

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es

Überblick über Rechte und finanzielle Leistungen für Familien mit behinderten Kindern

Katja Kruse



Impressum

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es

Überblick über Rechte und finanzielle Leistungen für Familien mit behinderten Kindern

Autorin

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

Herausgeber

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.
Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf
Tel. 0211 / 64 00 4-0, Fax: 0211 / 64 00 4-20
e-mail: info@bvkm.de
www.bvkm.de

April 2017

Hinweise

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

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

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis	3
Vorbemerkung	7
Abkürzungsverzeichnis	8
A) Leistungen der Krankenversicherung	9
I. Arzneimittel	9
II. Heilmittel	10
III. Hilfsmittel	10
IV. Häusliche Krankenpflege	11
V. Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit	11
VI. Fahrkosten	11
VII. Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder	11
VIII. Zahnersatz	12
IX. Leistungen für Eltern	12
1. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	12
2. Haushaltshilfe	13
3. Begleitperson im Krankenhaus	13
X. Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen	13
B) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	14
I. Leistungen der Pflegeversicherung	15
1. Pflegegrade und Begutachtungssystem	15
2. Überleitung der Altfälle in die neuen Pflegegrade und Besitzstandsschutz	18
3. Begutachtung und Fristen	19
4. Anspruch auf Pflegeberatung	20
5. Leistungen bei häuslicher Pflege	20
a) Pflegesachleistung und Pflegegeld	20
b) Entlastungsbetrag	21
c) Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson	22
d) Pflegehilfsmittel	23

e) Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	23
f) Besondere Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	23
6. Teilstationäre Pflege	23
7. Kurzzeitpflege	23
8. Vollstationäre Pflege	24
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	24
10. Leistungen für Pflegepersonen	24
II. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe	25
III. Hilfe zur Pflege	26
 C) Nachteilsausgleiche	 28
I. Der Schwerbehindertenausweis	29
II. Unentgeltliche Beförderung	30
III. Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson	30
IV. Parkerleichterung	30
V. Ermäßigung des Rundfunkbeitrags	30
 D) Blindengeld und Blindenhilfe	 31
 E) Steuererleichterungen	 31
I. Vergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz	31
II. Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer	32
 F) Kindergeld	 33
 G) Leistungen zum Lebensunterhalt	 34
I. Arbeitslosengeld II	34
II. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	34
 H) Eingliederungshilfe	 36
I. Bundesteilhabegesetz	37
II. Nachrangigkeit der Sozialhilfe	37
III. Einkommens- und Vermögensgrenzen	38

IV. Sonderregelung für Eltern volljähriger Kinder	39
V. Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung	39
VI. Entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen	39
1. Frühförderung	39
2. Kindergarten	39
3. Schule	40
VII. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	40
1. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse	40
2. Förderung der Verständigung	40
3. Hilfen zum Wohnen	41
4. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten	41
5. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	41
6. Hilfsmittel	41
J) Leistungen und Rechte im Rahmen von Ausbildung, Studium und Beruf	42
I. Berufsausbildung	42
II. Studium	42
III. Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	43
1. Integrationsfachdienst	43
2. Unterstützte Beschäftigung	43
3. Begleitende Hilfen im Beruf	43
4. Kündigungsschutz und Zusatzurlaub	44
IV. Werkstatt für behinderte Menschen	44
V. Tagesförderstätten	45
K) Wohnen	45
I. Fördermöglichkeiten für barrierefreies Wohnen	45
II. Leistungen für spezielle Wohnformen	47
1. Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe	47
2. Ambulant betreutes Wohnen	48
L) Das Persönliche Budget	48

M) Zuständiger Kostenträger	49
I. Kostenträger bei besonderen Behinderungsursachen	49
II. Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur Teilhabe	50
N) Verfahrensrecht	50
I. Widerspruchsverfahren	50
II. Klage	50
O) Rechtliche Betreuung	51
P) Das Behindertentestament	51
Literatur	53
Spenden	54

Vorbemerkung

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

Jedes Kapitel enthält außerdem Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Der Zugang dieser Personengruppe zu Sozialleistungen für Menschen mit Behinderung ist in mehrfacher Hinsicht erschwert. Zur Unübersichtlichkeit des Sozialrechts treten sprachliche Barrieren sowie komplizierte ausländerrechtliche Regelungen hinzu. Leistungsausschlüsse können sich in diesen Fällen zum Beispiel aus einem bestimmten Aufenthaltstitel und der Aufenthaltsdauer ergeben oder lediglich auf einzelne Leistungsarten beziehen. Da die diesbezügliche Rechtslage sehr kompliziert und vom Einzelfall abhängig ist, beschränkt sich die Broschüre auf einige erste allgemeine Hinweise. Vertiefende Rechtsratgeber zu den ausländerrechtlichen Fragestellungen werden ebenfalls im Anhang der Broschüre genannt.

Düsseldorf im April 2017

Katja Kruse

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
eA	eingeschränkte Alltagskompetenz
EU	Europäische Union
GdB	Grad der Behinderung
Hrsg.	Herausgeber
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
PB	Persönliches Budget
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	(Recht der) Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB V	(Recht der) Gesetzlichen Krankenversicherung
SGB IX	(Recht der) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	(Recht der) Sozialen Pflegeversicherung
SGB XII	(Recht der) Sozialhilfe
UB	Unterstützte Beschäftigung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
z. B.	zum Beispiel

A) Leistungen der Krankenversicherung

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

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

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Auch ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland leben und Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, können diese Leistungen beanspruchen. Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die in Deutschland einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen oder Arbeitslosengeld II beziehen, sind pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenkasse. Bei ausländischen Staatsangehörigen, die nicht krankenversichert sind und Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen, wird die Krankenbehandlung von der Krankenkasse gegen Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger übernommen. Dasselbe gilt für Asylsuchende und diesen gleichgestellte ausländische Staatsangehörige, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beziehen, wenn sie sich seit 15 Monaten in Deutschland aufhalten. In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts besteht für diese Personengruppe nach dem AsylbLG lediglich ein Anspruch auf die erforderliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Auch sind Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt zu gewähren. Weitere Leistungen können übernommen werden, wenn dies im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern erforderlich ist.

I. Arzneimittel

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

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

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

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

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

II. Heilmittel

Versicherte können folgende Heilmittel beanspruchen:

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

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

III. Hilfsmittel

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

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

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

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

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

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

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

Sozialamt oder der Arbeitsagentur zu leisten sein. Die Abgrenzung, welcher Kostenträger für welches Hilfsmittel zuständig ist, kann sich in Einzelfällen als schwierig erweisen.

IV. Häusliche Krankenpflege

Versicherte haben einen Anspruch darauf, in ihrem Haushalt, in ihrer Familie, in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten häusliche Krankenpflege zu erhalten, wenn dies erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Häusliche Krankenpflege kann z. B. in der Verabreichung von Medikamenten oder Spritzen bestehen. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Krankenpflege nicht von einer im Haushalt lebenden Person ausgeführt werden kann. Bei Menschen mit besonders hohem Pflegebedarf muss die Krankenversicherung auch in Werkstätten für behinderte Menschen häusliche Krankenpflege erbringen.

V. Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Versicherte, die nicht pflegebedürftig sind oder maximal Pflegegrad 1 haben, können von der Krankenkasse Kurzzeitpflege erhalten, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen, um die Versorgung im Haushalt des Versicherten sicherzustellen. Kurzzeitpflege bedeutet, dass der Versicherte für einen begrenzten Zeitraum in einer stationären Einrichtung rund um die Uhr betreut wird. In Betracht kommt dies z. B. bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Der Anspruch ist auf maximal acht Wochen und bis zu 1.612 Euro pro Jahr beschränkt.

Versicherte, die den Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 haben, können Kurzzeitpflege von der Pflegekasse beanspruchen ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel B\) I. 7.\)](#)

VI. Fahrkosten

Fahrkosten, die für Fahrten zur ambulanten Behandlung entstehen, werden nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger ärztlicher Verordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen. Gezahlt werden Fahrten für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die den Pflegegrad 3, 4 oder 5 nachweisen können. Bei Einstufung in den Pflegegrad 3 ist zusätzlich erforderlich, dass die Versicherten wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Für Versicherte, die zum 1. Januar 2017 von der bisherigen Pflegestufe 2 in den Pflegegrad 3 übergeleitet worden sind, gilt Bestandsschutz. Sie müssen die zusätzliche Voraussetzung nicht erfüllen.

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

VII. Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder

Chronisch kranke und schwerstkranke Kinder haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitation Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen. Damit soll die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen im häuslichen Bereich sichergestellt und hierdurch der Übergang von der Akutversorgung in die

Familie erleichtert werden. Zu diesem Zweck werden unter anderem unterstützende Gespräche mit den Eltern und Angehörigen geführt sowie die Anbindung an ambulante Hilfen, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen geplant. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass das Kind das 14. Lebensjahr bzw. in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die sozialmedizinische Nachsorge muss außerdem notwendig sein, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

VIII. Zahnersatz

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

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

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

- ein monatliches Bruttoeinkommen von bis zu 1.190 Euro haben oder
- Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beziehen oder
- Arbeitslosengeld II erhalten oder
- in einem Heim leben, sofern die Kosten der Heimunterbringung durch den Sozialhilfeträger getragen werden.

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

IX. Leistungen für Eltern

Gesetzlich krankenversicherte Eltern können Leistungen von der Krankenkasse erhalten, wenn sie z. B. wegen der Erkrankung ihres Kindes nicht arbeiten können oder erkrankt sind und deshalb Hilfe bei der Betreuung ihrer Kinder und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Leistungen:

1. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Versicherte Eltern, die berufstätig sind, haben Anspruch auf Krankengeld, wenn ein ärztliches Attest bestätigt, dass sie ihr erkranktes Kind pflegen oder betreuen müssen und deshalb nicht zur Arbeit gehen können. Das erkrankte Kind muss gesetzlich krankenversichert sein und darf das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss behindert und auf Hilfe angewiesen

sein. Ferner darf keine andere im Haushalt lebende Person zur Betreuung des Kindes zur Verfügung stehen.

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

2. Haushaltshilfe

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn es ihnen wegen einer Krankenhausbehandlung, einer stationären oder ambulanten Kur oder wegen häuslicher Krankenpflege nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Versicherte erhalten auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. Der Anspruch ist in diesen Fällen auf vier Wochen begrenzt. Lebt im Haushalt ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen.

Ausgeschlossen ist der Anspruch auf Haushaltshilfe in den Fällen, in denen eine im Haushalt lebende Person (z. B. ein dort lebender Großelternteil) den Haushalt weiterführen könnte.

3. Begleitperson im Krankenhaus

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

X. Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen

Alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse leisten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind mit Ausnahme der Zuzahlungen bei Fahrkosten von den Zuzahlungen befreit. Grundsätzlich wird bei allen Leistungen der Krankenkasse eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten erhoben, wobei mindestens 5 Euro höchstens aber 10 Euro je Leistung zu zahlen sind. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie zusätzlich 10 Euro je Verordnung. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen (Krankenhausaufenthalt) werden je Kalendertag 10 Euro erhoben.

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

Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt vor, wenn sich der Versicherte in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal) und zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III vor. (Beachte: Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Ratgebers im April 2017 war hinsichtlich dieses Kriteriums noch keine Anpassung der Chroniker-Richtlinie an die zum 1. Januar 2017 eingeführten Pflegegrade ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel B\) I. 1.](#)) erfolgt.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Dem Versicherten wurde ferner ärztlich bestätigt, dass er sich therapiegerecht verhält.

Auch gesetzlich versicherte **Heimbewohner** sowie Versicherte, die Arbeitslosengeld II oder Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beziehen, sind dazu verpflichtet, Zuzahlungen zu leisten. Bei diesem Personenkreis beläuft sich die Belastungsgrenze auf 98,16 Euro (2 Prozent der Bruttoeinnahmen) oder – wenn der Betroffene an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet – auf 49,08 Euro (1 Prozent der Bruttoeinnahmen).

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

B) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden in der Regel von der Pflegeversicherung gewährt. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit einer gesetzlich festgelegten Schwere bestehen. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung ist im Sozialgesetzbuch XI geregelt. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung richten sich nach dem Pflegeversicherungsvertrag. Dieser muss Leistungen vorsehen, die denen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert war.

Durch das **Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** ist zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI eingeführt wurde. Statt der bisherigen drei Pflegestufen gibt es jetzt fünf Pflegegrade. Das Begutachtungssystem, nach dem der Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt wird, wurde dazu auf eine neue Grundlage gestellt. Wer bereits am 31. Dezember 2016 pflegebedürftig war, wurde ohne erneute Begutachtung in das neue System übergeleitet.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

In Deutschland lebende Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die Mitglied einer gesetzlichen Pflegeversicherung sind, können die im SGB XI geregelten Leistungen ebenfalls beanspruchen. Ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen oder Arbeitslosengeld II beziehen, sind pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegekasse.

I. Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf häusliche, teilstationäre und vollstationäre Pflege. Ob und in welcher Höhe Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung bestehen, hängt vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ab. Die Pflegeversicherung unterscheidet fünf Pflegegrade. Viele Leistungen werden nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Der Gesetzgeber begründet dies damit, dass die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 gering seien und lediglich Teilhilfen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung erforderten. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben deshalb nur begrenzten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

1. Pflegegrade und Begutachtungssystem

Neu ist seit 2017, dass sich der Pflegegrad anhand der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bemisst. Bislang waren bestimmte Zeitwerte für die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgeblich. Wer früher einen täglichen Hilfebedarf für die Pflege von drei Stunden hatte, wurde z. B. der Pflegestufe II zugeordnet. Mit dem neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) wird bei Personen, die ab dem 1. Januar 2017 erstmals einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen (Neufälle), der Grad ihrer Selbstständigkeit bei Aktivitäten in insgesamt sechs pflegerelevanten Bereichen erfasst. Dazu gehören z. B. die Bereiche Mobilität sowie kognitive und kommunikative Fähigkeiten. Das Begutachtungssystem berücksichtigt damit auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischen Einschränkungen, was bisher nicht möglich war. Die eingeschränkte Alltagskompetenz wird deshalb nicht mehr gesondert geprüft und die frühere Unterscheidung von Pflegebedürftigen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz entfällt.

Jeder der sechs pflegerelevanten Bereiche umfasst eine Gruppe artverwandter Kriterien, die im Hinblick auf die selbstständige Ausführung durch den Pflegebedürftigen begutachtet werden. Im Bereich Mobilität wird zum Beispiel erfasst, ob und inwieweit der Pflegebedürftige imstande ist, selbstständig Treppen zu steigen oder sich umzusetzen. Bei der Ermittlung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit fallen die einzelnen Bereiche prozentual unterschiedlich ins Gewicht. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die begutachtungsrelevanten Bereiche und deren Gewichtung bei der Ermittlung des Pflegegrades.

Bereich:	Umfasst unter anderem folgende Kriterien:	Gewichtung:
1. Mobilität	Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Risiken und Gefahren	zusammen: 15 %
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Ängste	
4. Selbstversorgung	Waschen, Essen, Trinken, An- und Ausziehen, Benutzen einer Toilette	40 %
5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Wundversorgung, Katheterisierung, Arztbesuche, Einhalten einer Diät	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens	Gestaltung des Tagesablaufs, Sichbeschäftigen, Kontaktpflege	15 %

Tabelle: Pflegerelevante Bereiche und deren Gewichtung

Konkret wird der Pflegegrad dadurch ermittelt, dass für jedes Kriterium eines Bereichs zunächst Einzelpunkte erfasst werden. Ist der Pflegebedürftige z. B. imstande, ohne Hilfe, also selbstständig, eine Treppe zu steigen, werden dazu 0 Einzelpunkte vermerkt. Muss er dagegen getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, um die Treppe zu überwinden, ist er hinsichtlich dieses Kriteriums unselbstständig, was mit 3 Einzelpunkten bewertet wird. Die Summe der Einzelpunkte eines Bereichs wird sodann nach einer gesetzlich vorgegebenen Tabelle in gewichtete Punkte umgewandelt. Liegt die Summe der Einzelpunkte eines Pflegebedürftigen im Bereich Mobilität zum Beispiel im Punktbereich zwischen 10 bis 15, entspricht dies 10 gewichteten Punkten. Eine Besonderheit besteht bei den Bereichen 2 („Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“) und 3 („Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“). Hier gehen nicht beide Werte, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung ein. Hintergrund ist, dass es zwischen beiden Bereichen Überschneidungen gibt und kognitive und psychische Problemlagen nicht mehrfach gewertet werden sollen.

Aus den gewichteten Punkten aller sechs Bereiche sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Nach Maßgabe dieser Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen einem der fünf Pflegegrade zuzuordnen.

Pflegegrad	Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit	Gesamtpunkte
1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit	ab 12,5 bis unter 27
2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit	ab 27 bis unter 47,5
3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit	ab 47,5 bis unter 70
4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit	ab 70 bis unter 90
5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 bis 100

Tabelle: Die fünf neuen Pflegegrade

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf aufweisen, können dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Als besondere Bedarfskonstellation ist bisher ausschließlich die **Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine** anerkannt. Sie kann z. B. bei Menschen im Wachkoma vorkommen oder durch hochgradige Kontrakturen, Versteifungen, hochgradigen Tremor und Rigor oder Athetose bedingt sein. Zu bejahen ist die Gebrauchsunfähigkeit auch, wenn eine minimale Restbeweglichkeit der Arme noch vorhanden ist, z. B. die Person mit dem Ellenbogen noch den Joystick eines Rollstuhls bedienen kann, oder nur noch unkontrollierbare Greifreflexe bestehen.

Bei **pflegebedürftigen Kindern** wird der Pflegegrad – wie bisher auch – durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Für Kinder von 0 bis 18 Monaten gelten außerdem Sonderregelungen, da Kinder dieser Altersgruppe von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig sind. Bei ihnen werden nur die altersunabhängigen Bereiche 3 („Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“) und 5 („Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen“) beurteilt. Anstelle des Bereichs 4 („Selbstversorgung“) wird lediglich abgefragt, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen. Ist das zu bejahen, wird dies mit 20 Einzelpunkten bewertet. Darüber hinaus werden Kinder dieser Altersgruppe bei gleicher Einschränkung um einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder oder Erwachsene. Ergibt die Begutachtung eines sechs Monate alten Kindes z. B. eine Gesamtpunktzahl, die zwischen 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten liegt, wird es nicht in den Pflegegrad 2 sondern in den Pflegegrad 3 eingruppiert. Hierdurch werden häufige Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten vermieden.

Im Rahmen der Begutachtung sind auch Feststellungen zur Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in zwei weiteren Bereichen, nämlich außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung zu treffen. Der Bereich außerhäusliche Aktivitäten umfasst unter anderem die Kriterien Fortbewegen außerhalb der Wohnung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz oder Werkstatt für behinderte Menschen. Im Bereich Haushaltsführung wird unter anderem abgestellt auf die Kriterien Einkauf, Zubereitung

einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten sowie Umgang mit Behördenangelegenheiten. Die Prüfergebnisse dieser Bereiche gehen nicht in die Bewertung der Pflegebedürftigkeit ein. Sie dienen lediglich dazu, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und die sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung zu ermöglichen.

2. Überleitung der Altfälle in die neuen Pflegegrade und Besitzstandsschutz

Bisherige Leistungsbezieher (Altfälle) sollen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als nach der bis 31. Dezember 2016 geltenden Rechtslage. Daher sind sie – ohne dass es hierfür eines weiteren Antrags oder einer erneuten Begutachtung bedurfte – grundsätzlich in einen Pflegegrad übergeleitet worden, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Die Überleitung erfolgte für Menschen mit körperlichen Einschränkungen nach der Grundregel „plus 1“ (sogenannter einfacher Stufensprung). Sie sind beispielsweise von der Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 2 gelangt. Für Pflegebedürftige, die nach früherem Recht in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt (eA) waren, wurde die Regel „plus 2“ (sogenannter doppelter Stufensprung) angewandt. Das heißt, sie wurden in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet.

Bisherige Pflegestufe nach altem Recht (bis 31.12.2016)	Pflegegrad für Altfälle nach neuem Recht (ab 1.1.2017)
0 plus eA	2
I	2
I plus eA	3
II	3
II plus eA	4
III	4
III plus eA	5
III plus Einstufung als Härtefall nach altem Recht	5

Tabelle: Überleitung der Altfälle in die neuen Pflegegrade

Der Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergibt, besteht grundsätzlich bis zu einer erneuten Begutachtung. Soweit sich durch die Neubegutachtung keine Anhebung des Pflegegrads oder die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, ergibt, kann der Versicherte auf Wunsch in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, verbleiben. Damit wird auch für die Zukunft gewährleistet, dass Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 anspruchsberechtigt waren, aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als nach dem bisherigen Recht.

Für die Fälle, in denen die Überleitung dazu führt, dass Leistungsberechtigte betragsmäßig niedrigere Ansprüche als bisher haben, sieht das Gesetz **Besitzstandsregelungen** vor. In der Regel kommen diese jedoch nicht zur Anwendung, da in fast allen Bestandsfällen ab 2017 höhere Leistungen beansprucht werden können.

Auch die Einführung des für alle Pflegebedürftigen **einheitlichen Entlastungsbetrages** von monatlich 125 Euro ([siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter B\) I. 5. b\)](#)), mit dem die zusätzlichen Betreuungsleistungen in Höhe von 208 Euro für Personen mit einem erhöhten allgemeinen Betreuungsbedarf abgeschafft wurden, führt bei den meisten Leistungsbeziehern nicht zum Verlust von Leistungsansprüchen. In der Regel steigen nämlich die jeweiligen Ansprüche der Leistungsberechtigten, die bislang 208 Euro beanspruchen konnten, durch die Überleitung in die neuen Pflegegrade um mehr als 83 Euro, so dass hierdurch der fehlende Differenzbetrag zwischen 125 Euro und 208 Euro ausgeglichen wird. Die einzigen Leistungsberechtigten, auf die dies nicht zutrifft, sind Pflegebedürftige, die nach der bis 31. Dezember 2016 geltenden Rechtslage eine Anerkennung als **Härtefall in der Pflegestufe III** hatten und bei denen **zusätzlich eine erhöhte eingeschränkte Alltagskompetenz** festgestellt wurde. Diese können nämlich sowohl nach der alten als auch nach der neuen Rechtslage Sachleistungen in Höhe von monatlich 1.995 Euro beanspruchen. Mangels einer Erhöhung dieses Leistungsanspruchs steht dieser Personengruppe deshalb ab 2017 ein monatlicher Zuschlag in Höhe von 83 Euro auf den Entlastungsbetrag zu. Umstritten ist, ob die Gewährung des Zuschlags davon abhängig ist, dass der Pflegebedürftige - zumindest teilweise - Pflegesachleistungen in Anspruch nimmt.

Für die **Rentenansprüche** von Pflegepersonen ([siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter B\) I. 10.\)](#), ist ebenfalls eine Besitzstandsschutzregelung vorgesehen: Für Pflegepersonen, die als solche schon unmittelbar vor der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade rentenversichert waren, werden die Rentenversicherungsbeiträge ab dem Umstellungszeitpunkt auf Basis des am 31. Dezember 2016 geltenden Rechts weitergezahlt, wenn diese höher sind als nach neuem Recht.

3. Begutachtung und Fristen

Grundsätzlich gilt, dass die Pflegekasse spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags schriftlich darüber entscheiden muss, ob dem Antragsteller Leistungen der Pflegeversicherung gewährt werden. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten über die Feststellung des Grads der Pflegebedürftigkeit übersandt wird. Wenn die Pflegekasse diese Frist nicht einhält, muss sie für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zahlen. Aufgrund der Umstellung auf das neue Begutachtungsverfahren müssen sich die Pflegekassen in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017 übergangsweise nicht an diese Frist halten.

Zuständig für die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Pflegekassen können auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen. Bei einem Hausbesuch wird anhand eines Formulargutachtens ermittelt, ob und in welchem Ausmaß in den einzelnen Bereichen Mobilität, Selbstversorgung etc. gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bestehen. Um sich auf diesen Besuch gezielt vorzubereiten, empfiehlt es sich, ein **Pflegetagebuch** zu führen, in dem die Hilfen, die der Pflegebedürftige im täglichen Leben benötigt, dokumentiert werden.

4. Anspruch auf Pflegeberatung

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

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

5. Leistungen bei häuslicher Pflege

Wird ein pflegebedürftiger Mensch in seinem eigenen Haushalt oder in einem Haushalt gepflegt, in den er aufgenommen worden ist, hat er Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege.

a) Pflegesachleistung und Pflegegeld

Bei häuslicher Pflege können pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 entweder Pflegesachleistung oder Pflegegeld beanspruchen. **Pflegesachleistung** bedeutet, dass professionelle Pflegekräfte die Versorgung übernehmen. Dies geschieht in der Regel durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst. Wie bisher umfasst die Sachleistung körperbezogene Pflegemaßnahmen (wie z. B. Unterstützung beim Duschen, An- und Ausziehen, Benutzen einer Toilette) und Hilfen bei der Haushaltsführung (wie beispielsweise Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung). Neu ist, dass auch **pflegerische Betreuungsmaßnahmen** – wie z. B. die Unterstützung bei Hobby und Spiel oder die Begleitung zu Spaziergängen in der näheren Umgebung - als gleichwertige und regelhafte Leistungen von den Pflegediensten erbracht werden dürfen. Nach der bis 31. Dezember 2016 geltenden Rechtslage war dies nur möglich, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt waren.

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

Seit 1. Januar 2017 sind folgende Beträge für die Pflegesachleistung und das Pflegegeld vorgesehen:

Pflegegrad	Pflegegeld monatlich	Pflegesachleistung monatlich bis zu
1	----	---
2	316 Euro	689 Euro
3	545 Euro	1.298 Euro
4	728 Euro	1.612 Euro
5	901 Euro	1.995 Euro

Tabelle: Pflegesachleistung und Pflegegeld

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

b) Entlastungsbetrag

Alle Pflegebedürftigen haben ferner bei häuslicher Pflege Anspruch auf einen **Entlastungsbetrag** in Höhe von monatlich 125 Euro. Im Gegensatz zur bis 31. Dezember 2016 geltenden Rechtslage ist dieser Betrag seit 2017 für alle Pflegebedürftigen gleich hoch. Bislang belief er sich – je nach Ausmaß des allgemeinen Betreuungsbedarfs - auf 104 oder 208 Euro im Monat (zu der Besitzstandsschutzregelung, die insoweit in Ausnahmefällen greift, [siehe die Ausführungen in diesem Kapitel unter B\) I. 2.\)](#).

Der Entlastungsbetrag steht nicht zur freien Verfügung, sondern wird von der Pflegekasse als Kostenerstattung geleistet, wenn der Pflegebedürftige nachweist, dass er bestimmte qualitätsgesicherte Leistungen zur Förderung seiner Selbstständigkeit im Alltag oder zur Entlastung pflegender Angehöriger in Anspruch genommen hat. Dazu gehören

- die Leistungen der Tages- und Nachtpflege,
- die Leistungen der Kurzzeitpflege,
- die Leistungen der ambulanten Pflegedienste und
- die Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Hinsichtlich der Angebote von ambulanten Pflegediensten gilt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Einschränkung, dass der Entlastungsbetrag nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (also z. B. nicht für die Unterstützung beim An- und Ausziehen oder beim Toilettengang) eingesetzt werden darf. Er kann aber z. B. für die Hilfe bei Reinigungsarbeiten und der Wäschepflege verwendet werden.

Nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag werden z. B. von Familienentlastenden Diensten, ehrenamtlichen Helferkreisen sowie Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen erbracht. Sie können die Betreuung von Pflegebedürftigen, Hilfen bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben, wie z. B. Haushaltsführung, Umgang mit Behörden oder Begleitung zum Einkauf sowie die organisatorische, beratende und emotionale Unterstützung pflegender Angehöriger beinhalten. Für diese Angebote können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 außerdem bis zu 40 Prozent ihres Pflegesachleistungsbetrages verwenden (sogenannter **Umwandlungsanspruch**, früher „Sachleistungsbudget“ genannt). Ein Versicherter mit Pflegegrad 4, der einen Pflegesachleistungsanspruch von 1.612 Euro hat, kann also zusätzlich zum Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro bis zu 644,80 Euro im Monat für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen. Macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, verringert sich sein Anspruch auf Pflegesachleistung um einen entsprechenden Betrag.

Wird der Entlastungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann er in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

c) Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflege bezahlen (sogenannte **Verhinderungspflege**). Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen für die Ersatzpflege sind unabhängig von der Pflegestufe grundsätzlich auf bis zu 1.612 Euro im Jahr begrenzt. Allerdings besteht die Möglichkeit, den Betrag um bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege aufzustocken. Für die Ersatzpflege stehen in diesem Fall maximal 2.418 Euro pro Jahr zur Verfügung. Machen Versicherte von diesem Wahlrecht Gebrauch, verringert sich ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege um einen entsprechenden Betrag.

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

Die Ersatzpflege kann sowohl von Privatpersonen als auch z. B. durch ambulante Pflegedienste oder Familienunterstützende Dienste geleistet werden. Ist die Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert (dies trifft z. B. auf Großeltern gegenüber einem pflegebedürftigem Enkelkind zu) oder lebt sie mit ihm in häuslicher Gemeinschaft, wird die Verhinderungspflege grundsätzlich nur in Höhe des jeweiligen Pflegegeldes gewährt. Zusätzlich kann die Pflegeversicherung in diesen Fällen nachgewiesene Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (z. B. Verdienstausschlag, Fahrtkosten) übernehmen.

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

d) Pflegehilfsmittel

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

e) Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes pflegebedürftiger Menschen (behindertengerechte Ausstattung des Bades, Einbau eines Treppenlifts etc.) können bis zu 4.000 Euro je Maßnahme gewährt werden. Als „Maßnahme“ wird dabei die Gesamtheit der Umbauten oder Beschaffungen bezeichnet, die zum Zeitpunkt der Antragstellung notwendig sind.

f) Besondere Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

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

Pflegebedürftige, die in solchen Wohngruppen leben, erhalten neben dem Pflegegeld, der Pflegezuschlagleistung oder dem Entlastungsbetrag einen **pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro** monatlich. Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag ist unter anderem, dass mindestens drei der Bewohner einen Pflegegrad haben. Außerdem müssen die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich eine Person beauftragen, die allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Versicherte, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben und eine ambulant betreute Wohngruppe neu gründen, erhalten pro Person für die altersgerechte oder **barrierearme Umgestaltung der Wohnung** eine Förderung in Höhe von 2.500 Euro. Der Gesamtbetrag für eine Wohngemeinschaft ist auf 10.000 Euro begrenzt. Die Förderung endet, wenn die hierfür zur Verfügung gestellte Summe von 30 Millionen Euro aufgebraucht ist.

6. Teilstationäre Pflege

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der **Tages- oder Nachtpflege**, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Der Pflegebedürftige wird in diesen Fällen zeitweise im Tagesverlauf in einer stationären Einrichtung versorgt. Pro Monat umfasst der Anspruch je nach Pflegegrad Leistungen von 689 bis zu 1.995 Euro.

7. Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise in bestimmten Situationen (z. B. während des Erholungsurlaubs der Pflegeperson oder nach einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen) nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, haben Pflegebedürftige der Pflegegrade

2, 3, 4 und 5 Anspruch auf **Kurzzeitpflege**. Kurzzeitpflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum in einer stationären Einrichtung rund um die Uhr betreut wird. In der Regel handelt es sich dabei um Pflegeeinrichtungen, die in erster Linie auf die Betreuung alter pflegebedürftiger Menschen und nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind. In begründeten Einzelfällen können Pflegebedürftige deshalb Kurzzeitpflege auch in **Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe** erhalten. Kurzzeitpflege kann ferner ausnahmsweise in einer **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** erbracht werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der pflegende Angehörige dort eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt und eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung erforderlich ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr sowie einen jährlichen Betrag von 1.612 Euro beschränkt. Es besteht aber die Möglichkeit, den Betrag um bis zu 1.612 Euro aus Mitteln der Verhinderungspflege aufzustocken. Für die Kurzzeitpflege stehen in diesem Fall maximal 3.224 Euro pro Jahr zur Verfügung. Entscheiden sich Pflegebedürftige für die Aufstockung ihrer Kurzzeitpflege, verringert sich ihr Anspruch auf Verhinderungspflege um einen entsprechenden Betrag. Während der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege wird die **Hälfte des Pflegegeldes** weitergezahlt.

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können unter bestimmten Voraussetzungen Kurzzeitpflege von der Krankenkasse erhalten ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel A\) V.\)](#)).

8. Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch darauf, dauerhaft Pflege in einer vollstationären **Pflegeeinrichtung** zu erhalten. Pro Monat umfasst der Anspruch je nach Pflegegrad Leistungen von 770 bis zu 2.005 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bei vollstationärer Pflege einen Zuschuss in Höhe von monatlich 125 Euro.

9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für die Pflege in einer **vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen** (z. B. in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderung oder einem Internat für Schüler mit Förderbedarf) erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 maximal 266 Euro im Monat. Die Pflege ist in diesen Einrichtungen integraler Bestandteil der Eingliederungshilfe, weshalb der übrige Hilfebedarf vom Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe zu finanzieren ist ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel K\) II. 1.\)](#)). Sind pflegebedürftige Heimbewohner am **Wochenende** oder in den Ferien zu Besuch bei ihren Eltern, können sie anteilig für jeden Tag der häuslichen Pflege 1/30 des jeweiligen Pflegegeldes ausgezahlt bekommen (bei Pflegegrad 5 mit einem monatlichen Pflegegeld von 901 Euro also 30,03 Euro pro Tag). An- und Abreisetage zählen dabei jeweils als volle Tage.

10. Leistungen für Pflegepersonen

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

Ist die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig und umfasst die Pflege wenigstens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, entrichtet die Pflegeversicherung außerdem Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen **Rentenversicherung**. Der erforderliche Mindestpflegeaufwand muss nicht zwingend bei einem Pflegebedürftigen anfallen. Vielmehr können alle Pflegezeiten, die bei der Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen, entstehen, zusammengerechnet werden. Bei dem bzw. den Pflegebedürftigen muss mindestens der Pflegegrad 2 anerkannt sein. Die Rentenversicherungsbeiträge werden auch für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson weitergezahlt. Die Pflegeperson kann sich darüber hinaus freiwillig selbst gegen Arbeitslosigkeit versichern.

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben ferner unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch darauf, sich ganz oder teilweise für unterschiedliche Zeiträume von der Arbeit freistellen zu lassen, um in dieser Zeit die Pflege für einen nahen Angehörigen sicherzustellen. Nahe Angehörige sind z. B. Kinder, Eltern, Ehegatten und Geschwister. Der nahe Angehörige muss mindestens in Pflegegrad 1 eingestuft sein. Während der pflegebedingten Freistellung darf das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt werden. Die folgenden drei Freistellungsmöglichkeiten gibt es:

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

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

Im **Familienpflegezeitgesetz** ist schließlich für Berufstätige eine dritte Freistellungsmöglichkeit geregelt. Nach diesem Gesetz haben Arbeitnehmer Anspruch darauf, ihre Arbeitszeit für eine Dauer von maximal 24 Monaten auf ein Minimum von 15 Wochenstunden verkürzen, wenn sie einen nahen Angehörigen zuhause pflegen (sogenannte **Familienpflegezeit**). Voraussetzung für den Anspruch ist, dass der Freistellungsberechtigte in einem Unternehmen tätig ist, das mehr als 25 Beschäftigte hat. Während der Familienpflegezeit hat der Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen. Das Darlehen deckt die Hälfte des durch die Arbeitsreduzierung fehlenden Nettogehalts ab und muss im Anschluss an die Familienpflegezeit zurückgezahlt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit sind zusammen auf eine Gesamtdauer von 24 Monate begrenzt. Neben häuslicher Pflege ist bei minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen auch die außerhäusliche Betreuung einbezogen. Berufstätige Eltern können deshalb z. B. auch dann Pflegezeit oder Familienpflegezeit beanspruchen, wenn ihr pflegebedürftiges Kind in einem Hospiz versorgt wird.

II. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist vermehrt mit Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Eingliederungshilfe

(zum Inhalt dieser Leistungen [siehe die Ausführungen in Kapitel H](#)) zu rechnen. **Schnittstellen** können sich vor allem bei den **pflegerischen Betreuungsmaßnahmen** im häuslichen Umfeld ergeben. Diese Maßnahmen dürfen nun regelhaft von den ambulanten Pflegediensten erbracht werden ([siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter B\) 1. 5. a\)](#)) und können beispielsweise die Unterstützung bei Freizeitaktivitäten beinhalten. Dazu gehören unter anderem die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechte Beschäftigungen im Alltag. Streitig kann es im Einzelfall sein, ob diese Maßnahmen der Pflege oder der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind.

Aufgrund des **Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III)** ist deshalb zum 1. Januar 2017 die Koordinierungsvorschrift beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe verschärft worden. Haben Leistungsberechtigte Anspruch auf beide Leistungen, müssen die zuständigen Leistungsträger nunmehr vereinbaren, dass der Träger der Eingliederungshilfe die Leistungen der Pflegeversicherung übernimmt und wie die Leistungen gegenüber dem Leistungsberechtigten konkret durchzuführen sind. Dabei sind bestehende Wunsch- und Wahlrechte des Leistungsberechtigten zu beachten. Unter anderem aus datenschutzrechtlichen Gründen muss der Leistungsberechtigte der Vereinbarung zustimmen. Verweigert er die Zustimmung, darf sie nicht abgeschlossen werden und der Leistungsberechtigte erhält die Leistungen vom jeweiligen Leistungsträger getrennt.

III. Hilfe zur Pflege

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

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit:

Grundsätzlich haben Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich tatsächlich in Deutschland aufhalten, unter den nachfolgend dargestellten Voraussetzungen ebenfalls Anspruch auf Hilfe zur Pflege. Ausgeschlossen ist die Leistung aber für ausländische Staatsangehörige, die kein Aufenthaltsrecht haben oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt sowie für ausländische Staatsangehörige, die nach Deutschland eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen. Ferner besteht für ausländische Staatsangehörige während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland kein Anspruch auf Hilfe zur Pflege. Asylsuchende und ihnen gleichgestellte ausländische Staatsangehörige können ebenfalls keine Hilfe zur Pflege beanspruchen. Beziehen sie Leistungen nach dem AsylbLG und halten sie sich bereits seit 15 Monaten in Deutschland auf, sind ihnen aber entsprechende Leistungen zu gewähren. In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts können dieser Personengruppe Leistungen zur Sicherstellung der Pflege gewährt werden, wenn dies im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern erforderlich ist.

Als **bedarfsdeckendes Leistungssystem** hat das Sozialhilferecht eine Auffangfunktion. Vorrangig sind zunächst andere Sozialleistungsträger zur Leistung verpflichtet. Wer Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI hat, kann deshalb für den gleichen Bedarf keine Hilfe zur Pflege erhalten

Durch das **Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zum 1. Januar 2017 auch in der Hilfe zur Pflege eingeführt worden. Beide Begriffe sind dadurch jetzt im Wesentlichen inhaltsgleich. Ein Unterschied besteht nur noch hinsichtlich der Mindestdauer der

Pflegebedürftigkeit. Während Pflegebedürftige nach dem SGB XI nur dann Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, wenn die Pflegebedürftigkeit für mindestens sechs Monate besteht, wird Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII auch in den Fällen geleistet, in denen die Pflegebedürftigkeit für einen geringeren Zeitraum besteht. Im Gegensatz zur bis 31. Dezember 2016 geltenden Rechtslage, wonach Hilfe zur Pflege auch bei geringerem Hilfebedarf (sogenannte Pflegestufe Null) geleistet werden konnte, werden seit 1. Januar 2017 nach beiden Leistungssystemen nur noch Leistungen an Pflegebedürftige gewährt, die mindestens in den Pflegegrad 1 eingestuft sind. Personen, die im Begutachtungsverfahren weniger als 12,5 Gesamtpunkte und daher **keinen Pflegegrad** erreichen, erhalten deshalb nach der neuen Rechtslage weder Leistungen der Pflegeversicherung noch Leistungen der Hilfe zur Pflege.

Da die Pflegeversicherung aufgrund ihrer begrenzten Leistungsbeträge nur eine Teilabsicherung des Pflegebedarfs gewährleistet, kommt Hilfe zur Pflege nach wie vor in erster Linie als **aufstockende Leistung** in den Fällen in Betracht, in denen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den vollständigen Pflegebedarf eines pflegebedürftigen Menschen zu decken. Konkret bedeutet das: Stellt ein Pflegebedürftiger mit dem Pflegegrad 3 seine Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst sicher und reichen die ihm hierfür von der Pflegeversicherung monatlich zur Verfügung gestellten Pflegesachleistungen in Höhe von 1.298 Euro nicht aus, um den notwendigen Pflegebedarf zu decken, kann er unter Umständen ergänzend Hilfe zur Pflege beanspruchen.

Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben Pflegebedürftige nur, wenn sie sozialhilferechtlich bedürftig sind, also die Pflegeleistungen nicht mit ihrem Einkommen oder Vermögen sicherstellen können. Bei minderjährigen Pflegebedürftigen ist das Einkommen und Vermögen der Eltern maßgeblich. Vom **Einkommen** sind zunächst darauf entrichtete Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und andere notwendige Ausgaben abzuziehen (sogenannte „Bereinigung“ des Einkommens). Seit 1. Januar 2017 können erwerbstätige Pflegebedürftige außerdem einen besonderen **Freibetrag** von ihrem Einkommen in Abzug bringen. Dieser beläuft sich auf 40 Prozent des Einkommens aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit und ist der Höhe nach begrenzt auf 65 Prozent der Regelbedarfsstufe 1. Aktuell beläuft sich der maximale Freibetrag daher auf 265,85 Euro (Stand: 2017). Das um die vorgenannten Beträge „bereinigte“ Einkommen muss nicht in vollem Umfang für die Hilfe zur Pflege eingesetzt werden, sondern nur insoweit, als es eine bestimmte gesetzlich festgelegte Einkommensgrenze überschreitet.

Die **Einkommensgrenze** wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 818 Euro (Stand: 2017) sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den Ehegatten sowie für jede Person, die von dem Pflegebedürftigen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 286 Euro (Stand: 2017). Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Hilfe zur Pflege einzusetzen. Für blinde Menschen sowie Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen.

Neben dem Einkommen müssen Pflegebedürftige grundsätzlich auch ihr gesamtes verwertbares **Vermögen** zur Deckung ihres Pflegebedarfs einsetzen. Bestimmte Vermögenswerte werden jedoch vom Gesetzgeber geschützt, bleiben also bei der Bedürftigkeitsprüfung unberücksichtigt. Dazu gehört z. B. ein angemessenes Hausgrundstück, das vom Pflegebedürftigen bewohnt wird. Geschützt sind auch Barbeträge oder sonstige Geldwerte (z. B. Spar- oder Kontoguthaben) bis zu einem gesetzlich festgelegten Betrag. Dieser beläuft sich seit 1. April 2017 auf 5.000 Euro. Neu ist außerdem, dass für jede volljährige Person, deren Einkommen und Vermögen für die Gewäh-

rung von Sozialhilfe maßgeblich ist (das können neben dem Pflegebedürftigen selbst unter anderem dessen Ehegatte oder bei minderjährigen Pflegebedürftigen deren Eltern sein), jeweils 5.000 Euro berücksichtigt werden. Für jede Person, die vom Pflegebedürftigen oder seinen Eltern oder seinem Ehegatten überwiegend unterhalten wird, kommen ferner 500 Euro hinzu.

Konkret bedeutet das: Gehören zur Familie eines minderjährigen Pflegebedürftigen beide Elternteile sowie ein Geschwisterkind beläuft sich der Vermögensfreibetrag auf 11.000 Euro. Der Freibetrag setzt sich wie folgt zusammen:

Mutter:	5.000 Euro
Vater:	5.000 Euro
Pflegebedürftiges Kind:	500 Euro
Geschwisterkind:	500 Euro
Summe:	11.000 Euro

Zusätzlich zum Vermögensfreibetrag von 5.000 Euro sind seit 1. Januar 2017 maximal weitere 25.000 Euro geschützt, wenn dieser Betrag ganz oder überwiegend als Einkommen aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit des leistungsberechtigten Pflegebedürftigen während des Leistungsbezugs erworben wird. Mit dieser Regelung soll die Leistung von pflegebedürftigen Menschen anerkannt werden, die trotz ihrer Einschränkung einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Regelung greift also nicht zugunsten minderjähriger Pflegebedürftiger, bei denen es auf das Vermögen der Eltern ankommt.

Der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger behinderter Menschen für Leistungen der Hilfe zur Pflege beschränkt sich auf 32,42 Euro im Monat. Eine Einkommens- und Vermögensprüfung findet in diesem Fall nicht statt.

Weiterführende Literatur

- *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS (Hrsg.): Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung – Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit*

C) Nachteilsausgleiche

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

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

I. Der Schwerbehindertenausweis

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

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

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

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

Die **Taubblindheit** (Merkzeichen „TBl“) ist seit dem 30. Dezember 2016 als Behinderung eigener Art anerkannt. Das Merkzeichen wird zuerkannt, wenn ein schwerbehinderter Mensch wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen GdB von 70 und wegen der Störung des Sehvermögens einen GdB von 100 hat. Die Bedarfe taubblinder Menschen sind sehr unterschiedlich. Ein bestimmter Nachteilsausgleich ist diesem Merkzeichen deshalb bislang nicht zugeordnet.

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

II. Unentgeltliche Beförderung

Schwerbehinderte Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt (Merkzeichen „G“ bzw. „aG“) oder hilflos (Merkzeichen „H“) oder gehörlos (Merkzeichen „Gl“) sind, können beim Versorgungsamt für 80 Euro im Jahr eine **Wertmarke** kaufen und damit öffentliche Nahverkehrsmittel unentgeltlich nutzen. Ist das Merkzeichen „H“ oder „Bl“ eingetragen, wird die Wertmarke auf Antrag unentgeltlich abgegeben. Kostenlos wird die Wertmarke ferner dann ausgegeben, wenn der freifahrtberechtigte schwerbehinderte Mensch für den laufenden Lebensunterhalt Leistungen nach dem SGB XII (also z. B. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) bezieht. Auch Züge des Nahverkehrs der Deutschen Bahn AG dürfen in der 2. Wagenklasse unentgeltlich genutzt werden. Bei zuschlagpflichtigen Zügen ist allerdings der tarifmäßige Zuschlag zu entrichten.

III. Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson

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

IV. Parkerleichterung

Außergewöhnlich gehbehinderte Menschen (Merkzeichen „aG“), blinde Menschen (Merkzeichen „Bl“), Menschen, denen beide Arme fehlen sowie Menschen, bei denen Hände und Füße unmittelbar am Rumpf ansetzen, können vom Straßenverkehrsamt einen Parkausweis erhalten, der es ihnen beispielsweise erlaubt, ihr Kfz im eingeschränkten Halteverbot oder auf Parkplätzen zu parken, die durch ein Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichnet sind.

V. Ermäßigung des Rundfunkbeitrags

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

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

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

Weiterführende Literatur

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.):

- *Behinderung und Ausweis.*
- *Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben und Nachteilsausgleiche für (schwer-) behinderte Menschen*

D) Blindengeld und Blindenhilfe

Blinde Menschen erhalten nach den Landesblindengeldgesetzen ein monatliches Blindengeld. Voraussetzungen und Höhe der Leistung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Soweit das Blindengeld niedriger ist als die Blindenhilfe, die nach dem Sozialgesetzbuch XII (Recht der Sozialhilfe) gewährt wird, besteht Anspruch auf den Differenzbetrag, wenn im Einzelfall die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Für minderjährige blinde Menschen beträgt die Blindenhilfe 341,44 Euro und für Erwachsene 681,70 Euro im Monat. Weder Landesblindengeld noch Blindenhilfe erhalten blinde Menschen, die gleichartige Ansprüche nach vorrangigen Spezialregelungen haben, also z. B. Kriegsblinde oder Menschen, die infolge eines Berufsunfalls erblindet sind.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige mit verfestigtem Aufenthaltsstatus, die sich tatsächlich in Deutschland aufhalten, können grundsätzlich ebenfalls Blindenhilfe beanspruchen. Anderen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit kann Blindenhilfe geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Ausgeschlossen ist die Leistung aber für ausländische Staatsangehörige, die kein Aufenthaltsrecht haben oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt sowie für ausländische Staatsangehörige, die nach Deutschland eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen. Ferner besteht für ausländische Staatsangehörige während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland kein Anspruch auf Blindenhilfe. Asylsuchende und ihnen gleichgestellte ausländische Staatsangehörige können ebenfalls keine Blindenhilfe beanspruchen. Beziehen sie Leistungen nach dem AsylbLG und halten sie sich bereits seit 15 Monaten in Deutschland auf, sind ihnen aber entsprechende Leistungen zu gewähren. In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts können dieser Personengruppe Leistungen zum Ausgleich blindheitsbedingter Mehraufwendungen gewährt werden, wenn dies im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern erforderlich ist.

E) Steuererleichterungen

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

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

I. Vergünstigungen nach dem Einkommensteuergesetz

Das Einkommensteuergesetz (EStG) sieht verschiedene Steuererleichterungen für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen vor. So kann ein behinderter Mensch beispielsweise wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die ihm unmittelbar infolge seiner Behinderung erwachsen, einen Pauschbetrag (Behindertenpauschbetrag) in der Einkommensteuererklärung geltend

machen. Durch den **Behindertenpauschbetrag** werden die typischen Mehraufwendungen eines behinderten Menschen wie z. B. erhöhter Wäscheverbrauch sowie die Kosten für die Pflege usw. abgegolten. Die Höhe des Pauschbetrages richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung (GdB). Als Pauschbeträge werden gewährt bei einem GdB

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

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

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

Ein **Pflegepauschbetrag** in Höhe von 924 Euro steht Steuerpflichtigen zu, die pflegebedürftige Angehörige in deren oder der eigenen Wohnung pflegen. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person hilflos, also ständig auf fremde Hilfe angewiesen ist. Nachzuweisen ist dies durch das Merkzeichen „H“ im Schwerbehindertenausweis oder durch die Einstufung in die Pflegegrade 4 oder 5. Außerdem darf der Steuerpflichtige für die Pflege keine Einnahmen erhalten. Als Einnahme wird dabei grundsätzlich auch das Pflegegeld angesehen, das der Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung erhält und an den Angehörigen zu dessen eigener Verfügung weitergibt (z. B. als finanzielle Anerkennung für die geleistete Pflege). Für Eltern behinderter Kinder gilt allerdings eine Ausnahmeregelung: Das Pflegegeld, das sie für ihr Kind erhalten, stellt unabhängig von seiner Verwendung keine Einnahme dar.

Weiterführende Literatur

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

II. Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer

Schwerbehinderte Menschen, die ein Kraftfahrzeug halten, können aufgrund des Kraftfahrzeugsteuergesetzes (KraftStG) voll oder teilweise von der **Kraftfahrzeugsteuer** befreit werden, wenn das Fahrzeug nur im Zusammenhang mit ihrer Fortbewegung oder der Führung ihres Haushalts

benutzt wird. Der Steuervorteil steht dem schwerbehinderten Menschen nur auf schriftlichen Antrag zu, der entweder gleichzeitig mit der Zulassung des Fahrzeugs bei der Zulassungsbehörde oder beim Hauptzollamt gestellt werden kann. Die Vergünstigung wird im Fahrzeugschein vermerkt.

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

Die Vergünstigungen können unter den genannten Voraussetzungen auch von minderjährigen Kindern in Anspruch genommen werden. In diesem Fall muss das Fahrzeug auf den Namen des behinderten Kindes zugelassen werden und darf von den Eltern nur für Fahrten benutzt werden, die im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder der Haushaltsführung des behinderten Kindes stehen.

F) Kindergeld

Kindergeld wird Eltern grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ihres Kindes bezahlt. Es beträgt für die ersten beiden Kinder jeweils 192 Euro, für das dritte 198 Euro und für jedes weitere Kind jeweils 223 Euro im Monat.

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

Den Eltern eines behinderten Kindes kann auch nach **Eintritt der Volljährigkeit** ein Anspruch auf Kindergeld zustehen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten und das Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Letzteres ist unter anderem der Fall, wenn das Kind nicht in der Lage ist, seinen gesamten notwendigen Lebensbedarf durch eigene Mittel (Einkommen, Rente usw.) zu decken. Der Lebensbedarf eines behinderten Kindes setzt sich aus einem gesetzlich festgesetzten Grundbedarf (dieser beläuft sich im Jahr 2017 auf 8.820 Euro) und dem behinderungsbedingten Mehrbedarf zusammen. Liegen die genannten Voraussetzungen vor, besteht der Anspruch auf Kindergeld ohne Rücksicht auf das Alter des Kindes.

Weiterführende Literatur

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

G) Leistungen zum Lebensunterhalt

Reicht das Einkommen eines behinderten Menschen nicht aus, um seinen Lebensunterhalt (Ernährung, Kleidung, Unterkunft etc.) zu bestreiten, kann er unter Umständen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beanspruchen. Diese Leistungen werden im Wesentlichen entweder in Form des Arbeitslosengeldes II nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II) oder in Form der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) gewährt.

I. Arbeitslosengeld II

Arbeitslosengeld II (auch „HARTZ IV“ genannt) erhalten Personen, die zwischen 15 und 64 Jahre alt, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind. **Erwerbsfähig** ist nach der gesetzlichen Definition, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Hilfebedürftig ist, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit oder aus dem zu berücksichtigenden Einkommen und Vermögen sichern kann.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
Grundsätzlich können auch erwerbsfähige Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben. Ausgeschlossen hiervon sind jedoch Asylsuchende und ausländische Staatsangehörige während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland. Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die kein Aufenthaltsrecht haben oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, erhalten ebenfalls kein Arbeitslosengeld II. Asylsuchende und ausländische Staatsangehörige, die diesen gleichgestellt sind, erhalten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem AsylbLG.

Das Arbeitslosengeld II umfasst im Wesentlichen den Regelbedarf und den Bedarf für Unterkunft, Heizung und Warmwasserbereitung. Der Regelbedarf für alleinstehende Personen beläuft sich seit dem 1. Januar 2017 auf monatlich 409 Euro. Behinderte Hilfebedürftige, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes oder Hilfe zur Ausbildung für eine angemessene Tätigkeit erbracht werden, erhalten außerdem einen Mehrbedarfzuschlag in Höhe von 35 Prozent des maßgebenden Regelbedarfs.

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

II. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird hilfebedürftigen Personen gewährt, die entweder das 65. Lebensjahr vollendet haben oder die volljährig und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind. **Volle Erwerbsminderung** besteht, wenn ein Mensch wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Behinderte Menschen, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer Tagesförderstätte beschäftigt sind, werden als voll erwerbsgemindert angesehen.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Voll erwerbsgeminderte Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich tatsächlich in Deutschland aufhalten, können grundsätzlich ebenfalls Grundsicherung beanspruchen. Ausgeschlossen ist die Leistung aber für ausländische Staatsangehörige, die kein Aufenthaltsrecht haben oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt sowie für ausländische Staatsangehörige, die nach Deutschland eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen. Ferner besteht für ausländische Staatsangehörige während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland kein Anspruch auf Grundsicherung. Sind die betreffenden ausländischen Staatsangehörigen hilfebedürftig, werden ihnen bis zu ihrer Ausreise für den Lebensunterhalt Überbrückungsleistungen gewährt. Asylsuchende sind ebenfalls nicht grundsicherungsberechtigt. Sie sowie ausländische Staatsangehörige, die ihnen gleichgestellt sind, erhalten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem AsylbLG.

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

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

Der Regelsatz wird als monatlicher Pauschalbetrag für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat sowie persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens geleistet. Auch die Kosten für Haushaltsenergie (z. B. Strom zum Kochen oder für die Beleuchtung) sind Bestandteil des Regelsatzes und zählen nicht zu den Unterkunftskosten. Die Höhe des Regelsatzes richtet sich danach, welcher Regelbedarfsstufe der Leistungsberechtigte angehört. Die Regelbedarfsstufe 1 in Höhe von derzeit 409 Euro (Stand: 2017) gilt für erwachsene Personen, die entweder allein in einer Wohnung oder gemeinsam mit anderen erwachsenen Personen, aber nicht in einer Partnerschaft leben. Auch erwachsene Menschen mit Behinderung, die gemeinsam mit ihren Eltern in einer Wohnung leben, können daher diesen Regelsatz beanspruchen.

Menschen mit Behinderung, die in einer Wohngemeinschaft leben (z. B. im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens), sind ebenfalls der Regelbedarfsstufe 1 zugeordnet. Die Regelbedarfsstufe 2 in Höhe von zurzeit 368 Euro gilt für Partner (Ehegatten oder Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerähnlicher Gemeinschaft), die in einer gemeinsamen Wohnung leben.

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

- die Erstausrüstung einer Wohnung einschließlich der Haushaltsgeräte,
- die Erstausrüstungen für Bekleidung,

- die Erstausrüstungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie
- die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten.

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

Ausgeschlossen ist der Anspruch auf Grundsicherung allerdings, wenn das jährliche Gesamteinkommen eines Elternteils 100.000 Euro überschreitet. In diesem Fall können bedürftige, voll erwerbsgeminderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII beanspruchen. Der monatliche Kostenbeitrag von Eltern behinderter Kinder beschränkt sich für diese Leistung auf 24,94 Euro.

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

Weiterführende Literatur

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

H) Eingliederungshilfe

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es unter anderem, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen und behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft sowie die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen. Dem entsprechend vielfältig ist das Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe. Grob lassen sich die Leistungen der Eingliederungshilfe in folgende Gruppen einteilen:

- entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen ([siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter H\) VI.\)](#))
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ([siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter H\) VII.\)](#))
- berufsfördernde Leistungen (siehe dazu die [Ausführungen in Kapitel J](#))

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

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
 EU-Bürger und ausländische Staatsangehörige mit verfestigtem Aufenthaltsstatus, die sich tatsächlich in Deutschland aufhalten, haben grundsätzlich ebenfalls einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe. Anderen ausländischen Staatsangehörigen kann Eingliederungshilfe geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Das insoweit bestehende Ermessen der Sozialhilfeträger ist insbesondere bei behinderten Kindern und Jugendlichen in der Regel zugunsten der Betroffenen auszuüben. Ausgeschlossen sind Leistungen der Eingliederungshilfe für ausländische Staatsangehörige, die kein Aufenthaltsrecht haben oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt sowie für ausländische Staatsangehörige, die nach Deutschland eingereist sind,

um Sozialhilfe zu erlangen. Ferner besteht für ausländische Staatsangehörige während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland kein Anspruch auf Eingliederungshilfe. Asylsuchende und ihnen gleichgestellte ausländische Staatsangehörige können ebenfalls keine Eingliederungshilfe beanspruchen. Beziehen sie Leistungen nach dem AsylbLG und halten sie sich bereits seit 15 Monaten in Deutschland auf, sind ihnen aber entsprechende Leistungen zu gewähren. In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts können dieser Personengruppe Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt werden, wenn dies im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern erforderlich ist.

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

I. Bundesteilhabegesetz

Der Bundestag hat am 1. Dezember 2016 das **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** verabschiedet. Die einzelnen Regelungen dieses umfangreichen Gesetzes treten in den kommenden Jahren nach und nach in Kraft. Der grundlegende **Systemwechsel** wird sich allerdings erst zum 1. Januar 2020 vollziehen. Zu diesem Zeitpunkt wird das Recht der Eingliederungshilfe vom Sozialgesetzbuch XII in das Sozialgesetzbuch IX überführt und personenzentriert ausgerichtet. Das bedeutet unter anderem, dass sich die notwendige Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderung künftig nicht mehr an einer bestimmten Wohnform, sondern am notwendigen individuellen Bedarf ausrichtet. Auswirkungen hat dies insbesondere auf das Leistungsgefüge in stationären Wohneinrichtungen.

Darüber hinaus sind im BTHG Verbesserungen bei der **Heranziehung von Einkommen und Vermögen** im Falle des Bezuges von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege vorgesehen. Erste Verbesserungen sind bereits zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ([siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter H\) III.](#) sowie bezüglich der Hilfe zur Pflege [unter B\) III.](#)). Weitere Verbesserungen wird es im Recht der Eingliederungshilfe zum 1. Januar 2020 geben: Unter anderem wird der Vermögensfreibetrag auf 50.000 Euro erhöht und das Partnereinkommen vollständig freigestellt.

II. Nachrangigkeit der Sozialhilfe

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

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

Bei anderen Leistungen der Eingliederungshilfe müssen sich behinderte Menschen bzw. deren Eltern nach Maßgabe ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse an den Kosten beteiligen.

Dazu gehören unter anderem Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (z. B. Begleitperson für den Kinobesuch).

III. Einkommens- und Vermögensgrenzen

Das Einkommen und Vermögen des behinderten Menschen bzw. seiner Eltern ist für kostenpflichtige Leistungen der Eingliederungshilfe nur eingeschränkt einzusetzen. Vom **Einkommen** sind zunächst darauf entrichtete Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und andere notwendige Ausgaben abzuziehen (sogenannte „Bereinigung“ des Einkommens). Seit 1. Januar 2017 können erwerbstätige Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, außerdem einen besonderen **Freibetrag** von ihrem Einkommen in Abzug bringen. Dieser beläuft sich auf 40 Prozent des Einkommens aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit und ist der Höhe nach begrenzt auf 65 Prozent der Regelbedarfsstufe 1. Aktuell beläuft sich der maximale Freibetrag daher auf 265,85 Euro (Stand: 2017). Das um die vorgenannten Beträge „bereinigte“ Einkommen muss nicht in vollem Umfang für die Eingliederungshilfe eingesetzt werden, sondern nur insoweit, als es eine bestimmte gesetzlich festgelegte Einkommensgrenze überschreitet.

Die **Einkommensgrenze** wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 818 Euro (Stand: 2017) sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den Ehegatten sowie für jede Person, die von dem Leistungsberechtigten oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 286 Euro (Stand: 2017). Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Eingliederungshilfe einzusetzen. Für blinde Menschen sowie Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen.

Neben dem Einkommen müssen Leistungsberechtigte grundsätzlich auch ihr gesamtes verwertbares **Vermögen** zur Deckung ihres Eingliederungshilfebedarfs einsetzen. Bestimmte Vermögenswerte werden jedoch vom Gesetzgeber geschützt, bleiben also bei der Bedürftigkeitsprüfung unberücksichtigt. Dazu gehört z. B. ein angemessenes Hausgrundstück, das vom Leistungsberechtigten bewohnt wird. Geschützt sind auch Barbeträge oder sonstige Geldwerte (z. B. Spar- oder Kontoguthaben) bis zu einem gesetzlich festgelegten Betrag. Dieser beläuft sich seit 1. April 2017 auf 5.000 Euro. Neu ist außerdem, dass für jede volljährige Person, deren Einkommen und Vermögen für die Gewährung von Sozialhilfe maßgeblich ist (das können neben dem Leistungsberechtigten selbst unter anderem dessen Ehegatte oder bei minderjährigen Leistungsberechtigten deren Eltern sein), jeweils 5.000 Euro berücksichtigt werden. Für jede Person, die vom Leistungsberechtigten oder seinen Eltern oder seinem Ehegatten überwiegend unterhalten wird, kommen ferner 500 Euro hinzu.

Konkret bedeutet das: Gehören zur Familie eines minderjährigen Leistungsberechtigten beide Elternteile sowie ein Geschwisterkind beläuft sich der Vermögensfreibetrag auf 11.000 Euro. Der Freibetrag setzt sich wie folgt zusammen:

Mutter:	5.000 Euro
Vater:	5.000 Euro
Leistungsberechtigtes Kind:	500 Euro
Geschwisterkind:	500 Euro
Summe:	11.000 Euro

Zusätzlich zum Vermögensfreibetrag von 5.000 Euro sind seit 1. Januar 2017 maximal weitere 25.000 Euro für die Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe geschützt. Inwieweit diese Regelung zugunsten minderjähriger Leistungsberechtigter greift, bei denen es auf das Vermögen der Eltern ankommt, ist nicht ganz eindeutig. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vertritt hierzu die Ansicht, dass Formulierung und Begründung der Vorschrift klarstellen, dass auch Familien mit minderjährigen Kindern von dem höheren Freibetrag profitieren.

IV. Sonderregelung für Eltern volljähriger Kinder

Der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger behinderter Menschen für Leistungen der Eingliederungshilfe beschränkt sich auf 32,42 Euro im Monat. Eine Einkommens- und Vermögensprüfung findet in diesem Fall nicht statt.

V. Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung

Aufgrund des **Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III)** ist die Koordinierungsvorschrift beim Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung (zum Inhalt dieser Leistungen [siehe die Ausführungen in Kapitel B\) I.](#)) zum 1. Januar 2017 verschärft worden. Haben Leistungsberechtigte Anspruch auf beide Leistungen, müssen die zuständigen Leistungsträger nunmehr vereinbaren, dass der Träger der Eingliederungshilfe die Leistungen der Pflegeversicherung übernimmt und wie die Leistungen gegenüber dem Leistungsberechtigten konkret durchzuführen sind (zu weiteren Einzelheiten [siehe die Ausführungen in Kapitel B\) II.](#)).

VI. Entwicklungsfördernde Leistungen für minderjährige Menschen

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

1. Frühförderung

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

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

2. Kindergarten

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

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

3. Schule

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

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

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

Wird das behinderte Kind in einer **Internats-Förderschule** beschult, weil am Wohnort der Familie keine geeignete Beschulungsmöglichkeit für das Kind besteht, übernimmt der Sozialhilfeträger die Kosten für diese Schulmaßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe. Die Kostenbeteiligung der Eltern beschränkt sich in diesem Fall auf die Kosten des Lebensunterhaltes (Unterkunft, Ernährung etc.), der im Internat erbracht wird. Angesetzt werden können nur Kosten in Höhe der Aufwendungen, die die Eltern für den häuslichen Lebensunterhalt des Kindes ersparen.

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

VII. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Im nachfolgenden Abschnitt werden einige Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dargestellt, die im Rahmen der Eingliederungshilfe vom Sozialhilfeträger übernommen werden können. An den Kosten dieser Leistungen müssen sich behinderte Menschen bzw. deren Eltern nach den oben [unter H\) II.-IV.](#) dargestellten Grundsätzen beteiligen.

1. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse

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

2. Förderung der Verständigung

Bedürfen hör- oder sprachbehinderte Menschen bei besonderen Anlässen Unterstützung, um sich zu verständigen, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet. Übernommen werden z. B. die Kosten für Gebärdensprache.

dolmetscher, wenn gehörlosen Menschen nur so die Kommunikation mit einer Behörde möglich ist.

3. Hilfen zum Wohnen

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

4. Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten

Auch Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten können vom Sozialhilfeträger erbracht werden. Hierbei handelt es sich z. B. um pädagogische Betreuung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben wie Einkaufen und Wäsche waschen. Einzelheiten werden in [Kapitel K\) unter II. 2.](#) dargestellt.

5. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

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

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

Die Hilfe kann in der Bereitstellung der notwendigen Begleitperson für einen Theaterbesuch bestehen. Derartige Begleitsdienste werden z. B. von Familienunterstützenden Diensten angeboten. Träger solcher Dienste sind in der Regel Organisationen der Behindertenhilfe. Behinderte Menschen, die nicht in der Lage sind, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, können zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft **Fahrtkosten** erhalten. Viele Sozialhilfeträger gewähren hierfür eine monatliche Pauschale. Nähere Informationen hierzu erhält man beim örtlichen Sozialamt.

6. Hilfsmittel

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

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

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

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

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

I. Berufsausbildung

Kommt für Menschen mit Behinderung eine Ausbildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht, besteht die Möglichkeit, einen Beruf in einem **Berufsbildungswerk** zu erlernen. Berufsbildungswerke sind überregionale Einrichtungen, die jungen Menschen mit Behinderungen eine berufliche Erstausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen ermöglichen. Berufsbildungswerke bestehen in der Regel aus Ausbildungsstätten, Berufsschulen und Wohngelegenheiten mit fachlicher Betreuung. Die berufliche Bildung ist in der Regel verbunden mit Erziehungsleistungen zur Förderung der Selbstständigkeit und Entwicklung der Persönlichkeit. Anträge auf Förderung der Ausbildung in einem Berufsbildungswerk sind bei der örtlichen Arbeitsagentur zu stellen.

II. Studium

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

Weiterführende Literatur

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

III. Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

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

1. Integrationsfachdienst

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

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

2. Unterstützte Beschäftigung

Unterstützte Beschäftigung (UB) soll es behinderten Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf ermöglichen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten und ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis einzugehen. UB beinhaltet in der Regel zunächst eine zeitlich befristete, individuelle betriebliche Qualifizierung am Arbeitsplatz. Bei Bedarf schließt sich nach Aufnahme eines regulären Beschäftigungsverhältnisses eine zeitlich unbefristete Berufsbegleitung an. UB kann von Integrationsfachdiensten aber auch von anderen Trägern angeboten werden.

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

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

3. Begleitende Hilfen im Beruf

Als Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben sieht das Gesetz insbesondere die Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die für die Berufsausübung erforderlich sind, vor. Ferner werden die Kosten für eine **Arbeitsassistenz** übernommen, wenn der behinderte Mensch auf direkte persönliche Hilfe am Arbeitsplatz angewiesen ist. Arbeitsassistenten können z. B. als Vorlesekräfte für sehbehinderte und blinde Menschen tätig sein, aber auch anderweitige Hilfestellungen zur Ausübung der Beschäftigung geben. Darüber hinaus können **verschiedene Kraft-**

fahrzeughilfen gewährt werden, wenn infolge der Behinderung ein Kraftfahrzeug zum Erreichen des Arbeitsplatzes erforderlich ist. Voraussetzungen, Antragstellung und Leistungsumfang sind durch die Kraftfahrzeughilfeverordnung geregelt. Die Leistungen können Zuschüsse zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs, die Übernahme der Kosten für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen sowie Zuschüsse zum Erwerb der Fahrerlaubnis umfassen. Die Leistungen der Hilfe zur Arbeit werden – je nach Zuständigkeit – durch die Agenturen für Arbeit, die Träger der Rentenversicherung oder auch durch die Integrationsämter erbracht.

4. Kündigungsschutz und Zusatzurlaub

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

Weiterführende Literatur

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

IV. Werkstatt für behinderte Menschen

Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie bietet denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit. Voraussetzung für die Aufnahme in eine WfbM ist, dass erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen wird.

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

An das **Eingangsverfahren** schließt sich dann für die Dauer von bis zu zwei Jahren der Berufsbildungsbereich an. In diesem Bereich der WfbM soll der behinderte Mensch in seiner Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung so weit gefördert werden, dass eine geeignete Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM oder auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist. Kostenträger für die Maßnahmen im Eingangs- und Berufsbildungsbereich ist die Bundesagentur für Arbeit. Behinderte Menschen erhalten in dieser Vorbereitungszeit ein Ausbildungsgeld, das sich im ersten Jahr auf monatlich 67 Euro und im zweiten Jahr auf monatlich 80 Euro beläuft.

Wird der behinderte Mensch im Anschluss an den Berufsbildungsbereich in den **Arbeitsbereich** der WfbM aufgenommen, steht er zu der Werkstatt in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis, ohne allerdings Arbeitnehmer im eigentlichen Sinne zu sein. Aus dem arbeitnehmerähnlichen Rechtsstatus folgt jedoch, dass die Regelungen über Arbeitszeit, Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Erziehungsurlaub und Mutterschutz auch für Werkstattbeschäftigte gelten. Außerdem sind Werkstattbeschäftigte unfall-, kranken-, pflege- und rentenversichert. Neben dem Arbeitsentgelt, das aus dem Produktionserlös der Werkstatt gezahlt wird, erhalten Werkstattbeschäftigte in der Regel ein Arbeitsförderungsgeld, das seit 1. Januar 2017 bis zu 52

Euro monatlich betragen kann. Nach 20-jähriger Tätigkeit in einer WfbM besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Die Kosten, die im Arbeitsbereich einer WfbM entstehen, trägt in der Regel der überörtliche Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe. Werkstattbeschäftigte müssen – sofern ihr monatliches Einkommen 818 Euro (Stand: 2017) übersteigt – allenfalls einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten. Eltern behinderter Menschen müssen sich an den Werkstattkosten nicht beteiligen.

V. Tagesförderstätten

Für Menschen mit Behinderung, die die Aufnahmekriterien für die WfbM nicht erfüllen, kommt die Förderung in einer Tagesförderstätte (auch Förder- und Betreuungsstätte genannt) in Betracht. Die in den Tagesförderstätten anzubietenden Maßnahmen haben das Ziel, **praktische Kenntnisse und Fähigkeiten** zu fördern, die erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Menschen die für ihn erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Außerdem sollen sie auf Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, vor allem in WfbM vorbereiten. Tagesförderstätten sind daher vorrangig in räumlichem oder organisatorischem Zusammenhang mit einer WfbM einzurichten, um den Übergang zur Werkstatt zu erleichtern. Behinderte Menschen, die in Tagesförderstätten gefördert werden, haben im Gegensatz zu Werkstattbeschäftigten keinen arbeitnehmerähnlichen Status, d. h. sie bleiben z. B. im Rahmen der Familienversicherung über die Eltern krankenversichert.

Die Kosten für die Leistungen in einer Tagesförderstätte trägt in der Regel der überörtliche Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe. Behinderte Menschen müssen lediglich einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten, sofern ihr monatliches Einkommen 818 Euro (Stand: 2017) übersteigt. Die Eltern werden zu den Kosten der Tagesförderstätte nicht herangezogen.

K) Wohnen

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

I. Fördermöglichkeiten für barrierefreies Wohnen

Im Sozialgesetzbuch sind verschiedene Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behindertengerechten und damit auch barrierefreien Wohnung vorgesehen. Welcher Kostenträger im Einzelfall zuständig ist, entscheidet sich nach den Voraussetzungen, die für die jeweilige Leistung erfüllt sein müssen. So setzt z. B. ein Zuschuss der Pflegeversicherung voraus, dass der Antragsteller mindestens in Pflegegrad 1 eingestuft ist.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

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

Im Einzelnen kommen folgende Kostenträger in Frage:

Agentur für Arbeit und gesetzliche Rentenversicherung

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

Gesetzliche Unfallversicherung

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

Integrationsamt

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

Pflegeversicherung

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

Sozialhilfeträger

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

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

Kommunale Sonderprogramme

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

Förderprogramme der Länder

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

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

II. Leistungen für spezielle Wohnformen

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

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ausländische Staatsangehörige die nachfolgend dargestellten Leistungen für spezielle Wohnformen in Anspruch nehmen können, richtet sich nach der Art der jeweiligen Leistung. Zum Beispiel erhalten Menschen mit Behinderung in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese Leistung können viele Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit nur eingeschränkt beanspruchen ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel H](#)).

1. Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

In vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen – wie z. B. den klassischen Wohnheimen – wird der gesamte Lebensbedarf des behinderten Menschen durch den Einrichtungsträger sichergestellt („Rund-um-Versorgung“). Die Leistungen, die der behinderte Mensch in der Einrichtung erhält, setzen sich zusammen aus Leistungen der Pflegeversicherung ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel B](#)) I. 8.), Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Ernährung, Unterkunft, Kleidung etc.) sowie aus Leistungen der Eingliederungshilfe (z. B. in Form von Betreuungsleistungen bei Freizeitaktivitäten).

Bestandteil der Leistungen für den Lebensunterhalt ist das sogenannte **Taschengeld**, das sich für erwachsene Heimbewohner auf monatlich 110,43 Euro beläuft und für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung steht. Für minderjährige Heimbewohner wird die Höhe des Taschengeldes von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt.

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

Die **Eltern volljähriger Heimbewohner** müssen maximal 57,36 Euro im Monat für den Heimplatz bezahlen. Darin sind 24,94 Euro für den in der Einrichtung erbrachten Lebensunterhalt und 32,42 Euro für die im Wohnheim geleistete Eingliederungshilfe enthalten.

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

2. Ambulant betreutes Wohnen

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

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

Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege sind Leistungen der Sozialhilfe. An den Kosten dieser Leistungen muss sich der Mensch mit Behinderung mit seinem Einkommen und Vermögen in angemessenem Umfang beteiligen, soweit bestimmte Grenzen überschritten werden ([siehe oben in Kapitel H\) III.\)](#)). Ist der behinderte Mensch volljährig, beschränkt sich der monatliche Unterhaltsbeitrag seiner Eltern für diese Kosten auf 32,42 Euro.

L) Das Persönliche Budget

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

Beantragt ein behinderter Mensch ein PB, erhält er einen bestimmten Geldbetrag und muss sich damit die Leistungen, die er braucht, selber einkaufen. Er ist dabei nicht an bestimmte Einrichtungen und Dienste gebunden, sondern kann die benötigte Leistung (z. B. Begleitung ins Fußballstadion) auch von einer Privatperson (z. B. einem Nachbarn) beziehen. Im Unterschied dazu steht die **Sachleistung**. Sie ist die übliche Form der Leistungserbringung im Sozialrecht. Konkret bedeutet die Sachleistung, dass ein behinderter Mensch z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe

von einem Familienunterstützenden Dienst erhält, diese aber nicht selbst bezahlen muss. Bezahlte wird der Dienst stattdessen vom Sozialhilfeträger. Während der Leistungsberechtigte also beim PB selbst Geld in die Hand bekommt, erfolgt die Abrechnung bei der Sachleistung zwischen dem Kostenträger und dem leistungserbringenden Dienst.

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

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ein PB erhalten können, richtet sich danach, welche konkrete Sozialleistung sie in dieser Form der Leistungserbringung bekommen möchten. Wollen sie z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe als PB erhalten, ist zu beachten, dass viele ausländische Staatsangehörige diese Leistung nur eingeschränkt beanspruchen können ([siehe dazu die Ausführungen in Kapitel H](#)).

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

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

M) Zuständiger Kostenträger

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

I. Kostenträger bei besonderen Behinderungsursachen

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

walstatt oder ein Impfschaden Ursache der Behinderung, sind die Versorgungsämter die zuständigen Kostenträger.

II. Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur Teilhabe

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

N) Verfahrensrecht

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

I. Widerspruchsverfahren

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

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

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

II. Klage

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

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

O) Rechtliche Betreuung

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

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

Ist ein volljähriger Mensch aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen, bestellt das Betreuungsgericht für ihn einen rechtlichen Betreuer. Die Bestellung darf nur für die **Aufgabenkreise** erfolgen, in denen eine Betreuung erforderlich ist. Ist ein erwachsener behinderter Mensch beispielsweise einerseits imstande, sein Geld selbst zu verwalten, andererseits aber nur eingeschränkt in der Lage, notwendige Arztbesuche wahrzunehmen, wird die Betreuung lediglich für den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge, nicht aber für den Aufgabenkreis der Vermögenssorge bestellt. Der Betreuer vertritt den behinderten Menschen in den Aufgabenkreisen, für den er bestellt worden ist gerichtlich und außergerichtlich.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

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

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

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

Weiterführende Literatur

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

P) Das Behindertentestament

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

Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen, müssen Vermögen, das ihnen durch eine Erbschaft zufällt, zur Deckung ihres sozialhilferechtlichen Bedarfs einsetzen. Erst wenn das Vermögen bis auf einen Freibetrag, der sich seit 1. April 2017 in der Regel auf 5.000 Euro beläuft, aufgebraucht ist, ist der Sozialhilfeträger wieder zur Leistung verpflichtet. Wollen Eltern ihren behinderten Kindern materielle Werte aus einer Erbschaft zuwenden, empfiehlt es sich deshalb, ein sogenanntes Behindertentestament zu verfassen. Hierdurch kann der Zugriff des Sozialamtes auf den Nachlass verhindert werden. Zentrale Elemente des Behindertentestamentes sind die Einsetzung des behinderten Menschen zum Vorerben und die **Anordnung der Testamentsvollstreckung**. Da die Regelungen, die im Einzelnen zu treffen sind, sehr kompliziert sind, sollten Eltern sich in jedem Fall anwaltlich beraten lassen.

Hinweise für Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Stirbt ein in Deutschland lebender Mensch mit ausländischer Staatsangehörigkeit, richtet sich die Frage, wem sein Vermögen zufällt, grundsätzlich nach dem Recht seines Heimatlandes. Das Heimatrecht kann aber unter Umständen auf die Anwendung deutschen Rechts zurückverweisen. Die Frage, ob ausländische Staatsangehörige ein sogenanntes Behindertentestament nach deutschem Erbrecht errichten können, sollte daher anwaltlich besonders sorgfältig geprüft werden.

Weiterführende Literatur

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

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

Literatur

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

Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)
Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf

versand@bvkm.de

www.bvkm.de (sämtliche Broschüren stehen hier unter „Recht & Ratgeber“ zum kostenlosen Download als PDF zur Verfügung)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter
und Hauptfürsorgestellen
Postfach 4109
76026 Karlsruhe

bih@integrationsaemter.de

Deutsches Studentenwerk
Informations- und Beratungsstelle
Studium und Beruf
Monbijouplatz 11
10178 Berlin

studium-behinderung@studentenwerke.de

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen (MDS)
Postfach 10 02 15
45002 Essen

office@mds-ev.de

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

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

Spezielle Ratgeber für Menschen mit Behinderung und ausländischer Staatsangehörigkeit:

- **Sozialleistungen für Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht – Eine Übersicht zu den rechtlichen Rahmenbedingungen**
Herausgeber: passage gGmbH – Migration und Internationale Zusammenarbeit sowie Universität Hamburg – Fakultät für Erziehungswissenschaft
Diese Publikation ist abrufbar unter: <http://www.fluchtort-hamburg.de/publikationen/>
sowie <http://www.vernetzung-migration-hamburg.de/index.php?id=257>

- **Soziale Rechte für Flüchtlinge – Eine Arbeitshilfe für Beraterinnen und Berater**
Herausgeber: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.
Diese Publikation ist abrufbar unter:
<http://www.migration.paritaet.org/start/publikationen/>

Spenden

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

Spendenkonto:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen

IBAN: DE69 3702 0500 0007 0342 03

BIC: BFSWDE33XXX

Bank für Sozialwirtschaft