

Handbuch Sozialleistungen

Stand: Januar 2018

Inhalt

1.	Vorwort	1
2.	Allgemeiner Teil.....	2
2.1.	Das Verwaltungsverfahren	2
2.2.	Prozesskostenhilfe und Beratungshilfe	3
3.	Schwerbehinderung	4
3.1.	Die Feststellung	4
3.2.	Merkzeichen	5
3.3.	Nachteilsausgleiche	6
3.4.	Schwerbehinderung und Erwerbstätigkeit.....	7
4.	Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)	9
4.1.	Allgemeines	9
4.2.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10
4.3.	Leistungen zur beruflichen Rehabilitation	12
4.4.	Unterhaltssichernde Leistungen.....	14
4.5.	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	15
5.	Die Rente	15
5.1.	Versicherung und Organisation	16
5.2.	Rentenkonto und Rentenhöhe	17
5.3.	Renten wegen Alters	19
5.4.	Renten wegen Todes	20
5.5.	Rente wegen Erwerbsminderung.....	21
6.	Die Krankenversicherung	24
6.1.	Mitgliedschaft und Beiträge	24
6.2.	Beitragsrückstände	25
6.3.	Leistungen und Zuzahlungen.....	26
6.4.	Die Entgeltfortzahlung.....	28

7.	Die Pflegeversicherung.....	30
7.1.	Leistungen zur Pflege.....	30
7.2.	Verhinderungs- und Kurzzeitpflege	31
7.3.	Leistungen für Pflegepersonen.....	31
7.4.	Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz	32
8.	Die Unfallversicherung	33
8.1.	Versicherung und Zuständigkeit	33
8.2.	Die Leistungen der Unfallversicherung	33
9.	Die Arbeitsförderung.....	35
9.1.	Versicherung und Leistungen	35
9.2.	Das Arbeitslosengeld	35
9.3.	Ruhen des Anspruchs, Zumutbarkeit	37
10.	Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II)	38
10.1.	Allgemeines und Voraussetzungen.....	38
10.2.	Leistungen an Ausländer.....	39
10.3.	Die Leistungen.....	39
10.4.	Einsatz von Einkommen und Vermögen	41
10.5.	Exkurs - Unterhalt:	42
11.	Sozialhilfe	43
11.1.	Die Leistungen der Sozialhilfe	43
11.2.	Einsatz von Einkommen und Vermögen	44
12.	Familie, Kinder und Jugendliche.....	46
12.1.	Die Leistungen im KJHG	46
12.2.	Der Unterhaltsvorschuss.....	47
12.3.	Kindergeld, Kinderzuschlag, Elterngeld	48
12.4.	Das Bildungspaket.....	49
13.	Sonstige Sozialleistungen	50
13.1.	Wohngeld.....	50
13.2.	Soziale Entschädigung.....	50
13.3.	Die Förderung der beruflichen Bildung	51
14.	Vollmachten und Verfügungen	54

1. Vorwort

Dieses Handbuch soll die gängigsten Sozialleistungen in Deutschland kompakt zusammenfassen und erläutern. Es ist nicht mit der Absicht verbunden, das komplette System der sozialen Sicherung darzustellen.

Es wird vor allem auf die Themen eingegangen, die nach der Erfahrung am häufigsten bei einer allgemeinen Sozialberatung angesprochen werden bzw. die Probleme bereiten. So beziehen zwar Millionen von Menschen eine Regelaltersrente, dennoch werden dem Thema in diesem Handbuch nur zwei Sätze eingeräumt, weil bei dieser Leistung nur sehr selten Probleme auftreten. Anders sieht es beim ALG II aus, die Klageverfahren nehmen seit Jahren unangefochten den [Spitzenplatz](#) bei den Sozialgerichten ein. Daher wird dieses Thema viel ausführlicher dargestellt.

Die Links in den einzelnen Kapiteln sollen den Zugang zu detaillierten Informationen ermöglichen. Wenn länderspezifische Regelungen erwähnt werden, beziehen sich diese auf Baden-Württemberg.

Natürlich unterliegen die Inhalte ständiger Veränderung. Es ist praktisch unmöglich, das komplette Handbuch jederzeit zu 100 % aktuell zu halten. Eine verbindliche Darstellung der Rechtslage finden Sie bei den (kostenpflichtigen) Datenbanken der Fachverlage. Dieser Text dient der allgemeinen Weiterbildung. Wer die juristische Prüfung eines Einzelfalles wünscht sollte sich an eine Rechtsberatung wenden. Genauso wenig kann das Handbuch eine individuelle Sozialberatung ersetzen.

Ulrich Gnoth

Sie dürfen dieses Werk im Rahmen der [Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International](#) vervielfältigen, weiterverbreiten und bearbeiten:



Namensnennung: Der Urheber muss erkennbar sein bzw. bleiben. Änderungen sind zu vermerken.



Weitergabe unter gleichen Bedingungen d.h. unter derselben Lizenz wie das Original.

2. Allgemeiner Teil

2.1. Das Verwaltungsverfahren

Fast alle Sozialleistungen werden nur auf Antrag gewährt, eine Ausnahme sind die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Anträge werden nicht nur von den zuständigen sondern von allen Leistungsträgern und den Gemeinden entgegengenommen. Der Antrag muss schriftlich (dazu zählt auch ein Fax) oder persönlich gestellt werden. Die Begründung des Antrages (oder des Widerspruchs oder der Klage) kann aber nachträglich geliefert werden. Häufig werden Sozialleistungen erst ab Antragstellung gezahlt, allgemein verjähren sie nach 4 Jahren (§ 45 SGB I). Wurde eine Leistung nicht beantragt, weil man davon ausging eine andere Sozialleistung zu erhalten, die dann nicht bewilligt wurde, kann der Antrag rückwirkend gestellt werden (§ 28 SGB X).

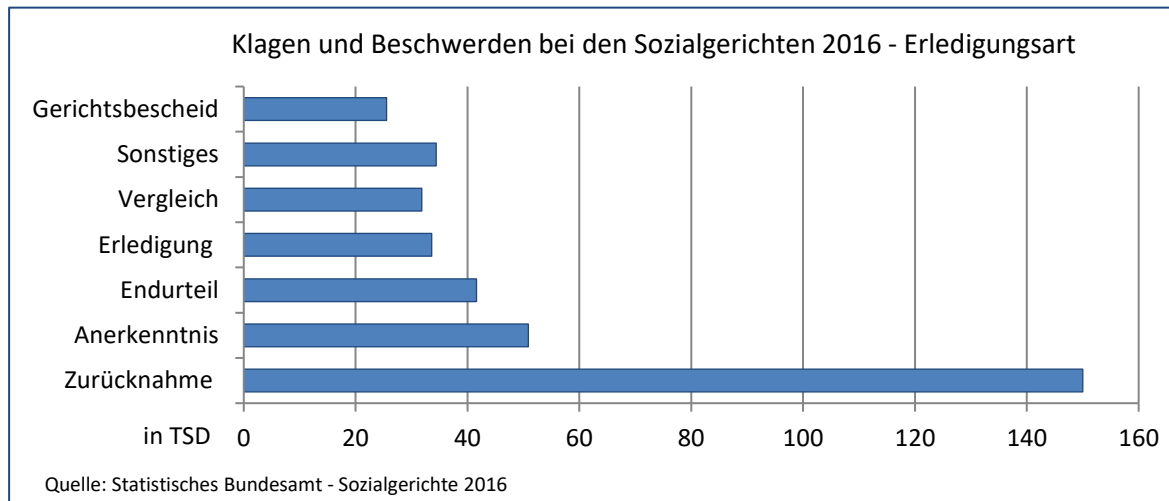
Allgemeine Auskünfte über soziale Angelegenheiten erteilen die Krankenkassen. Jeder Leistungsträger muss über Rechte und Pflichten in seinem Aufgabengereich beraten. Generell sollen die Leistungsträger sich bemühen, dass Sozialleistungen umfassend und zügig gewährt werden (§ 17 SGB I). Wenn zur Berechnung einer Geldleistung längere Zeit erforderlich ist, kann der Leistungsträger Vorschüsse zahlen bzw. muss sie zahlen, wenn der Berechtigte sie beantragt (§ 42 SGB I).

Der Antragsteller hat auf jeden Fall Anspruch auf Akteneinsicht bzw. das Recht Kopien der Akte zu erhalten (er muss lediglich die Kosten erstatten). Die Besonderheit, wonach medizinische Diagnosen durch einen Arzt vermittelt werden sollen, betrifft nur die Art der Übermittlung, der Umfang wird nicht eingeschränkt.

Wurden zu hohe Leistungen gezahlt, müssen sie nicht erstattet werden, wenn der Empfänger auf die Richtigkeit des Bescheides vertrauen konnte und das Geld schon ausgegeben hat. Die gilt auch für die Zukunft, wenn eine Vermögensdisposition getroffen wurde, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann (§ 45 SGB X). In besonderen Fällen können Ansprüche auch gestundet, niedergeschlagen oder erlassen werden (§ 76 SGB IV).

Auf den Antrag folgt in jedem Fall ein Bescheid. Innerhalb eines Monats kann gegen den Bescheid Widerspruch eingelegt werden. Wurde dann auch der zurückgewiesen, kann der Antragsteller vor dem Sozialgericht klagen. In dringenden Fällen kann beim Sozialgericht ein Antrag auf „Vorläufigen Rechtsschutz“, also eine sofortige Gewährung der Leistung, gestellt werden. In manchen Angelegenheiten haben Widerspruch und Anfechtungsklage eine aufschiebende Wirkung (§§ 86a und 86b SGG). Bei Widersprüchen oder Klagen empfiehlt es sich eine Rechtsberatung einzuholen (wie natürlich auch bei anderen rechtlichen Fragen).

Die Klageerhebung und das gesamte gerichtliche Verfahren sind gerichtskostenfrei. Auch Gutachten, die das Gericht zur Aufklärung für notwendig hält, werden auf Staatskosten eingeholt. Eigene Kosten für die Prozessführung (z. B. Rechtsanwalt) werden nur dann erstattet, wenn man den Prozess gewinnt. Über 65% der Gerichtsverfahren, die mit einem Urteil endeten, dauerten in Baden-Württemberg länger als ein Jahr!



2.2. Prozesskostenhilfe und Beratungshilfe

PKH wird beim zuständigen Gericht beantragt. Die beabsichtigte Rechtsverfolgung muss hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten. Das Gericht kann selbst beratend helfen oder einen Berechtigungsschein ausstellen, mit dem man einen Rechtsanwalt seiner Wahl aufsuchen kann. Teilweise sind Rechtsanwälte auch bereit, den Antrag auf Beratungshilfe mit dem Klienten zu stellen (§§ 114 ff. ZPO).

Die Prozesskostenhilfe übernimmt die Gerichtskosten und die Kosten des eigenen Rechtsanwalts. Die Prozesskostenhilfe hat jedoch keinen Einfluss auf Kosten, die gegebenenfalls der Gegenseite zu erstatten sind, z.B. bei einer Niederlage die Kosten des gegnerischen Rechtsanwalts.

Die Einkommens- und Vermögensgrenzen ähneln den Vorgaben der Sozialhilfe. Innerhalb von vier Jahren nach Abschluss des Verfahrens können die wirtschaftlichen Verhältnisse erneut überprüft werden und ggf. eine Ratenzahlung angeordnet werden.

Weitere Informationen:

www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Beratungs_PKH.pdf?__blob=publicationFile&v=10
www.amtsgericht-calw.de/pb/,Lde/1202060

3. Schwerbehinderung

3.1. Die Feststellung

Menschen sind behindert, wenn Körperfunktionen, geistige Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die beim Landratsamt angesiedelten Versorgungsämter stellen auf Antrag Schwerbehindertenausweise (§ 69 SGB IX, SchwbAwV) aus:

- Eine Behinderung liegt bei einem Grad der Behinderung von mindestens 20 vor,
- eine Schwerbehinderung ab einem Grad der Behinderung von 50,
- eine Gleichstellung ist möglich ab einem Grad der Behinderung von 30.

Der Schwerbehindertenausweis wird in der Regel befristet ausgestellt (§ 6 SchwbAwV). Bei der Beurteilung des Gesamt-GdB wird von der Beeinträchtigung ausgegangen, die den höchsten Einzel-Grad der Behinderung bedingt. Dann wird im Hinblick auf alle weiteren Beeinträchtigungen geprüft, inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung ansteigt. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage der Versorgungsmedizinischen Grundsätze:

www.gesetze-im-internet.de/versmedv/

Wenn dem Antrag aktuelle Arztberichte beigelegt sind muss das Landratsamt sie nicht bei den Ärzten anfordern (Zeitersparnis). Inwieweit die Berichte dann auch gelesen werden lässt sich natürlich nicht nachprüfen. Die praktische Erfahrung zeigt, dass sich die besten Resultate erzielen lassen, wenn kurze Arztberichte eingereicht werden, die sich in Wortwahl und Struktur an den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen orientieren.

Den Schwerbehindertenausweis kann man zwar zurückgeben, die Schwerbehinderung bleibt als Verwaltungsakt aber weiterbestehen. Über einen Änderungsantrag kann der GdB erhöht oder vermindert werden. Der Antragsteller kann selbst entscheiden, dass bestimmte Erkrankungen bei der Bildung des GdB nicht miteinbezogen werden sollen. Wenn ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird, kann der GdB auch rückwirkend festgestellt werden.

Ist die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch weggefallen, weil sich der GdB verringert hat, so wirkt der Schwerbehindertenschutz für drei Monate (nach Ablauf der Widerspruchsfrist) nach.

3.2. Merkzeichen

G - Erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Teil D Punkt 1, VersMedV):

Menschen, die nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren übliche Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen können (ca. zwei Kilometer innerhalb von einer halben Stunde). Topografische Besonderheiten, wie z.B. eine Stadt mit großen Höhenunterschieden, werden nicht berücksichtigt.

aG - Außergewöhnliche Gehbehinderung (§ 229 Abs. 3 SGB IX):

Das Merkzeichen wird gewährt, wenn sich der Betroffene nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann (z.B. Rollstuhlfahrer). Das Merkzeichen aG schließt das Merkzeichen G mit ein.

B - Berechtigung für eine ständige Begleitung (Teil D Punkt 2, VersMedV):

Wenn die Merkzeichen G, GI oder H vorliegen. Die Person ist bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen. Dies kann auch für Sehbehinderte, geistig behinderten Menschen oder Anfallskranke gelten.

H – Hilflosigkeit (Teil A Punkte 4-5 VersMedV):

Hilflos ist, wer im Alltag dauernd fremder Hilfe bedarf z.B. beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungsaufnahme usw.

Bl – Blindheit (Teil A Punkt 6 VersMedV):

Blind sind Personen, denen das Augenlicht (fast) vollständig fehlt.

GI – Gehörlosigkeit (Teil D Punkt 4 VersMedV):

Taube Menschen oder schwer hörbehinderte Menschen, wenn zusätzlich Sprachstörungen vorliegen.

TBl – Taub- und Blindheit (§ 3 SchwbAwV):

Wenn wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens ein GdB von 70 und einer Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 vorliegt.

RF- Rundfunkgebührenermäßigung (§ 4 Abs. 2 RBeitrStV):

Dieses Merkzeichen erhalten blinde und gehörlose Menschen sowie Betroffene mit einem GdB von mind. 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.

3.3. Nachteilsausgleiche

Wenn die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt wurde können schwerbehinderte Menschen früher in Altersrente gehen. Versicherte bis Jahrgang 1951 können mit 63 ohne Abschläge und mit 60 Jahren mit Abschlägen in Rente gehen. Die Altersgrenzen werden schrittweise auf 65 bzw. 62 Jahre angehoben (§§ 37, 236a SGB VI).

Einkommen- und Lohnsteuer: Behinderten wird bei der Einkommensteuer ein pauschaler Freibetrag eingeräumt. Dieser variiert stark je nach *GdB* bzw. bestimmten *Merkzeichen*, die Details finden Sie in § 33b Einkommensteuergesetz.

Eine komplette Befreiung von der Zahlung des Rundfunkbeitrages besteht nur noch für *taubblinde* Personen, *Blinde* und *Gehörlose* zahlen ein Drittel des regulären Beitrages. Allerdings können Empfänger von Sozialhilfe und ähnlichen Leistungen vom Rundfunkbeitrag vollständig befreit werden (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag).

Ausweis für die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr

Den „Freifahrtausweis“ erhalten Betroffene mit den Merkzeichen *G*, *aG*, *H*, *GL*, *Bl*. Die Wertmarke kostet 80 € im Jahr, beim Vorliegen der Merkzeichen *Bl* oder *H* oder beim Bezug von *Sozialhilfe* wird sie kostenlos abgegeben. Züge des Nahverkehrs (Regionalbahn, Regionalexpress, Interregio-Express, S-Bahn) können bundesweit frei benutzt werden (§§ 145 ff SGB IX).

Parkerleichterungen.

Außergewöhnlich Gehbehinderte und *Blinde* erhalten einen blauen Parkausweis, mit dem sie Behindertenparkplätze nutzen können. Daneben gibt es eng gefasste Ausnahmeregelungen für sonstige Parkerleichterungen (oranger Parkausweis), z.B. für das Parken im eingeschränkten Halteverbot (§ 229 SGB IX).

Kraftfahrzeugsteuerermäßigung bzw. Befreiung

Wenn das Fahrzeug auf eine schwerbehinderte Person zugelassen ist, die *blind*, *hilflos* oder *außergewöhnlich gehbehindert* ist kann eine vollständige Befreiung von der KFZ-Steuer erfolgen. Mit den Merkzeichen *G* oder *Gl* wird die Kfz-Steuer um 50 % ermäßigt – allerdings nur, solange die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr nicht in Anspruch genommen wird.

Fahrdienst für Schwerstbehinderte

Außergewöhnlich Gehbehinderte, die nicht im Heim leben und nicht Halter eines PKW sind (auch deren Ehegatte), erhalten im Rahmen der Sozialhilfe von den meisten Landkreisen ein Kontingent von ca. 300 km je Quartal. (Innerhalb des Landkreise, ansonsten in einem Radius von 30 km vom Wohnort). Die Anfahrt wird auf das Kilometerkontingent des Berechtigten angerechnet.

Fahrten zum Arzt

Der Arzt kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnen, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen *aG*, *Bl* oder *H* (oder mind. Pflegegrad 3) vorliegen.

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

Blindengeld & Gehörlosengeld

Blindengeld wird in Baden-Württemberg einkommensunabhängig von den Landratsämtern gewährt. Ein Gehörlosengeld wird in BW nicht gezahlt.

3.4. Schwerbehinderung und Erwerbstätigkeit

Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, auf 5 % der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Ansonsten muss eine Ausgleichsabgabe gezahlt werden. Bei bestehendem Arbeitsverhältnis haben Schwerbehinderte einen Anspruch auf Beschäftigung. Er entfällt nur, wenn die Maßnahme für den Arbeitgeber unzumutbar ist (§§ 71 ff. SGB IX).

Die „tätigkeitsneutrale“ Frage nach einer Schwerbehinderung ist unzulässig und darf daher beim Vorstellungsgespräch falsch beantwortet werden. Zulässig sind konkrete arbeitsplatzbezogene Fragen, die sich auf die gesundheitliche Eignung eines Bewerbers für eine bestimmte Stelle beziehen.

Ab einem GdB von 30 kann auf Antrag bei der Agentur für Arbeit eine Gleichstellung mit Schwerbehinderten erfolgen. Voraussetzung ist, dass aufgrund der Behinderung nur mit Gleichstellung ein geeigneter Arbeitsplatz erhalten oder gefunden werden kann.

Schwerbehinderte Menschen haben einen besonderen Kündigungsschutz, wenn das Arbeitsverhältnis länger als 6 Monate besteht. Ihnen darf nur gekündigt werden, wenn das Integrationsamt vorher zugestimmt hat. Wenn noch kein Schwerbehindertenausweis vorliegt genügt es, wenn drei Wochen vor Zugang der Kündigung ein Antrag auf Gleichstellung oder Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt wurde. Ferner ist die Kündigung unwirksam, wenn die Schwerbehindertenvertretung nicht mit einbezogen wurde (§ 178 Abs. 2 SGB IX).

Schwerbehinderte (nicht gleichgestellte) erhalten 5 Tage zusätzlichen Urlaub. Ferner haben schwerbehinderte Menschen einen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist.

Schwerbehinderte Menschen haben bei Arbeitsplatzsuche und -erhalt Anspruch auf die Unterstützung der Integrationsämter (§ 102 SGB IX) und der Arbeitsagentur (§ 90 SGB III).

Diese beinhaltet:

- Geldleistungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- Technische Beratung
- Arbeitsassistenz
- Leistungen der Integrationsfachdienste. Diese werden von freien Trägern betrieben und sollen im Auftrag der Reha-Träger oder des Integrationsamtes die Teilhabe von behinderten Menschen am Arbeitsmarkt unterstützen.
- ...

Weitere Infos zur Schwerbehinderung:

publi.lvr.de/publi/PDF/493-BuA_LVR.pdf

www.integrationsaemter.de/Leistungen/498c214/index.html

www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/77c52/index.html

<https://formulare.virtuelles->

[rathaus.de/servlet/de.formsolutions.FillServlet?sid=ctqP4H3pN3zVha1nA2CVmACNCafnjp&v=1.pdf](https://formulare.virtuelles-rathaus.de/servlet/de.formsolutions.FillServlet?sid=ctqP4H3pN3zVha1nA2CVmACNCafnjp&v=1.pdf)

<https://formulare.virtuelles->

[rathaus.de/servlet/de.formsolutions.FillServlet?sid=9AcnKZ7rz3QvVtDg98xtCzc4mxNmQ9d3&g=x.pdf](https://formulare.virtuelles-rathaus.de/servlet/de.formsolutions.FillServlet?sid=9AcnKZ7rz3QvVtDg98xtCzc4mxNmQ9d3&g=x.pdf)

4. Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation)

4.1. Allgemeines

Rehabilitation bezeichnet Leistungen zur Wiedereingliederung einer kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Die allgemeinen Regelungen finden sich im Sozialgesetzbuch IX.

Rehabilitation lässt sich in verschiedene Bereiche und Träger unterteilen:

	Medizinisch	Beruflich	Lebensunterhalt	Teilhabe am soz. Leben
Krankenversicherung	X		X	
Arbeitsagentur (<i>kann-Leistung</i>)		X	X	
Job Center (<i>kann-Leistung</i>)		X		
Unfallversicherung	X	X	X	X
Rentenversicherung	X	X	X	
Versorgungsamt (<i>Entschädigung</i>)	X	X	X	X
Jugendamt (<i>nur seelisch</i>)	X	X		X
Sozialamt (<i>nachrangig</i>)	X	X		X

Einen Antrag auf Rehabilitation kann man an eine (trägerübergreifende) Reha-Servicestelle schicken. Die Zuständigkeit muss innerhalb von 2 Wochen geklärt werden. 3 Wochen nach Antragseingang (beim zuständigen Träger) muss eine Entscheidung gefällt werden; wenn ein Gutachten erforderlich ist 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens. Kann über den Antrag nicht innerhalb von zwei Monaten (ab Antragseingang beim zuständigen Rehabilitations-träger) entschieden werden, teilt der dem Antragsteller die Gründe mit. Dabei ist ein Datum festzusetzen, bis wann entschieden wird. Die Frist von zwei Monaten kann bei beschränkter Verfügbarkeit eines Sachverständigen um zwei Wochen verlängert werden, um bis zu vier Wochen, wenn der Sachverständige die Notwendigkeit bestätigt. Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Der Rehabilitationsträger muss dann Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen erstatten (es sei denn es wurde bewusst ein Antrag ohne Anspruchsgrundlage gestellt). (§§ 14, 15, 18 SGB IX).

Es gilt der Grundsatz Rehabilitation vor Rente. Wenn sich der Betroffene nicht sicher ist, ob er Reha oder Rente beantragen soll, empfiehlt sich zunächst ein Reha-Antrag. Verläuft die Rehabilitation nicht erfolgreich (der Patient ist immer noch arbeitsunfähig), kann der Reha-Antrag in einen Rentenanspruch umgedeutet werden. Rückwirkende Rentenzahlungen werden mit dem gezahlten Kranken- bzw. Übergangsgeld verrechnet (§ 116 SGB VI). Der Versicherte muss hierbei aber kein Geld zurückzahlen, so er kann beispielsweise das (höhere) Krankengeld behalten.

Die Leistungen können auch als „Persönliches Budget“ erbracht werden d.h. der Betroffene erhält eine Geldleistung und kauft sich die erforderlichen Hilfen selbst ein. Die Höhe orientiert sich am individuellen Bedarf und soll die Höhe der bisherigen Sachleistungen nicht überschreiten (§ 29 SGB IX; Budgetverordnung).

Für manche Reha-Leistungen sind bestimmte Versicherungszeiten notwendig. Hierbei werden Zeiten aus anderen EU-Mitgliedstaaten berücksichtigt. Voraussetzung ist allerdings, dass mindestens ein anrechenbarer Monat in Deutschland zurückgelegt wurde.

4.2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, Behinderungen und chronische Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ebenso sollen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder der Bezug von Sozialleistungen soweit wie möglich vermindert werden.

Theoretisch muss also für die Bewilligung von Rehaleistungen noch gar keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Allerdings tun sich viele Rehaträger schwer, entsprechende Maßnahmen frühzeitig zu bewilligen. Das bringt viele Arbeitnehmer in die Zwickmühle: Zum einen möchten sie keine Fehltage am Arbeitsplatz entstehen lassen, zum anderen wird die Leistung nur gewährt, wenn die Dringlichkeit durch entsprechende AU-Bescheinigungen nachgewiesen ist.) Der Rehaträger soll während medizinischen Rehabilitation auch prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind (§ 10 SGB IX).

Reha-Bedürftigkeit besteht, wenn über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Ansatz erforderlich ist.

www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/richtlinien_und_vereinbarungen.jsp

Zuzahlungen für Erwachsene (§§ 40 u. 61 SGB V, § 32 SGB VI)		
	Krankenkasse	Rentenversicherung
Ambulante Rehabilitation	10 €/Tag ¹	-
Stationäre Rehabilitation	10 €/Tag ¹	10 €/Tag ²
Anschlussrehabilitation	max. 28 Tage 10 €/Tag ¹	max. 14 Tage 10 €/Tag ²
¹ Zu Belastungsgrenzen s. Kapitel 6.3		
² Bei Bezug von Übergangsgeld wird keine Zuzahlung fällig		

Stationäre Reha-Leistungen werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht (§ 40 SGB V Abs. 3 Satz 4). Wenn eine vorzeitige Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist kann von diesem Grundsatz abgewichen werden. Anträge, die vor Ablauf von vier Jahren gestellt werden, bedürfen einer besonders sorgfältigen medizinischen Begründung. Aus der Stellungnahme muss hervorgehen, dass bei Abwarten der Vier-Jahres-Frist weitere, zusätzliche Gesundheitsschäden oder Erwerbsminderung drohen!

Die Deutsche Rentenversicherung empfiehlt in ihren rechtlichen Arbeitsanweisungen ohne ausdrückliche ärztliche Feststellung dringende gesundheitliche Gründe anzunehmen:

- bei Anschlussrehabilitation,
- bei Entwöhnungsbehandlungen,
- wenn auf einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente hin eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorgeschlagen wird.

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_12R8

Die Rentenversicherung leistet medizinische Rehabilitation bei Gefährdung der Erwerbsfähigkeit wenn

- die Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 15 Jahren erfüllt wurde
oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird
oder
- in den zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Monate Pflichtbeiträge gezahlt wurden (der Zeitraum verlängert sich bei Bezug von ALG II)
oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen wurde.

Ein Liste von Reha-Kliniken finden Sie unter:

www.bar-frankfurt.de/datenbanken-verzeichnisse/rehastaettenverzeichnis/

4.3. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Eine berufliche Rehabilitation ist erforderlich, wenn der Betroffene seine bisherige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann.

Die Leistungen sind umfangreich, sie umfassen insbesondere (§§ 49 ff. SGB IX):

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes.
- Berufsvorbereitung.
- Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung.
- Berufliche Anpassung und Weiterbildung.
- Berufliche Ausbildung bzw. Umschulung.
- Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen.
- Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung:
www.gesetze-im-internet.de/kfzhv/BJNR022510987.html
- Technische Arbeitshilfen.

Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt.

Die Regelungen für die Angemessenheit einer Maßnahme sind sehr vorteilhaft für die Versicherten. So heißt es in der „Gemeinsamen Empfehlung zur Begutachtung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:

„(...) ist das Teilhabepotenzial individuell zu ermitteln, und zwar mit einer Prognose der Entwicklung, die bei einer bestmöglichen Förderung und Nutzung aller Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen erreichbar wäre. Notwendig sind Leistungen zur Teilhabe, wenn sie zum Erreichen der in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX angesprochenen Ziele geeignet sind und kein anderer, sinnvoller Weg, diese Ziele zu erreichen, gegeben ist.“

www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlungen_71.pdf
rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_33R0&id=%A7%2033%20Leistungen%20zur%20Teilhabe%20am%20Arbeitsleben%20%205%20650

Die Rentenversicherung leistet berufliche Rehabilitation wenn

- die Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 15 Jahren erfüllt wurde
- oder*
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird bzw. gezahlt werden müsste
- oder*
- wenn sie unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation (Träger Rentenversicherung) erforderlich sind.

Angebote und Anbieter im Bereich berufliche Rehabilitation finden sich unter:

www.rehadat-adressen.de/de/reha-anbieter/index.html

4.4. Unterhaltssichernde Leistungen

Bei medizinischer Rehabilitation gilt für Arbeitnehmer die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Ist die 6 Wochen-Frist (s. Kap. 6.4) überschritten:

- zahlen die gesetzlichen Krankenkassen Krankengeld,
- die Träger der Unfallversicherung Verletztengeld, und
- die Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld (bei ALG I- oder ALG II-Beziehern nur in Höhe ihrer aktuellen Bezüge).

Im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leisten die Unfallversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitsagentur und die Versorgungsämter Übergangsgeld (§§ 65 ff. SGB IX):

- Die Rentenversicherung unter der Voraussetzung, dass vor Beginn der Maßnahme Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden (zwischen Beitragszahlung und Reha können Lohnersatzleistungen bezogen werden).
- Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld, wenn innerhalb der letzten drei Jahre zwölf Monate Pflichtbeiträge gezahlt wurden oder ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

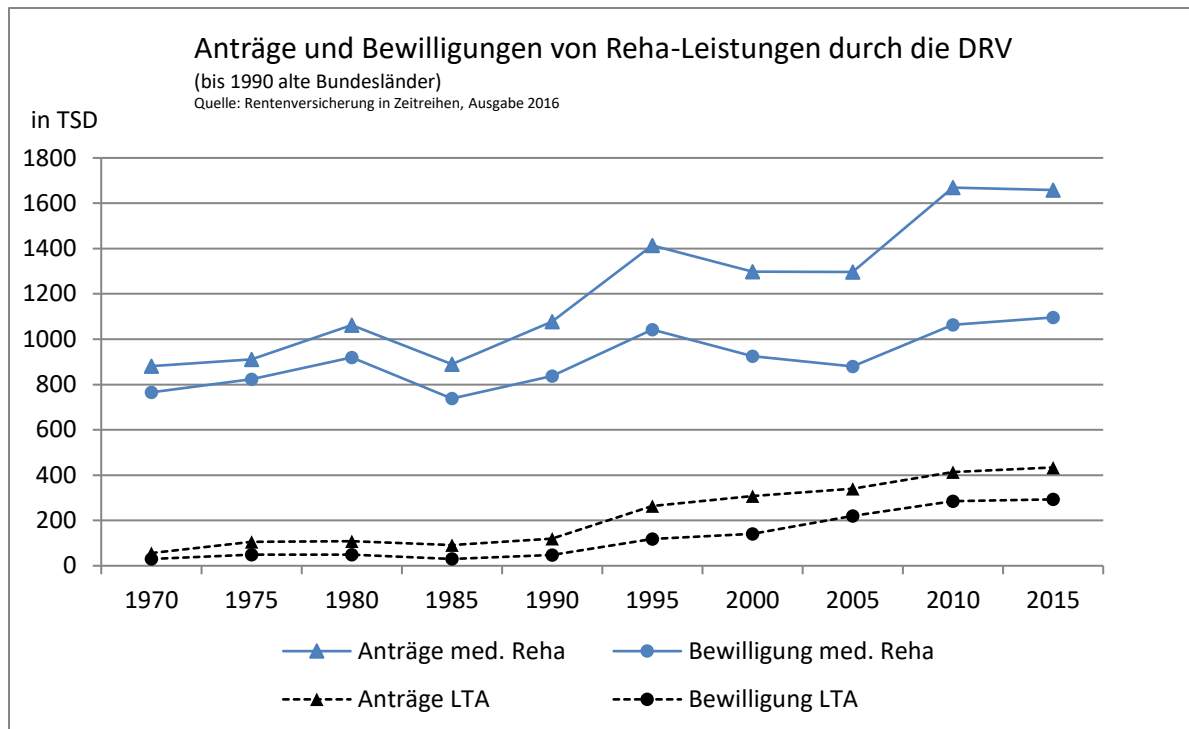
Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kind 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, für Versicherte mit Kindergeldanspruch 75 Prozent.

Bei der beruflichen Rehabilitation wird das Übergangsgeld fiktiv berechnet, wenn innerhalb der letzten drei Jahre kein Arbeitseinkommen erzielt wurde, oder wenn sich aus der fiktiven Berechnung ein höherer Betrag ergibt (§ 68 SGB IX). Maßgeblich ist die berufliche Qualifikation. Im folgenden Beispiel wurden die Bezugsgröße für Westdeutschland und (mind.) ein Kind zugrunde gelegt:

Gruppe 1	Hochschul- bzw. Fachhochschulausbildung	1.781,32 €
Gruppe 2	Fachschulabschluss z.B. Meister, Techniker	1.484,44 €
Gruppe 3	Berufsausbildung	1.187,55 €
Gruppe 4	ohne Ausbildung	890,66 €

Wenn bei einem Versicherten der Bezug von Übergangsgeld in der Zukunft wahrscheinlich ist, kann ein rechtzeitiger Wechsel der Steuerklasse das künftige Übergangsgeld erhöhen.

Arbeitseinkommen wird voll auf das Übergangsgeld angerechnet (§72 SGB IX). In Einzelfällen konnten in Absprache mit dem Rehaträger auch günstigere Regelungen vereinbart werden.



4.5. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Den Reha-Trägern, die für diese Leistungen in Frage kommen, stehen sehr unterschiedliche finanzielle Mittel zur Verfügung.

Es werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen und die nicht durch die vorangegangenen Leistungen abgedeckt sind, zum Beispiel:

- Heilpädagogische Leistungen für Kinder.
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten.
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt.
- Hilfen bei der Beschaffung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht.
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten.
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

www.gesetze-im-internet.de/bshg_47v/index.html

5. Die Rente

5.1. Versicherung und Organisation

Pflichtversichert sind alle Arbeitnehmer (450 € -Jobber können sich befreien lassen). Auch bei Selbstständigen liegt manchmal eine Pflichtversicherung vor z.B. bei Handwerkern (Befreiung nach 18 Jahren möglich). Auch wer Lohnersatzleistungen wie Krankengeld, Arbeitslosengeld usw. bezieht ist versichert (wer im Jahr zuvor nicht versicherungspflichtig war, muss die Versicherung jedoch beantragen). Ebenfalls versichert ist, wer Kindererziehungszeiten zurück legt oder einen Angehörigen pflegt.

Auch eine freiwillige Versicherung ist möglich. Der Mindestbeitrag beträgt 84 € im Monat der Höchstbeitrag 1.209 € (gerundet, Stand 2018).

Die Rentenversicherungsträger treten seit 2005 unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung“ auf. Die Träger sind:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- 14 Regionalträger der DRV (z.B. DRV Baden-Württemberg)

Früher waren die Zuständigkeiten nach Berufszweigen bzw. nach Art der Tätigkeit geregelt. Heute werden bei der Erstzuteilung einer Versicherungsnummer die Versicherten in einem Ausgleichsverfahren den Trägern zugeordnet. Mittelfristig sollen 55 % der Versicherten von den Regionalträgern, 40 % von der DRV Bund und 5 % von der KBS betreut werden.

Informationen, Formulare und Adressen finden Sie im Internet unter:

www.deutsche-rentenversicherung.de

Neben der DRV existieren noch weitere staatliche (Alters-)Versorgungssysteme:

- Die Altersversorgung der Beamten, der Richter und der Soldaten (Pensionen).
- Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen für Ärzte, Apotheker, Architekten, Steuerberater, Landwirte sowie selbständige Rechtsanwälte und Ingenieure.

5.2. Rentenkonto und Rentenhöhe

Die Renteninformation gibt dem Versicherten Auskunft über seine aktuellen Ansprüche bezogen auf

- eine Rente wegen Erwerbsminderung zum jetzigen Zeitpunkt,
- eine Altersrente berechnet nach dem aktuellen Stand des Versichertenkontos,
- eine hochgerechneten Altersrente (wenn sich die Bedingungen nicht ändern).

Bei den angegebenen Summen handelt es sich um den Bruttobetrag auf Grundlage des aktuellen Rechts.

Zeiten aus einem Arbeitsverhältnis oder Lohnersatzleistungen werden automatisch gemeldet. Zeiten, die nicht gemeldet werden, z.B. schulische Ausbildung, muss der Versicherte selbst der Rentenversicherung melden. (Es gibt noch zahlreiche weitere Zeiten, die berücksichtigt werden, §§ 56 ff. SGB VI). Ebenso Zeiten die im Ausland zurückgelegt wurden. Dies ist vor allem bei Spätaussiedlern von Bedeutung, da sie für Tätigkeiten im Ausland hier eine Rente erhalten (Fremdrentengesetz). Zeiten der Arbeitslosigkeit (auch ohne Leistungsbezug) werden bei vielen Leistungen der Rentenversicherung berücksichtigt. Daher sollten sich Betroffene immer bei der Agentur für Arbeit arbeitslos melden.

Bei Bedarf kann ein „Antrag auf Kontenklärung“ gestellt werden (Vordruck V0100 der DRV) oder man nutzt den online-Service: www.eservice-drv.de/SelfServiceWeb

Eine Rente aus der DRV kann man auch im Ausland beziehen (in Nicht-EU-Ländern muss man dabei aber Abschläge einkalkulieren). Probleme kann es bei der sogenannten "Arbeitsmarktrente" geben (s. Abschnitt "Renten wegen Erwerbsminderung").

Wenn mindestens ein Jahr Beitragszeiten in Deutschland zurückgelegt wurden, werden auch Zeiten aus anderen EU-Ländern mitberücksichtigt. Die Rente wird als autonome (nur deutsche Zeiten) und als anteilige Leistung (alle EU-Zeiten) berechnet, die höhere Rente wird gezahlt. Die Berechnung der anteiligen Leistung ist dann höher, wenn beitragsfreie Zeiten in Deutschland berücksichtigt werden.

Maßgeblich für die spätere Rentenhöhe sind die Dauer und die Höhe der geleisteten Beiträge. (Stark) vereinfacht berechnet sich die monatliche Rente wie folgt:

$$E \cdot Z \cdot R \cdot A$$

E = Entgeltpunkte: Aus den Beiträgen des Versicherten werden Entgeltpunkte errechnet. Bei einem durchschnittlichen Jahresverdienst (z.B. 37.873 EUR im Jahr 2018) gibt es genau einen persönlichen Entgeltpunkt.

Z = Zugangsfaktor: Die Höhe des Zugangsfaktors richtet sich nach dem Alter des Versicherten bei Rentenbeginn bzw. bei seinem Tod. Je früher die Rente in Anspruch genommen wird, desto niedriger fällt sie aus. Wenn ein Versicherter bei Erreichen der Regelaltersgrenze in Rente geht, beträgt der Zugangsfaktor 1,0. Für jeden Monat den er früher in Rente geht werden 0,003 vom Zugangsfaktor abgezogen.

R = Rentenartfaktor: Er hängt von der Art der Rente ab z.B. bei Altersrente 1,0; bei Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung 0,5; bei Halbwaisenrente 0,1... (§ 67 SGB VI).

A = Rentenwert: Der Rentenwert berücksichtigt die Entwicklung der Bruttolöhne, den Beitragssatz zur Rentenversicherung und das Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Rentnern. Er beträgt 31,99 € (West) bzw. 30,65 € (Ost).

Durch die sogenannte Gesamtleistungsbewertung haben auch beitragsfreie Zeiten, in denen man z.B. wegen Arbeitslosigkeit nicht erwerbstätig sein konnte, einen positiven Einfluss auf die Rentenhöhe.

Die Rentensteuer

Alle Renten mit Beginn bis 2005 wurden zu 50 % besteuert, d.h. bei einer Rente von 20.000 € im Jahr müssen 10.000 € versteuert werden. Der steuerpflichtige Rentenanteil steigt allmählich an, 2015 beträgt er 70%, bei Rentenbeginn ab 2040 sollen Renten zu 100% versteuert werden.

5.3. Renten wegen Alters

Altersrente wird ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gezahlt, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten gestellt wird (§ 99 SGB VI); ansonsten wird die Rente ab Antragstellung gezahlt.

Die Regelaltersrente

...setzt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren voraus. Eine vorzeitige Inanspruchnahme ist nicht möglich. Versicherte, die vor 1964 geboren sind, können früher in Rente gehen – je älter der Jahrgang desto früher das Renteneintrittsalter (§ 235 SGB VI).

Die Altersrente für langjährig Versicherte

...benötigt eine Wartezeit von 35 Jahren. Der Jahrgang 1948 kann noch mit 65 Jahren in Rente gehen, für jüngere Jahrgänge wird die Altersgrenze schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben (§ 236 SGB VI). Die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Rente ist nach Vollendung des 63. Lebensjahres mit Abschlägen möglich. Für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme verringert sich die Rente um 0,3 Prozent. Der maximale Rentenabschlag liegt somit bei 14,4 Prozent.

Die Altersrente für besonders langjährig Versicherte

...kann nach einer Wartezeit von 45 Jahren in Anspruch genommen werden. Der Jahrgang 1952 geht noch mit 63 Jahren in Rente. Die Altersgrenze wird dann bis zum Jahrgang 1964 schrittweise auf 65 Jahre angehoben (§ 236b SGB VI). Allerdings sind die Regelungen für die Wartezeiterfüllung bei dieser Rente ungünstiger gestaltet, so zählen z.B. Zeiten, in denen Arbeitslosengeld bezogen wurde, nicht dazu (§ 51 Abs. 3a SGB VI).

Die Altersrente für schwerbehinderte Menschen

...erhalten Versicherte wenn sie bei Beginn der Rente schwerbehindert (GdB 50) sind und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllen. Für Versicherte bis zum Geburtsjahrgang 1951 lag die Altersgrenze bei 63. Für spätere Jahrgänge wird die Altersgrenze schrittweise auf 65 Jahre angehoben (§ 236a SGB VI). Die Altersrente für schwerbehinderte Menschen kann bereits drei Jahre vor dem Erreichen der Altersgrenze in Anspruch genommen werden. Für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme fällt die Rente jedoch um 0,3 Prozent niedriger aus. Der maximale Rentenabschlag liegt somit bei 10,8 Prozent.

§ 34 SGB VI bestimmt, dass vor Erreichen der Regelaltersgrenze die volle Altersrente bis zu einem Hinzuverdienst von 6.300 € im Jahr gezahlt wird. Einkommen das darüber liegt wird zu 40 % angerechnet. Rente und Hinzuverdienst dürfen maximal dem höchsten Verdienst der letzten 15 Jahre entsprechen (Hinzuverdienstdeckel), Beträge darüber werden 100 % auf die Altersrente angerechnet.

5.4. Renten wegen Todes

Bei den sogenannten Hinterbliebenenrenten muss der Verstorbene die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Bei ihnen wird teilweise das Einkommen der Rentenbezieher mit angerechnet (§ 97 SGB VI). Die Renten werden ab Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen – maximal 12 Monate rückwirkend – gezahlt (§ 99 SGB VI).

Waisenrenten

Die Halbwaisenrente wird nach dem Tod eines Elternteils, die Vollwaisenrente nach dem Tod beider Elternteile gezahlt. Waisenrente wird bis zum 18. Lebensjahr gezahlt, in Sonderfällen bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Waisenrenten enden nicht, wenn das Kind adoptiert wird.

Witwe(n/r)renten

Kann nach dem Tod des Ehegatten beansprucht werden. Die kleine Witwerrente wird nur für 2 Jahre gezahlt. Die "große" Witwerrente erhält der Hinterbliebene, sobald er das 45. Lebensjahr vollendet hat. Diese Altersgrenze wird bis 2029 schrittweise auf 47 Jahre angehoben (§ 242a SGB VI). Wenn der Hinterbliebene eigene Kinder oder die des Verstorbenen erzieht oder erwerbsgemindert ist erhält er ebenfalls die große Witwerrente.

Es besteht kein Anspruch auf Witwerrente, wenn die Ehe nicht mindestens ein Jahr gedauert hat. Ausnahme: nach den Umständen des Falles kann nicht angenommen werden, dass es Zweck der Heirat war, eine Hinterbliebenenversorgung zu begründen.

Der Rentenartfaktor beträgt in den ersten 3 Bezugsmonaten 1,0, im Anschluss bei der kleinen Witwerrente 0,25, bei der großen 0,55.

Bei Wiederheirat fällt die Rente weg, allerdings zahlt die Rentenversicherung eine Abfindung in Höhe von zwei Jahresrenten (große Witwerrente) oder den Betrag, der bis zum Auslaufen gezahlt worden wäre (kleine Witwerrente).

Für geschiedene Versicherte mit minderjährigen Kindern ist die Erziehungsrente die Entsprechung zur Witwenrente.

5.5. Rente wegen Erwerbsminderung

Eine Rente wegen Erwerbsminderung setzt 5 Jahre Wartezeit voraus. Ferner müssen in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt worden sein. Der 5-Jahres-Zeitraum verlängert sich um Anrechnungszeiten (Krankheit, Arbeitslosigkeit usw.) und Berücksichtigungszeiten (Kindererziehungszeiten bis zu 10 Jahre). Die Vorversicherungszeit ist ebenfalls erfüllt, wenn die Erwerbsminderung auf einen Arbeitsunfall zurückgeht oder weniger als 6 Jahre nach Beendigung einer Ausbildung eintritt. Der Begriff „Beendigung“ setzt keinen Abschluss voraus, der Begriff „Ausbildung“ wird weit ausgelegt! (§ 43 SGB VI).

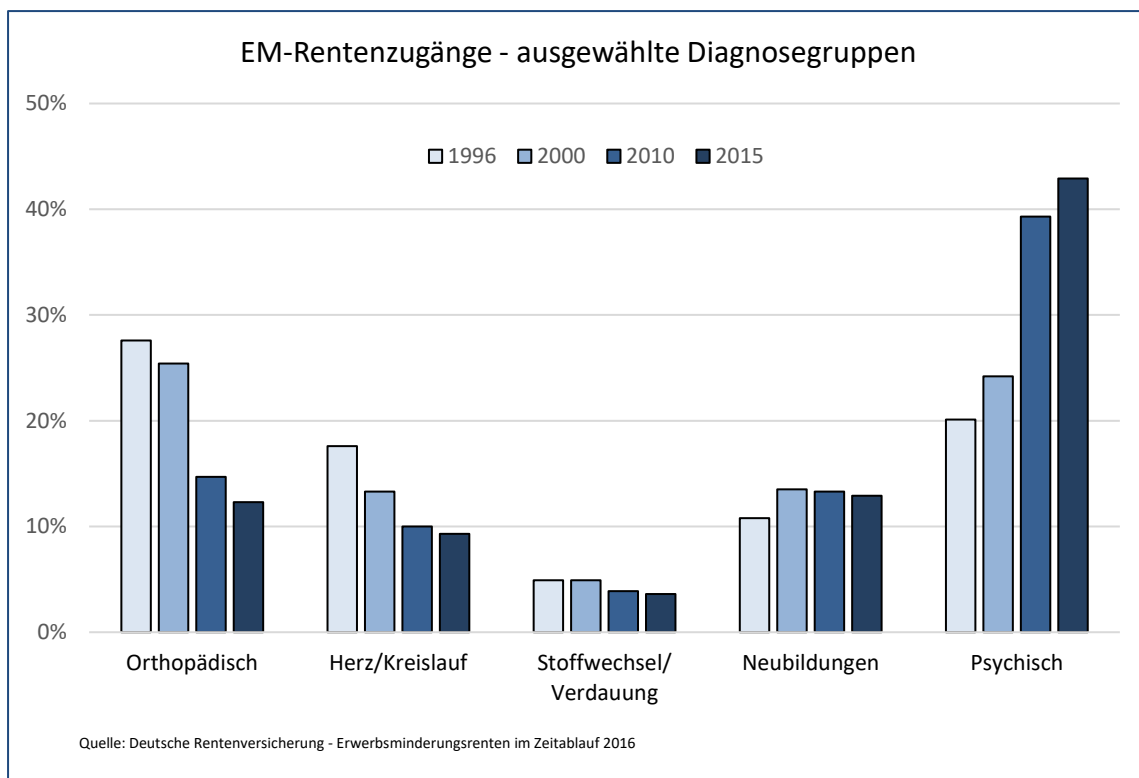
Die Rentenzahlung beginnt ab Eintritt der Erwerbsminderung (der Antrag kann bis zu 3 Monate rückwirkend gestellt werden). Bei befristeten Renten beginnt die Zahlung frühestens 6 Monate nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§ 101 SGB VI). Bei voller Erwerbsminderung wird die Rente früher gezahlt, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen der Feststellung der Erwerbsminderung geendet hat (§ 145 SGB III). Dies gilt ebenfalls, wenn der Anspruch auf Krankengeld nicht mehr besteht.

Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird gezahlt, wenn der Versicherte mindestens 3 aber weniger als 6 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann. Die zeitliche Leistungsfähigkeit muss unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes verwertbar sein. Die subjektive Zumutbarkeit ist dabei ohne rechtliche Bedeutung. Es kommen alle Tätigkeiten in Betracht, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind und die mit den vorhandenen Kenntnissen und Fähigkeiten ausgeübt werden können.

Eine volle Rente wegen Erwerbsminderung erhalten Versicherte, die weniger als 3 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Die Rente kann für bis zu 9 Jahre befristet gewährt werden (mit Bewilligungen für jeweils maximal 3 Jahre, § 102 SGB VI).

Bei Ermittlung der Entgeltpunkte wird die Zeit bis zum 62. Lebensjahres als Zurechnungszeit gewertet. Dadurch entsteht eine Rentenhöhe, als hätte der Betroffene bis zum vollendeten 62. Lebensjahr weiterhin Beiträge entrichtet. (Gilt analog auch für Hinterbliebenenrenten, § 59 SGB VI). Bis 2024 wird die Zurechnungszeit stufenweise auf das 65. Lebensjahr ausgedehnt (§ 253a SGB VI). Beginnt innerhalb von zwei Jahren nach Ende einer Erwerbsminderungsrente erneut eine Rente, so werden dieser mindestens die bisherigen Entgeltpunkte zugrunde gelegt (§ 88 SGB VI).

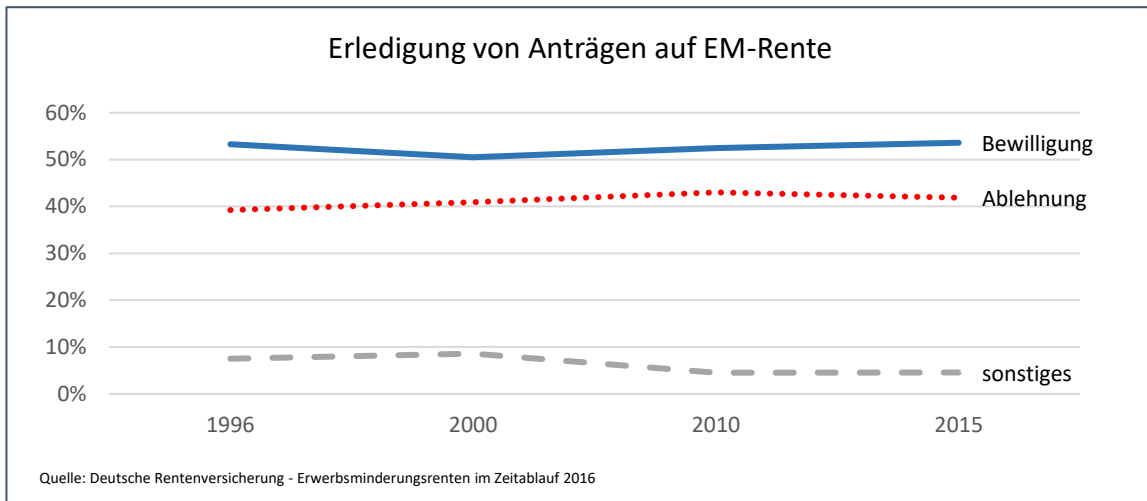


Bei voller Erwerbsminderung beträgt die Hinzuverdienstgrenze 6300 € jährlich, was darüber hinaus geht wird zu 40 % auf die Rente angerechnet. Bei teilweiser Erwerbsminderung wird individuell ein höherer Betrag errechnet (§ 96a SGB VI).

Wer nur eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bezieht und keinen angemessenen Arbeitsplatz hat sollte sich auf jeden Fall bei der Agentur für Arbeit melden. Wenn weder die Arbeitsagentur noch die Rentenversicherung innerhalb eines Jahres nach Rentenanstellung einen passenden Arbeitsplatz anbieten können gilt der (Teilzeit-)Arbeitsmarkt als verschlossen. Dann wird die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in eine Rente wegen voller Erwerbsminderung umgewandelt (sog. Arbeitsmarktrente).

Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind können auch eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit erhalten. Sie sind zwar noch in der Lage, eine Tätigkeit von sechs Stunden auszuüben, aber nicht mehr in ihrem erlernten oder einem gleichwertigen Beruf (§ 240 SGB VI). Im Fall der Berufsunfähigkeit gilt allerdings nicht die Regelung, dass bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Rente gezahlt wird.

Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beendet nicht den Bezug von Krankengeld. Dieses wird lediglich um die Höhe der Rente gekürzt (§ 50 Abs. 2 SGB V). Ebenso ist der Bezug von Arbeitslosengeld möglich. Allerdings wird das Bemessungsentgelt um die Differenz zwischen der früher geleisteten und der aktuell möglichen Arbeitszeit gekürzt (§ 151 Abs. 5 SGB III).



Weitere Details zu den Erwerbsminderungsrenten:

rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_43R0&id=%A7%2043%20Rente%20wegen%20Erwerbsminderung%20%205%20212

6. Die Krankenversicherung

6.1. Mitgliedschaft und Beiträge

Die Regelungen für die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung sind umfangreich, es gibt zahlreiche Ausnahmen für behinderte Menschen, Auszubildende usw.

Pflichtmitglieder (§ 5 SGB V):

Sind zunächst einmal alle Arbeitnehmer, die mehr als 450 € im Monat verdienen. Wer Mitglied der gesetzlichen Kasse war und Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung, der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung erhält, ist ebenfalls pflichtversichert. Dies gilt auch für Menschen in Elternzeit und Empfänger von ALG II. Allerdings entsteht eine neue Pflichtmitgliedschaft nur bis zum 55. Lebensjahr.

Freiwillig Versicherte (§ 9 SGB V):

Sind vor allem Versicherte, die aus einer Pflicht- oder Familienversicherung ausgeschieden sind. Die Beiträge richten sich nach dem Einkommen und nach der Lebenssituation bzw. der Tätigkeit der Versicherten (ab 145 €). In Absatz 1 Nr. 4 findet sich eine Sonderregelung für schwerbehinderte Menschen.

Familienversicherte (§ 10 SGB V):

Ehepartner ohne Einkommen oder Kinder eines Mitgliedes. (Kinder können bei Erwerbslosigkeit bis 23, bei Ausbildung bis 25, bei Vorliegen einer Behinderung unbegrenzt familienversichert bleiben).

Rentner (§ 5 Abs. 1 Nr. 11):

Sind ebenfalls pflichtversichert, wenn sie in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens Mitglied in der GKV waren. Auch Rentenantragsteller werden Mitglied in der Krankenversicherung der Rentner. Rentner, die freiwillig krankenversichert sind, erhalten einen Zuschuss.

Versicherungsfreie (§ 6 SGB V):

Alle, die nicht in die oben genannten Kategorien passen und Arbeitnehmer, die mehr als 4.950 € im Monat verdienen oder in einem Beamtenverhältnis stehen.

Nach 18 Monaten Mitgliedschaft kann man seine Krankenkasse wechseln. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate, verspätete Kündigungen werden auf den nächstmöglichen Termin umgedeutet. Wenn die Krankenkasse Zusatzbeiträge erhebt oder erhöht, besteht ein Sonderkündigungsrecht. Nutzt man als Mitglied der Krankenkasse einen Wahltarif mit erweiterten Konditionen, so verlängert sich in diesem Fall die Bindungsfrist auf mindestens 3 Jahre.

6.2. Beitragsrückstände

Grundsätzlich ist die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung Pflicht. Betroffene, die nicht krankenversichert sind, werden bei „Entdeckung“ von der Krankenkasse rückwirkend versichert, deren Mitglied sie zuletzt waren. Damit werden auch die gesamten Beiträge der vergangenen Jahre fällig! Dies betrifft vor allem (ehemals) Selbständige, die kaum Einkommen erzielt haben.

Allgemein beträgt der Säumniszuschlag in der Sozialversicherung monatlich 1 % (§ 24 SGB IV). Allerdings sollen die Krankenkassen nach § 256a SGB V nachzahlende Beiträge angemessen ermäßigen und Säumniszuschläge erlassen. Wenn während des Nacherhebungszeitraums keine Leistungen in Anspruch genommen wurden (oder auf Kostenübernahme verzichtet wurde) werden den Beiträgen nur Einnahmen in Höhe von 10 % der monatlichen Bezugsgröße (298 €) zugrunde gelegt:

www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-09-16_Grundsaeetze_Beseitigung_Beitragsschulden_finale_Fassung_Normteil.pdf

Wenn Versicherte mit zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht der Leistungsanspruch. Ausgenommen sind die akute Notfallbehandlung u.Ä. (§ 16 Abs. 3a SGB V). Sobald ALG II oder Sozialhilfe bezogen werden ruht der Anspruch nicht mehr!

Mitglieder einer privaten Krankenversicherung können in den sogenannten Basistarif wechseln, bei dem ihnen die Leistungen der gesetzlichen Kassen geboten werden. Die Kosten betragen 2017 ca. 674 € im Monat; bei Empfängern von Grundsicherung wird der halbe Beitrag fällig. Bei Rückständen gelten ähnliche Regelungen wie in der GKV (§ 193 VVG), allerdings wird der Versicherungsnehmer in einen sogenannten Notlagentarif überführt mit Beiträgen von ca. 100 € im Monat (§ 153 VAG).

6.3. Leistungen und Zuzahlungen

Neben Behandlung und Versorgung mit Medikamenten bietet die Krankenversicherung noch weitere Leistungen:

„Kinderkrankengeld“ (§ 45 SGB V)

Bei Erkrankung eines Kindes unter 12 Jahren (oder mit einer Behinderung) zahlt die Krankenkasse Krankengeld, wenn keine weitere Person im Haushalt das Kind beaufsichtigen kann. Dies gilt im Jahr für längstens 10 Arbeitstage je Kind, jedoch maximal 25 Arbeitstage (egal wie viele Kinder man hat). Bei allein Erziehenden besteht ein Anspruch auf 20 Tage pro Kind, insgesamt maximal 50 Tage. Die zeitliche Befristung entfällt, wenn das Kind an einer unheilbaren Krankheit leidet und nur noch eine stark begrenzte Lebenserwartung verbleibt.

Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Versicherte haben für bis zu 4 Wochen Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit nicht möglich ist. Dies gilt für bis zu 26 Wochen, wenn im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren lebt und keine andere Person diesen weiterführen kann. Wenn im Anschluss immer noch eine Haushaltshilfe benötigt wird, kommen Leistungen der Jugendhilfe nach § 20 SGB VIII in Frage, der Kostenbeitrag ist dann in folgender Verordnung geregelt:

www.gesetze-im-internet.de/kostenbeitragsv/BJNR290700005.html

Häusliche Krankenpflege

Kann vom Arzt verordnet werden, um Krankenhausbehandlung zu verkürzen (§ 37 SGB V). Sie umfasst die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung und dauert im Regelfall maximal 4 Wochen. Wenn erforderlich kann die Leistung auch als stationäre Kurzzeitpflege erbracht werden. Details finden Sie unter:

www.g-ba.de/downloads/62-492-1141/HKP-RL_2015-12-17_iK-2016-03-19.pdf

Anspruch auf Hilfsmittel

Haben Versicherte nach § 33 SGB V, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Dies beinhaltet keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder Gegenstände nach § 34 Abs. 4 SGB V. Die Folgekosten für Hilfsmittel, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben die Versicherten selbst zu tragen. Genaue Regelungen finden sich in der entsprechenden Richtlinie:

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1352/HilfsM-RL_2016-11-24_iK-2017-02-17.pdf

Einen Überblick bieten das Hilfsmittelverzeichnis oder REHADAT:

hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action

www.rehadat-hilfsmittel.de/de/index.html

Individuelle Gesundheitsleistungen

Unter IGeL kann man alle Leistungen verstehen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, die eine Kasse also nicht zahlen muss. Hierzu zählen auch Atteste und Reiseimpfungen. Zum weitaus größeren Teil sind IGeL jedoch medizinische Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krankheiten, die nach Einordnung der GKV nicht zeigen können, dass sie „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Der Bund der (gesetzlichen) Krankenkassen bietet eine Bewertung von IGeL-Leistungen: www.igel-monitor.de/

Für manche Leistungen müssen die Versicherten Zuzahlungen leisten (§§ 61, 62 SGB V). Sie entfallen, wenn die Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen erreicht wird (bei chronisch Kranken 1 %). Die Befreiung von der Zuzahlung erfolgt nur auf Antrag. Bei manchen Krankenkassen ist es möglich, die Summe sofort zu Beginn des Jahres zu entrichten, um sich für das ganze Jahr von Zuzahlungen befreien zu lassen.

Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (nicht vollständig)	
Medikamente (§ 61 SGB V)	max. 10 € pro Medikament
Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V)	28 Tage lang 10 € pro Tag in einem Jahr ¹
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 5 SGB V)	10 % der Kosten, max. 10 € pro Tag
Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)	10 % der Kosten zzgl. 10 € pro Verordnung
Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)	10 % der Kosten, max. 10 € pro Monat
Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 5 SGB V)	10 % der Kosten, zzgl. 10 € pro Verordnung
Fahrkosten (§ 60 SGB V)	10 € pro Fahrt
Zahnersatz (§ 55 SGB V)	die GKV zahlt nur einen Zuschuss ²
¹ Zuzahlungen bei medizinischer Rehabilitation werden angerechnet	
² Bei einem Bruttoeinkommen unter 1.190 € (Alleinstehender) wird der Zahnersatz von der GKV gezahlt (§ 55 Abs. 2 SGB V)	

6.4. Die Entgeltfortzahlung

Ist der Arbeitnehmer unverschuldet durch Krankheit an der Arbeitsleistung gehindert, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber von bis zu 6 Wochen, wenn sein Arbeitsverhältnis mind. 4 Wochen besteht (EntgFG). Ein neuer 6-Wochen-Zeitraum aufgrund derselben Erkrankung entsteht, wenn der Arbeitnehmer 6 Monate lang wegen dieser Erkrankung nicht arbeitsunfähig war oder seit Beginn der ersten Krankschreibung 12 Monate vergangen sind.

Erkrankt der Arbeitnehmer an einer anderen Krankheit, entsteht ein erneuter Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung. Wenn während bestehender Arbeitsunfähigkeit eine andere Krankheit hinzutritt entsteht keine neue 6-Wochen-Frist, d.h. zwischen zwei Krankheiten muss ein Zeitraum der Arbeitsfähigkeit liegen.

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer mitzuteilen.

- Dauert die Krankheit länger als 3 Tage, ist eine ärztliche Bescheinigung nötig.
- Der Arbeitgeber kann das Attest auch schon früher verlangen.
- Die Bescheinigung ist spätestens am darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen.

Krankengeld (§ 44 SGB V)

Arbeitnehmer erhalten nach den 6 Wochen Lohnfortzahlung noch 72 Wochen Krankengeld, es beträgt 70 % des Brutto- bzw. maximal 90 % des Nettolohns. Die 72 Wochen vermindern sich um Zeiten des Bezugs von Übergangsgeld (Reha).

Versicherte erhalten Krankengeld wegen derselben Krankheit maximal achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren (brutto). Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit in einem neuen Dreijahreszeitraum entsteht nur, wenn der Betroffene mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und gearbeitet hat oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Der Anspruch auf Krankengeld besteht auch bei Bezug von Arbeitslosengeld I (dann aber nur in Höhe des Arbeitslosengeldes). Vorsicht: Wenn das Arbeitslosengeld I ausgelaufen ist entsteht kein Anspruch mehr!

Die AU-Bescheinigungen müssen lückenlos bei der Krankenkasse eingereicht werden, ansonsten kann der Anspruch auf Krankengeld verfallen. Die Krankenkasse kann auf Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) das Krankengeld beenden. In der Regel erfolgt die Begutachtung nach Aktenlage. Dagegen kann Widerspruch bei der Krankenkasse eingelegt werden. Auch der krankschreibende Arzt hat die Möglichkeit ein Zweitgutachten zu beantragen.

Während des Bezugs von Krankengeld kann der Versicherte an einer stufenweisen Wiedereingliederung teilnehmen (§ 74 SGB V u. § 28 SGB IX). Der behandelnde Arzt definiert welche arbeitsbedingten Belastungen zu vermeiden sind. Die Erfahrungen der Betroffenen mit diesem Instrument sind sehr unterschiedlich! Inwieweit sich ein gescheitertes Eingliederungsmanagement negativ auf den Arbeitnehmer auswirken kann, weil er damit dem Arbeitgeber Argumente für eine personenbedingte Kündigung liefert, kann ich nicht beurteilen.

Details zum Thema Arbeitsunfähigkeit:

www.g-ba.de/downloads/62-492-1140/AU-RL_2015-12-17_iK-2016-03-17.pdf

www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a164-entgeltfortzahlung-bei-krankheit-und-feiertagen.html

Weitere Informationen zur Krankenversicherung allgemein:

www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Ratgeber_Patientenrechte.html

www.weisse-liste.de

www.mds-ev.de/Dokumente_Formulare_Gesundheit.htm

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/

www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung.jsp

7. Die Pflegeversicherung

7.1. Leistungen zur Pflege

Eine Versicherungspflicht besteht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse. Alle privat krankenversicherten Personen müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Aufgaben der Pflegeversicherung werden von den Krankenkassen wahrgenommen. Die Pflegekasse muss über einen Antrag auf Pflegeleistungen innerhalb von 25 Arbeitstagen entscheiden, in besonderen Fällen innerhalb von einer Woche (§ 18 Abs. 3 SGB XI). Bei Fristüberschreitung hat die Pflegekasse 70 € pro Woche an den Betroffenen zu zahlen.

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitsbedingt (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) auf Hilfe angewiesen sind. Die Pflegeversicherung übernimmt nicht die Kosten für die Pflege. Die finanziellen Leistungen sind pauschaliert und richten sich nach dem Pflegegrad (§§ 14,15 SGB XI; Anlagen 1 u. 2 zu § 15 SGB XI). Die Bewertung erfolgt durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK):

Pflegegrad	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	Punktwert
1	gering	12,5 – 26,9
2	erheblich	27,0 – 47,4
3	schwer	47,5 – 69,9
4	schwerst	70,0 – 89,9
5	schwerst mit besonderen Pflegeanforderungen	90,0 – 100,0

Pflegegeld (für den pflegenden Angehörigen) und Pflegesachleistung (für die Finanzierung eines Pflegedienstes) können kombiniert werden. Der zusätzliche Entlastungsbetrag ist zur Entlastung pflegender Angehöriger zweckgebunden einzusetzen:

Pflegegrad	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Stationäre Lstg.	Entlastungsbetrag
1	-	-	-	125 €
2	316 €	689 €	770 €	125 €
3	545 €	1298 €	1262 €	125 €
4	728 €	1612 €	1775 €	125 €
5	901 €	1995 €	2005 €	125 €

Technische Hilfen (z.B. ein Pflegebett) werden unabhängig von der jeweiligen Pflegestufe leihweise zur Verfügung gestellt. Die Zuzahlung beträgt maximal 25 €. Pflegehilfsmittel (z.B. Windeln) werden mit bis zu 40 € im Monat bezuschusst.

Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnsituation wie (z.B. eine Rollstuhlrampe oder ein Treppenlift) können mit bis zu 4.000 € (bis 16.000 € bei vier Personen) bezuschusst werden (§ 40 SGB XI). Der Zuschuss wird erneut gezahlt, wenn sich der Pflegebedarf erhöht hat. Auch die KfW fördert mit Ihrem Kredit 159 den barrierefreien Wohnungsbau:
[www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-\(159\)/index-2.html](http://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-(159)/index-2.html)

7.2. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Verhinderung der Pflegeperson(en) §§ 39, 42 SGB XI			
	Max. Dauer	Max. Kosten	Pflegegeld
Verhinderungspflege (ambulant)	6 Wochen	2418 €	50% ¹
Kurzzeitpflege (stationär)	8 Wochen	806 €	50% ²
ODER			
Verhinderungspflege (ambulant)	-	0 €	-
Kurzzeitpflege (stationär)	8 Wochen	3224 €	50% ²

¹ bei stundenweiser Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung

² Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder Reha wird das Pflegegeld 4 Wochen voll weitergezahlt.

Darüber hinaus anfallenden Kosten für Pflege oder Heimunterbringung muss der Betroffene selbst tragen. Falls das Einkommen und das Vermögen hierfür nicht ausreichen, werden zunächst die unterhaltspflichtigen Angehörigen herangezogen. Wenn auch diesen die Zahlungen nicht zuzumuten sind muss Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe beantragt werden. S. auch Kapitel 11 (Sozialhilfe) und 10.4 (Unterhalt).

7.3. Leistungen für Pflegepersonen

Wenn die Angehörigen selbst pflegen sind Qualitätssicherungsbesuche verpflichtend. Sie werden vom Pflegepersonal professioneller Dienste geleistet. Ferner leisten die Krankenkassen Pflegeberatung für alle Betroffenen bzw. stellen Gutscheine für die Beratung bei einem freien Träger aus. Krankenkassen und Kommunen unterhalten Pflegestützpunkte. Dort erhalten Sie unabhängige Beratung zu Fragen der Pflege:
www.bw-pflegestuetspunkt.de

Pflegepersonen sind Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Unfall- und (bei Pflegegrad 2 und mind. 10 Stunden Pflege pro Woche an zwei Tagen) der Rentenversicherung. Auf Antrag werden auch Zuschüsse zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. Wenn die Pflegeperson vor Beginn der Pflege in der Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig war besteht die Versicherung innerhalb der Pflegezeit weiter (§ 26 Abs. 2b SGB III).

7.4. Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz

Arbeitnehmer haben das Recht der Arbeit bis zu zehn Tage fern zu bleiben, um für einen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Situation die notwendige Pflege zu organisieren. Während dieser Zeit wird Pflegeunterstützungsgeld aus der Pflegeversicherung gezahlt (Berechnung wie Krankengeld, meist 90% des Nettolohnes, § 44a Abs. 3 SGB XI).

Wenn der Arbeitgeber mehr als 15 Beschäftigte hat, können Arbeitnehmer für die Pflege in häuslicher Umgebung bis zu sechs Monate Pflegezeit in Anspruch nehmen. Hat der Arbeitgeber mehr als 25 Beschäftigte, muss er Arbeitnehmern bis zu zwei Jahre Teilzeitarbeit gewähren, wenn diese einen nahen Angehörigen zuhause pflegen. Pflegezeiten werden angerechnet, die Wochenarbeitszeit muss mindestens 15 Stunden betragen. (Für Minderjährige oder die Begleitung von Angehörigen in den letzten drei Lebensmonaten gelten diese Regelungen auch bei außerhäuslicher Pflege)

Beginn und Dauer der Familienpflegezeit sowie die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit sind spätestens acht Wochen vor Beginn schriftlich anzukündigen. Der Arbeitgeber hat den Wünschen zu entsprechen, soweit es der betriebliche Ablauf zulässt. Circa die Hälfte des Einkommensverlustes kann in Form eines Darlehens ausgeglichen werden:

www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit.html

Während Pflege- und Familienpflegezeit gilt ein besonderer Kündigungsschutz.

Weitere Links zur Pflegeversicherung:

www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/pflegeversicherung/pflegebegutachtung-rechtliche-grundlagen.html

www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp

8. Die Unfallversicherung

8.1. Versicherung und Zuständigkeit

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften. Pflichtversichert sind Arbeitnehmer, Schüler, Studenten, Kindergartenkinder, Pflegepersonen, ehrenamtlich Tätige, Helfer bei Unfällen usw. Selbständige können sich freiwillig versichern.

Die Unfallversicherung erbringt Leistungen:

- Wenn bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit einen Unfall stattfindet. (Während der Pausen ist man also nicht unfallversichert).
- Wenn sich auf dem direkten Weg zur Arbeit ein Unfall ereignet. Dies gilt auch für Pausen, beispielsweise ist der Weg bis zur Kantine versichert.
- Eine Berufskrankheit muss in der Berufskrankheitenliste (BKV) als solche bezeichnet sein und in Folge der versicherten Tätigkeit entstanden sein.

Die Unfallversicherung ist unabhängig von der Schuld leistungspflichtig. Einschränkungen sind nur bei Vorsatz oder bei grober Fahrlässigkeit möglich. Bei Alkoholkonsum entfällt der Unfallversicherungsschutz, wenn der Alkoholeinfluss die rechtlich allein wesentliche Unfallursache ist.

Leider berichten Versicherte immer wieder, dass Arbeitsunfälle vom Arbeitgeber nicht gemeldet werden. Das Formular für die Anzeige findet sich hier:

www.dguv.de/medien/formtexte/unternehmer/U_1000/U1000.pdf

8.2. Die Leistungen der Unfallversicherung

Sie beinhalten vor allem:

- Heilbehandlung, Kuren, Pflege.
- Verletztengeld (§ 45 SGB VII) ähnlich dem Krankengeld, es beträgt jedoch 80% des letzten Entgeltes, bzw. maximal die Höhe des letzten Nettolohnes.
- Umschulung und Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung. Dabei wird Übergangsgeld gezahlt.
- Renten an Verletzte (§ 56 SGB VII) wenn die Erwerbsfähigkeit länger als 26 Wochen um mindestens 20 Prozent gemindert ist. Sie wird parallel zu anderen Entgeltersatzleistungen gezahlt und endet nicht bei Eintritt in die Altersrente. Die Verletztenrente ist steuerfrei und unterliegt auch nicht dem Progressionsvorbehalt. Die MDE orientiert sich an allen Erwerbstätigkeiten d.h. es ist nicht erforderlich, dass der Versicherten tatsächlich einen Einkommensverlust erlitten hat.

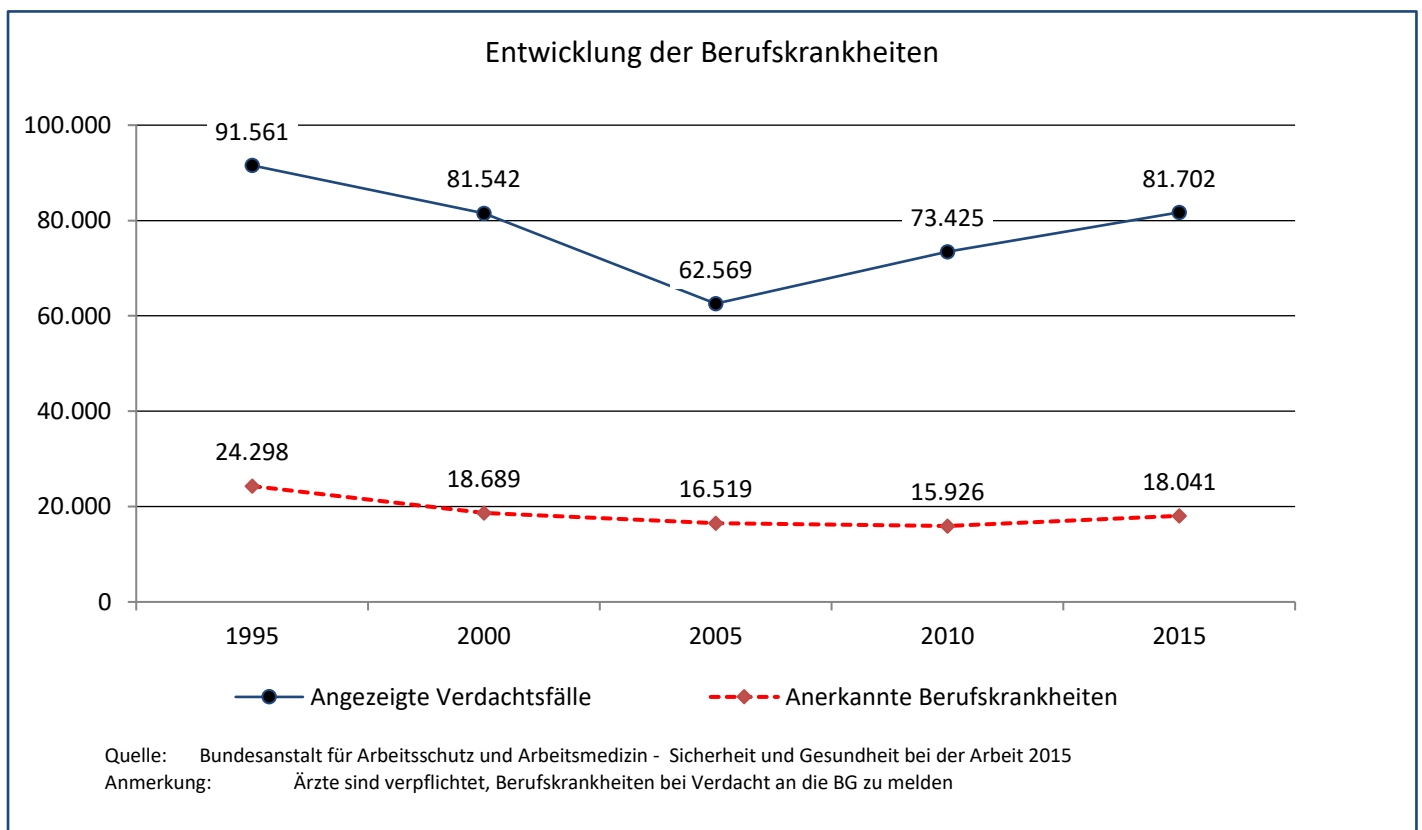
- Renten an Hinterbliebene (§ 63 SGB VII) werden für einen bestimmten Zeitraum zusätzlich zu den Witwen- bzw. Waisenrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.
- Versicherte, die an einer Berufskrankheit leiden, erhalten Übergangsleistungen. Diese sollen wirtschaftliche Nachteile ausgleichen, die z. B. durch Berufswechsel entstehen. (§ 3 BKV).

www.dguv.de/de/reha_leistung/richtlinien-uvvt/index.jsp

www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/Fragen-und-Antworten/FAQs/In-welchen-Faellen-bin-ich-unfallversichert/inhalt.html

www.dguv.de/de/Versicherung/Berufskrankheiten/index.jsp

www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/Dokumente/Merkblaetter.html



9. Die Arbeitsförderung

9.1. Versicherung und Leistungen

Pflichtversichert sind Arbeitnehmer und Auszubildende. In § 26 SGB III finden sich noch viele weitere Kriterien, die eine Versicherungspflicht begründen. (EM-Rentner, Arbeitnehmer in Eltern- oder Pflegezeit, Bezieher von Krankengeld oder Übergangsgeld in der med. Reha usw.). Für bestimmte Personengruppen besteht die Möglichkeit, die Pflichtversicherung zu beantragen (§ 28a SGB III).

Leistungen der Arbeitsförderung:

- Arbeitsvermittlung,
- Berufsberatung,
- Förderung der beruflichen Bildung,
- Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW),
- Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation),
- Gewährung von Eingliederungszuschüssen,
- Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (Ein-€-Jobs),
- Arbeitslosengeld (§ 136 ff. SGB III),
- Kurzarbeitergeld (§ 95 ff. SGB III),
- Übergangsgeld (§ 119 ff. SGB III),
- Ausbildungsgeld (§ 122 ff. SGB III),
- Berufsausbildungsbeihilfe (§ 56 ff. SGB III),
- Insolvenzgeld (§ 165 ff. SGB III).

S. auch Kapitel 11.2 (Förderung der beruflichen Bildung).

9.2. Das Arbeitslosengeld

Die Höhe errechnet sich aus dem Nettolohn der letzten 12 Monate. Leistungsbezieher ohne Kind erhalten 60 Prozent, mit Kind sind es 67 Prozent.

Wurde innerhalb der letzten zwei Jahre bereits Arbeitslosengeld bezogen, so wird mindestens das letzte Bemessungsentgelt zugrunde gelegt (§ 151 Abs. 4). Das soll verhindern, dass Arbeitslose finanzielle Nachteile haben, wenn sie eine schlechter bezahlte Stelle angenommen haben. Liegt das letzte Arbeitsentgelt länger als 2 Jahre zurück, wird ein fiktives Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, das sich aus der Einteilung in 4 Qualifikationsgruppen ergibt (§ 152 SGB III).

Versicherungszeiten aus anderen EU-Ländern werden berücksichtigt, wenn man vor Eintritt der Arbeitslosigkeit zuletzt in Deutschland gearbeitet hat. Mit weiteren Staaten gibt es bilaterale Abkommen.

Bezugsdauer von Arbeitslosengeld		
Versicherte Monate	Vollendetes Lebensjahr	Bezugsdauer in Monaten
12	--	6
16	--	8
20	--	10
24	--	12
30	50	15
36	55	18
48	58	24

Voraussetzungen für die Zahlung von Arbeitslosengeld sind:

- Der Versicherte ist arbeitslos (es besteht kein Beschäftigungsverhältnis bzw. der Umfang liegt unter 15 Stunden pro Woche).
- Er steht dem Arbeitsmarkt mindestens 15 Stunden pro Woche zur Verfügung und bemüht sich Arbeit zu finden.
- Er hat sich bei der Agentur für Arbeit persönlich arbeitsuchend gemeldet (spätestens drei Monate vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses, §§ 38 u. 141 SGB III).
- Er hat die Anwartschaftszeit erfüllt - d.h. er war innerhalb der letzten 2 Jahre mindestens 360 Tage versicherungspflichtig beschäftigt. Die Rahmenfrist von 2 Jahren verlängert sich auf 5 Jahre, wenn man Übergangsgeld im Rahmen der beruflichen Reha bezogen hat (§ 143 SGB III).
- Die Regelaltersgrenze für eine Rente wurde noch nicht erreicht.
- Wer gesundheitsbedingt keine 15 Stunden in der Woche arbeiten kann erhält trotzdem Arbeitslosengeld, wenn er Reha oder Rente beantragt hat (§ 145 SGB III).

Übt der Arbeitslose eine weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung aus, ist das (Netto-)Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung nach Abzug der Werbungskosten sowie eines Freibetrages in Höhe von 165 € auf das Arbeitslosengeld anzurechnen. Bestand die Nebentätigkeit schon 18 Monaten vor Entstehen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld, so ist das daraus erzielte Durchschnittseinkommen der letzten 12 Monate anrechnungsfrei (§ 155 SGB III).

9.3. Ruhen des Anspruchs, Zumutbarkeit

Wenn während der Arbeitslosigkeit andere Geldleistungen gezahlt werden (z.B. Abgeltung für nichtgenommenen Urlaub) ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld. In diesem Fall bleibt die eigentliche Anspruchsdauer bestehen, sie verschiebt sich lediglich zeitlich nach hinten. Bei Krankheit wird das Arbeitslosengeld bis zu 6 Wochen weitergezahlt, im Anschluss besteht Anspruch auf Krankengeld.

Kommt der Arbeitslose einzelnen Verpflichtungen nicht nach, kann eine Sperrzeit verhängt werden, d.h. es wird kein Arbeitslosengeld gezahlt und der Anspruch verkürzt sich um diesen Zeitraum (§§ 159 u. 148 SGB III). Bis zu 12 Wochen kann die Arbeitsagentur die Zahlung von Arbeitslosengeld verweigern, wenn ein Arbeitnehmer sein Arbeitsverhältnis schuldhaft beendet. Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt bestehen.

Wenn das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist beendet worden ist und der Arbeitslose eine Abfindung erhalten hat ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zu einem Jahr. In diesem Fall bleibt die eigentliche Anspruchsdauer bestehen, sie verschiebt sich lediglich nach hinten. Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist, wird ein Teil der Abfindung auf das Arbeitslosengeld angerechnet (§ 157 SGB III).

Zumutbare Stellenangebote sind:

- Lohneinbußen von 20 % in den ersten 3 Monaten.
- Lohneinbußen von 30 % in den ersten 7 Monaten.
- Danach ein Nettoeinkommen in Höhe des Arbeitslosengeldes.
- Pendelzeiten von insgesamt 2,5 Stunden.
- Ein Umzug, wenn innerhalb von drei Monaten keine Arbeitsaufnahme im Pendelbereich zu erwarten ist (kann z.B. aus familiären Gründen verweigert werden).

Detaillierte Anweisungen für die Mitarbeiter der Arbeitsförderung finden sich unter:

www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Veroeffentlichungen/Weisungen/index.htm

10. Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II)

10.1. Allgemeines und Voraussetzungen

Das Arbeitslosengeld II (umgangssprachlich auch „Hartz IV“) stellt die Grundsicherung für arbeitsfähige Menschen dar. Es wird aus Steuermitteln finanziert, daher gibt es keine Vorversicherungszeit.

Träger des Arbeitslosengeldes II sind die Jobcenter. Daneben gibt es die sogenannten Optionskommunen in denen die Landkreise bzw. Städte die Aufgaben alleine wahrnehmen. Die Leistungsfähigkeit der Jobcenter (§ 48a SGB II, SGB2§48aFKV) wird anhand folgender Kriterien verglichen:

- Verringerung der Hilfebedürftigkeit.
- Integration in Erwerbstätigkeit.
- Vermeidung von langfristigem Leistungsbezug.

Der Bezug von ALG II ist an die Bedürftigkeit der Empfänger gebunden, so dass zunächst Einkommen und Vermögen eingesetzt werden müssen. Die Mitglieder eines Haushaltes bilden eine Bedarfsgemeinschaft, d.h. ihr Einkommen und ihr Bedarf werden gemeinsam ermittelt (§ 7 SGB II). Zur Bedarfsgemeinschaft zählen:

- Der Antragsteller.
- Sein Partner.
- Die Eltern eines Kindes unter 25 Jahren.
- Der Partner eines Elternteils.
- Kinder unter 25 Jahren.

Eine Haushaltsgemeinschaft liegt vor, wenn mehrere Personen, die keine Bedarfsgemeinschaft bilden, auf familiärer Grundlage auf Dauer zusammenwohnen und wirtschaften (§ 9 SGB XII). Die Beweispflicht für das Bestehen einer Wirtschaftsgemeinschaft trifft den Grundsicherungsträger (BSG B 14 AS 6/08 R).

Untermietverhältnisse, Wohngemeinschaften oder die Wohnungsstellung durch Arbeitgeber (etwa im Gastgewerbe), sind keine Haushaltsgemeinschaften.

Unter 25-Jährige haben im Regelfall keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine eigene Unterkunft.

Dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ist jede Arbeit zuzumuten, Ausnahmen gelten nur bei gesundheitlicher Gefährdung oder Gefährdung der Familie.

10.2. Leistungen an Ausländer

Keine Leistungen erhalten

- Ausländer während der ersten drei Monate nach ihrer Einreise.
- Ausländer deren Aufenthaltsrecht sich ausschließlich aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt (i.d.R. EU-Bürger).
- Ggf. können im Rahmen der Sozialhilfe Überbrückungsleistungen gezahlt werden (§ 23 SGB XII).

Der Ausschluss gilt nicht

- für Arbeitnehmer, Selbständige oder während einer Berufsausbildung.
- Bei unfreiwilliger (durch die AA bestätigter) Arbeitslosigkeit bzw. Beendigung der Selbständigkeit.
- Nach durchgängiger Tätigkeit von 12 Monaten. Bei nur einem Arbeitstag Unterbrechung beginnt der Zeitraum von 12 Monaten wieder neu!
- Für Ausländer, die sich seit 5 Jahren in Deutschland aufhalten.

(§ 7 Abs. 1 SGB II).

10.3. Die Leistungen

Der Regelbedarf beträgt 2018 416 € für Alleinstehende, für Verheiratete jeweils 90 Prozent, Kinder zwischen 14 und 18 Jahren erhalten 80 Prozent, jüngere Kinder 60 Prozent. Die Kosten für Miete, Heizung und die Beiträge für die Krankenversicherung werden ebenfalls übernommen.

Arbeitslosengeld II umfasst nach § 19 SGB II:

- den Regelbedarf nach § 20 SGB II,
- Mehrbedarfe nach § 21 SGB II und
- Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II.

Unter den jeweiligen Voraussetzungen werden erbracht:

- Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen besondere Bedarfe für Bildung und Teilhabe (§ 28 SGB II), s. Kapitel 12.4.
- Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung (auch private KV).
- Einmalige Leistungen und Darlehen (§ 24 Abs. 3 SGB II).
- Mehrbedarfe (§ 21 SGB II) wegen Schwangerschaft, für Alleinerziehende, dezentrale Warmwasserversorgung und kostenaufwändige Ernährung*.

*(www.deutscher-verein.de/de/download.php?file=uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2014/dv-28-14-krankenkostzulagen.pdf)

Die Kosten der Unterkunft (§ 22 SGB II) werden mit dem Regelbedarf an den Leistungsbezieher ausgezahlt. Auf seinen Antrag hin oder bei zweckwidriger Verwendung hat der Leistungsträger direkt an den Vermieter zu zahlen. Zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit sollen auch Mietschulden übernommen werden.

Für die Angemessenheit der Kaltmiete einer Wohnung sind die Verhältnisse auf dem örtlichen Wohnungsmarkt zu berücksichtigen. Hierzu muss ein sogenanntes „schlüssiges Konzept“ vorliegen. Existiert kein schlüssiges Konzept, wird hilfsweise zur Bestimmung der angemessenen Kosten die Wohngeldtabelle, zuzüglich eines Aufschlags von zehn Prozent, herangezogen. Allerdings muss der Leistungsberechtigte tatsächlich die Möglichkeit haben, eine Wohnung anzumieten. Hat er trotz intensiver Bemühungen keine angemessene Wohnung gefunden, muss der Grundsicherungsträger auch unangemessen hohe Kosten übernehmen.

Zusätzlich werden die Nebenkosten berücksichtigt, die nach der Betriebskostenverordnung (BetrKV) vom Vermieter umgelegt werden dürfen. Die Stromkosten sind allerdings im Regelbedarf enthalten! Sonstige Verpflichtungen aus dem Mietvertrag, wie z.B. Schönheitsreparaturen sind ebenfalls zu übernehmen. Heizkosten sind in tatsächlicher Höhe zu übernehmen. Ein Anhaltspunkt für die Angemessenheit ist der Heizspiegel:

www.heizspiegel.de/heizspiegel/bundesweiter-heizspiegel/

Sind die Werte höher muss der Leistungsbezieher die Gründe (und die Angemessenheit) darlegen.

Bei Wohnungseigentum sind die tatsächlichen Aufwendungen für die Unterkunft bis zur Höhe der angemessenen Kosten für eine Mietwohnung zu berücksichtigen. Hierzu zählen die Heizkosten und Aufwendungen nach:

www.gesetze-im-internet.de/bshg_76dv/_7.html

Weitere Informationen zu den Kosten der Unterkunft:

www.harald-thome.de/media/files/DV-15-13_KdU-Empfehlungen.pdf

www.deutscher-verein.de/de/empfehlungen-stellungnahmen-2015-empfehlungen-des-deutschen-vereins-zur-uebernahme-von-mietschulden-und-energiekostenrueckstaenden-im-sgb-ii-und-sgb-xii-1859,435,1000.html

<http://harald-thome.de/oertliche-richtlinien/>

10.4. Einsatz von Einkommen und Vermögen

Vom Einkommen können bestimmte Beträge wie z.B. Werbungskosten oder Mitgliedsbeiträge (z.B. Sozialverband VdK) abgesetzt werden. Beim Erwerbseinkommen sind 100 € frei, darüber hinaus bleibt prozentual nur ein geringer Freibetrag (§ 11b SGB II). Hilfreich ist der Freibetragsrechner SGB II des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales:

www.sgb2.info/freibetrag/rechner

Nicht als Einkommen berücksichtigt werden beispielsweise Zahlungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung oder Entschädigungszahlungen für Opfer von Straftaten (§ 11a SGB II).

Ein Vermögen von 150 € pro Lebensjahr, mindestens aber 3.100 € pro Person, wird nicht angerechnet. Das Vermögen von Kindern bleibt bei der Berechnung der Leistungen für die Eltern unberücksichtigt. Zusätzlich existiert ein Freibetrag für Anschaffungen in Höhe von 750 € für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Leistungsberechtigten (§ 12 SGB II).

Vermögen, das in staatlich geförderte Altersvorsorge geflossen ist, wird nicht berücksichtigt. Bei sonstiger Altersvorsorge sind 750 € pro Lebensjahr, maximal 50.205 €, frei, wenn sie laut Vertrag nicht vorzeitig verwertet werden kann.

Ab Jahrgang 1964 beträgt der maximale Vermögensfreibetrag (ohne Alterssicherung) 10.050 €. Für ältere Jahrgänge gelten günstigere Regelungen (§ 12 SGB II). Ebenso wird ein angemessenes Kraftfahrzeug oder Hausrat nicht als Vermögen berücksichtigt. Weitere Informationen finden Sie in der Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung:

www.gesetze-im-internet.de/algiiiv_2008/index.html

Selbst bewohntes Wohneigentum muss nicht eingesetzt werden, wenn es angemessen ist. Darüber wird im Einzelfall zu entscheiden. Eine Prüfung der Angemessenheit ist entbehrlich, wenn die Wohnfläche folgende Größen nicht übersteigt:

Bewohnt mit... Personen	Eigentumswohnung m ²	Familienheim m ²
1 - 2	80	90
3	100	110
4	120	130

Generell muss Vermögen nicht verwertet werden, wenn die Verwertung offensichtlich unwirtschaftlich ist oder für den Betroffenen eine besondere Härte bedeutet.

Detaillierte Informationen finden sich in den Weisungen der Arbeitsagentur:

www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Veroeffentlichungen/Weisungen/Arbeitnehmer/Detail/index.htm?dfContentId=L6019022DSTBAI627529

Soweit die sofortige Verwertung von Vermögen nicht möglich ist, sind Leistungen als Darlehen zu erbringen. Das Darlehen kann davon abhängig gemacht werden, dass der

Anspruch auf Rückzahlung gesichert wird z.B. durch Eintragung einer Grundschuld. Die Eintragung der Grundschuld ist nach § 64 SGB X kostenfrei.

Weitere Informationen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende:

www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Veroeffentlichungen/WissensdatenbankSGBII/index.htm

10.5. Exkurs - Unterhalt:

Verwandte in gerader Linie (Großeltern-Eltern-Kinder) sind einander unterhaltspflichtig. Anspruch auf Unterhalt hat nur, wer nicht in der Lage ist sich selbst zu versorgen (erwachsene Kinder in Ausbildung, pflegebedürftige Eltern oder Kinder). Gegenüber minderjährigen Kindern besteht eine sogenannte gesteigerte Unterhaltspflicht. Das heißt, der Unterhaltspflichtige muss alles ihm Zumutbare tun, um den Unterhalt des Kindes sicherzustellen, auch sein Vermögen einsetzen. Bei der normalen Unterhaltspflicht darf die Lebensstellung und die Altersvorsorge nicht nachhaltig durch Unterhaltsleistungen beeinträchtigt werden.

www.olg-duesseldorf.nrw.de/infos/Duesseldorfer_tabelle/Tabelle-2017/index.php

www.deutscher-verein.de/de/soziale-sicherungssysteme-sozialrecht-nachrang-von-fuersorgeleistungen-1648.html

11. Sozialhilfe

Träger der Sozialhilfe sind die Landkreise. Die Leistungen sind in vielen Fällen identisch mit denen der Grundsicherung für Arbeitssuchende, daher werde ich im Folgenden nur auf die wichtigsten Abweichungen eingehen.

11.1. Die Leistungen der Sozialhilfe

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

...erhalten Menschen ab dem 18. Lebensjahr, wenn sie das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht haben oder dauerhaft voll erwerbsgemindert im Sinne der Rentenversicherung sind (§ 42 SGB XII). Es besteht ein Anspruch auf einen Mehrbedarf von 17 % des Regelsatzes; vor Erreichen des Renteneintrittsalters allerdings nur, wenn eine Schwerbehinderung oder das Merkzeichen „G“ vorliegen. Weitere Mehrbedarfe finden sich in § 30 SGB XII.

Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 ff. SGB XII)

...wird im Rahmen der Sozialhilfe nur gewährt, wenn kein Anspruch auf ALG II oder Sozialgeld besteht. Dies ist beispielsweise bei vorsätzlicher Herbeiführung der Hilfebedürftigkeit oder bei EU-Ausländern mit verfestigtem Aufenthalt der Fall (BSG B 4 AS 44/15 R).

Die Hilfen zur Gesundheit und Pflege (§§ 47 ff. u. 61 ff SGB XII)

Alle Personen mit regelmäßigem Aufenthalt in Deutschland unterliegen der Krankenversicherungspflicht. Daher wird die Hilfe zur Gesundheit selten in Anspruch genommen. Pflegekosten, die nicht über die gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckt sind, können dann über die Sozialhilfe gezahlt werden.

Die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII)

...wird für spezielle Personengruppen geleistet, wie Obdachlose und ehemalige Strafgefangene. Die Leistung erfolgt unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Betroffenen, auch von der Heranziehung von Unterhaltspflichtigen kann abgesehen werden.

www.gesetze-im-internet.de/bshg_72dv_2001/BJNR017900001.html

www.deutscher-verein.de/de/empfehlungen-stellungnahmen-2015-leistungsberechtigte-in-besonderen-sozialen-schwierigkeiten-bedarfsdeckend-unterstuetzen-empfehlungen-des-deutschen-vereins-zur-anwendung-der-hilfe-nach-67-ff-sgb-xii-1859,728,1000.html

Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 – 74 SGB XII)

...umfasst weitere spezielle Angebote wie z.B. die Blindenhilfe. Für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen s. Kapitel 3.

11.2. Einsatz von Einkommen und Vermögen

Einkommen wird überwiegend analog zum ALG II angerechnet (§§ 82 ff. SGB XII). Vom Erwerbseinkommen können allerdings 30 % abgesetzt werden, maximal 202 €. (In Einzelfällen und bei Beschäftigung in einer WfBM gelten Sonderregelungen). Bei Grundsicherung im Alter sind monatlich 100 € aus privater Zusatzversicherung frei, darüber hinaus sind bis zur halben Regelbedarfsstufe 30 % frei.

Details finden sich in der Durchführungsverordnung: www.sgbxii.de/gesetze/11.pdf

Für die Bereiche Hilfe zur Pflege oder Gesundheit, Eingliederungshilfe, besondere soziale Schwierigkeiten und andere Lebenslagen gelten besondere Einkommensgrenzen (§ 85 SGB XII) für Ehepaare und die Eltern minderjähriger Kinder:

Erwachsener Hilfeempfänger	Ehegatte oder ein Elternteil	Zweiter Elternteil	Minderjährige Kinder	Weitere abh. Person
416 €	416 € + 292 €	416€	292 €	292 €

Soweit das zu berücksichtigende Einkommen die Einkommensgrenze übersteigt, ist die Aufbringung der Mittel in angemessenem Umfang zuzumuten (§ 87 SGB XII). Bei Schwerstpflegebedürftigen sind 60 % des Einkommens über der Einkommensgrenze frei (§ 87 Abs. 1 SGB XII). Bei Leistungen in Einrichtungen ist der bisherigen Lebenssituation des im Haushalt verbliebenen Ehegatten Rechnung zu tragen (§ 92a SGB XII). Hierzu lauten die Empfehlungen des Deutschen Vereins:

„Zur Berücksichtigung der bisherigen Lebenssituation soll auf das gemeinsame Durchschnittseinkommen im Jahr vor Eintritt des Hilfebedarfs abgestellt werden, sofern keine andere Betrachtung gerechtfertigt ist (z.B. absehbare Einkommensminderung wegen bevorstehenden Rentenbezuges).“

Erforderliche Aufwendungen und besondere Belastungen sind zu berücksichtigen z.B.:

- Abzahlungsverpflichtungen, die vor Eintritt des Bedarfs eingegangen worden sind.
- Beschaffung oder Erhalt der Unterkunft.
- Aufwendungen für den Besuch naher Angehöriger in stationären Einrichtungen.
- Aufwendungen bei Krankheit oder Behinderung z.B. Zahnersatz oder Medikamente.

Erhält der Hilfeempfänger Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung existiert für die Eltern oder Kinder ein Freibetrag von 100.000 € Jahreseinkommen (§ 43 SGB XII).

Viele Leistungen für behinderte Menschen werden ohne Berücksichtigung von vorhandenem Vermögen erbracht. Generell existiert nun bei der Eingliederungshilfe ein zusätzlicher Freibetrag von 25.000 € (§ 60a SGB XII). Im Rahmen der Hilfe zur Pflege wird dieser

Freibetrag nur gewährt, wenn das Vermögen aus einer Tätigkeit während des Leistungsbezuges stammt (§ 66a SGB XII).

Beim Einkommen wird nur die sogenannte „häusliche Ersparnis“ angerechnet. Dies betrifft nicht nur Einkommen und Vermögen des Behinderten, sondern auch seines Ehegatten bzw. bei behinderten Kindern deren Eltern (§ 92 SGB XII).

Bevor Sozialhilfe gewährt wird, muss Vermögen eingesetzt werden (§ 90 SGB XII). Das Schonvermögen richtet sich inhaltlich nach dem SGB II. Die Freibeträge für Geldwerte betragen 5.000 € (für eine erwachsene Person):

www.gesetze-im-internet.de/bshg_88abs2dv_1988

Der Erbe der leistungsberechtigten Person ist zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe der letzten 10 Jahre verpflichtet (§ 102 SGB XII). Dabei existiert ein Freibetrag in Höhe von 2.454 € bzw. 15.340 €, wenn der Verstorbene dauerhaft zu Hause gepflegt wurde.

Eine umfassende Darstellung zum Einsatz von Einkommen und Vermögen finden Sie in den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge:

www.deutscher-verein.de/de/download.php?file=uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2015/dv-25-15-einkommen-vermoegen.pdf

12. Familie, Kinder und Jugendliche

12.1. Die Leistungen im KJHG

Die Kinder- und Jugendhilfe ist im SGB VIII geregelt, die Leistungen werden überwiegend von freien Trägern erbracht. Für die hoheitlichen Aufgaben (Inobhutnahme, Prüfung von Einrichtungen, Mitwirkung beim Gerichtsverfahren u.a.) ist die öffentliche Jugendhilfe zuständig:

Jugendarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Außerschulische Jugendbildung, - Sport, Spiel, Geselligkeit, - arbeitswelt- und schulbezogene Jugendarbeit, - Kinder- und Jugenderholung, - Jugendberatung, - Internationale Jugendarbeit.
Jugendsozialarbeit	<p>Ausgleich sozialer oder individueller Beeinträchtigungen z.B. bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schulischer Bildung, - beruflicher Ausbildung, - Teilhabe am Arbeitsleben, - sozialer Integration.
Kindertagesbetreuung	<ul style="list-style-type: none"> - Kindertagesstätten, - Kindertagespflege (Tagesmütter).
Förderung der Erziehung in der Familie	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Förderung der Erziehung, - Scheidungsberatung, - gemeinsame Wohnformen für Eltern und Kinder, - Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen, s. auch Kapitel 6.3 (KV - Haushaltshilfe).
Hilfe zur Erziehung	<ul style="list-style-type: none"> - Erziehungsberatung, - Soziale Gruppenarbeit, - Erziehungsbeistand, - Sozialpädagogische Familienhilfe, - Erziehung in einer Tagesgruppe, - Vollzeitpflege, - Heimerziehung, betreute Wohnformen, - Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung.
Schutzmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Inobhutnahme auf Wunsch des Kindes, - Inobhutnahme bei Anzeichen für Kindeswohlgefährdung.

12.2. Der Unterhaltsvorschuss

Unterhaltsvorschuss erhalten Kinder, die bei einem alleinerziehenden Elternteil leben und keinen (ausreichenden) Unterhalt vom anderen Elternteil erhalten. Ist der andere Elternteil ganz oder teilweise leistungsfähig, wird er vom Staat in Höhe des gezahlten Unterhaltsvorschusses in Anspruch genommen (s. Unterhaltsvorschussgesetz).

Kinder ab dem Alter von zwölf Jahren sollen nur Unterhaltsvorschuss erhalten, wenn sie keine Leistungen nach dem SGB II erhalten oder der alleinerziehende Elternteil mindestens 600 Euro verdient (bei SGB II-Bezug).

Die Höhe des Unterhaltsvorschusses richtet sich nach dem Alter des Kindes	0-5 Jahre	150 €
	6-11 Jahre	201 €
	12-17 Jahre	268 €

S. auch Kapitel 10.4 (ALG II - Unterhalt)

12.3. Kindergeld, Kinderzuschlag, Elterngeld

Kindergeld (§§ 31 f. und §§ 62 ff. EStG)

- Erhalten Eltern für Kinder bis zum 18. Lebensjahr, es kann bis zu 6 Monate rückwirkend gezahlt werden. (§ 66 Abs. 3 EstG).
- Bekommen Kinder in Ausbildung (oder wenn sie ausbildungssuchend gemeldet sind) bis zum 25. Lebensjahr.
- Eine Einkommensanrechnung findet nicht mehr statt.
- Wird unbegrenzt gezahlt, wenn schon vor dem 25. Lebensjahr eine Behinderung aufgetreten ist, die das Kind daran hindert, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten (=seine Einkünfte abzüglich behindertenbedingter Aufwendungen liegen unter dem Grundfreibetrag der Einkommenssteuer).

Weitere Infos: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=3576.html

Kinderzuschlag

Erhält man, wenn das eigene Einkommen dem ALG II-Bedarf für die erwachsenen Personen der Bedarfsgemeinschaft entspricht (§ 6a BKGG) aber man durch die Kinder unter den ALG II - Satz fällt. Einkommen über dem ALG II - Satz wird auf den Kinderzuschlag angerechnet (Arbeitseinkommen nur zu 50%). Liegt das Einkommen der Erwachsenen unter dem ALG II - Satz wird man auf ALG II verwiesen.

Kindergeld und Kinderzuschlag werden bei der Familienkasse (bei der Arbeitsagentur) beantragt.

Elterngeld und Elternzeit (BEEG)

Elterngeld wird für 12 Monate gezahlt, 10 Monate bei Bezug von Mutterschaftsgeld. Es beträgt 65 % des Nettoeinkommens der letzten 12 Monate, maximal 1.800 €, mindestens 300 €. (Bei Einkommen unter 1.000 € erhöht sich der Prozentsatz stufenweise, bei Einkommen über 1.200 € sinkt er leicht). Für Alleinerziehende verlängert sich der Bezug von Elterngeld um 2 Monate, ebenso wenn sich beide Eltern die Elternzeit teilen. Ferner gibt es einen Geschwisterbonus und einen Mehrlingszuschlag. Auf Antrag kann das Elterngeld halbiert werden, dann verdoppelt sich der Auszahlungszeitraum.

Wer Elternzeit beanspruchen will, muss dies spätestens sieben Wochen vor Beginn schriftlich beim Arbeitgeber anmelden und gleichzeitig verbindlich erklären, für welche Zeiten innerhalb von zwei Jahren Elternzeit genommen wird. Während der Elternzeit kann bis zu 30 Wochenstunden in Teilzeit gearbeitet werden. Die Elternzeit dauert maximal 3 Jahre. Während der Elternzeit besteht ein Kündigungsverbot. In besonderen Fällen darf eine Kündigung von der Gewerbeaufsicht für zulässig erklärt werden, z.B. bei Stilllegung des Betriebes.

12.4. Das Bildungspaket

Bedarfe für Bildung werden bei Personen berücksichtigt, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, eine Schule besuchen und keine Ausbildungsvergütung erhalten, wenn sie oder ihre Eltern

- ALG II,
- Sozialgeld,
- Sozialhilfe,
- Wohngeld,
- Asylbewerberleistungen oder
- Kinderzuschlag beziehen.

Familien mit einem geringen Einkommen können ebenfalls Leistungen aus dem Bildungspaket erhalten.

Das Bildungspaket beinhaltet:

- Einen Zuschuss zum Mittagessen in der Schule oder in der Kindertagesstätte.
- Nachhilfeunterricht bei Versetzungsgefahr.
- Zuschuss für Lernmaterialien in Höhe von 100 € jährlich.
- 10 € monatlich für Sport, Kultur oder die Teilnahme an Freizeiten bei Kindern unter 18.
- Kosten von Klassenfahrten oder Ausflügen der Schule.
- (Teilweise) Übernahme der Beförderungskosten zur Schule.

(§ 28 SGB II, § 34 SGB XII, § 6b BKGG, § 3 AsylbLG).

13. Sonstige Sozialleistungen

13.1. Wohngeld

Ist ein Zuschuss zu den Wohnkosten, der abhängig von Einkommen, Anzahl der Haushaltsmitglieder und der örtlichen Mietstufe gezahlt wird (WOGG und WoGVwV). Die Freibeträge für Vermögen sind hoch (60.000 € für eine Person). Kinder in „Wohngeldhaushalten“ haben Anspruch auf Leistungen aus dem Bildungspaket (s. Kapitel 12.4). Es kann Mietern und Eigentümern gewährt werden. Man kann nicht Wohngeld und ALG II/Sozialhilfe gleichzeitig beziehen! Wer Bafög oder Berufsausbildungsbeihilfe erhält (oder dem Grunde nach Anspruch darauf hat) ist ebenfalls vom Wohngeld ausgeschlossen (§ 20 WoGG).

Weitere Infos und ein Wohngeldrechner:

www.bmub.bund.de/themen/stadt-wohnen/wohnraumfoerderung/wohngeld/wohngeldtabellen/
www.bmub.bund.de/fileadmin/Daten_BMU/Pool/Broschueren/wohngeld_2016_2017_bf.pdf
secure.bmub.bund.de/themen/stadt-wohnen/wohnraumfoerderung/wohngeld/wohngeldrechner/?no_cache=1

13.2. Soziale Entschädigung

Diese Leistungen gehen auf die Kriegsopferversorgung zurück. Sie sind im Bundesversorgungsgesetz geregelt. Neben den Auswirkungen von Militärdienst und Kriegseinwirkungen beziehen sich folgende Nebenregelungen auf das Bundesversorgungsgesetz:

- Soldatenversorgungsgesetz und Zivildienstgesetz,
- Opferentschädigungsgesetz (für Opfer von Straftaten),
- Hilfen für politische Häftlinge in der DDR und weiteren osteuropäischen Gebieten,
- Infektionsschutzgesetz (für Impfschäden).

Das Bundesversorgungsgesetz beinhaltet fast alle Leistungen der Sozialgesetzbücher. Für die Durchführung sind in Baden-Württemberg die Versorgungsämter zuständig.

§ 1 Abs.3 BVG gibt vor: „Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs“.

Die Grundrenten nach dem BVG werden einkommensunabhängig geleistet und in der Regel nicht auf andere Sozialleistungen angerechnet. Die Höhe richtet sich nach dem festgestellten Grad der Schädigung (GdS). Die Feststellung erfolgt analog zum Grad der Behinderung. Auch wenn keine dauerhafte Schädigung eingetreten ist, besteht ein Anspruch auf Heilbehandlung.

Häufig kann nicht bewiesen werden, dass die Schädigungen aufgrund von Umständen erlitten wurde, die das Bundesversorgungsgesetz abdeckt. Daher hat der Gesetzgeber mit § 15 KOVVG eine sogenannte „Beweiserleichterung“ geschaffen:

„Die Angaben des Antragstellers sind der Entscheidung zugrunde zu legen, soweit sie nach den Umständen des Falles glaubhaft erscheinen.“

Dies ist auch auf die Opferentschädigung anzuwenden (BSG, Az. 9 RVg 3/89). Ebenso spielt die Strafmündigkeit des Täters keine Rolle bei der Gewährung von Opferentschädigung (BSG, Az. B 9/9a VG 3/06 R).

Opfer von Straftaten benötigen häufig auch Hilfestellungen im Umgang mit der Justiz zur Wahrung von Opferschutzrechten. Hierauf hat sich der Weisse Ring e.V. spezialisiert: weisser-ring.de. Neben den Beratungsstellen vor Ort gibt es auch ein Opfer-Telefon und ein Angebot zur Online-Beratung.

Übrigens: Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung erhalten Leistungen nach dem Bundesentschädigungsgesetz. Dies gilt aber nur, wenn die Verfolgung aus Gründen der Politik, der Rasse oder des Glaubens erfolgte. Die zwangssterilisierten und ermordeten psychisch kranken oder behinderten Menschen sind bis heute von der Entschädigung ausgenommen!

13.3. Die Förderung der beruflichen Bildung

Die Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW) kann von der Bundesagentur für Arbeit geleistet werden (§§ 81 ff. SGB III):

- Die Weiterbildung muss notwendig sein, um Arbeitslosigkeit zu beheben oder eine drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden.
- Wenn trotz Berufsabschluss mehr als vier Jahre in ungelernter Tätigkeit gearbeitet wurde und eine Beschäftigung im erlernten Beruf voraussichtlich nicht mehr möglich ist, kann ebenfalls FbW geleistet werden.
- Der nachträgliche Erwerb des Hauptschulabschlusses kann auch gefördert werden.
- Vor Beginn der Teilnahme ist eine Beratung durch die Agentur für Arbeit Pflicht.
- Die Maßnahme und der Träger müssen für die Förderung zugelassen sein.
- Während der Weiterbildung wird Arbeitslosengeld gezahlt.
- Hat die Maßnahme zwischen August 2016 und Ende 2020 begonnen erhalten die Teilnehmer 1.000 € für eine bestandene Zwischen- und 1.500 € für die (bestandene) Abschlussprüfung. Reha-Teilnehmer der Arbeitsagentur erhalten die Prämie ebenfalls. (§ 131a SGB III).

Das Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG) regelt die berufliche Fortbildung von Fachkräften (Meister-Bafög):

- Voraussetzung ist der Abschluss einer Erstausbildung nach dem BBIG.
- Gezahlt werden die Maßnahmekosten und ein Zuschuss zum Lebensunterhalt.
- Die Höhe der Förderung ist abhängig von der jeweiligen Lebenssituation (Familienstand, Kinderzahl, eigenes Einkommen und Einkommen des Ehegatten).
- Die Förderung wird teilweise als Darlehen, teilweise als Zuschuss gezahlt (zu unterschiedlichen Anteilen, je nach Art der Förderung).
- Es wird vom Bund gezahlt und in Baden-Württemberg bei den Landratsämtern beantragt.

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) regelt die staatliche Unterstützung für Schüler und Studenten:

- Mit BAföG kann der Besuch von allgemeinbildenden Schulen ab Klasse 10, von Fachschulen, Akademien und Hochschulen gefördert werden.
- Im Grundsatz kann nur eine erste Ausbildung gefördert werden.
- Auf die Leistungen werden eigenes Einkommen und Vermögen sowie Einkommen des Ehegatten und das der Eltern angerechnet. BAföG ist somit „familienabhängig“.
- Bei Erwerb der Hochschulreife, bei Beziehern über 30, nach 5 Jahren Berufstätigkeit oder nach 3 Jahren Berufsausbildung plus 3 Jahre Berufstätigkeit wird das BAföG elternunabhängig gezahlt.
- Es wird vom Bund gezahlt und in Baden-Württemberg bei den Landratsämtern beantragt.
- Für Schüler wird es als Zuschuss, für Studenten zur Hälfte als Zuschuss und zur Hälfte als Darlehen gezahlt.

Die Berufsausbildungsbeihilfe (BAB) wird von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt (§§ 56 ff. SGB III). Anspruch haben Auszubildende unter folgenden Voraussetzungen:

- Es wird eine (im Regelfall erste) Ausbildung nach dem BBIG absolviert.
- Der Antragsteller wohnt während der Ausbildung nicht bei seinen Eltern und kann auch nicht dort wohnen, weil der Weg zur Arbeitsstätte nicht zumutbar ist (ca. 2 Stunden u. mehr). Oder der Antragsteller ist über 18 Jahre alt oder verheiratet oder hat ein Kind und zieht in eine eigene Wohnung. Ferner gibt es eine Sonderregelung für behinderte Leistungsbezieher (§ 116 SGB III).
- Das Einkommen des Auszubildenden ist zu gering.
- Das Einkommen der Eltern reicht nicht aus, um den Auszubildenden zu unterstützen.
- Bei verheirateten Auszubildenden wird das Einkommen des Ehegatten mit angerechnet.

Bedarfe bei Weiterbildung (nicht vollständig)					
	Berufsausbildung	Meister/Techniker	Schule	Studium	FbW
Förderung	BAB ¹	AFBG ¹	BAFÖG ²	BAFÖG ²	ggf. ALG I ¹
Regelsatz	372 €	432 € ³	231 € o. 418 € ⁴	372 € o. 399 € ⁴	ALG I
Unterkunft	250 €	250 €	273 € o. 169 € ⁴	250 €	-
Unterkunft bei Eltern	-	-	-	52 €	-
Zuschuss KV + PV	-	86 €	86 €	86 €	-
Einsatz Vermögen	-	ab 45.000 € ⁵	ab 7.500 € ⁵	ab 7.500 € ⁵	-
Einsatz Nettoeinkommen (abzgl. Werbungskosten)	ab 62 €	ab 290 € ^{5,6}	ab 290 € ^{5,6}	ab 290 € ^{5,6}	ab 165 €
Kinderzuschlag ⁷	-	235 € pro Kind	130 € pro Kind unter 10	130 € pro Kind unter 10	7%

¹ Ergänzend ist ein Zuschuss durch das Jobcenter möglich

² Ergänzend ist ein Darlehen durch das Jobcenter möglich

³ Zuschläge für Verheiratete und für Alleinerziehende

⁴ je nach Schulart

⁵ zzgl. Freibeträge für Ehegatten und Kinder

⁶ mit Werbungskosten- und Sozialpauschale sind ca. 450 € frei

⁷ Betreuungskosten werden unterschiedlich übernommen

Natürlich könnte ergänzend noch Anspruch auf weitere Sozialleistungen wie Wohngeld, Kindergeld, Hinterbliebenenrenten o.ä. bestehen.

14. Vollmachten und Verfügungen

Krankheit oder ein Unfall können zur Folge haben, dass man seine persönlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann und auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Der nächste Verwandte oder der Ehegatte kann in solchen Situationen nicht automatisch für die betroffene Person handeln. Es ist daher ratsam, für solche Fälle Vorsorge zu treffen. Die Wahrscheinlichkeit im Alter auf Hilfe angewiesen zu sein, ist sehr hoch.

Die Bundesnotarkammer führt das Zentrale Vorsorgeregister, in das Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen, auch in Verbindung mit Patientenverfügungen, eingetragen werden können. Das erleichtert den Betreuungsgerichten die Suche nach Bevollmächtigten, wenn aus dem privaten Umfeld kein schneller Zugriff auf die nötigen Dokumente sichergestellt ist.

Mit einer Vorsorgevollmacht wird eine Person ermächtigt, bestimmte Angelegenheiten zu regeln. Für die meisten Rechtsgeschäfte genügt eine schriftliche Erklärung, einige Vollmachten müssen jedoch notariell bestätigt werden. Eine Vorsorgevollmacht kann formlos widerrufen werden. Rechtlich kompetente Beratung zu allen Arten von Vollmachten erhalten Sie in den Notariaten. Die Bevollmächtigung kann die Bestellung eines Betreuers überflüssig machen. Die Vollmacht kann so gestaltet werden, dass sie nur gültig ist, wenn die Urkunde im Original vorgelegt wird, d.h. der Bevollmächtigte kann erst handeln, wenn er die Urkunde vom Vollmachtgeber bekommen hat. Wenn Zweifel entstehen, dass der Bevollmächtigte im Interesse des Vollmachtgebers handelt, kann das Gericht eine Überprüfung anordnen. Diese Zweifel muss aber jemand beim Gericht anmelden!

In einer Betreuungsverfügung kann man eine Person vorschlagen, die zum gesetzlichen Betreuer bestellt werden soll. Eine gesetzliche Betreuung wird vom Gericht nur für die Aufgabenkreise eingerichtet, die der Betroffene nicht mehr selbst besorgen kann und stellt keine Entmündigung dar. Der gesetzliche Betreuer wird vom Gericht bestellt und kontrolliert. Das führt natürlich zu mehr Verwaltungsaufwand und Bürokratie, so muss ein gesetzlicher Betreuer z.B. Bücher führen (anders als ein Bevollmächtigter). In Baden-Württemberg fungiert im badischen Landesteil das Amtsgericht als Betreuungsgericht, im württembergischen das Notariat. Beraten lassen kann man sich auch bei Betreuungsvereinen.

In der Patientenverfügung wird bestimmt, welche Handlungen durchgeführt oder unterlassen werden sollen. Sie muss schriftlich verfasst sein, ist keine Unterschrift mehr möglich, ist eine notarielle Beglaubigung notwendig. Eine Patientenverfügung wird nur dann angewendet, wenn der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist. Sie kann jederzeit formlos widerrufen werden. Die Patientenverfügung regelt nicht, welche Personen dafür sorgen, dass der Patientenwille umgesetzt wird. Für den Betreuer oder den Bevollmächtigten ist die Patientenverfügung verbindlich. Über die Inhalte Ihrer Verfügung kann Sie ein Arzt beraten.

In Deutschland existiert für die Organspende die sogenannte Zustimmungsregelung, d.h. es gibt keine Organentnahme ohne Einwilligung. Wenn keine schriftliche Einwilligung oder ein schriftlicher Widerspruch des Patienten vorliegen, so sind dessen nächste Angehörige nach der Einstellung des Patienten zur Organspende zu befragen. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine entsprechende Erklärung nicht bekannt, kann er der Organentnahme zustimmen. Ein Organspenderausweis erleichtert den Angehörigen die Entscheidung. Außerdem kann man bestimmte Organe oder Gewebe von der Spende ausschließen. Der Organspenderausweis wird an keiner öffentlichen Stelle registriert und kann jederzeit neu ausgefüllt oder zurückgezogen werden.

Bei allen Verfügungen ist eine regelmäßige Aktualisierung, z.B. mit dem Satz "Ich will an der vorstehenden Verfügung festhalten", mit Datum und Unterschrift sinnvoll. Es erleichtert dem Gericht die Beurteilung, ob die Verfügung den Willen des Betroffenen aktuell wiedergibt.

Weitere Informationen sowie entsprechende Vorlagen finden Sie hier:

www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=7
www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Betreuungsverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=5
www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Vorsorgevollmacht.pdf?__blob=publicationFile&v=3
www.amtsgericht-calw.de/pb/,Lde/1202060
www.vorsorgeregister.de
www.vdk.de/deutschland/downloadglobalmime/45/VdK-Organspenderausweis.pdf