

13. Krankenversicherung

abhängig machen → **§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V**. Hiervon haben die meisten gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Satzung Gebrauch gemacht. Nähere Auskünfte erteilen die gesetzlichen Krankenkassen oder der jeweilige Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Beitritt ist gegenüber der Krankenkasse schriftlich innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Behinderung nach → **§ 68 SGB IX** zu erklären → **§ 9 Abs. 2 Nr. 4 SGB V**. Ein späterer Beitritt als freiwilliges Mitglied ist nicht möglich, da es sich um eine Ausschlussfrist handelt.

■ Seit dem 1. April 2007 gibt es auf Grund der Gesundheitsreform 2007 eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie besteht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und entweder zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind → **§ 5 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 8a,**

Abs. 11 SGB V. Die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, frühestens am 1. April 2007. Personen, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden Pflichtmitglied ihrer letzten Krankenkasse oder von deren Rechtsnachfolger.



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

13.2 Zugang zur privaten Krankenversicherung

Liegt keine Versicherung oder Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, besteht ab dem 1. Juli 2007 für alle Einwohner/innen – unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand – die Möglichkeit, sich bei einem privaten Versicherungsunternehmen für den Krankheitsfall zu versichern. Das Versicherungsunternehmen darf niemanden ablehnen, der einen Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung in einem Standardtarif stellt, es sei denn es bestehen bereits andere Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall (§ 315 SGB V).

Auch Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse dürfen vom Versicherungsunternehmen nicht verlangt werden. Seit dem 1. Januar 2009 gilt für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind und die auch über keine anderen Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall

verfügen, die Pflicht, eine Versicherung abzuschließen. Dies kann im Basistarif sein, den alle privaten Versicherungen anbieten müssen oder in einem anderen Krankheitskostentarif. Auch eine Versicherung im Basistarif für Nichtversicherte darf von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht abgelehnt werden. Und auch hier gilt, dass Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse nicht verlangt werden dürfen. Der Leistungsumfang des Standard- und Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich und orientiert sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Seit dem 1. Januar 1995 ist die Pflegeversicherung in Kraft. Rund 80 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben seitdem einen Versicherungsschutz bei häuslicher – und seit dem 1. Juli 1996 auch bei stationärer – Pflege. Gut 2 Millionen Pflegebedürftige in unserem Land erhalten endlich die Hilfe, die nötig ist, damit nicht nur sie, sondern auch ihre Familien nachhaltig entlastet werden. Für die häuslichen Pflegepersonen besteht auch ein besserer sozialer Schutz in der Renten- und Unfallversicherung.

14.1 Fünfte Säule der Sozialversicherung

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

14.2 Hilfe bei der Pflege und Pflegegeld

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

werden auch Leistungen bei stationärer Pflege erbracht. Die Pflegeversicherung übernimmt je nach Pflegestufe die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 1.470,- Euro monatlich.

Hilfe für Millionen

Pflegebedürftige erhalten folgende Leistungen aus der sozialen und privaten Pflegeversicherung ab dem 1. Juli 2008:

■ „erheblich Pflegebedürftige“ erhalten 215,- Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bis zu 420,- Euro im Monat,

■ „Schwerpflegebedürftige“ erhalten Pflegegeld in Höhe von 420,- Euro oder Sachleistungen bis zu 980,- Euro im Monat,

14. Die Soziale Pflegeversicherung

■ „Schwerstpflegebedürftige“ haben Anspruch auf 675,- Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 1.470,- Euro monatlich, in Härtefällen bis zu 1.918,- Euro monatlich,

■ „Pflegebedürftige in stationärer Pflege“ erhalten zu den pflegebedingten Aufwendungen eine monatliche Leistung von 1.023,- Euro in Pflegestufe I, 1.279,- Euro in Pflegestufe II, 1.470,- Euro in Pflegestufe III und 1.750,- Euro als Härtefall,

■ „Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe“ erhalten Zuschüsse der sozialen Pflegeversicherung zur Abgeltung der in der Einrichtung erbrachten Pflegeleistungen.

14.3 Wer ist in der sozialen Pflegeversicherung versichert?

Bei der Versicherungspflicht gilt grundsätzlich: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung.“ Dabei spielt es keine Rolle, ob man der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherte/r, Familienversicherte/r, Rentner/in oder als freiwilli-

ges Mitglied angehört. Die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung erfolgt automatisch.

■ Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien zu lassen. Dem Antrag muss ein Nachweis über den Abschluss eines gleichwertigen Vertrages bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beigelegt werden. Der Antrag ist bei der Pflegekasse innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu stellen.

■ Alle privat Krankenversicherten müssen seit dem 1. Januar 1995 eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Sollten sie später einmal in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, können sie ihren privaten Vertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

■ Die private Pflege-Pflichtversicherung muss gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Für Familien und ältere Versicherte muss die private Pflege-Pflichtversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten.

■ Auch Beamte und Beamtinnen sind verpflichtet, eine private Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Dabei handelt es sich um eine Restkostenversicherung, die die Beihilfe ergänzt.

■ Darüber hinaus sind weitere Personengruppen, die ihren Krankheitsschutz über bestimmte Leistungsgesetze oder Sonder-systeme haben, in die Versicherungspflicht der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung je nach ihrer Nähe zum einen oder anderen System einbezogen.

■ Unterhaltsberechtignte Kinder, Ehegatt/innen und Lebenspartner/innen sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 355,- Euro bzw. bei geringfügig Beschäftigten 400,- Euro.

14.4 Wer bezahlt die Beiträge?

Seit dem 1. Juli 2008 beträgt der Beitragssatz 1,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Beitragszahlung erfolgt wie in der gesetzlichen Krankenversicherung: Der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin behält den Pflegeversicherungsbeitrag vom Lohn oder Gehalt ein und überweist ihn an die Krankenkassen. In allen Bundesländern (außer in Sachsen) wurde zur Kompensation der Belastungen der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft, deshalb gilt hier der Grundsatz der hälftigen Beitragstragung, das heißt von den 1,95 Prozent tragen der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin und der Arbeitgeber/die

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Arbeitgeberin jeweils 0,975 Prozent. In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wurde, trägt der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin 1,475 Prozent und der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin 0,475 Prozent.

Kinderlose Mitglieder haben – unabhängig von den Gründen für die Kinderlosigkeit – seit dem 1. Januar 2005 einen Zuschlag in Höhe von 0,25 Prozent zu tragen, d. h. der Beitragsatzanteil z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers/einer kinderlosen Arbeitnehmerin erhöht sich von 0,975 auf 1,225 Prozent. Damit wird der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kinder bei gleichem Einkommen hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende.

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

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

Bei Bezieher/innen von Arbeitslosengeld I und Unterhaltsgeld leistet die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge, bei Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II die Bundesagentur für Arbeit oder die zugelassenen kommunalen Träger, bei Rehabilitation der Rehabilitationsträger, bei behinderten

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Menschen in Einrichtungen der Träger der jeweiligen Einrichtung und bei Empfänger/innen von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt der zuständige Sozialleistungsträger.

14.5 Pflegebedürftigkeit

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

Krankheiten oder Behinderungen wie Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen sind ein allgemeines Lebensrisiko. Es kann jederzeit jeden treffen, dann ist man auf

Hilfe und Unterstützung durch die Familie oder andere Pflegepersonen angewiesen.

Gut zu wissen, dass im Falle eines Falles die Pflegeversicherung hilft: Durch Pflegesachleistungen bei der häuslichen Pflege, durch Pflegegeld, durch einen Beitrag zu den pflegerischen Aufwendungen bei stationärer Pflege und andere Leistungen.

14.5.1 Pflegestufen

Für die Gewährung von Leistungen an Pflegebedürftige sind drei Pflegestufen eingerichtet worden:

I. Erheblich Pflegebedürftige

Das 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.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

II. Schwerpflegebedürftige

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

III. Schwerstpflegebedürftige

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

Die Pflegekassen können 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.

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

Der Zeitaufwand für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

■ in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

■ in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,

■ in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

14.5.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit

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

14.6 Leistungen der Pflegeversicherung

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

Körperpflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung etc.
Ernährung	Mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung.
Mobilität	Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung etc.
Hauswirtschaftliche Versorgung	Einkaufen, Kochen, Reinigen oder Beheizen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

14.6.1 Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege hat grundsätzlich Vorrang vor der stationären Pflege. Deshalb bilden die Leistungen zur Verbesserung der häuslichen Pflege den Schwerpunkt des Gesetzes. Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (I, II oder III) werden als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen bis zum Wert von 384,-, 921,- oder 1.432,- Euro im Monat erbracht; in besonderen Härtefällen sogar bis zu 1.918,- Euro monatlich.

■ Anstelle der Sachleistung kann ein Pflegegeld beansprucht werden. Das setzt voraus, dass der/die Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (I, II oder III) 205,-, 410,- oder 665,- Euro monatlich.

■ Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann ein entsprechend gemindertem Pflegegeld beansprucht werden. Das Wahlrecht

zwischen Sach- oder Geldleistung sowie die mögliche Kombination von Sach- und Geldleistung ermöglicht dem/der Pflegebedürftigen eine seinen/ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Gestaltung der Hilfen.

■ Mehrere Pflegebedürftige, insbesondere in neuen Wohnformen, können ihre Sachleistungsansprüche zusammenlegen ("Pools") und dadurch entstehende Effizienzgewinne insbesondere für Betreuungsleistungen zugunsten der Poolteilnehmer/innen nutzen.

■ Außerdem wurde die Inanspruchnahme von Einzelpersonen für die häusliche Pflege erleichtert. Während dies bisher nur in Ausnahmefällen zulässig war, wenn nämlich die Versorgung nicht durch Pflegedienste sichergestellt werden konnte, können Einzelpersonen und Pflegekassen Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger nun unter leichteren Bedingungen schließen. So sind Einzelverträge möglich, wenn die Versorgung durch den Einsatz der Einzelperson besonders wirksam und wirtschaftlich ist,

14. Die Soziale Pflegeversicherung

die Pflege durch eine Einzelperson dem Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, oder, wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe besser Rechnung getragen werden kann. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der Einzelperson und der Pflegekasse.

Pflegevertretung

Bei Urlaub oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson besteht ein Anspruch auf eine Pflegevertretung bis zu vier Wochen im Gesamtwert von bis zu 1.470,- Euro pro Jahr. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Zusätzlich kön-

nen von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, wie z. B. Verdienstaufschlag und Fahrkosten, übernommen werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.470,- Euro nicht übersteigen.

Tages- und Nachtpflege

Lässt sich die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherstellen, ist teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege möglich. Je nach Stufe der Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen im Wert von bis zu 420,-, 980,- und 1.470,- Euro monatlich übernommen. Neben dem Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Sonstige Leistungen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit sie nicht von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu finanzieren sind, und um technische Hilfen im Haushalt, die der Erleichterung der häuslichen Pflege dienen oder eine selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Dazu zählen z. B. Pflegebetten und Polster für die Lagerung.

■ Zu pflegebedingten Umbaumaßnahmen in der Wohnung werden Zuschüsse bis zu 2.557,- Euro je Maßnahme gezahlt.

■ Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege sollen die Pflegekassen Pflegekurse anbieten, die Kenntnisse zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege und Betreuung vermitteln.

Kurzzeitpflege

In Fällen, in denen weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, werden Leistungen für den Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht. Auch hier – wie bei den Leistungen der Verhinderungspflege – ist der Anspruch auf Kostenübernahme auf vier Wochen pro Kalenderjahr und unabhängig von der Pflegestufe bis zu einem Höchstbetrag von 1.470,- Euro begrenzt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen; die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind – wie bei der häuslichen Pflege auch – von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Die Kurzzeitpflege ist für pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich.

Zusatzleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben, wenn sie zu Hause gepflegt werden, Anspruch auf

14. Die Soziale Pflegeversicherung

einen zusätzlichen Betreuungsbetrag bis zu 100,- Euro monatlich (Grundbetrag) oder bis zu 200,- Euro monatlich (erhöhter Betrag), also bis zu 1.200,- bzw. bis zu 2.400,- Euro jährlich. Zu dem begünstigten Personenkreis gehören im Wesentlichen altersverwirrte pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Auch demenziell erkrankte Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, aber einen Pflegebedarf haben (so genannte "Pflegestufe 0"), können diese Leistungen erhalten. Zudem kann dieser Personenkreis halbjährlich auch einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Der Beratungsbesuch kann auch von anerkannten Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz durchgeführt werden.

Der zusätzliche Betreuungsbetrag ist zweckgebunden für im Gesetz genannte qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen. Er dient der Erstat-

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

Pflegekurse

Von den Pflegekassen werden für pflegende Angehörige und sonstige ehrenamtlich Pflegenden Pflegekurse angeboten, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbän-

14. Die Soziale Pflegeversicherung

den der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten. Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten diese Kurse pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Pflegekurse können auch im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen durchgeführt werden.

14.6.2 Stationäre Pflege

Ist stationäre Pflege erforderlich, übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege sowie die Aufwendungen für soziale Betreuung pauschal bei Pflegestufe I in Höhe von 1.023,- Euro, bei Pflegestufe II in Höhe von 1.279,- Euro und bei Pflegestufe III in Höhe von 1.432,- Euro, ausnahmsweise bei Härtefällen in Höhe von 1.688,- Euro. Die Kosten für Unterkunft und Verpfle-

gung muss der oder die Versicherte – wie bei häuslicher Pflege auch – selbst tragen.

Behinderte Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

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

14.6.3 Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Bereits im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde ein Rechtsanspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen eingeführt und ambulante Rehabilitationsleistungen werden nun auch in Pflegeheimen erbracht. Darüber hinaus sind im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz weitere

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege ergriffen worden:

Zeitnahe Einleitung von Reha-Maßnahmen

Zum einen werden die Pflegekassen verpflichtet, mit Einverständnis des/der Versicherten unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang zu setzen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme von der Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht, muss diese der Pflegekasse einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 3.072,- Euro zahlen.

Anreize durch Bonuszahlungen

Zum anderen werden finanzielle Anreize durch Bonuszahlungen gesetzt, um die Anstrengungen von Einrichtungen der dauerhaften stationären Pflege in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu fördern. Kann eine pflegebedürftige Person dank der Bemühungen des Pflegeheimes in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft werden, erhält das Heim als Bonus einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von 1.536,- Euro. Wird der oder die Pflege-

bedürftige allerdings innerhalb von sechs Monaten wieder höher eingestuft, ist dieser Betrag ohne Rücksicht auf die Höherstufungsgründe an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

14.6.4 Soziale Sicherung der Pflegepersonen

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

Wer einen Pflegebedürftigen

■ nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt und

■ nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist,

14. Die Soziale Pflegeversicherung

wird in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat.

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

Die Pflegenden stehen während ihrer Pflgetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Dabei sind Pflegepersonen auch dann unfallversichert, wenn ihre Pflgetätigkeit den für den Versicherungsumfang in der Rentenversicherung vorgeschriebenen Umfang von 14 Wochenstunden nicht erreicht. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung leistet die Pflegeversicherung nicht. Seit dem 1. Februar 2006 besteht unter bestimmten Voraussetzungen jedoch die Möglichkeit, sich freiwillig weiterzuversichern und damit den Versicherungsschutz der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten. Nähere Auskünfte erteilt die Bundesagentur für Arbeit.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Beitragszahlungen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen und Rentenertrag (Stand: 01.07.2009)

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		Beitragshöhe in Euro/Monat	
	Stunden	Prozent	West	Ost
3	28 und mehr	80,0000	401,18	339,89
	21 – 27	60,0000	300,89	254,92
	14 – 20	40,0000	200,59	169,95
2	21 und mehr	53,3333	267,46	226,59
	14 – 20	35,5555	178,30	151,06
1	14 und mehr	26,6667	133,73	113,30

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		mtl. Verdienst in Euro	
	Stunden	Prozent	West	Ost
3	28 und mehr	80,0000	2.016,00	1.708,00
	21 – 27	60,0000	1.512,00	1.281,00
	14 – 20	40,0000	1.008,00	854,00
2	21 und mehr	53,3333	1.344,00	1.138,67
	14 – 20	35,5555	896,00	759,11
1	14 und mehr	26,6667	672,00	569,33

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand in Stunden/Prozent der Bezugsgröße		mtl. Rentenertrag Stand Juli 2007 in Euro	
	Stunden	Prozent	West	Ost
3	28 und mehr	80,0000	21,31	19,01
	21 – 27	60,0000	15,98	14,26
	14 – 20	40,0000	10,65	9,50
2	21 und mehr	53,3333	14,21	12,67
	14 – 20	35,5555	9,47	8,45
1	14 und mehr	26,6667	7,10	6,34

14.6.5 Reform der Pflege- versicherung

Die Pflegeversicherung hat bei Versicherten wie Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Ihre Leistungen tragen dazu bei, dass viele Pflegebedürftige entsprechend ihrem persönlichen Wunsch zu Hause versorgt werden können, und sie helfen den Pflegebedürftigen und ihren Familien, die finanziellen Aufwendungen, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, zu tragen.

14.6.5.1 Das Pflege-Weiterent- wicklungsgesetz

Qualität und Qualitätssicherung

Durch eine Reihe von Maßnahmen zum Ausbau und zur Sicherung wird die Qualität der von den Pflegeheimen und Pflegediensten zu erbringenden Pflegeleistungen angehoben. Die Reform reagiert damit auf die immer wieder geführte Klage schlechter Pflege.

So wurde zur Verbesserung der Pflege auch explizit aufgegriffen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe

14. Die Soziale Pflegeversicherung

berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden soll. Es wird ausdrücklich festgehalten, dass Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden haben.

Strenge Vorgaben für die externe Qualitätssicherung

Die Häufigkeit von Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich wird erhöht:

■ Ab dem Jahr 2011 werden alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen einmal im Jahr geprüft (Regelprüfung).

■ In einem Übergangszeitraum wird jede zugelassene Pflegeeinrichtung bis Ende 2010 mindestens einmal geprüft.

Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) liegt künftig auf dem Pflegezustand der Pflegebedürftigen und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergeb-

nisqualität). Einbezogen werden auch die neu eingeführten zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeheimen.

Stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements

Prüfergebnisse aus Zertifizierungen können, was die Prozess- und Strukturqualität anbelangt, als Ersatz für die Prüfung des Medizinischen Dienstes anerkannt werden. Voraussetzung ist, dass dieses Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt ist. Die Ergebnisqualität ist in den Pflegeeinrichtungen jedoch immer durch den MDK zu prüfen.

Transparenz der Pflegequalität

Mit der Reform wird mehr Transparenz der Prüfergebnisse geschaffen, so dass gute Pflege leichter zu erkennen sein wird. Die Ergebnisse der Prüfberichte sind verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen (im Internet, aber auch an anderer geeigneter Stelle wie

14. Die Soziale Pflegeversicherung

z.B. im Pflegestützpunkt). In Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten müssen Zusammenfassungen der Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle ausgehängt werden. Das gilt auch für Ergebnisse anderer Prüfverfahren, die teilweise an die Stelle der MDK-Prüfungen treten können. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind in gleicher Weise zeitnah zu veröffentlichen.

Die Vertragsparteien der Pflege selbstverwaltung haben sich im Dezember 2008 auf eine Systematik zur Veröffentlichung der Qualität der Leistungen von stationären Pflegeeinrichtungen geeinigt. Die Vereinbarung sieht eine Gesamtbewertung in Form einer Note von "sehr gut" bis "mangelhaft" (Schulnoten) vor, in die 82 Einzelkriterien eingehen. Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist dabei die wichtigste Bestimmungsgröße, außerdem fließen Aspekte zur sozialen Betreuung, zum Wohnen und zur Verpflegung in die Gesamtbewertung ein. Darüber hinaus werden die Ergebnisse aus der Bewohnerbefragung

veröffentlicht. Eine entsprechende Regelung wurde im Januar 2009 für den ambulanten Bereich getroffen. Für die ambulante Pflege wurden 49 Bewertungskriterien festgelegt, die sich in folgende vier Qualitätsbereiche aufteilen: Pflegerische Leistungen, ärztlich verordnete pflegerische Leistungen, Dienstleistung und Organisation sowie Befragung der Kund/innen, wobei die Ergebnisse der Kund/innenbefragung gesondert dargestellt werden. Die Befragung der Kund/innen von Pflegediensten und von Heimbewohner/innen legt die persönliche Sicht des Pflegebedürftigen sowohl auf die Pflegekräfte als auch auf Service und Einrichtung offen. Es ist methodisch sinnvoll, die fachliche Beurteilung auf der einen Seite von der subjektiven Beurteilung auf der anderen Seite deutlich zu trennen.

Die Systematik gewährleistet aufgrund der Anzahl und Zuordnung der Kriterien, dass sich gute wie auch schlechte Pflege im Gesamtergebnis widerspiegeln. Damit ist es Pflegebedürfti-

14. Die Soziale Pflegeversicherung

gen und Angehörigen zukünftig möglich, sich ein differenziertes Bild von der Qualität einer Einrichtung zu machen. Die sog. Transparenzvereinbarungen findet man auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes unter Gesetzliche Pflegeversicherung, Rahmenvereinbarungen und Empfehlungen zum Download.

Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards

Von den Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung werden Qualitätsstandards in Form von Expertenstandards erarbeitet. Diese Expertenstandards sollen den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu einem bestimmten Thema (Beispiel: Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) konkretisieren und den professionell Pflegenden Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag geben. Als ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege werden die Expertenstandards für alle Pflegekas-

sen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sein.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. Pflegebedürftigkeit sei, so die Kritik, im SGB XI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. Dadurch würden wesentliche Aspekte, wie beispielweise die Kommunikation und soziale Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtigt.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb im November 2006 einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Auftrag eingesetzt, konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen als

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Grundlage einer zukünftigen Entscheidung über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens zu erarbeiten. Der Auftrag schloss auch die Frage mit ein, wie sich Änderungen finanziell auf die Pflegeversicherung und andere Sozialleistungsbereiche auswirken. Der Beirat hat zwei Berichte erarbeitet, die im Januar und im Mai 2009 vorgelegt wurden. Die Vorschläge des Beirats stellen einen wesentlichen Ausgangspunkt für weitere Reformüberlegungen in der Pflegeversicherung dar.



Info: Informationen zum Reformprozess finden Sie auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit.



Internet:
www.bmg.bund.de/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegebed_C3_BCrtigkeitsbegriff.html

Betreuungsassistenten

Für die Pflegeheime ist die Möglichkeit geschaffen worden, zusätzliche Beschäftigte zur Betreuung ihrer demenziell erkrankten Bewohner einzustellen, die sog. Betreuungsassistentinnen und -assistenten. Menschen mit Demenz haben in der Regel einen erheblichen allgemeinen Betreuungs- und Aktivierungsbedarf, sie brauchen in ihrem Alltag sehr viel Unterstützung, Anregungen und Hilfen. Diese Pflege und Betreuung braucht entsprechend Zeit und Zuwendung. Dies war in der Vergangenheit nicht im gebotenen Umfang gesichert. Das soll sich mit dem Einsatz von sozialversicherungspflichtigen zusätzlichen Betreuungskräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen erheblich verbessern. Es geht darum, vorhandene Lücken zu schließen. Zusätzliche Betreuungskräfte sollen dort helfen, wozu im Pflegealltag oft keine Zeit ist: Zum Beispiel Spazieren gehen, Malen und Basteln, gemeinsam Lesen, Brettspiele, Besuch von Gottesdiensten. Einfache Dinge, wie einfach nur da sein und zuhören. Die

zusätzlichen Betreuungskräfte arbeiten unter Anleitung im Team und in enger Kooperation mit den Fachkräften. Sie sollen und können Pflegefachkräfte nicht ersetzen. Finanziert werden die zusätzlichen Betreuungskräfte über die Pflegeversicherung. Sie zahlt für jeden demenziell erkrankten Versicherten in einem Heim einen Zuschlag auf die „normale“ Leistung je Pflegestufe. Diese Zuschläge sind vertraglich zu vereinbaren und sollen so bemessen werden, dass je 25 Betroffene eine zusätzliche sozialversicherungspflichtig beschäftigte Betreuungskraft eingesetzt werden kann. Die Beschäftigung der zusätzlichen Betreuungsassistentinnen und -assistenten wird für demenzkranke Bürgerinnen und Bürger in den Pflegeeinrichtungen eine wertvolle zusätzliche Hilfe darstellen.

Einführung einer Pflegezeit

Der Stärkung der häuslichen Pflege dient auch das Pflegezeitgesetz, das ebenfalls zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist. Es wurde im Interesse pflegebe-

dürftiger Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Pflegesituationen und des unterschiedlichen Pflegebedarfs entwickelt. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen, so dass in jeder Pflegesituation die Sicherstellung der Pflege gewährleistet ist:

■ Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Sie erhalten somit nach Akuter Ereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten. Das Recht, kurzfristig der Arbeit fernzubleiben, soll aber auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden können, zunächst kurzfristig von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden können. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinde-

14. Die Soziale Pflegeversicherung

rung haben Beschäftigte unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin in der Regel Beschäftigten.

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

Der Anspruch auf Pflegezeit besteht gegenüber Arbeitgeber/innen mit in der Regel mehr als fünfzehn Beschäftigten. Er ist mit dem Recht verbunden, nach Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Arbeitsbedingungen zurückzukehren wie vor der Pflegezeit (Sonderkündigungsschutz). Damit werden Menschen, die bereit sind, Angehörige zu pflegen, vor einem unfreiwilligen Berufsausstieg bewahrt. Gleichzeitig wird eine Verschlechterung der beruflichen Entwicklungschancen durch die Möglichkeit der teil-

weisen Freistellung und durch das Rückkehrrecht in die Vollzeitbeschäftigung vermieden.

Während der Pflegezeit ist die notwendige soziale Absicherung gewährleistet. In der Arbeitslosenversicherung wird die Pflegezeit als Versicherungszeit berücksichtigt und die Pflegeversicherung übernimmt die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. In der Kranken- und Pflegeversicherung gewährt die Pflegeversicherung in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung, insbesondere durch eine Familienversicherung, besteht, einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Versicherung. Dieser Zuschuss ist so bemessen, dass er in der Regel den tatsächlich zu zahlenden Beitrag abdeckt. In der Rentenversicherung sind – wie dies bereits vor Einführung der Pflegezeit der Fall war – Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege Pflichtbeitragszeiten, soweit die häusliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt und der Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Bei Pflegezeit in Form einer teilweisen Freistellung darf jedoch nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich gearbeitet werden. Auch die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden – in Abhängigkeit von der Pflegestufe und dem Umfang der Pflegetätigkeit – von der Pflegeversicherung übernommen.

Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

In der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegen Effizienzreserven verborgen, weil die Systeme nicht hinreichend vernetzt und aufeinander abgestimmt sind. Hinzu kommt, dass die Leistungsangebote nicht immer flexibel genug auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sind. Ein wichtiges Anliegen der Pflegereform ist daher eine bessere Vernetzung und Verzahnung von wohnortnahen Leistungsangeboten und deren Ausrichtung auf die individuelle Bedarfslage. Nicht zuletzt geht es darum, den oft überforderten Betroffenen und ihren Familien zu helfen, sich in der für sie neuen und

zum Teil – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt – unvermittelt auftretenden Pflegesituation besser zurecht zu finden.

Die Pflegereform sieht hierzu – neben weiteren Maßnahmen – vor allem die flächendeckende Schaffung von Pflegestützpunkten vor, die im Sinne des Care-Managements arbeiten. Am 1. Januar 2009 ist ein Anspruch auf Pflegeberatung hinzugetreten, der auf das Case-Management ausgerichtet ist.

Pflegestützpunkte

In den Pflegestützpunkten werden die Beratung über alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen sowie deren Vernetzung unter einem Dach gebündelt. Ein Pflegestützpunkt ist keine neue oder zusätzliche Behörde. Er bildet lediglich das gemeinsame Dach, unter dem das Personal der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger sich abstimmt und den Rat und Hilfesuchenden die einschlägigen Sozialleistungen erläutert und vermittelt sowie die Inanspruchnahme begleitet. Alle Angebote rund um die Pflege

14. Die Soziale Pflegeversicherung

ge sollen erfasst sein, also zum Beispiel auch die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe. Auch ehrenamtlich Tätige sollen in die Arbeit der Pflegestützpunkte einbezogen werden.

Pflege- und Krankenkassen haben Pflegestützpunkte in einem Bundesland aufzubauen, wenn sich dieses Bundesland für Pflegestützpunkte entscheidet. Die Pflegestützpunkte müssen unabhängig sein und eine umfassende Beratung anbieten. Sie sollen ortsnah und gut erreichbar im Wohnviertel oder in der Kommune eingerichtet werden, damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen das Beratungsangebot aufsuchen und nutzen können, ohne weite Wege zurücklegen zu müssen. Dabei können Pflegestützpunkte auch bei Leistungserbringern angesiedelt sein, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Wettbewerbsverzerrung führt.

So wäre ein Pflegestützpunkt sowohl neben einem Pflegedienst als auch in einem Ärztehaus denkbar.

Pflege- und Krankenkassen greifen beim Aufbau von Pflegestützpunkten auf vorhandene Angebote zurück. Funktionierende Strukturen sollen weder gefährdet noch zerstört, sondern einbezogen und ausgebaut werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bereits bestehenden Beratungsstellen können von den Kassen in die Pflegeberatung eingebunden werden, um Aufgaben zu übernehmen, wie zum Beispiel die Koordinierung und Vernetzung von Leistungsträgern und -angeboten.

Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den an den Verträgen beteiligten Kostenträgern gemeinsam auf Grund einer im Einzelfall auszuhandelnden Vereinbarung anteilig getragen. Um möglichst rasch einen bundesweiten Aufbau von Pflegestützpunkten voranzutreiben, gibt es aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversi-

14. Die Soziale Pflegeversicherung

cherung eine Anschubfinanzierung von insgesamt 60 Mio. Euro. Je Pflegestützpunkt kann der Aufbau mit einem dem Bedarf entsprechenden Betrag von bis zu 45.000 Euro gefördert werden. Zusätzlich können 5.000 Euro zur Verfügung gestellt werden, wenn ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden.

Pflegeberatung

Seit dem 1. Januar 2009 hat jede/r Pflegebedürftige einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Deren Aufgabe ist es insbesondere,

- den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) systematisch zu erfassen und zu analysieren,

- einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

- auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,

- die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie

- bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Sofern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, müssen die Pflegeberaterinnen und -berater dort angesiedelt werden. Es ist allerdings möglich, dass nicht in allen Bundesländern sofort flächendeckend Pflegestützpunkte errichtet werden. Auch in diesen Fällen haben Pflegebedürftige

14. Die Soziale Pflegeversicherung

seit dem 1. Januar 2009 einen Anspruch auf Pflegeberatung gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater werden in aller Regel Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen sein. Aber auch die Übertragung der Beratungsaufgabe auf Dritte ist möglich.

Wichtig ist auch bei der Pflegeberatung, dass vorhandene und funktionierende Beratungsstrukturen weder ersetzt noch durch überflüssige Parallelstrukturen verdoppelt werden sollen. Die Pflegeberatung hat zudem alle an der pflegerischen Versorgung Beteiligten einzubinden.

Die komplexe Tätigkeit der Pflegeberatung setzt entsprechend qualifiziertes Personal voraus. Als Erstausbildungen kommen, neben einer Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte/r oder einem Studium der Sozialarbeit, vor allem Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz oder nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege in Betracht. Zusätzlich zu den in der Berufsausbildung

oder im Studium erworbenen Grundqualifikationen müssen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum nachweisen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat am 29. August 2008 entsprechende Empfehlungen sowohl zur Anzahl als auch zur Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater abgegeben.

14.6.5.2 Assistenzpflegebedarfsgesetz

Neu geregelt wurde auch die Finanzierung des Pflegebedarfs für Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Akutkrankenhaus.

Mit dem Assistenzpflegebedarfsgesetz wird künftig sichergestellt, dass pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege nach den Vorschriften der Sozialhilfe durch von ihnen beschäftigte

14. Die Soziale Pflegeversicherung

besondere Pflegekräfte ambulant sicherstellen (sog. „Arbeitgebermodell“), ihre Pflegekräfte mit einem Kostenanspruch (Übernachtung und Verpflegung) gegen den jeweiligen Kostenträger nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch -SGB V-) auch in das Krankenhaus mitnehmen können.

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

Weiterhin werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige mit einem hohem Pflegebedarf, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, auch während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Akutkrankenhaus

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

14. Die Soziale Pflegeversicherung

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

Im Falle der Bedürftigkeit haben Pflegebedürftige, die wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß auf fremde Hilfe angewiesen sind, Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen dabei den entsprechenden Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Bedürftig sind Pflegebedürftige daher nur dann, wenn sie die Pflegeleistungen weder selbst tragen können noch entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten bzw. diese der Höhe nach nicht ausreichen.

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

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

Die Hilfe zur Pflege soll vorrangig die häusliche Pflege durch Verwandte und/oder sonstiges privates Umfeld sicherstellen. Um die Pflegebereitschaft zu fördern, sieht das SGB XII eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit – vor. So sind den Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; darüber hinaus können angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der Pflegeperson für eine

14. Die Soziale Pflegeversicherung

angemessene Alterssicherung geleistet werden, soweit die Alterssicherung nicht anderweitig sichergestellt ist. Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III wird zusätzlich in Abhängigkeit der Pflegestufe ein Pflegegeld gezahlt. Das Pflegegeld im Rahmen der Hilfe zur Pflege entspricht dabei in der Höhe dem Pflegegeld der Pflegeversicherung.

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

14.8 Pflegeleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Beruhet die Pflegebedürftigkeit auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, haben Versicherte Anspruch auf Leistungen nach § 44 SGB VII. Die Pflege besteht in der Zahlung von Pflegegeld; auf Antrag kann statt dessen eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Einrichtung erbracht werden (Heimpflege). Die Entschädigungsleistungen der Unfallversicherung wegen Pflegebedürftigkeit gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Für das Pflegegeld sind Mindest- und Höchstbeträge festgesetzt (Beträge seit 1. Juli 2009: 307,- Euro und 1.228,- Euro alte Länder, 269,- Euro und 1.075,- Euro neue Länder). Innerhalb dieser Grenzen hat der Unfallversicherungsträger das Pflegegeld unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Gesundheitsschadens sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfe festzusetzen. Das Pflegegeld wird entsprechend der Anpassung der übrigen Geldleistungen in der Unfallversicherung erhöht.



Tip: Das Bundesministerium für Gesundheit gibt verschiedene Broschüren zum Thema "Pflege" heraus: z.B. "Pflegen Zuhause", weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite www.bmg.bund.de.

**Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit:
01805-99 66 03***

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

**Gebärdentelefon
01805-99 66-06***

**Publikationen können Sie
bestellen unter:**

**Tel: 01805 7780 90*,
Fax: 01805 7780 94***

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

**E-Mail: [publikationen@bundes-
regierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)**

(* 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich)

14. Die Soziale Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwer- pflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)	
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu Euro monatlich	384	921	1.432 (1.918)	
	ab 01.07.2008	420	980	1.470 (1.918)	
	ab 01.01.2010	440	1.040	1.510 (1.918)	
	ab 01.01.2012	450	1.100	1.550 (1.918)	
	Pflegegeld Euro monatlich	205	410	665	
	ab 01.07.2008	215	420	675	
	ab 01.01.2010	225	430	685	
	ab 01.01.2012	235	440	700	
	Pflegevertretung • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr	205¹⁾	410¹⁾	665¹⁾
		bis zu Euro	1.432	1.432	1.432
ab 01.07.2008		215¹⁾	420¹⁾	675¹⁾	
ab 01.01.2010		225¹⁾	430¹⁾	685¹⁾	
ab 01.01.2012		235¹⁾	440¹⁾	700¹⁾	
• durch nahe Angehörige		1.470	1.470	1.470	
• durch sonstige Personen		1.510	1.510	1.510	
• durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen		1.550	1.550	1.550	

1) Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrtkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

14. Die Soziale Pflegeversicherung

		Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwer- pflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu Euro im Jahr	1.432	1.432	1.432
	ab 01.07.2008	1.470	1.470	1.470
	ab 01.01.2010	1.510	1.510	1.510
	ab 01.01.2012	1.550	1.550	1.550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis zu Euro monatlich	384	921	1.432
	ab 01.07.2008	420²⁾	980²⁾	1.470²⁾
	ab 01.01.2010	440²⁾	1.040²⁾	1.510²⁾
	ab 01.01.2012	450²⁾	1.100²⁾	1.550²⁾
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Leistungsbetrag bis zu Euro jährlich	460	460	460
	ab 01.07.2008	2.400³⁾	2.400³⁾	2.400³⁾
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal Euro monatlich	1.023	1.279	1.432 (1.688)
	ab 01.07.2008	1.023	1.279	1.470 (1.750)
	ab 01.01.2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
	ab 01.01.2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Pflege in voll- stationären Ein- richtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 Euro monatlich		

2) Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegeleistung oder das Pflegegeld erhalten

3) Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 Euro (erhöhter Betrag) gewährt

14. Die Soziale Pflegeversicherung

		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
		Erheblich Pflege- bedürftige	Schwer- pflege- bedürftige	Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu Euro monatlich		31	
Technische Hilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von		90 % der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 Euro Eigenbeteiligung je Hilfsmittel	
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu		2.557 Euro je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung	
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu Euro monatlich (Beitrittsgebiet)	131,87⁴⁾ (111,44)	263,74⁴⁾ (222,88)	395,61⁴⁾ (334,32)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	ab 01.07.2008 Euro monatlich (Beitrittsgebiet)		8,20 (6,93)	
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	ab 01.07.2008 Euro monatlich		durchschnittlich ca. 140	

4) Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keine Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Viele Behinderungen kann man nicht beseitigen. Aber man kann sie in ihren Auswirkungen mildern. Dabei brauchen die behinderten Menschen die Hilfe der Gesellschaft. Solidarität ist gefragt. Von jedem und jeden Tag aufs Neue.

Genau genommen ist die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht ein Teilbereich wie die medizinische Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben, sondern das Ziel aller Leistungen zur Teilhabe. Sie umfasst die Teilhabe des behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft in all ihren Erscheinungsformen.

15.1 Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen

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

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

Für Behörden des Bundes und der Länder besteht, soweit sie Bundesrecht ausführen, ein allgemeines Benachteiligungsverbot. Die Bundesregierung hat sich verpflichtet, neue Gebäude barrierefrei zu gestalten. In Verordnungen nach dem Behindertengleichstellungsgesetz ist konkret geregelt, wie hör- oder

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

sprachbehinderte Menschen über Gebärdendolmetscher mit Bundesbehörden kommunizieren können, wie Bescheide oder Vordrucke blinden oder sehbehinderten Menschen barrierefrei zugänglich gemacht werden und dass Internetauftritte der Bundesverwaltung so zu gestalten sind, dass sie von behinderten Menschen grundsätzlich uneingeschränkt genutzt werden können.

Mit dem Instrument der Zielvereinbarung wird ein völlig neuer Weg beschritten. Anerkannte Verbände können unmittelbar in Verhandlungen mit der Wirtschaft treten, um ausgewogene Regelungen zur Herstellung der Barrierefreiheit zu vereinbaren, ohne auf eine staatliche Verpflichtung anderer zu warten. Unter bestimmten Voraussetzungen können sich anerkannte Verbände bei Verstößen gegen das Benachteiligungsverbot oder die Verpflichtung zur Herstellung der Barrierefreiheit mit der Verbandsklage wehren.



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

15.2 Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz

Auf eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist auch das am 18. August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gerichtet. Es konkretisiert Artikel 3 des Grundgesetzes, wonach Personen vor Diskriminierung etwa auf Grund ihrer Rasse oder ethnischen Herkunft, ihres Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, ihres Alters, ihrer sexuellen Identität oder aber wegen einer Behinderung geschützt werden sollen. Ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen soll das Gleichbehandlungsgesetz behinderte Menschen vor allem vor Benachteiligungen in den Bereichen Beschäfti-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

gung und Beruf sowie im alltäglichen Leben schützen. Unabhängig von der Schwere einer Behinderung oder ihrer Anerkennung gilt dieses Benachteiligungsverbot nun nicht mehr nur für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen, sondern für alle behinderten Menschen.

Im Arbeitsrecht erstreckt sich das Verbot über alle Phasen des Arbeitslebens: es findet von der Einstellung über die berufliche Weiterbildung und Beförderung bis hin zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen Berücksichtigung. So etwa dürfen Stellenanzeigen und Bewerberauswahl nicht gegen das **Benachteiligungsverbot** verstoßen. Von diesem grundsätzlichen Verbot gibt es jedoch Ausnahmen: Eine unterschiedliche Behandlung kann auf Grund besonderer beruflicher Anforderungen durchaus gerechtfertigt sein, wenn sie sachlich begründet ist.

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

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

Darüber hinaus erstreckt sich das Benachteiligungsverbot auch auf Verträge mit privaten Versicherungen, insbesondere Lebens- und Krankenversicherungen, die zumeist individuell und unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes geschlossen wer-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

den. Um behinderte Interessentinnen und Interessenten dabei künftig vor einer willkürlichen Ablehnung oder ungerechtfertigt hohen Risikoprämien wegen ihrer Behinderung zu schützen, sind Versicherer verpflichtet, dem Risiko entsprechend kalkulierte Prämien anzubieten. Im Streitfall haben Betroffene das Recht, die Kalkulation einzusehen, und sie haben bei Verstoß gegen das Benachteiligungsverbot einen Anspruch auf Schadensersatz.

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

15.3 Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und das Fakultativprotokoll

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

des Übereinkommens in den Vertragsstaaten beobachtet. Der Vertragsausschusses kann Beschwerden einzelner Personen entgegennehmen, wenn der innerstaatliche Rechtsweg erfolglos beschritten worden ist und Untersuchungen in einzelnen Staaten durchführen. Gegenüber den Staaten kann er Empfehlungen und Stellungnahmen abgeben.

Das Übereinkommen und das Protokoll sind für Deutschland verbindlich. Das Übereinkommen wird in Zukunft ein wichtiges Referenzdokument sein, auf dessen Grundlage neue Entwicklungen in der Behindertenpolitik angestoßen und beurteilt werden. Mit dem Übereinkommen wird der mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel weiter vollzogen. Bund, Länder, Verbände und viele andere Akteurinnen und Akteure haben bereits begonnen zu diskutieren, wie das Übereinkommen in Deutschland umgesetzt werden muss.

15.4 Rund ums Wohnen

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

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

15.4.1 Wohnraumförderung und Vermietung von geförderten Wohnraum

Im Rahmen der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde die Zuständigkeit für das Recht der Sozialen Wohnraumförderung mit Wirkung vom 1. September 2006 vom Bund auf die Bundesländer übertragen. Sie verabschieden die gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich und sind zuständig für die Finanzierung. Die Länder sind mit einem großzügigen finanziellen Ausgleich des Bundes in die Lage versetzt worden, diese Aufgabe in alleiniger Verantwortung durchzuführen. Soweit das Wohnraumförderungsgesetz des Bundes (WoFG) nicht durch landesrechtliche Regelungen ersetzt wird – was in einigen Ländern bereits der Fall ist (LandesWoFG Baden-Württemberg, Bayerisches WoFG, Hamburgisches WoFG, Schleswig-Holsteinisches WoFG) –, bleibt es weiterhin gültig.

Nach dem WoFG werden der Neubau von Wohnungen, die Modernisierung von Altbauten, der Erwerb von Belegungsrechten zu Gunsten Wohnungssuchender und der Erwerb vorhandenen Wohnraums gefördert **§ 2 Abs. 1 WoFG**. Eine Zusatzförderung kann bewilligt werden für besondere bauliche Maßnahmen, mit denen den Belangen behinderter oder älterer Menschen Rechnung getragen wird **§ 12 Abs. 2 Nr. 2 WoFG**. Ein Anspruch auf Fördermittel der Sozialen Wohnraumförderung besteht nicht **§ 13 Abs. 4 WoFG**. Nach dem WoFG geförderte Mietwohnungen dürfen nur an Haushalte vermietet werden, deren Jahreseinkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Dasselbe gilt für die Gewährung von Fördermitteln zur Bildung selbst genutzten Wohneigentums. Bundesrechtlich sind in **§ 9 Abs. 2 WoFG** folgende Einkommensgrenzen vorgesehen:

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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

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

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Gesamteinkommens ist die Summe der positiven Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts aller zum Haushalt zählenden Angehörigen abzüglich bestimmter Frei- und Abzugsbeträge; ein Ausgleich von Verlusten aus anderen Einkunftsarten und mit Verlusten des zusammen veranlagten Ehegatten ist nicht zulässig

§§ 20, 21 Abs. 1 WoFG. Zum Jahreseinkommen zählen auch Renten sowie einige steuerfreie Bezüge und Leistungen, wie Lohnersatzleistungen, Berufs-

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

§ 21 Abs. 3 WoFG.

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

- Steuern vom Einkommen,
- (Pflicht-) Beiträgen zur (gesetzlichen) Krankenversicherung und

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

■ (Pflicht-) Beiträgen zur (gesetzlichen) Rentenversicherung vorgenommen

§ 23 WoFG.

Schwerbehinderte Menschen werden bei der Berechnung des Jahreseinkommens durch Freibeträge begünstigt: Für Personen mit einem GdB von 100 oder von mindestens 80, wenn der schwerbehinderte Mensch häuslich pflegebedürftig ist, wird ein Freibetrag von 4.500,- Euro jährlich gewährt; bei einem GdB von unter 80, aber häuslicher Pflegebedürftigkeit, beträgt der Freibetrag 2.100,- Euro jährlich **§ 24 Abs. 1 Nr. 1 und 2 WoFG.**

Freibeträge werden im Übrigen bei jungen Ehepaaren, bei denen keiner der Ehegatten das 40. Lebensjahr vollendet hat, in Höhe von 4.000,- Euro bis zum Ablauf des 5. Kalenderjahres nach dem Jahr der Eheschließung gewährt **§ 24 Abs. 1 Nr. 3 WoFG**, sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – in Höhe von 600,- Euro für Alleinerziehende **§ 24 Abs. 1 Nr. 4 WoFG**. Abzugsbeträge in unter-

schiedlicher Höhe werden bei Unterhaltsverpflichtungen eingeräumt **§ 24 Abs. 2 WoFG.**

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

15.4.2 Förderung altersgerechten Bauens und Wohnens

Angesichts der demografischen Entwicklung ist altersgerechtes Bauen und Wohnen ein wichtiges Anliegen der Wohnungs- und Stadtentwicklungspolitik der Bundesregierung. Sie hat daher mit Blick auf eine bedarfsgerechte Wohnraumversorgung Fördermittel für Maßnahmen der altersgerechten Anpassung des Wohnungsbestandes zur Verfügung gestellt. Mit der Ausweitung des Angebots an altersgerechten (barrierefreien und -reduzierten) Wohnungen wird es einer wachsenden Zahl von älteren Menschen möglich, trotz Mobilitätsbeschränkungen im vertrauten Wohnumfeld zu verbleiben und ein selbst bestimmtes Leben bei tragbaren Wohnkosten zu führen. Diese Förderung dient auch Menschen mit Behinderungen und kann von diesen in Anspruch genommen werden.

Im bestehenden **KfW-Programm „Wohnraum Modernisieren“** ist ein separates Förderfenster **„Altersgerecht Umbauen“** ein-

gerichtet worden, das Eigentümer/innen (Selbstnutzer/innen und Vermieter/innen, Wohnungsunternehmen usw.) aus Bundesmitteln zinsverbilligte Darlehen für Maßnahmen anbietet, mit denen Barrieren beseitigt oder zumindest reduziert werden. Gefördert werden vor allem der barrierefreie/-reduzierte Gebäude- und Wohnungszugang (z. B. Überbrückung von Stufen, Rampen, Einbau von Aufzügen und Treppenlifts, Verbreiterung von Türöffnungen), Maßnahmen im Innern der Wohnung (z. B. Abbau von Schwellen, Grundrissänderungen, Umbau von Sanitärräumen), barriere-reduzierende Maßnahmen auf dem Grundstück (z. B. Stellplätze) sowie die Einrichtung von Gruppenräumen zum generationen-übergreifenden Wohnen. Die geförderten Maßnahmen sollen bestimmten technischen Mindestanforderungen einer Barriere-reduzierung genügen, da man im Bestand nicht immer barrierefreien Neubaustandard erreichen kann.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

15.4.3 Barrierefreiheit im Mietrecht

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

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

eigene Kosten – ohne die vorherige Zustimmung des Vermieters nicht vornehmen. Mieter/innen mit Behinderung haben grundsätzlich einen Anspruch auf diese Zustimmung zu Maßnahmen einschließlich Umbauten, die ihnen die Nutzung der Wohnung und den Zugang zu ihr ermöglichen. Der Vermieter oder die Vermieterin ist aber nicht verpflichtet, auf seine bzw. ihre Kosten entsprechende Baumaßnahmen durchzuführen.

Ein Zustimmungsanspruch besteht auch dann, wenn ein/e Familienangehörige/r oder der Lebensgefährte bzw. die Lebensgefährtin des Mieters/der Mieterin, der/die in der Wohnung lebt, behindert ist. Das Spektrum der Maßnahmen ist groß: Neben der Montage spezieller Griffe und der Verbreiterung der Wohnungstüren ist auch der Einbau eines Treppenlifts und der Bau einer Rollstuhlrampe möglich. Die konkrete Maßnahme muss im Einzelfall notwendig sein, um die Lebensqualität der behinderten Person zu erhalten. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn sie ohne ihre Durch-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

führung die Wohnung nicht mehr verlassen könnte oder in ein Pflegeheim umziehen müsste. Zweierlei muss der Mieter oder die Mieterin beachten: Zum einen besteht der Zustimmungsanspruch dann nicht, wenn das Interesse des Vermieters/der Vermieterin und/oder der anderen Mieter/innen im selben Gebäude daran, dass die Maßnahme nicht durchgeführt wird, höher ist als das des Mieters/der Mieterin an der Durchführung. Dies erfordert eine umfassende Abwägung der betroffenen Interessen. Unter anderem sind Art, Dauer und Schwere der Behinderung einerseits, die Dauer der Maßnahme, die Beeinträchtigung der anderen Mieter/innen des Hauses und die Möglichkeit des Rückbaus andererseits zu berücksichtigen. Überwiegen die Interessen des behinderten Mieters/der behinderten Mieterin oder sind die Interessen von Mieter/in und Vermieter/in mindestens gleichgewichtig, so besteht der Anspruch auf Zustimmung. Allerdings kann der Vermieter/ die Vermieterin seine/Ihre Zustimmung davon abhängig

machen, dass der Mieter/die Mieterin ihm/ihr eine Sicherheit in Höhe der Kosten leistet, die bei Rückbau der Maßnahme anfallen werden.

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

15.4.4 Wohngeld

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

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

■ der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder,

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

■ dem Gesamteinkommen, das aus den Jahreseinkommen aller zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder unter Abzug bestimmter gesetzlich festgelegter Beträge errechnet wird,

■ der zu berücksichtigen Miete oder Belastung bis zu bestimmten Höchstbeträgen, erhöht um einen nach der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder gestaffelten pauschalen Betrag für die Heizkosten.

Das Wohngeldgesetz sieht bei der Berechnung des Einkommens einen Freibetrag von 1.500 Euro im Jahr vor für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 100 und für i. S. d. **§ 14 SGB XI** pflegebedürftige schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80 und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege. I. S. d. **§ 14 SGB XI** pflegebedürftige schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von unter 80 und gleichzeitiger häuslicher oder teilstationärer Pflege

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

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

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

■ eine Einrichtung ist, die dem Zweck dient, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige zu Wohnzwecken aufzunehmen;

■ ihren Bewohner/innen neben der Unterkunft auch Betreuung und Verpflegung zur Verfügung stellt;

■ für die Unterbringung ein Entgelt von den Bewohner/innen verlangt und

■ unabhängig von Wechsel und Zahl der Bewohner/innen betrieben wird.



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

■ Dort finden Sie auch Tabellen zum Wohngeld, die Liste der Mietstufen und einen aktuellen Erläuterungstext mit Beispielen: „Wohngeld 2009 – Ratschläge und Hinweise“.

■ **Das Wohngeldgesetz finden Sie im Internet unter:**

http://bundesrecht.juris.de/wogg_2/index.html



Info: Auch Ihre örtliche Wohngeldstelle hält Informationen für Sie bereit.

15.4.5 Bausparverträge

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

15.5 Im Alltag und in der Freizeit mobil

Dem Abbau von Mobilitätshemmnissen dienen verschiedene Aktivitäten im öffentlichen Personenverkehr. Dadurch sollen Verkehrsmittel und Verkehrsflächen für möglichst viele behinderte Menschen zugänglich werden. Viele Städte, Gemeinden und Träger der freien Wohlfahrtsverbände richten darüber hinaus in zunehmendem Maße besondere Fahrdienste

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

für behinderte Menschen ein. Ein besonderes Anliegen des Behindertengleichstellungsgesetzes ist auch die Verankerung der Barrierefreiheit im öffentlichen Personenverkehr.



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

15.5.1 Barrierefreies Reisen

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

Der seit mehreren Jahren erscheinende Reiseratgeber „Handicapped Reisen Deutschland“²⁾ beinhaltet mehr als 1.000 geprüfte Beherbergungsbetriebe in ganz Deutschland, die überwiegend rollstuhlgerecht sind. Beim Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. kann die Broschüre „Reise ABC“ angefordert werden.

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



Internet: Die Homepage der NatKo lautet: www.natko.de

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Wichtige Anlaufstellen sind zunehmend auch die regionalen und überregionalen Tourismusorganisationen. Viele Tourismus-Ämter und Tourismus-Büros können über barrierefreie Unterkünfte und Freizeitangebote informieren. In vielen Hotels gibt es zumindest einige geeignete Zimmer, in fast allen neuen oder renovierten Jugendherbergen ebenso. Und es gibt auch neuerdings Hotels und Pensionen, die vollständig barrierefrei gestaltet sind.

In einer Zielvereinbarung zur Barrierefreiheit haben der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) und der Hotelverband Deutschland (IHA) mit Verbänden behinderter Menschen eine standardisierte Erfassung, Bewertung und Darstellung barrierefreier Angebote in Hotellerie und Gastronomie vereinbart. Hoteliers und Gastronomen, die im Deutschen Hotelführer, dem IHA-Hotelführer Hotels Deutschland oder den entsprechenden Internetplattformen www.hotelguide.de und www.hotellerie.de ihr barrierefreies Angebot darstellen möch-

ten, müssen die vereinbarten Standards erfüllen, die in fünf verschiedenen Kategorien unterschiedliche Behinderungen berücksichtigen. Außerdem haben die neuen Kriterien für Barrierefreiheit auch Eingang in die fortgeschriebene Deutsche Hotelklassifizierung gefunden.

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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



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

15.5.2 Erleichterungen im Personenverkehr

15.5.2.1 Freifahrt im Nahverkehr

Im öffentlichen Personennahverkehr können diejenigen schwerbehinderte Menschen die sog. Freifahrt in Anspruch nehmen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos sind; ebenso blinde und gehörlose Menschen

§§ 145 ff. SGB IX. Ihr Schwerbehindertenausweis hat einen orangefarbenen Flächenaufdruck und trägt das Merkzeichen „G“, „aG“, „H“, „Gl“ oder „Bl“.

Voraussetzung für die „Freifahrt“ ist, dass man beim Versorgungsamt ein mit einer Wertmarke versehenes Beiblatt erwirbt. Schwerbehinderte Menschen nur mit dem Ausweismerkzeichen „G“ oder „aG“ und gehörlose Menschen müssen in der Regel für die Wertmarke 60,- Euro pro Jahr (oder 30,- Euro halbjährlich) bezahlen.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen „H“ und/oder „Bl“ erhalten die Wertmarke kostenlos. Die Wertmarke ist auch für schwerbehinderte Menschen kostenlos, die Leistungen

- zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II,

- der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII,

- der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII,

- dem Achten Buch des Sozialgesetzbuchs oder

- entsprechende Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz beziehen.

Das mit der Wertmarke versehene Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis ist für sechs oder zwölf Monate gültig. Erster und letzter Gültigkeitsmonat sind auf der Wertmarke eingetragen.

Übrigens: Wird die Wertmarke spätestens drei volle Monate vor Ablauf der Gültigkeitsdauer zurückgegeben, so werden für jeden vollen Monat 5 Euro zurückerstattet.

Unter Nahverkehr ist zu verstehen **§ 147 Abs. 1 SGB IX:**

- Straßenbahn, Bus, Obus, U- und S-Bahn,

- Eisenbahn (2. Wagenklasse), wenn sie in einen Verkehrsverbund einbezogen ist und mit Verbundfahrtschein benutzt werden kann,

- Eisenbahnen des Bundes in der 2. Wagenklasse in Zügen, die überwiegend dazu bestimmt sind, die Verkehrsnachfrage im Nahverkehr zu befriedigen (Züge des Nahverkehrs), im Umkreis von 50 km um den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des schwerbehinderten Menschen. Die Versorgungsämter geben dazu spezielle Streckenverzeichnisse aus. Näheres regelt eine Rechtsverordnung,

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

■ Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Orts- und Nachbarschaftsbereich.

Ist ein behinderter Mensch zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt (muss durch das Merkzeichen „B“ nachgewiesen sein), fährt die Begleitperson immer kostenlos, selbst dann, wenn der behinderte Mensch keine Wertmarke gekauft hat. Dies gilt auch im Fernverkehr. Schwerbehinderte Menschen können in Abhängigkeit der im Ausweis eingetragenen Merkzeichen auch orthopädische Hilfsmittel und/oder einen Blindenführhund unentgeltlich mitnehmen. Wie für alle anderen Fahrgäste auch gilt für behinderte Menschen im öffentlichen Nah- und Fernverkehr die allgemeine Beförderungspflicht der Verkehrsunternehmer. Sie erstreckt sich auf das Reisegepäck, zu dem Rollstühle und andere Hilfsmittel zu rechnen sind. Eine Beförderung kann nur im Ausnahmefall abgelehnt werden, etwa wenn das Fahrzeug nicht zur Beförderung geeignet ist.



Info: Nähere Auskünfte erteilen die Versorgungsämter bzw. Landesozialverwaltungen. Welche Behörde für Ihren Wohnort zuständig ist, können Sie unter http://www.soziales.niedersachsen.de/master/C27461143_N1867037_L20_DO_I1740859.html abrufen.

15.5.2.2 Eisenbahnverkehr Europäisches Recht

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

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

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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

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

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

Die Verordnung wird zwei Jahre nach ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union, also am 3. Dezember 2009, in Kraft treten.

Aufgrund des Gesetzes zur Anpassung eisenbahnrechtlicher Vorschriften an die VO (EG) 1371/2007, das am 29. Juli 2009 in Kraft getreten ist, wird die Verordnung (EG) 1371/2007 in Deutschland derzeit bereits vorgezogen angewandt.

Fernverkehr

■ Eine Begleitperson fährt auch in den Fernverkehrszügen der Deutschen Bahn AG (DB AG) kostenlos, wenn die Berechtigung zur Mitnahme im Ausweis des Behinderten (Ausweismerkmal „B“) bescheinigt ist **§ 147 Abs. 2 SGB IX**.

■ Schwerkriegsbeschädigte Menschen, in deren Ausweis das Merkmal „1. Kl.“ eingetragen ist, können mit einer Fahrkarte der zweiten Klasse die erste Klasse in Fern- und Nahverkehrszügen benutzen.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

■ Schwerbehinderte oder blinde Menschen mit Ausweis mit dem Merkzeichen B oder BI können für sich und eine Begleitperson kostenfrei Plätze reservieren.

■ Kostenfrei reservierbar sind auch die Rollstuhlstellplätze der Deutschen Bahn AG.

■ Schwerbehinderte Menschen (ab GdB 70) erhalten die BahnCard 50 zum halben Preis.



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



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

Beförderungspflicht

Im Rahmen des § 10 des Allgemeinen Eisenbahngesetzes (AEG) wird eine Beförderungspflicht der Eisenbahn auch für Personen mit eingeschränkter Mobilität im Personenfernverkehr gewährleistet. Die Beförderungspflicht der Eisenbahn besteht unter bestimmten Voraussetzungen, u. a. nur im Rahmen der Beförderungsbedingungen, die von den jeweiligen Eisenbahnverkehrsunternehmen aufgestellt und von der jeweiligen Genehmigungsbehörde genehmigt sind. Sie erstreckt sich auf den Personen- und Reisegepäckverkehr. Zum Reisegepäck gehören auch Rollstühle und andere Hilfsmittel von behinderten Menschen, sofern keiner der Ausschlussstatbestände aus § 10 AEG vorliegt, das heißt neben dem Einhalten der jeweiligen Beförderungsbe-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

dingungen die Beförderung mit den regelmäßig verwendeten Beförderungsmitteln möglich ist und die Beförderung nicht durch Umstände verhindert wird, die das Eisenbahnverkehrsunternehmen nicht abwenden kann und denen es auch nicht abhelfen konnte.

15.5.2.3 Luftverkehr

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

- Flughäfen,
- Fluggesellschaften,
- Reiseveranstalter

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

Diese Serviceleistungen sind ohne zusätzliche Kosten zu erbringen.

Voraussetzungen

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

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

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

Wenn etwas nicht klappt

Wenn der/die behinderte oder mobilitätseingeschränkte Flugreisende der Auffassung ist, dass gegen die Betreuungsverpflichtungen verstoßen wurde, sollte er/sie sich als Erstes an die Fluggesellschaft oder den Flughafen wenden. Damit soll eine rasche und außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwi-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

schen dem Flugreisenden und den Fluggesellschaften und Flughäfen herbeigeführt werden. Sollte es zu keiner Einigung kommen, besteht die Möglichkeit, die nationale Beschwerde-stelle zur Durchsetzung der Fluggastrechte über Inhalt und Ergebnis der Beschwerden zu unterrichten. Das in Deutschland zuständige Luftfahrt-Bundesamt wird überprüfen, ob und inwieweit der Flughafen oder die Fluggesellschaft gegen ihre Verpflichtungen verstoßen haben und kann im Einzelfall Bußgeldzahlungen gegen die Unternehmen aussprechen. Wichtig ist, dass das Luftfahrt-Bundesamt keine zivilrechtlichen Schadensersatzansprüche geltend machen kann. Dies muss der/die Flugreisende weiterhin zivilrechtlich einfordern.

Beispiele für Unterstützungsleistungen

■ Buchung und Beförderung Fluggesellschaften und Reiseveranstaltern ist es verboten, bei Flügen von einem europäischen Flughafen die Buchung oder Beförderung aufgrund eingeschränkter Mobilität zu verwei-

gern. Ausnahmen sind nur möglich, wenn geltende Sicherheitsbestimmungen zu beachten sind oder technische Begrenzungen z.B. auf Grund der Enge der Flugkabine vorliegen.

■ Kostenlose Hilfeleistungen auf Flughäfen

Die Flughäfen müssen Kontaktpunkte ausweisen, die es dem Fluggast ermöglichen, seine Ankunft anzumelden. Der Flughafen ist verantwortlich, die durchgehende Betreuung von Ihrer Ankunft am Flughafen bis zum Abflug sicherzustellen.

■ Kostenlose Hilfeleistung an Bord

Die Fluggesellschaften sind verpflichtet, bei Flügen, die in der EU beginnen, Rollstühle oder Begleithunde zu befördern. Einschränkungen kann es aufgrund von Sicherheitsvorschriften und Verfügbarkeit geben. Informieren Sie die Fluggesellschaft spätestens 48 Stunden vorher über die benötigten Dienstleistungen.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

15.5.3 Fahrdienste

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

15.5.4 Teilnahme am Straßenverkehr – Rund ums Kraftfahrzeug

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

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

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



Info: Auskünfte erteilen die Straßenverkehrsämter.

Finanzierungshilfen zur Beschaffung eines Kfz

Behinderte Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes auf die Kfz-Benutzung angewiesen sind, können vom Rehabilitationsträger Fi-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

finanzierungshilfen zur Beschaffung eines geeigneten Kraftfahrzeugs erhalten. Die Hilfen schließen die behindertengerechte Zusatzausstattung und die Erlangung der Fahrerlaubnis ein.



Info: Auskünfte erteilen u. a. die Agenturen für Arbeit und die Integrationsämter.

15.5.5 Parkerleichterungen

Es erweist sich oftmals als schwierig, einen Parkplatz möglichst nah an dem Ort zu finden, an dem man etwas erledigen möchte. Davon sind besonders Menschen mit Schwerbehinderung betroffen, für die das Gehen häufig sehr anstrengend ist. Für sie gibt es daher besondere Regelungen:

Behindertenparkplätze

Den Behindertenparkplatz, der mit dem Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichnet ist, können außergewöhnlich gehbehinderte (Merkzeichen „aG“) und blinde Menschen (Merkzeichen „Bl“) nutzen.

Seit Anfang April 2009 gehören zum berechtigten Personenkreis auch Personen mit beidseitiger Amelie, Phokomelie oder vergleichbaren Funktionseinschränkungen. Beidseitige Amelie bedeutet, dass beide Arme fehlen. Beidseitige Phokomelie bedeutet, dass Hände bzw. Füße unmittelbar an Schultern bzw. Hüften ansetzen. Entsprechend ist unter einer vergleichbaren Funktionseinschränkung ein völliger Funktionsverlust der Arme inklusive der Schulter- und Ellenbogengelenke zu verstehen.

Die Parkmöglichkeit auf Behindertenparkplätzen muss an Ihrem Wohnort beim Straßenverkehrsamt beantragt werden. Voraussetzung ist, dass im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „aG“ oder „Bl“ eingetragen ist oder die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Hier hilft Ihnen das zuständige Versorgungsamt weiter.

Das Straßenverkehrsamt stellt einen Parkausweis aus, der inzwischen europaweit einheitlich ist und somit in allen Mitgliedstaaten der Europäi-

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

schen Gemeinschaft gültig ist. Der Parkausweis ist beim Parken deutlich sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen. Die Ausnahmegenehmigung muss zusätzlich immer mitgeführt werden.

Parkerleichterungen

Zudem können seit Anfang Juni 2009 vier genau definierte Personengruppen bestimmte Parkerleichterungen in Anspruch nehmen. Insbesondere ist ihnen das Parken im eingeschränkten Halteverbot (für bis zu drei Stunden) oder in Fußgängerzonen (während der Ladezeiten) gestattet. Diese vier Personengruppen sind:

Menschen mit Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „G“ oder „B“ und einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken),

Menschen mit Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „G“ oder „B“ und einem Grad der Behinderung von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einen Grad der Behinderung von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane,

Menschen mit Schwerbehinderung, die an Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 60 vorliegt,

Menschen mit Schwerbehinderung mit künstlichen Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt.

Für diese Parkerleichterungen wird ein neuer orangefarbender Parkausweis ausgestellt. Auch diejenigen, die auf den Behindertenparkplatz parken dürfen, können die Parkerleichterung in Anspruch nehmen. In mehreren

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Ländern gab es für diese Personkreise bereits Ausnahmeregelungen. Die bundeseinheitliche Regelung schafft nun Rechtssicherheit und ermöglicht die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen in allen Bundesländern.

Die Parkerleichterung erlaubt:

- im eingeschränkten Haltverbot bis zu drei Stunden zu parken (die Ankunftszeit muss auf einer Parkscheibe eingestellt werden),
- im Zonenhaltverbot über die zugelassene Zeit hinaus zu parken,
- an Stellen über die zugelassene Zeit hinaus zu parken, die als Parkplatz ausgeschildert sind (Nummer 314 und 315) und für die durch ein Zusatzschild eine begrenzte Parkzeit angeordnet ist,
- in Fußgängerzonen, in denen das Be- und Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist, während der Ladezeit zu parken,
- in entsprechend gekennzeichneten verkehrsberuhigten Bereichen (Zeichen 325) außerhalb der gekennzeichneten Flächen zu parken, ohne jedoch den durchgehenden Verkehr zu behindern,
- an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten ohne Gebühr und zeitlich unbegrenzt zu parken,
- auf Parkplätzen für Bewohnerinnen und Bewohner bis zu drei Stunden zu parken,
- in Einzelfällen kostenlos auf Kundenparkplätzen an Bahnhöfen der Deutschen Bahn AG (DB AG) zu parken. Da es sich hier jedoch nicht um öffentlichen Verkehrsraum, sondern um Privatgelände der DB AG handelt, sollten behinderte Menschen sich unbedingt genau über die Bedingungen informieren.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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



Achtung: Für schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, mit beidseitiger Amelie, Phokomelie oder vergleichbaren Funktionseinschränkungen und blinde Menschen können manchmal Parkplätze in unmittelbarer Nähe der Wohnung oder des Arbeitsplatzes reserviert werden. Fragen Sie beim Straßenverkehrsamt nach.

Übertragbarkeit der Parkerleichterung

Die Parkerleichterung ist übertragbar. Wer keine Fahrerlaubnis besitzt, kann trotzdem eine Parkerleichterung erhalten. In diesen Fällen gilt die Parkerleichterung für die Person, welche die Fahrt für die Person mit einer Schwerbehinderung übernimmt.

Internationale Gültigkeit der Parkerleichterung

Der Parkausweis ist in allen Ländern gültig, die Mitglieder der Europäischen Konferenz der Verkehrsminister sind: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien (FYROM), Moldawien, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russische Föderation, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn und Ukraine.

Es gelten im Ausland jedoch meist andere Bedingungen als in Deutschland. Informieren Sie sich deshalb rechtzeitig über die Einzelheiten. So vermeiden Sie Unannehmlichkeiten oder gar ein Bußgeld.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Weitere besondere Regelungen

Besondere Regelungen gelten auch für kleinwüchsige Menschen. Sie können eine Ausnahmegenehmigung erhalten, mit der sie an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten kostenlos parken können. Dies gilt auch für Menschen ohne Hände („Ohnhänder“) sowie Menschen ohne Arme („Ohnarmer“). Sie können mit der Ausnahmegenehmigung zusätzlich auch im Zonenhaltverbot parken. Zudem brauchen sie auf Parkplätzen mit zeitlicher Begrenzung keine Parkscheibe zu verwenden.

15.6 Gerichtliche Verfahren

Nimmt eine hör- oder sprachbehinderte Person an einer Gerichtsverhandlung teil, kann die Verständigung nach ihrer Wahl mündlich, schriftlich oder mit Hilfe eines Dolmetschers erfolgen. Selbstverständlich kann von diesem Wahlrecht auch eine Person Gebrauch machen, welche sowohl hör- als auch sprachbehindert ist oder bei welcher eine Einschränkung des Hör- oder Sprachvermögens nur vorübergehend besteht. Diese Rechte gelten in allen Gerichtsverfahren und unabhängig davon, in welcher Rolle die Person an der Gerichtsverhandlung teilnimmt, sei es als Partei, als Zeugin oder Zeuge, Angeklagte oder Angeklagter, Nebenklägerin oder Nebenkläger. Weiterhin stehen diese Rechte auch hör- oder sprachbehinderten Menschen zu, die von einem staatsanwaltlichen Ermittlungs- oder Vollstreckungsverfahren betroffen sind.

15. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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

Die am 1. Juni 2007 in Kraft getretenen Verordnung zur barrierefreien Zugänglichmachung von Dokumenten für blinde und sehbehinderte Personen im gerichtlichen Verfahren (ZMV)

gestaltet diesen Anspruch näher aus. Danach können blinde oder sehbehinderten Menschen wählen, ob ihnen die Dokumente in schriftlicher Form – das bedeutet in Blindenschrift oder Großdruck – zugänglich gemacht werden. Möglich ist aber auch eine Übertragung der Dokumente mit Hilfe mündlicher, akustischer oder elektronischer Übermittlungsformen (Vorlesen, Aufnahme auf Tonträger, Übersendung per E-Mail).

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

16. Steuerliche Erleichterungen

16.1 Einkommensteuer: Allgemeine außergewöhnliche Belastungen und Behinderten-Pauschbeträge

Behinderte Menschen haben häufig Mehraufwendungen für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Zur Abgeltung dieser Aufwendungen sowie der Aufwendungen für die Pflege und einen erhöhten Wäschebedarf, wird ihnen als „außergewöhnliche Belastung“ nach § 33b Einkommensteuergesetz (EStG) ein Pauschbetrag für behinderte Menschen zugestanden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

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

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

Den Nachweis der Behinderung führt man durch einen Ausweis nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch oder, bei einem GdB unter 50, durch eine Bescheinigung der für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörde mit der Äußerung, dass die Behinderung zu einer dauernden Einbuße der täglichen Beweglichkeit geführt hat oder auf einer typischen Berufskrankheit beruht, oder durch einen Renten- oder entsprechenden Bescheid, wenn die Rente oder der andere laufende Bezug wegen der Behinderung gewährt wird.

Eltern und unter bestimmten Voraussetzungen auch andere Personen können den Pauschbetrag für ihr behindertes Kind auf sich übertragen lassen, wenn ihn das Kind nicht selbst in Anspruch nimmt. Vorausset-

zung ist, dass sie für das Kind Anspruch auf Kindergeld oder Freibeträge für Kinder haben (siehe auch „Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder“).

Den Pauschbetrag kann man sich schon bei der Ausstellung der Steuerkarten eintragen lassen. Er gilt für das ganze Kalenderjahr, auch wenn die Behinderung erst im Laufe des Jahres festgestellt wurde. Übrigens kann der Pauschbetrag bei rückwirkender Feststellung der Behinderung auch für vorhergehende Jahre in Anspruch genommen werden.

Statt der Pauschbeträge können auch die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Aufwendungen berücksichtigt werden. Dann wird jedoch die zumutbare Belastung abgezogen, die sich nach dem Gesamtbetrag der Einkünfte und dem Familienstand richtet. Neben dem Behinderten-Pauschbetrag können alle übrigen krankheits- und behinderungsbedingten Kosten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Kfz-Aufwendungen geh- und stehbe-

hinderter, außergewöhnlich gehbehinderter, blinder und hilfloser Menschen als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden.

Pflegepauschbetrag

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

16. Steuerliche Erleichterungen

16.2 Kindergeld und Freibeträge für behinderte Kinder

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

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

Daneben können andere, auch mittelbar kindbedingte Steuerermäßigungen in Betracht kom-

men (z.B. für Kinderbetreuungskosten nach §§ 4f, 9 Abs. 5 Satz 1, § 10 Abs. 1 Nr. 5 und 8 EStG).

16.3 Kfz-Nutzung/ Kraftfahrzeugsteuer

Schwerbehinderte Kraftfahrzeughalter, die blind, hilflos oder außergewöhnlich gehbehindert sind, sind von der Kraftfahrzeugsteuer befreit. Im Schwerbehindertenausweis müssen die Merkzeichen „H“, „Bl“ oder „aG“ eingetragen sein. Die Befreiung kann auch dann in Anspruch genommen werden, wenn die Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr genutzt wird.

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



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



Info: Weitere Auskünfte erteilen die Finanzämter.

16.4 Fahrten zur Arbeit

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

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

Wird ein behinderter Arbeitnehmer oder eine behinderte Arbeitnehmerin im eigenen oder ihm/ihr zur Nutzung überlassenen Kraftfahrzeug arbeitstäglich von einem Dritten, z. B. dem Ehegatten/der Ehegattin, zu seiner/ihrer regelmäßigen Arbeitsstätte gefahren und wieder abgeholt, können auch die Kosten, die durch die Ab- und Anfahrten des Fahrers/der FahrerIn – die sogenannten Leerfahrten – entstehen, in tatsächlicher Höhe oder unter Ansatz des pauschalen Kilometersatzes als Werbungskosten berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Berücksichtigung der Aufwendungen

16. Steuerliche Erleichterungen

für die Leerfahrten ist, dass der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin selbst keinen gültigen Führerschein besitzt oder davon aus Gründen, die mit der Behinderung zusammenhängen, keinen Gebrauch macht.



Info: Nähere Auskünfte erteilen die Finanzämter.

16.5 Privatfahrten

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

Bei außergewöhnlich gehbehinderten (Merkzeichen „aG“), blinden (Merkzeichen „Bl“) und hilflosen Menschen (Merkzeichen „H“) sind in den Grenzen der Angemessenheit nicht nur die Aufwendungen für durch die Behinderung verursachte unvermeidbare Fahrten, sondern auch für Freizeit-, Erholungs- und Besuchsfahrten nach Abzug einer zumutbaren Belastung als „außergewöhnliche Belastung“ anzuerkennen. Die tatsächliche Fahrleistung ist nachzuweisen oder glaubhaft zu machen. Eine Fahrleistung von mehr als 15.000 Kilometern im Jahr und ein höherer Aufwand als 30 Cent je Kilometer sind unangemessen.



Info: Auskünfte erteilen die Finanzämter.

Sonstige Steuerarten

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

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

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

Um die Informationssuche zu erleichtern, sind die Inhalte des Internetportals nach den folgen-

den neun Lebenslagen bzw. wesentlichen Themen sortiert und auf benutzerfreundlich gestalteten Webseiten dargestellt:

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

Auf der Startseite des Internetportals finden sich außerdem aktuelle Neuigkeiten rund um das Thema Behinderung, wich-

17. Wissenswertes

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

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



Internet:

www.einfach-teilhabe.de

17.1 Blindensendungen

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



Info: Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Post.

17.2 Geschäfte des täglichen Lebens

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

Wer geschäftsunfähig ist, kann Rechtsgeschäfte grundsätzlich nicht selbständig wirksam vornehmen. Eine Ausnahme gilt allerdings für Geschäfte des täglichen Lebens. Auch geschäftsunfähige Menschen können – wenn sie volljährig sind – Geschäfte, die nur geringe Mittel erfordern, wirksam vornehmen. Erforderlich für die Wirksamkeit ist allerdings, dass das Geschäft auch abgewickelt wurde, d. h. die versprochenen Leistungen auch ausgetauscht wurden. Wenn das Geschäft des täglichen Lebens eine erhebliche Gefahr für die Person oder das Vermögen des Geschäftsunfähigen begründet, kommt die gesetzliche Sonderregelung allerdings nicht zu Anwendung; das Geschäft ist dann unwirksam.

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

17.3 Kriegsofopferfürsorge

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

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

- Soldaten, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG),
- Zivildienstleistende, die eine Schädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Zivildienstgesetzes (ZDG),
- Opfer von Gewalttaten nach den Vorschriften des Opferentschädigungsgesetzes (OEG),

17. Wissenswertes

■ Impfgeschädigte, bei denen die Voraussetzungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorliegen,

■ politische Häftlinge, der ehemaligen DDR und in den ehemaligen deutschen Ostgebieten, die infolge der Inhaftierung eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, nach den Vorschriften des Häftlingshilfegesetzes (HHG),

■ Opfer politisch motivierter Strafverfolgungsmaßnahmen in der ehemaligen DDR, die aufgrund einer unrechtmäßigen Freiheitsentziehung Gesundheitsschäden erlitten haben, nach den Vorschriften des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG) sowie

■ Opfer einer hoheitlichen Maßnahme einer deutschen behördlichen Stelle in der ehemaligen DDR, die aufgrund einer rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidung gesundheitliche Schäden erlitten haben, nach den Vorschriften des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (VwRehaG).

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

■ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,

■ Krankenhilfe,

■ Hilfe zur Pflege,

■ Hilfe zur Weiterführung des Haushalts,

■ Altenhilfe,

■ Erziehungsbeihilfe,

■ ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt,

■ Erholungshilfe,

■ Wohnungshilfe und

■ Hilfe in besonderen Lebenslagen.

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



Tip: Die kostenlose Broschüre „Kriegsopterfürsorge“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales“, Bestellnummer A 105



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

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

Das Versicherungsvertragsgesetz, das für private Versicherungen gilt, verpflichtet in § 178d VVG den Versicherer zur Nachversicherung von neugeborenen Kindern im Bereich der Krankenversicherung (zu der auch die Pflegekrankenversicherung gehört). Demnach muss der Versicherer das Kind im Rahmen der Krankenversicherung eines Elternteils ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten versichern, sofern die Anmeldung binnen zwei Monaten nach der Geburt erfolgt.

Das gilt auch, wenn Schädigungen des Kindes nicht erst nach, sondern schon während oder vor der Geburt (z. B. durch angeborene Anomalien und Erbkrankheiten) eingetreten sind. Für neugeborene Kinder mit Behinderungen dürfen keine höheren Versicherungsbeiträge erhoben werden als für gesunde Kinder. Damit werden Mehrauf-

17. Wissenswertes

wendungen der betroffenen Familien vermieden. Die behinderten Kinder erhalten so den gleichen Versicherungsschutz wie gesunde Kinder, der sich grundsätzlich nach dem Krankenversicherungsvertrag des jeweiligen Elternteils richtet.

Außerdem wird die Adoption eines minderjährigen Kindes im Gesetz mit der Geburt eines Kindes gleichgestellt. Lediglich ein Risikozuschlag bis zur einfachen Prämienhöhe ist im Falle des Vorliegens einer „höheren Gefahr“ – also Vorerkrankungen – erlaubt. Ein Leistungsausschluss wegen bereits eingetretener Versicherungsfälle darf nicht vorgenommen werden. Die Versicherung kann davon abhängig gemacht werden, dass der Vater oder die Mutter bis zu drei Monaten versichert gewesen sind.

Das am 1. Januar 2008 in Kraft getretene neue Versicherungsvertragsgesetz ergänzt die geltende Regelung in § 198 VVG dahingehend, dass die Versicherer zur Kindernachversicherung auch in der Auslands- und Reisekrankenversicherung verpflich-

tet werden, es sei denn, für das Neugeborene oder Adoptivkind besteht bereits ein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im In- oder Ausland.

17.5 Kinderzuschlag

Seit 2005 haben Eltern Anspruch auf Kinderzuschlag für ein in ihrem Haushalt lebendes minderjähriges Kind, wenn für dieses Kind Kindergeld oder eine das Kindergeld ausschließende Leistung bezogen wird und sich das Einkommen bzw. Vermögen der Eltern in einem gesetzlich umschriebenen Bereich zwischen einer Mindest- und einer Höchsteinkommengrenze bewegt. Innerhalb dieses Bereiches wird der Kinderzuschlag noch durch eigenes Einkommen und Vermögen des Kindes selbst gemindert.

Der höchstmögliche (ungeminderte) Kinderzuschlag beträgt für jedes im gemeinsamen Haushalt lebende minderjährige Kind 140 Euro monatlich. Steht für mehrere minderjährige Kinder ein Kinderzuschlagsbetrag zu, wird hieraus ein auszuzah-

lender Gesamtkinderzuschlagsbetrag gebildet. Als Faustregel gilt: Eltern mit minderjährigen Kindern, die nur Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld beziehen und sonst kein Einkommen bzw. Vermögen haben, können daneben nur das Kindergeld, aber keinen Kinderzuschlag erhalten. Den Kinderzuschlag können Eltern nur dann beanspruchen, wenn sie mindestens über Einkommen und Vermögen verfügen, mit dem sie ihren eigenen Bedarf im Sinne der Regelungen zum Arbeitslosengeld II decken können (Mindesteinkommengrenze).

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

17.6 Sozialhilfe und Mehrbedarf

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

■ das 65. Lebensjahr vollendet haben oder

■ unter 65 Jahre und voll erwerbsgemindert sind

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

17.7 Rundfunkgebühren

Eine Befreiung von den Rundfunkgebühren kann in der seit dem 1. April 2005 geltenden Fassung des Rundfunkgebührenstaatsvertrags (RGebStV) auf Antrag erfolgen, wenn mindestens eine der nachfolgenden Befreiungsvoraussetzungen (§ 6 Abs. 1 RGebStV) erfüllt ist:

17. Wissenswertes

■ Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem **Dritten Kapitel SGB XII**,

■ Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem **Vierten Kapitel SGB XII**,

■ Bezug von Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II nach dem **SGB II** (allerdings nur dann, wenn zum Arbeitslosengeld II kein Zuschlag nach § 24 SGB II gezahlt wird).

Bei allen genannten Sozialleistungen gilt als Nachweis der aktuelle Bescheid über den Bezug der Leistung.

Darüber hinaus können eine Befreiung beantragen:

■ blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem GdB von 60 allein wegen der Sehbehinderung,

■ hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind und denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist sowie

■ behinderte Menschen, deren GdB nicht nur vorübergehend wenigstens 80 beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.

Hier gilt als Nachweis der aktuelle Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „RF“.

Der vom Antragsteller unterschriebene Antrag ist mit beglaubigten Kopien der erforderlichen Nachweise direkt an die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) in Köln zu senden (GEZ, 50656 Köln). Die Befreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Antrag gestellt wurde und bei der GEZ eingegangen ist. Eine rückwirkende Befreiung gibt es grundsätzlich nicht. Daher muss bei Weiterverlängerung einer Befreiung der entsprechende Antrag rechtzeitig vor Fristablauf gestellt werden, damit die neue Befreiung unmittelbar daran anschließt. Der längstmögliche Befreiungszeitraum liegt in der Regel bei drei Jahren.

17.8 Telefon

Sozialtarife

Seit dem 1. Januar 1998 gibt es in Deutschland kein Telefonmonopol mehr. Stattdessen bieten verschiedene Anbieter Dienstleistungen rund ums Telefon an.

Aus diesem Grund müssen Sie sich direkt an Ihre Telefongesellschaft wenden, um zu erfahren, ob diese zum Beispiel ermäßigte Tarife für behinderte Menschen anbieten. Die Deutsche Telekom

hat die Sozialtarif-Regelungen seit dem 1. Dezember 1999 vereinfacht. Sie bietet weiterhin freiwillig Vergünstigungen an. Diese Vergünstigungen werden auf alle Verbindungen angerechnet, die über analoge oder ISDN-Anschlüsse der Deutschen Telekom geführt werden. Die Vergünstigungen können auch zusätzlich mit Wunschтарifen kombiniert werden.

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

17. Wissenswertes

Weitere Hinweise zum Sozialtarif der Deutschen Telekom

■ Die soziale Vergünstigung gilt nur für den aktuellen Abrechnungszeitraum und kann nicht in den nächsten Abrechnungszeitraum übertragen werden.

■ Sie gilt ausschließlich für Standard-Verbindungen im T-Net und für Verbindungen zu Online-Diensten mit der Rufnummer 01910.

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

Relay-Vermittlungsdienste für hör- und sprachbehinderte Menschen

Nach § 45 Telekommunikationsgesetz (TKG) sind die Belange behinderter Menschen bei der Planung und Erbringung von Telekommunikationsdiensten für die Öffentlichkeit besonders zu berücksichtigen. Insbesondere ist ein Vermittlungsdienst für gehörlose und hörgeschädigte Menschen unter Berücksichti-

gung ihrer besonderen Bedürfnisse einzurichten. Die Bundesnetzagentur stellt den allgemeinen Bedarf hinsichtlich Umfang und Versorgungsgrad dieses Vermittlungsdienstes unter Beteiligung der betroffenen Verbände und der Unternehmen fest und ist dabei befugt, den Unternehmen Verpflichtungen aufzuerlegen.

Beim Vermittlungsdienst geht es im Grundsatz darum, durch die Dolmetschleistung der Gebärdensprachdolmetscher/in bzw. Schriftdolmetscher/in die Behinderung des gehörlosen oder hörgeschädigten Menschen auszugleichen. In seiner Grundform funktioniert der Vermittlungsdienst wie folgt:

Eine gehörlose oder hörgeschädigte Person baut mit einem PC, der mit einer Kamera ausgestattet ist, über eine Breitbanddatenverbindung eine Videoverbindung zum Gebärdensprachservice des Vermittlungsdienstes auf. Der/die Gebärdensprachdolmetscher/in wählt den gewünschten Teilnehmer/die gewünschte Teilnehmerin an und übersetzt die Gebärden-

sprache des/der Gehörlosen und Hörgeschädigten gegenüber dem angerufenen Teilnehmer/der angerufenen Teilnehmerin in Lautsprache. Ebenso übersetzt der/die Dolmetscher/in die gesprochenen Gesprächsanteile des angerufenen Teilnehmers/der angerufenen Teilnehmerin in Richtung der/des Gehörlosen oder Hörgeschädigten in Gebärdensprache. Beim Einsatz eines/einer Schriftdolmetschers/in wird lediglich eine Datenverbindung zur Übermittlung hergestellt. Der/die Schriftdolmetscher/in übersetzt dann die empfangenen Daten in Lautsprache bzw. Schriftsprache.

Bislang hält kein Telekommunikations-Unternehmen einen eigenen Vermittlungsdienst vor. Gegenwärtig wird der laufende Regelbetrieb im Wege der Beauftragung durch die BNetzA von der Tess Relay-Dienste GmbH erbracht. Gehörlose und hörgeschädigte Menschen können über jeden Festnetz- oder Mobilfunkanschluss anrufen bzw. von dort auch angerufen werden.



Internet: Hinweis zur Erreichbarkeit von Tess finden sie im Internet unter <http://www.tess-relay-dienste.de>



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

17. Wissenswertes

17.9 Zahnarzt

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



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

17.10 Zuzahlungsbefreiungen

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

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

17.11 Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken

Über die Frage, in welcher Form urheberrechtlich geschützte Werke (z. B. Bücher, Filme etc.) vervielfältigt und verbreitet werden, entscheidet der Urheber/die Urheberin bzw. der Rechteinhaber/die Rechteinhaberin. Es war deshalb nicht immer möglich, urheberrechtlich geschützte Texte z. B. auch in Brindenschrift zur Verfügung zu stellen. § 45a UrhG ermöglicht Menschen mit Behinderungen deshalb seit dem 13. September 2003 den erlaubnisfreien Zugang zu urheberrechtlich geschützten Werken. Können sie ein Werk sinnlich nicht wahrnehmen, so erlaubt es diese Vorschrift, das Werk in eine andere

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

18. Wichtige Adressen

■ Aktion Psychisch Kranke
Vereinigung zur Reform
der Versorgung psychisch
Kranker e.V.

Brungsgasse 4 – 6
53117 Bonn
Tel.: 0228 676740
Fax: 0228 676742

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

■ Allgemeiner Behinderten-
verband in Deutschland e.V.
(ABID)

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

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

■ Antidiskriminierungsstelle
des Bundes

11018 Berlin
Tel.: 030 18555-1865
Fax: 030 18555-41865

poststelle@ads.bund.de

■ Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e.V.

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel.: 0228 6685-0
Fax: 0228 6685-32225

www.awo.org
info@awo.org

■ BAG Selbsthilfe – Bundesar-
beitsgemeinschaft Selbsthilfe
von Menschen mit Behinderung
und chronischer Erkrankung
und ihren Angehörigen e.V.

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel.: 0211 31006-0
Fax: 0211 31006-48

www.bag-selbsthilfe.de

*In der Bundesarbeitsgemeinschaft
haben sich Behindertenverbände
und Selbsthilfeorganisationen
von behinderten Menschen sowie
Angehörigen zusammengeschlos-
sen. Ihre Anschriften teilt die Bun-
desarbeitsgemeinschaft mit.*

18. Wichtige Adressen

■ Bund der Kriegsblinden
Deutschlands e.V.

Schumannstraße 35
53113 Bonn

Tel.: 0228 213134

Fax: 0228 217398

www.kriegsblindenbund.de
bkd.geschaefsstelle@t-online.de

■ Bund Deutscher Kriegs-
opfer, Körperbehinderter und
Sozialrentner (BDKK) e.V.

Stintenberger Straße 16
40822 Mettmann

Tel.: 02104 54544

Fax: 02104 805456

bdkk@t-online.de

■ Bundesarbeitsgemeinschaft
der Clubs Behinderter und ihrer
Freunde e.V.

Langenmarckweg 21
51465 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202 98998-0

Fax: 02202 9899-10

www.bagcbf.de
info@bagcbf.de

■ Bundesarbeitsgemeinschaft
Familienerholung

Kolpingplatz 5-11
50667 Köln

Tel.: 0221 20701-127

Fax: 0221 20701-270

info@kafe.de

■ Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9 – 11
60594 Frankfurt

Tel.: 069 605018-0

Fax: 069 605018-29

www.bar-frankfurt.de
info@bar-frankfurt.de

■ Bundesverband behinderter
und chronisch kranker Eltern
e. V. (BbE e.V.)

Lerchenweg 16

32584 Löhne

Tel.: 05732 6307

Fax: 05732 689572

www.come.to/behinderte-eltern
Behinderte.Eltern@gmx.de

18. Wichtige Adressen

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

Brehmstr. 5-7
40239 Düsseldorf
Tel.: 0211 64004-0
Fax: 0211 64004-20

www.bvkm.de
info@bvkm.de

■ Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e.V.

Eifelstraße 7
53119 Bonn
Tel.: 0228 969840
Fax: 0228 9698499

www.bdh-reha.de
info@bdh-reha.de

■ Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.

Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 06294 4281-0
Fax: 06294 4281-79

www.bsk-ev.org
zentrale@bsk-ev.org

■ Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

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

www.lebenshilfe.de
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

■ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) Bundesgeschäftsstelle

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

www.dajeb.de
info@dajeb.de

18. Wichtige Adressen

■ Deutscher Behinderten-
Sportverband e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Sportschule Wedau

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

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

■ Deutscher
Caritasverband e.V.

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

www.caritas.de
info@caritas.de

■ Deutscher
Gehörlosen-Bund e.V.

Bernadottestraße 126
22605 Hamburg
Tel.: 040 4600362-0
Fax: 040 460036210
BT: 040 4600362-13

www.gehoerlosen-bund.de
info@gehoerlosen-bund.de

■ Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband e.V.
– Gesamtverband –

Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
Tel.: 030 24636-0
Fax: 030 24636-110

www.paritaet.org
info@paritaet.org

■ Deutscher Schwerhörigen-
bund e.V. Bundesgeschäftsstelle

Breite Straße 23
13187 Berlin

Tel.: 030 47541114
Fax: 030 47541116

www.schwerhoerigkeit.de
dsb@schwerhoerigkeit.de

■ Deutsches Katholisches
Blindenwerk

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

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

18. Wichtige Adressen

■ Deutsches Rotes Kreuz e.V.

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

www.drk.de
DRK@drk.de

■ Deutsches Studentenwerk Informations- und Beratungs- stelle Studium und Behinderung

Monbijouplatz 11
10178 Berlin
Tel.: 030 297727-60

[www.studentenwerke.de/
behinderung
studium-behinderung@
studentenwerke.de](http://www.studentenwerke.de/behinderungstudium-behinderung@studentenwerke.de)

■ Diakonisches Werk der EKD in Deutschland e.V.

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

www.diakonie.de
diakonie@diakonie.de

■ Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungs- werk

Bergstraße 63
10115 Berlin
Tel.: 030 330029-0

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

■ Evangelische Familien- erholung im Diakonischen Werk der EKD

Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Tel.: 030 83001450
Fax: 030 83001870

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

■ Familienratgeber unter Deutsche Behindertenhilfe- Aktion Mensch e. V. - Pressestelle -

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

www.aktion-mensch.de
www.familienratgeber.de
info@aktion-mensch.de

18. Wichtige Adressen

■ Familien-Selbsthilfe/
Bundesverband der Angehörigen
psychisch Kranker (BApK)

Am Michaelshof 4 b
53117 Bonn
Tel.: 0228 632646
Fax: 0228 658063

www.bapk.de
bapk@psychiatrie.de

■ Familienwegweiser unter
Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

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

www.familien-wegweiser.de

■ Förderverein der Gehörlosen
der neuen Bundesländer

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

www.foerderverein-gehoelos.de
foerderverein.gehoerlos@foerderverein-gehoerlos.de

■ Gesellschaft zur Förderung
behinderter türkischer
Kinder e. V.

Vahrenwalder Str. 194
30165 Hannover
Tel.: 0511 632142

■ Jenaer Zentrum für selbstbestimmtes
Leben behinderter Kinder e. V.

Hermann-Pistor-Str. 1
07745 Jena
Tel.: 03641 331375
Fax: 03641 396252

www.jzsl.de
info@jzsl.de

■ Katholischer Arbeitskreis
für Familien-Erholung e.V.

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

www.kafe.de
info@kafe.de

18. Wichtige Adressen

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

Bismarckstr. 10
24837 Schleswig
Tel.: 04551 955113

mittenmang2@web.de

■ NAKOS
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

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

www.nakos.de
selbsthilfe@nakos.de

■ Nationale Koordinationsstelle Tourismus für Alle e.V.
NatKo.

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

www.natko.de
info@natko.de

■ Paritätischer Arbeitskreis für Familienerholung
c/o Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband
Geschäftsstelle Berlin

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

www.paritaet.org
jugendberatung@paritaet.org

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

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

www.rehadat.de
info@rehadat.de

18. Wichtige Adressen

■ Sozialverband
Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Tel.: 030 726222-0
Fax: 030 726222-311

www.sovd.de
contact@sozialverband.de

■ Sozialverband VdK
Deutschland e.V.

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

www.vdk.de
kontakt@vdk.de

■ Verein zur Förderung der
Integration Behinderter e. V.

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

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

■ Weibernetz e.V.

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

www.weibernetz.de
info@weibernetz.de

■ Zentralwohlfahrtsstelle
der Juden in Deutschland e.V.

Hebelstraße 6
60318 Frankfurt
Tel.: 069 944371-0
Fax: 069 494817

www.zwst.org
zentrale@zwst.org

19. Glossar

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

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

19. Glossar

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

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

19. Glossar

Bezeichnung	Erläuterung
Nahverkehr	<p>Im öffentlichen Personennahverkehr erhalten „Freifahrt“ schwerbehinderte Menschen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos sind; ebenso blinde und gehörlose Menschen, Merkzeichen „G“, „aG“, „H“, „Gl“ oder „Bl“.</p> <p>Unter Nahverkehr ist zu verstehen:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Straßenbahn, Bus, Obus, U- und S-Bahn,■ Eisenbahn (2. Wagenklasse), wenn sie in einen Verkehrsverbund einbezogen ist und mit Verbundfahrchein benutzt werden kann,■ Eisenbahnen des Bundes in der 2. Wagenklasse in Zügen, die überwiegend dazu bestimmt sind, die Verkehrsnachfrage im Nahverkehr zu befriedigen (Züge des Nahverkehrs), im Umkreis von 50 km um den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des schwerbehinderten Menschen. Die Versorgungsämter geben dazu spezielle Streckenverzeichnisse heraus. Näheres regelt eine Rechtsverordnung,■ Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Orts- und Nachbarschaftsbereich.
Servicestellen	<p>Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Beratung und Unterstützung, insbesondere über Leistungsvoraussetzungen, Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, durch unterstützende Begleitung.</p>

Bezeichnung	Erläuterung
<p>Versorgungs- medizinischen Grundsätze“ als Anlage zur Versorgungs- medizin-Verord- nung (VersMedV)</p>	<p>Diese Verordnung gibt die Vorgaben, um gesundheitliche Beeinträchtigungen bundesweit einheitlich bewertet zu können. Sie trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Sie übernimmt die Maßstäbe der zuvor angewandten „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“, die bisher vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegeben wurden.</p> <p>Die Grundsätze ordnen den verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen entsprechenden Grad der Behinderung zu.</p>