall, wenn ihr täglicher Hilfebedarf nicht die erforderlichen Zeitwerte der Pflegestufe I erreicht (sogenannte „Pflegestufe 0“). Auch wenn die Hilfe voraussichtlich für weniger als sechs Monate erforderlich ist, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Da die Leistungen der Pflegeversicherung – ähnlich wie bei einer **Teilkaskoversicherung** – auf bestimmte Beträge beschränkt sind, kann Hilfe zur Pflege ferner als aufstockende Leistung erbracht werden, um den vollständigen Pflegebedarf eines Menschen zu decken.

Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben Pflegebedürftige nur, wenn sie bedürftig sind, also die Pflegeleistungen nicht mit ihrem Einkommen oder Vermögen bezahlen können. Einen Teil ihres Einkommens und Vermögens dürfen Pflegebedürftige aber für sich behalten. Für die Pflege müssen sie es nur einsetzen, soweit bestimmte gesetzlich festgelegte Grenzen überschritten werden.

Die **Einkommensgrenze** wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 808 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den Ehegatten sowie für jede Person, die von dem Pflegebedürftigen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 283 Euro. Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Hilfe zur

Pflege einzusetzen. Für blinde Menschen sowie schwerstpflegebedürftige Menschen (Einstufung in Pflegestufe III) gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen.

Zum Vermögen zählen unter anderem Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen. Die **Vermögensgrenze** setzt sich aus einem Grundbetrag in Höhe von 2.600 Euro sowie Zuschlägen für unterhaltsberechtigten Personen zusammen. Der Zuschlag beläuft sich für Ehegatten auf 614 Euro und für jede Person, die von dem Pflegebedürftigen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, auf 256 Euro.

Der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger behinderter Menschen für Leistungen der Hilfe zur Pflege beschränkt sich auf 32,08 Euro im Monat. Eine Einkommens- und Vermögensprüfung findet in diesem Fall nicht statt.

Weiterführende Literatur

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.):

- Pflegeversicherung im häuslichen Bereich
- Richtig begutachten – gerecht beurteilen

C) Nachteilsausgleiche

Das Sozialgesetzbuch IX (Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), die Steuergesetze sowie eine Reihe weiterer Gesetze sehen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen eine Reihe von Rechten, Hilfen und Einsparungsmöglichkeiten (Nachteilsausgleiche) vor. Nachteilsausgleiche können überwiegend nur genutzt werden, wenn die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und weitere Voraussetzungen durch einen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen werden.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit erhalten einen Schwerbehindertenausweis, wenn sie rechtmäßig in Deutschland wohnen oder arbeiten. Dies trifft z.B. zu auf EU-Bürger sowie ausländische Staatsangehörige, die über ein Visum, eine Aufenthaltserlaubnis oder eine Niederlassungserlaubnis verfügen. Auch Asylbewerber, deren Asylantrag nicht offensichtlich unbegründet ist, können einen Schwerbehindertenausweis bekommen.

I. Der Schwerbehindertenausweis

Der Schwerbehindertenausweis ist in den meisten Bundesländern beim **Versorgungsamt** zu beantragen. In einigen Bundesländern (z.B. in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen) sind die Versorgungsämter aufgelöst und deren Aufgabengebiete auf Städte und Gemeinden bzw. Landratsämter übertragen worden. Auf der Internetseite www.versorgungsaeemter.de sind die für den Schwerbehindertenausweis zuständigen Behörden nach Bundesländern sortiert aufgelistet.

Das Versorgungsamt stellt anhand der Schwere der behinderungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen den **Grad der Behinderung** (GdB) fest. Beträgt der GdB mindestens 50, liegt eine Schwerbehinderung vor und es wird ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Liegt der GdB unter 50, wird lediglich ein Bescheid über die Höhe des GdB ausgestellt.

Geprüft wird außerdem, ob die Voraussetzungen für bestimmte **Merkzeichen** vorliegen, die im Schwerbehindertenausweis eingetragen werden können und zur Inanspruchnahme bestimmter Nachteilsausgleiche berechtigen. Es handelt sich dabei um folgende Merkzeichen:

- G: der Ausweisinhaber ist in seiner Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt
- aG: der Ausweisinhaber ist außergewöhnlich gehbehindert
- H: der Ausweisinhaber ist hilflos, weil er ständig fremder Hilfe bedarf
- B: der Ausweisinhaber ist zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt
- Bl: der Ausweisinhaber ist blind
- Gl: der Ausweisinhaber ist gehörlos oder erheblich schwerhörig verbunden mit schweren Sprachstörungen
- RF: der Ausweisinhaber kann wegen seines Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen

Der nachfolgende Überblick beschränkt sich auf die Darstellung einiger der wichtigsten Nachteilsausgleiche, die aufgrund des Schwerbehindertenausweises in Anspruch genommen werden können.

II. Unentgeltliche Beförderung

Schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt (Merkzeichen „G“ bzw. „aG“) oder hilflos (Merkzeichen „H“) oder gehörlos (Merkzeichen „Gl“) sind, können beim Versorgungsamt für 72 Euro im Jahr eine **Wertmarke** kaufen und damit öffentliche Nahverkehrsmittel unentgeltlich nutzen. Ist das Merkzeichen „H“ oder „Bl“ eingetragen, wird die Wertmarke auf Antrag unentgeltlich abgegeben. Kostenlos wird die Wertmarke ferner dann ausgegeben, wenn der freifahrtberechtigte schwerbehinderte Mensch für den laufenden Lebensunterhalt Leistungen nach dem SGB XII (also z.B. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) bezieht. Auch Züge des Nahverkehrs der Deutschen Bahn AG dürfen in der 2. Wagenklasse unentgeltlich genutzt werden. Bei zuschlagpflichtigen Zügen ist allerdings der tarifmäßige Zuschlag zu entrichten.

III. Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson

Im öffentlichen Personenverkehr wird die Begleitperson des schwerbehinderten Menschen unentgeltlich befördert, wenn im Ausweis das Merkzeichen „B“ eingetragen ist. Das betreffende Merkzeichen verbietet es nicht, dass der behinderte Mensch öffentliche Verkehrsmittel auch ohne Begleitung nutzt.

IV. Parkerleichterung

Außergewöhnlich gehbehinderte Menschen (Merkzeichen „aG“), blinde Menschen (Merkzeichen „Bl“), Menschen, denen beide Arme fehlen sowie Menschen, bei denen Hände und Füße unmittelbar am Rumpf ansetzen, können vom Straßenverkehrsamt einen Parkausweis erhalten,

der es ihnen beispielsweise erlaubt, ihr Kfz im eingeschränkten Halteverbot oder auf Parkplätzen zu parken, die durch ein Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichnet sind.

V. Ermäßigung des Rundfunkbeitrags

Grundsätzlich ist für jede Wohnung ein Rundfunkbeitrag in Höhe von monatlich 17,50 Euro zu entrichten. Taubblinde Menschen sowie Menschen, die Blindenhilfe, Arbeitslosengeld II oder Grundsicherung nach dem SGB XII beziehen, können sich auf Antrag vollständig vom Rundfunkbeitrag befreien lassen.

Auf ein Drittel, also einen Betrag von 5,83 Euro im Monat, ermäßigt sich der Beitrag für

- blinde oder sehbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 60,
- hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende
- Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist sowie
- behinderte Menschen, deren GdB mindestens 80 beträgt und die das Merkzeichen RF im Schwerbehindertenausweis haben.

Weiterführende Literatur

- *Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Behinderung und Ausweis. Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und Nachteilsausgleiche für (schwer-)behinderte Menschen*
- *Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.): Merkblatt zu den am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Änderungen im Rundfunkbeitragsrecht im privaten Bereich (nicht in gedruckter Form, sondern nur zum kostenlosen Download unter www.bvkm.de erhältlich)*

D) Blindengeld und Blindenhilfe

Blinde Menschen erhalten nach den Landesblindengeldgesetzen ein monatliches Blindengeld. Voraussetzungen und Höhe der Leistung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Soweit das Blindengeld niedriger ist als die Blindenhilfe, die nach dem Sozialgesetzbuch XII (Recht der Sozialhilfe) gewährt wird, besteht Anspruch auf den Differenzbetrag, wenn im Einzelfall die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Für minderjährige blinde Menschen beträgt die Blindenhilfe 327,54 Euro und für Erwachsene 653,94 Euro im Monat. 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.

*Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige mit verfestigtem Aufenthaltsstatus können ebenfalls Blindenhilfe beanspruchen. Keinen Anspruch auf Blindenhilfe haben Asylbewerber. Allen anderen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit kann Blindenhilfe geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist.*

E) Steuererleichterungen

Nachteilsausgleiche in Form von Steuererleichterungen sind für behinderte Menschen insbesondere im Einkommensteuergesetz und im Kraftfahrzeugsteuergesetz vorgesehen.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
Ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland ihren Wohnsitz haben, sind einkommensteuerpflichtig. Sofern sie Halter eines Kraftfahrzeuges sind, unterliegen sie außerdem der Kraftfahrzeugsteuer. Sie können – sofern sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit den entsprechenden Merkzeichen sind – unter denselben Voraussetzungen Steuervergünstigungen erhalten wie deutsche Staatsangehörige.

I. Steuervergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz

Das Einkommensteuergesetz (EStG) sieht verschiedene Steuererleichterungen für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen vor. So kann ein behinderter Mensch beispielsweise wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die ihm unmittelbar infolge seiner Behinderung erwachsen, einen Pauschbetrag (Behindertenpauschbetrag) in der Einkommensteuererklärung geltend machen. Durch den **Behindertenpauschbetrag** werden die typischen Mehraufwendungen eines behinderten Menschen wie z.B. erhöhter Wäscheverbrauch sowie die Kosten der Unterbringung in einem Heim usw. abgegolten. Die Höhe des Pauschbetrages richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung (GdB). Als Pauschbeträge werden gewährt bei einem GdB

Als Pauschbeträge werden gewährt bei einem GdB	
von 25 und 30 Prozent	310 Euro
von 35 und 40 Prozent	430 Euro
von 45 und 50 Prozent	570 Euro
von 55 und 60 Prozent	720 Euro
von 65 und 70 Prozent	890 Euro
von 75 und 80 Prozent	1.060 Euro
von 85 und 90 Prozent	1.230 Euro
von 95 und 100 Prozent	1.420 Euro

Für behinderte Menschen, die hilflos sind (Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis) und für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag auf 3.700 Euro. Der Pauschbetrag eines behinderten Kindes kann auf Antrag auf die Eltern übertragen werden, wenn das Kind ihn nicht selbst in Anspruch nimmt und die Eltern für das Kind Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhalten.

Neben dem Behindertenpauschbetrag können weitere außergewöhnliche Belastungen des behinderten Menschen gesondert in der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden. Hierzu zählen z.B. Kosten für Privatfahrten und Krankheitskosten.

Ein **Pflegepauschbetrag** in Höhe von 924 Euro steht Steuerpflichtigen zu, die pflegebedürftige Angehörige in deren oder der eigenen Wohnung pflegen. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person hilflos, also ständig auf fremde Hilfe angewiesen ist. Nachzuweisen ist dies durch das Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis oder durch die Einstufung in Pflegestufe III. Außerdem darf der Steuerpflichtige für die Pflege keine Einnahmen erhalten. Als Einnahme wird dabei grundsätzlich auch das Pflegegeld angesehen, das der Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung erhält und an den Angehörigen zu dessen eigener Verfügung weitergibt (zum Beispiel

als finanzielle Anerkennung für die geleistete Pflege). Für Eltern behinderter Kinder gilt allerdings eine Ausnahmeregelung: Das Pflegegeld, das sie für ihr Kind erhalten, stellt unabhängig von seiner Verwendung keine Einnahme dar.

Weiterführende Literatur

- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.):
Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern (jährlich aktualisiert)

II. Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer

Schwerbehinderte Menschen, die ein Kraftfahrzeug halten, können aufgrund des Kraftfahrzeugsteuergesetzes (KraftStG) voll oder teilweise von der **Kraftfahrzeugsteuer** befreit werden, wenn das Fahrzeug nur im Zusammenhang mit ihrer Fortbewegung oder der Führung ihres Haushalts benutzt wird. Der Steuervorteil steht dem schwerbehinderten Menschen nur auf schriftlichen Antrag zu, der entweder gleichzeitig mit der Zulassung des Fahrzeugs bei der Zulassungsbehörde oder beim Hauptzollamt gestellt werden kann. Die Vergünstigung wird im Fahrzeugschein vermerkt.

In vollem Umfang befreit sind Fahrzeuge von schwerbehinderten Menschen mit dem Merkzeichen H, Bl oder aG im Schwerbehindertenausweis. Die Kraftfahrzeugsteuer ermäßigt sich um 50 Prozent für schwerbehinderte Menschen, die infolge der Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt (Merkzeichen G) oder gehörlos (Merkzeichen Gl) sind, sofern die genannten Personen auf ihr Recht zur unentgeltlichen Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln verzichtet haben.

Die Vergünstigungen können unter den genannten Voraussetzungen auch von minderjährigen Kindern in Anspruch genommen werden. In diesem Fall muss das Fahrzeug 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.

F) Kindergeld

Kindergeld wird Eltern grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ihres Kindes bezahlt. Es beträgt für die ersten beiden Kinder jeweils 190 Euro, für das dritte 196 Euro und für jedes weitere Kind jeweils 221 Euro im Monat.

*Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
EU-Bürger haben Anspruch auf Kindergeld, wenn sie in Deutschland erwerbstätig sind oder in Deutschland wohnen. Staatsangehörige Algeriens, Bosnien-Herzegowinas, Kosovos, Marokkos, Serbiens, Montenegros, Tunesiens und der Türkei können Kindergeld erhalten, wenn sie in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind oder z.B. Arbeitslosengeld beziehen. Andere ausländische Staatsangehörige können einen Anspruch auf Kindergeld haben, wenn ihr Aufenthalt in Deutschland nach der Art ihres Aufenthaltstitels voraussichtlich dauerhaft und ihre Erwerbstätigkeit erlaubt ist.*

Den Eltern eines behinderten Kindes kann auch nach **Eintritt der Volljährigkeit** ein Anspruch auf Kindergeld zustehen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten und das Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Letzteres ist unter anderem der Fall, wenn das Kind nicht in der Lage ist, seinen gesamten notwendigen Le-

bedarfs durch eigene Mittel (Einkommen, Rente usw.) zu decken. Der Lebensbedarf eines behinderten Kindes setzt sich aus einem gesetzlich festgesetzten Grundbedarf (dieser beläuft sich im Jahr 2016 auf 8.652 Euro) und dem behinderungsbedingten Mehrbedarf zusammen. Liegen die genannten Voraussetzungen vor, besteht der Anspruch auf Kindergeld ohne Rücksicht auf das Alter des Kindes.

Weiterführende Literatur

- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.):
Kindergeld für erwachsene Menschen mit Behinderung – Merkblatt für Eltern behinderter Kinder (mit Beispielrechnungen zum Anspruch auf Kindergeld)

G) Leistungen zum Lebensunterhalt

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. Diese Leistungen werden im Wesentlichen entweder in Form des Arbeitslosengeldes II nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) oder in Form der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) gewährt.

I. Arbeitslosengeld II

Arbeitslosengeld II (auch „HARTZ IV“ genannt) erhalten Personen, die zwischen 15 und 64 Jahre alt, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind. **Erwerbsfähig** ist nach der gesetzlichen Definition, 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 ist, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit oder aus dem zu berücksichtigenden Einkommen und Vermögen sichern kann.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
Grundsätzlich haben auch Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, Anspruch auf Arbeitslosengeld II. Ausgeschlossen hiervon sind jedoch Asylbewerber und ausländische Staatsangehörige während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland. Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, erhalten ebenfalls kein Arbeitslosengeld II. Umstritten ist, ob dieser Ausschlussgrund auch für EU-Bürger gilt. Über diese Frage wird der Europäische Gerichtshof voraussichtlich im Frühjahr 2015 entscheiden.

Das Arbeitslosengeld II besteht im Wesentlichen aus dem Regelbedarf und dem Bedarf für Unterkunft, Heizung und Warmwasserbereitung. Der Regelbedarf für alleinstehende Personen beläuft sich seit dem 1. Januar 2016 auf monatlich 404 Euro. 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 außerdem einen Mehrbedarfszuschlag in Höhe von 35 Prozent des maßgebenden Regelbedarfs.

Anträge sind in der Regel bei der örtlichen Arbeitsagentur zu stellen.

II. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird hilfebedürftigen Personen gewährt, die entweder das 65. Lebensjahr vollendet haben oder die volljährig und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind. **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 oder in einer Tagesförderstätte beschäftigt sind, werden als voll erwerbsgemindert angesehen.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, können ebenfalls Grundsicherung beanspruchen. Asylbewerber und ausländische Staatsangehörige, die nach Deutschland eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, können diese Leistung allerdings nicht bekommen.

Die Grundsicherung ist eine **Leistung der Sozialhilfe**. Sie ist im SGB XII geregelt und umfasst folgende Leistungen:

- den für den Leistungsberechtigten maßgebenden Regelsatz
- die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie zentrale Warmwasserversorgung,
- einen Mehrbedarf von 17 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe bei Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“,
- einen angemessenen Mehrbedarf für kranke oder behinderte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen,
- einen Mehrbedarf soweit Warmwasser durch in der Unterkunft installierte Vorrichtungen erzeugt wird (dezentrale Warmwassererzeugung) und
- die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen.

Die **Höhe des Regelsatzes** richtet sich danach, welcher sogenannten Regelbedarfsstufe der Leistungsberechtigte angehört. Zur Regelbedarfsstufe 1 gehören erwachsene Personen, die alleinstehend sind und einen eigenen Haushalt führen. Sie erhalten seit 1. Januar 2016 monatlich 404 Euro. Dieser Betrag steht auch erwachsenen Menschen mit Behinderung zu, die mit ihren Eltern in einem gemeinsamen Haushalt leben. Führen erwachsene Leistungsberechtigte, z.B. als Ehegatten oder in eheähnlicher Gemeinschaft, einen gemeinsamen Haushalt, erhalten sie nach der Regelbedarfsstufe 2 einen Regelsatz von jeweils 364 Euro.

Erfolgt die Warmwasserbereitung dezentral, beispielsweise in einem Durchlauferhitzer, ist dem Leistungsberechtigten hierfür ein entsprechender Mehrbedarf zu bewilligen. Für Personen, denen ein Regelsatz nach der Regelbedarfsstufe 1 zu gewähren ist, beträgt der Mehrbedarf 9,29 Euro und für Personen, die der Regelbedarfsstufe 2 zuzuordnen sind, 8,37 Euro im Monat.

Neben den vorgenannten regelmäßig anfallenden Leistungen erhalten Grundsicherungsberechtigte außerdem Leistungen für folgende **einmalige Bedarfe**:

- die Erstausrüstung einer Wohnung einschließlich der Haushaltsgeräte,
- die Erstausrüstungen für Bekleidung,
- die Erstausrüstungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie

- die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten.

Grundsicherung erhalten sowohl Menschen, die in einer eigenen Wohnung leben als auch Menschen, die im Wohnheim oder im Haushalt der Eltern wohnen. Ein Unterhaltsbeitrag von den Eltern wird für diese Leistung nicht erhoben.

Ausgeschlossen ist der Anspruch auf Grundsicherung allerdings, wenn das jährliche Gesamteinkommen eines Elternteils des Antragsberechtigten 100.000 Euro überschreitet. In diesem Fall können bedürftige, voll erwerbsgeminderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII beanspruchen. Der monatliche Kostenbeitrag von Eltern behinderter Kinder beschränkt sich für diese Leistung auf 23,90 Euro.

Anträge auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind beim Sozialamt zu stellen.

Weiterführende Literatur

- *Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.): Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII – Merkblatt für behinderte Menschen und ihre Angehörigen*

H) Eingliederungshilfe

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es unter anderem, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen und behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu 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. Grob lassen sich die Leistungen der Eingliederungshilfe in folgende Gruppen einteilen:

- entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen (siehe dazu die Ausführungen in [Abschnitt IV dieses Kapitels](#))
- allgemeingesellschaftliche Hilfen (siehe dazu die Ausführungen in [Abschnitt V dieses Kapitels](#))
- berufsfördernde Leistungen (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel J](#))

Die Eingliederungshilfe ist eine **Leistung der Sozialhilfe**. Diese ist im Sozialgesetzbuch XII geregelt.

*Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige mit verfestigtem Aufenthaltsstatus haben einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe. Keine Eingliederungshilfe erhalten Asylbewerber und Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt oder die nach Deutschland eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen. Allen anderen ausländischen Staatsangehörigen kann Eingliederungshilfe geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Das insoweit bestehende Ermessen der Sozialhilfeträger ist insbesondere bei behinderten Kindern und Jugendlichen in der Regel zugunsten der Betroffenen auszuüben.*

Die Bundesländer können bestimmen, ob die örtlichen Sozialhilfeträger (Landkreise und kreisfreie Städte) oder die überörtlichen Sozialhilfeträger (je nach Bundesland können das die Bezirke, die Landschafts- oder Landeswohlfahrtsverbände oder die Landessozialämter sein) für Leistungen der Eingliederungshilfe zuständig sind. Im Zweifel sollte ein Antrag auf Eingliederungshilfe beim örtlichen Sozialamt gestellt werden. Falls dieses nicht zuständig ist, muss es den Antrag an den zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträger weiterleiten.

I. Nachrangigkeit der Sozialhilfe

Leistungen der Sozialhilfe sind gegenüber Ansprüchen, die gegen andere Sozialleistungsträger (z.B. Kranken- oder Unfallversicherung) bestehen, nachrangig. Grundsätzlich erhält Sozialhilfe außerdem nur, wer die benötigten Leistungen nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren kann. Bei minderjährigen behinderten Menschen ist das Einkommen und Vermögen der Eltern maßgeblich.

Einige Leistungen der Eingliederungshilfe sind kostenfrei. Dazu zählen die Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Bei anderen Leistungen der Eingliederungshilfe müssen sich behinderte Menschen bzw. deren Eltern nach Maßgabe ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse an den Kosten beteiligen. Dazu gehören unter anderem Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (z.B. Begleitperson für den Kinobesuch).

II. Einkommens- und Vermögensgrenzen

Das Einkommen und Vermögen des behinderten Menschen bzw. seiner Eltern ist für kostenpflichtige Leistungen der Eingliederungshilfe nur insoweit einzusetzen, als es bestimmte Grenzen überschreitet. Die **Einkommensgrenze** wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 808 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den Ehegatten sowie für jede Person, die von dem behinderten Menschen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 283 Euro. Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Eingliederungshilfe einzusetzen.

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

Zum Vermögen zählen unter anderem Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen. Die **Vermögensgrenze** setzt sich aus einem Grundbetrag in Höhe von 2.600 Euro sowie Zuschlägen für unterhaltsberechtigte Personen zusammen. Der Zuschlag beläuft sich für Ehegatten auf 614 Euro und für jede Person, die von dem behinderten Menschen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, auf 256 Euro.

III. Sonderregelung für Eltern volljähriger Kinder

Der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger behinderter Menschen für Leistungen der Eingliederungshilfe beschränkt sich auf 32,08 Euro im Monat. Eine Einkommens- und Vermögensprüfung findet in diesem Fall nicht statt.

IV. Entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen

Nachfolgend werden einige Leistungen der Eingliederungshilfe dargestellt, die für minderjährige Menschen mit Behinderung von Bedeutung sind.

1. Frühförderung

Aufgabe der Frühförderung behinderter Kinder ist es, zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Maßnahmen zur Behebung und Besserung der Beeinträchtigung des Kindes zu beginnen. Im Allgemeinen werden Leistungen der Frühförderung von sozialpädiatrischen Zentren oder von Frühförderstellen erbracht. Frühförderung setzt sich aus Leistungen der Krankenkassen und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen.

Die Eltern müssen sich an den Kosten der Frühförderung nicht beteiligen. Anträge auf Leistungen der Frühförderung sind entweder bei der Krankenkasse oder beim örtlichen Sozialamt zu stellen. Nähere Informationen hierzu erhält man bei den örtlichen Frühförderstellen.

2. Kindergarten

Für behinderte Kinder kommt entweder der Besuch eines Heilpädagogischen Kindergartens oder der Besuch eines integrativen Kindergartens in Betracht.

Die Kosten für den Besuch eines Heilpädagogischen Kindergartens trägt der Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe. Eltern müssen sich an diesen Kosten nicht beteiligen. Beim Besuch eines integrativen Kindergartens können von den Eltern die üblichen Kostenbeiträge erhoben werden.

3. Schule

Alle Kinder unterliegen – unabhängig davon, ob sie behindert oder nicht behindert sind – der Schulpflicht. Das Schulwesen liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. In allen Bundesländern werden für die unterschiedlichen Arten von Behinderungen auch spezielle Förderschulen organisatorisch vorgehalten.

Unter welchen Voraussetzungen behinderte Kinder gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in einer Regelschule beschult werden können (sogenannte inklusive Beschulung), ist in den Schulgesetzen der Länder sehr unterschiedlich geregelt. In der Regel haben die Eltern die Wahl, ob ihr Kind an einer Regelschule oder an einer Förderschule unterrichtet werden soll. Die meisten Schulgesetze sehen jedoch vor, dass die zuständige Schulbehörde den Lernort unter bestimmten Voraussetzungen auch abweichend von der Entscheidung der Eltern festlegen darf. Insbesondere wenn die von den Eltern gewählte Schule nicht über die erforderlichen personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Beschulung des behinderten Kindes verfügt, ist in vielen Bundesländern eine abweichende Bestimmung des Lernorts durch die Schulbehörde möglich.

Ist das Kind für die Teilnahme am Schulunterricht auf einen persönlichen Assistenten (**Integrationshelfer**) angewiesen, wird diese Leistung als Maßnahme der Eingliederungshilfe vom Sozialamt erbracht. An den Kosten des Integrationshelfers müssen sich die Eltern nicht beteiligen.

Wird das behinderte Kind in einer **Internats-Förderschule** beschult, weil am Wohnort der Familie keine geeignete Beschulungsmöglichkeit für das Kind besteht, übernimmt der Sozialhilfeträger die Kosten für diese Schulmaßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe. Die Kostenbeteili-

gung der Eltern beschränkt sich in diesem Fall auf die Kosten des Lebensunterhaltes (Unterkunft, Ernährung etc.), der im Internat erbracht wird. Angesetzt werden können nur Kosten in Höhe der Aufwendungen, die die Eltern für den häuslichen Lebensunterhalt des Kindes ersparen.

Benötigt das Kind für den Besuch der Schule spezielle **Hilfsmittel** (z.B. eine behinderungsbedingte Sonderausstattung für einen Computer, weil das Kind nicht lesbar schreiben kann), sind diese in der Regel nicht vom Sozialamt, sondern von der Krankenkasse zu leisten.

V. Allgemeingesellschaftliche Hilfen

Im nachfolgenden Abschnitt werden einige allgemeingesellschaftliche Hilfen dargestellt, die im Rahmen der Eingliederungshilfe vom Sozialhilfeträger übernommen werden können. An den Kosten dieser Leistungen müssen sich behinderte Menschen bzw. deren Eltern nach den oben unter I-III dargestellten Grundsätzen beteiligen.

1. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse

Als Leistungen der Eingliederungshilfe können Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die für die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erforderlich sind, gewährt werden. Hierzu zählen z.B. Fördermaßnahmen, die zu einer möglichst selbständigen Haushaltsführung und räumlichen Orientierung beitragen.

2. Förderung der Verständigung

Bedürfen hör- oder sprachbehinderte Menschen bei besonderen Anlässen Unterstützung, um sich zu verständigen, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet. Übernommen werden z.B. die Kosten für Gebärdendolmetscher, wenn gehörlosen Menschen nur so die Kommunikation mit einer Behörde möglich ist.

3. Hilfen zum Wohnen

Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht, können ebenfalls im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt werden. Hierzu zählt z.B. der Bau einer Rampe, um es einem schwerbehinderten Menschen zu ermöglichen, mit seinem Rollstuhl allein die Wohnung zu erreichen. Bei den Hilfen zum Wohnen sind allerdings häufig andere Kostenträger (z.B. die Integrationsämter) vorrangig für die Leistung zuständig (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel K unter I](#)).

4. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten

Auch Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten können vom Sozialhilfeträger erbracht werden. Hierbei handelt es sich z.B. um pädagogische Betreuung zur Unterstützung im Alltag. Einzelheiten werden in [Kapitel K unter II. 2.](#) dargestellt.

5. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben umfassen unter anderem:

- Hilfen, die die Begegnung mit nichtbehinderten Menschen fördern,

- Hilfen zum Besuch von Theatern, Kinos, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten und ähnlichen Veranstaltungen oder Einrichtungen und
- die Bereitstellung von Zeitungen, Fernsehgeräten, Radios und vergleichbaren Hilfsmitteln, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist.

Die Hilfe kann in der Bereitstellung der notwendigen Begleitperson für einen Theaterbesuch bestehen. Derartige Begleitdienste werden z.B. von Familienunterstützenden bzw. -entlastenden Diensten (FuD/FeD) angeboten. Träger der FuD bzw. FeD sind in der Regel Organisationen der Behindertenselbsthilfe. Die Kosten eines Internetanschlusses können im Rahmen der Eingliederungshilfe ebenfalls übernommen werden, denn auch das Internet ermöglicht die Begegnung von behinderten und nichtbehinderten Menschen.

Behinderte Menschen, die nicht in der Lage sind, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, können zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft **Fahrtkosten** erhalten. Viele Sozialhilfeträger gewähren hierfür eine monatliche Pauschale. Nähere Informationen hierzu erhält man beim örtlichen Sozialamt.

6. Hilfsmittel

Hilfsmittel, die zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich und nicht von vorrangigen Leistungsträgern (z.B. der Kranken- oder der Pflegeversicherung) zu erbringen sind, können vom Sozialhilfeträger zu leisten sein. Typische Hilfsmittel der Eingliederungshilfe sind z.B. behindertengerechte Schalteinrichtungen für Wasch- oder Küchenmaschinen sowie Weckuhren für hörbehinderte Menschen.

J) Leistungen und Rechte im Rahmen von Ausbildung, Studium und Beruf

Menschen mit Behinderung finden häufig kaum oder nur schwer eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, also in der freien Wirtschaft oder im öffentlichen Dienst. Das Gesetz sieht deshalb besondere Hilfen vor, die behinderten Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen sollen. Kann ein behinderter Mensch wegen Art oder Schwere seiner Behinderung nicht oder noch nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden, kommt eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder in einer Tagesförderstätte in Betracht. Auch für Menschen mit Behinderung, die eine Ausbildung oder ein Studium absolvieren möchten, sieht das Gesetz Unterstützungsmöglichkeiten vor.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ausländische Staatsangehörige die nachfolgend dargestellten Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen können, richtet sich nach der Art der Leistung bzw. des Nachteilsausgleichs. Die Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist z.B. eine Leistung der Eingliederungshilfe. Viele Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit können diese Leistung nur eingeschränkt beanspruchen (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel H](#)).

I. Berufsausbildung

Kommt für den behinderten Menschen eine Ausbildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht, besteht die Möglichkeit, einen Beruf in einem **Berufsbildungswerk** zu erlernen. Be-

rufsbildungswerke sind überregionale Einrichtungen, die jungen Menschen mit Behinderungen eine berufliche Erstausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen ermöglichen. Berufsbildungswerke bestehen in der Regel aus Ausbildungsstätten, Berufsschulen und Wohngelegenheiten mit fachlicher Betreuung. Die berufliche Bildung ist in der Regel verbunden mit Erziehungsleistungen zur Förderung der Selbständigkeit und Entwicklung der Persönlichkeit. Anträge auf Förderung der Ausbildung in einem Berufsbildungswerk sind bei der örtlichen Arbeitsagentur zu stellen.

II. Studium

Zur Finanzierung des Lebensunterhalts können behinderte Studierende Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erhalten. Daneben kann ihnen zur Deckung ihres behinderungsspezifischen Bedarfs im Rahmen der Eingliederungshilfe Hilfe zur Ausbildung geleistet werden. Als Ausbildungshilfen kommen dabei insbesondere Fahrtkosten, Kosten für Gebärdensprachdolmetscher sowie für **Studienhelfer** (Begleit- und Hilfspersonal zur Unterstützung der Studierenden beim Besuch von Lehrveranstaltungen etc.) in Betracht. Auch Hilfsmittel, die Studierende für ihr Studium benötigen (z.B. ein Computer mit spezieller Zusatzausstattung für einen blinden Studierenden, um Texte selbständig lesen, erfassen und verarbeiten zu können) können gewährt werden. An den Kosten dieser Leistungen müssen sich behinderte Menschen bzw. deren Eltern nach den oben in [Kapitel H\) unter I.-III.](#) dargestellten Grundsätzen beteiligen.

Weiterführende Literatur

· *Deutsches Studentenwerk (Hrsg.): Studium und Behinderung*

III. Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Besondere Bestimmungen für behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt enthält in erster Linie das Sozialgesetzbuch IX.

1. Integrationsfachdienst

Eine große Bedeutung bei der Eingliederung behinderter Menschen in das Arbeitsleben kommt den Integrationsfachdiensten (IFD) zu. IFD sind ambulante professionelle Dienstleister, die behinderte Arbeitnehmer bei der Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen. Neben **der Beratung und Betreuung** der behinderten Arbeitnehmer besteht die Aufgabe der IFD unter anderem auch darin, geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausfindig zu machen und zu vermitteln sowie den Arbeitgebern als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Mittlerweile gibt es in jedem Bezirk einer Arbeitsagentur einen IFD. Eine Übersicht über die Adressen und Ansprechpartner der IFD findet man im Internet unter: www.bag-ub.de in der Rubrik „Integrationsfachdienste“. Wer keinen Internetzugang hat, sollte sich bei seiner örtlichen Arbeitsagentur nach dem zuständigen IFD erkundigen.

2. Unterstützte Beschäftigung

Unterstützte Beschäftigung (UB) soll es behinderten Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf ermöglichen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten und ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis einzugehen. UB beinhaltet in der Regel zunächst eine zeitlich befristete, individuelle betriebliche Qualifizierung am Arbeitsplatz. Bei Bedarf schließt

sich nach Aufnahme eines regulären Beschäftigungsverhältnisses eine zeitlich unbefristete Berufsbegleitung an. UB kann von Integrationsfachdiensten aber auch von anderen Trägern angeboten werden.

Die Dauer der **Qualifizierungsphase** beläuft sich in der Regel auf bis zu 2 Jahre und beinhaltet auch die Vermittlung berufsübergreifender Lerninhalte und Schlüsselqualifikationen, wie z.B. Sozial-, Handlungs- und Medienkompetenzen, sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Eine Verlängerung um bis zu 12 Monate ist möglich. Die Teilnehmenden sind sozialversichert und erhalten in der Regel ein Ausbildungsgeld. Erbracht werden die Leistungen in erster Linie von der Bundesagentur für Arbeit.

Die bei Bedarf anschließende **Berufsbegleitung** dient dazu, das entstandene Arbeitsverhältnis zu stabilisieren und langfristig zu sichern. Auch Menschen mit Behinderungen, die von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln und der weiteren Unterstützung bedürfen, haben einen Anspruch auf Berufsbegleitung. Leistungen der Berufsbegleitung werden in der Regel vom Integrationsamt erbracht.

3. Begleitende Hilfen im Beruf

Als Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben sieht das Gesetz insbesondere die Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die für die Berufsausübung erforderlich sind, vor. Ferner werden die Kosten für eine **Arbeitsassistenz** übernommen, wenn der behinderte Mensch auf direkte persönliche Hilfe am Arbeitsplatz angewiesen ist. Arbeitsassistenten können z.B. als Vorlesekräfte für sehbehinderte und blinde Menschen tätig sein, aber auch anderweitige Hilfestellungen zur Ausübung der Beschäftigung geben. Darüber hinaus können **verschiedene Kraftfahrzeughilfen** gewährt werden, wenn infolge der Behinderung ein Kraftfahrzeug zum Erreichen des Arbeitsplatzes erforderlich ist. Voraussetzungen, Antragstellung und Leistungsumfang sind durch die Kraftfahrzeughilfverordnung geregelt. Die Leistungen können Zuschüsse zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs, die Übernahme der Kosten für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen sowie Zuschüsse zum Erwerb der Fahrerlaubnis umfassen. Die Leistungen der Hilfe zur Arbeit werden – je nach Zuständigkeit – durch die Agenturen für Arbeit, die Träger der Rentenversicherung oder auch durch die Integrationsämter erbracht.

4. Kündigungsschutz und Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Arbeitnehmer (GdB von mindestens 50) unterliegen einem besonderen Kündigungsschutz. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes. Außerdem haben schwerbehinderte Arbeitnehmer Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Jahr.

Weiterführende Literatur

- *Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hrsg.): ABC Behinderung & Beruf*

IV. Werkstatt für behinderte Menschen

Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie bietet denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit

zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit. Voraussetzung für die Aufnahme in eine WfbM ist, dass erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen wird.

Der eigentlichen Aufnahme in die Werkstatt geht eine Phase der Arbeiterprobung voraus, die sich in zwei Abschnitte gliedert. Das zunächst durchgeführte Eingangsverfahren dauert vier bis zwölf Wochen und dient der Feststellung, ob eine Werkstatt die geeignete Einrichtung ist und welche Tätigkeitsbereiche für den behinderten Menschen in Betracht kommen.

An das **Eingangsverfahren** schließt sich dann für die Dauer von bis zu zwei Jahren der Berufsbildungsbereich an. In diesem Bereich der WfbM soll der behinderte Mensch in seiner Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung so weit gefördert werden, dass eine geeignete Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM oder auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist. Kostenträger für die Maßnahmen im Eingangs- und Berufsbildungsbereich ist die Bundesagentur für Arbeit. Behinderte Menschen erhalten in dieser Vorbereitungszeit ein Ausbildungsgeld, das sich im ersten Jahr auf monatlich 63 Euro und im zweiten Jahr auf monatlich 75 Euro beläuft.

Wird der behinderte Mensch im Anschluss an den Berufsbildungsbereich in den **Arbeitsbereich** der WfbM aufgenommen, steht er zu der Werkstatt in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis, ohne allerdings Arbeitnehmer im eigentlichen Sinne zu sein. Aus dem arbeitnehmerähnlichen Rechtsstatus folgt jedoch, dass die Regelungen über Arbeitszeit, Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Erziehungsurlaub und Mutterschutz auch für Werkstattbeschäftigte gelten. Außerdem sind Werkstattbeschäftigte unfall-, kranken-, pflege- und rentenversichert. Neben dem Arbeitsentgelt, das aus dem Produktionserlös der Werkstatt gezahlt wird, erhalten Werkstattbeschäftigte in der Regel ein Arbeitsförderungsgeld, das bis zu 26 Euro monatlich betragen kann. Nach 20-jähriger Tätigkeit in einer WfbM besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Die Kosten, die im Arbeitsbereich einer WfbM entstehen, trägt in der Regel der überörtliche Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe. Werkstattbeschäftigte müssen – sofern ihr monatliches Einkommen 808 Euro übersteigt – allenfalls einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten. Eltern behinderter Menschen müssen sich an den Werkstattkosten nicht beteiligen.

V. Tagesförderstätten

Für schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Menschen, die die Aufnahmekriterien für die WfbM (noch) nicht erfüllen, kommt die Förderung in einer Tagesförderstätte (auch Förder- und Betreuungsstätte o.ä. genannt) in Betracht. Die in den Tagesförderstätten anzubietenden Maßnahmen haben das Ziel, **praktische Kenntnisse und Fähigkeiten** zu fördern, die erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Menschen die für ihn erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Außerdem sollen sie auf Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, vor allem in Werkstätten für behinderte Menschen vorbereiten. Tagesförderstätten sind daher vorrangig in räumlichem oder organisatorischem Zusammenhang mit einer WfbM einzurichten, um den Übergang zur Werkstatt zu erleichtern. 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.

Die Kosten für die Leistungen in einer Tagesförderstätte trägt in der Regel der überörtliche Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe. Behinderte Menschen müssen lediglich einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten, sofern ihr monatliches Einkommen 808 Euro übersteigt. Die Eltern werden zu den Kosten der Tagesförderstätte nicht herangezogen.

K) Wohnen

Damit behinderte Menschen in den eigenen vier Wänden leben können, müssen ihre Wohnungen behindertengerecht gestaltet sein. Das Gesetz sieht hierfür verschiedene Hilfen vor. Für Menschen mit Behinderung, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, gibt es ferner spezielle Wohnformen.

I. Fördermöglichkeiten für barrierefreies Wohnen

Im Sozialgesetzbuch sind verschiedene Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behindertengerechten und damit auch barrierefreien Wohnung vorgesehen. Welcher Kostenträger im Einzelfall zuständig ist, entscheidet sich nach den Voraussetzungen, die für die jeweilige Leistung erfüllt sein müssen. So setzt z.B. ein Zuschuss der Pflegeversicherung voraus, dass der Antragsteller in eine Pflegestufe eingestuft ist oder die Pflegestufe 0 hat und in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ausländische Staatsangehörige die nachfolgend dargestellten Fördermöglichkeiten in Anspruch nehmen können, richtet sich nach der Art der jeweiligen Leistung. Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit von der Pflegekasse z.B. nur dann erhalten, wenn sie Mitglied in einer gesetzlichen Pflegekasse sind (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel B unter Abschnitt I](#)).

Im Einzelnen kommen folgende Kostenträger in Frage:

Agentur für Arbeit und gesetzliche Rentenversicherung

Erwerbsfähige behinderte Menschen können unter bestimmten Voraussetzungen Wohnungshilfe als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Übernommen werden Kosten in angemessenem Umfang für die Beschaffung, die Ausstattung und den Erhalt einer behindertengerechten Wohnung. Gefördert werden nur Maßnahmen, die in einem engen Zusammenhang mit dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit stehen.

Gesetzliche Unfallversicherung

Menschen, deren Behinderung durch einen Unfall verursacht worden ist, können unter bestimmten weiteren Voraussetzungen bei der gesetzlichen Unfallversicherung eine Wohnungshilfe beantragen. Diese umfasst u.a. die behindertengerechte Anpassung der Wohnung (z.B. Ausstattung, Umbau, Ausbau, Erweiterung) und kann als Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder als Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen.

Integrationsamt

Das Integrationsamt kann schwerbehinderten Arbeitnehmern Zuschüsse, Zinszuschüsse oder Darlehen zur Anpassung von Wohnraum an ihre besonderen behinderungsbedingten Bedürfnisse gewährt werden. Die Hilfe ist gegenüber den vorgenannten Wohnungshilfen nachrangig.

Pflegeversicherung

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes eines pflegebedürftigen Menschen (behindertengerechte Ausstattung des Bades, Einbau eines Treppenlifts etc.) können seit 1. Januar 2015 bis zu 4.000 Euro je Maßnahme gewährt werden.

Sozialhilfeträger

Die Kosten für den Umbau einer Wohnung können im Rahmen der Eingliederungshilfe z.B. als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft übernommen werden. Zuständig für die Gewährung der Leistung in Form eines Zuschusses oder eines Darlehens ist der Sozialhilfeträger. Leistungsberechtigt sind in diesem Fall allerdings nur hilfsbedürftige Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen sicherstellen können. Diesbezüglich gelten die oben in [Kapitel H\) unter I-III](#) dargestellten Grundsätze. Außerdem ist die Hilfe gegenüber den vorgenannten Wohnungshilfen nachrangig.

Zum Teil bieten Länder und Kommunen besondere finanzielle Hilfen zur Förderung behindertengerechten Wohnraums an. Dabei kann es sich handeln um:

Kommunale Sonderprogramme

Einige Kommunen bieten Sonderprogramme für den barrierefreien Bau oder Umbau von Wohnungen und Häusern an. Weitere Auskünfte dazu erteilen die Wohnberatungsstellen, deren Adressen man unter www.wohnungsanpassung-bag.de im Internet findet oder das örtliche Wohnungsamt.

Förderprogramme der Länder

Finanzielle Hilfen für einen barrierefreien Umbau in Form von zinsgünstigen Darlehen bieten außerdem einige Bundesländer (z.B. Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern). Auskünfte über die Beantragung der Leistung erteilt in den meisten Ländern das Wirtschaftsministerium.

Zu beachten ist, dass Kosten für den behindertengerechten Umbau von Wohnungen und Häusern, die nicht von dritter Seite (also zum Beispiel der Pflegeversicherung) übernommen werden, nach der neuen Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs **steuerlich als außergewöhnliche Belastungen** geltend gemacht werden können.

II. Leistungen für spezielle Wohnformen

Behinderte Menschen, die einen hohen Unterstützungsbedarf im Alltag haben, können zwischen unterschiedlichen Wohnformen wählen. Neben den klassischen Wohnheimen für behinderte Menschen stehen kleine Wohngruppen oder sogenannte externe Wohnungen zur Verfügung, in denen nur ein oder zwei behinderte Menschen leben. Außerdem haben behinderte Menschen die Möglichkeit, in betreuten Wohnungen zu leben. In rechtlicher Hinsicht sind die Wohnformen nach vollstationären Einrichtungen und ambulanten Wohnformen zu unterscheiden. Zu den vollstationären Wohnformen zählen Wohnheime und Wohngruppen, während das Leben in einer betreuten Wohnung in der Regel der ambulanten Versorgung zugerechnet wird.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ausländische Staatsangehörige die nachfolgend dargestellten Leistungen für spezielle Wohnformen in Anspruch nehmen können, richtet sich nach der Art der jeweiligen Leistung. Zum Beispiel erhalten Menschen mit Behinderung in vollstationären Einrichtungen Leistungen der Eingliederungs-

hilfe. Diese Leistung können viele Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit nur eingeschränkt beanspruchen (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel H](#)).

1. Vollstationäre Einrichtung

In vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – wie z.B. den klassischen Wohnheimen – wird der gesamte Lebensbedarf des behinderten Menschen durch den Einrichtungsträger sichergestellt („Rund-um-Versorgung“). Die Leistungen, die der behinderte Mensch in der Einrichtung erhält, setzen sich zusammen aus Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Ernährung, Unterkunft, Kleidung etc.) sowie aus Leistungen der Eingliederungshilfe (z.B. in Form von Betreuungsleistungen bei Freizeitaktivitäten).

Bestandteil der Leistungen für den Lebensunterhalt ist das sogenannte **Taschengeld**, das sich für erwachsene Heimbewohner auf monatlich 109,08 Euro beläuft und für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung steht. Für minderjährige Heimbewohner wird die Höhe des Taschengeldes von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt.

Die Wohnheimkosten werden in der Regel vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert. An diesen Kosten müssen sich Heimbewohner mit ihrem Einkommen beteiligen, und zwar auch soweit es unter der maßgeblichen Einkommensgrenze liegt (siehe dazu oben in [Kapitel H unter II](#)), da im Rahmen einer stationären Unterbringung Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt erspart werden. Etwaiiges Vermögen von Heimbewohnern ist nur zu berücksichtigen, soweit es die maßgebliche Vermögensgrenze überschreitet.

Die **Eltern volljähriger Heimbewohner** müssen maximal 56,76 Euro im Monat für den Heimplatz bezahlen. Darin sind 24,68 Euro für den in der Einrichtung erbrachten Lebensunterhalt und 32,08 Euro für die im Wohnheim geleistete Eingliederungshilfe enthalten.

Für die **Eltern minderjähriger Heimbewohner** gilt eine andere Regelung. Sie müssen für den Wohnheimplatz einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten, sofern das Kind entweder noch nicht eingeschult ist oder sofern es eingeschult ist und die Unterbringung im Wohnheim erforderlich ist, um dem Kind den Schulbesuch zu ermöglichen. Letzteres ist z.B. immer dann der Fall, wenn es in Wohnortnähe der Eltern keine geeignete Förderschule für einen behinderten Schüler gibt und er deshalb in einer Internats-Förderschule beschult werden muss. Erspart werden durch die Heimunterbringung des Kindes in der Regel die reinen Verbrauchskosten (Ernährung, Wasser, Taschengeld etc.), da alle anderen Kosten (wie zum Beispiel die Miete) unabhängig davon anfallen, ob das behinderte Kind zu Hause lebt oder nicht. Die Höhe der häuslichen Ersparnis richtet sich nach der finanziellen Situation der Familie sowie danach, wie viele Personen insgesamt mit den der Familie zur Verfügung stehenden Mitteln zu versorgen sind. Bei Eltern in besserer finanzieller Lage können die tatsächlichen Ersparnisse deshalb höher sein als in anderen Fällen. Verbringt das Kind die Wochenenden oder Ferien zu Hause, mindert dies den Betrag der häuslichen Ersparnis.

2. Ambulant betreutes Wohnen

Lebt ein behinderter Mensch in einer eigenen Wohnung, in der er von Mitarbeitern eines ambulanten Dienstes der Behindertenselbsthilfe pädagogisch betreut wird, spricht man vom „ambulant betreuten Wohnen“. Die pädagogische Betreuung besteht darin, den behinderten Menschen bei der Bewältigung seines Alltags (zum Beispiel durch Anleitung im hauswirtschaftlichen Bereich, Begleitung bei Behördengängen usw.) zu unterstützen.

Im Gegensatz zu vollstationären Einrichtungen, in denen der Einrichtungsträger die komplette Versorgung der Bewohner sicherstellt, müssen sich Menschen mit Behinderung, die ambulant betreut wohnen, ihr individuelles Leistungspaket aus verschiedenen Hilfen „zusammenschnü- ren“. Ihre Wohnung und ihren sonstigen **Lebensunterhalt** (Ernährung, Kleidung, Hobbys etc.) werden sie in der Regel durch eigenes Einkommen und/oder Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel G](#) unter II) finanzieren. Daneben benötigen sie Leistungen der **Eingliederungshilfe** (zum Beispiel in Form von pädagogischer Betreuung) sowie unter Umständen **Leistungen der Pflegeversicherung** und/oder Hilfe zur Pflege.

Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege sind Leistungen der Sozialhilfe. An den Kosten dieser Leistungen muss sich der Mensch mit Behinderung mit seinem Einkommen und Vermögen in angemessenem Umfang beteiligen, soweit bestimmte Grenzen überstiegen werden (siehe oben in [Kapitel H](#) unter II). Ist der behinderte Mensch volljährig, beschränkt sich der monatliche Unterhaltsbeitrag seiner Eltern für diese Kosten auf 32,08 Euro.

L) Das Persönliche Budget

Das Persönliche Budget ist eine besondere Form der Leistungserbringung. Die Kernvorschrift für das Persönliche Budget ist im SGB IX geregelt.

Beantragt ein behinderter Mensch ein Persönliches Budget, erhält er einen bestimmten Geldbetrag und muss sich damit die Leistungen, die er braucht, selber einkaufen. Er ist dabei nicht an bestimmte Einrichtungen und Dienste gebunden, sondern kann die benötigte Leistung (z.B. Begleitung ins Fußballstadion) auch von einer Privatperson (z.B. einem Nachbarn) beziehen. Im Unterschied dazu steht die **Sachleistung**. Sie ist die übliche Form der Leistungserbringung im Sozialrecht. Konkret bedeutet die Sachleistung, dass ein behinderter Mensch zum Beispiel Leistungen der Eingliederungshilfe von einem Familienunterstützenden Dienst (FuD) erhält, diese aber nicht selbst bezahlen muss. Bezahlt wird der FuD stattdessen vom Sozialhilfeträger. Während der Leistungsberechtigte also beim Persönlichen Budget selbst Geld in die Hand bekommt, erfolgt die Abrechnung bei der Sachleistung zwischen dem Kostenträger und dem leistungserbringenden Dienst.

Leistungsberechtigte behinderte Menschen haben einen **Rechtsanspruch** darauf, dass sie die ihnen zustehenden budgetfähigen Leistungen als Persönliches Budget erhalten. Budgetfähig sind z.B. grundsätzlich alle vom Sozialhilfeträger zu gewährenden Leistungen der Eingliederungshilfe (siehe dazu im Einzelnen die [Ausführungen in Kapitel H](#)). Als Persönliches Budget können budgetfähige Leistungen nur dann gewährt werden, wenn die **Anspruchsvoraussetzungen des jeweiligen Leistungsgesetzes** erfüllt sind. Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets können behinderte Menschen z.B. nur dann erhalten, wenn ihr Einkommen und Vermögen bestimmte Grenzen nicht überschreitet (siehe dazu im Einzelnen die [Ausführungen in Kapitel H](#) unter I und II) und auch die sonstigen Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe vorliegen.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ein Persönliches Budget erhalten können, richtet sich danach, welche konkrete Sozialleistung sie in dieser Form der Leistungserbringung bekommen möchten.

Wollen sie z.B. Leistungen der Eingliederungshilfe als Persönliches Budget erhalten, ist zu

beachten, dass viele ausländische Staatsangehörige diese Leistung nur eingeschränkt beanspruchen können (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel H).

Ein Persönliches Budget wird nur auf **Antrag** gewährt. Niemand kann also zur Inanspruchnahme von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets gezwungen werden. Der Antrag sollte bei dem Kostenträger gestellt werden, der für die benötigte Sozialleistung zuständig ist. Möchte ein behinderter Mensch z.B. Leistungen der Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen, sollte der Antrag beim Sozialamt gestellt werden.

Wer sich einmal für ein Persönliches Budget entschieden hat, ist nicht dauerhaft an diese Leistungsform gebunden. Ein behinderter Mensch kann beispielsweise zur Sachleistung zurückkehren, wenn er feststellt, dass er mit der Verwaltung des Geldbetrages überfordert ist.

Weiterführende Literatur

- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (Hrsg.):
Das Persönliche Budget – Leistungen und Hilfe selbst einkaufen!

M) Zuständiger Kostenträger

In den vorangehenden Kapiteln wurde bereits deutlich, dass es in Deutschland eine Vielzahl von Sozialleistungsträgern (z.B. Pflegekasse, Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfeträger etc.) gibt. Die Frage, welcher Sozialleistungsträger (im Folgenden wird der Ausdruck „Kostenträger“ verwendet) für eine bestimmte Leistung zuständig ist, richtet sich häufig nach der Art der benötigten Leistung. Für einige Leistungen kommen sogar mehrere Kostenträger in Betracht (z.B. bei den Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung behindertengerechten Wohnraums, siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel K unter I](#)).

I. Kostenträger bei besonderen Behinderungsursachen

In bestimmten Fällen ist auch die Ursache einer Behinderung maßgeblich für die Frage, welcher Kostenträger eine bestimmte Leistung zu erbringen hat (sogenanntes Kausalitätsprinzip). Beruht die Behinderung beispielsweise auf einem Arbeits-, Schul- oder Kindergartenunfall oder einem sogenannten Wegeunfall (z.B. auf dem Hin- oder Rückweg zur Arbeit), ist die gesetzliche Unfallversicherung für einen umfassenden Ausgleich der Behinderungsfolgen zuständig. Ist eine Gewalttat oder ein Impfschaden Ursache der Behinderung, sind die Versorgungsämter die zuständigen Kostenträger.

II. Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur Teilhabe

Kommen für eine Sozialleistung mehrere Kostenträger in Betracht, werden Menschen mit Behinderung oft von einem Amt zum nächsten geschickt, bevor sie die benötigte Leistung erhalten. Um diese Praxis zu unterbinden, sieht das SGB IX für Leistungen zur Teilhabe ein Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit vor.

N) Verfahrensrecht

Die Entscheidungen der Sozialhilfeträger, der Krankenkassen, der Pflegekassen, der Versorgungsämter, der Rentenversicherungsträger und anderer Sozialleistungsträger unterliegen der Kontrolle durch die Sozialgerichtsbarkeit.

I. Widerspruchsverfahren

Gegen unrichtige Bescheide ist zunächst fristgerecht schriftlich Widerspruch beim jeweiligen Sozialleistungsträger zu erheben. Enthält der Bescheid eine schriftliche **Rechtsmittelbelehrung**, ist der Widerspruch innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids zu erheben. Fehlt eine solche Rechtsmittelbelehrung kann man innerhalb eines Jahres Widerspruch einlegen. Damit man beweisen kann, dass man die Frist eingehalten hat, sollte man den Widerspruch per Einschreiben mit Rückschein verschicken.

Der Widerspruch muss während der Widerspruchsfrist noch nicht begründet werden. Es reicht zunächst aus, darzulegen, dass man mit der Entscheidung des Sozialleistungsträgers nicht einverstanden ist. (Beispiel: „Hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom Widerspruch ein. Die **Begründung** dieses Widerspruchs erfolgt gesondert.“) Da es sich bei den Bescheiden von Behörden immer um die Entscheidung von Einzelfällen handelt, sollte man schließlich in der Begründung des Widerspruchs auf die individuellen Umstände des Einzelfalles möglichst konkret eingehen.

Der Sozialleistungsträger wird die Sach- und Rechtslage unter Berücksichtigung des Widerspruchs erneut überprüfen. Entweder wird dann den Einwänden des Widerspruchs Rechnung getragen oder der Widerspruch wird durch einen sogenannten Widerspruchsbescheid zurückgewiesen.

II. Klage

Gegen Widerspruchsbescheide von Sozialleistungsträgern kann man Klage vor dem Sozialgericht erheben. Enthält der Widerspruchsbescheid keine **Rechtsmittelbelehrung**, hat man für die Klage ein Jahr Zeit. Ist der Widerspruchsbescheid hingegen mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen, muss die Klage innerhalb eines Monats erhoben werden. Die Monatsfrist beginnt mit der Zustellung des Widerspruchsbescheids.

Da es vor den Sozialgerichten in der ersten Instanz keinen Anwaltszwang gibt, kann jeder Betroffene selbst Klage einreichen und auch alleine zur mündlichen Verhandlung erscheinen. Im Fall von rechtlicher Betreuung muss der Betreuer tätig werden.

O) Rechtliche Betreuung

Betreuung ist die rechtliche Vertretung eines erwachsenen Menschen. Geregelt ist die rechtliche Betreuung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB).

Mit der Vollendung des 18. Lebensjahrs wird man in Deutschland volljährig. Das bedeutet, dass man ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich alle Rechte und Pflichten eines Erwachsenen hat und für sein Handeln selbst verantwortlich ist. Eine der wichtigsten Rechtsfolgen, die hiermit verbunden ist, ist das Erlangen der Geschäftsfähigkeit. Das ist die Fähigkeit, wirksam Rechtsgeschäfte abschließen zu können, wie beispielsweise Arbeits-, Kauf- oder Mietverträge.

Ist ein volljähriger Mensch aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen, bestellt das Betreuungsgericht für ihn einen rechtlichen Betreuer. Die Bestellung darf nur für die **Aufgabenkreise** erfolgen, in denen eine Betreuung erforderlich ist. Ist ein erwachsener behinderter Mensch beispielsweise einerseits imstande, sein Geld selbst zu verwalten, andererseits aber nur eingeschränkt in der Lage, Schriftverkehr mit

Behörden zu bewältigen oder notwendige Arztbesuche wahrzunehmen, wird die Betreuung lediglich für den Aufgabenkreis Behördenangelegenheiten und der Gesundheitsfürsorge, nicht aber für den Aufgabenkreis der Vermögenssorge bestellt. Der Betreuer vertritt den behinderten Menschen in den Aufgabenkreisen, für den er bestellt worden ist gerichtlich und außergerichtlich.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Geschäftsfähigkeit eines ausländischen Staatsangehörigen beurteilt sich grundsätzlich nach dessen Heimatrecht. Auch die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine rechtliche Betreuung für einen erwachsenen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit angeordnet werden kann, richtet sich in der Regel nach den maßgeblichen Vorschriften seines Heimatrechts.

Der behinderte Mensch hat ein **Vorschlagsrecht**, wer die Betreuung für ihn übernehmen soll. Diesem Vorschlag soll das Gericht entsprechen, wenn es dem Wohl des Betreuten nicht zuwiderläuft. Schlägt er niemanden vor, sind vorzugsweise Angehörige wie Eltern, Kinder oder Ehegatten zu bestellen, wenn dies nicht dem Willen des Betreuten widerspricht.

Ehrenamtlich tätige Betreuer einer mittellosen Person, wie z.B. Eltern behinderter volljähriger und mittelloser Kinder, erhalten einen Aufwendungsersatz oder eine **Aufwandsentschädigung**, die sie jährlich beim zuständigen Amtsgericht schriftlich beantragen können. Möglich ist, alle Aufwendungen durch Einzelnachweise geltend zu machen (Aufwendungsersatz), oder aber die Aufwandspauschale in Höhe von derzeit 399 Euro ohne Vorlage von Einzelnachweisen zu verlangen (Aufwandsentschädigung).

Weiterführende Literatur

W. Zimmermann: *Ratgeber Betreuungsrecht, Hilfe für Betreute und Betreuer*, 10. Auflage, München 2014

P) Das Behindertentestament

Das Erbrecht regelt, wem das Vermögen eines Menschen nach dessen Tod zufällt, was mit dem Vermögen geschehen soll und wer für die Schulden des Nachlasses aufkommt. Das Erbrecht ist Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen, müssen Vermögen, das ihnen durch eine Erbschaft zufällt, zur Deckung ihres sozialhilferechtlichen Bedarfs einsetzen. Erst wenn das Vermögen bis auf einen Schonbetrag von 2.600 Euro aufgebraucht ist, ist der Sozialhilfeträger wieder zur Leistung verpflichtet. Wollen Eltern ihren behinderten Kindern materielle Werte aus einer Erbschaft zuwenden, empfiehlt es sich deshalb, ein sogenanntes Behindertentestament zu verfassen. Hierdurch kann der Zugriff des Sozialamtes auf den Nachlass verhindert werden. Zentrale Elemente des Behindertentestamentes sind die Einsetzung des behinderten Menschen zum Vorerben und die **Anordnung der Testamentsvollstreckung**. Da die Regelungen, die im Einzelnen zu treffen sind, sehr kompliziert sind, sollten Eltern sich in jedem Fall anwaltlich beraten lassen.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Stirbt ein in Deutschland lebender Mensch mit ausländischer Staatsangehörigkeit, richtet sich die Frage, wem sein Vermögen zufällt, grundsätzlich nach dem Recht seines Heimatlandes. Das Heimatrecht kann aber unter Umständen auf die Anwendung deutschen

Rechts zurückverweisen. Die Frage, ob ausländische Staatsangehörige ein sogenanntes Behindertentestament nach deutschem Erbrecht errichten können, sollte daher anwaltlich besonders sorgfältig geprüft werden.

Weiterführende Literatur

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (Hrsg.):

- Vererben zugunsten behinderter Menschen*
- Der Erbfall – Was ist zu tun?*

Literatur

Hier können Sie die im Ratgeber genannten Bücher, Broschüren und Merkblätter bestellen

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
versand@bvkm.de
www.bvkm.de (sämtliche Broschüren stehen hier unter „Recht und Ratgeber“ zum kostenlosen Download als PDF zur Verfügung)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter
und Hauptfürsorgestellen
Postfach 4109
76026 Karlsruhe
bih@integrationsaemter.de

Lebenshilfe-Verlag
Bundesvereinigung Lebenshilfe
Raiffeisenstr. 18
35043 Marburg
Tel. 06421-491-0
Verlag@lebenshilfe.de

Deutsches Studentenwerk
Informations- und Beratungsstelle
Studium und Beruf
Monbijouplatz 11
10178 Berlin
studium-behinderung@studentenwerke.de

Die Broschüren „Behinderung und Ausweis“ sowie „Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und Nachteilsausgleiche für (schwer-)behinderte Menschen“ sind zu beziehen über:

Rheinland Kultur GmbH
Abtei Brauweiler
Postfach 2140
50250 Pulheim
lager@rheinlandkultur.de

Spenden

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich ausschließlich über Spenden, Mitgliedsbeiträge und öffentliche Zuschüsse finanziert. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Arbeit durch eine Spende unterstützen. Unser Spendenkonto lautet:

Spendenkonto:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen

IBAN: DE69 3702 0500 0007 0342 03

BIC: BFSWDE33XXX

Bank für Sozialwirtschaft