

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“

Artikel 20, Abs. 1 des Grundgesetzes



Menschliche Geborgenheit und persönliche Freiheit sind ohne soziale Sicherheit nicht denkbar. Das soziale Sicherheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland zählt zu den leistungsfähigsten der Welt. Gesetzgeber, Parteien, Rechtsprechung, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände und die zahlreichen Verbände und Organisationen mit sozialpolitischer Zielrichtung haben daran mitgewirkt, dieses soziale Netzwerk zu schaffen. Frauen und Männer haben über viele Generationen hinweg dafür gekämpft, was für uns heute zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Dies für die Zukunft zu erhalten und gleichzeitig durch Reformen den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen anzupassen, ist unsere gemeinsame Aufgabe.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ulla Schmidt', written in a cursive style.

Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit
und Soziale Sicherung

Kindergeld, Erziehungsgeld, Elternzeit,
Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag

Mutterschutz

Rentenversicherung

Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge

Krankenversicherung und
elektronische Gesundheitskarte

Pflegeversicherung

Unfallversicherung

Rehabilitation und Teilhabe
von Menschen mit Behinderung

Jobs ohne Barrieren

Soziale Entschädigung und
Kriegsopferversorgung

Wohngeld

Sozialhilfe

Internationale Sozialversicherung

Sozialgerichtsbarkeit

Sozialdatenschutz

Kinder machen Freude – natürlich. Aber Kinder kosten auch Geld. Lebensmittel, Kleidung, Ausbildung, Spielzeug – all das müssen die Eltern erst einmal bezahlen. Dabei hilft ihnen das Kindergeld. Das als Steuervergütung gezahlte Kindergeld dient dabei in erster Linie dem Ziel, die verfassungsrechtlich gebotene Steuerfreistellung von Einkommen in Höhe des Existenzminimums eines Kindes sicherzustellen. Ein darüber hinausgehender Teil des Kindergeldes dient der Förderung der Familie.

Ihre Rechte

Wer Kinder hat und in Deutschland wohnt, hat Anspruch auf Kindergeld. Dies gilt auch für Ausländer, wenn sie eine gültige Aufenthaltsberechtigung oder Aufenthaltserlaubnis besitzen. Kindergeld können jedoch auch Väter und Mütter erhalten, die – etwa aus beruflichen Gründen – für einige Zeit im Ausland leben. Allerdings zahlt der Staat das Kindergeld nur für Kinder, die im Bundesgebiet leben (wobei es auch hier, wie überall, Ausnahmen gibt).

Wichtig: Für jedes Kind erhält nur eine Person Kindergeld. Eltern können grundsätzlich frei wählen, wer von ihnen das Kindergeld für die Kinder erhält, die zu ihrem Haushalt gehören.

Leben die Eltern getrennt oder sind sie geschieden, so wird das Kindergeld an denjenigen gezahlt, bei dem das Kind lebt. Aber was ist mit Kindern, die nicht bei den Eltern leben? Dann erhält im allgemeinen derjenige das Kindergeld, in dessen Haushalt die Kinder leben oder der den überwiegenden Unterhalt für sie trägt.

Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld?

Kindergeld erhalten Sie auch für

- Kinder des Ehegatten, wenn sie in Ihrem Haushalt leben,
- Pflegekinder, wenn sie in Ihrem Haushalt leben, für längere Zeit zu Ihrer Familie gehören und nicht mehr unter der Obhut und Pflege ihrer Eltern stehen,
- Enkelkinder, wenn Sie sie in Ihren Haushalt aufgenommen haben. Trifft eines dieser Kriterien auf Sie zu? Dann erhalten Sie in jedem Fall Kindergeld für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sie bekommen jedoch unter bestimmten Umständen weiterhin Kindergeld, wenn das Kind älter ist als 18 Jahre. Die „Altersgrenze“ liegt bei 27 Jahren, wenn der junge Mensch
- noch zur Schule geht oder einen Beruf erlernt und seine Einkünfte und Bezüge nicht mehr als 7.680 EUR im Kalenderjahr betragen. Von den Einkünften und Bezügen sind besondere Ausbildungskosten abzuziehen. Hierzu zählen u. a. Aufwendungen für Wege zwischen Wohnung und Ausbildungsstätte, für bei der Ausbildung benötigte Bücher und Arbeitsmittel und für Studiengebühren. Da während des gesamten Kalenderjahres Einkünfte und Bezüge bis insgesamt 7.680 EUR ohne Verlust des Kindergeldanspruchs erzielt werden können, haben Einkünfte von Studenten während der Semesterferien in vielen Fällen keine Auswirkung. Zur Ausbildung zählt auch eine kurzfristige Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten.
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr nach den jeweiligen Förderungsgesetzen oder einen Freiwilligendienst im Aktionsprogramm „Jugend“ der EU oder einen anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 14b des Zivildienstgesetzes leistet,

- eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatzes nicht beginnen oder fortsetzen kann.
- bis zum vollendeten 21. Lebensjahr wird ein Kind berücksichtigt, das ohne Beschäftigung und bei einer Agentur für Arbeit als Arbeitssuchender gemeldet ist. Auch hier gilt der Grenzbetrag von 7.680 EUR.

Regelungen für Sonderfälle

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Eltern auch dann noch Kindergeld, wenn ihre Kinder älter sind als 27 Jahre.

So wird Kindergeld für über 27-jährige Söhne gezahlt, die noch in der Ausbildung sind und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst oder einen vergleichbaren Dienst geleistet haben (z. B. Dienst als Entwicklungshelfer). Für sie erhöht sich die Altersgrenze von 27 Jahren um den Zeitraum, die der Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes entspricht. Beispiel: Hat der Sohn z. B. 15 Monate Grundwehrdienst geleistet, können die Eltern das Kindergeld erhalten, bis er 28 Jahre und drei Monate alt ist, falls die Einkünfte und Bezüge nicht mehr als 7.680 EUR jährlich betragen.

Für behinderte Kinder, die wegen ihrer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, erhalten die Eltern über das 27. Lebensjahr hinaus Kindergeld, falls die Behinderung vor diesem Zeitpunkt eingetreten war.

Vollwaisen erhalten für sich selbst 154 EUR Kindergeld im Monat, wenn für sie keine andere Person Anspruch auf Kindergeld oder eine vergleichbare Leistung hat. Das gilt auch für Kinder, die den Aufenthaltsort ihrer Eltern nicht kennen.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Einkommensteuergesetz und im Bundeskindergeldgesetz.

Information

Haben Sie weitere Fragen zum Kindergeld? Bitte wenden Sie sich an die Familienkassen bei den Agenturen für Arbeit.

Der Kinderfreibetrag und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung

Wird mit der Zahlung des Kindergeldes das Existenzminimum des Kindes nicht steuerlich freigestellt, sind ein Kinderfreibetrag (3.648 EUR im Jahr) und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung (2.160 EUR im Jahr) vom Einkommen abzuziehen. Das bereits erhaltene Kindergeld wird mit der steuerlichen Auswirkung der Freibeträge verrechnet. Ob das Kindergeld zu der verfassungsrechtlich gebotenen Steuerfreistellung ausreicht, wird bei der Veranlagung zur Einkommensteuer geprüft.

Die Kinderzulage

Die Kinderzulage (früher Baukindergeld) erhalten Anspruchsberechtigte, die eine eigene Wohnung oder ein Haus gebaut oder gekauft haben, bis zu acht Jahre lang zusätzlich zum normalen Kindergeld im Rahmen der Eigenheimzulage. Sie beträgt für selbst genutzte Wohnungen, bei denen der Kaufvertrag vor dem 1. Januar 2004 abgeschlossen wurde oder bei denen mit der Herstellung durch die Anspruchsberechtigten vor dem 1. Januar 2004 begonnen wurde 767 EUR je Kind und Jahr. Haben die Anspruchsberechtigten später mit der Herstellung begonnen oder den Kaufvertrag abgeschlossen, erhalten sie einen Förderbetrag von 800 EUR.

Wie kommen Sie an das Kindergeld?

Um Kindergeld zu bekommen, müssen Sie einen Antrag stellen.

Die Familienkassen bei den Agenturen für Arbeit (bei öffentlichen Arbeitgebern deren Familienkassen) helfen Ihnen gerne weiter.

Das Bundeserziehungsgeld

Wer Kinder erzieht, erbringt eine wichtige Leistung. Oft unterbrechen oder verringern Mütter und Väter für einige Jahre ihre Erwerbstätigkeit, damit sie sich vorrangig um ihre Kinder kümmern können. Damit diese Leistung auch finanziell anerkannt wird, können Mütter und Väter seit Anfang 1986 Erziehungsgeld erhalten. Das Bundeserziehungsgeld wird längstens bis zur Vollendung des 24. Lebensmonats Ihres Kindes gezahlt.

Im Anschluss an das Erziehungsgeld des Bundes wird in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen und Thüringen Landeserziehungsgeld gezahlt.

Die nachfolgenden Informationen gelten für Geburten ab dem 1. Januar 2004 (Erstantrag für das erste Lebensjahr) bzw. für Geburten ab dem 1. Mai 2003 (Zweit-antrag für das zweite Lebensjahr).

Wie hoch ist das Kindergeld?

Sie erhalten pro Monat

- für die ersten drei Kinder jeweils 154 EUR,
- für jedes weitere Kind 179 EUR.

Kindergeld wird unabhängig vom Elterneinkommen gezahlt. Im Familienleistungsausgleich kommt entweder das Kindergeld in Form einer Steuervergütung oder der Kinderfreibetrag sowie der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung zur Anwendung. Im laufenden Jahr wird Kindergeld gezahlt. Bei der Veranlagung zur Einkommensteuer wird von Amts wegen geprüft, ob mit dem Kindergeld die verfassungsgemäße Besteuerung sichergestellt wird (mit anderen Worten: ob nicht von den Eltern zu viel gezahlte Steuer damit zurückgezahlt wurde). Ist dies nicht der Fall, wird der Kinder- sowie der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung vom Einkommen abgezogen und das gezahlte Kindergeld verrechnet. Beim Kindergeld verbleibt es, wenn das für die Eltern günstiger ist.

Das Kindergeld wird von den Familienkassen der Agenturen für Arbeit oder der öffentlichen Arbeitgeber ausgezahlt.

Bundeserziehungsgeldgesetz

Leistungen/Voraussetzungen

Als Mutter oder Vater können Sie Erziehungsgeld erhalten, wenn Sie

- einen Wohnsitz in Deutschland haben oder sich gewöhnlich hier aufhalten,
- das Personensorgerecht für das Kind haben,
- das Kind in einem gemeinsamen Haushalt selbst erziehen und betreuen und
- keine oder keine volle Erwerbstätigkeit ausüben, wobei Sie bis zu 30 Stunden in der Woche arbeiten dürfen, ohne den Anspruch auf Erziehungsgeld zu verlieren.

Väter ohne Sorgerecht haben ebenfalls Anspruch auf Erziehungsgeld, wenn die Mutter dem Antrag zustimmt.

Bürger der Europäischen Union in Deutschland sind den Deutschen gleichgestellt. Andere ausländische Mitbürger erhalten Erziehungsgeld, wenn sie eine Aufenthaltsberechtigung oder Aufenthaltserlaubnis besitzen oder als Asylberechtigte oder Flüchtlinge anerkannt sind.

Finanzielle Grundlagen

Je Kind beträgt das Bundeserziehungsgeld maximal 300 EUR im Monat bis zum 2. Geburtstag des Kindes. Alternativ ist auch ein Budget von bis zu 450 EUR monatlich möglich, dann aber nur bis zum 1. Geburtstag des Kindes.

Für das Erziehungsgeld gelten Einkommensgrenzen.

In den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes entfällt das Erziehungsgeld, wenn das jährliche Einkommen bei Verheirateten mit einem Kind, die von ihrem Ehepartner nicht dauernd getrennt leben, 30.000 EUR übersteigt. Diese Einkommensgrenze gilt auch für Eltern, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben. Bei Alleinerziehenden beträgt die Grenze 23.000 EUR. Die Einkommensgrenzen des Bundeserziehungsgeldgesetzes beziehen sich auf ein pauschaliertes Nettoeinkommen.

Vom Beginn des siebten Lebensmonats des Kindes wird das Erziehungsgeld gemindert, wenn das jährliche Einkommen bei Verheirateten, die von ihrem Ehepartner nicht dauernd getrennt leben, 16.500 EUR und bei anderen Berechtigten (allein Erziehende) 13.500 EUR übersteigt. Überschreitet das Einkommen diese Grenze, wird das Erziehungsgeld stufenweise gemindert. Weniger als 10 EUR werden allerdings nicht ausgezahlt.

Die Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind, das in der Familie lebt um 3.140 EUR.

Information

Je nach Bundesland beraten Sie verschiedene Stellen in Fragen des Erziehungsgeldes:

- in Baden-Württemberg die Landeskreditbank,
- in Bayern die Ämter für Versorgung und Familienförderung,
- in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Hessen die Versorgungsämter,
- in Berlin, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Thüringen die Jugendämter,
- in Hamburg die Einwohnerämter,
- in Bremen das Amt für Soziale Dienste,
- in Bremerhaven das Amt für Familie und Jugend,
- in Niedersachsen die Gemeindeverwaltungen,
- in Sachsen-Anhalt das Landesverwaltungsamt, Ref. Bundeserziehungsgeldgesetz
- in Sachsen die Ämter für Familie und Soziales,
- im Saarland das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung,
- in Schleswig-Holstein die Außenstellen des Landesamtes für Soziale Dienste.

Beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – Broschürenstelle – 53107 Bonn, erhalten Sie kostenlos die Broschüre „Erziehungsgeld – Elternzeit“.

Die Elternzeit

Die neue Elternzeit setzt so wie der alte Erziehungsurlaub ein bestehendes Arbeitsverhältnis voraus.

Die Eltern können, wenn sie wollen, die bis zu dreijährige Elternzeit für ein Kind ganz oder zeitweise auch gleichzeitig nehmen. Mit Zustimmung des Arbeitgebers lässt sich außerdem bis zu ein Jahr der Elternzeit übertragen auf die Zeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes. Jeder Elternteil, der Elternzeit nimmt, kann bei Vorliegen der Voraussetzung bis zu 30 Stunden wöchentlich arbeiten. Ein Anspruch auf Teilzeitarbeit mit 15-30 Wochenstunden besteht, wenn das Arbeitsverhältnis bereits länger als 6 Monate besteht, im Unternehmen regelmäßig mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt sind, die Teilzeit 15-30 Wochenstunden beträgt und keine dringenden betrieblichen Gründe entgegen stehen. Der Arbeitnehmer hat das Recht, nach der Elternzeit zu der Arbeitszeit zurückzukehren, die vor Beginn der Elternzeit galt. Für die Elternzeit gilt eine Anmeldefrist von 6 Wochen gegenüber dem Arbeitgeber, wenn sie unmittelbar nach der Mutterschutzfrist bzw. nach der Geburt beginnt, in anderen Fällen beträgt die Anmeldefrist 8 Wochen. Der Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit muss spätestens 8 Wochen vor geplanter Aufnahme der Teilzeittätigkeit beantragt werden.

Der Kündigungsschutz beginnt mit der Anmeldung der Elternzeit, frühestens jedoch acht Wochen vor ihrem Beginn und gilt bis zum Ende der Elternzeit.

Gesetze

Die Grundlagen zum Erziehungsgeld und zur Elternzeit finden Sie in der Broschüre zum Bundeserziehungsgeldgesetz. Weitere Auskünfte erteilen die Mitarbeiter des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 7.00 bis 20.00 Uhr unter der Telefonnummer 01801-907050.

Der Unterhaltsvorschuss

Leistungen/Voraussetzungen

Als besondere Hilfe für allein Erziehende sichert das Unterhaltsvorschussgesetz (UVG) aus öffentlichen Mitteln den in der Regelunterhalt-Verordnung festgesetzten Mindestunterhalt von Kindern, die keinen Unterhalt vom anderen Elternteil oder keine Waisenbezüge erhalten.

Unterhaltsvorschuss wird bis zu einem Kindesalter von 12 Jahren und längstens für insgesamt 72 Monate geleistet. Unterhaltsvorschuss bedeutet: Regelbetrag minus der Hälfte des Erstkindergeldes (also minus 77 EUR). Danach beträgt der Unterhaltsvorschuss je nach Alter des Kindes ab 1.7.2003 monatlich

- für Kinder in den alten Bundesländern: - unter 6 Jahren 122 EUR,
- vom 6. Jahr bis unter 12 Jahren 164 EUR,
- für Kinder in den neuen Bundesländern: - unter 6 Jahren 106 EUR,
- vom 6. Jahr bis unter 12 Jahren 145 EUR.

Wichtig: Der Anspruch auf Unterhaltsvorschuss ist ausgeschlossen, wenn der/die Alleinerziehende keine Auskünfte über den anderen Elternteil gibt oder bei der Feststellung der Vaterschaft oder des Aufenthaltsorts des anderen Elternteils nicht mitwirkt. Das gleiche gilt, wenn beide Elternteile zusammenleben oder der/die Alleinerziehende heiratet.

Der Kinderzuschlag

Eltern haben Anspruch auf Kinderzuschlag für ein in ihrem Haushalt lebendes minderjähriges Kind, wenn für dieses Kind Kindergeld oder eine das Kindergeld ausschließende Leistung bezogen wird. Die Eltern müssen mindestens über Einkommen oder Vermögen verfügen, das es ihnen ermöglicht, ihren nach dem Arbeitslosengeld II zu errechnenden Mindestbedarf sicherstellen zu können (Mindesteinkommensgrenze). Der Anspruch auf Kinderzuschlag entfällt, wenn das Elterneinkommen den gesamten Familienbedarf deckt (Höchsteinkommensgrenze = Mindesteinkommensgrenze zuzüglich Gesamtkinderzuschlag). Der Anspruch auf Kinderzuschlag entfällt ebenfalls, wenn auch bei seiner Zahlung ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II nicht ausgeschlossen wäre, d.h. wenn der Arbeitslosengeld II-Bedarf nicht in voller Höhe abgedeckt würde.

Bei einem Einkommen oder Vermögen der Eltern in Höhe ihres eigenen Mindestbedarfs ist der Kinderzuschlag in voller Höhe zu zahlen. Berücksichtigt wird hierbei z. B. auch Einkommen und Vermögen von Partnern, die in eheähnlicher Lebensgemeinschaft leben. Überschreiten Einkommen und Vermögen diese Grenze, wird der Kinderzuschlag gemindert. In welcher Höhe Einkommen bzw. Vermögen zu berücksichtigen sind, richtet sich grundsätzlich nach den für das Arbeitslosengeld II maßgeblichen Bestimmungen.

Erwerbseinkommen der Eltern, das ihren eigenen Mindestbedarf überschreitet, wird nur zu 7 Euro je 10 Euro Überschreitung angerechnet. Einkommen aus öffentlichen und privaten Transfers sowie Kapitaleinkünfte werden dagegen voll angerechnet. Bei unterschiedlichen Einkünften (Erwerbseinkommen und Transfers) wird das Erwerbseinkommen privilegiert, d.h. es wird primär der Zone oberhalb der Mindestbedarfsgrenze, in der nur eine teilweise Anrechnung erfolgt, zugerechnet.

Kindeseinkommen ist immer als bedarfsmindernd in voller Höhe auf den Kinderzuschlag anzurechnen.

Der Kinderzuschlag beträgt maximal 140 Euro und die Zahlung ist auf insgesamt 36 Monate begrenzt.

Die gesetzlichen Regelungen finden Sie im Bundeskindergeldgesetz.
Haben Sie weitere Fragen zum Kinderzuschlag? Bitte wenden Sie sich an die Familienkassen bei den Agenturen für Arbeit.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Unterhaltsvorschussgesetz vom 23.07.1979 (BGBl. I S. 1184), in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 2).

Information

Informationen erhalten Sie bei den UVG-Stellen, i. d. R. bei den Jugendämtern. Hier müssen Sie auch Ihren Antrag stellen. Die Broschüre „Unterhaltsvorschuss“ ist kostenlos beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn, erhältlich.

Wie können eine schwangere Arbeitnehmerin und ihr Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz geschützt werden? Antworten auf diese Frage gibt das Mutterschutzgesetz, das ein wesentlicher Bestandteil des gesetzlichen Arbeitsschutzes ist. Gemeinsam mit dem Bundeserziehungsgeld und der Elternzeit bildet der Mutterschutz einen wichtigen Beitrag zur Familien- und Gesellschaftspolitik.

Mutterschutz im Überblick

Als werdende Mutter genießen Sie, wenn Sie Arbeitnehmerin sind, einen besonderen Schutz vor Gefahren am Arbeitsplatz sowie einen besonderen Kündigungsschutz vom Beginn der Schwangerschaft an bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung. Die Mutterschutzfristen von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung ermöglichen es Ihnen, sich völlig unbelastet von einer beruflichen Arbeitsleistung auf Ihr Kind einzustellen und sich zu erholen. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten verlängert sich die Mutterschutzfrist auf 12 Wochen nach der Entbindung, bei Frühgeburten (z. B. Geburtsgewicht unter 2.500 g) außerdem über die 12 Wochen hinaus (der durch die Frühgeburt verlorene Fristanteil wird an die 12 Wochen angehängt). Im Falle einer anderen vorzeitigen Entbindung, die keine Frühgeburt im medizinischen Sinne ist, verlängert sich die achtwöchige Schutzfrist entsprechend um den verlorenen Fristanteil der Schutzfrist vor der Entbindung.

Während dieser Zeit erhalten Sie Mutterschaftsgeld. Anschließend können die Eltern Bundeserziehungsgeld und Elternzeit beanspruchen, die Elternzeit auf Wunsch auch gleichzeitig. Nähere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Kapitel „Kindergeld, Erziehungsgeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“.

Mit Ausnahme des Mutterschaftsgeldes und dem Zuschuss des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld beginnen die gesetzlichen Sozialleistungen für das Kind erst mit seiner Geburt. Wenn Sie als werdende Mutter vor der Geburt in Not geraten, können Sie von der nächstgelegenen Schwangerenberatungsstelle Hilfen aus Mitteln der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ erhalten (Voraussetzung: vor der Geburt Besuch bei der Beratungsstelle).

Was leistet das Mutterschutzgesetz?

Kündigungsschutz

Während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung kann Ihr Arbeitgeber Ihr Arbeitsverhältnis grundsätzlich nicht kündigen.

Ausnahmsweise ist in besonderen Fällen eine Kündigung möglich, wenn vorher die zuständige Aufsichtsbehörde (in der Regel das Gewerbeaufsichtsamt bzw. das Amt für Arbeitsschutz) zugestimmt hat.

Seit 1997 gilt der Kündigungsschutz uneingeschränkt auch für alle Hausangestellten.

Sie selbst haben jedoch das Recht, während der Schwangerschaft und der Schutzfrist nach der Entbindung zum Ende der Schutzfrist zu kündigen. Eine Frist müssen Sie dabei nicht einhalten.

Den Kündigungsschutz genießen Sie weiter, wenn Sie nach der Schutzfrist die Elternzeit in Anspruch nehmen. Der Arbeitgeber darf das Arbeitsverhältnis ab dem Zeitpunkt, von dem an Elternzeit verlangt worden ist, höchstens jedoch acht Wochen vor Beginn der Elternzeit und während der Elternzeit nicht kündigen. In besonderen Fällen sind Ausnahmen zulässig. Sie selbst haben zwei Möglichkeiten, das Arbeitsverhältnis zu kündigen:

- mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Ende der Elternzeit oder aber
- zu einem anderen Zeitpunkt während sowie nach Ende der Elternzeit, wobei Sie gesetzliche bzw. tarifvertragliche oder einzelvertragliche Kündigungsfristen einhalten müssen.

Gestaltung des Arbeitsplatzes

Als werdende oder stillende Mutter haben Sie Anspruch auf einen Arbeitsplatz, an dem Sie und Ihr Kind vor Gefahren für Leben und Gesundheit ausreichend geschützt sind. Das bedeutet, dass Ihr Arbeitgeber Ihren Arbeitsplatz einschließlich der Maschinen, Werkzeuge und Geräte entsprechend einzurichten hat und dort, wo es notwendig ist, gesonderte Maßnahmen treffen muss, damit Ihr Leben und Ihre Gesundheit geschützt sind.

Verrichtet z. B. eine werdende oder stillende Mutter Arbeiten, bei denen sie ständig stehen muss, schreibt das Mutterschutzgesetz vor, dass der Arbeitgeber eine Sitzgelegenheit zum kurzen Ausruhen zu schaffen hat. Andererseits ist einer werdenden oder stillenden Mutter, die ihre Arbeiten ständig im Sitzen verrichtet, eine Gelegenheit zu kurzen Unterbrechungen einzuräumen.

Mutterschutz hat Vorrang

Als werdende oder stillende Mutter dürfen Sie während Ihrer Schwangerschaft und der Stillzeit bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben.

Im Gesetz sind daher allgemeine Beschäftigungsverbote genannt:

Grundsätzlich dürfen werdende und stillende Mütter

- nicht schwer körperlich arbeiten.
 - nicht mit Tätigkeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen, Strahlen, Staub, Gasen, Dämpfen, Hitze, Kälte, Nässe, Erschütterung oder Lärm ausgesetzt sind.
 - nicht im Akkord arbeiten.
 - keine sonstigen Arbeiten verrichten, bei denen sie durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielen können.
 - nicht am Fließband mit vorgeschriebenem Arbeitstempo arbeiten.
 - nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen
 - sie regelmäßig Lasten über 5 Kilogramm oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 Kilogramm ohne mechanische Hilfsmittel von Hand bewegen oder befördern müssen,
 - sie sich häufig erheblich strecken oder beugen müssen,
 - sie dauernd hocken oder sich gebückt halten müssen,
 - sie ausgleiten, fallen oder abstürzen könnten und dadurch einem erhöhten Unfallrisiko ausgesetzt sind,
 - sie der Gefahr einer Berufskrankheit ausgesetzt sind,
 - nicht an Geräten oder Maschinen arbeiten, bei denen sie den Fuß stark beanspruchen müssen, um sie zu bedienen (z.B. durch Fußantrieb).
 - nicht mehr als maximal 8,5 Stunden pro Tag oder 90 Stunden innerhalb von zwei aufeinander folgenden Wochen arbeiten;
 - nicht nachts (zwischen 20 Uhr und 6 Uhr) arbeiten;
 - nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden;
- vom Verbot der Nacht- und Sonntagsarbeit gibt es aber begrenzte Ausnahmen (siehe bei Sonderregelungen).

Wenn der dritte Schwangerschaftsmonat vorüber ist, sind regelmäßige Arbeiten auf Beförderungsmitteln verboten. Beispielsweise dürfen Sie dann keinen Omnibus oder LKW lenken, aber auch kein Taxi. Bei Verkaufsfahrerinnen gilt das Verbot zumin-

Wer hat Anspruch auf Mutterschutz?

Das Mutterschutzgesetz gilt für alle Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, also für:

- Vollzeitbeschäftigte,
- Teilzeitbeschäftigte,
- Arbeitnehmerinnen in Familienhaushalten (seit 1997 voller Mutterschutz),
- Heimarbeiterinnen,
- Angestellte und Arbeiterinnen im öffentlichen Dienst,
- Auszubildende.

Welche Staatsangehörigkeit Sie besitzen spielt, dabei keine Rolle. Lediglich Ihr Arbeitsort muss in Deutschland liegen.

Keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz haben Hausfrauen und Selbständige (diese können einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes haben, wenn sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind). Allerdings können sie sehr wohl Erziehungsgeld erhalten (siehe Kapitel „Kindergeld, Erziehungsgeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“).

Für Beamtinnen gelten besondere Regelungen.

dest dann, wenn die Fahrzeit mehr als die Hälfte der Beschäftigungszeit ausmacht. werdende Mütter dürfen nicht nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft mit Arbeiten, bei denen sie ständig gehen müssen, beschäftigt werden, soweit diese Beschäftigung täglich vier Stunden überschreitet.

Es kann für Sie auch ein individuelles Beschäftigungsverbot gelten: Wenn ein Arzt bei einer Untersuchung feststellt, dass Sie oder Ihr Kind – unabhängig von den oben genannten Verboten – gesundheitlich gefährdet sind, falls Sie Ihre Tätigkeit unverändert weiter ausüben, dürfen Sie so nicht weiter beschäftigt werden. Möglich wäre dann, dass Ihr Arbeitgeber Sie – zum gleichen Entgelt – an einen anderen Arbeitsplatz umsetzt. Im Einzelfall könnte auch die Verringerung der Arbeitszeit ausreichen.

Dieses Beschäftigungsverbot unterscheidet sich von einer Krankschreibung. Sie brauchen bei keinem dieser Beschäftigungsverbote Einkommensverluste zu befürchten, da Sie Mutterschutzlohn (zu unterscheiden vom Mutterschaftsgeld während der Mutterschutzfristen) in Höhe Ihres durchschnittlichen Nettolohns erhalten.

Sonderregelungen zu den Beschäftigungsverboten

Einen besonderen Schutz haben werdende und stillende Mütter unter 18 Jahren: Sie dürfen täglich nur höchstens acht Stunden oder 80 Stunden innerhalb von zwei aufeinander folgenden Wochen arbeiten.

Vom Verbot der Nacht- und Sonntagsarbeit gibt es zeitlich begrenzte Ausnahmen, wenn die werdende oder stillende Mutter

- in bestimmten Gewerbebezügen tätig ist, zum Beispiel im Gaststättengewerbe,
- in einem Krankenhaus oder Heim arbeitet,
- als Künstlerin bis 23.00 Uhr auftritt.

Falls eine Sonn- und Feiertagsarbeit ausnahmsweise zulässig ist, besteht eine besondere Ruhezeit: Die werdende oder stillende Mutter muss sich dann in jeder Woche mindestens 24 Stunden im Anschluss an eine Nachtruhe ununterbrochen ausruhen können.

Schutzfrist

Die Schutzfrist beginnt sechs Wochen vor der Entbindung. Während dieser Zeit dürfen Sie nur noch dann beschäftigt werden, wenn Sie selbst es ausdrücklich wünschen.

Wichtig: Die Entscheidung, während der sechs Wochen vor der Entbindung zu arbeiten, können Sie jederzeit wieder rückgängig machen.

Während der Schutzfrist nach der Entbindung dürfen Sie hingegen überhaupt nicht beschäftigt werden (Ausnahme: Beim tragischen Fall des Todes des Kindes kann die Mutter auf ihren ausdrücklichen Wunsch wieder vorzeitig arbeiten frühestens ab der dritten Woche nach der Entbindung, wenn nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht). Diese Frist dauert normalerweise acht Wochen ab dem Tag der Entbindung, bei Früh- oder Mehrlingsgeburten zwölf Wochen (bei Frühgeburten noch länger; siehe „Mutterschutz im Überblick“ – siehe dort auch den Hinweis auf die Verlängerung der Schutzfrist nach einer vorzeitigen Entbindung, die keine Frühgeburt ist).

Mutterschutzlohn

Es kann vorkommen, dass Sie wegen Ihrer Schwangerschaft oder Mutterschaft auch außerhalb der normalen Schutzfristen eingeschränkt oder gar nicht beschäftigt werden dürfen. In diesem Fall erhalten Sie Ihr bisheriges durchschnittliches Arbeitsentgelt weiter als Mutterschutzlohn.

Mutterschaftsgeld

Während der Schutzfristen vor und nach der Entbindung können Sie Mutterschaftsgeld erhalten. Dazu müssen allerdings bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein (siehe dazu auch den Abschnitt „Voraussetzungen für das Mutterschaftsgeld“).

Ärztliche Pflege und Betreuung

Sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert bzw. mitversichert? Dann haben Sie über die bisher genannten Leistungen hinaus auch Anspruch auf:

- regelmäßige ärztliche Vorsorgeuntersuchungen,
- ärztliche Betreuung und Hilfe durch eine Hebamme,
- Arznei-, Verband- und Heilmittel,
- stationäre Entbindung und Pflege in einem Krankenhaus oder Entbindungsheim,
- häusliche Pflege und Haushaltshilfe.

Voraussetzungen für das Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie,

- wenn Sie Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind und in einem Arbeitsverhältnis stehen,
- wenn Sie zwar in keinem Arbeitsverhältnis stehen, aber in der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind, beispielsweise als Selbständige,
- wenn Sie arbeitslos und Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, Anspruch auf Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch des Sozialgesetzbuches haben.

Höhe der Leistungen

Wie hoch das Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse ist, richtet sich nach Ihrem durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelt der letzten drei Kalendermonate bzw. der letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist (vor der Entbindung). Es beträgt jedoch höchstens 13 EUR für jeden Kalendertag.

Wichtig: In den meisten Fällen war der vorherige Nettoverdienst höher. Dann besteht Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss als Differenz zwischen dem Sockelbetrag von 13 EUR täglich und dem entsprechenden Nettoverdienst.

Falls Sie in keinem Arbeitsverhältnis stehen, aber in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und Anspruch auf Krankengeld haben – etwa als Selbständige –, so entspricht das Mutterschaftsgeld der Höhe des Krankengeldes.

Wenn Sie arbeitslos sind und Anspruch auf Arbeitslosengeld I/II nach dem Dritten Buch des Sozialgesetzbuches haben, entspricht die Höhe des Mutterschaftsgeldes dem Betrag der jeweiligen Zahlung – sprich: Arbeitslosengeld I/II –, die Sie vor Beginn der Schutzfrist (vor der Entbindung) erhalten haben.

Wenn Sie privat, gar nicht krankenversichert oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind, jedoch zu Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind, so gilt eine besondere Regelung: In diesem Fall erhalten Sie Mutterschaftsgeld zu Lasten des Bundes, höchstens jedoch insgesamt 210 EUR. Das Mutterschaftsgeld wird in diesen Fällen vom Bundesversicherungsamt in Bonn gezahlt (Telefon 0228/619-1888). Sie erreichen dann nicht Ihr bisheriges Nettoeinkommen; der Arbeitgeberzuschuss ist auch die Differenz zwischen dem Sockelbetrag von 13 Euro täglich und dem entsprechenden Nettoverdienst.

Wichtig: Für das Mutterschaftsgeld brauchen Sie keine Steuern und Sozialabgaben zu zahlen.

Während Sie Mutterschaftsgeld beziehen, bleiben Sie beitragsfrei in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung – vorausgesetzt, Sie waren dort schon vorher pflichtversichert und haben keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen. Als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse bleiben Sie beitragspflichtig.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Mutterschutzgesetz sowie in der Reichsversicherungsordnung. Auch das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte enthält Regelungen über das Mutterschaftsgeld. Ob und wie diese Gesetze angewendet und umgesetzt werden, überwachen die zuständigen Aufsichtsbehörden.

Information

Fragen zum Mutterschutz, insbesondere zu den Schutzfristen und zum Mutterschaftsgeld, beantwortet Ihnen Ihre Krankenkasse. Beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn, erhalten Sie kostenlos den Leitfaden zum Mutterschutz. Darüber hinaus erteilen die Mitarbeiter des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 7.00 bis 20.00 Uhr Auskünfte zum Mutterschutzgesetz.

Wenn Sie nicht versichert sind, wenden Sie sich bitte an das Bundesversicherungsamt in Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Telefon 0228/619-1888.

Wenn Sie arbeitslos sind, steht Ihnen die Agentur für Arbeit mit Rat und Auskunft zur Verfügung.

Entsprechend Ihrer Einkommenssituation können Sie sich auch nach dem Beratungshilfegesetz beim Amtsgericht Rechtsbeistand holen.

Soziale Sicherheit ist untrennbar mit der Rentenversicherung verbunden.
Sie sorgt seit vielen Jahrzehnten dafür, dass die Versicherten auch im Alter
finanziell gut versorgt sind.

Wer ist versichert?

Arbeitnehmer sind (bis auf wenige Ausnahmen) in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Das gilt auch für Auszubildende, behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr.

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt im Jahr 2005 bei monatlich 5.200 EUR in den alten und 4.400 EUR in den neuen Bundesländern. Sie ist nicht gleichzeitig Versicherungspflichtgrenze. Das bedeutet: Auch wer mehr verdient, bleibt versicherungspflichtig. Beitragsbemessungsgrenze heißt: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung bemisst sich höchstens an diesen Beträgen, auch wenn Sie mehr verdienen.

Für Arbeitnehmer mit geringen Verdiensten (zwischen 400,01 EUR und 800,00 EUR) gelten seit dem 1. April 2003 Besonderheiten bei der Beitragszahlung. Automatisch finden die besonderen beitragsrechtlichen Regelungen der so genannten Gleitzone (Progressionszone) Anwendung, durch die der Arbeitnehmer entsprechend seinem Verdienst anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Dies bedeutet, dass für Arbeitsentgelte innerhalb der Gleitzone der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung von z. Z. 21,5 %) abhängig vom Verdienst im Ergebnis linear von rund 4 % am Anfang der Gleitzone (400,01 EUR) bis zum vollen Arbeitnehmeranteil (z. Z. 21,5 %) bei 800 EUR ansteigt. Der Arbeitgeber zahlt dagegen für das gesamte Arbeitsentgelt grundsätzlich seinen vollen Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Regelungen gelten jedoch nicht bei Auszubildenden.

Wichtig: Da bei der Rentenberechnung auch nur das – niedrigere – Entgelt zugrunde gelegt wird, für das Beiträge gezahlt wurden, kann der Beschäftigte gegenüber seinem Arbeitgeber erklären, dass er Beiträge nach seinem tatsächlichen Arbeitsentgelt zahlen möchte. Dann zahlt er auch innerhalb der Gleitzone seinen vollen Arbeitnehmeranteil und das Arbeitsentgelt wird in vollem Umfang bei der Rentenberechnung berücksichtigt.

Von den Selbständigen sind nur bestimmte Personenkreise pflichtversichert. Dazu gehören beispielsweise selbständige Handwerker. Sie können sich jedoch nach 18 Jahren von dieser Pflicht befreien lassen. Selbständige Künstler und Publizisten sind nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert (wobei sie nur den halben Beitrag selbst zahlen müssen). Voraussetzung ist ein Jahresmindesteinkommen von 3.900 EUR, das Berufsanfänger aber unterschreiten können. Die Künstlersozialkasse in Wilhelmshaven stellt nicht nur die Versicherungspflicht fest, sondern berechnet auch den Beitrag.

Seit dem 1. Januar 1999 sind auch Selbständige versicherungspflichtig, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen und die auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind. Die Voraussetzung, dass der Selbständige im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sein darf, umfasst nicht nur den Fall, dass der Betreffende vertraglich im Wesentlichen an einen Auftraggeber gebunden ist, sondern auch den Fall, dass er wirtschaftlich im Wesentlichen von einem einzigen Auftraggeber abhängig ist.

Existenzgründer können sich bis zu drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien lassen. Auch haben Personen, die bereits in einem vorgerückten Lebensalter stehen, ein Befreiungsrecht.

Die Einführung der Versicherungspflicht ist durch eine Übergangsregelung ergänzt worden, da Angehörige dieses Personenkreises teilweise schon anderweitig für ihr Alter vorgesorgt haben. Danach können sich die betreffenden Personen von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie am 1. Januar 1999 das 50. Lebensjahr vollendet haben oder vor dem 10. Dezember 1998 bereits über eine Lebensversicherung, private Rentenversicherung oder betriebliche Versorgungszusage verfügt haben und diese in leistungs- und beitragsmäßiger Hinsicht bis zum 30. Juni 2000 oder binnen

eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht rentenversicherungsäquivalent ausgestaltet haben bzw. ausgestaltet. Eine solche Ausgestaltung liegt vor, wenn Leistungen für den Fall der Invalidität und des Erlebens des 60. oder eines höheren Lebensjahres sowie im Todesfall Leistungen an Hinterbliebene erbracht werden und für diese Versicherung mindestens ebenso viel Beiträge aufzuwenden sind wie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wären. Auch eine äquivalente andere Form der Rentenversorgung kann den Befreiungsvoraussetzungen genügen. Die Befreiung ist binnen eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht zu beantragen. Die Frist lief frühestens am 30. Juni 2000 ab. Eine Befreiung wirkt auf den 1. Januar 1999 zurück.

Seit dem 1. Januar 2003 können Personen, die zuvor Lohnersatzleistungen von der Bundesagentur für Arbeit bezogen oder an einer Arbeitsförderungsmaßnahme teilgenommen haben, bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit einen Existenzgründungszuschuss erhalten. Die Gründerinnen und Gründer einer so genannten Ich AG sind für die Dauer des Bezugs dieses Zuschusses versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Landwirte sind grundsätzlich nicht in der Rentenversicherung, sondern in der Alterssicherung der Landwirte pflichtversichert. Dieses besondere Versorgungssystem sichert mit seinen Leistungen die Landwirte teilweise ab.

Andere Maßnahmen, vor allem das betriebliche Altenteil und Einnahmen aus der Abgabe des landwirtschaftlichen Unternehmens, ergänzen die Leistungen aus diesem System im Alter.

Wer selbständig tätig und nicht in der Rentenversicherung pflichtversichert ist, kann die Versicherungspflicht innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit beantragen. Diese Versicherungspflicht zieht dann die gleichen Rechte und Pflichten wie bei allen anderen Pflichtversicherten nach sich.

Kindererziehungszeiten: Auch Mütter und Väter sind pflichtversichert. Anerkannt werden bis zu drei Jahren bei Kindern, die seit dem 1. Januar 1992 geboren sind, bzw. bis zu einem Jahr bei früher geborenen Kindern. Die Beiträge hierfür werden vom Bund bezahlt.

Pflegepersonen: Für Pflegepersonen, beispielsweise Angehörige, die einen zumindest erheblich pflegebedürftigen Menschen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, brachte die Pflegeversicherung ab 1. April 1995 eine wesentliche Verbesserung. Damit sind auch sie ohne eigene Beitragszahlung pflichtversichert.

Bezieher von Lohnersatzleistungen sind versicherungspflichtig, während sie diese Leistungen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Trifft dies nicht zu, können sie in der Regel beantragen, dass sie in der Rentenversicherung pflichtversichert werden. Zu den Lohnersatzleistungen gehören Krankengeld, Verletzten- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Altersübergangsgeld und Vorruhestandsgeld. Durchgeführt wird die Versicherung vom Träger der jeweiligen Sozialleistung.

Wer ist versicherungsfrei?

a) Geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigung:

Eine Beschäftigung ist geringfügig, wenn das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 400 EUR nicht übersteigt. Geringfügig Beschäftigte haben keine Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen, sie sind versicherungsfrei.

Der Arbeitgeber allerdings zahlt einen Pauschalbetrag von 12 % zur gesetzlichen Rentenversicherung, für Mini-Jobs in privaten Haushalten als einer besonderen Form der geringfügigen Beschäftigung gilt eine geringere Pauschale in Höhe von 5 % zur gesetzlichen Rentenversicherung. Hieraus erwachsen den geringfügig Beschäftigten, die noch keine volle Altersrente beziehen, entsprechend der Beitragszahlung Renten-vorteile in Form eines Rentenzuschlags sowie in begrenztem Umfang bei der Erfüllung der allgemeinen Wartezeit.

Versicherungspflichtig sind geringfügig Beschäftigte, die durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber auf die Versicherungsfreiheit verzichten. Die Optionsmöglichkeit kann zu Beginn einer geringfügigen Beschäftigung von allen – mit Ausnahme der Altersvollrentner – wahrgenommen werden, die neben ihrer geringfügigen Beschäftigung keine weitere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben. Versicherungspflicht besteht dann bis zum Ende der Beschäftigung. In diesem Fall muss der geringfügig Beschäftigte den Pauschalbetrag des Arbeitgebers zur Rentenversicherung auf den vollen Beitrag aufstocken (Der volle Beitrag beträgt im Jahr 2005 19,5 %. Geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten haben den Pauschalbeitrag von 5 % also um 14,5 % aufzustocken, alle anderen geringfügig Beschäftigten haben den Pauschalbeitrag von 12 % um 7,5 % aufzustocken). Damit können alle Leistungsansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung, also auch Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Wartezeitmonate für vorzeitige Altersrenten sowie Anspruch auf die Förderung nach der sog. Riester-Rente, erworben werden. Liegt das Arbeitsentgelt unter 155 EUR monatlich, ist ein Mindestbeitrag auf der Basis von 155 EUR zu zahlen, auf den der Arbeitgeberbeitrag angerechnet wird. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Möglichkeit der Aufstockung zu informieren.

b) Kurzfristige Beschäftigung:

Eine kurzfristige Beschäftigung ist dadurch gekennzeichnet, dass das Beschäftigungsverhältnis auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage im Kalenderjahr nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt (ergibt sich vorausschauend aus der Art, dem Wesen oder dem Umfang der zu verrichtenden Arbeit) oder im Voraus vertraglich begrenzt ist (z. B. durch einen auf längstens ein Jahr befristeten Rahmenarbeitsvertrag); die Entgelthöhe ist dabei unerheblich. Die Beschäftigung darf nicht berufsmäßig ausgeübt werden oder dann mit ihrem Entgelt 400 EUR im Monat nicht übersteigen. Für kurzfristige Beschäftigungen sind grundsätzlich keine Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen, auch keine Pauschalbeiträge durch den Arbeitgeber.

c) Mehrere Beschäftigungen:

Mehrere gleichzeitig ausgeübte geringfügige Beschäftigungen oder kurzfristige Beschäftigungen sind jeweils zusammenzurechnen. Werden dadurch die oben genannten Geringfügigkeitsgrenzen überschritten, tritt Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung ein.

Bei gleichzeitiger Ausübung von geringfügigen Beschäftigungen und sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigungen ist Folgendes zu beachten:

Neben einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung kann eine geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigung ausgeübt werden, ohne dass diese durch Zusammenrechnung mit der Hauptbeschäftigung versicherungspflichtig wird. Jede weitere geringfügige Beschäftigung wird mit der sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnet und unterfällt damit der vollen Sozialversicherungspflicht (Ausnahme: Arbeitslosenversicherung). Das Zusammenrechnungsgebot gilt nicht bei gleichzeitiger Ausübung von kurzfristiger und geringfügiger Dauerbeschäftigung sowie von kurzfristiger Beschäftigung und sozialversicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung.

Ausnahmen: Für bestimmte Personenkreise, z. B. Auszubildende oder behinderte Menschen, bestehen Sonderregelungen. Sie sind auch dann versicherungspflichtig, wenn an sich die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung vorliegen.

Die Entscheidung über die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung im Einzelfall trifft die örtlich zuständige gesetzliche Krankenkasse, für geringfügige Beschäftigungen die Bundesknappschaft (ab 01.10.2005 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) als zentrale Einzugsstelle (www.minijobzentrale.de). Die Knappschaft und alle anderen Sozialversicherungsträger stehen auch zur Auskunft und Beratung zur Verfügung.

Wer kann sich freiwillig versichern?

Wer nicht versicherungspflichtig ist, kann in der Regel freiwillig Beiträge zur allgemeinen Rentenversicherung zahlen. Das gilt vor allem für Selbständige und Hausfrauen. Für Beamte, Richter, Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit gelten bestimmte Einschränkungen.

Rehabilitation

„Rehabilitation geht vor Rente“ – dieser Grundsatz ist ausdrücklich im Rentenrecht verankert. Deshalb prüft der Träger der Rentenversicherung jeden Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit darauf, ob Rehabilitationsmaßnahmen die Rentenleistung vermeiden können.

Wer hat einen Rentenanspruch?

Rentenansprüche sind davon abhängig, dass zuvor Beiträge gezahlt worden und bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind. Aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden folgende Renten gezahlt:

- Renten wegen Alters
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Hinterbliebenenrenten (Renten wegen Todes)

Grundvoraussetzung: Erfüllung von Wartezeiten

Leistungen aus der Rentenversicherung können nur beansprucht werden, wenn die Versicherten mindestens eine Zeit lang der Versicherung angehört haben. Diese Mindestversicherungszeit ist die Wartezeit. Die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren mit Beitragszeiten und Ersatzzeiten ist Voraussetzung für den Anspruch auf die Regelaltersrente, die Renten wegen Erwerbsminderung und die Renten wegen Todes. Auf die Wartezeit von 15 Jahren für den Bezug von Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit und von Altersrente für Frauen ab 60 Jahren werden ebenfalls Beitragszeiten und Ersatzzeiten angerechnet. Auf die Wartezeit von 35 Jahren für die Altersrente für langjährig Versicherte und die Altersrente für schwer behinderte Menschen werden auch beitragsfreie Zeiten sowie Berücksichtigungszeiten angerechnet. Zu den beitragsfreien Zeiten gehören beispielsweise bestimmte Ausbildungszeiten, Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit.

Die vorzeitige Erfüllung der Wartezeit

Für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes muss grundsätzlich die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt sein. Allerdings kann die allgemeine Wartezeit auch vorzeitig erfüllt werden, vor allem dann, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung vermindert erwerbsfähig geworden oder gestorben ist. Außerdem gilt: Wenn der Versicherte

innerhalb von sechs Jahren nach der Ausbildung voll erwerbsgemindert wird oder stirbt, haben er oder seine Hinterbliebenen bereits dann einen Rentenanspruch, wenn der Versicherte in den letzten beiden Jahren vorher mindestens ein Jahr lang Pflichtbeiträge gezahlt hat. Der Zeitraum von zwei Jahren verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres um bis zu sieben Jahre.

Altersrenten

Anspruch auf eine Rente wegen Alters hat nur der Versicherte selbst. Voraussetzung ist zunächst das Erreichen eines bestimmten Lebensalters (Altersgrenze). Daneben müssen – je nach Art der Altersrente – weitere Voraussetzungen erfüllt werden.

Die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug

Um die Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Inanspruchnahme vorzeitiger Altersrenten zu begrenzen, wurden die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug von 60 beziehungsweise 63 auf 65 Jahre angehoben. Die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug bei der Altersrente für Frauen und der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit wurde von 60 auf 65 Jahre, bei der Altersrente für langjährig Versicherte von 63 auf 65 Jahre und bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen von 60 auf 63 Jahre angehoben. Dennoch ist eine vorzeitige Inanspruchnahme dieser Renten grundsätzlich möglich (Ausnahme siehe Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit). Um die Mehraufwendungen der Rentenversicherung aufgrund der längeren Rentenbezugsdauer auszugleichen, wird die monatliche Rente für jeden Monat des vorgezogenen Rentenbezugs vor Vollendung des 65. Lebensjahres um einen Abschlag in Höhe von 0,3 Prozent verringert. Wird die Rente um fünf Jahre (60 Monate) vorgezogen, ergibt sich somit ein Abschlag von 18 Prozent. Ein über das 65. Lebensjahr hinausgeschobener Rentenbeginn führt für jeden Monat zu Zuschlägen, die den monatlichen Rentenbetrag um 0,5% erhöhen. Abschläge bzw. Zuschläge bleiben für die gesamte Rentenbezugsdauer auch über die Vollendung des 65. Lebensjahres hinaus bestehen. Sie wirken sich auch auf die Höhe von Hinterbliebenenrenten aus.

Die für bestimmte Personengruppen geltenden Regelungen zum Vertrauensschutz bei der Anhebung der Altersgrenzen sind bei den einzelnen Rentenarten weitgehend ausgelaufen.

1. Regelaltersrente

Anspruch auf die Regelaltersrente haben Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Neben der Regelaltersrente darf unbeschränkt hinzuverdient werden.

2. Altersrente für langjährig Versicherte.

Versicherte können diese Altersrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres mit Abschlägen in Anspruch nehmen, wenn sie

- das 63. Lebensjahr vollendet und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Bereits mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurde beschlossen, dass die Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente für 1948 und später Geborene stufenweise in 2-Monatsschritten auf 62 Jahre gesenkt wird. Demnach können im Januar und Februar 1948 Geborene diese Altersrente frühestmöglich mit 62 Jahren und elf Monaten, im März und April 1948 Geborene mit 62 Jahren und zehn Monaten und so weiter in Anspruch nehmen. Ab November 1949 und später Geborene können die Altersrente für langjährig Versicherte schließlich schon mit 62 Jahren beziehen.

3. Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

Anspruch auf diese Altersrente ohne Abschläge haben Versicherte, die

- das 63. Lebensjahr vollendet haben,
- bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Die vorzeitige Inanspruchnahme einer solchen Altersrente ist mit Abschlägen bereits nach Vollendung des 60. Lebensjahres möglich.

Anerkannte schwerbehinderte Menschen sind alle Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50, solange sie ihren Wohnsitz in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union haben. Über den Grad der Schwerbehinderung entscheidet das Versorgungsamt. Auch nicht schwerbehinderte Versicherte können Anspruch auf die Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben, wenn sie vor dem 1. Januar 1951 geboren wurden und berufs- oder erwerbsunfähig sind.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes können Versicherte, die vor dem 16. November 2000 das 50. Lebensjahr vollendet haben und am 16. November 2000 als schwerbehindert gemäß § 1 Schwerbehindertengesetz anerkannt oder gemäß dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht berufs- oder erwerbsunfähig waren, die Altersrente für schwerbehinderte Menschen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres ohne Abschläge in Anspruch nehmen.

4. Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit.

Versicherte, die vor dem 1. Januar 1952 geboren sind, können diese Altersrente mit Abschlägen in Anspruch nehmen, wenn sie

- die Altersgrenze erreicht haben,
- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben,
- in den letzten 10 Jahren vor Rentenbeginn acht Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit geleistet haben und
- bei Beginn der Rente arbeitslos sind und nach Vollendung eines Lebensalters von 58 Jahren und sechs Monaten insgesamt 52 Wochen arbeitslos waren oder vor Rentenbeginn mindestens 24 Monate Altersteilzeitarbeit geleistet haben.

Die Altersgrenze für die frühestmögliche Inanspruchnahme dieser Altersrente war bisher die Vollendung des 60. Lebensjahres. Von 2006 bis 2008 wird diese Altersgrenze von 60 auf 63 Jahre stufenweise angehoben. Im Januar 1946 Geborene werden diese Altersrente frühestens mit 60 Jahren und einen Monat beziehen können, im Februar 1946 Geborene frühestens mit 60 Jahren und zwei Monaten usw. Schließlich können im Dezember 1948 und später Geborene frühestmöglich mit 63 Jahren diese Altersrente in Anspruch nehmen. Ein Rentenbezug vor diesem Zeitpunkt ist – auch unter Inkaufnahme von Abschlägen – bei dieser Altersrente dann grundsätzlich nicht mehr möglich.

Einen Vertrauensschutz genießen jedoch Versicherte, die bereits vor dem 1. Januar 2004 rechtsverbindlich die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses vereinbart haben (zum Beispiel Vertrag über Altersteilzeitarbeit oder Aufhebungsvertrag) oder an diesem Tag bereits arbeitslos oder beschäftigungslos waren. Für sie wird die Altersgrenze für die frühestmögliche Inanspruchnahme nicht angehoben.

Der 10-Jahres-Zeitraum, innerhalb dessen acht Jahre mit Pflichtbeiträgen liegen müssen, wird durch bestimmte darin liegende Tatbestände wie Anrechnungszeiten, insbesondere wegen Arbeitslosigkeit ohne Pflichtbeitragszahlung, zugunsten des Versicherten verlängert.

Eine Altersteilzeit liegt vor, wenn für mindestens 24 Kalendermonate Altersteilzeitarbeit geleistet wurde; dabei kommt es nicht darauf an, dass die Altersteilzeitarbeit von der Arbeitsagentur gefördert wurde.

Die Arbeitslosigkeit wird grundsätzlich durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit nachgewiesen. Als Zeit der Arbeitslosigkeit werden auch Zeiten des Bezugs von Vorruhestandsgeld anerkannt.

5. Altersrente für Frauen

Anspruch auf diese Altersrente – mit Abschlägen – haben vor 1952 geborene Frauen, die

- das 60. Lebensjahr vollendet haben,
- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben und
- nach Vollendung des 40. Lebensjahres mehr als zehn Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit geleistet haben.

6. Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute.

Anspruch auf diese Altersrente haben langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute, die

- das 60. Lebensjahr vollendet und
- die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt haben.

Auf die Wartezeit von 25 Jahren werden Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage angerechnet.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über die Rente unter 01805 9966-01, für 12 Cent/Min aus dem deutschen Festnetz.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Diese Renten ersetzen Einkommen, wenn der Versicherte eingeschränkt oder gar nicht mehr erwerbsfähig ist. Dabei gelten folgende Voraussetzungen: Wenn die Erwerbsminderung eintritt, muss der Versicherte in den letzten 5 Jahren davor (zuzüglich Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung) mindestens 36 Pflichtbeiträge gezahlt und vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Ausnahme: Die Voraussetzung gilt nicht, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Umstandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit als erfüllt gilt.

Die Voraussetzungen ebenfalls erfüllt haben Versicherte, die vor 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt und ab 1984 jeden Monat bis zum Eintritt der Erwerbsminderung mit rentenrechtlichen Zeiten belegt haben.

Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden längstens bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres gezahlt – anschließend hat der Versicherte einen Anspruch auf Regelaltersrente in mindestens gleicher Höhe.

Im Einzelnen gibt es folgende Leistungsarten: 1. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung: Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erhält der Versicherte die Hälfte einer Rente wegen voller Erwerbsminderung.

2. Rente wegen voller Erwerbsminderung: Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Versicherte, die noch mindestens drei, aber nicht mehr sechs Stunden täglich arbeiten, das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit aber nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können, erhalten ebenfalls eine volle Erwerbsminderungsrente. Die Höhe der Rente wegen voller Erwerbsminderung entspricht einer vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

3. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit: Sie wird an vor dem 2. Januar 1961 geborene Versicherte gezahlt, die wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit in ihrem bisherigen Beruf oder einem zumutbaren anderen Beruf nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich arbeiten können. Sie entspricht in der Höhe der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

4. Renten wegen voller Erwerbsminderung für Behinderte: Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie eine Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben. Dieser Rentenanspruch kann auch mit freiwilligen Beiträgen erworben werden.

5. Rente für Bergleute: Anspruch auf die Rente für Bergleute haben Versicherte, die

- wegen Krankheit oder Behinderung ihre bisherige Arbeit im Bergbau und auch eine vergleichbare andere Beschäftigung im Bergbau nicht mehr ausüben können,
- die Wartezeit von 5 Jahren im Bergbau erfüllt haben und
- in den letzten fünf Jahren drei Jahre Pflichtbeiträge im Bergbau nachweisen oder vor 1984 die allgemeine Wartezeit erfüllt und ab 1984 jeden Monat bis zum Eintritt der Erwerbsminderung mit rentenrechtlichen Zeiten belegt haben.

Kann aber außerhalb des Bergbaus eine Beschäftigung ausgeübt werden, die der bisherigen Beschäftigung vergleichbar ist, besteht kein Anspruch auf diese Rente. Alternativ besteht Anspruch auf die Rente für Bergleute, wenn der Versicherte

- das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- im Vergleich zu seiner bisherigen Beschäftigung im Bergbau keine vergleichbare Beschäftigung mehr ausüben kann und
- eine Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten für Beschäftigungen mit ständigen Arbeiten unter Tage zurückgelegt hat.

Zeitrenten

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden grundsätzlich auf Zeit geleistet. Sie werden jedoch unbefristet geleistet, wenn

- der Anspruch auf die Rente unabhängig von der Arbeitsmarktlage besteht und
- unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann; hiervon ist in jedem Fall nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen.

Hinzuverdienst

Die Versichertenrenten stellen den Ersatz für ausgefallene Verdienste oder Unterhaltsleistungen dar. Werden neben der Rente zusätzliche Erwerbs- oder Erwerbsersatz-einkommen bezogen, so bestehen für die Versichertenrenten bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres bestimmte Hinzuverdienstgrenzen. Als Hinzuverdienst berücksichtigt werden Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen. Nicht als Arbeitsentgelt gilt das Entgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn es den entsprechenden Pflegegeldbetrag nicht übersteigt oder Entgelt, das ein Behinderter in einer Werkstatt für behinderte Menschen erhält.

A. Altersrenten

Bei den Hinzuverdienstmöglichkeiten neben einer Altersrente ist es von Bedeutung, ob das 65. Lebensjahr schon vollendet wurde und ob eine Voll- oder Teilrente bezogen wird.

1. Regelaltersrenten

Allein bei Bezug der Regelaltersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres darf unbeschränkt hinzuverdient werden. Wer bereits eine Altersrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres bezogen hat, darf ab dem Monatsersten nach Vollendung des

65. Lebensjahres ebenfalls unbegrenzt hinzuverdienen. Allerdings müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auch für über 65-jährige Rentnerinnen und Rentner, die bei ihnen beschäftigt sind, aus Gleichbehandlungsgründen den jeweiligen Arbeitgeberbeitrag zahlen.

2. Altersrenten vor Vollendung des 65. Lebensjahres

Bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres darf neben einer Altersrente nur eingeschränkt hinzuverdient werden. Wer eine Vollrente erhält, darf im Jahr 2005 nur bis zu 345 Euro brutto monatlich hinzuverdienen. Innerhalb eines Kalenderjahres ist ein zweimaliges Überschreiten dieses Betrages bis zum Doppelten (zum Beispiel durch Urlaubs- und Weihnachtsgeld) zulässig. Wird die Hinzuverdienstgrenze überschritten, führt dies aber nicht automatisch zum Wegfall der Rente. Die Rente kann dann in eine Teilrente umgewandelt werden, die einen höheren Hinzuverdienst erlaubt.

Bei einer Altersrente als Teilrente gibt es eine allgemeine, für alle Versicherten mindestens geltende, und eine individuelle, vom zuletzt versicherten Entgelt abhängige, Hinzuverdienstgrenze.

Die allgemeine Hinzuverdienstgrenze kommt zum Tragen, wenn die in den letzten drei Kalenderjahren vor Rentenbeginn versicherten Entgelte im Durchschnitt unter 50 Prozent des Durchschnittsverdienstes, also unter 0,5 Entgeltpunkten, lagen. Die einzelnen Beträge können Sie der Zusammenstellung entnehmen. Über die für Sie maßgebenden Hinzuverdienstgrenzen können Sie sich bei Ihrem Rentenversicherungsträger informieren.

Rentnerinnen und Rentner können die maßgebenden Hinzuverdienstgrenzen ihrem Rentenbescheid entnehmen. Sie sind verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger das Überschreiten einer Hinzuverdienstgrenze mitzuteilen.

B. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Auch Bezieherinnen und Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit können während des Rentenbezugs bis zu einer bestimmten Grenze Geld hinzuverdienen. Wer eine Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe bezieht, darf im Jahr 2005 nur bis zu 345 Euro brutto monatlich hinzuverdienen. Für die weiteren Leistungsansprüche gibt es – ähnlich wie bei den Altersteilrenten – allgemeine, für alle Versicherten mindestens geltende, und individuelle, vom zuletzt versicherten Entgelt abhängige, Hinzuverdienstgrenzen. Ein zweimaliges Überschreiten der Hinzuverdienstgrenzen im Kalenderjahr (zum Beispiel durch Urlaubs- und Weihnachtsgeld) ist bis zum Doppelten zulässig.

Wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht, ist verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger jede Aufnahme einer Beschäftigung mitzuteilen. Wird eine Beschäftigung ausgeübt, weil sich der Gesundheitszustand der Rentnerin oder des Rentners grundsätzlich gebessert hat, muss der Leistungsträger überprüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen für den Rentenbezug noch vorliegen. Unter Umständen kann eine

Hinzuverdienstgrenzen 1. Halbjahr 2005

Rentenarten	Hinzuverdienstgrenze pro Monat in €	
	West	Ost

Altersrenten

Regelaltersrenten ab dem 65. Lebensjahr keine Einschränkung

Bis zur Vollendung

des 65. Lebensjahres

*(bei Rentenbeginn ab 2000)**

- Vollrente	345,00	345,00
- Teilrente von 2/3	458,58	403,12
- Teilrente von 1/2	685,91	602,96
- Teilrente von 1/3	913,24	802,80

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

(bei Rentenbeginn ab 2001)

Rente wegen voller Erwerbsminderung

- in voller Höhe	345,00	345,00
- in Höhe von 3/4	611,44	537,50
- in Höhe von 1/2	811,34	713,22
- in Höhe von 1/4	1.011,23	888,94

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

- in voller Höhe	811,34	713,22
- in Höhe von 1/2	1.011,23	888,94

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

(bei Rentenbeginn vor 2001)

Erwerbsunfähigkeitsrente	345,00	345,00
Berufsunfähigkeitsrente		
- in voller Höhe	685,91	602,96
- in Höhe von 2/3	914,55	803,95
- in Höhe von 1/3	1.143,19	1.004,94

Mit Ausnahme der auf 345 EUR festgesetzten Hinzuverdienstgrenzen handelt es sich um allgemeine Hinzuverdienstgrenzen, bis zu denen mindestens hinzuverdient werden kann. Für Versicherte, die zuletzt mehr als die Hälfte des Durchschnittsverdienstes versichert haben, gelten höhere, individuelle Hinzuverdienstgrenzen, die sich nach dem letzten Verdienst richten.

Rente wegen Erwerbsminderung entzogen werden, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen, die zur Berentung geführt haben, behoben sind. Die Entscheidung hierüber trifft der Rentenversicherungsträger.

Renten wegen Todes

1. Witwen-/Witwerrenten

Anspruch auf Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht für überlebende Ehegatten, die nach dem Tode des Ehegatten nicht wieder geheiratet haben, wenn die verstorbene Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre. Die Witwen- bzw. Witwerrente beträgt grundsätzlich mindestens 25 % der Versichertenrente des verstorbenen Ehepartners (sog. kleine Witwen- bzw. Witwerrente). Wenn der/die Hinterbliebene das 45. Lebensjahr vollendet hat oder ein Kind erzieht, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, bzw. für ein Kind sorgt, das wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten oder erwerbsgemindert ist, beträgt die Witwen- bzw. Witwerrente grundsätzlich 60 % der Versichertenrente (sog. große Witwen- bzw. Witwerrente). Die Witwen-/Witwerrenten unterliegen der Einkommensanrechnung.

Diese herkömmlichen Regelungen bleiben weiterhin für Ehepaare gültig, die am 1. Januar 2002 bereits verheiratet waren und bei denen ein Partner zu diesem Zeitpunkt älter als 40 Jahre war. Für neue Ehen und für jüngere Ehepaare gilt das neue Hinterbliebenenrentenrecht:

Da Frauen heute in der Regel ein eigenes Einkommen beziehen, aus dem sich eigene Rentenanwartschaften ableiten, werden sie künftig immer weniger auf eine Versorgung durch die von ihrem Ehemann abgeleitete Hinterbliebenenrente angewiesen sein. Deshalb wird der Versorgungssatz für die große Witwen- bzw. Witwerrente von heute 60 % moderat auf 55 % abgesenkt. Gleichzeitig wird für diesen Personenkreis Kindererziehung auch in der Hinterbliebenenversorgung berücksichtigt und zwar in der Weise, dass die Rente um einen Zuschlag für das erste Kind von zwei Entgeltpunkten und für die weiteren Kinder von jeweils einem Entgeltpunkt erhöht wird. Im Ergebnis führt diese Regelung für die betroffenen jüngeren Hinterbliebenen mit durchschnittlicher Witwenrente, die ein Kind erzogen haben, zu einer kleinen Verbesserung gegenüber dem derzeitigen Recht.

Die kleine Witwenrente wird für die Personen, die unter das neue Recht fallen, auf eine Bezugszeit von 24 Monaten beschränkt.

2. Waisenrente

Waisenrente erhalten nach dem Tod des Versicherten seine Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. So weit sich die Kinder noch in der Ausbildung befinden oder bei Behinderung ist die Zahlung einer Waisenrente bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres möglich. Darüber hinaus jedoch nur, wenn Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst unterbrochen wird. Vollwaisen erhalten ein Fünftel, Halbwaisen ein Zehntel der vollen Versichertenrente. Hierzu wird noch ein Zuschlag gezahlt. Waisenrenten an über 18-jährige Waisen unterliegen der Einkommensanrechnung.

3. Erziehungsrente

Eine weitere Rente wegen Todes ist die Erziehungsrente. Sie ist eine eigenständige Sicherung für Personen, die geschieden sind und Kinder erziehen und ersetzt einen

durch den Tod des geschiedenen Ehegatten weggefallenen Unterhaltsanspruch wegen Kindererziehung.

Anspruch auf Erziehungsrente haben Versicherte, wenn

- der geschiedene Ehepartner verstorben ist,
- solange sie ein eigenes Kind oder das des verstorbenen Partners erziehen,
- sie nicht wieder geheiratet haben,
- sie selbst bis zum Tode des geschiedenen Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben und
- die Ehe geschieden wurde (alte Bundesländer: nur Scheidungen nach dem 30. Juni 1977).

Die Rente wird wie eine Altersrente berechnet und aus den vom überlebenden früheren Ehegatten selbst zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten und den übertragenen Anwartschaften aus dem Versorgungsausgleich gezahlt.

Auch die Erziehungsrenten unterliegen der Einkommensanrechnung. Hier gelten die Freibeträge für Witwen-/Witwerrenten entsprechend.

4. Einkommensanrechnung

Eigenes Einkommen wird, so weit es den Freibetrag überschreitet, zu 40 % auf die Hinterbliebenenrente angerechnet. Für Witwen-/Witwerrenten und Erziehungsrenten betragen die Freibeträge zur Zeit

Alte Länder 689,83 EUR

Neue Länder 606,41 EUR

Er erhöht sich für jedes Kind, das Anspruch auf Waisenrente hat, um

Alte Länder 146,33 EUR

Neue Länder 128,63 EUR

Die Freibeträge bei Waisenrenten an über 18-jährige Waisen betragen zur Zeit

Alte Länder 459,89 EUR

Neue Länder 404,27 EUR

Die Freibeträge werden regelmäßig Jahr an die Einkommensentwicklung angepasst.

5. Rentensplitting unter Ehegatten

Es besteht künftig die Möglichkeit des Rentensplittings unter Ehegatten. Um dem veränderten Partnerschaftsverständnis von Männern und Frauen Rechnung zu tragen, können Ehepartner, die 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten zurückgelegt haben, durch gemeinsame Erklärung die in der Ehezeit erworbenen Rentenanswartschaften teilen (Rentensplitting). Die Regelung gilt für alle nach dem 31. Dezember 2001 geschlossene Ehen. Außerdem können Ehepartner, die vor dem 1. Januar 2002 geheiratet haben, das Rentensplitting wählen, wenn beide an diesem Stichtag das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Das Erklärungsrecht steht den Ehegatten zu, wenn erstmalig beide Anspruch auf eine Vollrente wegen Alters haben. Stirbt ein Ehegatte, bevor eine dieser Möglichkeiten zur Abgabe einer gemeinsamen Erklärung vorliegt, kann der überlebende Ehegatte die Erklärung allein abgeben.

Mit Eintritt der Bestandskraft der Entscheidung über das Rentensplitting entfallen Ansprüche auf Witwen- bzw. Witwerrente. Ob sich das Rentensplitting gegenüber der neuen Hinterbliebenenrentenregelung als vorteilhaft darstellt, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Insoweit ist insbesondere die Einkommenssituation der Ehegatten zu berücksichtigen, denn Einkünfte – künftig alle, auch die aus Kapitalvermögen – werden teilweise auf die Hinterbliebenenrente angerechnet, während der Splittinganteil einkommensanrechnungsfrei ist und auch bei einer eventuellen Wiederheirat nicht wegfällt.

Rentenberechnung

Beitragszeiten

Wie hoch die Rente ist, richtet sich in erster Linie nach Ihren Arbeitsentgelten und Arbeitseinkommen, die durch Beiträge versichert sind. Als Beitragszeit gelten auch Zeiten, in denen Sie Kinder erzogen oder jemanden nicht erwerbsmäßig gepflegt haben.

Welchen Wert eine Beitragszeit hat, hängt davon ab, in welchem Verhältnis Ihr jährliches Bruttoarbeitsentgelt zum Durchschnittsentgelt aller Versicherten steht. Nun gibt es einige Beitragszeiten, in denen niedrige Entgelte versichert werden. Sonderregelungen existieren beispielsweise für Zeiten der beruflichen Ausbildung, der Kindererziehung und nicht erwerbsmäßigen Pflege, des Wehr- und Zivildienstes.

Ersatzzeiten

Durch Ersatzzeiten sollen im Rahmen des sozialen Ausgleichs der Rentenversicherung Nachteile vermieden werden, die wegen der infolge der Kriegereignisse unterbliebenen Beitragszahlung sonst eingetreten wären. Zu den Ersatzzeiten zählen auch Zeiten des politischen Gewahrsams in der ehemaligen DDR.

Kindererziehungszeiten

Für Geburten bis zum 31. Dezember 1991 gilt das erste Lebensjahr als Kindererziehungszeit. Für Geburten ab dem 1. Januar 1992 sind es die ersten drei Lebensjahre.

Die Kindererziehungszeit wird grundsätzlich dem Elternteil zugeordnet, der das Kind erzogen hat. Rentenrechtlich wird diese Zeit so bewertet, als ob während dieser Zeit vom erziehenden Elternteil etwa das Durchschnittsentgelt aller Versicherten erzielt worden wäre.

Ist der erziehende Elternteil während der Kindererziehungszeit erwerbstätig, so werden die in dem Beschäftigungsverhältnis erworbenen Rentenansprüche um die zeitgleich durch die Kindererziehung erworbenen Ansprüche erhöht. Die Erhöhung erfolgt jedoch maximal bis zur Höhe des Anspruchs, der mit einem Entgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze hätte erworben werden können.

Pflegezeiten

Durch die Pflegeversicherung hat sich seit April 1995 auch die rentenrechtliche Absicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen verbessert.

Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege (mindestens 14 Stunden wöchentlich) werden auf Antrag Pflichtbeitragszeiten. Eine gleichzeitige Erwerbstätigkeit darf 30 Stunden in der Woche nicht übersteigen.

Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung

Diese Zeiten sichern Ihre Anwartschaften, wenn Sie Kinder bis zu ihrem 10. Lebensjahr erziehen, ohne Beiträge zur Rentenversicherung zu zahlen. Dadurch haben Sie zu bestimmten Leistungen einen leichteren Zugang. Dazu gehören Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, vorzeitige Altersrente, Rente nach Mindesteinkommen.

Des Weiteren werden die rentenrechtlichen Folgen geringer Arbeitsentgelte von Erziehungspersonen abgemildert. Die Rentenanswartschaften von Erziehungspersonen, die während der ersten 10 Lebensjahre des Kindes erwerbstätig sind, diese Tätigkeit aber wegen der Kindererziehung vor allem in Form von Teilzeitarbeit ausüben und deshalb unterdurchschnittlich verdienen, werden bei der Rentenberechnung aufgewertet und zwar für Zeiten ab 1992. Dies gilt auch für Pflegepersonen, die wegen der Betreuung eines pflegebedürftigen Kindes vielfach nicht erwerbstätig sein können. Letztere erhalten die Höherbewertung der von der Pflegeversicherung gezahlten

Beiträge sogar bis zum 18. Lebensjahr des Kindes. Außerdem erhalten Erziehungspersonen, die zwei Kinder unter 10 Jahren erziehen, unabhängig von einer Beitragszahlung einen Nachteilsausgleich.

Anrechnungszeiten

Dies sind vor allem Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Arbeitslosigkeit bzw. Ausbildungssuche sowie der schulischen Ausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr bis zu einer Höchstdauer von 8 Jahren.

Zurechnungszeiten

Die Zurechnungszeit hat Bedeutung für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und für Renten wegen Todes. Wer in jungen Jahren vermindert erwerbsfähig wird oder stirbt, hat in der Regel erst geringe Rentenanwartschaften aufbauen können. Damit der Versicherte oder seine Hinterbliebenen dennoch eine angemessene Sicherung erhalten, wurde die Zurechnungszeit geschaffen. Es wird bei der Rentenberechnung so getan, als sei der Versicherte weiterhin bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres beitragspflichtig beschäftigt gewesen.

Rente nach Mindesteinkommen

Bei Versicherten mit niedrigen Pflichtbeiträgen werden alle vollwertigen Pflichtbeiträge vor 1992 angehoben, und zwar auf das 1,5fache des erreichten Wertes, höchstens jedoch auf 75 % des Durchschnittsentgelts. Voraussetzung ist, dass 35 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten vorliegen.

Aufwertung bestimmter Pflichtbeitragszeiten

- Berufsausbildung:

Zeiten einer Berufsausbildung werden mindestens anhand des tatsächlichen Verdienstes bewertet. Zusätzlich erfolgt eine Höherbewertung auf Grundlage des Wertes, der sich für alle angerechneten Zeiten des Versicherten im Durchschnitt seines gesamten Versicherungslbens ergibt, maximal auf 75 % des Durchschnittsentgelts aller Versicherten. Die bisherige pauschale Anhebung der ersten 36 Pflichtbeitragsmonate wird ab 2005 mit einer vierjährigen Übergangsregelung auf Zeiten einer tatsächlichen Berufsausbildung konzentriert. Bei anderen Zeiten, zum Beispiel Aushilfszeiten, entfällt die Höherbewertung.

- Zeiten der Erziehung eines Kindes zwischen dem 4. und 10. Lebensjahr:

Nach 1991 liegende Rentenanwartschaften, die im Anschluss an die dreijährige Kindererziehungszeit erworben werden, können bis zum 10. Lebensjahr des Kindes aufgewertet werden. Diese Regelung wirkt sich bei Erwerbstätigen nach dem dritten Lebensjahr des Kindes aus. Dies geschieht in der Form, dass die individuellen Entgelte der erziehenden Person um 50 % auf maximal 100 % des Durchschnittseinkommens aller Versicherten erhöht werden.

Werden mindestens zwei Kinder unter 10 Jahren erzogen, werden Erziehungspersonen bei der späteren Rentenberechnung so gestellt, als wenn sie während der gleichzeitigen Erziehung der Kinder mindestens 33 % des Durchschnittseinkommens aller Versicherten erzielt hätten.

Voraussetzung für die Aufwertung ist jedoch in jedem Fall, dass bis zum Bezug der Rente 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten – dazu zählen auch die Kinderberücksichtigungszeiten – zurückgelegt wurden.

Die Rentenformel

Drei Faktoren bestimmen die Höhe einer Rente:

- PEP** Persönliche Entgeltpunkte
Versichertes Arbeitsentgelt (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) für jedes Kalenderjahr geteilt durch das Durchschnittsentgelt aller Versicherten für dasselbe Kalenderjahr, aufsummiert für das gesamte Versicherungsleben und multipliziert mit dem Zugangsfaktor (ZF).
- RAF** Rentenartfaktor
Ein nach dem Sicherungsziel der zu berechnenden Rente festgelegter Faktor
- AR** Aktueller Rentenwert
Betrag, der einer monatlichen Rente wegen Alters entspricht, die sich aus Beiträgen aufgrund eines Durchschnittsentgelts für ein Kalenderjahr ergibt (z. Zt. 26,13 EUR (West), 22,97 EUR (Ost)).

$$\text{PEP} \times \text{RAF} \times \text{AR} = \text{Monatsrente}$$

- Niedrige Pflichtbeiträge von Behinderten:

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, nach der für Behinderte in anerkannten Werkstätten und vergleichbaren Einrichtungen Beiträge gezahlt werden, beträgt 80 % der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße wird jährlich neu festgelegt. Im Jahr 2005 beträgt sie monatlich 2.415 EUR in den alten und 2.030 EUR in den neuen Bundesländern.

- Pflichtbeiträge von Wehr- und Zivildienstleistenden:

Für Wehr- und Zivildienstleistende werden die Pflichtbeiträge aus einem fiktiven Verdienst in Höhe von 60 % der Bezugsgröße durch den Bund gezahlt.

Die Rentenformel

Bei der lohn- und beitragsbezogenen Rente gilt ein Grundsatz: Wie hoch Ihre Rente ist, richtet sich vor allem nach der Höhe der Arbeitsentgelte und Arbeitseinkommen, die Sie während des Versicherungslebens durch Ihre Beiträge versichern. Das Arbeitsentgelt und -einkommen, das Sie in den einzelnen Kalenderjahren durch Beiträge versichern, wird in Entgeltpunkte umgerechnet. Auch für beitragsfreie Zeiten werden Ihnen Entgeltpunkte angerechnet. Deren Höhe hängt davon ab, wie hoch die Arbeitsentgelte und -einkommen sind, die Sie in der übrigen Zeit versichert haben.

Der Rentenartfaktor bestimmt, welches Ziel die jeweilige Rentenart im Verhältnis zu einer Altersrente sichern soll.

Wenn Sie eine Altersrente vorzeitig in Anspruch nehmen oder nach dem 65. Lebensjahr darauf verzichten, werden Vor- und Nachteile einer unterschiedlichen Dauer des Rentenbezugs durch einen Zugangsfaktor vermieden.

Der aktuelle Rentenwert ist der Betrag, der einer monatlichen Altersrente aus Beiträgen eines Durchschnittsverdieners für ein Jahr entspricht. Er ist Teil der Rentenformel.

Gesamtleistungsbewertung

Bei der Rentenberechnung werden auch bestimmte beitragsfreie oder beitragsgeminderte Zeiten berücksichtigt. (Zu den beitragsfreien Zeiten gehören Anrechnungs-, Zurechnungs- und Ersatzzeiten.) Dabei gilt: Aus allen Beitragszeiten (Pflicht- und freiwillige Beiträge) wird als Durchschnittswert der so genannte Gesamtleistungswert ermittelt. Zwar mindern versicherungsrechtliche Lücken grundsätzlich die Bewertung, nicht jedoch beitragsfreie oder beitragsgeminderte Zeiten. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung steigern die Werte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten.

Renten Anpassung

Die Renten werden jährlich zum 1. Juli angepasst. Eine Ausnahme stellt die Aussetzung der Renten Anpassung im Jahr 2004 dar. Diese Maßnahme war sowohl auf Grund der andauernden konjunkturellen Schwäche, die zu erheblichen Beitragsausfällen geführt hat, als auch auf Grund des sich ändernden Altersaufbaus der Gesellschaft erforderlich, um – im Zusammenwirken mit anderen kurzfristig wirkenden Maßnahmen – den Rentenversicherungsbeitrag für die aktiv Versicherten stabil zu halten.

Ab dem Jahr 2005 wird die Renten Anpassung jeweils wieder zum 1. Juli durchgeführt. Für die Anpassung der Renten ist auch weiterhin die Entwicklung des Einkommens der aktiven Rentenversicherten unter der Einbeziehung ihrer Aufwendungen für die gesetzliche und private Altersvorsorge maßgebend. Allerdings wird künftig durch einen Nachhaltigkeitsfaktor auch die Entwicklung des zahlenmäßigen Verhältnisses von Rentnern und Beitragszahlern bei der Renten Anpassung berücksichtigt. Sinkt die Anzahl an Beitragszahlern, fallen die Rentenerhöhungen tendenziell niedriger aus. Steigt hingegen die Zahl der Beitragszahler, fällt auch die Rentener-

höhung im Regelfall stärker aus. Durch den Nachhaltigkeitsfaktor werden sowohl die Auswirkungen der verlängerten Lebenserwartung als auch die Entwicklung der Geburten und der Erwerbstätigkeit auf die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung zu einem Teil auf die Rentnerinnen und Rentner übertragen. Auf diese Weise tragen die Rentnerinnen und Rentner, die auch weiterhin langfristig an der Wohlstandsentwicklung teilhaben werden, dazu bei, die Funktionsfähigkeit unseres Rentensystems zu erhalten.

Renteninformation

Versicherte, die das 27. Lebensjahr vollendet haben, erhalten jährlich eine Renteninformation. Mit der Renteninformation schaffen die Rentenversicherungsträger mehr Transparenz bei der persönlichen Altersrente und bieten ihren Versicherten eine solide Grundlage für die eigenverantwortliche Planung einer zusätzlichen Altersvorsorge. Die Renteninformation wird auf der Basis der im Versicherungskonto gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten erstellt und enthält u. a. Hochrechnungen der zu erwartenden Rente bei Erreichen des Alters 65 ohne und mit Berücksichtigung einer Rentenanpassung. Nach Vollendung des 54. Lebensjahres erhalten Versicherte anstelle der Renteninformation alle drei Jahre eine Rentenauskunft, die noch detailliertere Informationen über die bisherige Versicherungsbiografie enthält.

Fremdrentenrecht

Das Fremdrentenrecht integriert einen genau festgelegten Personenkreis (insbesondere anerkannte Vertriebene, Aussiedler und Spätaussiedler) in die Gesetzliche Rentenversicherung. Diese Personen werden grundsätzlich so gestellt, als hätten sie ihr Erwerbsleben in Deutschland zurückgelegt.

Organisation

Träger der Rentenversicherung sind folgende Organisationen:

1. für Arbeiter
 - Landesversicherungsanstalten (auch für Handwerker),
 - Bahnversicherungsanstalt,
 - Seekasse;
2. für Angestellte
 - Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin;
3. für Beschäftigte im Bergbau
 - Bundesknappschaft;
4. für Landwirte
 - landwirtschaftliche Alterskassen bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Ab dem 01.10.2005 sind Träger der Rentenversicherung die Bundesträger und die Regionalträger. Ihre Namen bestehen jeweils aus der Bezeichnung „Deutsche Rentenversicherung“ und einem Zusatz für die jeweilige Zuständigkeit. Bundesträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, welche auch für die Beschäftigten im Bergbau zuständig ist. Ein Beispiel für die Bezeichnung eines Regionalträgers ist die „Deutsche Rentenversicherung Westfalen“. Über ihren zuständigen Rentenversicherungsträger werden neue Versicherte mit der Vergabe der Versicherungsnummer informiert. Das gleiche gilt bei Zuständigkeitsänderungen.

Die landwirtschaftlichen Alterskassen bleiben bestehen.

Die Rentenversicherungsträger werden vom Staat beaufsichtigt.

Finanzielle Grundlagen

Die Ausgaben der Rentenversicherung werden im Wesentlichen durch Beiträge gedeckt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen die Beiträge entsprechend dem jeweils gültigen Beitragssatz (ab 1. Januar 2005 19,5 % des Bruttolohns oder -gehalts) grundsätzlich je zur Hälfte. Wie hoch der Beitrag ist, richtet sich nach dem Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 5.200 EUR monatlich in den alten und 4.400 EUR in den neuen Bundesländern. Der Bund leistet Zuschüsse zu den Ausgaben der Rentenversicherung.

Information

Auskunft erteilen die Versicherungsämter bei den Stadt-, Kreis- und Gemeindeverwaltungen sowie die besonderen Auskunft- und Beratungsstellen der einzelnen Träger. Darüber hinaus beraten Sie auch die Versichertenältesten der einzelnen Träger.

Über das Rentenrecht informiert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53107 Bonn.

Selbständige Künstler und Publizisten sind in der Pflichtversicherung einbezogen. So will es das Künstlersozialversicherungsgesetz. Für 2004 beträgt das Mindesteinkommen, das für die Versicherungspflicht erforderlich ist, 2.900 EUR. In den ersten fünf Jahren der künstlerischen und publizistischen Tätigkeit gilt die Versicherungspflicht unbeschränkt, also auch, wenn das genannte Mindesteinkommen nicht erreicht wird.

Selbständige Landwirte sind ab 1. Januar 1995 in der Alterssicherung der Landwirte grundsätzlich pflichtversichert. Im Rahmen der Agrarsozialreform 1995 ist auch hier das berufsständische Versicherungssystem eingeführt worden, das sich in den alten Bundesländern bewährt hat.

Das Durchschnittsalter unserer Bevölkerung steigt stetig. Bei der Gesetzlichen Rentenversicherung kommen immer weniger Beitragszahler auf immer mehr Rentenempfänger. Um die jüngere Generation nicht zu überfordern, ist es deshalb unausweichlich, dass in Zukunft die Renten weniger stark steigen wie bisher. Damit ist zusätzliche Altersvorsorge notwendig, um auch im Alter den gewohnten Lebensstandard aufrechterhalten zu können. Die Alterssicherung wird sich in Zukunft stärker als bisher auf drei Säulen stützen müssen: die Gesetzliche Rentenversicherung, die betriebliche Altersversorgung und die private Altersvorsorge. Der Staat hilft beim Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge mit Zulagen, Steuervorteilen und Beitragsersparnis in der Sozialversicherung.

Welche Möglichkeiten gibt es?

I. Die betriebliche Altersversorgung

Die betriebliche Altersversorgung ist klassischerweise eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Seit Januar 2002 gibt es jedoch eine entscheidende Neuerung. Seither haben alle Beschäftigten das Recht, einen Teil ihres Lohns oder Gehalts zugunsten einer betrieblichen Altersvorsorge umzuwandeln, um später eine Betriebsrente zu erhalten (**Entgeltumwandlung**). Der Arbeitgeber muss diesem Wunsch nachkommen. Wie er genau die Altersvorsorge seiner Arbeitnehmer organisiert, ist Vereinbarungssache und wird häufig auf betrieblicher Ebene oder in Tarifverträgen festgelegt. Gibt es keine Abmachung, so hat jeder Beschäftigte immer einen „Mindestanspruch“ auf Entgeltumwandlung in eine Lebensversicherung (Direktversicherung).

Die zweite Säule der Alterssicherung also die betriebliche Altersversorgung hat gegenüber der privaten Altersvorsorge einige Vorteile:

- Sie ist häufig günstiger, weil Abschluss- und Verwaltungskosten auf eine größere Personengruppe verteilt werden können („Mengenrabatt“).
- Sie ist aus Sicht der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen einfach zu handhaben, weil sie sich nicht um die Auswahl des Anbieters kümmern müssen – dies übernimmt der Arbeitgeber – und ihnen viele Formalitäten erspart bleiben.
- Die Arbeitgeber beteiligen sich häufig auch finanziell an der betrieblichen Vorsorge ihrer Beschäftigten (das ist in vielen Tarifverträgen so geregelt).
- Und nicht zuletzt: Die staatliche Förderung von Betriebsrenten in Form von Steuer- und Beitragsersparnis ist besonders lukrativ. So ist z. B. auch im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge die Riester-Förderung möglich.

Die Beiträge zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung können grundsätzlich vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer allein (im Wege der Entgeltumwandlung) oder aber auch von beiden gemeinsam aufgebracht werden (Mischfinanzierung).

II. Die private Altersvorsorge

Seit Anfang 2002 fördert der Staat unter bestimmten Bedingungen den Aufbau einer privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge. Die so genannte **Riester-Förderung** erfolgt auf zwei Wegen: mit finanziellen Zuschüssen (**Zulagen**) und Extra-Steuerer-

sparsamen (zusätzlicher Sonderausgabenabzug). Im Einzelnen gibt es folgende Möglichkeiten:

Banksparpläne

Private Rentenversicherungen

Fondssparpläne

Banksparpläne eignen sich besonders für ältere Anleger, deren Ansparzeit kürzer ist, und für Menschen mit hohem Sicherheitsbedürfnis. Private Rentenversicherungen eignen sich besonders für jüngere sicherheitsbewusste Anleger. Fonds mit hohem Aktienanteil sind eher für jüngere risikofreudige Anleger geeignet, weil hier ausreichend Zeit ist, vorübergehende Kursverluste auszugleichen. Bei der Produktwahl sollten Sie außerdem Folgendes berücksichtigen:

- **Ihr Alter:**

Wenn Sie jünger sind, können Sie risikofreudig sein, weil Sie dann Zeit haben, eventuelle Verluste wieder auszugleichen. Wenn Sie älter sind, sollten Sie eher auf Nummer Sicher gehen.

- **Ihre Einstellung zum Risiko:**

Wenn Sie die Vorstellung, dass Ihr Kapital Wertschwankungen unterliegt, nicht mehr ruhig schlafen lässt, sollten Sie vielleicht besser eine sicherere Form wählen und eine geringere Rendite in Kauf nehmen.

- **die Kosten:**

Produkte mit Abschlusskosten rechnen sich umso mehr, je länger die Laufzeit ist.

- **die Situation in der Auszahlungsphase:**

Bei privaten Rentenversicherungen und bei der betrieblichen Altersversorgung wird eine lebenslange Rente garantiert. Je nach Anbieter können auch 30 % Einmalzahlung zu Beginn der Auszahlungsphase ausgeschüttet werden.

- **die Situation im Erbfall:**

Bei Banksparplänen und Fondssparplänen kann das angesparte Kapital vererbt werden. Bei einer privaten Rentenversicherung ist dies in der Regel nicht möglich. Sie können aber eine Garantiezeit vereinbaren, in der die Rente mindestens zu zahlen ist. Sterben Sie vorher, wird dem oder der Berechtigten die Rente bis zum Ende der Garantiezeit weitergezahlt. Die staatliche Förderung muss im Erbfall in der Regel zurückgezahlt werden. Eine Ausnahme besteht hier jedoch für den überlebenden Ehegatten.

Achten Sie bei Banksparplänen, privaten Rentenversicherungen und Fondssparplänen darauf, dass das Produkt die Prüfnummer der Zertifizierungsstelle und den Vermerk trägt: „Der Altersvorsorgevertrag ist zertifiziert worden und damit im Rahmen des § 10a des Einkommensteuergesetzes steuerlich förderfähig“. Dies bedeutet, dass das Produkt den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Die Zertifizierung sagt jedoch nichts darüber aus, wie viel Gewinn der Vertrag abwirft. Sie ist also keine Garantie für eine hohe Rendite.

Wer bekommt eine staatliche Förderung?

Die Riester-Förderung erhalten Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Rentenversicherung, Beamte, Richter und Soldaten. Bei Verheirateten genügt es, wenn ein Ehegatte die Voraussetzungen erfüllt; dann erhält auch der andere die Förderung.

Zu den Pflichtversicherten gehören im Einzelnen:

- Arbeitnehmer und Auszubildende
- Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige
- Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (einschließlich Berechtigter, deren Leistungen aufgrund der Anrechnung von

Einkommen oder Vermögen ruht), Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Vorruhestandsgeld

- bestimmte Gruppen von Selbstständigen – z. B. Handwerker, Hebammen, Künstler und Selbständige mit einem Auftraggeber
- Wehr- und Zivildienstleistende
- Kindererziehende während der gesetzlichen Kindererziehungszeiten
- nicht gewerbsmäßig tätige Pflegepersonen
- geringfügig Beschäftigte („Mini-Jobs“), die auf die Versicherungsfreiheit verzichtet haben

Nicht gefördert werden:

- nicht pflichtversicherte Selbstständige
- geringfügig Beschäftigte, die ihren Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung nicht aufstocken
- freiwillig Versicherte
- Pflichtversicherte in einer berufständischen Versorgungseinrichtung z. B. Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare und Architekten
- Studenten

Übersicht über die Riester-Förderung

	2005	2006	2007	ab 2008
Sonderausgabenabzug (neben den Vorsorgeaufwendungen) bis zu	1.050 Euro	1.575 Euro	1.575 Euro	2.100 Euro
Grundzulage	76 Euro	114 Euro	114 Euro	154 Euro
Kinderzulage je Kind	92 Euro	138 Euro	138 Euro	185 Euro
Mindesteigenbeitrag abzüglich Zulagen	2% ¹⁾	3% ¹⁾	3% ¹⁾	4% ¹⁾
Höchstens abzüglich Zulagen	1.050 Euro	1.575 Euro	1.575 Euro	2.100 Euro

¹⁾ vom Vorjahreseinkommen,

Wie funktioniert die staatliche Förderung ?

Basis der Förderung der privaten Altersvorsorge ist die **Altersvorsorgezulage**, die aus einer Grundzulage pro Förderberechtigtem und einer Kinderzulage besteht. Bei Abschluss eines eigenen Vorsorgevertrags haben jeweils auch die Ehepartner Anspruch auf die Zulage. Selbst dann, wenn sie nicht berufstätig oder aus anderen Gründen nicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind.

Die Altersvorsorgezulage ist von einem bestimmten Mindesteigenbetrag (siehe Tabelle) abhängig. Wird dieser nicht in voller Höhe erbracht, wird die Zulage gekürzt. Zusätzlich können bis zu einem Höchstbetrag (s. Tabelle) Steuervorteile gewährt werden.

Information

Sie sollten immer beides im Blick haben: Die betriebliche Altersversorgung und die private Altersvorsorge. Prüfen Sie, welche Variante in Ihrer persönlichen Situation am günstigsten ist. Die Entgeltumwandlung mit Steuer- und Sozialabgabenfreiheit und das Altersvorsorgesparen mit Riester-Förderung durch Zulagen und zusätzlichen Sonderausgabenabzug können auch gleichzeitig betrieben werden. Für wen sich die Riester-Förderung besonders lohnt, hängt von mehreren Faktoren und der individuellen Lebenslage ab. Allgemein profitieren aber Familien mit Kindern und Arbeitnehmer mit nicht so hohem Einkommen ganz besonders von der Riester-Förderung.

Ansprechpartner für weitere Informationen ist z. B. Ihr Rentenversicherungsträger. Über betriebliche Angebote informieren Arbeitgeber, Betriebsrat oder Gewerkschaft.

In der Zeitschrift „FINANZtest“ der Stiftung Warentest werden zahlreiche Angebote miteinander verglichen und Empfehlungen abgegeben. Empfehlenswert ist auch eine unabhängige Beratung durch die Verbraucherzentralen.

Krankenversicherung und elektronische Gesundheitskarte

Die gesetzliche Krankenversicherung sichert Sie und Ihre Familie im

Krankheitsfall ab:

- Sie kommt für die notwendige medizinische Hilfe auf. Ausgenommen sind hier nur die Leistungen, die Sie nach einem Arbeitsunfall oder als Folge einer Berufskrankheit in Anspruch nehmen. In diesen beiden Fällen sind Sie über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert.
- Sie zahlt ein Krankengeld, wenn Ihr Arbeitgeber Ihren Lohn oder Ihr Gehalt während einer Arbeitsunfähigkeit nicht weiterbezahlt.

Welcher Krankenkasse Sie angehören, hing bis Ende 1995 von Ihrem Beruf oder der Betriebszugehörigkeit ab. Seit dem 1. Januar 1996 können Sie jedoch als Mitglied einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie einer Ersatzkasse frei wählen, bei welcher Kasse Sie sich versichern lassen möchten, wobei Betriebs- und Innungskrankenkassen nur wählbar sind, wenn sie sich durch Satzungsbeschluss für Betriebsfremde geöffnet haben. Dabei spielt es keine Rolle, ob Sie Angestellter oder Arbeiter sind. Ein Vergleich der Beitragsätze der Krankenkassen lohnt sich.

Was leistet die gesetzliche Krankenversicherung?

Als Versicherter haben Sie Anspruch auf:

- Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung von bestimmten Krankheiten (für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren und – neu – eine Untersuchung zu Beginn der Pubertät, für Erwachsene ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre). Frauen ab dem 20. und Männer ab dem 45. Lebensjahr haben einmal jährlich Anspruch auf eine Früherkennung von Krebskrankheiten.
 - Präventionsorientierte Zahnheilkunde, Kinder und Jugendliche insbesondere auf Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe.
 - Schutzimpfungen als medizinische Vorsorgeleistung mit Ausnahme eines nicht berufsbedingten Auslandsaufenthaltes so weit sie in den Satzungen der einzelnen Krankenkassen vorgesehen sind.
 - Kieferorthopädische Behandlung für Versicherte in der Regel bis zum 18. Lebensjahr.
 - Ärztliche und zahnärztliche Behandlung mit freier Wahl unter den zugelassenen Vertragsärzten und Vertragszahnärzten.
- Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Hilfsmittel, wie Hörgeräte und Rollstühle.
- Medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.
- Behandlung im Krankenhaus.
- Kostenübernahme oder Zuschüsse bei notwendigen Vorsorge- und Reha-Maßnahmen.
- Krankengeld: Normalerweise zahlt Ihr Arbeitgeber für sechs Wochen Ihren Lohn oder Ihr Gehalt weiter, wenn Sie arbeitsunfähig sind. Anschließend erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts. Krankengeld können Sie für höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bekommen. Als Landwirt erhalten Sie statt des Krankengeldes eine Betriebshilfe; für Saisonarbeitnehmer zahlt aber auch die Landwirtschaftliche Krankenkasse Krankengeld, wenn diese dort versichert sind.
- Krankengeld bis zu 10 Tagen pro Jahr für jedes versicherte Kind unter 12 Jahren, das nach ärztlichem Zeugnis von Ihnen gepflegt werden muss. Weitere Voraus-

setzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Wenn Sie als Versicherter Ihr Kind allein erziehen, verdoppelt sich Ihr Anspruch auf höchstens 20 Tage. Bei mehreren versicherten Kindern ist der Anspruch auf insgesamt 25 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden auf 50 Arbeitstage pro Kalenderjahr begrenzt. Für erkrankte behinderte Kinder, die auf Hilfe angewiesen sind, besteht der Anspruch auch über das 12. Lebensjahr hinaus.

- Darüber hinaus besteht ein unbegrenzter Krankengeldanspruch, wenn das Kind unheilbar erkrankt ist und nur noch eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten besteht.
- Haushaltshilfe, wenn Sie ins Krankenhaus müssen oder eine stationäre Maßnahme antreten und dadurch ihren Haushalt nicht weiterführen können, vorausgesetzt, dass in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- Häusliche Krankenpflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder so die ärztliche Behandlung gesichert wird.
- Häusliche Pflege für Frauen, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist.
- Soziotherapie für Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- Mutterschaftsgeld und Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung. Mutterschaftsgeld erhalten Sie als Kassenmitglied regelmäßig für sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt (Schutzfrist) – bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten 12 Wochen nach der Entbindung. Wie hoch die Leistung ist, richtet sich nach Ihrem durchschnittlichen Entgelt der letzten drei Monate bzw. der letzten 13 Wochen vor Beginn der gesetzlichen Schutzfrist. Maximal zahlt Ihnen die Krankenkasse 13,- EUR je Kalendertag. Ihr Arbeitgeber zahlt für die Zeit der Schutzfrist den Differenzbetrag zu Ihrem durchschnittlichen Nettolohn dazu.

Wer ist versichert?

Als Arbeitnehmer sind Sie automatisch pflichtversichert, wenn Ihr regelmäßiger Brutto-Arbeitsverdienst eine bestimmte Höchstgrenze pro Jahr nicht übersteigt. Seit dem 1. Januar 2003 ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze, bis zu der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer besteht, formal von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt und in eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze und eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze für privat krankenversicherte Arbeitnehmer überführt worden. Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt im Kalenderjahr 2005 46.800 Euro und entspricht damit weiterhin einem Wert von 75 v. H. der Jahresbeitragsbemessungsgrenze (West) in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, enthält das neue Recht eine aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes niedrigere Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 42.300 Euro. Die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze knüpft an das Niveau der bisherigen Jahresarbeitsentgeltgrenze an.

Außer den Arbeitnehmern sind ebenfalls pflichtversichert:

- Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen,
- Praktikanten und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges,

- Rentner, wenn sie in der 2. Hälfte des Erwerbslebens ganz überwiegend Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung oder dort familienversichert waren,
- Behinderte Menschen, die in einer anerkannten Werkstatt beschäftigt sind oder an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen,
- Arbeitslose, wenn sie Leistungen der Bundesagentur für Arbeit erhalten,
- landwirtschaftliche Unternehmer,
- hauptberuflich mitarbeitende Familienangehörige des landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie mindestens 15 Jahre alt oder als Auszubildende in dem Unternehmen beschäftigt sind,
- Altenteiler,
- Künstler und Publizisten entsprechend dem Künstlersozialversicherungsgesetz.

Freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten können Sie

- als bislang Versicherungspflichtiger, wenn die Versicherungspflicht endet und Sie bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben,
- als Arbeitnehmer, wenn Ihr Jahresarbeitsverdienst bereits bei Ihrer ersten Stelle oberhalb der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt und Sie innerhalb der ersten drei Monate nach Arbeitsaufnahme die Mitgliedschaft beantragen,
- als Schwerbehinderter (unter bestimmten Voraussetzungen),
- nach Beendigung der Mitversicherung als Familienangehöriger, wenn Sie bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben.

Übersicht über die Zuzahlung in der GKV:

Leistungen	Zuzahlungen seit dem 1. Januar 2004
Arzneimittel	10 % des Apothekenabgabepreises mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR*
Verbandmittel	wie oben*
Fahrkosten	10 % der Fahrkosten mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR je Fahrt*
Heilmittel	10 % des Abgabepreises zzgl. 10 EUR je Verordnung*
Hilfsmittel	10 % der Kosten des Hilfsmittels mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR*
zu Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10 % der Kosten je Packung und maximal 10 EUR pro Monat
Krankenhausbehandlung	10 EUR pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Ambulante Rehabilitations-Maßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Stationäre Versorgungs- und Rehabilitations-Maßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10 EUR pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Versorge- und Rehabilitations-Maßnahmen für Mütter und Väter	10 EUR pro Kalendertag
Praxisgebühr	10 EUR je Quartal**

- * jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels
 ** vgl. die Ausführungen im Text zu den Besonderheiten

Familienversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst auch eine beitragsfreie Familienversicherung. Danach sind Ehe- und Lebenspartner und Kinder (bis zu bestimmten Altersgrenzen) mitversichert. Voraussetzung ist u. a., dass das Einkommen der Ehe- und Lebenspartner und Kinder 2005 höchstens 345 EUR monatlich beträgt und sie nicht selbst versichert sind. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

Seit dem 1.1.2004 übernehmen die Krankenkassen die Aufwendungen für Krankenbehandlungen für Sozialhilfeempfänger, die nicht gesetzlich krankenversichert sind. Aufgrund dieser leistungsrechtlichen Gleichstellung mit gesetzlichen Krankenversicherten finden die Regelungen zur Gewährleistung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung künftig auch auf Sozialhilfeempfänger Anwendung. Die Aufwendungen der Krankenkassen werden von den Sozialhilfeträgern erstattet.

Zuzahlungen der Versicherten

Ganz klar: Die Krankenversicherung muss bezahlbar bleiben. Deshalb kann sie nicht für alles und nicht für jedes kleine Wehwehchen zuständig sein. Sonst könnten wir sie bald nicht mehr bezahlen.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Auch aus diesem Grund beteiligen sich die Versicherten an bestimmten Leistungen. Das

ist im Krankenversicherungsrecht so festgelegt. So will der Gesetzgeber auch erreichen, dass die Versicherten ihre Leistungen kostenbewusst und verantwortungsvoll in Anspruch nehmen.

Zuzahlungen sind nötig – aber niemand soll dadurch finanziell überfordert werden. Darauf hat der Gesetzgeber Wert gelegt. Deshalb hat er vorgesehen, dass Sie unter bestimmten Voraussetzungen weniger oder gar nichts zuzahlen müssen.

Von Zuzahlungen sind befreit:

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, außer bei Zahnersatz und Fahrkosten.

Zuzahlungsbefreiung/Belastungsgrenze:

Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen - denn für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt. Für Kinder wird ein erhöhter Freibetrag berücksichtigt. Diese Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus. Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15 % der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dies sind im Jahr 2005 4.347,- EUR, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10 % der jährlichen Bezugsgröße; im Jahr 2005 sind dies 2.898,- EUR. Der Freibetrag für Kinder beträgt 3.648,- EUR. Bei Alleinerziehenden gilt das Kind als erster Angehöriger, so dass der höhere Freibetrag (4.347 EUR) in Abzug gebracht wird. Der Anwendungsbereich der 10 %-Regelung für weitere Angehörige hat nur noch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte Bedeutung.

Als Familieneinkommen sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt anzusehen, d. h. alle finanziellen Einnahmen des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts verwendet werden können. Dazu gehören z. B. auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung oder Kapitaleinkünfte, also Einnahmen, von denen Pflichtversicherte keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen haben.

Im Krankenversicherungsrecht gilt das sogenannte Bruttoprinzip. Daher wird regelmäßig das Bruttoeinkommen als Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herangezogen. Bei der Bemessung der Beiträge der Mitglieder ist die Höhe der Bruttoeinkünfte Grundlage für die Festlegung der Beitragshöhe. Für die Beurteilung, ob die Belastungsgrenze erreicht ist, wird daher nicht auf einen anderen Maßstab (Nettoeinkünfte) zurückgegriffen.

Der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartner und Kinder haben die ihnen im laufenden Kalenderjahr entstehenden Zuzahlungen zu dokumentieren. Die Krankenkassen sind verpflichtet, denjenigen, die die Belastungsgrenze während eines Kalenderjahres erreicht haben, einen Befreiungsbescheid für den Rest dieses Jahres auszustellen.

Im Gegensatz zum bis zum 31.12.2003 geltenden Recht gilt die Belastungsgrenze für sämtliche Zuzahlungen, also z. B. auch für die Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung oder bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die bislang hierbei nicht berücksichtigt wurden.

Besonderheiten bei chronisch Kranken

Der Gesetzgeber ist sich der besonderen Situation von chronisch Kranken bewusst und hat dementsprechend eine Sonderregelung für diesen Personenkreis geschaffen.

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine geringere Belastungsgrenze von nur 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebens-

unterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2004 die Richtlinien zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen verabschiedet. Danach gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht/Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 %.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Die Feststellung, ob ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihren Zuzahlungen ab dem 1. Januar 2004 im laufenden Kalenderjahr die persönliche Belastungsgrenze erreichen, müssen sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie.

Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

Für die nach bisherigem Recht vollständig von Zuzahlungen befreiten Empfänger von Fürsorgeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, der Kriegsopferfürsorge oder dem Grundsicherungsgesetz hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung getroffen. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 SGB V).

Die Hilfeempfänger haben die jeweiligen Zuzahlungen aus dem Regelsatz selbst zu tragen. Eine Aufstockung des Regelsatzes erfolgt nicht. Der Regelsatz (in den westlichen Bundesländern bei derzeitigem monatlichen Regelsatz von zumeist 345,- EUR mit den meisten einmaligen Leistungen) beträgt 4.140,- EUR je Kalenderjahr. Auf dieser Grundlage haben Sozialhilfeempfänger ab dem 1. Januar 2005 für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen je Kalenderjahr zu leisten:

Bei 1% Zuzahlung:	(Chroniker)	ca. 41,40 EUR
Bei 2% Zuzahlung:	(„Normalfall“)	ca. 82,80 EUR

Diese Sonderregelung gilt auch für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis (Sozialhilfeempfänger, bei denen die Gesundheitsversorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen wird und Empfänger von laufenden Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes). D. h., dass als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgeblich ist. Für die in stationären Einrichtungen lebenden Sozialhilfeempfänger hat der Gesetzgeber einen

speziellen Darlehenanspruch im Sozialhilferecht geschaffen. Dieses Darlehen deckt die Zuzahlungsverpflichtung ab. Die Rückzahlung erfolgt durch Verrechnung mit den monatlichen auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

Für in Heimen lebende Sozialhilfeempfänger ist mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch ein bundeseinheitliches gesetzliches Verfahren zur Vermeidung einer – vorübergehenden – finanziellen Überforderung geschaffen worden. Die Gesetzesregelung sieht vor, dass der Träger der Sozialhilfe für die Betroffenen ein Darlehen in Höhe der jeweiligen Belastungsgrenze gewährt und dieses unmittelbar an die zuständige Krankenkasse auszahlt. Im Gegenzug stellt die Krankenkasse jeweils zum 1. Januar den betroffenen Taschengeldempfängern eine Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung aus.

Die Rückzahlung des Darlehens durch den Taschengeldempfänger an den Sozialhilfeträger erfolgt in gleich hohen Teilbeträgen, verteilt über das gesamte Kalenderjahr.

Ausschließlich für den o.a. Personenkreis sieht das neue Recht eine besondere Überforderungsregelung vor. Für alle anderen Versicherten wird der Schutz vor Überforderung durch die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sichergestellt.

Besondere Überforderungsklausel bei Zahnersatz:

Bei Zahnersatz gilt eine gleitende Härtefallregelung. Bitte fragen Sie Ihre Krankenkasse.

Information

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Krankenkassen. Hier bekommen Sie auch ein Quittungsheft für die geleisteten Zuzahlungen.

Finanzielle Grundlagen

Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert ihre Ausgaben durch Beiträge.

Als Arbeitnehmer zahlen Sie davon die Hälfte. Die andere Hälfte übernimmt Ihr Arbeitgeber. Wenn Sie als Angestellter freiwillig versichert sind, weil Sie die Verdienstgrenze überschreiten, zahlt Ihr Arbeitgeber einen Beitragszuschuss.

Wie hoch Ihr Beitrag tatsächlich ist, hängt von Ihrem Einkommen ab. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung betrug im Jahresdurchschnitt 2004 14,2 v. H.

Dabei gilt jedoch die so genannte Beitragsbemessungsgrenze. Sie liegt 2005 bei 3.525,- EUR. Das bedeutet: Ihr Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung bemisst sich höchstens nach diesen Beträgen, auch wenn Sie mehr verdienen.

Seit dem 1. April 2003 gilt eine Besonderheit, wenn das aus einer Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt zwischen 400,01 EUR und 800 EUR im Monat liegt. Innerhalb dieser sogenannten „Gleitzone“ gelten für die entsprechenden Beschäftigungsverhältnisse besondere sozialversicherungsrechtliche Regelungen. Die Gesetzesneuregelungen sehen vor, dass innerhalb der Gleitzone der Arbeitnehmer entsprechend seinem Verdienst anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Der Arbeitgeber hingegen ist – wie bei allen übrigen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen auch – in „normaler“ Höhe mit seinen Arbeitgeberbeitragsanteilen zur Sozialversicherung belastet. Die Gleitzone führt also lediglich zu einer finanziellen Entlastung des Arbeitnehmers. Der Arbeitnehmerbeitrag innerhalb der Gleitzone steigt in Abhängigkeit des Verdienstes linear an. Dabei ist die Gesetzesregelung so gestaltet, dass die Arbeitnehmerbelastung bei einem Verdienst von 400,01 EUR durchschnittlich 4 % seines individuellen Gesamtsozialversicherungsbeitrags beträgt. Der Arbeitnehmerbeitragsanteil zur Sozialversicherung steigt also innerhalb der Gleitzone von rund 4 % auf den vollen (hälftigen) Arbeitnehmerbeitrag am Ende der Gleitzone – also bei einem Arbeitsentgelt von 800 EUR.

Gesetze

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist der älteste Zweig der Sozialversicherung.

Grundlagen dazu finden Sie in verschiedenen Gesetzen, beispielsweise

- im Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
- im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
- in der Reichsversicherungsordnung.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über die Krankenversicherung unter 01805 9966-02, für 12 Cent/Min aus dem deutschen Festnetz.

Ab 1. Juli 2005 zahlen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich einen einkommensabhängigen Beitrag von 0,9% an dem die Arbeitgeber und die Rentenversicherungsträger nicht beteiligt sind. Zeitgleich zum 1. Juli 2005 müssen alle Gesetzlichen Krankenkassen ihre Beitragssätze um 0,9 Beitragssatzpunkte senken. Bezieher von Arbeitslosengeld II sind wie die mitversicherten Familienangehörigen aller Mitglieder von der Erhebung des zusätzlichen Beitragssatzes ausgenommen.

Die elektronische Gesundheitskarte

Ab 2006 wird die elektronische Gesundheitskarte die bisherige Krankenversicherungskarte ersetzen. Die Gesundheitskarte wird technisch so weiterentwickelt sein, dass sie in der Lage ist, neben ihren administrativen Funktionen auch medizinische Daten verfügbar zu machen. Hierfür ist es erforderlich, die Gesundheitskarte als Mikroprozessorkarte auszugestalten. Zusätzlich ist sie geeignet, Authentifizierung (elektronische Identitätsprüfung), Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen. Damit kann eine größtmögliche Sicherheit der Daten gewährleistet werden. Die elektronische Gesundheitskarte wird zur Identifikation des Karteninhabers mit einem Lichtbild ausgestattet sein.

Der medizinische Teil der Gesundheitskarte soll nur auf freiwilliger Basis genutzt werden können. Das bedeutet, dass alle Versicherten zwar eine Gesundheitskarte erhalten, mit der sie administrative Funktionalitäten wie die Abwicklung des elektronischen Rezepts erledigen, es darüber hinaus aber jedem Versicherten freigestellt wird, ob er die zusätzlichen Funktionen, also den medizinischen Teil, nutzen möchte oder nicht. Darüber hinaus wird die elektronische Gesundheitskarte mit einer „europäischen Rückseite“ ausgestattet sein, die die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedstaaten der EU ermöglicht.

Unter Wahrung der Datenhoheit der Patientinnen und Patienten und Stärkung der Patientenselbstbestimmung soll auf diese Weise die Karte dazu beitragen, die Qualität der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Ziele der elektronischen Gesundheitskarte

- Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, insbesondere der Arzneimittelsicherheit.
- Verbesserung patientenorientierter Dienstleistungen.
- Stärkung der Eigenverantwortung und Mitwirkungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten.
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen.
- Optimierung von Arbeitsprozessen und Bereitstellung von aktuellen gesundheitsstatistischen Informationen.

Rechtliche Grundlage

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, das am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, bildet die rechtliche Grundlage für die elektronische Gesundheitskarte.

Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Administrativer Teil (verpflichtend):

- Versicherungsangaben einschließlich Angaben zum Zuzahlungsstatus.
- Berechtigung, im europäischen Ausland behandelt zu werden (z. B. Ersatz des E-111-Formulars).
- Papierlose Übertragung eines Rezepts.

Medizinischer Teil (freiwillig):

- Dokumentation der eingenommenen Arzneimittel.
- Notfallinformationen (z. B. Blutgruppe, chronische Organleiden, Allergien, Herzkrankheit, Dialyse, Asthma).
- Zusätzliche Gesundheitsinformationen (z. B. aktuelle Diagnosen, Operationen, Impfungen und Röntgenuntersuchungen).
- Möglichkeit zur Aufnahme von elektronischen Mitteilungen (z. B. Arztbrief).
- Ermöglichung einer so genannten Patientenquittung, welche die Patientinnen und Patienten über die vom Arzt erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten informiert.
- Eigene, von den Patientinnen und Patienten selbst zur Verfügung gestellte Daten (z. B. Verlaufsprotokolle eines Diabetikers, Hinweis auf Patientenverfügungen).

Die Gesundheitskarte ist ein wichtiger Beitrag zur Modernisierung des Gesundheitswesens. Sie sorgt dafür, dass Gesundheitsdaten zur besseren Behandlung der Patientinnen und Patienten dort verfügbar gemacht werden, wo sie benötigt werden.

Datenschutz

Datenschutz- und Sicherheitsaspekte spielen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eine zentrale Rolle. Die Patientinnen und Patienten müssen sich auf ein größtmögliches Maß an Sicherheit und Vertraulichkeit verlassen können. Gleichzeitig gilt es, praktikable Lösungen zu finden, die für einen reibungslosen Ablauf in der Praxis sorgen. Dazu wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz sowie Patientenvertretern folgende Regelungen gesetzlich festgelegt:

- Ein umfassendes Sicherheitskonzept garantiert den Schutz der besonders sensiblen Daten. Mit wenigen Ausnahmen ist die Gesundheitskarte grundsätzlich nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis (Health Professional Card), der über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, nutzbar.
- Die Umsetzung der bestehenden Rechte der Patientinnen und Patienten, Daten einzusehen und Ausdrucke zu erhalten, wird erleichtert.
- In Verbindung mit einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte Signatur verfügt, können Patientinnen und Patienten in einem speziellen Fach auch eigene Daten bzw. Daten, die ihnen von ihren Behandlern zur Verfügung gestellt werden, verwalten.

Vorteile der elektronischen Gesundheitskarte

Vorteile für Patientinnen und Patienten:

- Wichtige Gesundheitsdaten sind besser verfügbar (z. B. im Notfall und beim Arztwechsel). Dadurch wird eine qualitativ bessere Behandlung erreicht und die Verschreibung ungeeigneter Arzneimittel reduziert.
- Sie bekommen einen besseren Überblick über ihren eigenen Gesundheitsstatus (z. B. Impfungen, Allergien, Verlauf chronischer Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen).
- Sie können entscheiden, ob und welche ihrer Gesundheitsdaten aufgenommen bzw. gelöscht werden sowie wer auf die Daten zugreifen darf.

Die letzten 50 Zugriffe werden zu ihrer Sicherheit protokolliert und gespeichert.

Vorteile für Leistungserbringer:

- Schnellerer Überblick über den Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen.
- Optimierung von Arbeitsprozessen und damit mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.
- Verbesserung der Kommunikation und Reduzierung von Doppeluntersuchungen.

Verbesserte Nutzung von Arzneimittelinformationssystemen und Fachdatenbanken.

Zeitplan der Verwirklichung

Im Rahmen von Testvorhaben soll die elektronische Gesundheitskarte phasenweise erprobt werden. Die Erprobung erfolgt zunächst in Labor- und Integrationstests, bevor in Minitests und Pilotregionen die ersten Versicherten elektronische Gesundheitskarten erhalten. Eine erste verpflichtende Anwendung der Gesundheitskarte wird die elektronische Übermittlung der Verordnungsdaten (elektronisches Rezept) sein. Anschließend werden schrittweise die freiwilligen Anwendungen, beginnend mit der Arzneimitteldokumentation und den Notfalldaten, getestet.

Projektstand und bisherige Zwischenergebnisse:

Unter www.bit4health.de finden Sie kontinuierlich aktualisierte Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte und zum weiteren Projektverlauf.

Helfen, wo Hilfe nötig ist

Wir Menschen können unser Leben nicht vorausbestimmen. Vieles geschieht, ohne dass wir Einfluss darauf haben. Auch für die Menschen, die heute auf Pflege angewiesen sind, lief häufig alles glatt – bis zu dem Tag, an dem sie pflegebedürftig wurden.

Viele Pflegebedürftige und ihre Familien mussten von einem Tag auf den anderen die großen Belastungen tragen, die mit der Pflege verbunden sind – mit allen Folgen. Wer einen Menschen pflegt, geht in dieser Aufgabe häufig ganz und gar auf. Dies kann bis zur Überforderung gehen. Zudem erschöpft die Pflege häufig auch die finanziellen Möglichkeiten. Versichert gegen den Fall der Fälle waren vor Einführung der Pflegeversicherung nur wenige.

Wie groß das Problem der Pflegebedürftigkeit ist, verdeutlichen einige Zahlen: Heute sind rund 2 Millionen Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen – eine Zahl, die der Einwohnerzahl von Hamburg entspricht. Rund 0,66 Mio. Pflegebedürftige leben in Heimen. Die übrigen rund 1,37 Millionen Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Familienangehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer und hauptberufliche Pflegekräfte kümmern sich um sie. Diese hunderttausende Pflegerinnen und Pfleger leisten Tag für Tag einen anerkennungswürdigen und häufig aufopferungsvollen Dienst für diejenigen, die sich selbst nicht helfen können.

Was müssen Sie tun?

Bei der Versicherungspflicht gilt grundsätzlich: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung.“ Dabei spielt es keine Rolle, ob Sie der Gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherter, Familienversicherter, Rentner oder als freiwilliges Mitglied angehören – Sie sind automatisch auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.

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

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

Die private Pflegeversicherung muss gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Auch für Familien und ältere Versicherte muss die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten.

Auch Beamte sind verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Dabei handelt es sich um eine Restkostenversicherung, die die Beihilfe ergänzt.

Leistungen/Voraussetzungen

Durch Ihre Beitragszahlungen erwerben Sie als Versicherter einen Rechtsanspruch darauf, dass Sie Hilfe erhalten, wenn Sie einmal pflegebedürftig werden. Dabei spielt Ihre wirtschaftliche Lage keine Rolle.

Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung?

Dies ist genau festgelegt: Wer bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen ist, gilt als pflegebedürftig. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstreckt sich auf vier Bereiche: die Körperpflege, die Ernährung, die Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Hilfeleistung besteht darin, einen anderen Menschen bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu unterstützen, die Verrichtungen ganz oder teilweise zu übernehmen oder ihn dabei zu beaufsichtigen und anzuleiten. Ziel der Hilfe ist es, so weit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person zu erreichen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Für die Leistungsgewährung werden die pflegebedürftigen Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zugeordnet:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind erheblich pflegebedürftig: Sie benötigen mindestens einmal am Tag Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind schwer pflegebedürftig: Sie benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind schwerstpflegebedürftig: Sie benötigen täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand, den pflegende Angehörige oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson wöchentlich im Tagesdurchschnitt für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung dafür erbringen, muss in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen. Für die Anerkennung der Pflegestufe II muss dieser Hilfebedarf mindestens drei Stunden betragen, wobei hier mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen. In der Pflegestufe III muss der Zeitbedarf für diese Leistungen mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Welcher der drei Stufen pflegebedürftige Kinder zugeordnet werden, richtet sich danach, wie viel zusätzliche Hilfe sie gegenüber einem gleichaltrigen gesunden Kind benötigen.

Ob und in welchem Umfang ein Mensch pflegebedürftig ist, wird im Rahmen einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt. Hierzu führt dieser eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in dessen Wohnbereich durch.

Ambulante oder stationäre Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach der Pflegestufe und danach, ob jemand ambulant oder stationär gepflegt werden muss. Dabei gelten zwei Grundsätze: „Prävention (Vorsorge) und Rehabilitation (alle Maßnahmen, die helfen, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern) vor Pflege“ und „ambulante Pflege vor stationärer Pflege“.

Die Pflegeversicherung gewährt Leistungen bei häuslicher Pflege seit 1. April 1995, bei dauernder Pflege im Heim seit 1. Juli 1996.

Die ambulante Pflege

Nach wie vor ist die Familie der „größte Pflegedienst der Nation“: Die meisten der pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause leben, werden von Familienangehörigen versorgt. Und das ist gut so, denn: Wer pflegebedürftig ist, möchte in der Regel so lange wie möglich in seiner vertrauten Umgebung gemeinsam mit seinen Angehörigen leben. Deshalb muss häusliche Pflege Vorrang haben vor einer stationären Versorgung. Aus diesem Grund legt das Gesetz seinen Schwerpunkt auf die Leistungen, die die Bedingungen für die häusliche Pflege verbessern und die Pflegenden entlasten.

Die Höhe der häuslichen Pflegeleistungen richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. In der sozialen Pflegeversicherung steht dem Pflegebedürftigen ein Wahlrecht zwischen der Sachleistung (Pflegeeinsätze durch einen Vertragspartner der Pflegekasse, z. B. Sozialstation oder ambulanten Pflegedienst) und der Geldleistung (mit der der Pflegebedürftige die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt, z. B. durch Angehörige) zu. Auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich. Die Hilfen können mithin so gestaltet werden, wie sie den persönlichen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechen.

Als weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind vorgesehen:

- Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett),
- Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 2.557 EUR je Maßnahme unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenanteils, wenn andere Finanzierungsmöglichkeiten ausscheiden,
- unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

In der privaten Pflegepflichtversicherung gibt es keine Sachleistungen, sondern nur Geldleistungen. An Stelle der Sachleistungen steht eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

Leistungen bei häuslicher Pflege	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegegeld monatlich	205 EUR	410 EUR	665 EUR
Pflegesachleistungen monatlich bis zu	384 EUR	921 EUR	1.432 EUR
- in besonderen Härtefällen bis zu	-	-	1.918 EUR
Urlaubs- und Verhinderungspflege für bis zu vier Wochen im Jahr (Voraussetzung: vorherige 12-monatige Pflege)			
a) bei erwerbsmäßiger Verhinderungspflege bis zu	1.432 EUR	1.432 EUR	1.432 EUR
b) bei Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Familienangehörige	205 EUR	410 EUR	665 EUR
ggf. bei nachgewiesenen Aufwendungen der Pflegeperson bis zu	1.432 EUR	1.432 EUR	1.432 EUR
Tages- und Nachtpflege in einer teilstationären Vertragseinrichtung monatlich bis zu	384 EUR	921 EUR	1.432 EUR
Kurzzeitpflege für bis zu vier Wochen im Jahr in einer vollstationären Einrichtung bis zu	1.432 EUR	1.432 EUR	1.432 EUR
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf jährlich bis zu	460 EUR	460 EUR	460 EUR

Versicherte, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten, wenn sie in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, die jeweils zustehenden Leistungen nur zur Hälfte. Aus diesem Grund wird der zu zahlende Beitrag für sie halbiert. Privat pflegeversicherte Beamte erhalten alle genannten Leistungen entsprechend ihrem Beihilfeanspruch anteilig von ihrer privaten Pflegepflichtversicherung.

Urlaubs-Pflegevertretung

Wenn die Pflegeperson, die einen Menschen ambulant pflegt, verreist oder aus anderen Gründen verhindert ist, hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf eine Urlaubsvertretung für bis zu vier Wochen im Jahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der ersten Inanspruchnahme dieser Leistung schon mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Wird die Urlaubspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.432 EUR je Kalenderjahr. Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind und durch Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.432 EUR in Anspruch genommen werden. Wird die Ersatzpflege durch einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig sichergestellt, leistet die Pflegekasse 205 EUR/410 EUR/665 EUR je nach Pflegestufe. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.432 EUR aufgestockt werden.

Die teilstationäre und Kurzzeitpflege

Was geschieht, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder eine Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist? Dann kann der Pflegebedürftige teilstationär in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betreut oder – falls auch dies nicht ausreicht – in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung aufgenommen werden. Dabei unterstützt ihn die Pflegeversicherung: Sie übernimmt zeitlich unbegrenzt die Aufwendungen für Grundpflege, soziale Betreuung und Behandlungspflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege – je nach Pflegebedürftigkeit – bis zu 384, 921 bzw. 1.432 EUR monatlich und für die Kurzzeitpflege bis zu 1.432 EUR für insgesamt 4 Wochen im Kalenderjahr.

Zusätzliche Betreuungsleistung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Seit dem 1. April 2002 haben Pflegebedürftige, bei denen nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung neben dem in der Pflegeversicherung bereits zu berücksichtigenden verrichtungsbezogenen Hilfebedarf (§§ 14 und 15 SGB XI) noch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht, einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 EUR jährlich. Zu dem begünstigten Personenkreis gehören im Wesentlichen altersverwirrte pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Der Betreuungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen für die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, für besondere Leistungen der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung von zugelassenen Pflegediensten sowie von Leistungen der sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote.

Die soziale Sicherung der Pflegepersonen

Wer einen Menschen zu Hause pflegt, nimmt große Belastungen auf sich. Häufig müssen die Pflegenden – in der Mehrzahl sind es Frauen – auf eine eigene Berufstätig-

keit ganz oder teilweise verzichten. Deshalb verbessert das Gesetz die soziale Sicherung der Pflegepersonen.

Wer einen anderen Menschen pflegt und nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist, wird in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Die Beiträge übernimmt die Pflegeversicherung. Wie hoch diese Beiträge sind, richtet sich danach, wie schwer die Pflegebedürftigkeit ist und wie viel Zeit die Pflegeperson deshalb für die notwendige Betreuung aufwenden muss.

Wichtig: Als Pflegeperson gilt jeder, der einen pflegebedürftigen Menschen nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

Die stationäre Pflege

Wenn eine stationäre Pflege erforderlich ist, zahlt die Pflegeversicherung für die Aufwendungen der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige der Stufe I 1.023 EUR, für Pflegebedürftige der Stufe II 1.279 EUR und für Pflegebedürftige der Stufe III 1.432 EUR. Um Härtefälle zu vermeiden, stehen für Schwerstpflegebedürftige ausnahmsweise bis zu 1.688 EUR monatlich zur Verfügung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst tragen.

Die Leistungsbeträge in Höhe von 1.023 EUR/1.279 EUR/1.432 EUR können ausnahmsweise dann nicht voll bewilligt werden, wenn eine der beiden folgenden Begrenzungsregelungen eingreift. Zum einen dürfen die Pflegekassen im Durchschnitt (ohne Härtefälle) nicht mehr als 1.279 EUR bewilligen, zum anderen muss der Versicherte mindestens 25 Prozent des Heimentgelts selbst tragen. Letzteres wirkt sich nur bei sehr preiswerten Pflegeheimen aus, z. B. kann der Betrag von 1.023 EUR nicht in vollem Umfang bewilligt werden, wenn das Pflegeheim weniger als rd. 1.360 EUR monatlich kostet.

Behinderte Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Alle beschriebenen Leistungen stehen auch für jüngere pflegebedürftige behinderte Menschen in vollem Umfang zur Verfügung. Darüber hinaus beteiligt sich die Pflegeversicherung mit einem pauschalen Zuschuss an den laufenden Kosten von stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, die keine Pflegeeinrichtungen sind, sondern in erster Linie der Eingliederung des behinderten Menschen dienen.

Finanzen

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert. Wie hoch die Beiträge sind, hängt von Ihrem Einkommen ab. Dabei gilt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung. Das sind in 2005 monatlich 3.525,00 EUR sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern.

Ab 1. Januar 1995 betrug der Beitragssatz in der gesamten Bundesrepublik einheitlich 1 Prozent, seit Inkrafttreten der Leistungen für die Heimpflege ab 1. Juli 1996 beträgt der Beitragssatz 1,7 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Beitragszahlung erfolgt wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Der Arbeitgeber zieht das Geld direkt vom Lohn oder Gehalt ab und überweist es an die Krankenkassen. In allen Bundesländern (außer in Sachsen) wurde zur Kompensation der Belastungen der Arbeitgeber aus den Beiträgen zur Pflegeversicherung der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft, deshalb gilt hier der Grundsatz der hälftigen Beitragstragung, das heißt von den 1,7 Prozent tragen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils 0,85 Prozent. In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wurde, trägt der Arbeitnehmer 1,35 Prozent und der Arbeitgeber 0,35 Prozent.

Information

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Gesetzlichen Krankenkasse ist eine Pflegekasse errichtet worden.

Wenden Sie sich daher bitte an Ihre Pflegekasse, wenn Sie sich näher informieren oder beraten lassen möchten.

Wer privat pflegeversichert ist, sollte sich mit seinen Fragen zur Pflegeversicherung an sein Versicherungsunternehmen oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wenden.

Im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung können Sie die kostenlosen Broschüren „Pflegeversicherung“, „Pflegen zuhause“ und „Wenn das Gedächtnis nachlässt“ bestellen.

Beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ist ein Bürger-telefon eingerichtet. Unter der Rufnummer 01805 9966-03 werden dort von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 bis 20.00 Uhr Fragen zur Pflegeversicherung beantwortet, für 12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Seit 01.04.2004 tragen die Rentner den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung allein, die bisherige hälftige Tragung durch die Rentenversicherung ist entfallen.

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

Unterhaltsberechtignte Kinder und Ehegatten sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches Gesamteinkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Diese Geringfügigkeitsgrenze beläuft sich seit 1. Januar 2004 auf 345 EUR monatlich. Personen, die einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen, können bis zu einem Verdienst von 400 EUR monatlich beitragsfrei versichert sein.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II und Unterhaltsgeld übernimmt die Bundesagentur für Arbeit, bei Rehabilitanden der Rehabilitationsträger, bei Behinderten in Einrichtungen der Träger der jeweiligen Einrichtung und bei Empfängern von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt der zuständige Sozialhilfeträger die Beiträge.

Weil Kinder die Beitragszahler der Zukunft sind und mit Kindererziehung eine Grundlage für die künftige Funktionsfähigkeit der im Umlageverfahren finanzierten sozialen Pflegeversicherung geschaffen wird, wird Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung seit 1. Januar 2005 besonders berücksichtigt. Kinderlose haben einen Zuschlag in Höhe von 0,25 vom Hundert zu tragen, d. h. der Beitragsatzanteil, z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers, erhöhte sich von 0,85 auf 1,1 vom Hundert. Damit wurde der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kindern hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende. Für Bezieher von Arbeitslosengeld I werden Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Mio. EUR pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt (Verwaltungsvereinfachung). Der einzelne Bezieher von Arbeitslosengeld I hat keinen Beitragszuschlag zu entrichten, aber der Bundesagentur für Arbeit ist die Möglichkeit eingeräumt worden die Belastung an die Bezieher von Arbeitslosengeld I abzuwälzen.

Private Pflegepflichtversicherung

Die Prämien zur privaten Pflegepflichtversicherung richten sich nicht nach dem Einkommen. Sie sind vom Lebensalter beim Eintritt in die Versicherung abhängig. Die Höchstprämie ist gesetzlich festgelegt. Sie darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung. Für Personen, die erst nach dem 1. Januar 1995 Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens werden, gilt die Begrenzung auf die Höchstprämie nach einer Vorversicherungszeit von fünf Jahren in der privaten Kranken- oder Pflegeversicherung. Beamte, die im Pflegefall auch Anspruch auf Beihilfeleistungen haben, zahlen nicht mehr als die Hälfte dieses Höchstbetrages.

Die Beiträge gelten einheitlich für Männer und Frauen. Für Verheiratete, bei denen nur ein Ehepartner erwerbstätig ist oder ein Ehepartner mit seiner Erwerbstätigkeit die Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreitet, darf der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages zur sozialen Pflegeversicherung betragen. Diese Ehegattenermäßigung gilt nicht für Personen, die erst nach Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 privat versichert wurden. Kinder sind wie in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert.

Versicherungsschutz gilt für alle

Seit dem 1. Januar 1995 ist die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen: Seither gibt es die Pflegeversicherung. Sie wird im Rahmen einer sozialen Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (5. Säule) und im Rahmen einer privaten Pflegepflichtversicherung durchgeführt. Damit haben die rund 81 Millionen Bürger einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit erhalten, den es vorher nicht gab. Dabei gilt der Grundsatz: Wer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört der sozialen Pflegeversicherung an. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss seitdem eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die gesetzliche Unfallversicherung besteht bereits seit 1884. Durchgeführt wird sie von den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie von den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (Unfallkassen).

Wer ist versichert?

Als Arbeitnehmer sowie als Auszubildender sind Sie kraft Gesetzes unfallversichert – unabhängig davon, wie hoch Ihr Arbeitsentgelt ist. Grundsätzlich versichert sind zudem Fahrgemeinschaften auf dem Weg von und zur Arbeit – auch dann, wenn Umwege von und zur Arbeitsstätte notwendig werden.

Durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind darüber hinaus:

- Landwirte,
- Kinder, die Kindertagesstätten besuchen,
- Schüler,
- Studenten,
- Helfer bei Unglücksfällen,
- Zivil- und Katastrophenschutz Helfer,
- Blut- und Organspender,
- bestimmte ehrenamtlich tätige Personen.

Unternehmer, Selbstständige und Freiberufler können sich und ihre mitarbeitenden Ehepartner freiwillig versichern, sofern sie nicht schon kraft Gesetzes oder aufgrund von Satzungsbestimmungen pflichtversichert sind. Für Beamte gelten besondere Vorschriften zur Unfallfürsorge.

Leistungen/Voraussetzungen

Die gesetzliche Unfallversicherung schützt Sie und Ihre Familie vor den Folgen von Versicherungsfällen (Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten), die bei der Verrichtung Ihrer beruflichen Tätigkeit eintreten können.

Daneben sorgt sie auch für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten erbringt sie

- umfassende Heilbehandlungsmaßnahmen,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (dazu gehört auch eine Umschulung, wenn sie nötig ist),
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen,
- Geldleistungen an Versicherte und Hinterbliebene.

Wichtig: Wer an einem Arbeitsunfall schuld ist, spielt keine Rolle – die gesetzliche Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen in jedem Fall. Sie tritt in die zivilrechtliche Haftung des Unternehmers und der Betriebsangehörigen untereinander ein. (Man nennt das auch Ablösung der Unternehmerhaftpflicht).

Versicherungsschutz genießen Sie grundsätzlich, solange Sie die versicherte Tätigkeit ausüben. Dazu gehört auch der Hin- und Rückweg zur und von der Arbeitsstelle.

Als Versicherter haben Sie u. a. Anspruch auf:

Heilbehandlung

Die Unfallversicherung übernimmt nach einem Versicherungsfall (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) die Kosten für Ihre ärztliche Behandlung, für die erforderlichen

Arznei-, Verband-, Heil-, und Hilfsmittel sowie für Aufenthalte im Krankenhaus bzw. in einer Rehabilitationseinrichtung. Dabei spielt es keine Rolle, wie lange Sie die Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Praxisgebühr müssen nicht entrichtet werden. Die Unfallversicherungsträger übernehmen wie bisher alle Kosten.

Verletztengeld

Das Verletztengeld, das Sie während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit erhalten, beträgt 80 Prozent des entgangenen Bruttoentgelts bis maximal zur Höhe Ihres Nettolohns, so weit und solange kein Arbeitsentgelt fortgezahlt wird. Die Leistungsdauer beträgt höchstens 78 Wochen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn Sie nach einem Unfall oder wegen einer Berufskrankheit nicht mehr in Ihrem bisherigen Beruf arbeiten können, besteht Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese umfassen in erster Linie Leistungen zur Erhaltung des alten Arbeitsplatzes oder zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes. Sollten diese Leistungen nicht zum Erfolg führen, können Sie sich umschulen oder in einem anderen Beruf anlernen lassen. Während dieser Ausbildungszeit besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld. Sofern gleichzeitig Arbeitsentgelt gezahlt wird, ist dieses anzurechnen.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

Diese Leistungen sind insbesondere Kraftfahrzeug- und Wohnungshilfe, Haushaltshilfe, psychosoziale Betreuung und Rehabilitationssport. Sie werden gleichwertig neben der Heilbehandlung und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht, soweit Art und Schwere der Verletzungsfolgen dies erforderlich machen.

Rente an Versicherte

Eine Versichertenrente erhalten Sie, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit um mindestens 20 vom Hundert über 26 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles hinaus gemindert wird. Wie hoch die Rente ist, richtet sich danach, wie sehr Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert ist und wie viel Sie in den vollen zwölf Kalendermonaten vor dem Versicherungsfall verdient haben.

Wichtig: Die Renten aus der Unfallversicherung werden – ebenso wie die Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung – jährlich angepasst.

Pflegegeld

Wenn Sie infolge eines Versicherungsfalles pflegebedürftig werden, erhalten Sie neben der Unfallrente auch Pflegeleistungen oder ein Pflegegeld, ggf. auch eine Heimpflege.

Sterbegeld

Sollten Sie infolge eines Versicherungsfalles sterben, erhalten Ihre Hinterbliebenen ein Sterbegeld. Es beträgt den siebten Teil der im Zeitpunkt des Todes geltenden Bezugsgröße (die Bezugsgröße entspricht dem Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung).

Hinterbliebenenrente

Sollte Ihr Ehepartner durch einen Versicherungsfall sterben, zahlt Ihnen die Unfallversicherung eine Hinterbliebenenrente bis zu einer evtl. Wiederheirat. Wie hoch diese Rente ist, richtet sich nach Ihrem Alter, Ihrer Erwerbs- bzw. Berufsfähigkeit und

der Zahl Ihrer Kinder. So beträgt Ihre jährliche Hinterbliebenenrente 40 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, wenn Sie

- 45 Jahre oder älter sind oder
- erwerbsgemindert, erwerbs- oder berufsunfähig sind oder
- mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind erziehen.

Falls Sie jünger als 45 Jahre sind und zum Zeitpunkt des Todesfalls kein Kind haben, erhalten Sie für die Dauer von zwei Jahren jährlich 30 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Für Sterbefälle vor dem 1.1.2002 sowie für Ehepaare, die bereits vor diesem Tag verheiratet waren und von denen mindestens einer 40 Jahre alt ist, wird die Rente über 2 Jahre hinaus unbegrenzt gezahlt bis zu einer evtl. Wiederheirat.

Wichtig: Haben Sie als Hinterbliebener eigenes Einkommen (z. B., weil Sie selbst arbeiten oder andere Renten beziehen), so wird es mit 40 Prozent auf die Hinterbliebenenrente angerechnet, wobei ein dynamisierter Freibetrag (der sich für jedes waisenrentenberechtigtes Kind erhöht) abgezogen wird.

Waisenrente

Sollte ein Versicherter durch einen Versicherungsfall sterben und Kinder unter 18 Jahren zurücklassen, so erhalten sie eine Waisenrente. Bei Halbweisen zahlt die Versicherung 20 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, bei Vollweisen 30 Prozent. Die Waisenrente wird über das 18. Lebensjahr der Waisen hinaus bis zum 27. Lebensjahr gezahlt, wenn

- das Kind eine Schul- oder Berufsausbildung absolviert oder
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet oder
- sich wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht selbst unterhalten kann.

Haben Waisen über 18 Jahre ein eigenes Einkommen, so wird es – wie bei der Hinterbliebenenrente – mit 40 Prozent auf die Waisenrente angerechnet, wobei ein dynamisierter Freibetrag abgezogen wird.

Wichtig: Witwen- und Waisenrente dürfen zusammen maximal 80 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen erreichen, anderenfalls werden sie anteilig gekürzt.

Rentenabfindung

Sofern nicht zu erwarten ist, dass Ihre Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wesentlich sinkt, können sie die Abfindung Ihrer Unfallrente beantragen. Unterschieden wird zwischen der Abfindung sog. „kleiner“ Renten mit einer MdE bis zu 40 Prozent und der Abfindung sog. „großer“ Renten ab einer MdE von 40 Prozent. Die Abfindung der „kleinen“ Renten erfolgt grundsätzlich auf Lebenszeit, d. h.: Die Rentenzahlung ist durch eine einmalige Abfindung vollständig abgegolten. Sie erhalten dann keine Rente mehr, es sei denn, Ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich aufgrund der Unfallfolgen so sehr, dass Sie einen Anspruch auf eine höhere als die abgefundene Rente haben. Das Abfindungskapital wird unter Berücksichtigung Ihres Alters und des seit dem Unfall vergangenen Zeitraums mittels einer von der Bundesregierung erlassenen Kapitalwertverordnung berechnet.

Wenn Ihre Erwerbsfähigkeit als Verletzter um 40 Prozent oder mehr gemindert ist und Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, kann auf Antrag die halbe Rente als Abfindung für 10 Jahre ausgezahlt werden. Ein besonderer Verwendungsnachweis ist nicht erforderlich. Die Abfindung kann maximal neunmal so hoch sein wie die halbe Jahresrente. In diesem Fall erhalten Sie neben der Abfindung für einen Zeitraum von 10 Jahren weiterhin die Hälfte Ihrer Rente. Mit Beginn des 11. Rentenjahres zahlt die Unfallversicherung dann wieder die volle Rente.

Finanzielle Grundlagen

Die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im gewerblichen und landwirtschaftlichen Bereich finanzieren sich aus den Beiträgen der Unternehmer; die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften erhalten einen Bundeszuschuss. Wie hoch diese Beiträge sind, richtet sich nach der Höhe der jährlichen Arbeitsentgeltzahlungen und nach dem Grad der Unfallgefahr.

Sie selbst zahlen als Arbeitnehmer, Schüler, Student etc. keine Beiträge.

Rechtsgrundlagen

Grundlagen zur gesetzlichen Unfallversicherung finden Sie in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise

- im Sozialgesetzbuch VII (SGB VII),
- im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
- im Fremdrenten- und Auslandsrentengesetz,
- in der Berufskrankheiten-Verordnung.

Information

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (z. B. den Unfallkassen). Als Service bieten die Berufsgenossenschaften eine bundesweit einheitliche Rufnummer für allgemeine Informationen an. Unter 01805/188088 (0,12 EUR/Min.) werden von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und freitags zwischen 8 und 17 Uhr Fragen zu Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten beantwortet.

Sie können sich außerdem von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8 bis 20 Uhr unter 01805/99 66 05 (0,12 EUR/Min. aus dem deutschen Festnetz) an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wenden.

Im Internet finden Sie Informationen u. a. unter:

www.hvbg.de

www.unfallkassen.de

Über Unfallversicherungsschutz im Allgemeinen sowie für ehrenamtlich tätige Personen informiert die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im Ehrenamt“, die das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53108 Bonn, herausgibt (Best.-Nr. A 329).

Was müssen Sie tun?

Sollten Sie bei der Arbeit oder auf dem Weg dorthin einmal einen Unfall haben, sollten Sie ihn sofort Ihrem Arbeitgeber melden.

Unfälle von Kindern, Schülern und Studenten sollten sofort der entsprechenden Stelle, also Kindergarten, Schule, Hochschule etc., angezeigt werden. Die Unternehmer sind zur Anzeige des Arbeitsunfalls an den zuständigen Unfallversicherungsträger verpflichtet, wenn Versicherte getötet oder so verletzt sind, dass sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig werden.

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über Behinderung unter 01805 9966-04, für 12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Rehabilitation – das sind alle Leistungen, die dazu dienen, behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. In der Bundesrepublik soll sich niemand ausgeschlossen fühlen. Deshalb stehen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe allen Menschen zu, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind und deshalb besondere Hilfen benötigen. Dabei spielt es keine Rolle, welche Ursachen die (mögliche) Behinderung hat. Die Hilfe kann bei den Folgen eines Kriegsleidens ebenso notwendig sein wie nach Verkehrs- oder Arbeitsunfällen. Auch Menschen, die durch Krankheit oder Verschleißerscheinungen aus ihrem bisherigen Beruf herausgerissen werden, benötigen möglicherweise Hilfen – und natürlich auch jene Menschen, die von Geburt an behindert sind.

Das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ist am 1. Juli 2001 in Kraft getreten. Es beendet die rechtliche Unübersichtlichkeit, indem die Vorschriften, die für mehrere Sozialleistungsbereiche gelten, zusammengefasst werden. Dadurch ist das SGB IX in ähnlicher Weise bereichsübergreifend wirksam wie bereits zuvor die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Im Mittelpunkt stehen bei behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen nicht mehr allein Fürsorge und Versorgung, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung von Hindernissen, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.

Deswegen sind die Bestimmungen des SGB IX darauf ausgerichtet, dieses Ziel mit medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und auf Dauer zu erreichen. Entsprechend dieser Zielsetzung wurden die Leistungen als „Leistungen zur Teilhabe“ zusammengefasst. Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen wird es ermöglicht, ihre eigenen Belange so weitgehend wie möglich selbst und eigenverantwortlich zu bestimmen.

Leistungen/Voraussetzungen

Wenn Sie körperlich, geistig oder seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Sie ein Recht auf Hilfe. Diese Hilfe kann etwa notwendig sein,

- um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern, oder
- um zu verhüten, dass sich die Behinderung verschlimmert, oder um ihre Folgen zu mildern, und zwar unabhängig davon, welche Ursache die Behinderung hat.

Diese Hilfe soll Ihnen einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft sichern. Das gilt insbesondere für einen Platz im Arbeitsleben, der Ihren Neigungen und Fähigkeiten entspricht.

Leistungen zur Teilhabe

Folgende Hilfen kommen in Betracht:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung;
- Arznei- und Verbandmittel;
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie;
- Hilfsmittel, einschließlich der notwendigen Änderung, Instandhaltung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant oder stationär durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen ausgeführt und schließen bei Bedarf die erforderliche Unterkunft und Verpflegung ein.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

- Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu erhalten oder zu erlangen, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen;
- Berufsvorbereitung einschließlich einer Grundausbildung, die wegen der Behinderung erforderlich ist (z. B. für blinde Menschen);
- berufliche Anpassung, Ausbildung, Weiterbildung einschließlich eines schulischen Abschlusses, der erforderlich ist, um an einer beruflichen Weiterbildung teilzunehmen;
- sonstige Hilfen zu Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen die Eignung, Neigung und die bisherige Tätigkeit des behinderten Menschen berücksichtigt werden, aber auch die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehört auch, dass die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung übernommen werden – vorausgesetzt, dass der behinderte Mensch außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts untergebracht werden muss, um an der Maßnahme teilnehmen zu können. Das kann notwendig sein, wenn Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe dies erfordern.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Hierzu zählen beispielsweise:

- Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Finanzielle Leistungen

Zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes erhalten Sie während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Regel entweder Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, je nachdem welcher Leistungsträger zuständig ist. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des Arbeitsentgeltes und -einkommens, das der Beitragsberechnung zugrunde liegt. Dabei darf es 90 Prozent

des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. In der Rentenversicherung wird anstelle des Krankengeldes ein Übergangsgeld gezahlt, das abhängig von den familiären Verhältnissen regelmäßig 75 oder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts beträgt.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Sie in der Regel ein Übergangsgeld in gleicher Höhe. Ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig, leistet sie Unterhalts- oder Übergangsgeld, wenn bestimmte Versicherungszeiten in der Arbeitslosenversicherung nachgewiesen werden. Darüber hinaus leistet die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der beruflichen Erstausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener unter bestimmten Voraussetzungen ein Ausbildungsgeld. Erwerbsfähige, hilfebedürftige behinderte Menschen erhalten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach den Bestimmungen des SGB II.

Einrichtungen

Berufsbildungswerke

Das sind überbetriebliche Einrichtungen, in denen behinderte Jugendliche eine berufliche Erstausbildung erhalten, die wegen ihrer Behinderung auf eine ausbildungsbegleitende Betreuung durch Ärzte, Psychologen und Pädagogen angewiesen sind und deshalb nicht betrieblich ausgebildet werden können. Bundesweit besteht ein Netz von 50 Berufsbildungswerken mit insgesamt rund 13.000 Ausbildungsplätzen.

Berufsförderungswerke

Das sind überbetriebliche Einrichtungen, in denen behinderte Erwachsene, mit begleitenden Diensten (z. B. Ärzte, Psychologen), beruflich umgeschult und fortgebildet werden. Bundesweit besteht ein Netz von 28 Berufsförderungswerken mit insgesamt 16.000 Plätzen.

Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren sind Spezialeinrichtungen zur Teilhabe psychisch behinderter Menschen am Arbeitsleben. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive, die Wiedereingliederung der Teilnehmer auf dem Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anzuschließende Umschulung/Ausbildung. Zur Zeit gibt es in den Bundesländern acht Berufliche Trainingszentren mit insgesamt 457 Plätzen.

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Das sind besondere Rehabilitationszentren für spezielle Krankheits- oder Behinderungsarten, in denen in einem nahtlos ineinander greifenden Verfahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden (sog. Phase II). Zur Zeit gibt es in den Bundesländern 23 Einrichtungen, die Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II) sind. In ihnen stehen insgesamt 1.410 Betten/Plätzen für die Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation zur Verfügung.

Werkstätten für behinderte Menschen

Behinderte Menschen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, erhalten hier eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung. Die Werkstätten ermöglichen es ihnen, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und ein Arbeitsentgelt zu erzielen. In Deutschland gibt es 671 anerkannte Werkstätten mit rund 236.000 Beschäftigten.

Wichtig: Wenn behinderte Menschen in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig sind, besteht für sie Versicherungsschutz in der Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung.

Sonderregelungen für schwerbehinderte Menschen

Wenn bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 festgestellt wird (in der Regel durch das Versorgungsamt), sind Sie am Arbeitsplatz besonders geschützt.

Der besondere Schutz am Arbeitsplatz gilt vor allem hinsichtlich der Kündigung durch den Arbeitgeber. Außerdem haben Sie als schwerbehinderter Mensch Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub (in der Regel fünf Arbeitstage).

Alle öffentlichen und privaten Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, fünf Prozent der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Bei öffentlichen Arbeitgebern des Bundes gilt teilweise eine Beschäftigungspflichtquote von 6 Prozent. Bei der Berechnung der Zahl der Pflichtarbeitsplätze zählen Stellen, auf denen Auszubildende beschäftigt werden, nicht mit. Schwerbehinderte Auszubildende werden auf zwei Pflichtplätze angerechnet. Darüber hinaus kann die Arbeitsagentur einen schwerbehinderten Menschen auf bis zu drei Pflichtplätze anrechnen, wenn seine Eingliederung in das Arbeitsleben besonders schwierig ist.

Für jeden nicht mit einem schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtplatz muss eine Ausgleichsabgabe gezahlt werden, deren Höhe wie folgt gestaffelt ist:

- monatlich 105 EUR bei einer Erfüllungsquote von 3 % bis unter 5 %,
- monatlich 180 EUR bei einer Erfüllungsquote von 2 % bis unter 3 %,
- monatlich 260 EUR bei einer Erfüllungsquote von unter 2 %

In Betrieben und Verwaltungen, die mindestens fünf schwerbehinderte Menschen nicht nur vorübergehend beschäftigen, wird eine Schwerbehindertenvertretung (Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen) gewählt. Die Schwerbehindertenvertretung soll die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in den Betrieb oder die Dienststelle fördern und die Interessen der beschäftigten schwerbehinderten Menschen vertreten.

Damit schwerbehinderten Menschen auf Dauer ein angemessener Platz im Arbeitsleben gesichert werden kann, können im Einzelfall besondere Hilfen notwendig werden, die die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergänzen. Dafür sind besondere Geldleistungen der Bundesagentur für Arbeit sowie der Integrationsämter vorgesehen. Eine solche Leistung würde beispielsweise erbracht, wenn eine Maschine umgerüstet werden muss, damit der Arbeitsplatz so eingerichtet wird, dass er der Behinderung entspricht.

Darüber hinaus können Sie als schwerbehinderter Mensch so genannte Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, die in der Regel davon abhängen, ob weitere gesundheitliche Voraussetzungen vorliegen. Zu diesen Ausgleichsleistungen gehören beispielsweise:

- Steuererleichterungen (insbesondere Behinderten-Pauschbetrag),
- unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr,
- Vergünstigungen bei der Kraftfahrzeugsteuer,
- Parkerleichterungen,
- Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht.

Schwerbehindertenausweis

Als schwerbehinderter Mensch erhalten Sie auf Antrag beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis. Der Ausweis dient zum einen dazu, die

Schwerbehinderteneigenschaft nachzuweisen, und ermöglicht es Ihnen zum anderen, Nachteilsausgleiche in Anspruch zu nehmen.

Wenn Sie es beantragen, stellt das Versorgungsamt auch fest, ob Sie als schwerbehinderter Mensch einen Anspruch auf besondere Nachteilsausgleiche haben. Sollte das der Fall sein, erhalten Sie ein entsprechendes Merkzeichen in Ihrem Schwerbehindertenausweis. Beispielsweise kennzeichnet das Merkzeichen „G“ eine „erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr“. Damit dürfen Sie sich kostenlos im öffentlichen Personennahverkehr befördern lassen oder müssen weniger Kfz-Steuer bezahlen.

Freie Fahrt im Nahverkehr

Wenn Ihre Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr durch Ihre Behinderung erheblich beeinträchtigt ist, oder wenn Sie hilflos oder gehörlos sind, werden Sie unentgeltlich befördert. Dazu müssen Sie nur Ihren entsprechend gekennzeichneten Ausweis vorzeigen. Die Regelung gilt für Straßenbahn, Omnibusse, S-Bahn und auch für Eisenbahn (2. Wagenklasse), wenn sie in einen Verkehrsverbund einbezogen ist und mit Verbundfahrtschein benutzt werden kann. Bei der Deutsche Bahn AG und ihren Tochtergesellschaften ist die „Freifahrt“ auf die 2. Wagenklasse im Umkreis von 50 km rund um den Wohnsitz und auf Nahverkehrszüge begrenzt. Wenn Sie einen zuschlagpflichtigen Zug des Nahverkehrs benutzen, müssen Sie den Zuschlag zahlen.

Voraussetzung ist, dass der Ausweis mit einer Wertmarke versehen ist und für die Deutsche Bahn AG oder ihre Tochtergesellschaften ein Streckenverzeichnis vorliegt. Die Wertmarke erhalten Sie gegen einen Betrag von 60 EUR für ein Jahr bzw. 30 EUR für ein halbes Jahr bei den Versorgungsämtern. Blinde und hilflose Menschen sowie bestimmte Gruppen Einkommensschwacher erhalten die für ein Jahr gültige Wertmarke auf Antrag unentgeltlich. Diese Befreiung gilt auch für bestimmte Gruppen von Kriegsopfern. Wenn eine ständige Begleitung notwendig ist, fährt die Begleitperson kostenlos. Das gilt auch im Fernverkehr.

Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

Wichtig: Haben Sie einen Grad der Behinderung von weniger als 50, aber mindestens 30? Dann können sie unter bestimmten Voraussetzungen den schwerbehinderten Menschen gleich gestellt werden. Darüber entscheidet die Arbeitagentur. Voraussetzung ist, dass Sie ohne die Gleichstellung keinen Arbeitsplatz bekommen oder Ihren jetzigen Arbeitsplatz nicht behalten können. Wenn Sie den schwerbehinderten Menschen gleich gestellt werden, können Sie für die Eingliederung in das Arbeitsleben die gleichen Hilfen in Anspruch nehmen wie sie. Ausgeschlossen sind der Zusatzurlaub und die unentgeltliche Beförderung.

Wer ist für welche Hilfen zuständig?

Jeder Träger unseres Sozialleistungssystems kümmert sich – neben seinen sonstigen Aufgaben – um seinen spezifischen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe:

- Die Krankenversicherung erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Träger sind
 - Ortskrankenkassen,
 - Betriebskrankenkassen,
 - Innungskrankenkassen,
 - Seekasse,
 - Angestellten- und Arbeiterersatzkassen,
 - Bundesknappschaft, landwirtschaftliche Krankenkassen.

-
-
- Die Rentenversicherung ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten und zu deren Teilhabe am Arbeitsleben zuständig. Träger sind
 - Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
 - Landesversicherungsanstalten,
 - Bundesknappschaft,
 - landwirtschaftliche Alterskassen,
 - Bahnversicherungsanstalt,
 - Seekasse.
 - Die Unfallversicherung ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig. Träger sind
 - gewerbliche Berufsgenossenschaften,
 - See-Berufsgenossenschaften,
 - landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften,
 - Eigenunfallversicherungsträger des Bundes, der Länder und der Gemeinden.
 - Die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden übernehmen z. B. für Kriegs- und Wehrdienstleistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Träger sind
 - Landesversorgungsämter,
 - Versorgungsämter,
 - Hauptfürsorgestellen.

Die Integrationsämter helfen zusätzlich, wenn schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen Schwierigkeiten bei der Beschäftigung haben. Sie können insbesondere Geldleistungen an Arbeitgeber erbringen, um die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu fördern.

- Die Bundesagentur für Arbeit mit ihren Regionaldirektionen und Agenturen für Arbeit übernimmt, soweit hierfür kein anderer Träger zuständig ist, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Für erwerbsfähige, hilfebedürftige Arbeitssuchende übernehmen die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Die Sozialhilfe und die Jugendhilfe treten für alle erforderlichen Leistungen zur Teilhabe ein – allerdings nur dann, wenn keiner der anderen Träger zuständig ist. Ansprechpartner sind hier hauptsächlich die Sozial- und Jugendämter der Städte und Gemeinden.

Wer für welchen Bereich zuständig ist, ist für Außenstehende oft schwer überschaubar. Damit dem behinderten Menschen daraus keine Nachteile entstehen, sind alle Träger verpflichtet, eng zusammenzuarbeiten; ein straffes Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit sichert die schnelle und bürgerfreundliche Leistungserbringung.

Versorgungsämter und Integrationsämter

Die Aufgaben nach dem SGB IX werden u. a. von Versorgungsämtern, der Arbeitsverwaltung und Integrationsämtern wahrgenommen. Die Versorgungsämter stellen die Behinderung, den Grad der Behinderung und weitere gesundheitliche Merkmale fest, die jemand erfüllen muss, um Nachteilsausgleiche beanspruchen zu können. Außerdem stellen sie die Schwerbehindertenausweise aus. Die Bundesagentur für Arbeit fördert die Einstellung schwerbehinderter Menschen und überwacht die Erfül-

lung der Beschäftigungspflicht. Die Integrationsämter schließlich kümmern sich um den besonderen Kündigungsschutz, die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben und erheben die Ausgleichsabgabe.

Den Gehörlosen und Hörgeschädigten Service des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erreichen Sie Montags bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr unter 01805 9966-07 für 12 Cent/Min aus dem deutschen Festnetz.

Gesetze

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen finden Sie

- im Sozialgesetzbuch,
- im Bundesversorgungsgesetz,
- im Bundessozialhilfegesetz.

Information

Ein ganz wesentlicher Punkt des SGB IX ist die Verpflichtung der Rehabilitationsträger, eine trägerübergreifende und neutrale Beratung und Unterstützung durch gemeinsame örtliche Servicestellen sicherzustellen.

Zu den Aufgaben der Servicestellen zählen z. B.

- die Information über mögliche Leistungen und deren Voraussetzungen,
- die Unterstützung der Betroffenen bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs,
- die Ermittlung des zuständigen Rehabilitationsträgers,
- die Unterstützung bei der Antragstellung,
- die Annahme und Weiterleitung von Anträgen an den Rehabilitationsträger,
- die möglichst entscheidungsreife Vorbereitung des „Falles“,
- die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen,
- die begleitende Unterstützung bis zur Entscheidung des Rehabilitationsträgers sowie die Koordination und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten.

Wichtig: Jeder Rehabilitationsträger muss den (formlosen) Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe entgegennehmen – auch dann, wenn er selbst nicht zuständig ist – und an die zuständige Stelle weiterleiten. Der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wird, muss in aller Regel abschließend über den Antrag entscheiden. Eine nochmalige Weiterleitung des Antrags kommt nur in Ausnahmefällen in Betracht, und auch nur dann, wenn sichergestellt ist, dass ein anderer Rehabilitationsträger sich dazu bereit erklärt, über den Antrag zu entscheiden.

Inhalt der Initiative

Zusammen mit seinen Partnern – Arbeitgebern, Gewerkschaften, Behindertenverbänden und -organisationen, der Bundesagentur für Arbeit, den Integrationsämtern, Rehabilitationsträgern sowie Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen und weiteren Organisationen – führt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Initiative „Jobs ohne Barrieren“ durch. Mit der Initiative soll – auch in wirtschaftlich und konjunkturell schwierigen Zeiten – erreicht werden, dass behinderte und schwerbehinderte Menschen die Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben besser realisieren können.

Obwohl sich die berufliche Integration behinderter und schwerbehinderter Menschen in den letzten Jahren in Deutschland deutlich verbessert hat, ist die Situation nach wie vor unbefriedigend. Unbefriedigend nicht nur für die Betroffenen, sondern für uns alle. Auch in Anbetracht des demographischen Wandels und des sich bereits jetzt immer stärker abzeichnenden Fachkräftebedarfs können wir es uns nicht leisten, auf die Fähigkeiten und Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen zu verzichten.

Schon heute beweisen rd. 800.000 schwerbehinderte Menschen, dass sie, im Arbeitsleben an der richtigen Stelle tätig, voll leistungsfähig sind. Trotzdem warten immer noch zu viele behinderte und schwerbehinderte Menschen auf „ihre“ Gelegenheit, am Arbeitsleben (wieder) teilnehmen zu können. Immer wichtiger wird es auch, mit gezielten Maßnahmen die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dauerhaft zu erhalten. Allein die volkswirtschaftlichen Kosten der Produktionsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit in Deutschland werden auf jährlich über 40 Milliarden Euro geschätzt. Dies entspricht einem Ausfall an Bruttowertschöpfung von rund 70 Milliarden Euro.

„Jobs ohne Barrieren“ hat deshalb drei Ziele, die in Betrieben und Dienststellen öffentlicher und privater Arbeitgeber realisiert werden sollen:

- Förderung der Ausbildung behinderter und schwerbehinderter Jugendlicher mit dem Ziel, möglichst vielen ausbildungsplatzsuchenden (schwer-)behinderten jungen Menschen einen betrieblichen Ausbildungsplatz anbieten zu können;
- Verbesserung der Beschäftigungschancen schwerbehinderter Menschen, insbesondere in kleinen und mittelständischen Betrieben, mit dem Ziel, dass möglichst alle beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber auch schwerbehinderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigen und
- Stärkung der betrieblichen Prävention, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten langfristig zu erhalten und zu fördern.

„Jobs ohne Barrieren“ will in Betrieben und Dienststellen Arbeitgeber/Personalverantwortliche und Interessenvertretungen der Beschäftigten, insbesondere Schwerbehindertenvertretungen, zu Partnern machen, die in gemeinsamer Verantwortung und unterstützt durch Aktivitäten der an der Initiative Beteiligten die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation behinderter Menschen und die betriebliche Prävention nachhaltig verbessern.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung koordiniert die Initiative „job“ und ist innerhalb der Bundesregierung federführend für die Berichterstattung über die Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.



„Wir beteiligen uns schon“:

Engagement von Unternehmen, Verbänden und Organisationen im Rahmen der Initiative

Viele Unternehmen in Deutschland engagieren sich bereits jetzt in vorbildlicher Art und Weise in den Bereichen Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen sowie im Bereich der betrieblichen Prävention. Häufig arbeiten dabei Verantwortliche der Arbeitgeberseite und Mitglieder der Vertretungen der Beschäftigten erfolgreich Hand in Hand. Im Rahmen der Initiative laufen bereits vielfältige Aktivitäten und Projekte von Unternehmen (wie METRO, RWE, OBI und Ford), Verbänden, Organisationen und Institutionen (wie Sozialverband VdK, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, pebb gmbh, Universität Hamburg).

Entstehungsgeschichte

Bereits im Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen hat die Bundesregierung ausgeführt, dass die angestrebten Verbesserungen für schwerbehinderte Menschen insbesondere beim Zugang zu Ausbildung und Beschäftigung sowie bei der Sicherung bestehender Arbeitsverhältnisse durch Änderungen von gesetzlichen Regelungen allein nicht erreicht werden können. Erforderlich ist hier vielmehr ein Zusammenwirken aller, die Verantwortung für die Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben tragen.

Wenn positive Entscheidungen für Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen stabilisiert, initiiert und ausgeweitet werden sollen, kann dies nur erfolgreich sein bei koordiniertem Zusammenwirken von Bundesregierung, Ländern, Beauftragten für die Belange behinderter Menschen, Organisationen der Sozialpartner und der behinderten Menschen sowie Behörden auf Bundes- und Landesebene - unterstützt auch durch Unternehmen, Verbände von Rehabilitationsträgern, Zusammenschlüssen betrieblicher Interessenvertretungen und privaten Initiativen. Die Bundesregierung hielt eine Fortsetzung der Initiative zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben auf der Grundlage der weiterentwickelten gesetzlichen Rahmenbedingungen für erforderlich, damit Aktivitäten aller Beteiligten gebündelt werden und die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation behinderter, insbesondere schwerbehinderter Menschen dauerhaft verbessert werden kann.

Der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen hat daher auf Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung beschlossen, eine Initiative zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen sowie zur betrieblichen Prävention zu unterstützen. Er setzte entsprechend den Schwerpunktthemen der Initiative drei Arbeitsgruppen ein und stellte für die Jahre 2004 bis 2006 jeweils Mittel in Höhe von 500.000 Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung. Für die Jahre 2005 und 2006 stehen zusätzlich Mittel in Höhe von je 500.000 Euro aus dem Europäischen Sozialfonds zur Verfügung.

Zu den Mitgliedern der Arbeitsgruppen gehören (in alphabetischer Reihenfolge):

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (ARGE BFW);
- Bundesagentur für Arbeit (BA);
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW);
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH);
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen (BAG Integrationsfirmen);
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS);
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA);
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB);
- Deutscher Landkreistag;
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG);
- Industriegewerkschaft Metall (IG-Metall);
- Landesvereinigung Rheinland-Pfälzischer Unternehmenverbände (LVU);
- Sozialverband Deutschland (SoVD);
- Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und der Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV);
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)

Die Arbeitsgruppen des Beirats für die Teilhabe behinderter Menschen haben die Rahmenbedingungen für die Initiative entwickelt. Diese sind von dem Beirat beschlossen worden. Für die Einzelheiten der Durchführung und Evaluierung von Aktivitäten im

Rahmen der Initiative ist ein Gremium gebildet worden, das insbesondere über die Förderung von Projekten entscheidet. Zu dem Gremium gehören ein Vertreter der Arbeitgeberseite (BDA), ein Vertreter der Arbeitnehmerseite (DGB), ein Vertreter der Sozial- und Behindertenverbände (Deutscher Behindertenrat), ein Vertreter der Rehabilitationsträger (BKK Bundesverband) und ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS).

Das Gremium kommt Anlass bezogen, mindestens aber alle drei Monate zusammen. Es hat bisher Beschlüsse zur Förderung von sieben Projekten gefasst; mit deren Durchführung wird spätestens im ersten Halbjahr 2005 begonnen.

Haben Sie Interesse, sich an der Initiative „Jobs ohne Barrieren“ zu beteiligen?

Projekte, mit denen die Ziele der Initiative verfolgt werden, können gefördert werden.

Die Projekte sollen

- Information und Aufklärung von Verantwortlichen bei öffentlichen und privaten Arbeitgebern über die Möglichkeiten, Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen für alle Beteiligten „erfolgreich“ gestalten,
- erfolgversprechende Aktivitäten beispielhaft, d. h. auch für andere Arbeitgeber „attraktiv“, umsetzen,
- Kooperationsbeziehungen zwischen behinderten Menschen, Unternehmen als deren -potentiellen- Arbeitgebern und staatlichen Stellen und Organisationen verstärken
- und dadurch eine nachhaltige Verbesserung der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation behinderter und schwerbehinderter Menschen erreichen.

Gefördert werden können innovative Projekte, die unter Angabe quantifizierbarer Vorgaben die Vorbereitung und/oder Realisierung unternehmensbezogener Aktivitäten in Zusammenhang mit Ausbildung und Beschäftigung behinderter und schwerbehinderter Menschen und betrieblicher Prävention unterstützen.

Für Aktivitäten und Projekte, mit deren Realisierung bereits begonnen worden ist oder die mit anderen Mitteln finanziert werden (können), können die der Initiative „Jobs ohne Barrieren“ zur Verfügung stehenden Mittel zwar grundsätzlich nicht eingesetzt werden, dennoch können sie Bestandteil der Initiative werden. Voraussetzung ist hier, dass sie gleichfalls durch schwerpunktthemenbezogene Maßnahmen die Erreichung der Ziele der Initiative unterstützen und der oder die Durchführende(n) sich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einverstanden erklärt mit einer öffentlichen Darstellung des Projekts/ der Aktivität im Rahmen der Initiative „job“ und der damit verbundenen Berichterstattung der Bundesregierung.

Weitere Informationen zu der Initiative

Unter „www.jobs-ohne-barrieren.de“ erhalten Sie weitere Informationen zu der Initiative. Dort finden Sie unter anderem auch Kurzbeschreibungen zu den Aktivitäten und Projekten im Rahmen der Initiative, weitere Informationen zu den Möglichkeiten einer Beteiligung an der Initiative, und vieles mehr.

Sollten Sie Fragen haben, so können Sie sich aber auch schriftlich an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unter dem Stichwort „job-Projekt“, Referat 512, Rochusstraße 1, 53123 Bonn, wenden.

Soziale Sicherheit in der Bundesrepublik Deutschland bedeutet auch: Wer einen gesundheitlichen Schaden erleidet, für dessen Folgen die Gemeinschaft einsteht, hat Anspruch auf Versorgung. Damit sollen beispielsweise besondere Opfer zumindest finanziell abgegolten werden. Auch die Hinterbliebenen solcher Beschädigten können eine Versorgung beanspruchen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Die Soziale Entschädigung umfasst:

- Kriegsofopfer (sie stellen derzeit den größten Empfängerkreis von Versorgungsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz),
- Opfer von Gewalttaten,
- Wehr- und Zivildienstbeschädigte,
- Impfgeschädigte,
- Personen, die nach dem 8. Mai 1945 in der sowjetischen Besatzungszone, im sowjetisch besetzten Sektor von Berlin oder in den in § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Bundesvertriebenengesetzes genannten Gebieten aus politischen Gründen inhaftiert wurden und dadurch gesundheitlich beeinträchtigt worden sind,
- Personen, die aufgrund eines SED-Unrechtsurteils inhaftiert waren und dadurch Gesundheitsschäden erlitten haben, die noch heute fortauern.

Gesetze

Grundlagen für das Soziale Entschädigungsrecht finden Sie im

- Bundesversorgungsgesetz (BVG),
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG),
- Zivildienstgesetz (ZDG),
- Häftlingshilfegesetz (HHG),
- Opferentschädigungsgesetz (OEG),
- Infektionsschutzgesetz (IfSG),
- Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG),
- Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VWRRehaG).

Die Bereiche „Kriegsoferversorgung“ und „Opfer von Gewalttaten“ werden im Folgenden in Einzelheiten erläutert.

Kriegsoferversorgung

Leistungen/Voraussetzungen

Auf Antrag erhalten Sie Versorgungsleistungen für gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen einer Schädigung, die verursacht worden ist durch:

- eine militärische oder militärähnliche Dienstverrichtung,
- einen Unfall, während Sie diesen Dienst ausübten,
- die Verhältnisse, die diesem Dienst eigentümlich sind,
- Kriegsgefangenschaft,
- unmittelbare Kriegseinwirkung (beispielsweise, wenn Sie als Zivilperson bei einem Luftangriff verletzt worden sind), oder wenn der Gesundheitsschaden durch Gewaltakte von Angehörigen der Besatzungsmächte (z. B. Körperverletzung, Vergewaltigung) entstanden ist.

Als Beschädigter im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts haben Sie Anspruch auf Heilbehandlung für anerkannte Folgen der Schädigung, wie:

- Ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- Behandlung im Krankenhaus,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Versorgung mit Zahnersatz,
- Ersatzleistungen, die die Versorgung mit Hilfsmitteln ergänzen (beispielsweise beim Kauf und bei notwendigen Änderungen von Kraftfahrzeugen),
- Badekuren,
- Haushaltshilfe,
- Teilnahme an Leibesübungen für Versehrte.

Wichtig für Schwerbeschädigte

Wenn Ihre Erwerbsfähigkeit durch eine Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts um mindestens 50 Prozent gemindert ist, so erhalten Sie auch für alle weiteren Erkrankungen Heilbehandlung. Das gilt natürlich nur, wenn diese Behandlung nicht bereits durch Ansprüche gegen andere Leistungsträger sichergestellt ist. Ebenfalls keinen Anspruch auf Heilbehandlung für weitere Erkrankungen haben Sie, wenn Ihr Verdienst über der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Das sind 2005 monatlich 3.900,- EUR in den alten und neuen Bundesländern.

Weiterhin haben Sie Anspruch auf Versorgungskrankengeld, wenn Sie durch die Folgen der Schädigung arbeitsunfähig sind und auf Krankenbehandlung einschließlich Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und medizinischen Rehabilitation, sofern sie nicht anderweitig sichergestellt ist.

Diesen Anspruch haben Sie

- als Schwerbeschädigter für Ihren Ehepartner und Ihre Kinder sowie für sonstige Angehörige,
- als Pflegezulageempfänger für Personen, die Sie unentgeltlich pflegen,
- als Hinterbliebener.

Darüber hinaus haben Sie Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die helfen, dass Sie einen angemessenen Beruf erlangen, wiedererlangen oder erhalten. Solange die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben andauern, erhalten Sie Übergangsgeld oder Unterhaltsbeihilfe.

Rentenleistungen erhalten Beschädigte, Witwen, Waisen und Eltern. Wie hoch die Beschädigtenrente ist, richtet sich danach, wie sehr die Erwerbsfähigkeit gemindert ist. Sie beginnt bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 25 Prozent. Folgende Leistungen gibt es:

- Grundrente, gestaffelt nach MdE. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres erhöht sich die Grundrente bei Schwerbeschädigten.
- Schwerstbeschädigtenzulage in sechs Stufen.
- Pflegezulage bei Hilflosigkeit ebenfalls in sechs Stufen.
- Ersatz für Mehrverschleiß an Kleidung und Wäsche.
- Blinde erhalten eine Beihilfe zu den Aufwendungen für fremde Führung.
- Berufsschadensausgleich, um den Einkommensverlust auszugleichen, den der Beschädigte hinnehmen musste, weil er seinen früher ausgeübten oder angestrebten Beruf wegen der Schädigung ganz oder teilweise nicht mehr ausüben kann.
- Ausgleichsrente und Ehegattenzuschlag erhalten Schwerbeschädigte, damit sie ihren Lebensunterhalt sichern können. Angerechnet wird das Einkommen, nachdem Freibeträge abgezogen worden sind.

Übersicht über die finanziellen Leistungen der Kriegsopferversorgung (Stand: 1.7.2003)

Empfängerkreis	MdE* / %	in den	in den
		Altländern pro Monat	neuen Ländern pro Monat
Blinde (Führzulage)		141	124
Grundrente für Beschädigte**	30	118	104
	40	161	142
	50	218	192
	60	275	242
	70	381	335
	80	461	405
	90	553	486
	100	621	546
Alterserhöhung zur Grundrente	50, 60	24	21
	70, 80	30	26
	90, 100	37	33
Schwerstbeschädigtenzulage	Stufe I	71	62
	Stufe II	147	129
	Stufe III	221	194
	Stufe IV	294	258
	Stufe V	367	323
	Stufe VI	442	389
Ausgleichsrente für Beschädigte	50, 60	381	335
	70, 80	461	405
	90	553	486
	100	621	546
Ehegattenzuschlag		68	60
Pflegezulage	Stufe I	262	230
	Stufe II	448	394
	Stufe III	635	558
	Stufe IV	816	717
	Stufe V	1.060	932
	Stufe VI	1.304	1.146
Grundrente für Witwen		372	327
Ausgleichsrente für Witwen		412	362
Grundrenten für			
	- Halbweisen	105	92
- Vollweisen		196	172
Ausgleichsrenten für			
	- Halbweisen	184	162
- Vollweisen		256	225
Elternrente für			
	- Elternpaar	504	443
- Elternteil		351	309
Erhöhungsbetrag nach §51 Abs.2 BVG für			
	- Elternpaar	92	81
- Elternteil		68	60
Erhöhungsbetrag nach §51 Abs.3 BVG für			
	- Elternpaar	285	251
- Elternteil		207	182
Bestattungsgeld			
	- Voll	1.498	1.317
- Halb		751	660
Kleiderverschleißpauschale		18-115	16-101

- Wenn Beschädigte an den Folgen ihrer Schädigung sterben, erhalten ihre Witwen und Waisen eine Grundrente. Daneben wird eine Ausgleichsrente gewährt, damit sie ihren Lebensunterhalt sichern können. Auf diese Ausgleichsrente wird das vorhandene Einkommen angerechnet, nachdem Freibeträge abgezogen worden sind.
- Falls das Einkommen einer Witwe einschließlich Grund- und Ausgleichsrente sowie Pflegeausgleich weniger als die Hälfte des Einkommens beträgt, das der Verstorbene ohne die Schädigung erzielt hätte, erhält sie einen Schadensausgleich.
- Wenn der Beschädigte nicht an den Folgen seiner Schädigung gestorben ist, kommt für die Hinterbliebenen Witwen- oder Waisenbeihilfe in Betracht, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.
- Die Eltern eines Beschädigten, der an den Folgen seiner Schädigung verstorben ist, erhalten eine Elternrente, wenn sie bedürftig sind und das 60. Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie erwerbsunfähig sind. Das gilt auch für Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – für Großeltern. Haben die Eltern eigenes Einkommen, wird es auf die Elternrente angerechnet, nachdem Freibeträge abgezogen worden sind.

Zusätzlich gibt es ergänzende Leistungen der Kriegsopferversorgung, zum Beispiel:

- Hilfe zur Pflege,
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts,
- Altenhilfe,
- Erholungshilfe,

*) Minderung der Erwerbsfähigkeit

**) Lt. Urteil BVerfG vom 14.3.2000 für Beschädigtengrundrente der Kriegsofopfer in den neuen Ländern: 100 % des Westniveaus

Durch das Gesetz zur Änderung des Opferentschädigungsgesetzes und anderer Gesetze ist diese Regelung auch auf die Beschädigtengrundrenten für SED-Opfer übertragen worden.

-
-
- Hilfen in besonderen Lebenslagen, u. a. Eingliederungshilfe für Behinderte (z. B. Kfz-Hilfe),
 - Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Beschädigte,
 - ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt.

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge werden nachrangig und zur Ergänzung der übrigen Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz als besondere Hilfen im Einzelfall gewährt. Sie sind grundsätzlich einkommens- und vermögensabhängig – es sei denn, der Bedarf ist ausschließlich schädigungsbedingt.

Gesetze

Gesetzliche Grundlage für die Kriegsofopferversorgung ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Information

Zuständig sind die Versorgungsämter. Leistungen können Sie dort beantragen, aber auch bei den Gemeinden, einem Träger der Sozialversicherung oder einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland. Sollten Sie mit deren Entscheidungen nicht einverstanden sein, können Sie kostenlos den Rechtsweg zu den Sozialgerichten beschreiten.

Zuständig für die Kriegsofopferfürsorge sind die Fürsorgestellen für Kriegsofopfer bei den Sozialämtern der kreisfreien Städte bzw. der Landkreise und die Hauptfürsorgestellen. Wer als Beschädigter besonders schwer betroffen und sonderfürsorgeberechtigt ist – dazu gehören etwa Blinde, Ohnhänder, Hirnbeschädigte und Pflegezulageempfänger –, wendet sich unmittelbar an die zuständige Hauptfürsorgestelle. Rechtsschutz gewähren die Gerichte der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Opfer von Gewalttaten

Leistungen/Voraussetzungen

Wenn Sie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder auf einem deutschen Schiff bzw. Luftfahrzeug das Opfer einer Gewalttat geworden sind und hierdurch gesundheitlichen Schaden erlitten haben, werden Sie im gleichen Umfang versorgt wie Kriegsofopfer. Das gilt auch für Ausländer, wenn sie aus einem Staat kommen, der eine vergleichbare Entschädigung an Deutsche zahlt, die dort Opfer einer Gewalttat wurden. Dieser so genannte Gegenseitigkeitsvorbehalt gilt nicht für Bürger aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) von 1993 sind in diese Entschädigungsregelung auch die übrigen Ausländer, die rechtmäßig längerfristig in der Bundesrepublik leben, in angemessener Weise einbezogen worden. Wie sie entschädigt werden, hängt u. a. von der Aufenthaltsdauer, d. h. dem Ausmaß ihrer Integration, ab. Entschädigt werden auch Ausländer, deren Aufenthalt in der Bundesrepublik aus humanitären Gründen oder erheblichem öffentlichen Interesse als rechtmäßig anzusehen ist. Für ausländische Touristen und Besucher gilt eine Härtefallregelung.

Gesetze

Das Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten ist am 16. Mai 1976 in Kraft getreten. Es gilt in der Regel nur für Schädigungen, die durch Gewalttaten eingetreten sind, die seit diesem Zeitpunkt verübt worden sind. Wenn jemand zwischen

dem 23. Mai 1949 und dem 15. Mai 1976 geschädigt wurde, wird er nur unter bestimmten Voraussetzungen im Wege eines Härteausgleichs versorgt.

Ebenfalls eine Frist gilt für Ausländer, die erst durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Opferentschädigungsgesetzes in den Schutzbereich des OEG einbezogen worden sind: Sie erhalten Versorgungsleistungen, wenn die Gewalttat nach dem 30. Juni 1990 verübt wurde. Wurde die Gewalttat vor dem 1. Juli 1990 verübt, können ebenfalls Versorgungsleistungen im Wege eines Härteausgleichs gewährt werden.

Information

Zuständig sind die Versorgungsämter. Leistungen können Sie dort beantragen, aber auch bei den Gemeinden, einem Träger der Sozialversicherung oder einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland.

Wichtig: Gegen Entscheidungen der Verwaltung können Sie den Rechtsweg zu den Sozialgerichten kostenlos beschreiten. Der Verwaltungsrechtsweg ist gegeben, wenn als Versorgung Leistungen gewährt werden, die den Leistungen der Kriegsopferfürsorge entsprechen.

Hinweis: Die Entschädigung der so genannten Contergan-Opfer ist unabhängig vom Sozialen Entschädigungsrecht geregelt, und zwar im Gesetz über die Einrichtung einer Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“. Informationen dazu können Sie anfordern beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Rochusstraße 8-10, 53123 Bonn.

Guter Wohnraum ist teuer – für manche Bürger zu teuer. Deshalb gibt es das Wohngeld. Es ist ein staatlicher Zuschuss zu den Kosten für Wohnraum. Wohngeld können Mieter und Eigentümer erhalten, wenn ihre Miete bzw. Belastung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Haushalts überfordert. Das gilt für Deutsche ebenso wie für Ausländer, die in der Bundesrepublik leben. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Wohnraum in einem Alt- oder Neubau liegt und ob er öffentlich gefördert, steuerbegünstigt oder frei finanziert worden ist.

Wenn Mieter das Wohngeld erhalten, spricht man von Mietzuschuss, bei Eigentümern von selbstgenutztem Wohnraum von Lastenzuschuss.

Leistungen/ Voraussetzungen

Mietzuschuss gibt es für

- Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers,
- Inhaber einer Genossenschafts- oder Stiftswohnung,
- Bewohner eines Heimes,
- mietähnlich Nutzungsberechtigte, insbesondere Inhaber eines mietähnlichen Dauerwohnrechts,
- Eigentümer eines Mehrfamilienhauses mit drei oder mehr Wohnungen, eines Geschäftshauses oder eines Gewerbebetriebes, wenn sie in diesem Haus wohnen,
- Eigentümer eines Ein- oder Zweifamilienhauses, in dem sie wohnen, das jedoch überwiegend Geschäftsräume enthält,
- Inhaber einer landwirtschaftlichen Vollerwerbsstelle, deren Wohnteil nicht vom Wirtschaftsteil getrennt ist.

Lastenzuschuss gibt es für Eigentümer

- eines Eigenheimes oder einer Eigentumswohnung,
- einer Kleinsiedlung,
- einer landwirtschaftlichen Nebenerwerbsstelle,
- Inhaber eines eigentumsähnlichen Dauerwohnrechts,
- Erbbauberechtigte und diejenigen, die Anspruch darauf haben, dass ihnen das Gebäude oder die Wohnung übereignet beziehungsweise das Erbbaurecht übertragen oder eingeräumt wird.

Wohngeldänderungen zum 1. Januar 2001

Für die Bundesregierung war es zehn Jahre nach der letzten Wohngeldnovelle ein zentrales wohnungs- und sozialpolitisches Anliegen, das Wohngeld unter Berücksichtigung der Entwicklung der Mieten und Einkommen anzupassen. Durch die Wohngeldnovelle, die zum 1. Januar 2001 in Kraft trat, wurden erhebliche Leistungsverbesserungen Realität. Zum 1. Januar 2002 trat erstmals eine gesamtdeutsche Mietenstufenzuordnung für Gemeinden über 10.000 Einwohner und die Restkreise in Kraft.

Ab 1. Januar 2005 erhalten kein Wohngeld die Empfänger von

- Leistungen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II),
- Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII),

- Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
- Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt oder anderer Hilfen in einer Einrichtung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt,
- Leistungen in besonderen Fällen und Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz,
- Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Haushalten, zu denen ausschließlich Empfänger dieser Leistungen gehören und ihre bei der Berechnung der Leistung berücksichtigten Angehörigen, wenn dabei die Kosten der Unterkunft einbezogen wurden.

Die Gesamtsumme der Leistungen wird dadurch nicht geringer als bisher, weil vor dem 1. Januar 2005 die jeweiligen Leistungen um das Wohngeld verringert wurden. Durch die Neuregelung entfallen doppelte Antragstellungen und Verrechnungen der Leistungen zwischen den jeweiligen Behörden.

Rechtsanspruch

Wohngeld ist kein Almosen des Staates. Wer zu den Berechtigten gehört, hat einen Rechtsanspruch auf Wohngeld.

Bewilligungsvoraussetzungen

Ob und in welcher Höhe Sie Wohngeld bekommen, hängt davon ab,

- wie viele Familienmitglieder zu Ihrem Haushalt gehören (dazu zählen der Haushaltsvorstand, Ehepartner, Eltern und Kinder – auch Adoptiv- und Pflegekinder –, Geschwister, Onkel, Tante, Schwiegereltern, Schwager und Schwägerin sowie weitere Angehörige, die das Gesetz nennt),
- wie hoch das Gesamteinkommen ist,
- wie hoch die zuschussfähige Miete oder die Belastung durch den Wohnraum ist. Miete oder Belastung werden jedoch nur bis zu bestimmten Höchstgrenzen berücksichtigt. Als Miete für Bewohner von Wohn- oder Altenheimen ist ab dem 1. Januar 2001 der jeweils einschlägige Betrag der Miethöchstbetragstabelle zu Grunde zu legen.

Wohngeld-Einkommengrenzen ab 1. Januar 2002

Zahl der zum Haushalt zählenden Familienmitglieder	Alte und neue Bundesländer					
	Grenzen für das monatliche Gesamteinkommen in Euro gemäß Wohngeldformel in Gemeinden der Mietstufe für Wohnraum, der nach dem 31. Dezember 1991 bezugsfertig geworden ist.					
	I	II	III	IV	V	VI
1	750	760	770	800	810	830
2	1010	1040	1060	1090	1110	1140
3	1270	1290	1320	1340	1370	1390
4	1670	1700	1730	1770	1800	1830
5	1910	1960	1980	2030	2060	2100

Wichtig: Familienmitglieder zählen auch dann zum Haushalt, wenn sie vorübergehend abwesend sind, beispielsweise im Krankenhaus liegen, Wehr- oder Zivildienst leisten oder an einem anderen Ort studieren.

Die wohngeldrechtliche Einkommensermittlung geht seit dem 1. Januar 2001 vom steuerrechtlichen Einkommensbegriff aus. Das heißt: maßgebend sind die steuerpflichtigen positiven Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1, 2 und 5a Einkommensteuergesetz (EStG), aber ergänzt um einen Katalog zu berücksichtigender steuerfreier Einnahmen.

Es ist nunmehr der Begriff des Gesamteinkommens anstelle des bisherigen Familieneinkommens maßgebend.

Das monatliche Gesamteinkommen muss unter einem bestimmten Höchstbetrag bleiben. Die Höchstbeträge richten sich nach der Zahl der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder.

Errechnen des Gesamteinkommens

Das neue anzurechnende Gesamteinkommen setzt sich zusammen aus der Summe der Jahreseinkommen aller zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder abzüglich bestimmter Abzugsbeträge und Freibeträge. Die Höhe der Einkommen ist nachzuweisen.

Als Jahreseinkommen ist das Einkommen zu Grunde zu legen, das zum Zeitpunkt der Antragstellung im Bewilligungszeitraum zu erwarten ist. Hierzu kann auch von dem Einkommen ausgegangen werden, das innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung erzielt worden ist.

Was müssen Sie tun?

Antrag stellen

Um Wohngeld zu erhalten, müssen Sie es bei der zuständigen Wohngeldstelle Ihrer Gemeinde-, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung beantragen und die Voraussetzungen nachweisen.

Im Allgemeinen muss der Haushaltsvorstand den Antrag stellen. Auszubildende sind in der Regel nicht antragsberechtigt.

Der Bewilligungszeitraum

Er beträgt in der Regel 12 Monate, kann jedoch über- oder unterschritten werden. Wohngeld wird erst ab dem Monat gezahlt, in dem der Antrag bei der Wohngeldstelle eingegangen ist. Daran sollten Sie denken, wenn Sie Wohngeld beantragen wollen.

Damit Sie weiterhin Wohngeld erhalten, wenn der Bewilligungszeitraum endet, müssen Sie einen erneuten Antrag stellen. Ein Tipp: Stellen Sie den Antrag möglichst zwei Monate vor Ablauf des Bewilligungszeitraums, damit das Wohngeld ununterbrochen weitergezahlt wird.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung des Wohngeldgesetzes und der Wohngeldverordnung.

Information

Die Mitarbeiter der örtlichen Wohngeldstellen sind verpflichtet, Sie über Ihre Rechte und Pflichten nach dem Wohngeldgesetz aufzuklären.

Nähere Informationen über das geltende Wohngeldrecht finden Sie im Internet des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen unter www.bmvbw.de

Die Sozialhilfe schützt als letztes „Auffangnetz“ vor Armut, sozialer Ausgrenzung und besonderer Belastung; sie erbringt Leistungen für diejenigen Personen und Haushalte, die ihren Bedarf nicht aus eigener Kraft decken können und auch keine (ausreichenden) Ansprüche aus vorgelagerten Versicherungs- und Versorgungssystemen haben.

Das Sozialhilferecht wurde im Jahr 2003 grundlegend reformiert und als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert. Es trat (abgesehen von wenigen Ausnahmen) zum 1. Januar 2005 in Kraft. Im Folgenden werden die Grundzüge und die wichtigsten Neuerungen im Überblick dargestellt.

Ziele des neuen Rechts und Grundsätze der Sozialhilfe

Es ist die Aufgabe der Sozialhilfe, „den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 1 Satz 1 SGB XII). Im Falle unzureichenden Einkommens und Vermögens deckt die Sozialhilfe den sozio-kulturellen Mindestbedarf, um eine Lebensführung auf gesellschaftlich akzeptablem Niveau zu ermöglichen. Andere Belastungen wie Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder besondere soziale Schwierigkeiten versucht die Sozialhilfe im Bedarfsfall auszugleichen, indem sie die erforderlichen Unterstützungsleistungen bereit stellt mit dem Ziel, dass die betroffenen Personen möglichst unbeeinträchtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Die Zweiteilung dieser unterschiedlichen Aktionsweisen der Sozialhilfe in „Hilfe zum Lebensunterhalt“ und „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ wurde aber aufgehoben zugunsten einer Differenzierung in sieben Kapitel, die Leistungen für jeweils näher bestimmte Lebenslagen regeln.

Ein zentrales Ziel der Sozialhilfe ist es, die Selbsthilfekräfte zu stärken: Die Leistung soll „so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuwirken“ (§ 1 Satz 2 SGB XII). Weiterhin wird erwartet, dass Leistungsberechtigte und Träger der Sozialhilfe zur Erreichung dieser Ziele zusammen arbeiten.

Diese Zielsetzungen sind im Wesentlichen aus dem derzeit noch geltenden Bundessozialhilfegesetz (BSHG) übertragen worden. Dies gilt ebenso für die grundlegenden Merkmale der Leistungserbringung:

- Die Leistungen werden auf den individuellen Bedarf abgestimmt und berücksichtigen dabei die Lebenslage, die Wünsche und die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB XII).
- Die Sozialhilfe ist eine nachrangige Leistung und wird daher in der Regel erst dann erbracht, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, so etwa das Einkommen und Vermögen des Leistungsberechtigten und ggf. der zu seinem Unterhalt verpflichteten Personen, seine eigene Arbeitskraft, seine Ansprüche gegenüber vorrangigen Sicherungssystemen (§ 2 SGB XII).
- Die Sozialhilfe muss nicht beantragt werden, sondern setzt unmittelbar ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Eine Ausnahme bilden lediglich die Leistungen der Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel (§ 18 SGB XII).
- Die Leistungen werden als Dienstleistung, Geldleistung oder Sachleistung erbracht, wobei Geldleistungen grundsätzlich Vorrang gegenüber Sachleistungen haben (§ 10 SGB XII). Die Leistungserbringung beschränkt sich aber nicht auf finanzielle Unterstützung, sondern umfasst immer auch Beratung, Aktivierung und weitere Unterstützungsformen, die auf eine Unabhängigkeit von der Sozialhilfe hinwirken (§ 11 SGB XII).

- Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe wird durch verschiedene Regelungen verstärkt, so etwa dadurch, dass die Leistung stationärer Hilfe erst nach Prüfung von Bedarf, möglichen Alternativen (insbesondere ambulanter Hilfemöglichkeiten) und Kosten erfolgt, dass ferner die Vermutung der Bedarfsdeckung in § 36 SGB XII ausdrücklich Ausnahmen für Schwangere und behinderte sowie pflegebedürftige Personen vorsieht. Durch weitere Regelungen wie die Streichung des Zusatzbarbetrages für Personen, die ab dem 1.1.2005 erstmalig einen Barbetrag erhalten wird eine Gleichstellung der Bezieher ambulanter und stationärer Leistungen garantiert.
- Mit den durch die Reduzierung einzelner Leistungen erzielten Einsparungen wird es den Trägern der Sozialhilfe ermöglicht, zusätzliche Leistungen u. a. zur Stärkung der Selbsthilfekräfte und Aktivierung einzusetzen.

Entwicklung der Sozialhilfe: Veränderte Problemlagen und gesetzliche Ausgliederung

Als das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) im Jahr 1962 in Kraft trat, zielte es darauf ab, vorübergehend einzelne Personengruppen in Notlagen zu unterstützen, z.B. Ältere mit geringen Renten. Zwar ging die Altersarmut in den Folgejahren deutlich zurück, zugleich nahm aber das Gewicht anderer Problemlagen zu:

- die starke Zunahme der Arbeitslosigkeit: Langzeitarbeitslose, gering qualifizierte ausländische Arbeitnehmer, jüngere Arbeitslose ohne Sozialleistungsansprüche benötigten zunehmend Hilfe zum Lebensunterhalt;
- die abnehmende Stabilität der Familie: bei vielen allein Erziehenden kompensiert die Hilfe zum Lebensunterhalt unzureichende Unterhaltszahlungen;
- Migranten als neue Empfängergruppen: Asylbewerber, Bürgerkriegsflüchtlinge, (Spät-) Aussiedler, arbeitslose Ausländer;
- demografischer Wandel: Zunahme der Pflegebedürftigen, die auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind;
- Zunahme der Menschen mit Behinderung.

Auf diesen Wandel der Notlagen, die Leistungen der Sozialhilfe erforderten, reagierte der Gesetzgeber einerseits mit mehreren Novellierungen, um das BSHG auf die veränderte gesellschaftliche Situation abzustimmen, und andererseits mit einer Reihe von Gesetzen, die die Leistungen für besondere Personengruppen bzw. besondere Belastungen aus der Sozialhilfe ausgliederten. Das Asylbewerberleistungsgesetz trat 1993 in Kraft, das Pflegeversicherungsgesetz 1995. Mit dem SGB IX wurden die Träger der Sozialhilfe im Jahr 2001 ausdrücklich in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen, das Gesetz zielte aber nicht auf ein eigenständiges Leistungsgesetz und auf Entlastungen für die Sozialhilfe. Das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) für Ältere ab 65 Jahren und dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen zwischen 18 und 64 Jahren wurde ab Januar 2003 als vorrangige Leistung geschaffen und nun als Viertes Kapitel in die Sozialhilfe integriert.

Parallel zur Eingliederung der Sozialhilfe als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch wurde für erwerbsfähige Arbeitssuchende im Alter von 15 bis 64 Jahren das SGB II geschaffen, die nun Leistungen der neu eingeführten Grundsicherung für Arbeitssuchende erhalten. Dieser Personenkreis ist von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII ausgeschlossen (§ 21 SGB XII).

Wie die Sozialhilfe umfasst auch die Grundsicherung für Arbeitssuchende Dienst-, Geld- und Sachleistungen. Ihre Leistungen berücksichtigen ebenfalls die individuelle Lebenslage des Leistungsberechtigten. Im Vordergrund steht dort der Grundsatz der Überwindung dieser Situation durch eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt (unter Einsatz der Instrumente der Arbeitsförderung) oder eine Beschäftigungsmaßnahme mit Mehraufwandsentschädigung. Wenn sie anderweitig nicht abgesichert sind, erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 64 Jahren „Arbeitslosengeld

Nach und nach wurden eigenständige Gesetze für bestimmte Personengruppen (1993: Asylbewerber, 2003: Ältere und dauerhaft Erwerbsgeminderte) bzw. besondere Belastungen (1995: Pflegebedürftigkeit) aus der Sozialhilfe ausgegliedert. Nun gehören erwerbsfähige Leistungsberechtigte von 15 bis 64 Jahren und deren Angehörige nicht mehr in den Leistungsbereich der Sozialhilfe, sondern haben bei Bedarf einen Leistungsanspruch nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende). Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird als Viertes Kapitel in das SGB XII integriert.

Die bisherige Zweiteilung der Sozialhilfe in „Hilfe zum Lebensunterhalt“ und „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ wird aufgelöst zu Gunsten einer Gliederung in sieben Kapitel, in denen die Leistungen der Sozialhilfe für unterschiedliche Lebenslagen spezifiziert werden.

II“ zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 19 SGB II); sofern in deren Haushalt auch nicht erwerbsfähige Personen leben, haben diese einen Anspruch auf Sozialgeld (§ 28 SGB II). Beide Leistungsarten entsprechen nach Höhe und Struktur der Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII, werden aber nur auf Antrag geleistet (§ 37 SGB II).

Systematik der Sozialhilfeleistungen

Die Sozialhilfe in der neuen Form umfasst die Bereiche:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46),
- Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52),
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60),
- Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66),
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69),
- Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74)

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Darstellung der bereichsbezogenen Kapitel des SGB XII und die Änderungen gegenüber dem BSHG in Grundzügen

Drittes Kapitel: Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 – 40 SGB XII)

Die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen überwiegend in Privathaushalten lebende Personen, wobei zusammen wohnende Partner sowie im Haushalt lebende minderjährige Kinder als sog. Bedarfsgemeinschaft oder Einstandsgemeinschaft betrachtet werden. Der notwendige Lebensunterhalt umfasst nach § 27 SGB XII „insbesondere Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens“. Zu letzteren gehören „in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben.“ Diese wortgleich aus dem BSHG übertragene Definition macht deutlich, dass die Sozialhilfe nicht nur ein physisches Existenzminimum leistet, sondern einen soziokulturellen Mindeststandard, der die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben einschließt.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird vorrangig als Geldleistung erbracht. Zunächst wird der Bedarf bestimmt, dann werden Einkommen und Vermögen (nach dem Elften Kapitel) angerechnet. Der Bedarf an Hilfe zum Lebensunterhalt setzt sich zusammen aus den Komponenten:

- Die **Regelsätze** betragen in den alten Bundesländern 345 € und in den neuen Bundesländern 331 €. Die Länder können abweichende Regelsätze bestimmen (§ 28 SGB XII). Der Regelsatz für den Haushaltsvorstand beträgt 100 % des Eckregelsatzes, für Kinder unter 14 Jahren 60% und für die übrigen Haushaltsangehörigen 80% des Eckregelsatzes.
- **Unterkunft** in Höhe der tatsächlichen Mietkosten; werden diese als „unangemessen hoch“ betrachtet, sind sie so lange zu erbringen, wie ein Wechsel in eine günstigere Wohnung nicht möglich oder zumutbar ist (maximal 6 Monate).
- **Heizkosten** in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit sie angemessen sind (§ 29 SGB XII).
- Bestimmten Personengruppen wird ein **Mehrbedarf** zugestanden (§ 30 SGB XII); diese Personengruppen werden im Wesentlichen wie im BSHG definiert, nur die Leistungen für allein Erziehende wurden erweitert. Der Mehrbedarf wird als prozentualer Zuschlag zum Regelsatz geleistet.
- **Einmalige Leistungen** werden für Erstaussstattung des Haushalts, für Erstaussstattung an Bekleidung (einschließlich Sonderbedarf bei Schwangerschaft und Geburt) sowie mehrtägige Klassenfahrten erbracht. Vom Regelsatz umfasst,

jedoch im Einzelfall unabweisbar gebotener Sonderbedarf soll als Darlehen gewährt werden (§ 37 SGB XII).

- Weiterhin können Beiträge für die **Kranken- und Pflegeversicherung** übernommen werden sowie Beiträge für die **Altersvorsorge** (§§ 32 und 33 SGB XII).
- Zur Vermeidung von Wohnungsnotfällen sollen darüber hinaus Mietschulden übernommen werden (§ 34 SGB XII).

Die Regelsätze und die Leistungen für einmalige Bedarfe sind als pauschale Leistungen konzipiert. Die übrigen Komponenten werden in der Regel in der Höhe übernommen, in der sie tatsächlich anfallen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird auch für Bewohner von Einrichtungen geleistet. Sie umfasst dann neben den Sachleistungen der Einrichtung in der Regel Kleidung und einen Barbetrag zur persönlichen Verwendung, der für Erwachsene 26% des Eckregelsatzes beträgt (§ 35 SGB XII).

Deutsche, die im Ausland leben, können nur noch dann Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, wenn sie sich in einer „außergewöhnlichen Notlage“ befinden und eine Rückkehr aus bestimmten Gründen nicht möglich ist (§ 24 SGB XII).

Viertes Kapitel: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 – 46 SGB XII)

Nach dem Vierten Kapitel haben Personen ab 65 Jahren sowie dauerhaft, allein aus medizinischen Gründen voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 Jahren mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, wenn sie bedürftig sind, einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung. Die Leistungen werden in gleicher Höhe bemessen wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Drittes Kapitel), sind aber – im Unterschied zu diesen – zu beantragen. Die Leistungen werden regelmäßig für ein Jahr bewilligt. Einkommen wie z. B. Rentenbezüge oder Vermögen des Leistungsberechtigten, des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft werden wie in der Sozialhilfe angerechnet, jedoch wird gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern mit einem Jahreseinkommen unterhalb von 100.000 € kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

Information

Informationen über die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung geben neben den Grundsicherungsträger die Sozialhilfeträger und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowohl für Rentenversicherte als auch auf Anfrage allen potentiell anspruchsberechtigten Nichtversicherten.

Die zum Januar 2003 als vorrangige Leistung eingeführte Grundsicherung würde nun als Viertes Kapitel in das SGB XII integriert. Die Sonderregelung bezüglich der Nichtheranziehung von Unterhaltsverpflichteten bleibt bestehen, ebenso wie der Verzicht auf den Rückgriff bei den Erben des Leistungsberechtigten. Darüber hinaus gilt die Vermutung nicht, dass Berechtigte, die mit Verwandten oder Verschwägerten in Haushaltsgemeinschaft leben, von diesen auch Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten. Tatsächliche Leistungen sind wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt auf den Bedarf anzurechnen. Ansonsten gelten im Wesentlichen gleiche Regelungen wie für die Hilfe zum Lebensunterhalt.

Fünftes Kapitel: Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 – 52 SGB XII)

Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) sind grundsätzlich alle nicht

- Die einmaligen Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt werden bis auf wenige Ausnahmen in den Regelsatz einbezogen (viele Sozialhilfeträger hatten dies auch vorher schon so gehandhabt). Dadurch erhöht sich das Niveau des Eckregelsatzes.
- Einmalige Leistungen werden nur in drei Fällen erbracht: für Erstausrüstung des Haushalts, Erstausrüstung für Bekleidung und mehrtägige Klassenfahrten.
- Bei den prozentualen Anteilen für weitere Haushaltsmitglieder werden nur noch zwei statt vier Gruppen unterschieden. Kinder unter sieben Jahre erhalten nun einen höheren Anteil, Leistungsberechtigte zwischen 7 und 17 Jahren einen geringeren Anteil als vorher.
- Die Mehrbedarfspauschalen betragen zukünftig nur noch bis zu 36 Prozent, beziehen sich aber jetzt auf den höheren Regelsatz, der die einmaligen Leistungen weitgehend enthält. Die Zuschläge fallen für allein Erziehende etwas günstiger aus. Für die übrigen Personengruppen ergeben sie den gleichen Betrag wie bisher. Auch allein Erziehende mit einem Kind ab 7 Jahren erhalten nun einen Zuschlag (in Höhe von 12%).
- Die Übernahme unangemessen hoher Mietkosten in den Fällen, in denen ein Wohnungswechsel nicht zumutbar oder nicht möglich ist, wird auf 6 Monate begrenzt.
- Pauschalierungen der Unterkunfts- und Heizkosten werden nun den Sozialhilfeträgern unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht.
- Weiterer, vom Regelsatz umfasster, jedoch unabweisbar gebotener Sonderbedarf kann nicht mehr als „einmalige Leistung“, sondern nur in Form eines Darlehens gewährt werden, das auch während des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt zurück zu zahlen ist.
- Der Barbetrag für Bewohner in stationären Einrichtungen entspricht dem Niveau des derzeitigen Mindestbetrags.
- Die Leistungsberechtigung für im Ausland lebende Deutsche wird weiter eingeschränkt und auf wenige Notfälle reduziert.

Die Hilfen zur Gesundheit sind neu gegliedert worden. Alle nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger sind grundsätzlich leistungspflichtig den gesetzlich Krankenversicherten mit Wirkung vom 1. Januar 2004 gleichgestellt worden und werden nunmehr wie „Kassenpatienten“ behandelt. Die Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen.

Fortentwickelt wurde die Möglichkeit, dass Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines „trägerübergreifenden Persönlichen Budgets“ (§ 57 SGB XII) erbracht werden können. Mit dem Persönlichen Budget können behinderte und pflegebedürftige Menschen eigenständig bestimmen, welche Dienstleistungen sie in welcher Form und von welchem Anbieter in Anspruch nehmen.

Die Regelungen der Hilfe zur Pflege werden im Wesentlichen aus dem BSHG übernommen. Auch hier wird auf die Möglichkeit hingewiesen, die Leistung als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets zu beziehen.

Das Achte Kapitel mit den §§ 67 - 69 übernimmt die Bestimmungen des § 72 BSHG inhaltlich unverändert, aber in neu strukturierter Form.

Im Neunten Kapitel werden die bisherigen §§ 15 und 27 Abs. 2, §§ 67, 70, 71 und 75 BSHG inhaltlich unverändert übernommen.

krankenversicherten Sozialhilfeempfänger leistungspflichtig den gesetzlich Krankenversicherten mit Wirkung vom 1. Januar 2004 gleichgestellt worden und werden nunmehr wie „Kassenpatienten“ behandelt. Alle Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen der Belastungsgrenzen nunmehr zu Zuzahlungen herangezogen. Die übrigen nicht krankenversicherten (kurzfristigen) Sozialhilfeempfänger können weiterhin Hilfen zur Gesundheit erhalten.

Sechstes Kapitel: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 – 60 SGB XII)

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wirkt präventiv, rehabilitativ und integrativ: Es ist ihre Aufgabe, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Leistungsberechtigt sind alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen werden im Wesentlichen so in das SGB XII übernommen, wie sie bisher schon im BSHG und im SGB IX geregelt worden sind. Die eingeschränkte Anrechnung von Einkommen und Vermögen bei behinderten Menschen wird in § 92 SGB XII geregelt. Neben den bisher üblichen Formen können die Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erfolgen.

Siebttes Kapitel: Hilfe zur Pflege (§§ 61 – 66 SGB XII)

Die Sozialhilfe unterstützt auch pflegebedürftige Personen, indem sie die mit der Pflege verbundenen Kosten ganz oder teilweise übernimmt.

Mit Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) wurde die Belastung der Sozialhilfe für pflegebedingte Aufwendungen deutlich reduziert. Durch dieses vorrangige Versicherungssystem werden seit April 1995 Leistungen für ambulante, teilstationäre und Kurzzeitpflege und seit Juli 1996 Leistungen für stationäre Pflege erbracht.

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Sozialhilfe vor allem zuständig für Pflegebedürftige, die das Kriterium der „erheblichen Pflegebedürftigkeit“ (Stufe I nach § 15 SGB XI) nicht erfüllen, in Fällen kostenintensiver (Schwerst-) Pflege, für die die nach oben hin begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend sind, für die Finanzierung der nicht von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten bei der Pflege in Einrichtungen sowie für nicht pflegeversicherte Personen.

Achstes Kapitel: Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 – 69 SGB XII)

Die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten richtet sich an Personen, bei denen besonders belastende Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Insbesondere von Obdachlosigkeit und in Verbindung damit von weiteren existenziellen Problemlagen betroffene Personen gehören zu diesem Adressatenkreis.

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

Das Neunte Kapitel umfasst verschiedene Leistungen: Die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70), die Altenhilfe (§ 71), Blindenhilfe (§ 72), Bestattungskosten (§ 74) und, als Auffangnorm, die Hilfe in sonstigen Lebenslagen (§ 73 SGB XII).

Weitere Regelungen

Die weiteren Teile des SGB XII enthalten:

- Zehntes Kapitel: Einrichtungen und Dienste (§§ 75 – 81 SGB XII)

-
-
- Elftes Kapitel: Einsatz des Einkommens und Vermögens; Übergang von Ansprüchen (§§ 82 – 96 SGB XII)
 - Zwölftes Kapitel: Zuständigkeitsregelung (§§ 97 – 101 SGB XII)
 - Dreizehntes Kapitel: Kostenersatz und Kostenerstattung (§§ 102 – 115 SGB XII)
 - Vierzehntes Kapitel: Verfahrensbestimmungen (§§ 116 – 120 SGB XII)
 - Fünfzehntes Kapitel: Statistik (§§ 121 – 129 SGB XII).
 - Sechzehntes Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen.

Diese Bestimmungen übernehmen in weiten Teilen die entsprechenden Regelungen aus dem BSHG in leicht modifizierter, systematisierter und vereinfachter Form.

Maßgebliche Veränderungen betreffen insbesondere die Einkommensanrechnung. Leistungsberechtigte können von dem aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommen 30% für sich behalten, wobei davon ausgegangen wird, dass eine Erwerbstätigkeit von Leistungsberechtigten nach SGB XII einen geringeren Umfang als 3 Stunden pro Tag hat, denn bei höherer Leistungsfähigkeit würden sie in den Leistungsbereich des SGB II übergehen (abweichend bleibt für Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen der anrechnungsfreie Betrag wie bisher ein Achtel des Eckregelsatzes zuzüglich 25 % des übersteigenden Entgelts).

Das Arbeitsförderungsgeld nach § 43 Satz 4 SGB IX bleibt generell anrechnungsfrei, nicht nur im Falle der stationären Eingliederungshilfe.

Weiterhin wurden die Einkommensgrenzen bei Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel verändert: Statt der allgemeinen (§ 79 BSHG) und der besonderen Einkommensgrenzen (§ 81 BSHG) kennt das SGB XII nur eine Einkommensgrenze in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes zuzüglich 70% des Eckregelsatzes für weitere Familienmitglieder und der Kosten der Unterkunft.

Unterhaltsansprüche eines erwachsenen behinderten oder pflegebedürftigen Menschen gehen (abgesehen von wenigen Ausnahmen) in pauschalierter Form auf den Sozialhilfeträger über, und zwar in Höhe von bis zu 26 € für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Pflege und in Höhe von bis zu 20 € für Leistungen zum Lebensunterhalt. Für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt kein Rückgriff. Das neue Sozialhilferecht ist zum 1. Januar 2005 in Kraft getreten und löste das Bundessozialhilfegesetz ab. Ausnahmen sind gewesen:

- § 24, § 132 und § 133 SGB XII: Sozialhilfe für Deutsche im Ausland, seit 1.1.2004 (§ 133 Abs. 2 in Kraft seit 31. 12. 2003)
- § 40 SGB XII: Ermächtigung zur Regelsatzverordnung, seit 31.12.2003
- § 57 und § 61 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB XII: Fortentwicklungen zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget, ab 1.7.2004.

Die deutschen Gesetze über die Sozialversicherung sehen vor, dass ihre Leistungen nur innerhalb Deutschlands erbracht werden.

International gibt es jedoch immer mehr Verflechtungen. Millionen von Menschen arbeiten in einem fremden Land oder besuchen es als Touristen. Deshalb ist es notwendig, dass soziale Leistungen auch über die Grenzen hinweg erbracht bzw. in einem anderen Land möglich werden.

Aus diesem Grund gibt es innerhalb der Europäischen Union (Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern) eine Rechtsgrundlage, die es ermöglicht, dass soziale Leistungen über die Grenze an die Berechtigten erbracht werden können und zum Beispiel die nötige Krankenversorgung für sie und ihre Familienangehörigen in den Mitgliedsstaaten sichergestellt ist.

Nach dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gilt diese Rechtsgrundlage auch für Norwegen, Island und Liechtenstein. Sie sind auch auf die Schweiz anwendbar.

Ähnliche Regelungen bestehen mit einer Reihe von europäischen Staaten. Dazu gehören:

- Bosnien-Herzegowina,
- Bulgarien (nur Rentenabkommen),
- Kroatien,
- Mazedonien,
- Serbien und Montenegro,

Sozialversicherungsabkommen bestehen auch mit folgenden Ländern außerhalb Europas:

- Australien (nur Rentenabkommen),
- Chile (nur Rentenabkommen),
- China (Entsendeabkommen)
- Israel,
- Japan (nur Rentenabkommen),
- Kanada (nur Rentenabkommen),
- Marokko,
- Südkorea (nur Rentenabkommen),
- Tunesien,
- USA (nur Rentenabkommen).

Das mit China bestehende Sozialversicherungsabkommen regelt lediglich die Vermeidung der Doppelversicherung bei Beschäftigung im anderen Vertragsstaat.

Darüber hinaus bestehen mehrseitige Übereinkommen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, beispielsweise

- der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO),
- des Europarats,
- für die Rheinschiffer.

In all diesen Regelungen geht es nicht darum, die Systeme der Sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Sie sollen lediglich koordiniert werden. Oberstes Ziel ist es, mögliche Nachteile für betroffene Wanderarbeitnehmer oder Touristen abzuwenden.

Grundsätzliches

Die Regelungen der EU und zum Teil auch der Sozialversicherungsabkommen sind sehr umfassend. Am wichtigsten sind die Leistungen bei Krankheit, bei Invalidität und im Alter sowie Leistungen an Hinterbliebene, Leistungen bei Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheit.

Die internationalen Regelungen gehen von zwei Voraussetzungen aus:

1. Die von ihnen erfassten Personen sind in ihren sozialen Rechten grundsätzlich gleich gestellt.
2. Der Aufenthalt in dem einen Mitglieds- bzw. Vertragsland ist dem Aufenthalt in dem anderen Mitglieds- bzw. Vertragsland grundsätzlich gleich gestellt.

Wichtig: Die internationalen Regelungen erfassen nicht nur die Pflichtversicherung, sondern auch die freiwillige Versicherung unter den jeweils geltenden Bedingungen. Die Regelungen der EU gelten für Sie als Arbeitnehmer, Selbstständiger oder als Student, wenn Sie nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedsstaaten versichert sind oder waren. Außerdem müssen Sie Staatsangehöriger eines Mitgliedsstaates sein oder als Staatsangehöriger eines Drittstaates, als Staatenloser oder Flüchtling im Gebiet eines Mitgliedsstaates wohnen.

Die zweiseitigen Abkommen (also diejenigen mit den Nicht-EU-Staaten) gelten in erster Linie für

- die deutschen Staatsangehörigen,
- die Staatsangehörigen des anderen Vertragsstaates,
- Flüchtlinge,
- Staatenlose.

Gesetze

Grundlage des Sozialversicherungsschutzes innerhalb der EU ist die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71.

Mit mehreren europäischen Ländern, die nicht der EU angehören, bestehen zweiseitige Verträge.

Sozialversicherungsabkommen bestehen auch mit einigen Ländern außerhalb Europas.

Krankenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Haben Sie sich in einen anderen Mitglieds- bzw. Vertragsstaat begeben, um dort zu arbeiten, so sind Sie auch dort krankenversichert und erhalten von dem zuständigen Träger die erforderlichen Leistungen.

Übrigens haben Sie auch als Tourist Anspruch auf die ärztlichen Leistungen in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, die bis zu Ihrer beabsichtigten Rückkehr nicht zurückgestellt werden können. Sofern Sie sich in einem EU-Mitgliedsstaat begeben, um dort ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, können sie von Ihrer deutschen Krankenkasse Erstattungen der von Ihnen verauslagten Kosten bis zur Höhe verlangen, wie sie in Deutschland entstanden wären. Für Krankenhausbehandlungen ist dagegen

eine vorherige Genehmigung durch Ihre Krankenkasse erforderlich. Diese Regelungen gelten nicht in Bulgarien, Australien, Chile, China, Israel, Japan, Kanada, Marokko, Südkorea und den USA.

Wenn ein ausländischer Arbeitnehmer in Deutschland arbeitet und seine Familie beispielsweise in der Türkei wohnt, erhalten seine Familienangehörigen auch in der Türkei vollen Krankenversicherungsschutz – so, als ob der Vater dort arbeiten würde.

Ob Krankenversicherungsschutz bei einem Aufenthalt in Bosnien-Herzegowina und in Serbien und Montenegro gewährleistet ist, sollten Sie beim zuständigen deutschen Krankenversicherungsträger erfragen.

Was müssen Sie tun?

Als Tourist sind Sie gut beraten, wenn Sie sich vor Ihrer Abreise bei Ihrer Krankenkasse eine Antragsbescheinigung besorgen, die Sie mitnehmen. In dieser Bescheinigung steht auch, an wen Sie sich in Ihrem Urlaubsland wenden müssen, um die erforderlichen Krankenversicherungsleistungen zu erhalten.

Wenn Sie als Arbeitnehmer von einem Land in das andere entsandt werden, so bleiben Sie weiterhin in Ihrem Heimatland versichert und zahlen dort auch Ihre Beiträge weiter. Sie sollten in diesem Fall eine „Entsendebescheinigung“ mit sich führen. Diese Bescheinigung gibt Ihnen das Recht, die Leistungen im anderen Staat zu beanspruchen, und bewahrt Sie vor einer Doppelversicherung.

Pflegegeld ist an Versicherte der deutschen Pflegeversicherung bzw. deren mitversicherte Familienmitglieder in den EU/EWR-Staaten bzw. der Schweiz zu zahlen.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse sowie bei der Deutschen Verbindungsstelle, Krankenversicherung-Ausland in 53134 Bonn, Postfach 200 464.

Unfallversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Angenommen, Sie arbeiten als Deutscher in Frankreich bei einem dortigen Arbeitgeber und kehren nach einem Arbeitsunfall wieder nach Deutschland zurück. Dann zahlt Ihnen der französische Versicherungsträger die Ihnen zustehende Unfallrente nach Deutschland. Auch die notwendige ärztliche Versorgung erhalten Sie in dem einen Land genauso wie in dem anderen.

Erleiden Sie im Ausland einen tödlichen Arbeitsunfall, so erhalten Ihre Hinterbliebenen vom dortigen Versicherungsträger eine Rente – auch dann, wenn sie in Deutschland wohnen. Sie bekommen die Rente so, als ob Sie in dem Staat, in dem der Arbeitsunfall passiert ist, leben würden.

Was müssen Sie tun?

Möchten Sie Leistungen beantragen? Bitte wenden Sie sich an Ihren deutschen Versicherungsträger oder im Ausland auch an den ausländischen Träger.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften in 53757 Sankt Augustin, Alte Heerstraße 111.

Rentenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Waren Sie im Laufe Ihres Arbeitslebens in verschiedenen EU-Mitgliedsstaaten bzw. Vertragsländern beschäftigt? Dann werden die jeweiligen Zeiten der Rentenversicherung zusammengerechnet, um die Wartezeit zu erfüllen. Wenn Sie Anspruch auf Rentenzahlung haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, so wird Ihnen die Rente auch über die Grenze in den EU-Mitgliedsstaat bzw. das andere Vertragsland gezahlt. Dabei gilt grundsätzlich: Jeder Versicherungsträger kommt jeweils für die Zeiten auf, für die Sie bei ihm versichert waren. Entsprechend werden auch Hinterbliebenenrenten gezahlt.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie

- für die Rentenversicherung der Angestellten bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin,
- für die knappschaftliche Rentenversicherung bei der Bundesknappschaft in Bochum,
- für die Rentenversicherung der Arbeiter bei der Landesversicherungsanstalt (LVA) Baden-Württemberg in Karlsruhe für die Schweiz, Liechtenstein, Griechenland und Zypern, LVA Berlin für Polen, LVA Braunschweig für Japan und Südkorea, LVA Hamburg für China, Großbritannien, Irland, Kanada und die USA, LVA Mecklenburg-Vorpommern in Neubrandenburg für Estland, Lettland und Litauen, LVA Niederbayern-Oberpfalz in Landshut für Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Slowakei, Slowenien, Mazedonien, Serbien und Montenegro und Tschechien, LVA Oberbayern in München für Österreich, LVA Oberfranken und Mittelfranken in Bayreuth für die Türkei, LVA Oldenburg-Bremen für Australien, LVA Rheinprovinz in Düsseldorf für Belgien, Spanien, Israel und Chile, LVA Sachsen-Anhalt in Halle für Bulgarien, LVA Schwaben in Augsburg für Italien, Marokko, Tunesien und Malta, LVA Schleswig-Holstein in Lübeck für Dänemark, Finnland, Schweden und Norwegen, LVA Thüringen für Ungarn, LVA Westfalen in Münster für die Niederlande und Island, LVA Rheinland-Pfalz in Speyer für Frankreich und Luxemburg und LVA Unterfranken in Würzburg für Portugal.

Was müssen Sie tun?

Wenn Sie im Ausland der deutschen Versicherung angehören, zahlen Sie weiterhin Ihre Beiträge. Im Leistungsfall stellen Sie Ihren Antrag an den Versicherungsträger des Landes, in dem Sie wohnen. Ausländische Leistungen können Sie ebenfalls über die Träger im Ausland oder über den deutschen Träger erlangen.

Kindergeld

Leistungen/Voraussetzungen

Wenn Sie in Deutschland unbeschränkt steuerpflichtig sind bzw. als Arbeitnehmer beschäftigt sind, können Sie für Ihre Kinder, die in bestimmten anderen Staaten leben, Kindergeld erhalten. Im Bereich der EU sowie für Kinder in Liechtenstein, der Schweiz, Norwegen und Island wird es voll gezahlt. Für Kinder in anderen Staaten (z. B. Türkei) gelten vereinbarte Sätze.

Wenn Sie in einem dieser Staaten als (nicht entsandter) Arbeitnehmer beschäftigt sind, erhalten Sie in der Regel für Ihre Kinder, die in Deutschland leben, Familienbeihilfe (Kindergeld) nach den Vorschriften des Landes, in dem Sie beschäftigt sind.

Was müssen Sie tun?

Stellen Sie Ihren Antrag auf Leistungen bitte bei der Familienkasse ihrer Agentur für Arbeit oder ihres öffentlichen Arbeitgebers. Haben Sie einen

ausländischen Anspruch, so wenden Sie sich bitte an die zuständige ausländische Stelle. Nähere Informationen dazu finden Sie in besonderen Merkblättern.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei der Familienkasse bei der Agentur für Arbeit.

Arbeitslosenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Wenn Sie arbeitslos sind und Ihren Wohnsitz in ein anderes EU-Land bzw. nach Norwegen, Island, Liechtenstein oder in die Schweiz verlegen, weil Sie dort Arbeit suchen möchten, so können Sie unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin deutsches Arbeitslosengeld erhalten – allerdings höchstens für drei Monate. Sofern Sie vor Ablauf dieses Zeitraumes zurückkehren, läuft Ihr Arbeitslosengeld weiter. Kehren Sie dagegen später zurück, so ist Ihr Anspruch erloschen. In Bosnien-Herzegowina, Kroatien, in Serbien und Montenegro und Mazedonien erhalten Arbeitslose, die in Deutschland beschäftigt gewesen sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Leistungen der dortigen Versicherung.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei der Arbeitsagentur oder bei der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg.

Was müssen Sie tun?

Damit Sie in einem anderen EU-Staat weiterhin das deutsche Arbeitslosengeld erhalten, müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen: Sie müssen sich vor Ihrer Abreise mindestens vier Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit bei der deutschen Arbeitsverwaltung als Arbeitsloser gemeldet und ihr zur Verfügung gestanden haben. Hinzu kommt: Sie müssen sich binnen sieben Tagen bei der Arbeitsverwaltung des Mitgliedsstaates, in den Sie sich begeben, als Arbeitssuchender melden.

Soziale Sicherung und Rechtsschutz durch die Sozialgerichtsbarkeit gehen Hand in Hand. Die Sozialgerichtsbarkeit stellt sicher, dass jeder seine sozialrechtlichen Ansprüche notfalls gerichtlich überprüfen und durchsetzen lassen kann.

Wann sind die Sozialgerichte zuständig?

Die Sozialgerichte entscheiden vor allem über Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung. Dieses sind beispielsweise die Kranken- und Unfallversicherung oder die Rentenversicherung. Aber auch in Angelegenheiten der Arbeitslosenversicherung, der Kriegsopferversorgung oder des Schwerbehindertenrechts sind für eine Klage die Sozialgerichte zuständig. Seit dem 1. Januar 2005 ist die Sozialgerichtsbarkeit auch für Streitigkeiten in Angelegenheiten der Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“) und die Sozialhilfe zuständig.

Wie ist die Sozialgerichtsbarkeit organisiert?

Die Sozialgerichtsbarkeit ist dreistufig aufgebaut. In der ersten Instanz entscheiden die Sozialgerichte, in der zweiten Instanz die Landessozialgerichte und in der letzten Instanz das Bundessozialgericht. Bei den Sozialgerichten werden Kammern gebildet, die sich jeweils mit bestimmten Rechtsgebieten aus dem Zuständigkeitsbereich der Sozialgerichtsbarkeit befassen. Jede Kammer ist mit einem Berufsrichter als Vorsitzendem und zwei ehrenamtlichen Richtern als Beisitzer tätig. Die Landessozialgerichte entscheiden über Berufungen gegen Urteile. Die Senate der Landessozialgerichte – sie entsprechen den Kammern der Sozialgerichte – sind jeweils mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt. Beim Bundessozialgericht, das über die Revisionen entscheidet, sind die Senate ebenfalls mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt.

Bei den ehrenamtlichen Richtern handelt es sich um Laienrichter, die dieselben Rechte und Pflichten wie die Berufsrichter haben. Die Kammern und Senate sind jeweils mit ehrenamtlichen Richtern besetzt, die besondere Erfahrungen aus der Praxis für das jeweilige Rechtsgebiet einbringen.

Was ist bei der Klageerhebung zu beachten?

Die Klage muss **schriftlich oder zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Gericht erhoben werden. Zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle bedeutet, dass der Kläger die Klage auch erheben kann, indem er den streitigen Sachverhalt dem zuständigen Mitarbeiter des Gerichts schildert und dieser hiervon eine Niederschrift anfertigt. In der Klageschrift sollen Kläger und Beklagte benannt werden. Außerdem soll in der Klageschrift angegeben werden, was mit der Klage begehrt wird und – falls ein solcher vorliegt – gegen welchen Bescheid des Sozialversicherungsträgers oder der Behörde sich die Klage richtet. Außerdem sollen die Tatsachen und Beweismittel angegeben werden, die die Klage begründen.

Weiterhin muss die Klage beim **örtlich zuständigen** Sozialgericht eingelegt werden. Örtlich zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk der Kläger zum Zeitpunkt der Klageerhebung wohnt.

Wenn der Kläger die Aufhebung oder Änderung eines Verwaltungsaktes oder den Erlass eines abgelehnten Verwaltungsaktes begehrt, muss er zunächst grundsätzlich bei der zuständigen Behörde oder dem zuständigen Sozialversicherungsträger **Widerspruch** gegen den Verwaltungsakt einlegen. Der Widerspruch muss innerhalb

eines Monats nach der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes bei der Stelle eingelegt werden, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Die Behörde oder der Sozialversicherungsträger prüft dann in einem Widerspruchsverfahren erneut die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsaktes. Wenn der Sozialversicherungsträger dem Widerspruch stattgibt, hebt er den angefochtenen Verwaltungsakt auf oder erlässt einen entsprechenden Verwaltungsakt. Andernfalls erlässt er einen ablehnenden Widerspruchsbescheid, mit dem der angefochtene Verwaltungsakt bestätigt wird. In diesem Fall kann dann Klage beim Sozialgericht erhoben werden.

Außerdem ist die **Klagefrist** zu berücksichtigen. Die Klage muss innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides eingereicht werden.

Wie läuft das Gerichtsverfahren ab?

Im sozialgerichtlichen Verfahren findet grundsätzlich eine mündliche Verhandlung statt. Die mündliche Verhandlung findet öffentlich statt und wird vom Vorsitzenden geleitet. Zunächst ruft dieser die Sache auf, dann werden – soweit welche geladen sind – die Zeugen belehrt. Bis zu ihrer Vernehmung verlassen die Zeugen wieder den Gerichtssaal. Anschließend führt der Vorsitzende in den Sach- und Streitstand ein. Nun erfolgt – falls notwendig – die Beweisaufnahme, im Anschluss äußern sich Kläger und Beklagter zur Sache. Wenn die Streitsache erörtert worden ist, erklärt der Vorsitzende die mündliche Verhandlung für geschlossen.

Eine wesentliche Rolle spielt im sozialgerichtlichen Verfahren die Beweisaufnahme. Im Rahmen der Beweisaufnahme werden beispielsweise Zeugen oder Sachverständige – z. B. ein Arzt – gehört. Es können aber auch Dokumente, die einen bestimmten Sachverhalt beweisen, vorgelegt werden. Bei der Beweisaufnahme ist das Gericht nicht an die Beweisanträge der Beteiligten gebunden. Denn im sozialgerichtlichen Verfahren gilt der so genannte **Amtserhebungsgrundsatz**. Dieses bedeutet, dass das Gericht von Amts wegen den Sachverhalt erforschen muss. Es muss alle Tatsachen ermitteln, die für das Verfahren entscheidungserheblich sind. Dabei dürfen die Beteiligten aber zur Mitwirkung herangezogen werden.

Im sozialgerichtlichen Verfahren können sich die Beteiligten durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Zwingend vorgeschrieben ist dieses aber nur vor dem Bundessozialgericht, nicht aber vor den Sozial- und Landessozialgerichten. Als Prozessbevollmächtigte können beispielsweise Rechtsanwälte auftreten, aber auch Mitglieder und Angestellte von Gewerkschaften oder Arbeitgebervereinigungen.

Beendet wird das Gerichtsverfahren regelmäßig durch ein Urteil. Im Regelfall wird das Urteil in dem Termin verkündet, in dem die mündliche Verhandlung geschlossen wird.

Kann man ein Urteil gerichtlich überprüfen lassen?

Grundsätzlich stehen zwei Rechtsmittel zur Überprüfung eines Urteils zur Verfügung: Die Berufung und die Revision.

Mit der **Berufung** kann prinzipiell jedes Urteil des Sozialgerichts angefochten werden; ausgenommen sind lediglich Streitigkeiten, bei denen der Beschwerdewert nicht mehr als 500,- € beträgt. In diesem Fall muss die Berufung ausdrücklich zugelassen werden. Der Beschwerdewert ist die Differenz zwischen dem, was der Berufungskläger in dem Verfahren vor dem Sozialgericht erhalten hat und dem, was er mit seiner Berufungsklage weiter verfolgt. Das Landessozialgericht prüft im Berufungsverfahren noch einmal alle tatsächlichen und rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Gegen ein Urteil des Landessozialgerichts kann **Revision** eingelegt werden. Anders als bei der Berufung muss aber die Revision in jedem Fall ausdrücklich vom Landessozialgericht zugelassen werden. Die Revision muss vom Landessozialgericht vor allem zugelassen werden, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat – also

z. B. bislang noch nicht vom Bundessozialgericht entschieden worden ist und ein Interesse der Allgemeinheit berührt – oder das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts abweicht. Wenn die Revision nicht durch das Landessozialgericht zugelassen werden sollte, kann hiergegen eine **Nichtzulassungsbeschwerde** eingelegt werden. Im Revisionsverfahren prüft das Bundessozialgericht nicht mehr die tatsächlichen Aspekte, sondern nur noch die rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Was kostet die Durchführung eines sozialgerichtlichen Verfahrens?

Für Versicherte, Leistungsempfänger und Behinderte ist das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit kostenfrei. Soweit der Kläger oder der Beklagte aber nicht zur Gruppe der Versicherten, Leistungsempfänger und Behinderten gehört – beispielsweise die Träger der Sozialversicherung – hat er eine Pauschgebühr zu entrichten. Gehören weder der Kläger noch der Beklagte den bereits genannten Personenkreisen an, werden, wie in Verfahren bei anderen Gerichtsbarkeiten auch, Gerichtskosten in Abhängigkeit vom Streitwert erhoben.

Prinzipien des Sozialdatenschutzes

Die Gewährleistung sozialer Rechte durch die sozialen Sicherungssysteme ist ohne den **Umgang mit personenbezogenen Daten (Sozialdaten)** der betroffenen Bürger nicht denkbar. Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von oftmals hochsensiblen Daten der Betroffenen, beispielsweise über ihren Gesundheitszustand, ist allerdings grundsätzlich als **Eingriff** in das verfassungsrechtlich garantierte **Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung** zu bewerten, das heißt es muss gesetzlich genau geregelt sein, welche Informationen ein Sozialleistungsträger über einen Versicherten speichern darf. Der Schutz personenbezogener Daten ist außerdem von zwei zentralen Prinzipien geprägt, die durchgehend ihren Niederschlag in der Vielzahl datenschutzrechtlicher Vorschriften gefunden haben: Daten über Personen dürfen grundsätzlich nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der verantwortlichen Stelle – in der Regel ein Sozialleistungsträger wie z. B. ein Rentenversicherungsträger oder eine Krankenkasse – **erforderlich** ist. So dürfen Krankenkassen beispielsweise Informationen über einzelne Personen erheben, soweit diese für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft dieser Personen erforderlich sind. Wichtige Angaben sind beispielsweise in der Regel Name, Anschrift, Familienverhältnisse bzw. Arbeitsverhältnisse.

Diese strengen Anforderungen gelten prinzipiell dann nicht, wenn der Betroffene vorher in den Umgang mit seinen Daten im Einzelnen eingewilligt hat. Dabei ist aber umgekehrt zu berücksichtigen, dass Sozialleistungen ein Gesamleistungsgefüge darstellen und einzelne Träger zu ihrer Aufgabenerfüllung oft auf Sozialdaten bei anderen Trägern angewiesen sind. Die Tatsache, dass es unterschiedliche Sozialleistungszweige gibt, darf deshalb nicht zu Informationsdefiziten führen. Diesen Gedanken hat das Bundesverfassungsgericht in seinem berühmten Volkszählungsurteil folgendermaßen beschrieben: „Grundsätzlich muss der Einzelne Einschränkungen seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung im überwiegenden Allgemeininteresse hinnehmen“. So kann es durchaus vorkommen, dass die Krankenversicherung auf Daten der Unfall- oder Rentenversicherung zurückgreifen muss, um etwa einen Leistungsanspruch zu berechnen.

Mit den Vorschriften über das **Sozialgeheimnis** in § 35 SGB I, über den **Sozialdatenschutz im 2. Kapitel des SGB X (§§ 67 bis 85a)** sowie den **ergänzenden datenschutzrechtlichen Sondervorschriften in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches (SGB)** ist der Gesetzgeber der verfassungsrechtlichen Vorgabe nachgekommen, gesetzliche Regelungen über den Schutz von Sozialdaten, als besonders schutzwürdige personenbezogene Daten, aufzustellen, die ein **hohes Schutzniveau** gewährleisten. Danach hat jeder **Anspruch** darauf, dass die **ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis)**. Die Vorschriften über das Sozialgeheimnis und den Sozialdatenschutz gelten unabhängig davon, ob das SGB von Bundes- oder Landesbehörden angewandt wird.

Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person, die beispielsweise von einem Sozialleistungsträger im Hinblick auf seine Aufgaben nach dem SGB erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. **Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse** stehen von Gesetzes wegen diesen Sozialdaten gleich.

Datenübermittlung

Die **Übermittlung von Sozialdaten** ist nur zulässig, wenn der Betroffene **eingewilligt** oder wenn eine **gesetzliche Übermittlungsbefugnis** nach dem Sozialgesetzbuch vorliegt. **Übermitteln** ist nach der gesetzlichen Definition das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Sozialdaten an einen Dritten in der Weise, dass die

Daten an den Dritten weitergegeben werden oder der Dritte zur Einsicht oder zum Abruf bereitgehaltene Daten einsieht oder abruf.

Wichtige Übermittlungsfälle:

- Übermittlung bestimmter enumerativ genannter Angaben wie z. B. Namen oder Anschrift für Aufgaben der Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften, u. a.,
- Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben,
- Übermittlung für die Durchführung des Arbeitsschutzes,
- Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Aufgaben und Mitteilungsbefugnisse,
- Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung sowie
- Übermittlung ins Ausland und an über- oder zwischenstaatliche Stellen.

Besondere praktische Bedeutung kommt der **Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben** zu. Betroffen ist der häufigste Fall der Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit der gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Leistungsträger und der Durchführung von Verfahren nach dem SGB.

Beispiele:

- (1) Eine Berufsgenossenschaft teilt einem Rentenversicherungsträger Angaben zu einer Verletztenrente mit, damit dieser prüfen kann, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe Leistungen der Rentenversicherung nach § 93 SGB VI angerechnet werden dürfen.
- (2) Will ein Leistungsträger die Strafverfolgung etwa wegen Betrugs zu Lasten der Sozialversicherung oder wegen Vorenthaltung und Veruntreuung von Arbeitsentgelten einleiten, rechtfertigt dies die Übermittlung der Sozialdaten an die Strafverfolgungsbehörden. Hierzu gehört auch z. B. die Anzeige einer Krankenkasse im Rahmen des Beitragseinzugs, da eine solche Maßnahme geeignet ist, die Zahlungsdisziplin zu erhalten und weitere Schäden zu verhindern.



Antwort

Universum Verlagsanstalt
– Vertrieb –
Postfach
65175 Wiesbaden

Bestellung

per Fax: (0611) 90
per E-Mail: vertrieb@universum.de

weitere Informationen: <http://www.sozialpolitik.com>

Hiermit bestelle ich

Klassensätze zu je 30 Schülerheften

(Jedem Klassensatz liegt ein Lehrer-Serviceheft und jeder Sendung ein Foliensatz bei.)

Die Lieferung erfolgt, solange der Vorrat reicht.

Lieferung an:

Name, Vorname: _____

Schule/Institution: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

Postleitzahl/Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____



Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung,
Referat Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500, 53108 Bonn

Stand: Januar 2005 (ct)

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: A 721
Telefon: 0180 / 51 51 510*
Fax: 0180 / 51 51 51 1*
Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500
53108 Bonn
E-Mail: info@bmgs.bund.de
Internet: <http://www.bmgs.bund.de>
Schreibtelefon / Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:
Schreibtelefon: 01805 / 99 66 07*
Fax: 01805 / 22 11 28*
E-Mail: info.gehoerlos@bmgs.bund.de / info.deaf@bmgs.bund.de

* (0,12 €/Min. aus dem deutschen Festnetz)

Layout/Satz:

Grafischer Bereich des BMGS

Fotos:

Reiner Diart, Köln

Druck:

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier