

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es

**Überblick über Rechte und finanzielle Leistungen
für Familien mit behinderten Kindern**

**von Katja Kruse
und Martina Steinke**

Herausgeber:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V.

Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf

Tel. 02 11/64 00 4 - 0, Fax: 02 11/64 00 4 - 20

Email: info@bvkm.de

www.bvkm.de

Januar 2009

INHALTSVERZEICHNIS

A) Leistungen der Krankenversicherung

- I) Arzneimittel
- II) Heilmittel
- III) Hilfsmittel
- IV) Häusliche Krankenpflege
- V) Fahrkosten
- VI) Begleitperson im Krankenhaus
- VII) Haushaltshilfe
- VIII) Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
- IX) Zahnersatz
- X) Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen

B) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

- I) Leistungen der Pflegeversicherung (*Martina Steinke*)
 - 1.) Sachleistungen und Pflegegeld
 - 2.) Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson
 - 3.) Pflegehilfsmittel
 - 4.) Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
 - 5.) Teilstationäre Pflege
 - 6.) Kurzzeitpflege
 - 7.) Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
 - 8.) Vollstationäre Pflege
 - 9.) Poolen von Leistungen
 - 10.) Pflegeberatung
 - 11.) Leistungen für Pflegepersonen
- II) Hilfe zur Pflege

C) Nachteilsausgleiche

- I) Der Schwerbehindertenausweis
- II) Unentgeltliche Beförderung
- III) Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson
- IV) Parkerleichterung
- V) Befreiung von der Rundfunkgebühr

D) Blindengeld und Blindenhilfe

E) Steuererleichterungen

- I) Vergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz
- II) Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer

F) Kindergeld

G) Leistungen zum Lebensunterhalt

- I) Arbeitslosengeld II
- II) Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

H) Eingliederungshilfe

- I) Nachrangigkeit der Sozialhilfe
- II) Einkommens- und Vermögensgrenzen
- III) Sonderregelung für Eltern volljähriger Kinder
- IV) Entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen
 - 1.) Frühförderung
 - 2.) Kindergarten
 - 3.) Schule
- V) Allgemeingesellschaftliche Hilfen
 - 1.) Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse
 - 2.) Förderung der Verständigung
 - 3.) Hilfen zum Wohnen
 - 4.) Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten
 - 5.) Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
 - 6.) Hilfsmittel

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

- I) Berufsausbildung
- II) Studium
- III) Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - 1.) Integrationsfachdienst
 - 2.) Unterstützte Beschäftigung (*Martina Steinke*)
 - 3.) Begleitende Hilfen im Beruf
 - 4.) Kündigungsschutz und Zusatzurlaub
- IV) Werkstatt für behinderte Menschen
- V) Tagesförderstätte

K) Wohnen

- I) Fördermöglichkeiten für barrierefreies Wohnen (*Martina Steinke*)
- II) Leistungen für spezielle Wohnformen
 - 1.) Vollstationäre Einrichtung
 - 2.) Ambulant betreutes Wohnen

L) Das Persönliche Budget

M) Zuständiger Kostenträger

- I) Kostenträger bei besonderen Behinderungsursachen
- II) Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur Teilhabe
- III) Gemeinsame Servicestellen

N) Verfahrensrecht

- I) Widerspruchsverfahren
- II) Klage

O) Gesetzliche Betreuung (*Martina Steinke*)

P) Das Behindertentestament

Hinweis:

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

Vorbemerkung

Für behinderte Menschen und ihre Familien ist es nicht immer leicht, sich im Dickicht der Sozialleistungen zurecht zu finden. 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 2009

Katja Kruse und Martina Steinke

Abkürzungsverzeichnis

GdB	Grad der Behinderung
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. Konkretisiert werden die meisten Leistungen durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierbei handelt es sich um ein Gremium, in dem VertreterInnen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammenwirken. Auch PatientenvertreterInnen nehmen an den Sitzungen des Ausschusses mit beratender Stimme teil. Die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind im Internet unter www.g-ba.de nachzulesen.

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

D) Arzneimittel

Versicherte haben Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel. Seit 2004 ist dieser Anspruch allerdings grundsätzlich auf verschreibungspflichtige Arzneimittel beschränkt. Medikamente, die in den Apotheken frei verkäuflich sind, können in der Regel nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. Von diesem Grundsatz gibt es drei Ausnahmen. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind weiterhin verordnungsfähig:

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

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 Heilmittel beanspruchen. Heilmittel sind medizinische Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Sie sind von der gesetzlichen Krankenversicherung zu bezahlen, wenn sie ärztlich verordnet sind und dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Verordnungsfähig sind folgende Heilmittel:

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

Näheres zu den Voraussetzungen, unter denen Heilmittel verordnet werden können, regeln die Heilmittel-Richtlinien (im Internet nachzulesen unter www.g-ba.de). Dort ist auch festgelegt, dass bestimmte Heilmittel wie z.B. die Konduktive Förderung nach Petö und die Hippotherapie nicht von der Krankenkasse bezahlt werden.

III) Hilfsmittel

Auch Hilfsmittel gehören zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei handelt es sich um Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Typische Hilfsmittel sind z.B. Hörgeräte, Prothesen und Rollstühle.

Auch Sehhilfen (z.B. Brillen) sind Hilfsmittel. Sie werden seit 2004 allerdings nur noch von der Krankenkasse bezahlt

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

Eine schwere Sehbeeinträchtigung liegt unter anderem vor, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen jeglicher Art maximal 30 Prozent beträgt.

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

Seit 2005 gelten für zahlreiche Hilfsmittel bundeseinheitliche Festbeträge (z.B. orthopädische Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Sehhilfen). Bei den betreffenden Hilfsmitteln zahlt die Krankenkasse nur noch den Festbetrag. Entscheiden sich Versicherte für ein Hilfsmittel, das preislich über dem Festbetrag liegt, müssen sie die Mehrkosten selber tragen.

Hilfsmittel werden unter anderem von Sanitätshäusern und Apotheken erbracht. Bis 31. Dezember 2009 können Versicherte ihren Leistungserbringer grundsätzlich noch frei aussuchen. Ab 1. Januar 2010 kann man in der Regel nur noch zwischen den Vertragspartnern seiner Krankenkasse wählen. Die Vertragspartner werden den Versicherten durch die Krankenkasse benannt. Nur wenn ein berechtigtes Interesse besteht, können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen. 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, ihrer Familie, in betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen Behandlungspflege (z.B. Verabreichung von Medikamenten oder Injektionen, Katheterisierung, Dekubitusversorgung etc.) durch geeignete Pflegekräfte zu erhalten, wenn dies zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Voraussetzung ist ferner, dass die Pflege nicht von einer im Haushalt lebenden Person ausgeführt werden kann. Kann die Krankenkasse keine Pflegekraft stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

V) Fahrkosten

Fahrkosten, die anlässlich von Fahrten zur ambulanten Behandlung entstehen, werden von der Krankenkasse nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Verordnung und Genehmigung übernommen. Näheres regeln die sogenannten Krankentransport-Richtlinien, die im Internet unter www.g-ba.de nachzulesen sind. Danach können Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte übernommen werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die die Pflegestufe II oder III nachweisen können. Versicherte, die vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind, aber keinen solchen Nachweis besitzen, erhalten Fahrkosten, wenn sie über einen längeren Zeitraum ambulanter Behandlung bedürfen.

Verordnungs- und genehmigungsfähig sind ferner Fahrten für Versicherte, die an einer Grunderkrankung leiden, die eine längerfristige Therapie erfordert und bei der eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben notwendig ist. Dazu zählen z.B. 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 von der Krankenhausärztin/dem Krankenhausarzt bestätigt werden.

VII) 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. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder – ohne Altersbegrenzung- das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Außerdem darf es im Haushalt keine Person geben, die den Haushalt weiterführen könnte.

VIII) Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Attest erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben. Das erkrankte Kind muss familienversichert sein und darf das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss –ohne Altersbegrenzung- behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Ferner darf keine andere im Haushalt lebende Person zur Betreuung des Kindes zur Verfügung stehen.

Für die Zeit des Anspruchs auf Krankengeld ist der betreuende Elternteil vom Arbeitgeber von der Arbeit unbezahlt freizustellen. 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.

IX) 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 die Zahnärztin/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 Festzuschuss beläuft sich auf 50 Prozent der Kosten für eine durchschnittlich teure Regelversorgung. Er erhöht sich um 20 Prozent, wenn die/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 BezieherInnen 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 994 Euro (West) bzw. 840 Euro (Ost) 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.

ZahnärztInnen, 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.

X) Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen

Seit dem 1. Januar 2004 müssen alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 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 Leistungen 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. Bei ärztlicher und

zahnärztlicher Behandlung beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Quartal und Behandlungsfall (sogenannte Praxisgebühr).

Durch eine gesetzliche Überforderungsklausel ist festgeschrieben, dass die Versicherten nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze (der sogenannten Belastungsgrenze) mit Zuzahlungen belastet werden sollen. Pro Kalenderjahr muss ein/e Versicherte/r maximal Zuzahlungen in Höhe von 2 % seines/ihrer jährlichen Bruttoeinkommens leisten. Bei chronisch kranken und behinderten Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei 1 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen (sogenannte Chroniker-Regelung).

Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt vor, wenn sich die/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 Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Im zuletzt genannten Fall muss außerdem ein therapiegerechtes Verhalten der/des Versicherten ärztlich bescheinigt werden.

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

Auch gesetzlich versicherte HeimbewohnerInnen 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 84 Euro (2 Prozent der Bruttoeinnahmen) oder – wenn die/der Betroffene an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet auf 42 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 I und 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 im Sinne der Pflegeversicherung sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. 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.

I) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

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

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.). Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte GutachterInnen mit einer Qualifikation als Gesundheits-, oder KinderkrankenpflegerIn oder als Kinderärztin/Kinderarzt vorzunehmen.

Die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der von der Pflegeversicherung damit beauftragt wird. Er ermittelt bei einem Hausbesuch anhand eines Fragebogens den Pflegebedarf. Um sich auf diesen Besuch gezielt vorzubereiten, empfiehlt es sich, ein Pflegetagebuch zu führen, in dem die Hilfen, die der/die Pflegebedürftige im täglichen Leben benötigt, zeitlich minutiös dokumentiert werden.

Ist durch die Zuordnung zu einer Pflegestufe festgestellt, dass die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, hat sie einen Anspruch auf häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege. 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 (mehr) möglich ist.

1. Sachleistungen und Pflegegeld

Wird der pflegebedürftige Mensch in seinem eigenen Haushalt oder in einem Haushalt gepflegt, in den er aufgenommen worden ist (**häusliche Pflege**), hat er einen Anspruch darauf, von professionellen Pflegekräften (z.B. den Beschäftigten eines ambulanten Pflegedienstes) versorgt zu werden (sogenannte **Sachleistung**). Anstelle der Sachleistung kann der pflegebedürftige Mensch aber auch ein **Pflegegeld** beantragen, wenn er damit in geeigneter Weise seine Pflege selbst sicherstellen kann, beispielsweise indem er sich durch Angehörige oder sonstige ehrenamtlich tätige Pflegepersonen betreuen lässt. Das Pflegegeld steht dem pflegebedürftigen Menschen zu, der es an pflegende Angehörige als finanzielle Anerkennung weitergeben kann. Je nach Pflegestufe kann er folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

Sachleistung bei häuslicher Pflege

Pflegestufe	seit 1. Juli 2008 monatlich bis zu	ab 1. Januar 2010 monatlich bis zu	ab 1. Januar 2012 monatlich bis zu
Stufe I	420 €	440 €	450 €
Stufe II	980 €	1.040 €	1.100 €
Stufe III	1.470 €	1.510 €	1.550 €

Pflegegeld

Pflegestufe	seit 1. Juli 2008 monatlich	ab 1. Januar 2010 monatlich	ab 1. Januar 2012 monatlich
Stufe I	215 €	225 €	235 €
Stufe II	420 €	430 €	440 €
Stufe III	675 €	685 €	700 €

Der pflegebedürftige Mensch kann die Sachleistung und das Pflegegeld auch kombiniert in Anspruch nehmen. Das Pflegegeld wird in diesem Fall um den Prozentsatz gemindert, zu dem der pflegebedürftige Mensch Sachleistungen in Anspruch nimmt. Darüber hinaus stehen ihm folgende Leistungen bei häuslicher Pflege zu:

2. Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson, die eine pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat, wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse für längstens vier Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflege bezahlen (sogenannte Verhinderungspflege). Die Aufwendungen hierfür sind unabhängig von der Pflegestufe jährlich auf bis zu 1.470 Euro (seit dem 1. Juli 2008), ab 1. Januar 2010 auf bis zu 1.510 Euro und ab 1. Januar 2012 auf bis zu 1.550 Euro begrenzt. Mit dem Geld können z.B. pflegerische Leistungen von familienunterstützenden Diensten oder von selbst beschafften Pflegekräften finanziert werden.

Wird die Ersatzpflege von einer nicht berufsmäßig tätigen Pflegeperson (dazu zählen Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grade oder in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen lebende Personen) durchgeführt, beschränken sich die Leistungen der Verhinderungspflege auf den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes. Zusätzlich kann die Pflegeversicherung in diesen Fällen nachgewiesene Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (z.B. Verdienstausschlag, Fahrtkosten) übernehmen.

Die Leistungen der Verhinderungspflege müssen nicht vier Wochen am Stück, sondern können auch tage- oder stundenweise über das ganze Jahr verteilt in Anspruch genommen werden. Bezieht der pflegebedürftige Mensch statt der Sachleistungen das Pflegegeld, so wird dieses für die Zeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege anteilig gekürzt. Bei stundenweiser Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege erfolgt jedoch keine Pflegegeldkürzung, sofern die Ersatzpflege für weniger als acht Stunden am Tag erbracht wird.

3. 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 31 Euro beschränkt. Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln müssen Volljährige je Hilfsmittel eine Eigenbeteiligung von bis zu 25 Euro leisten.

4. 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 2.557 Euro je Maßnahme gewährt werden. Als „Maßnahme“ wird dabei die Gesamtheit der Umbauten oder Beschaffungen bezeichnet, die zum Zeitpunkt der Antragstellung notwendig sind.

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 Anspruch auf Tages- und Nachtpflege wird entsprechend dem Anstieg bei den ambulanten Pflegesachleistungen schrittweise erhöht (siehe oben).

6. Kurzzeitpflege

Kann die Pflege zeitweise in bestimmten Krisensituationen (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen) nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung. Seit dem 1. Juli 2008 können pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren, die im elterlichen Haushalt leben, die Leistungen der Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe in Anspruch nehmen.

7. Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Pflegebedürftige Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (das sind z.B. altersverwirrte, demenzkranke, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige) haben Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag. Seit dem 1. Juli 2008 werden hier zwei Personengruppen unterschieden. Personen mit einem geringen allgemeinem Betreuungsaufwand erhalten einen Grundbetrag bis zu 100 Euro monatlich. Personen mit einem erhöhten allgemeinem Betreuungsbedarf können bis zu 200 Euro monatlich beantragen. Beziehenden des bisherigen zusätzlichen Betreuungsbetrages von bis zu 460 Euro jährlich („Altfälle“) erhalten ohne eine erneute Prüfung durch den MDK den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich, sofern sie nicht den erhöhten Betrag beantragen.

Auch Personen, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen (so genannte „Pflegestufe 0“), können nun einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen geltend machen.

Die zusätzlichen finanziellen Mittel sind zweckgebunden für bestimmte, im Gesetz aufgelistete Betreuungsangebote einzusetzen. Zu diesen zählen z.B. niedrigschwellige ambulante Betreuungsangebote sowie besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung. Wird der Betreuungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann er in das erste Quartal des nächsten Kalenderjahres übertragen werden.

8. Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die vollstationäre Pflege sind ähnlich wie bei der häuslichen Pflege entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit abgestuft und betragen seit 1. Juli 2008 maximal 1.470 Euro monatlich, ab 1. Januar 2010 bis zu 1.510 Euro und ab 1. Januar 2012 bis zu 1.550 Euro monatlich.

9. Poolen von Leistungen

Seit 1. Juli 2008 haben pflegebedürftige Menschen, die entweder gemeinsam in einer Wohngemeinschaft oder in sonstiger räumlicher Nähe leben (NachbarInnen in einem Gebäude oder einer Straße), die Möglichkeit, Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gemeinsam abzurufen und dadurch entstehende Vorteile (Zeit- oder Kosteneinsparungen, z.B. durch gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen für mehrere Pflegebedürftige) für sich zu nutzen. Die pflegebedürftige Person ist frei in ihrer Entscheidung, ob sie sich an einem solchen „Pool“ beteiligt. Freiwerdende Gelder können individuell oder gemeinschaftlich für Betreuungsleistungen (= besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung) oder zusätzliche Pflegeleistungen eingesetzt werden. Haben behinderte pflegebedürftige Menschen, die sich am Pool beteiligen, einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, die mit den neuen Betreuungsleistungen

der Pflegeversicherung vergleichbar sind (z.B. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft), können sie die durch das Poolen eingesparten finanziellen Mittel nicht für diese Betreuungsleistungen, sondern allein für zusätzliche Pflegeleistungen einsetzen.

10. Pflegeberatung

Seit 1. Januar 2009 haben pflegebedürftige Menschen grundsätzlich einen einklagbaren Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten für pflegebedürftige Menschen durch eine(n) PflegeberaterIn haben. Der Anspruch besteht bereits bei Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Der/die PflegeberaterIn hat einen individuellen Versorgungsplan mit empfehlendem Charakter für die pflegebedürftige Person zu erstellen und dessen Umsetzung zu fördern.

11. Leistungen für Pflegepersonen

Die Pflegeversicherung übernimmt **Leistungen zur sozialen Sicherung** der Pflegeperson. Als Pflegeperson gilt, wer einen pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung wenigstens 14 Stunden in der Woche 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, entrichtet die Pflegeversicherung außerdem Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rentenversicherungsbeiträge werden seit dem 1. Juli 2008 auch für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson für diese weitergezahlt. Die Pflegeperson kann sich darüber hinaus freiwillig selbst gegen Arbeitslosigkeit versichern.

Ebenfalls seit 1. Juli 2008 haben Beschäftigte, die in einem Unternehmen mit mindestens 15 MitarbeiterInnen tätig sind und eine/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n in häuslicher Umgebung pflegen, nach dem Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit für die Dauer von bis zu 6 Monaten (Pflegezeit). Die Pflegezeit kann auch in Form einer teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgen. Als pflegende nahe Angehörige gelten Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, LebenspartnerInnen, Geschwister, Kinder, Enkel-, oder Schwiegerkinder. Auf Antrag gewährt die Pflegekasse in der Pflegezeit in der Regel Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung und übernimmt die notwendigen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Darüber hinaus sieht das Pflegezeitgesetz für alle ArbeitnehmerInnen unabhängig von der Größe des Betriebes einen Anspruch auf kurzfristige Freistellung von der Arbeit von bis zu 10 Tagen vor, wenn diese erforderlich ist, um für eine/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n Pflege zu organisieren oder sicherzustellen.

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. 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. Das ist z.B. der Fall,

wenn eine geringere Pflegebedürftigkeit als in der Pflegestufe I besteht (sogenannte „Pflegestufe 0“) oder wenn die Hilfe voraussichtlich weniger als sechs Monate erforderlich ist. Da die Leistungen der Pflegeversicherung 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 bestreiten können. Einkommen und Vermögen müssen jedoch nur eingesetzt werden, soweit bestimmte gesetzlich festgelegte Grenzen überschritten werden.

Die **Einkommensgrenze** wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 702 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den Ehegatten sowie für jede Person, die von der/dem Leistungsberechtigten oder deren/dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 246 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 unterhaltsberechtigte Personen zusammen. Der Zuschlag beläuft sich für Ehegatten auf 614 Euro und für jede Person, die von der/dem Leistungsberechtigten oder deren/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 27,69 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.

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.versorgungsamter.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 erfüllt die landesrechtlich festgelegten gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht

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 60 Euro jährlich 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 zur unentgeltlichen Beförderung berechtigte schwerbehinderte Mensch für den laufenden Lebensunterhalt Leistungen nach dem SGB XII (also z.B. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) bezieht. Mit der Wertmarke können auch nicht zuschlagpflichtige Züge der Deutschen Bahn AG im Umkreis von 50 km um den Wohnort benutzt werden.

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“) sowie Menschen mit beidseitiger Amelie (das Fehlen beider Arme) oder

Phokomelie (Hände und Füße setzen unmittelbar am Rumpf an) 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) Befreiung von der Rundfunkgebühr

Behinderte Menschen mit dem Merkzeichen „RF“ können bei der Gebühreneinzugszentrale (GEZ) eine Befreiung von den Fernseh- und Rundfunkgebühren beantragen. Von der Gebührenpflicht befreit werden ferner Personen, die Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder Arbeitslosengeld II beziehen. Innerhalb einer Haushaltsgemeinschaft wird die Befreiung nur dann gewährt, wenn der Haushaltsvorstand oder dessen Ehegatte zu dem genannten Personenkreis gehört oder ein/e andere/r volljährige/r Haushaltsangehörige/r nachweist, dass er/sie allein das Rundfunkgerät zum Empfang bereit hält.

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 293 Euro und für Erwachsene 585 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.

E) Steuererleichterungen

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

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

von 25 und 30	310 Euro
von 35 und 40	430 Euro
von 45 und 50	570 Euro
von 55 und 60	720 Euro
von 65 und 70	890 Euro
von 75 und 80	1.060 Euro
von 85 und 90	1.230 Euro
von 95 und 100	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 die/der Steuerpflichtige für die Pflege keine Einnahmen erhalten. Als Einnahme wird dabei grundsätzlich auch das Pflegegeld angesehen, das die/der Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung erhält und an den/die Angehörige/n zu dessen/deren eigener Verfügung weitergibt (zum Beispiel um die Pflegedienstleistungen zu vergüten). 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 gleichzeitig mit der Zulassung des Fahrzeugs bei der Zulassungsbehörde oder unmittelbar beim Finanzamt gestellt werden kann.

Von der Kraftfahrzeugsteuer in vollem Umfang befreit sind Fahrzeuge, die von schwerbehinderten Menschen gehalten werden, die hilflos, blind oder außergewöhnlich gehbehindert sind. Die Behinderung ist durch einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen H, Bl oder aG nachzuweisen.

Die Kraftfahrzeugsteuer ermäßigt sich um 50 % 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 164 Euro, für das dritte 170 Euro und für jedes weitere Kind jeweils 195 Euro im Monat.

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 Lebensbedarf 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 2009 auf 7.680 €) 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.): Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern (jährlich aktualisiert) – 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. Seit 2005 werden diese Leistungen 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.

Das Arbeitslosengeld II besteht im Wesentlichen aus einer Regelleistung sowie den angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung. Die Regelleistung für alleinstehende Personen beläuft sich auf monatlich 351 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 der maßgebenden Regelleistung.

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.

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

- den für den Leistungsberechtigten maßgebenden Regelsatz (für einen Haushaltsvorstand monatlich 351 Euro und für eine/n Haushaltsangehörige/n monatlich 281 Euro)
- die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung,
- einen Mehrbedarf von 17 % des maßgebenden Regelsatzes bei Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“,
- einen angemessenen Mehrbedarf für kranke oder behinderte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen,
- die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen.

Gewährt werden außerdem Leistungen für die Erstaussstattung einer Wohnung einschließlich der Haushaltsgeräte sowie die Erstaussstattungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt.

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 der Eltern oder Kinder der/des Antragsberechtigten 100.000 Euro überschreitet. In diesem Fall können bedürftige, voll erwerbsgeminderte Menschen Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII beanspruchen. Der monatliche Kostenbeitrag von Eltern behinderter Kinder beschränkt sich für diese Leistung auf 21,30 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 seit 2005 im Sozialgesetzbuch XII geregelt. 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 Pflegeversicherung) 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 702 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den Ehegatten sowie für jede Person, die von dem/der Leistungsberechtigten oder dessen/deren unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 246 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 der/dem Leistungsberechtigten oder deren/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 27,69 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 regelmäßig aus medizinisch-therapeutischen Leistungen, die von den Krankenkassen und aus heilpädagogischen Maßnahmen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe von den Sozialhilfeträgern finanziert werden, 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

Kindergärten nehmen Kinder in der Regel vom vollendeten 3. Lebensjahr an bis zum Schuleintritt auf. Für behinderte Kinder kommt entweder der Besuch eines Sonderkindergartens (vielfach auch Heilpädagogischer Kindergarten genannt) oder der Besuch eines integrativen Kindergartens in Betracht.

Die Kosten für den Besuch eines Sonderkindergartens 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 unterschiedliche Sonderschulen (in vielen Ländern auch „Förderschulen“ genannt) organisatorisch vorgehalten.

Unter welchen Voraussetzungen behinderte Kinder gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in einer Regelschule beschult werden können (sogenannte integrative Beschulung), ist in den Schulgesetzen der Länder sehr unterschiedlich geregelt. Die Entscheidung, ob im Einzelfall eine Regelschule oder eine Sonderschule dem behinderten Kind eine angemessene Schulbildung vermittelt, obliegt der zuständigen Schulbehörde. Das Sozialamt muss diese Entscheidung gegen sich gelten lassen.

Ist das Kind für den Besuch einer Regelschule auf eine/n persönliche/n AssistentIn (IntegrationshelferIn) angewiesen, wird diese Leistung als Maßnahme der Eingliederungshilfe

vom Sozialamt erbracht. An den Kosten des/der IntegrationshelferIn müssen sich die Eltern nicht beteiligen.

Wird das behinderte Kind in einer Internats-Sonderschule 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 Kostenbeteiligung 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 erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, gewährt werden. Hierzu zählen z.B. Fördermaßnahmen, die zu einer möglichst selbständigen Haushaltsführung und räumlichen Orientierung beitragen.

2) Förderung der Verständigung

Bedürfen hörbehinderte Menschen oder behinderte Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit auf Grund ihrer Behinderung zur Verständigung mit der Umwelt aus besonderem Anlass der Hilfe Anderer, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet. Übernommen werden z.B. die Kosten für GebärdendolmetscherInnen, 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 Pflegekassen oder 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 vor allem:

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

Die Hilfe kann in der Übernahme von Eintrittskosten für einen Theaterbesuch oder der Bereitstellung der notwendigen Begleitperson 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.

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. Berufsbildungswerke 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 GebärdensprachdolmetscherInnen sowie für StudienhelferInnen (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 ArbeitnehmerInnen bei der Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützen. Zielgruppen der IFD sind insbesondere

- schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
- Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können sowie
- schwerbehinderte SchulabgängerInnen, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.

Neben der Beratung und Betreuung der behinderten ArbeitnehmerInnen besteht die Aufgabe der IFD unter anderem auch darin, geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausfindig zu machen und zu vermitteln sowie den ArbeitgeberInnen 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

Seit Januar 2009 gibt es die Unterstützte Beschäftigung (UB) als ein neues, im SGB IX verankertes Förderinstrument für Menschen mit Behinderung. Unterstützte Beschäftigung soll

behinderten Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnen. Zielgruppe der UB sind vorrangig SchulabgängerInnen aus Förderschulen, für die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung eine berufsvorbereitende Maßnahme oder Berufsausbildung nicht in Betracht kommt, aber dennoch die Prognose besteht, dass eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelingen kann. Auch Personen, bei denen sich im Laufe des Erwerbslebens eine Behinderung einstellt, können UB in Anspruch nehmen.

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. Hat der mit der Durchführung der UB beauftragte Träger eine geeignete Tätigkeit für den behinderten Menschen gefunden, die ihm auch die Perspektive auf eine Übernahme bietet, wird er auf diesem betrieblichen Arbeitsplatz vom Träger eingearbeitet. Die individuelle Qualifizierung beinhaltet auch die Vermittlung berufsübergreifender Lerninhalte und Schlüsselqualifikationen, wie z.B. Sozial- Handlungs- und Medienkompetenzen, sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Die Dauer der Qualifizierungsphase beläuft sich in der Regel auf bis zu 2 Jahre. Eine Verlängerung um bis zu 12 Monate ist möglich.

Es besteht die Möglichkeit, von einer Qualifizierung in der UB in eine Berufsausbildung zu wechseln. Scheitert die UB, ist auch der Wechsel in den Berufsbildungsbereich der WfbM möglich. Die Qualifizierungszeit im Rahmen der UB wird in diesem Fall zur Hälfte auf die Zeit im Berufsbildungsbereich der WfbM angerechnet. Insgesamt dürfen die Zeiten der Qualifizierung und des Berufsbildungsbereichs jedoch nicht mehr als 36 Monate betragen. Die Teilnehmenden sind sozialversichert und erhalten während ihrer Qualifizierungszeit in der Regel ein Ausbildungsgeld. Leistungen der individuellen betrieblichen Qualifizierung werden in erster Linie von der Bundesagentur für Arbeit erbracht.

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 Arbeitsassistentin übernommen, wenn der behinderte Mensch auf direkte persönliche Hilfe am Arbeitsplatz angewiesen ist. ArbeitsassistentInnen 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 ArbeitnehmerInnen (GdB von mindestens 50) unterliegen einem besonderen Kündigungsschutz. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den/die ArbeitgeberIn bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes. Außerdem haben schwerbehinderte ArbeitnehmerInnen 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, noch nicht oder noch nicht wieder 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. Daran fehlt es, wenn der behinderte Mensch trotz Betreuung sich oder andere erheblich gefährdet oder einer Betreuung und Pflege innerhalb der Werkstatt bedarf, die eine betrieblich verwertbare Arbeitsleistung nicht zulassen.

Der eigentlichen Aufnahme in die Werkstatt geht eine Phase der Arbeitserprobung 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 62 Euro und im zweiten Jahr auf monatlich 73 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 702 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 702 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.

D) Fördermöglichkeiten für barrierefreies Wohnen

Insbesondere das Sozialgesetzbuch sieht Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behindertengerechten und damit auch barrierefreien Wohnung vor. Welcher Kostenträger im Einzelfall die Hilfe zu erbringen hat, entscheidet sich danach, welche Voraussetzungen die jeweilige gesetzliche Regelung an die Leistung knüpft. So setzt z.B. ein Zuschuss der Pflegeversicherung voraus, dass der/die AntragstellerIn in eine Pflegestufe eingestuft ist.

Mögliche Kostenträger und deren Hilfen im Einzelnen:

- Agentur für Arbeit und Träger der gesetzlichen 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 (z.B. Herstellung eines

barrierefreien Zugangs zur Wohnung, um einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können).

- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Beim gesetzlichen Unfallversicherungsträger können Menschen, deren Behinderung durch einen Unfall verursacht worden ist, unter bestimmten weiteren Voraussetzungen 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.

- Integrationsämter

Schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen können vom Integrationsamt Zuschüsse, Zinszuschüsse oder Darlehen zur Anpassung von Wohnraum und seiner Ausstattung an ihre besonderen behinderungsbedingten Bedürfnisse gewährt werden. Die Hilfe ist gegenüber den vorgenannten Wohnungshilfen nachrangig.

- Pflegekassen

Pflegebedürftige Menschen, die in eine Pflegestufe eingestuft sind, haben die Möglichkeit bei der Pflegekasse einen Zuschuss in Höhe von bis zu 2.557 Euro je Maßnahme für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu beantragen (z.B. barrierefreier Umbau des Bades).

- 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.

Weitere Quellen für finanzielle Hilfen:

- Kommunale Sonderprogramme

Einige Kommunen bieten Sonderprogramme für den barrierefreien Bau oder Umbau von Wohnungen und Häusern an. Weitere Auskünfte dazu erteilen die Wohnberatungsstellen www.wohnungsanpassung.de/adressen/BAGAdressenlisteAktuell.pdf 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, wie z.B. für die Verbreiterung von Türen, steuerlich nicht als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden können. Etwas anderes gilt für Kosten für medizinische Hilfsmittel im engeren Sinne, wie z.B. einen Treppenschräglift.

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.

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 HeimbewohnerInnen auf monatlich 95 Euro beläuft und für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung steht. HeimbewohnerInnen, die mit ihrem eigenen Einkommen (z.B. durch Renten oder Werkstatteinkommen) zu einem Teil der Kosten für den stationären Aufenthalt beitragen, erhalten außerdem ein **zusätzliches Taschengeld** in Höhe von bis zu 44 Euro im Monat, wenn dieser Anspruch bereits am 31. Dezember 2004 bestand. Für alle SelbstzahlerInnen in Einrichtungen, die den Zusatzbarbetrag aufgrund des bislang geltenden Bundessozialhilfegesetzes erst nach diesem Stichtag erworben hätten, entfällt das zusätzliche Taschengeld. Für minderjährige HeimbewohnerInnen 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 HeimbewohnerInnen 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. Etwaiges Vermögen der HeimbewohnerInnen ist nur zu berücksichtigen, soweit es die maßgebliche Vermögensgrenze überschreitet.

Die **Eltern volljähriger HeimbewohnerInnen** müssen maximal 48,99 Euro im Monat für den Heimplatz bezahlen. Darin sind 21,30 Euro für den in der Einrichtung erbrachten Lebensunterhalt und 27,69 Euro für die im Wohnheim geleistete Eingliederungshilfe enthalten. Ist der/die HeimbewohnerIn aufgrund eines sehr hohen Einkommens (zum Beispiel aufgrund einer hohen Erwerbsunfähigkeitsrente) in der Lage, den Lebensunterhalt in der Einrichtung (der bei etwa 700 Euro liegt) selbst zu finanzieren, müssen die Eltern für diese Sozialhilfeleistung nicht aufkommen. In diesem Fall verringert sich der monatliche Unterhaltsbeitrag auf 27,69 Euro.

Für die **Eltern minderjähriger HeimbewohnerInnen** gilt eine andere Regelung. Sie müssen für den Wohnheimplatz einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten. 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 MitarbeiterInnen 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 BewohnerInnen sicherstellt, müssen sich Menschen mit Behinderung, die ambulant betreut wohnen, ihr individuelles Leistungspaket aus verschiedenen Hilfen „zusammenschnüren“. 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 27,69 Euro.

L) Das Persönliche Budget

Das Persönliche Budget ist keine neue Leistung, sondern eine neue Form, in der Menschen mit Behinderung bestimmte Sozialleistungen in Anspruch nehmen können. Sozialleistungen werden üblicherweise in Form von Sachleistungen an den/die Leistungsberechtigte/n gewährt. Kennzeichnend für die Sachleistung ist, dass der Kostenträger (z.B. der Sozialhilfeträger) dem/der Leistungsberechtigten (also dem Menschen mit Behinderung) Einrichtungen, Sachen oder entgeltliche Dienstleistungen (z.B. den Begleitservice für einen Kinobesuch) „in Natur“ zur Verfügung stellt, indem er durch die unmittelbare Übernahme von Kosten sicherstellt, dass ein Dritter (z.B. ein Familienentlastender Dienst) für ihn die Leistung erbringt. Der Preis für die Sachleistung wird zwischen dem Kostenträger und dem Leistungserbringer ausgehandelt, in sogenannten Leistungsvereinbarungen festgehalten und vom Kostenträger an den Leistungserbringer gezahlt, wenn dieser die Sachleistung erbracht hat.

Beim Persönlichen Budget werden dem behinderten Menschen demgegenüber keine „Naturalien“ zur Verfügung gestellt, sondern es wird ihm in der Regel ein Geldbetrag ausgezahlt, mit dem er seinen Bedarf decken kann. Mit diesem Geld kann der/die BudgetnehmerIn (so heißt die Person, die ein Persönliches Budget bekommt) z.B. eine Person, die er/sie selber auswählt, für eine bestimmte Dienstleistung bezahlen. Der/die BudgetnehmerIn könnte sich also beispielsweise von der Nachbarin ins Kino begleiten lassen

und ihr hierfür ein Entgelt zahlen. Den Preis für den Begleitdienst würde nicht –wie bei der Sachleistung- der zuständige Kostenträger, sondern der behinderte Mensch selbst aushandeln.

Seit dem 1. Januar 2008 haben leistungsberechtigte behinderte Menschen im gesamten Bundesgebiet einen Anspruch darauf, dass ihnen auf Antrag die ihnen zustehenden budgetfähigen Leistungen als Persönliches Budget gewährt werden. Die Kernvorschrift für das trägerübergreifende Persönliche Budget ist im SGB IX geregelt. Beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget wird aus allen in Betracht kommenden budgetfähigen Leistungen, die der behinderte Mensch von unterschiedlichen Kostenträgern beanspruchen kann, ein Gesamtbudget gebildet.

Budgetfähig sind z.B. grundsätzlich alle vom Sozialhilfeträger zu gewährenden Leistungen der Eingliederungshilfe (siehe dazu im einzelnen die Ausführungen in Kapitel H). Budgetfähig sind ferner unter anderem folgende Leistungen der Krankenkassen: Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Fahrkosten. Bestimmte Leistungen der Integrationsämter, der Pflegekassen, der Bundesagentur für Arbeit sowie der Träger der Unfall- und Rentenversicherung sind ebenfalls budgetfähig. Als Persönliches Budget können die vorgenannten Leistungen nur dann gewährt werden, wenn die Anspruchsvoraussetzungen des jeweiligen Leistungsgesetzes erfüllt sind. Eingliederungshilfe in Form eines Persönlichen Budgets können also z.B. nur behinderte Menschen erhalten, deren Einkommen und Vermögen bestimmte Grenzen nicht überschreitet (siehe dazu im einzelnen die Ausführungen in Kapitel H unter I und II).

Ein Persönliches Budget wird nur auf Antrag gewährt. Niemand kann also zur Inanspruchnahme von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets gezwungen werden. Der Antrag ist bei einem der beteiligten Kostenträger zu stellen. Dieser erlässt im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Kostenträger den Verwaltungsakt, mit dem das Gesamtbudget bewilligt wird. Auf diese Weise erhält der/die BudgetnehmerIn die Leistungen wie „aus einer Hand“.

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., Das Persönliche Budget – Leistungen und Hilfe selbst einkaufen !
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Mehr Chancen für ein selbstbestimmtes Leben? – Das Persönliche Budget in Fragen und Antworten

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).

D) 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, ein Impfschaden oder eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die bei Ableistung des Zivil- oder Wehrdienstes erworben wurde, 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.

Zur Teilhabe werden unter anderem erbracht

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z.B. Hilfsmittel),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsassistenz) sowie
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z.B. Hilfen zum Wohnen).

Kostenträger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sein. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können unter anderem die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die Sozialhilfeträger zuständig sein. Auch für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kommen mehrere Kostenträger in Betracht, unter anderem die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Sozialhilfeträger.

Das Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit sieht unter anderem bestimmte Fristen vor, innerhalb derer über einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entschieden werden muss und regelt, unter welchen Voraussetzungen ein Antrag an einen anderen Kostenträger weitergeleitet werden darf. Im einzelnen gilt folgendes:

Der Kostenträger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt wird (sogenannter „erstangegangener“ Träger), muss spätestens zwei Wochen nach Antragseingang geklärt haben, ob er für die Leistung zuständig ist. Leitet der erstangegangene Träger den Antrag nicht weiter und kann der Teilhabebedarf ohne Einholung eines Gutachtens festgestellt werden, muss er innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über die Leistung entscheiden.

Leitet der erstangegangene Kostenträger den Antrag dem nach seiner Auffassung zuständigen Kostenträger weiter, muss dieser –sofern es keines Gutachtens bedarf– innerhalb von drei Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist, über die Leistung entscheiden. Eine zweite Weiterleitung des Antrags ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Sollte ein Gutachten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich sein, muss das Gutachten nach zwei Wochen vorliegen und die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, teilt der Kostenträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Kostenträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Im Falle der Selbstbeschaffung ist der zuständige Kostenträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

III) Gemeinsame Servicestellen

Aufgrund des SGB IX sind in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt gemeinsame Servicestellen der Kostenträger von Leistungen zur Teilhabe eingerichtet worden. Die gemeinsamen Servicestellen haben die Aufgabe, behinderte Menschen zu beraten und zu unterstützen. Sie sollen über Leistungsvoraussetzungen sowie über die Verwaltungsabläufe informieren. Außerdem sollen sie bei der Klärung der Zuständigkeit behilflich sein, auf klare und sachdienliche Anträge hinwirken und diese an den zuständigen Kostenträger weiterleiten. Die gemeinsamen Servicestellen sind überwiegend bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem Rentenversicherungsträger eingerichtet worden. Eine Übersicht über die Adressen und Öffnungszeiten der örtlichen gemeinsamen Servicestellen findet man im Internet unter: www.reha-servicestellen.de

N) Verfahrensrecht

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

D) 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 Sozialleistungsträger 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 jede/r Betroffene selbst Klage einreichen und auch alleine zur mündlichen Verhandlung erscheinen. Im Fall von gesetzlicher Betreuung muss der/die BetreuerIn tätig werden.

O) Gesetzliche Betreuung

Solange das Kind minderjährig ist, steht das Sorgerecht im Regelfall den Eltern zu. Das Sorgerecht beinhaltet das Recht, das Kind in allen, auch rechtlichen, Angelegenheiten zu vertreten. Das Sorgerecht endet mit Eintritt der Volljährigkeit, also mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Ab diesem Zeitpunkt besorgt der erwachsene behinderte Mensch seine Angelegenheiten grundsätzlich selbst. Er entscheidet z.B. selbst darüber, ob er einen bestimmten ärztlichen Eingriff vornehmen lässt und schließt den Mietvertrag mit dem/der VermieterIn ab, wenn er in eine eigene Wohnung zieht.

Ist ein volljähriger Mensch allerdings aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen, bestellt das Betreuungsgericht (seit September 2008 ist dies der neue Name für die Vormundschaftsgerichte) auf Antrag oder von Amts wegen eine(n) BetreuerIn für den erwachsenen Menschen. 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.

Die Einrichtung einer Betreuung hat keinen Einfluss auf die Geschäftsfähigkeit des betreuten Menschen. Das heißt, auch wenn der/die BetreuerIn für den Aufgabenkreis der Vermögenssorge bestellt ist, ist die betreute Person z.B. weiterhin grundsätzlich berechtigt, Geld von ihrem Konto abzuheben oder Kaufverträge abzuschließen. Nur in Ausnahmefällen kann vom Betreuungsgericht ein sogenannter Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden, wenn ohne einen solchen eine erhebliche Gefahr für die Person oder das Vermögen der betreuten Person droht. In der Praxis handelt es sich meist um Fälle, in denen die betreute Person aufgrund einer psychischen Erkrankung (z.B. manisch-depressive Erkrankung) ihren freien Willen nicht mehr bestimmen kann und daher erhebliche Ausgaben tätigt, die zu Überschuldung und z.B. der Gefahr des Wohnungsverlustes führen. In diesem Fall benötigt die betreute Person vor Abschluss eines Vertrages die Einwilligung (oder im Nachhinein die Genehmigung) des/der BetreuerIn.

Ist der/die BetreuerIn für den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge bestellt, willigt er/sie nur dann stellvertretend für die betreute Person in ärztliche Maßnahmen ein, wenn diese einwilligungsunfähig ist. Einwilligungsfähigkeit besteht, wenn die betreute Person die Tragweite des Eingriffs erkennen und zu dem konkreten Eingriff eine Entscheidung treffen kann. Ist die betreute Person einwilligungsunfähig und besteht die begründete Gefahr, dass

sie auf Grund der ärztlichen Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (z.B. Operation am Herzen), benötigt der/die BetreuerIn vor seiner/ihrer Einwilligung in die Maßnahme grundsätzlich eine betreuungsgerichtliche Genehmigung.

Die volljährige betroffene Person hat ein Vorschlagsrecht, wer die Betreuung für sie übernehmen soll. Diesem Vorschlag soll das Gericht entsprechen, wenn es dem Wohl der betroffenen Person nicht zuwiderläuft. Schlägt sie niemanden vor, sind vorzugsweise Angehörige, Verwandte wie Eltern, Kinder, Ehegatten oder FreundInnen zu bestellen, wenn dies nicht dem Willen der betroffenen Person widerspricht.

Ehrenamtlich tätige BetreuerInnen einer mittellosen Person, wie z.B. Eltern behinderter volljähriger und mittelloser Kinder, erhalten einen Aufwendersatz oder eine Aufwandsentschädigung, die sie jährlich beim zuständigen Amtsgericht schriftlich beantragen können. Möglich ist, alle Aufwendungen durch Einzelnachweise geltend zu machen (Aufwendersatz), oder aber die Aufwandspauschale in Höhe von derzeit 323 Euro ohne Vorlage von Einzelnachweisen zu verlangen (Aufwandsentschädigung). Sind beide Eltern als BetreuerInnen bestellt, können sie z.B. die Aufwandspauschale doppelt fordern. Nicht jedoch, wenn beide Elternteile als BetreuerInnen bestellt sind, der oder die eine davon aber nur für den Fall der Verhinderung des/der anderen. Wenn die Eltern Pflegegeld für ihr im elterlichen Haushalt lebendes Kind erhalten, schließt dies den Anspruch auf Aufwendersatz oder Aufwandsentschädigung nicht aus.

Weiterführende Literatur:

W. Zimmermann, Ratgeber Betreuungsrecht, Hilfe für Betreute und Betreuer, 7. Auflage, München 2007

P) Das Behindertentestament

Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen, müssen ererbtes Vermögen 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 dem Nachlass zuwenden, empfiehlt es sich deshalb, ein sogenanntes Behindertentestament zu verfassen. Hierdurch kann der Zugriff des Sozialamtes auf die Erbschaft verhindert werden. Zentrale Elemente des Behindertentestamentes sind die Einsetzung des behinderten Menschen zum nicht befreiten Vorerben und die Anordnung der Testamentsvollstreckung. Da die Regelungen, die im einzelnen zu treffen sind, sehr kompliziert sind, sollten Eltern bei der Ausgestaltung eines Behindertentestaments in jedem Fall eine/n Rechtsanwält/Rechtsanwältin oder eine/n Notar/in hinzuziehen.

Weiterführende Literatur:

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

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

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
info@bvkm.de

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

Bundesvereinigung Lebenshilfe
Raiffeisenstr. 18
35043 Marburg
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

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

Rechtsratgeber für Menschen, die in die gesamte Materie tiefer einsteigen möchten:

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (Hrsg.):
Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen,
zu bestellen bei der:
Bundesarbeitsgemeinschaft
Selbsthilfe
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Referat-Recht@BAGH-SELBSTHILFE.de

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
Konto-Nr.: 7034203; BLZ: 37020500
Bank für Sozialwirtschaft**