



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

SOZIALE SICHERUNG IM ÜBERBLICK 2019

**SOZIALE SICHERUNG
IM ÜBERBLICK
2019**

Vorwort

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“

Artikel 20, Abs. 1 des Grundgesetzes



Deutschland ist ein starkes Land und es ist wirtschaftlich erfolgreich. Der Sozialstaat und die soziale Marktwirtschaft machen das Leben in unserem Land lebenswert.

Für mich heißt soziale Marktwirtschaft, dass alle Menschen die Chance bekommen, am Arbeitsmarkt und unserer Gesellschaft teilzuhaben. Und wem dies nach einem Schicksalsschlag, bei Krankheit, Behinderung oder im Alter nicht mehr möglich ist, der wird von der Gemeinschaft aufgefangen.

Auf diesem Solidaritätsprinzip gründen die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland. Dafür verrichten tagtäglich viele Frauen und Männer ihre Arbeit. Denn wirtschaftlicher Erfolg und soziale Sicherheit sind keine Gegensätze - sie bedingen einander.

Auch wenn es unserem Land zurzeit wirtschaftlich gut geht, muss die soziale Sicherung fortlaufend weiterentwickelt werden, um auf aktuelle Entwicklungen zu reagieren und um mit den Herausforderungen der Zukunft Schritt zu halten. Beschäftigungsformen und Lebenssituationen wandeln sich. Im Zuge der Digitalisierung verändert sich die Arbeitswelt spürbar. Ich bin mir sicher: In jeder Veränderung stecken auch Chancen. Wenn wir diese gemeinsam ergreifen, können wir den technischen Fortschritt so gestalten, dass er auch sozialen Fortschritt mit sich bringt, an dem möglichst alle Menschen teilhaben.

Auf unsere sozialen Sicherungssysteme ist Verlass. Dass sich die Menschen in Deutschland auch in Zukunft auf einen starken Sozialstaat verlassen können, dafür setze ich mich persönlich ein.

A handwritten signature in blue ink that reads "Hubertus Heil".

Hubertus Heil, MdB
Bundesminister für Arbeit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
Kindergeld	7
Elterngeld	11
Elternzeit	14
Unterhaltsvorschuss	16
Kinderzuschlag	17
Mutterschutz	19
Arbeitsförderung	27
Grundsicherung für Arbeitsuchende	53
Arbeitsrecht	63
Betriebsverfassung	71
Mitbestimmung	79
Mindestlohn	87
Arbeitsschutz, Unfallverhütung	91
Typische Arbeitsschutzvorschriften	93
Unfallversicherung	103
Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen	109
Krankenversicherung	123
Pflegeversicherung	135

Rentenversicherung	155
<i>Altersrenten</i>	161
<i>Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</i>	166
<i>Hinzuverdienst</i>	167
<i>Renten wegen Todes</i>	169
<i>Rentenberechnung</i>	172
<i>Die Rentenformel</i>	175
Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge	179
Soziale Entschädigung	185
<i>Kriegsopferversorgung</i>	186
<i>Opfer von Gewalttaten</i>	191
Sozialhilfe	193
Wohngeld	203
Internationale Sozialversicherung	207
<i>Kranken- und Pflegeversicherung</i>	209
<i>Unfallversicherung</i>	210
<i>Rentenversicherung</i>	210
<i>Familienleistungen</i>	212
<i>Arbeitslosenversicherung</i>	212
Sozialgerichtsbarkeit	213
Sozialdatenschutz	217
Bürgertelefon	225
Gebärdensprach-Telefon	226
Impressum	228



Kindergeld

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 Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis zu bestimmten Zwecken besitzen. Kindergeld können jedoch auch unter engen Voraussetzungen Väter und Mütter erhalten, die, etwa wenn sie für einige Zeit aus beruflichen Gründen entsandt sind, im Ausland leben. Allerdings zahlt der Staat das Kindergeld nur für Kinder, die im Bundesgebiet oder einem Mitgliedstaat der EU oder der Schweiz 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 (z. B. Großeltern) oder der den überwiegenden Unterhalt für sie trägt.

Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld?

Um Kindergeld zu bekommen, müssen Sie einen Antrag stellen.

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 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 25 Jahren, wenn der junge Mensch

- noch zur Schule geht oder einen Beruf erlernt. Ein volljähriges Kind kann dann grundsätzlich bis zum Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums berücksichtigt werden. Darüber hinaus besteht für ein Kind Anspruch auf Kindergeld, wenn es z. B. weiterhin für einen Beruf ausgebildet wird und keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, die 20 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit übersteigt. Zur Ausbildung zählt auch eine kurzfristige Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten.

- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen Freiwilligendienst im Sinne der Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung von „Erasmus+“, dem Programm der Union für allgemeine und berufliche Bildung, Jugend und Sport oder einen anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 5 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes oder einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts“ im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 leistet oder einen Freiwilligendienst aller Generationen im Sinne von § 2 Abs. 1a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch oder einen Internationalen Jugendfreiwilligendienst im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 20. Dezember 2010 (GMBI. S. 1778) oder einen Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes.
- 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.

Wie hoch ist das Kindergeld?

Bis zum 30. Juni 2019 erhalten Sie pro Monat

- für die ersten beiden Kinder jeweils 194 EUR,
- für das dritte Kind 200 EUR,
- für das vierte und jedes weitere Kind 225 EUR.

Ab dem 1. Juli 2019 erhalten Sie pro Monat

- für die ersten beiden Kinder jeweils 204 EUR,
- für das dritte Kind 210 EUR,
- für das vierte und jedes weitere Kind 235 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.

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

Regelungen für Sonderfälle

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Eltern auch dann noch Kindergeld, wenn ihre Kinder älter sind als 25 Jahre.

Für behinderte Kinder, die wegen ihrer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, erhalten die Eltern über das 25. Lebensjahr hinaus Kindergeld, falls die Behinderung vor diesem Zeitpunkt eingetreten war.

Vollwaisen erhalten bis zum 30. Juni 2019 für sich selbst 194 EUR und ab dem 1. Juni 2019 204 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

Die Bundesagentur für Arbeit hat in ihrem Internetangebot www.arbeitsagentur.de eine Vielzahl von Formularen und die einzelnen Standorte der Familienkassen angegeben.

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 (4.980 EUR im Jahr) und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung (2.640 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.

Elterngeld

Das Elterngeld ist eine wichtige Unterstützung für Familien in den ersten Lebensmonaten ihres Kindes. Es fängt einen Einkommenswegfall nach der Geburt des Kindes auf. Damit macht es das Elterngeld für Mütter und Väter einfacher, ihre Erwerbstätigkeit zu unterbrechen oder vorübergehend einzuschränken, um Zeit für ihr Kind zu haben.

Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Elterngeld haben Mütter und Väter,

- die ihre Kinder nach der Geburt selbst betreuen und erziehen,
- nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind,
- mit ihren Kindern in einem Haushalt leben und
- einen Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Auch die Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner, die das Kind nach der Geburt betreuen – auch wenn es nicht ihr eigenes ist – können unter denselben Voraussetzungen Elterngeld erhalten.

Für angenommene Kinder und mit dem Ziel der Annahme aufgenommener Kinder gibt es ebenfalls Elterngeld, wenn das Kind in den Haushalt aufgenommen wird. Der Anspruch besteht nicht mehr, sobald das Kind das achte Lebensjahr vollendet hat. Bei schwerer Krankheit, schwerer Behinderung oder Tod der Eltern haben Verwandte bis dritten Grades (Urgroßeltern, Großeltern, Onkel und Tanten sowie Geschwister) und ihre Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner einen Anspruch auf Elterngeld.

Auch ausländische Eltern können Elterngeld bekommen. Dabei ist die Staatsangehörigkeit von Bedeutung. Falls Sie aus einem anderen Staat der Europäischen Union (EU) oder aus Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz kommen, dann können Sie in Deutschland in der Regel Elterngeld bekommen, wenn Sie hier wohnen oder arbeiten. Ansonsten kommt es darauf an, ob Sie sich voraussichtlich dauerhaft in Deutschland aufhalten und hier arbeiten dürfen.

Höhe des Elterngeldes und Dauer der Leistung

Das Elterngeld fängt das Erwerbseinkommen des betreuenden Elternteils auf, das dieser vor der Geburt des Kindes erzielt hat und das nach der Geburt wegfällt.

Eine Teilzeittätigkeit mit bis zu 30 Wochenstunden ist möglich. Elterngeld können Eltern bekommen als Elternpaar, als alleinerziehender Elternteil oder als getrennt Erziehende.

Elterngeld gibt es in drei Varianten:

- Basiselterngeld
- ElterngeldPlus
- Partnerschaftsbonus

Diese Varianten können Eltern miteinander kombinieren. Wie lange die Eltern insgesamt Elterngeld bekommen, hängt davon ab, für welche Varianten sich die Eltern entscheiden.

Basiselterngeld

Ein Elternteil kann mindestens zwei und höchstens zwölf Monatsbeträge in Anspruch nehmen. Gemeinsam stehen den Eltern grundsätzlich zwölf Monatsbeträge zu, die für Lebensmonate des Kindes gezahlt werden. Zwei weitere Monatsbeträge kommen hinzu, wenn beide Eltern das Elterngeld nutzen und sich für zwei Bezugsmonate das Erwerbseinkommen mindert (Partnermonate).

Basiselterngeld kann nur innerhalb der ersten 14 Lebensmonate des Kindes gezahlt werden; danach können Eltern nur noch das ElterngeldPlus oder den Partnerschaftsbonus beziehen. Bei Voreinkommen von 1.240 EUR und mehr ersetzt das Elterngeld das nach der Geburt wegfallende Einkommen zu 65 %, bei Voreinkommen zwischen 1.240 EUR und 1.220 EUR steigt der Prozentsatz in kleinen Schritten von 65 % auf 67 %, bei Voreinkommen zwischen 1.200 und 1.000 EUR beträgt der Prozentsatz 67 %. Für Geringverdienende mit einem Einkommen unter 1.000 EUR vor der Geburt des Kindes steigt die Ersatzrate schrittweise auf bis zu 100 %: je geringer das Einkommen, desto höher die Ersatzrate. Das Elterngeld beträgt mindestens 300 EUR und höchstens 1.800 EUR. Den Mindestbetrag von 300 EUR erhalten alle anspruchsberechtigten Eltern, auch wenn sie vor der Geburt nicht erwerbstätig waren.

Geschwisterkinder und Mehrlingsgeburten bedeutet mehr Elterngeld.

Mehrkindfamilien können einen Geschwisterbonus in Höhe von 10 % des zustehenden Elterngeldes, mindestens aber 75 EUR im Monat beim Basiselterngeld und 37,50 EUR bei ElterngeldPlus erhalten. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Elterngeld um je 300 EUR beim Basiselterngeld und um je 150 EUR beim ElterngeldPlus für jedes zweite und weitere Mehrlingskind.

ElterngeldPlus

ElterngeldPlus können Eltern doppelt so lange bekommen wie Basiselterngeld: Ein Monat Basiselterngeld entspricht zwei Monaten ElterngeldPlus. Wenn Eltern nach der Geburt nicht arbeiten, ist das ElterngeldPlus nur halb so hoch wie das Basiselterngeld. Wenn Eltern nach der Geburt in Teilzeit arbeiten, kann das monatliche ElterngeldPlus genauso hoch sein wie das monatliche Basiselterngeld mit Teilzeit. ElterngeldPlus ist daher besonders lohnenswert für Eltern, die früh nach der Geburt des Kindes in Teilzeit arbeiten.

Das ElterngeldPlus beträgt mindestens 150 EUR und höchstens 900 EUR. Das ElterngeldPlus kann damit über den 14. Lebensmonat des Kindes hinaus bezogen werden.

Partnerschaftsbonus

Der Partnerschaftsbonus ist ein Angebot für Eltern, die sich ihre familiären und beruflichen Aufgaben partnerschaftlich untereinander aufteilen. Als Partnerschaftsbonus erhalten Eltern vier zusätzliche ElterngeldPlus-Monate pro Elternteil, wenn beide in vier aufeinanderfolgenden Monaten gleichzeitig 25 bis 30 Wochenstunden arbeiten. Entscheiden sich Eltern für den Partnerschaftsbonus, muss dieser für vier Monate am Stück bezogen werden.

Mutterschaftsleistungen werden auf das Elterngeld angerechnet. Wenn die Mutterschaftsleistungen höher sind als das Elterngeld, bekommt die Mutter nur die Mutterschaftsleistungen. Wenn das Elterngeld höher ist, bekommt die Mutter zusätzlich zu den Mutterschaftsleistungen den Unterschied in Form von Elterngeld.

Falls eine Mutter privat krankenversichert ist und eine Krankentagegeld-Versicherung hat, steht ihr während des Mutterschutzes möglicherweise Krankentagegeld zu. Das betrifft zum Beispiel viele selbstständige Mütter. In diesem Fall wird das Elterngeld komplett auf das Krankentagegeld angerechnet. Das bedeutet: Die Mutter bekommt vom Krankentagegeld nur den Teil ausgezahlt, der höher ist als das Elterngeld. Monate, in denen eine Mutter Mutterschaftsleistungen für dasselbe Kind oder Krankentagegeld von ihrer privaten Krankenversicherung bezogen hat, gelten als Monate mit Basiselterngeld.

Das Elterngeld wird beim Arbeitslosengeld II, bei der Sozialhilfe und beim Kinderzuschlag vollständig als Einkommen angerechnet. Einen Elterngeldfreibetrag gibt es jedoch für diejenigen, die vor der Geburt ihres Kindes erwerbstätig waren. Der Elterngeldfreibetrag hängt vom Einkommen vor der Geburt des Kindes ab und beträgt höchstens 300 EUR im Basis-Elterngeld-Bezug bzw. höchstens 150 EUR im Elterngeld-Plus-Bezug. Bis zu dieser Höhe bleibt das Elterngeld bei den genannten Leistungen anrechnungsfrei und steht damit zusätzlich zur Verfügung.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen zum Elterngeld und zur Elternzeit finden Sie im Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I, S. 2748), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 9 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I, S. 1228) geändert worden ist.

Antrag und Information

Auskünfte erteilen die Mitarbeitenden des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 030 201 791 30. E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

Elterngeld können Eltern bei ihrer Elterngeldstelle vor Ort beantragen. In einigen Bundesländern können Eltern Elterngeld auch mit Unterstützung von ElterngeldDigital unter www.elterngeld-digital.de beantragen. Der Antragsassistent hilft Eltern Schritt für Schritt durch den Antrag, erklärt Fachbegriffe und gibt Antworten auf häufige Fragen. Zudem prüft der Antragsassistent die Angaben der Eltern bereits während der Eingabe auf formale Richtigkeit. Ob ElterngeldDigital bereits verfügbar ist, erfahren Eltern unter dem oben genannten Link.

Welche Elterngeldstelle zuständig und welches Antragsformular richtig ist, erfahren Eltern unter www.familienportal.de. Dort befinden sich viele weitere wertvolle Tipps und Informationen rund ums Elterngeld, so auch die ausführliche Broschüre „Elterngeld, ElterngeldPlus und Elternzeit“.

Den Antrag sollten Eltern rechtzeitig stellen, damit ihr Elterngeld auch rechtzeitig ausgezahlt werden kann. Elterngeld wird maximal für drei Lebensmonate rückwirkend gezahlt.

Elternzeit

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben einen Anspruch auf Elternzeit, wenn sie:

- mit ihrem Kind in einem Haushalt leben,
- das Kind selbst betreuen und erziehen und
- keine oder keine volle Erwerbstätigkeit (über 30 Wochenstunden im Durchschnitt des Monats) ausüben.

Elternzeit kann ab Geburt des Kindes bis zu dessen dritten Geburtstag genommen werden. Da die Elternzeit für jeden Elternteil separat betrachtet wird, kann sie anteilig von Mutter oder Vater allein oder von beiden Elternteilen gemeinsam genommen werden. Bei gleichzeitiger Inanspruchnahme der Elternzeit durch beide Elternteile ist jedoch zu beachten, dass dadurch kein Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder auf Sozialhilfe entsteht. D. h. die Eltern müssen in dieser Zeit selbst für die Sicherung ihres Lebensunterhalts aufkommen. Für die Elternzeit innerhalb der ersten drei Lebensjahre des Kindes gilt eine Anmeldefrist von 7 Wochen gegenüber dem Arbeitgeber.

Jeder Elternteil, der Elternzeit nimmt, kann bei Vorliegen der Voraussetzungen bis zu 30 Wochenstunden im Durchschnitt des Monats arbeiten. Ein Anspruch auf Teilzeit mit 15 bis 30 Wochenstunden besteht, wenn das Arbeitsverhältnis bereits länger als 6 Monate besteht, im Unternehmen regelmäßig mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt sind, die Arbeitszeit für mindestens 2 Monate im vorgenannten Umfang verringert werden soll und keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Der Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit muss spätestens 7 Wochen vor geplanter Aufnahme der Teilzeit mitgeteilt werden, wenn die Teilzeit in einer Elternzeit zwischen Geburt und drittem Geburtstag des Kindes ausgeübt werden soll.

Endet die Elternzeit, lebt das Arbeitsverhältnis automatisch in der Form wieder auf, in der es vor der Elternzeit bestanden hat.

Für die Dauer der angemeldeten Elternzeit besteht Kündigungsschutz, der mit der Anmeldung der Elternzeit, frühestens jedoch eine Woche vor Beginn der Anmeldefrist, einsetzt.

Für Geburten bis zum 30. Juni 2015 gilt folgendes:

Mit Zustimmung des Arbeitgebers kann bis zu ein Jahr der Elternzeit auf die Zeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes übertragen werden. Diese Übertragungsmöglichkeit steht ebenfalls beiden Elternteilen offen. Eine Elternzeit, die übertragen werden soll, muss 7 Wochen vorher angemeldet werden, ebenso wie eine Teilzeittätigkeit in diesem Zeitraum.

Zum 1. Januar 2015 ist das Gesetz zur Einführung eines ElterngeldPlus mit Partnerschaftsbonus und einer flexibleren Elternzeit im Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Kraft getreten. Für Eltern, deren Kinder ab dem 1. Juli 2015 geboren wurden, gibt es folgende Änderungen hinsichtlich der Elternzeitregelungen:

Für Eltern besteht ein Anspruch, 24 Monate nicht genutzter Elternzeit zwischen dem dritten und achten Lebensjahr des Kindes zu nehmen. Die Anmeldefrist erhöht sich für eine Elternzeit in diesem Zeitraum auf 13 Wochen. Diese längere Anmeldefrist gilt auch für eine Teilzeittätigkeit während einer Elternzeit in diesem Zeitraum.

Außerdem gilt die Zustimmung des Arbeitgebers zu einem Teilzeitantrag des/der Elternzeitberechtigten als erteilt, wenn dieser nicht innerhalb einer bestimmten Frist widerspricht.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen zum Elterngeld und zur Elternzeit finden Sie im Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), das zuletzt durch Artikel 6 Abs. 9 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist.

Ausführliche Informationen beinhaltet die Broschüre „Elterngeld, ElterngeldPlus und Elternzeit“.

Unterhaltsvorschuss

Leistungen/Voraussetzungen

Als besondere Hilfe für Alleinerziehende sichert das Unterhaltsvorschussgesetz (UVG) aus öffentlichen Mitteln den Mindestunterhalt von Kindern, wenn die Kinder keinen oder keinen regelmäßigen Unterhalt vom anderen Elternteil erhalten.

Die Höhe des Unterhaltsvorschusses richtet sich bundesweit nach dem Mindestunterhalt. Für die Berechnung des Unterhaltsvorschussbetrages wird das für ein erstes Kind zu zahlende Kindergeld in voller Höhe von dem Mindestunterhalt abgezogen. Ab 1. Juli 2019 wird das Kindergeld erhöht, so dass dann auch beim Unterhaltsvorschuss eine Veränderung eintritt.

Der Unterhaltsvorschuss beträgt vom 1. Januar bis 30. Juni 2019:

- für Kinder bis 5 Jahren: 160 EUR monatlich
- für Kinder von 6 bis 11 Jahren: 212 EUR monatlich
- für Kinder von 12 bis 17 Jahren: 282 EUR monatlich

Ab 1. Juli 2019 beträgt der Unterhaltsvorschuss:

- für Kinder bis 5 Jahren: 150 EUR monatlich
- für Kinder von 6 bis 11 Jahren: 202 EUR monatlich
- für Kinder von 12 bis 17 Jahren: 272 EUR monatlich

Seit 1. Juli 2017 haben auch Kinder von 12 bis 17 Jahren Anspruch auf Unterhaltsvorschuss. Voraussetzung ist, dass das Kind nicht auf SGB II-Leistungen angewiesen ist oder der alleinerziehende Elternteil im SGB II-Bezug ein eigenes Einkommen von mindestens 600 EUR brutto erzielt.

Für Kinder unter 12 Jahren bleibt das Einkommen des alleinerziehenden Elternteils unerheblich.

Unterhaltsvorschuss wird seit dem 1. Juli 2017 ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

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.

Kinderzuschlag

Eltern haben für ein in ihrem Haushalt lebendes, unter 25-jähriges unverheiratetes Kind Anspruch auf einen Kinderzuschlag, wenn

- sie für dieses Kind Kindergeld beziehen,
- ihr Einkommen die Mindesteinkommensgrenze von 900 EUR brutto für Paare und 600 EUR brutto für Alleinerziehende erreicht,
- mit dem Einkommen die Höchsteinkommensgrenze nicht überschritten wird und
- durch den Kinderzuschlag Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II vermieden wird.

Der Kinderzuschlag beträgt maximal 170 EUR monatlich je Kind, und deckt zusammen mit dem Kindergeld in Höhe von monatlich 194 EUR (ab 1. Juli 2019 monatlich 204 EUR) den durchschnittlichen Bedarf von Kindern. Hinsichtlich des Wohnbedarfs ist das bei gegebener Einkommenshöhe zustehende Wohngeld zu berücksichtigen.

Bei einem Einkommen oder Vermögen der Eltern in Höhe ihres eigenen Mindestbedarfs ist der Kinderzuschlag in voller Höhe zu zahlen. Die Einkommensanrechnung beginnt bei Erreichen der Bemessungsgrenze. Bei Einkommen, die zwischen der Mindesteinkommensgrenze und der Bemessungsgrenze liegen, wird der Kinderzuschlag grundsätzlich in voller Höhe gezahlt. Ab dem Erreichen der Bemessungsgrenze wird übersteigendes Einkommen auf den Kinderzuschlag angerechnet; Erwerbseinkommen zu 50 %, übrige Einkommen zu 100 %. In welcher Höhe Einkommen bzw. Vermögen zu berücksichtigen sind, richtet sich grundsätzlich nach den für das ALG II maßgeblichen Bestimmungen.

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

Seit dem 1. Januar 2011 stehen den Empfängern von Kinderzuschlag neben der Geldleistung von maximal 170 EUR auch sieben Leistungen zur Bildung und Teilhabe zu für

- eintägige Schul- und Kitaausflüge (tatsächliche Kosten),
- mehrtägige Klassen- und Kitafahrten (tatsächliche Kosten),
- den persönlichen Schulbedarf (insgesamt 100 EUR jährlich),
- die Beförderung von Schülerinnen und Schülern zur Schule (tatsächliche Kosten),
- Lernförderungen (tatsächliche Kosten),
- die Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in Schule oder Kindertageseinrichtungen (Zuschuss) und
- die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft (wie im Sportverein oder in der Musikschule in Höhe von bis zu 10 EUR monatlich).

Das Bildungs- und Teilhabepaket besteht aus Geld- und Sachleistungen. Mit den Sachleistungen wird sichergestellt, dass diese Leistungen die Kinder und Jugendlichen im Sinne einer individuellen Förderung auch erreichen. Die einheitliche Abwicklung aus einer Hand durch die kommunalen Träger sichert eine zielgenaue und bürgernahe Umsetzung vor Ort und gewährleistet eine effiziente Verwaltung ohne bürokratische Hürden. Das ist zielführend, denn so kommen die Leistungen auch tatsächlich bei den Kindern an.

Beim Publikations-
versand der Bundes-
regierung,
Postfach 481009,
18132 Rostock erhalten
Sie die kostenlose
Broschüre „Elterngeld
und Elternzeit“, die auch
Informationen zum
Elterngeld erhält.
Weitere Informationen
unter www.bmfsfj.de

Der Kinderzuschlag muss schriftlich bei der örtlich zuständigen Familienkasse beantragt werden. Die Leistungen für Bildung und Teilhabe sind bei den von den jeweiligen Bundesländern bestimmten kommunalen Trägern zu beantragen.

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 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Januar 2009 (BGBl. I S. 142, 3177), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2).

Information

Informationen erhalten Sie bei den Familienkassen der Bundesagentur für Arbeit. Hier müssen Sie auch Ihren Antrag stellen. Das Merkblatt „Kinderzuschlag“ ist kostenlos beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn, erhältlich.





Mutterschutz

Wie kann für alle Frauen ein einheitliches Gesundheitsschutzniveau in der Schwangerschaft, nach der Entbindung und während der Stillzeit sichergestellt werden?

Antwort auf diese Frage gibt das neue Mutterschutzgesetz (Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium), das am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist.

Ziel der Neuregelung ist es, den bestmöglichen Gesundheitsschutz für schwangere und stillende Frauen zu gewährleisten, Nachteile im Berufsleben zu vermeiden, die Selbstbestimmung der Frau – im Hinblick auf die Fortführung ihrer Erwerbstätigkeit während der Schwangerschaft und der Stillzeit – zu stärken sowie Diskriminierungen entgegen zu wirken.

Mit der Neuregelung des Mutterschutzgesetzes wurden insbesondere Anpassungen im Gesundheitsschutz und Kündigungsschutz sowie Ausweitungen im Anwendungsbereich vorgenommen.

Wer hat Anspruch auf Mutterschutz?

Das Mutterschutzgesetz gilt für alle schwangeren und stillenden Frauen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Entscheidend ist, dass die Frau ein Beschäftigungsverhältnis in der Bundesrepublik Deutschland hat bzw. auf das jeweilige Beschäftigungsverhältnis deutsches Recht Anwendung findet. Weder die Staatsangehörigkeit noch der Familienstand spielen eine Rolle.

Es gilt somit für:

- Vollzeitbeschäftigte,
- Teilzeitbeschäftigte,
- Arbeitnehmerinnen in Familienhaushalten,
- Heimarbeiterinnen,
- Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst,
- geringfügig Beschäftigte,
- Auszubildende,
- Praktikantinnen (§ 26 Berufsbildungsgesetz)
- Schülerinnen und Studentinnen (siehe Abschnitt „Schülerinnen und Studentinnen“),
- Frauen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt sind,
- Frauen als Freiwillige (Jugendfreiwilligendienstgesetz, Bundesfreiwilligendienstgesetz),
- Frauen, die als Mitglieder einer geistlichen Genossenschaft, Diakonissen oder als Angehörige einer ähnlichen Gemeinschaft auf einer Planstelle oder aufgrund eines Gestellungsvertrages für diese tätig werden sowie
- arbeitnehmerähnliche Personen.

Für Beamtinnen, Richterinnen und Soldatinnen gelten besondere Regelungen, die im Beamtenrecht bzw. in der Mutterschutzverordnung für Soldatinnen festgelegt sind.

Mutterschutz im Überblick

Als schwangere oder stillende Frau genießen Sie 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 (nachfolgend Schutzfrist genannt) von sechs Wochen vor und mindestens 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 Schutzfrist auf 12 Wochen nach der Entbindung. Im Falle einer vorzeitigen Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Geburt um die Tage, die das Kind zu früh geboren ist. Wird bei Ihrem Kind innerhalb von acht Wochen nach der Entbindung eine Behinderung festgestellt, können Sie eine Verlängerung der Schutzfrist von acht auf zwölf Wochen beantragen.

Während der Schutzfristen erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Mutterschaftsgeld von der gesetzlichen Krankenkasse oder von der Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt (FriedrichEbertAllee 38, 53113 Bonn) und den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld. Bei dem Anspruch auf Mutterschaftsgeld kommt es auf Art und Umfang Ihrer Krankenversicherung an.

Ab Geburt des Kindes können die Eltern Elterngeld, ElterngeldPlus beantragen und Elternzeit (auf Wunsch auch gleichzeitig) beanspruchen. Nähere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Kapitel „Kindergeld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“.

Mit Ausnahme des Mutterschaftsgeldes und des Arbeitgeberzuschusses 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 Hilfe aus Mitteln der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ erhalten. Voraussetzung: Der Antrag auf Mittel der Bundesstiftung muss vor der Geburt gestellt werden).

Was leistet das Mutterschutzgesetz?

Finanzielle Leistungen

Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse

Während der Schutzfristen vor und nach der Entbindung und für den Entbindungstag erhalten Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse Mutterschaftsgeld, wenn Sie dort als Mitglied gesetzlich krankenversichert sind (pflichtversichert oder freiwillig versichert mit Anspruch auf Krankengeld). Weitere Voraussetzungen:

- Sie müssen in einem Arbeits- oder Heimarbeitsverhältnis stehen oder
- Ihr Arbeitgeber hat das Beschäftigungsverhältnis während der Schwangerschaft zulässig gekündigt oder
- wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und Ihr Arbeitsverhältnis erst nach Beginn der Schutzfrist beginnt, entsteht Ihr Anspruch auf Mutterschaftsgeld mit Beginn des Arbeitsverhältnisses.

Wenn Sie freiwillig gesetzlich krankenversichert und hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, haben Sie nur einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld, wenn Sie gegenüber Ihrer Krankenkasse erklärt haben, dass Ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung).

Die Höhe des Mutterschaftsgeldes richtet sich nach dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen Arbeitsentgelt der letzten drei vollständig abgerechneten Kalendermonate. Bei einer wöchentlichen Abrechnung handelt es sich um die letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung. Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13 EUR für den Kalendertag.

Durch Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes haben selbstständige Frauen, die eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, während der Mutterschutzfristen einen Anspruch auf Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes. Dann können Schwangere und Wöchnerinnen unabhängig von finanziellen Erwägungen entscheiden, ob und in welchem Ausmaß sie in dieser Zeit beruflich tätig sein wollen.

Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes

Wenn Sie als Arbeitnehmerin nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (sondern zum Beispiel privat krankenversichert oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind), erhalten Sie Mutterschaftsgeld in Höhe von insgesamt höchstens 210 EUR. Zuständig hierfür ist das Bundesversicherungsamt in Bonn (Mutterschaftsgeldstelle).

Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld

Übersteigt der durchschnittliche kalendertägliche Nettolohn den Betrag von 13 EUR (monatlicher Nettolohn von 390 EUR), ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Differenz als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu zahlen. Dies gilt auch für geringfügig Beschäftigte, sofern deren Nettolohn 390 EUR übersteigt.

Mutterschutzlohn

Bei einem mutterschutzbedingten Arbeitsplatzwechsel oder einem (teilweisen oder vollständigen) Beschäftigungsverbot außerhalb der Schutzfristen brauchen Sie keine finanziellen Nachteile befürchten. Sie haben einen Anspruch auf den sogenannten Mutterschutzlohn und erhalten damit in der Regel Ihren vor Beginn Ihrer Schwangerschaft erzielten Durchschnittsverdienst.

Wann beginnt der Kündigungsschutz und wie lange sind Sie geschützt?

Kündigungsschutz

Während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung kann Ihr Arbeitgeber Ihr Arbeitsverhältnis grundsätzlich nicht kündigen. Auch eine Kündigung nach einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche ist unzulässig.

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.

Das Kündigungsverbot gilt nur für die Arbeitgeberseite. Sie selbst können während der Schwangerschaft und während der Schutzfrist nach der Entbindung das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung kündigen. Sofern Sie jedoch zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt kündigen möchten, müssen Sie die gesetzlichen bzw. vereinbarten Fristen einhalten.

Einen besonderen 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 oder 13 Wochen bei einer Elternzeit nach dem dritten Geburtstag des Kindes 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 schwangere oder stillende Frau haben Sie Anspruch auf einen Arbeitsplatz, an dem Sie und Ihr Kind vor Gefahren für Leben und Gesundheit ausreichend geschützt sind.

Gefährdungsbeurteilung und betriebliches Beschäftigungsverbot

Ihr Arbeitgeber ist verpflichtet, unabhängig davon, ob er gerade eine schwangere oder stillende Frau beschäftigt, im Rahmen der allgemeinen Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz auch Gefährdungen zu prüfen, denen eine schwangere oder stillende Frau oder ihr Kind ausgesetzt ist oder sein kann, und zu ermitteln, ob mutterschutzrechtliche Schutzmaßnahmen erforderlich sind.

Nachdem Sie ihm Ihre Schwangerschaft oder Stillzeit mitgeteilt haben, muss Ihr Arbeitgeber, auf Grundlage der bereits erstellten Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen, die für Sie und für Ihr (ungeborenes) Kind erforderlichen Schutzmaßnahmen ergreifen.

Bei Vorliegen einer Gefährdung muss der Arbeitgeber prüfen, ob die Gefährdung durch eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder durch eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz ausgeschlossen werden kann. Sind eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder eine Umsetzung nicht möglich, so hat der Arbeitgeber ein Beschäftigungsverbot auszusprechen (betriebliches Beschäftigungsverbot).

Ihr Arbeitgeber darf Sie keine Tätigkeiten ausüben lassen, bei denen eine unverantwortbare Gefährdung besteht, etwa durch

- Gefahrstoffe (z. B. giftige Stoffe oder fruchtbarkeitsschädigende Stoffe),
- Biostoffe (z. B. Viren, Bakterien, Pilze),
- physikalische Einwirkungen (insbesondere ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen),
- eine belastende Arbeitsumgebung (z. B. in Räumen mit Überdruck),
- Tätigkeiten mit vorgeschriebenem Arbeitstempo (u. a. Akkord und Fließbandarbeit)
- Bewegen von Lasten
- Starre Tätigkeiten
- Physische körperliche Beanspruchung (strecken, beugen, hocken, gebückt halten, Zwangshaltungen)
- Einsatz auf Beförderungsmitteln
- Unfallgefahr (Ausgleiten, Fallen, Stürzen)
- Tragen schwerer Schutzkleidung
- Tätigkeiten mit Fußbeanspruchung
- Arbeiten mit Überdruck, in sauerstoffreduzierter Atmosphäre, im Bergbau unter Tage oder
- Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit.

Ausnahmen vom Verbot der Beschäftigung für die Arbeit zwischen 20 und 22 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen können in Betracht kommen, wenn Sie sich ausdrücklich dazu bereit erklären, nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht und Ihr Arbeitgeber dies bei der zuständigen Aufsichtsbehörde vollumfänglich beantragt hat (behördliches Genehmigungsverfahren). Ihre Erklärung, zwischen 20 und 22 Uhr oder an Sonn- und Feiertagen zu arbeiten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ärztliches Beschäftigungsverbot

Zu einem ärztlichen Beschäftigungsverbot kann es kommen, wenn ein Arzt bei einer Untersuchung feststellt, dass Sie oder Ihr Kind – unabhängig von betrieblichen Beschäftigungsverboten – gesundheitlich gefährdet sind, falls Sie Ihre Tätigkeit unverändert fortsetzen.

Kommen betriebliche oder ein ärztliches Beschäftigungsverbot(e) ganz oder teilweise zum Tragen und ist eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz nicht möglich, dürfen Sie in dem angegebenen Umfang nicht mehr beschäftigt werden. Einen Verdienstaufschlag erleiden Sie dadurch nicht, denn Ihr Arbeitgeber ist verpflichtet, Mutterschutzlohn zu zahlen (siehe „Finanzielle Leistungen, Mutterschutzlohn“). Dem Arbeitgeber werden die Aufwendungen (Mutterschutzlohn und Arbeitgeberzuschuss) im Rahmen eines Umlageverfahrens voll erstattet.

Schülerinnen und Studentinnen

Schülerinnen und Studentinnen werden in den Anwendungsbereich des Mutterschutzgesetzes einbezogen, soweit die jeweilige Ausbildungsstelle (z. B. Schule und Hochschule) Ort, Zeit und Ablauf von Ausbildungsveranstaltungen verpflichtend vorgibt oder die Schülerinnen und Studentinnen ein im Rahmen der schulischen oder hochschulischen Ausbildung verpflichtend vorgegebenes Praktikum ableisten.

Besonderheiten gelten für diesen Personenkreis im Bereich der mutterschutzrechtlichen Vorschriften zur Arbeitszeit:

Die Schutzfrist nach der Entbindung ist für Schülerinnen oder Studentinnen im Unterschied zu Beschäftigten nicht verbindlich. Ihre Schule oder Hochschule darf Sie Ihre schulische oder hochschulische Ausbildung fortsetzen lassen, wenn Sie dies ihr gegenüber ausdrücklich verlangen. Sie können diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Schülerinnen und Studentinnen dürfen im Unterschied zu Beschäftigten auch zwischen 20 und 22 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen tätig werden, wenn sie einwilligen und dies für die Ausbildungszwecke erforderlich ist. Es ist kein behördliches Genehmigungsverfahren erforderlich. Die Schule oder Hochschule hat die Teilnahme der Schülerin bzw. Studentin an Ausbildungsveranstaltungen zwischen 20 und 22 Uhr aber der zuständigen Aufsichtsbehörde zu melden.

Grundsätzlich nicht anzuwenden sind auf Schülerinnen und Studentinnen die besonderen mutterschutzrechtlichen Regelungen zum Kündigungsschutz und zu den finanziellen Leistungen (vgl. §§ 16-23 Mutterschutzgesetz).

Schülerinnen oder Studierende ohne Beschäftigungsverhältnis sind in der Regel Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch und haben damit keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

Verantwortlich für die Sicherstellung Ihres Mutterschutzes ist grundsätzlich Ihre Schule oder Hochschule.

Bei Fragen und Unklarheiten können sowohl Sie sich, als auch Ihre Schule/Hochschule an die zuständige Aufsichtsbehörde (Gewerbeaufsichtsamt/Amt für Arbeitsschutz) wenden.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Mutterschutzgesetz sowie im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). 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 in den Bundesländern (Gewerbeaufsichtsamt oder Arbeitsschutzamt).

Information

Beim Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock erhalten Sie die kostenlose Broschüre „Leitfaden zum Mutterschutz“. Weitere Informationen unter www.bmfsfj.de

Die kostenlose Broschüre „Leitfaden zum Mutterschutz“ ist über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erhältlich. Darüber hinaus erteilen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter der Telefonnummer 030 20179130 von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr Auskünfte zum Mutterschutzgesetz.

Über das Mutterschaftsgeld für Arbeitnehmerinnen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind informiert das Bundesversicherungsamt (Mutterschaftsgeldstelle), Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn.

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.



Arbeitsförderung

Sozialgesetzbuch III – Arbeitsförderung

In der Bundesrepublik Deutschland sollen möglichst viele Menschen in erwerbsfähigem Alter beschäftigt sein. Die Arbeitsförderung soll dem Entstehen von Arbeitslosigkeit entgegenwirken, die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzen und den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt unterstützen. Die Arbeitsförderung ist im Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) geregelt. Das SGB III wird durch die Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg mit ihren Agenturen für Arbeit in die Praxis umgesetzt. Hierfür stehen verschiedene Instrumente des SGB III zur Verfügung.

Aufgaben und Leistungen

Die Bundesagentur für Arbeit hat vielfältige Aufgaben. Hauptsächlich kümmert sie sich um die

- Förderung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit
- Vermittlung in Ausbildungs- und Arbeitsstellen,
- Berufsberatung,
- Arbeitgeberberatung,
- Förderung der Berufsausbildung,
- Förderung der beruflichen Weiterbildung,
- Förderung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung,
- Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung,
- Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit und
- Auszahlung von Entgeltersatzleistungen, wie zum Beispiel Arbeitslosen- oder Insolvenzgeld.

Die Bundesagentur für Arbeit wendet sich mit ihren Leistungen hauptsächlich an potentielle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie an Arbeitgeber.

Einige Leistungen der Bundesagentur für Arbeit können Sie in jedem Fall in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob Sie vorher Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben oder nicht. Dazu gehören die Beratung und die Vermittlung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Um andere Leistungen – beispielsweise Arbeitslosengeld – zu erhalten, müssen Sie versicherungspflichtig zur Arbeitsförderung gewesen sein.

Beratung und Vermittlung

Berufsberatung

Berufsberatung richtet sich an junge Menschen und Erwachsene. Sie umfasst die Erteilung von Rat und Auskunft insbesondere zur Berufswahl, über die Berufe und ihre Anforderungen, zu den Möglichkeiten der beruflichen Bildung sowie zur Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und zur Entwicklung individueller beruflicher Perspektiven über Wege der Förderung der beruflichen Bildung, über bedeutsame Entwicklungen in der Berufswelt, über die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und zur Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche.

Für junge Menschen, die ein Studium anstreben, wird von den Agenturen für Arbeit ein spezielles Beratungsangebot vorgehalten: In Fragen rund um die Themen Studienwahl, Zugangsvoraussetzungen und Anforderungen in den Studiengängen, Beschäftigungsperspektiven und Finanzierung informieren beispielsweise die Berufsberaterinnen und Berufsberater für Abiturienten der Agenturen für Arbeit. Sie erarbeiten gemeinsam mit interessierten jungen Menschen Zielvorstellungen sowie berufliche Möglichkeiten und Alternativen.

Berufsorientierung

Eine systematische Berufsorientierung kann die Vorbereitung auf die Berufswahl und somit den beruflichen Lebensweg von jungen Menschen und Erwachsenen positiv beeinflussen. Sie kann zudem den Beratungsprozess erleichtern, in dem über Fragen der Berufswahl, über die Berufe sowie Anforderungen und Aussichten, über Wege und Förderung der beruflichen Bildung und über beruflich bedeutsame Entwicklungen in den Betrieben, Verwaltungen und auf dem Arbeitsmarkt umfassend unterrichtet wird. Hierzu dienen u. a. die Schulbesprechungen in den Abgangs- bzw. Vorabgangsklassen oder Berufsorientierungsveranstaltungen – z. B. in den Berufsinformationszentren (BIZ) – aber auch die von der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Verfügung gestellten Digital- und Printmedien.

Arbeitsmarktberatung

Die Arbeitsmarktberatung der Agentur für Arbeit richtet sich an Arbeitgeber und soll dazu beitragen, die Arbeitgeber bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen, sowie bei Qualifizierungsbedarfen der Beschäftigten mit Auskunft und Rat zu unterstützen. Hierbei werden Arbeitgeber insbesondere zur Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe, zur Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsbedingungen und der Arbeitszeit, zur betrieblichen Aus- und Weiterbildung und zur Eingliederung förderungsbedürftiger Auszubildender, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beraten.

Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung

Jeder, der eine Arbeitsstelle sucht, weil er oder sie arbeitslos ist bzw. wird oder sich beruflich verändern möchte, kann die Vermittlung der Agentur für Arbeit in Anspruch nehmen. Junge Menschen, die eine Berufsausbildung suchen, erhalten ebenfalls Unterstützung. Die Vermittlung ist die Kernaufgabe der Agenturen für Arbeit. Die übrigen Leistungen und Hilfen der Arbeitsförderung können nur gewährt werden, wenn sie zur beruflichen Eingliederung in den Arbeits- oder Ausbildungsmarkt beitragen oder diese unterstützen.

Sobald Sie Kenntnis über das Ende Ihres Beschäftigungsverhältnisses haben, sind Sie schon im Vorhinein verpflichtet, sich persönlich bei der Agentur für Arbeit arbeitssuchend zu melden. Diese Meldung muss spätestens drei Monate vor dem Beendigungszeitpunkt erfolgen. Ist der Zeitraum zwischen der Kenntnis über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem tatsächlichen Ende kürzer als drei Monate, müssen Sie sich innerhalb von drei Tagen nach Kenntnis des Beendigungszeitpunkts bei der Agentur für Arbeit melden. Zur Wahrung der Frist reicht eine fernmündliche Meldung aus, wenn die persönliche Meldung nach terminlicher Vereinbarung nachgeholt wird. Die Pflicht zur Meldung gilt nicht bei einem betrieblichen Ausbildungsverhältnis.



Der Flyer „Übergang von der Schule in die Berufsausbildung“ (A 406) des BMAS informiert über die verschiedenen Ausbildungswege.

Vermittlungsunterstützende Leistungen

Vermittlungsbudget

Mit einer Unterstützung aus dem Vermittlungsbudget sollen flexibel, zielgerichtet und bedarfsorientiert unterschiedliche Hemmnisse beseitigt und dabei den spezifischen Bedürfnissen der Arbeit- und Ausbildungsuchenden Rechnung getragen werden. Die Förderung aus dem Vermittlungsbudget soll Ausbildungsuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose bei der Anbahnung und Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung unterstützen. Das Vermittlungsbudget bietet damit einen großen Spielraum für eine individuelle Förderung, um verschiedene Hilfestellungen im Einzelfall gewähren zu können. Der Gesetzgeber hat daher darauf verzichtet, detaillierte Vorgaben zu Fördermöglichkeiten zu machen. Mit den Vermittlungs- und Beratungsfachkräften der Agentur für Arbeit oder des Trägers der Grundversicherung für Arbeitssuchende ist im Einzelfall der konkrete Unterstützungsbedarf und die individuelle Hilfe aus dem Vermittlungsbudget zu klären.

Förderungsfähig sind

- von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen wollen.
- Ausbildungsuchende, die eine Berufsausbildung anstreben.
- Empfänger von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende können auch bei der Anbahnung und Aufnahme einer schulischen Ausbildung unterstützt werden.

Leistungsvoraussetzungen

- Die Förderung ist zur Beseitigung konkreter Hemmnisse bei der Anbahnung oder Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Berufsausbildung notwendig.
- Die Höhe der Förderung muss angemessen sein.
- Der Arbeitgeber erbringt keine gleichartigen Leistungen.
- Andere öffentlich-rechtliche Stellen sind zur Erbringung gleichartiger Leistungen gesetzlich nicht verpflichtet.
- Die Förderung aus dem Vermittlungsbudget muss beantragt werden, bevor die Kosten entstehen.
- Die Unterstützung aus dem Vermittlungsbudget wird als Ermessensleistung gewährt, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Die Förderung kann auch für die Anbahnung oder die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz gewährt werden. Voraussetzung ist, dass die Beschäftigung mindestens 15 Stunden wöchentlich ausgeübt werden soll.

Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung

Ausbildungsuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose können durch Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung unterstützt werden, die geeignet und angemessenen sind, die beruflichen Eingliederungsaussichten zu verbessern. Sie können dazu eingesetzt werden, um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt heranzuführen, Vermittlungshemmnisse festzustellen, zu verringern oder zu beseitigen, in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu vermitteln, an eine selbständige Tätigkeit heranzuführen oder die Beschäftigungsaufnahme zu stabilisieren.

Die Förderung umfasst die Übernahme der angemessenen Kosten für die Teilnahme an der Maßnahme. Während der Teilnahme an der Maßnahme wird das Arbeitslosengeld weiter gewährt, sofern ein Anspruch besteht.

Die Dauer der Maßnahmen muss deren Zweck und ihren Inhalten entsprechen. Die Maßnahmen können auch ganz oder teilweise bei oder von Arbeitgebern durchgeführt werden, dies ist jedoch jeweils auf die Dauer von maximal sechs Wochen begrenzt. Bei Langzeitarbeitslosen, Arbeitslosen unter 25 Jahren oder Arbeitslosen mit schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen darf die Teilnahme an Maßnahmen oder Teilen von Maßnahmen bei oder von Arbeitgebern jeweils bis zu zwölf Wochen betragen.

Die Teilnahme an den Maßnahmen erfolgt auf Vorschlag bzw. mit Einwilligung der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit. Die Agentur für Arbeit kann Träger direkt mit der Durchführung der Maßnahmen beauftragen oder der förderberechtigten Person einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein aushändigen. Die Entscheidung trifft die Agentur für Arbeit anhand der Eignung und der persönlichen Verhältnisse der förderberechtigten Person oder unter der Verfügbarkeit des örtlichen Maßnahmeangebots.

Der Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein enthält u. a. das Maßnahmeziel und die zum Erreichen des Maßnahmeziels erforderlichen Inhalte. Mit dem Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein können die Gutscheininhaber frei unter den zugelassenen Trägern und ggf. den zugelassenen Maßnahmen wählen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Arbeitslose einen Anspruch auf einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein, der die Beauftragung eines privaten Arbeitsvermittlers – finanziert durch die Agentur für Arbeit – ermöglicht. Der Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein ist dem Träger auszuhändigen, der die Kosten unmittelbar mit der Agentur für Arbeit abrechnet.

Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Gründungszuschuss

Fördervoraussetzungen

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die durch die Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit ihre Arbeitslosigkeit beenden, können zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der ersten Zeit nach der Existenzgründung einen Gründungszuschuss erhalten.

Der Gründungszuschuss kann geleistet werden, wenn die oder der Arbeitslose bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch über einen Restanspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens 150 Tagen verfügt. Um die Förderung zu erhalten, müssen Gründerinnen und Gründer die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit darlegen. Zudem müssen sie der Agentur für Arbeit eine Stellungnahme einer fachkundigen Stelle über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorlegen. Diese Tragfähigkeitsbescheinigungen können unter anderem Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, Fachverbände oder Kreditinstitute ausstellen.

Der Gründungszuschuss wird nicht geleistet, solange Ruhestatbestände nach den §§ 156 – 159 SGB III vorliegen oder vorgelegen hätten. Geförderte Personen, die das für die Regelaltersrente erforderliche Lebensjahr vollendet haben, können vom Beginn des folgenden Monats an keinen Gründungszuschuss mehr erhalten. Ausgeschlossen ist die Förderung auch, wenn nach Beendigung einer Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit nach dem SGB III noch nicht 24 Monate vergangen sind.



Weitere Informationen finden Sie in der kostenlosen Broschüre des BMAS „A-Z der Arbeitsförderung“ (A 186).

Höhe und Dauer der Förderung

Der Gründungszuschuss wird in zwei Phasen geleistet. Für sechs Monate können Gründerinnen und Gründer pro Monat einen Zuschuss in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes zur Sicherung des Lebensunterhalts und 300 EUR zur sozialen Absicherung erhalten. Für weitere neun Monate können 300 EUR pro Monat zur sozialen Absicherung geleistet werden, wenn eine intensive Geschäftstätigkeit und unternehmerische Aktivität dargelegt wird.

Einstiegsgeld

Leistungsberechtigte, die Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II beziehen, können für den Schritt in die hauptberuflich ausgeübte Selbständigkeit, aber auch bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von dem für sie örtlich zuständigen Jobcenter ein sog. „Einstiegsgeld“ erhalten.

Fördervoraussetzungen/Förderhöhe

Das Einstiegsgeld kann bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder einer hauptberuflich ausgeübten selbständigen Tätigkeit zusätzlich zu den Leistungen der Grundsicherung gewährt werden. Es müssen begründete Anhaltspunkte vorliegen, dass mit der Erwerbstätigkeit die Hilfebedürftigkeit durch die erzielten Erwerbseinkünfte künftig beendet wird.

Bei der Berechnung des Einstiegsgeldes wird u. a. die Dauer der Arbeitslosigkeit und die Größe der Bedarfsgemeinschaft berücksichtigt. Daher variiert die Höhe des Einstiegsgeldes je nach Einzelfall. Der Zuschuss wird für längstens 24 Monate gewährt. Auf diese Förderung besteht kein Rechtsanspruch.

Weitere Hilfen für Selbständige

Zusätzlich können Leistungsberechtigte im Rechtskreis des SGB II, die eine selbständige, hauptberufliche Tätigkeit aufnehmen oder ausüben, für die Beschaffung von Sachmitteln Darlehen oder Zuschüsse erhalten (Zuschüsse nur in Höhe von bis zu 5.000 EUR). Diese Sachmittel müssen für die Selbständigkeit notwendig und angemessen sein. Für erwerbsfähige Hilfedürftige, die eine selbständige Tätigkeit bereits ausüben, ist eine Förderung von Beratung und Kenntnisvermittlung durch Dritte möglich, um z. B. die selbständige Erwerbstätigkeit zu stabilisieren oder neu auszurichten. Allerdings ist die Gewährung dieser Leistungen auch an die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Selbständigkeit gebunden. Zudem besteht kein Rechtsanspruch auf diese Förderung.

Berufswahl und Berufsausbildung

Förderung nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)

Die richtige Berufswahl zu treffen ist eine schwierige Aufgabe für junge Menschen. Daher ist die Unterstützung bei der Berufswahl entscheidend für einen erfolgreichen Übergang von der Schule in eine Berufsausbildung und das Berufsleben. Insbesondere da eine (erste) qualifizierte Berufsausbildung für den Arbeitsmarkt immer wichtiger wird, weil zunehmend mehr Arbeitsplätze für un- oder angelernte Arbeitskräfte wegfallen. Das Arbeitsförderungsrecht sieht deshalb vielfältige Möglichkeiten zur Unterstützung junger Menschen vor, die eine Berufsausbildung anstreben.

Anerkannten Flüchtlingen, Asylberechtigten sowie subsidiär Schutzberechtigten stehen neben Einstiegsqualifizierungen auch alle weiteren gesetzlichen Leistungen und Instrumente der Ausbildungsvorbereitung und Ausbildungsförderung ohne eine Voraufenthaltsdauer in Deutschland offen, wenn sie die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen erfüllen.

Für andere Ausländer ist der Zugang zu Maßnahmen der Ausbildungsvorbereitung und Ausbildungsförderung für die einzelnen Leistungen nach dem Aufenthaltsstatus und der Voraufenthaltsdauer geregelt.

Berufsorientierungsmaßnahmen

Für Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen können Maßnahmen zur Berufsorientierung und Berufswahlvorbereitung durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass mindestens 50 % der Kosten von einem Dritten getragen werden. In den Maßnahmen können Schülerinnen und Schüler konkrete Einblicke in Berufe, ihre Anforderungen und Aussichten gewinnen. Die Maßnahmen werden so ausgestaltet, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf und von schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern gerecht werden.

Berufseinstiegsbegleitung

Die Berufseinstiegsbegleitung richtet sich an leistungsschwächere Schülerinnen und Schüler, die voraussichtlich Probleme haben, einen Schulabschluss zu erlangen und damit auch Gefahr laufen, den erfolgreichen Start ins Berufsleben zu verpassen. Mit dem Ziel der Eingliederung in eine Berufsausbildung wird bereits in den Vorabgangs- und Abgangsklassen von allgemeinbildenden Schulen, die auf einen Haupt- oder Förderschulabschluss vorbereiten, angesetzt. Die Förderung reicht bis zu sechs Monate in die Berufsausbildung hinein. Über die Auswahl der Schülerinnen und Schüler entscheidet die Berufsberatung nach Empfehlung des Lehrers.



Der Flyer des BMAS informiert kurz über „Ausbildungsbegleitende Hilfen“ (A 842).

Der Berufseinstiegsbegleiter unterstützt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kontinuierlich und individuell beim Erreichen des Schulabschlusses, bei der Berufsorientierung und Berufswahl, bei der Ausbildungsplatzsuche, in Übergangszeiten zwischen Schule und Berufsausbildung und bei der Stabilisierung des Ausbildungsverhältnisses. Er soll insbesondere dafür Sorge tragen, dass die jungen Menschen an den erforderlichen Unterstützungsangeboten (z. B. Nachhilfeangebote während der Schulzeit, Berufsberatung, Maßnahmen im Übergangsbereich) teilnehmen. Durch die – auch sozialpädagogische Ansätze aufgreifende – Unterstützung sollen die Kompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefördert und damit die beruflichen Integrationschancen erhöht werden. Der Berufseinstiegsbegleiter arbeitet mit den Lehrkräften der Schule sowie den Beratungsfachkräften der Agentur für Arbeit eng zusammen – ohne deren originäre Aufgaben zu übernehmen. Auch im regionalen Netzwerk (Arbeitsagenturen, Jobcenter, Kammern, Jugendsozialarbeit etc.) agiert der Berufseinstiegsbegleiter bezogen auf die individuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Nachdem die Berufseinstiegsbegleitung zunächst modellhaft erprobt worden war, wurde sie im Jahr 2011 aufgrund der positiven Evaluationsergebnisse dauerhaft in das Dritte Buch Sozialgesetzbuch eingefügt. Sie kann seitdem an allen allgemeinbildenden Schulen durchgeführt werden. Die neue Regelung sieht allerdings ein Kofinanzierungserfordernis durch Dritte vor. Für die Schuljahre 2014/2015 bis 2018/2019 werden Maßnahmen der Berufseinstiegsbegleitung mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) kofinanziert. Insgesamt werden innerhalb der 5 Schulkohorten ca. 128.000 Schülerinnen und Schüler an ca. 3.000 Schulen, davon ca. 520 Förderschulen, begleitet und unterstützt.

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB)

Junge Menschen, die aus den verschiedensten Gründen noch keine Berufsausbildung aufnehmen konnten, können durch die Agenturen für Arbeit in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen unterstützt werden. Sie dienen der beruflichen Orientierung, der Berufsfindung oder der gezielten Vorbereitung auf eine Berufsausbildung. Die Maßnahmen dauern in der Regel 10 bis 11 Monate.

Darüber hinaus hat die Bundesagentur für Arbeit mit der BvB mit produktionsorientiertem Ansatz (BvB-Pro) ein weiteres, niedrighschwelliges Angebot geschaffen. BvB-Pro unterscheidet sich von den Standard-BvB insbesondere durch das Grundprinzip des produktionsorientierten Ansatzes. Zudem setzen die Maßnahmen eine mindestens fünfzigprozentige Kofinanzierung durch einen Dritten voraus. Die Regelförderdauer beträgt bis zu 12 Monate, die in begründeten Einzelfällen auf 18 Monate verlängert werden kann. Diese kann in besonderen Ausnahmefällen bei einer Integrationsperspektive um bis zu weitere drei Monate verlängert werden.

Im Rahmen von BvB kann auch auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses vorbereitet werden (Rechtsanspruch). Die Regelförderdauer beträgt in diesem Fall 12 Monate. In begründeten Fällen kann eine Verlängerung der individuellen Förderdauer erfolgen (Gesamtförderdauer maximal 18 Monate).

Teilnehmende an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme werden durch eine Berufsausbildungsbeihilfe unterstützt.

Einstiegsqualifizierung

Einstiegsqualifizierungen eröffnen insbesondere solchen jungen Menschen, die aus individuellen Gründen eingeschränkte Vermittlungsaussichten haben, durch den Erwerb erster berufspraktischer Erfahrungen Zugang zu betrieblichen Ausbildungsangeboten. Aber auch für junge Menschen, die noch nicht in vollem Maße über die erforderliche Ausbildungsbefähigung verfügen oder lernbeeinträchtigt bzw. sozial benachteiligt sind, wird eine Brücke zum Einstieg in eine Berufsausbildung geschaffen.

Der Arbeitgeber erhält von der zuständigen Agentur für Arbeit bis zu 231 EUR monatlich zuzüglich eines pauschalierten Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrags, wenn er für 6 bis 12 Monate einem jungen Menschen einen Platz für eine Einstiegsqualifizierung bietet.

Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)

Teilnehmende an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und Auszubildende haben Anspruch auf eine Berufsausbildungsbeihilfe, wenn ihnen die erforderlichen Mittel, insbesondere zur Deckung des Lebensunterhalts nicht anderweitig zur Verfügung stehen. Diese Leistung ist in Anlehnung an das BAföG konzipiert, wird jedoch aus Beitragsmitteln finanziert. Bei einer betrieblichen Berufsausbildung werden nur Auszubildende unterstützt, die außerhalb des elterlichen Haushaltes leben. Behinderte Auszubildende können durch eine Berufsausbildungsbeihilfe unterstützt werden, auch wenn sie im Haushalt der Eltern leben.

Grundsätzlich kann nur die Erstausbildung durch eine Berufsausbildungsbeihilfe unterstützt werden. In besonders gelagerten Fällen ist jedoch die Unterstützung einer Zweitausbildung möglich. Vereinzelt fehlt jungen Menschen trotz erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung im erlernten Beruf eine Perspektive. Eine zweite Berufsausbildung, die erst berufliche Perspektiven schafft, soll in diesen Fällen aber nicht daran scheitern, dass dem Auszubildenden trotz bestehenden Bedarfs die finanziellen Mittel fehlen, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Die Höhe der Berufsausbildungsbeihilfe richtet sich nach der Art der Unterbringung, der Höhe der Ausbildungsvergütung des Auszubildenden und dem Jahreseinkommen der Eltern und des Ehegatten bzw. Lebenspartners. Dabei wird der Bedarf für den Lebensunterhalt, für Fahrkosten, für Kinderbetreuungskosten sowie für Kosten für Lernmittel und Arbeitskleidung teilweise pauschaliert berücksichtigt.

Teilnehmende an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme werden, auch wenn sie im elterlichen Haushalt leben, durch einen Berufsausbildungsbeihilfe unterstützt. Die Unterstützung erfolgt pauschal und unabhängig vom Einkommen der Eltern.

Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung von Menschen mit Behinderungen oder schwerbehinderter Menschen

Für behinderte und schwerbehinderte Auszubildende können Arbeitgeber einen Zuschuss zur Ausbildungsvergütung oder zu einer vergleichbaren Vergütung erhalten, wenn der Ausbildungserfolg sonst nicht zu erreichen ist. Die monatlichen Zuschüsse sollen regelmäßig 60 %, bei schwerbehinderten Menschen 80 % der monatlichen Ausbildungsvergütung für das letzte Ausbildungsjahr oder der vergleichbaren Vergütung einschließlich des darauf entfallenden pauschalierten Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag nicht übersteigen. In begründeten Ausnahmefällen können Zuschüsse jeweils bis zur Höhe der Ausbildungsvergütung für das letzte Ausbildungsjahr erbracht werden.

Ausbildungsbegleitende Hilfen (abH)

Benachteiligte junge Menschen können begleitend zu einer betrieblichen Berufsausbildung ausbildungsbegleitende Hilfen erhalten, wenn sie zusätzliche Unterstützung benötigen, ohne die der Ausbildungserfolg gefährdet wäre. Unterstützt werden Maßnahmen, die über betriebs- und ausbildungsübliche Inhalte hinausgehen, z. B. Abbau von Sprach- und Bildungsdefiziten, Förderung der Fachpraxis und Fachtheorie sowie sozialpädagogische Begleitung. Ausbildungsbegleitende Hilfen können nach Abbruch einer betrieblichen Berufsausbildung bis zur Aufnahme einer weiteren betrieblichen bzw. einer außerbetrieblichen Berufsausbildung oder nach erfolgreicher Beendigung bis zur Begründung oder Festigung eines Arbeitsverhältnisses fortgeführt sowie auch während einer Einstiegsqualifizierung erbracht werden.

Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE)

Für benachteiligte junge Menschen, bei denen eine Vermittlung in ein betriebliches Ausbildungsverhältnis auch mit ausbildungsbegleitenden Hilfen nicht erfolgreich ist, kann eine Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung (BaE) unterstützt werden. Während der BaE sollen alle Möglichkeiten wahrgenommen werden, um den Übergang des jungen Menschen in eine betriebliche Berufsausbildung zu ermöglichen.

Eine BaE kann auch nach der vorzeitigen Lösung eines betrieblichen oder außerbetrieblichen Ausbildungsverhältnisses unterstützt werden, wenn eine Eingliederung in betriebliche Berufsausbildung aussichtslos ist. Auszubildende, die nicht als Benachteiligte gelten, können ihre Ausbildung in einer BaE fortsetzen. Soweit dies zur beruflichen Eingliederung erforderlich ist, kann auch eine zweite Berufsausbildung unterstützt werden.

Nach den Weisungen der Bundesagentur für Arbeit können Berufsausbildungen in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE) entweder „kooperativ“ oder „integrativ“ durchgeführt werden. In der kooperativen Form findet die praktische Ausbildung in Kooperationsbetrieben statt. Bei der integrativen Form findet die Ausbildung überwiegend beim Bildungsträger statt, der sowohl die fachtheoretische als auch die fachpraktische Unterweisung sicherstellt.

Assistierte Ausbildung

Durch das neue Instrument sollen mehr benachteiligte junge Menschen zu einem erfolgreichen Abschluss einer betrieblichen Berufsausbildung im dualen System geführt werden. Teilnehmende und Ausbildungsbetriebe werden im Rahmen der Assistierte Ausbildung vor und während einer betrieblichen Berufsausbildung unterstützt. Die Unterstützung bietet jungen Menschen, die bisher nur außerbetrieblich ausgebildet werden konnten, eine zusätzliche betriebliche Perspektive. Um den regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen und eine Anpassung der Assistierte Ausbildung an bestehende regionale Strukturen zu ermöglichen, wurde das Instrument sehr flexibel ausgestaltet. So kann die Assistierte Ausbildung optional um eine vorbereitende Phase ergänzt und der förderungsfähige Personenkreis durch eine Landeskonzeption erweitert werden. Die zunächst befristete Regelung wurde um zwei Jahre bis Ende 2020 verlängert.

Jugendwohnheime

Aufbau, Erweiterung, Umbau und Ausstattung von Jugendwohnheimen können durch Darlehen und Zuschüsse an die Träger der Wohnheime gefördert werden, wenn dies zum Ausgleich auf dem Ausbildungsmarkt und zur Förderung der Berufsausbildung erforderlich ist. Die Träger oder Dritte müssen sich angemessen an den Kosten beteiligen. Damit wird der Bundesagentur für Arbeit die 2009 weggefallene Möglichkeit, sich an den notwendigen Kosten zur baulichen Instandsetzung und Modernisierung der Einrichtungen (investive Förderung) zu beteiligen, wieder eröffnet.

Förderung der beruflichen Weiterbildung

Voraussetzungen

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können bei Teilnahme an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen durch Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden, wenn

- die Weiterbildung notwendig ist, um sie bei Arbeitslosigkeit beruflich einzugliedern, eine drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden, oder wenn die Notwendigkeit der Weiterbildung wegen fehlenden Berufsabschlusses anerkannt ist; anerkannt wird die Notwendigkeit der Weiterbildung bei Arbeitslosigkeit auch, wenn durch den Erwerb erweiterter beruflicher Kompetenzen die individuelle Beschäftigungsfähigkeit verbessert wird und die Weiterbildung nach Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes zweckmäßig ist, die Notwendigkeit der Weiterbildung wegen fehlenden Berufsabschlusses anerkannt ist,
- die Agentur für Arbeit die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer vor Weiterbildungsbeginn beraten hat und
- die Weiterbildungsmaßnahme sowie der Träger für die Förderung zugelassen sind.

Die Notwendigkeit wegen eines fehlenden Berufsabschlusses ist grundsätzlich dann gegeben, wenn die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer

- nicht über einen Berufsabschluss verfügt, für den eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist;
- zwar über einen Berufsabschluss verfügt, aber aufgrund einer mehr als vier Jahren ausgeübten Beschäftigung in an- oder ungelernter Tätigkeit eine entsprechende Beschäftigung voraussichtlich nicht mehr ausüben kann.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ohne abgeschlossene Berufsausbildung, können das Nachholen eines Berufsabschlusses über die Weiterbildungsförderung gefördert erhalten, wenn sie zuvor mindestens drei Jahre beruflich tätig gewesen sind. Eine Ausnahme hiervon besteht dann, wenn die angestrebte Weiterbildung zu einem Abschluss in einem Engpassberuf führt oder eine berufliche Erstausbildung oder berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

Seit dem 01.08.2016 können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ohne Berufsabschluss zur Vorbereitung auf eine abschlussbezogene berufliche Weiterbildung eine Förderung zum Erwerb notwendiger Grundkompetenzen (Lesen, Schreiben, Mathematik und Informations- und Kommunikationstechnologien), erhalten, wenn diese für die erfolgreiche Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme erforderlich ist (und die Maßnahme vor dem 31.12.2020 beginnt).

Eine Förderung setzt nicht voraus, dass der Weiterbildungsinteressent Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II hat. Auf eine Weiterbildungsförderung besteht allerdings kein Anspruch; die Förderentscheidung liegt vielmehr im Ermessen der einzelnen Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter. Eine Ausnahme gilt allerdings für eine Förderung zum Nachholen eines Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses (Rechtsanspruch auf Förderung bei Vorliegen der Fördervoraussetzungen). Für das Verfahren der Zulassung von Bildungsträgern und ihren Weiterbildungsmaßnahmen für die Weiterbildungsförderung gilt die Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung – Arbeitsförderung – (AZAV). Es kann nur die Teilnahme an solchen Lehrgängen gefördert werden, bei denen die qualitativen Anforderungen nach der AZAV vom Träger und seiner Maßnahmen erfüllt und der Träger und seine Maßnahme für die Weiterbildungsförderung entsprechend zugelassen (zertifiziert) sind.

Art und Umfang der Förderung

Förderungsberechtigte Personen erhalten im Regelfall einen Bildungsgutschein. Der Gutschein wird für ein bestimmtes Bildungsziel und einen bestimmten räumlichen Geltungsbereich ausgestellt. Mit diesem Bildungsgutschein können die Weiterbildungsinteressierten frei unter zugelassenen Bildungsträgern und -maßnahmen wählen. Die Agentur für Arbeit und das Jobcenter informieren über Angebote (z. B. über die Internet-Datenbank KURSNET). Die Auswahl des Bildungsanbieters obliegt jedoch allein der/dem Gutscheininhaber/in selbst.

Der Bildungsgutschein ist dem Bildungsträger auszuhändigen, der die Kosten unmittelbar mit der Agentur für Arbeit abrechnet.

Bei Teilnahme an einer Weiterbildung können folgende Kosten von den Agenturen für Arbeit übernommen werden:

- Lehrgangskosten (Lehrgangsgebühren einschließlich der Kosten für erforderliche Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungsgebühren für gesetzlich geregelte oder allgemein anerkannte Zwischen-/Abschlussprüfungen, Prüfungsstücke) sowie etwaige im Vorfeld der Teilnahme anfallende Kosten für eine Eignungsfeststellung (z. B. Gesundheitsprüfung)
- Fahrkosten
- Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung
- Weiterbildung sowie Kinderbetreuungskosten (130 EUR monatlich je Kind).

Arbeitsnehmerinnen und Arbeitnehmer, die an einer geförderten beruflichen Weiterbildung teilnehmen, die zu einem Abschluss in einem Ausbildungsberuf führt, für den nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist, können bei erfolgreichem Bestehen einer Zwischen- und Abschlussprüfung eine Prämie erhalten, wenn die Maßnahme im Zeitraum 01.08.2016 bis 31.12.2020 beginnt.

Förderung des laufenden Lebensunterhalts

Voraussetzungen

Während der Teilnahme an einer Weiterbildung wird bei Vorliegen der gesetzlichen Fördervoraussetzungen Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung bezahlt.

Arbeitslosengeld kann auch gezahlt werden, wenn die Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung nicht von der Agentur für Arbeit gefördert, sondern aus eigenen Mitteln des Arbeitslosen finanziert wird. Voraussetzung hierfür ist, dass die Agentur für Arbeit der Teilnahme zugestimmt hat und der Leistungsberechtigte seine Bereitschaft erklärt, die Maßnahme abzubrechen sobald eine berufliche Eingliederung in Betracht kommt und zu diesem Zweck die Möglichkeit zum Abbruch mit dem Träger der Maßnahme vereinbart hat.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Anspruch auf Arbeitslosengeld II wird während einer zur beruflichen Eingliederung notwendigen Weiterbildung das Arbeitslosengeld II bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen fortgezahlt.

Weiterbildung von beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern

Eine berufliche Weiterbildung können auch beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ganz oder teilweise gefördert erhalten.

Weiterbildungsförderung von Beschäftigten ohne anerkannten Berufsabschluss oder von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Unter den allgemeinen Voraussetzungen können beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, eine berufliche Weiterbildung gefördert erhalten, wenn hierdurch die Arbeitslosigkeit abgewendet werden kann. Auch beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ohne Berufsabschluss können zum Nachholen eines Berufsabschlusses durch Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden (siehe dazu auch die Voraussetzungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung S. 38).

Arbeitgeber können für die Zeiten der Freistellung für die Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung von beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, bei denen die Notwendigkeit einer Weiterbildung wegen eines fehlenden Berufsabschlusses anerkannt ist, während der Weiterbildung fortgezahlt Arbeitsentgelt bezuschusst erhalten. Die Fördermöglichkeit besteht unabhängig von der Unternehmensgröße.

Mit dem Qualifizierungschancengesetz wurde ab 1. Januar 2019 die Weiterbildungsförderung für beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erweitert. Die Förderungen erfassen alle Beschäftigte, die berufliche Tätigkeiten ausüben, die durch Technologien ersetzt werden können, in sonstiger Weise von Strukturwandel betroffen sind oder die eine berufliche Weiterbildung in einem Engpassberuf anstreben, also in einem Beruf, in dem Fachkräftemangel besteht.

Neben Weiterbildungskosten können auch für während der Weiterbildung vom Arbeitgeber fortgezahlt Arbeitsentgelt Zuschüsse an den Arbeitgeber gezahlt werden. Die Übernahme von Lehrgangskosten und Zuschüsse zum Arbeitsentgelt setzen grundsätzlich eine Kofinanzierung durch den Arbeitgeber voraus und sind nach Unternehmensgröße gestaffelt:

Zuschüsse zu den Lehrgangskosten können für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten bis zu 100 Prozent mit weniger als 250 Beschäftigten bis zu 50 Prozent (bei Beschäftigten ab dem 45. Lebensjahr und schwerbehinderten Menschen bis zu 100 Prozent) mit weniger als 2.500 Beschäftigten bis zu 25 Prozent und ab 2.500 Beschäftigten bis zu 20 Prozent bei Vorliegen von Betriebsvereinbarung/Tarifvertrag zu Qualifizierung (ansonsten bis zu 15 Prozent) gewährt werden.

Zuschüsse zum Arbeitsentgelt können für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Unternehmen

- mit weniger als 10 Beschäftigten bis zu 75 Prozent
- mit weniger als 250 Beschäftigten bis zu 50 Prozent und
- ab 250 Beschäftigten bis zu 25 Prozent

gewährt werden.

Zu beachten ist bei der Weiterbildungsförderung für Beschäftigte, dass Förderungen ausgeschlossen sind, die bereits nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz förderfähig sind (z.B. Weiterbildungen zum/zur Meister/in, Techniker/in). Beschäftigte mit Berufsabschluss können in der Regel nur gefördert werden, wenn der Erwerb dieses Abschlusses länger als vier Jahre zurückliegt. Haben Beschäftigte in den letzten vier Jahren an Weiterbildungen teilgenommen, die nach dieser Regelung gefördert wurden, kann keine Förderung erfolgen.

Darüber hinaus können nur Weiterbildungen gefördert werden, die außerhalb des Betriebes bzw. von einem zugelassenen Träger im Betrieb durchgeführt werden und mehr als 160 Stunden dauern. Ausgeschlossen von der Förderung ist die Teilnahme an Maßnahmen, zu deren Durchführung der Arbeitgeber aufgrund bundes- oder landesrechtlicher Regelungen verpflichtet ist.

Arbeitsmarktförderung von Personen mit Migrationshintergrund

Um einen verbesserten Zugang von Personen mit Migrationshintergrund zu den arbeitsmarktpolitischen Instrumenten zu erreichen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Bundesagentur für Arbeit das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung – IQ“ seit 2005 zu einer bundesweiten Struktur mit 16 Landesnetzwerken und 5 themenbezogenen Fachstellen ausgebaut.

Nähere Informationen
finden Sie unter
www.netzwerk-iq.de

In den Regionen stellen die Landesnetzwerke eine Unterstützungsstruktur zur Umsetzung des Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (sog. Anerkennungsgesetz) bereit. Hierzu wurden flächendeckend Beratungsstellen zur Erst- und Verweisberatung eingerichtet. Diese stellen Informationen zur Verfügung, unterstützen Anerkennungssuchende bei der Identifizierung des deutschen Referenzberufs und informieren über die zuständigen Anerkennungsstellen.

In einem weiteren Handlungsschwerpunkt des Förderprogramms IQ werden Qualifizierungsmaßnahmen im Kontext des Anerkennungsgesetzes bundesweit für Migrantinnen und Migranten mit und ohne Fluchtgeschichte zur Verfügung gestellt. Diese umfassen unter anderem Beratungs- und Coachingangebote, Qualifizierungsmodule, die bedarfsgerecht fachliche und sprachliche Lücken so schließen, damit eine volle Gleichwertigkeit, Berufserlaubnis bzw. Approbation erreicht werden kann.

Das Förderprogramm IQ hat außerdem Beratungsstellen zu „Fairer Integration“ aufgebaut, die geflüchtete Personen über ihre Rechte als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer informieren. Dies trägt dazu bei, diese Personen vor Benachteiligung und Ausbeutung auf dem Arbeitsmarkt zu schützen.

Außerdem werden die interkulturelle und migrationsspezifische Qualifizierung der Beratungsfachkräfte in den Regelinstitutionen vor Ort (insb. Agenturen für Arbeit und Jobcenter) durch Schulungs- und Fortbildungsangebote gestärkt.

Seit 2019 ist das Förderprogramm IQ um einen neuen Handlungsschwerpunkt „Regionale Fachkräfteneutzwerke-Einwanderung“ erweitert worden. Ziel dieses neuen Handlungsschwerpunktes soll es ein, in regionalen Plattformen Initiativen und Akteure im Bereich der Fachkräfteeinwanderung zusammenzuführen und konkrete Unterstützungsmaßnahmen zu initiieren und umzusetzen.

Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben

Behindert im Sinne des SGB III sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. Menschen mit Behinderungen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den genannten Folgen droht. Gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Das allgemeine Leistungsspektrum des SGB III im Rahmen der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben umfasst

- die Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- die Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe, die Assistierte Ausbildung, die Förderung der beruflichen Weiterbildung sowie
- die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit.



Die CD des BMAS
„Informationen zum
Thema Behinderung“
(C 720) informiert
detailliert zum Thema
incl. Adressdatenbanken.

Darüber hinaus werden besondere Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen vorgesehen, sofern dies wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Eingliederungserfolges erforderlich ist. Beispielsweise können die Berufsausbildung und die berufliche Weiterbildung auch in besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erbracht werden. Nach dem SGB III erfolgt auch eine Förderung im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter.

Leistungen an Arbeitgeber zur Eingliederung von Menschen mit Behinderungen und schwerbehinderten Menschen:

- Eingliederungszuschuss (siehe im Abschnitt Eingliederungszuschuss) und Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung (siehe im Abschnitt Berufswahl und Berufsausbildung),
- Probebeschäftigung,
- Arbeitshilfen.

Mit dem Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung vom 22. Dezember 2008 wurde ein weiteres Instrument zur Förderung von Menschen mit Behinderungen und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eingeführt:

Menschen, für die behinderungsbedingt eine Ausbildung – auch bei Ausschöpfen aller Hilfen und Nachteilsausgleiche – nicht möglich ist, kann die Unterstützte Beschäftigung zu einem Arbeitsverhältnis führen. Bei der Unterstützten Beschäftigung werden für Menschen mit Behinderungen mit besonderem Unterstützungsbedarf entsprechend ihren Fähigkeiten und Neigungen neue Beschäftigungsmöglichkeiten in einem Unternehmen erschlossen. Nach dem Grundsatz „erst platzieren, dann qualifizieren“ werden sie dort eingearbeitet und unterstützt, mit dem Ziel der Übernahme durch den Betrieb. Das eröffnet neue Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die Leistungen des § 55 SGB IX umfassen die individuelle betriebliche Qualifizierung und die Berufsbegleitung. Die individuelle betriebliche Qualifizierung ist für die Dauer von bis zu zwei, maximal drei Jahren möglich. Die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie Maßnahmen zur Entwicklung der Persönlichkeit sind wesentliche Bestandteile der Qualifizierung. Die Teilnehmenden sind sozialversichert. Zuständig sind die Rehabilitationsträger, meist die Agentur für Arbeit. Bleibt nach einer Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung eine weitergehende Unterstützung erforderlich, wird diese in der Regel durch die Integrationsämter in Form der Berufsbegleitung erbracht.

Entgeltersatzleistungen

Arbeitslosengeld

Anspruch auf Arbeitslosengeld haben Sie,

- wenn Sie beschäftigungslos sind,
- sich persönlich arbeitslos gemeldet,
- die Anwartschaftszeit erfüllt haben und
- aktiv eine neue Arbeit suchen und hierzu auch den Vermittlungsbemühungen der Agenturen für Arbeit zur Verfügung stehen.

Beschäftigungslos ist, wer nicht oder nur in einem Umfang von weniger als 15 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig ist.

Eine persönliche Arbeitslosmeldung erfordert, dass der Arbeitslose selbst bei der Agentur für Arbeit vorspricht und den Eintritt der Arbeitslosigkeit anzeigt; eine telefonische oder schriftliche Meldung genügt nicht.

Die Anwartschaftszeit hat erfüllt, wer innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Arbeitslosmeldung (Rahmenfrist) mindestens 12 Monate (360 Tage) aufgrund einer Beschäftigung oder aus sonstigen Gründen (z. B. Bezug von Krankengeld) versicherungspflichtig zur Bundesagentur für Arbeit war.

Für Personen, die eine selbständige Tätigkeit von mindestens 15 Stunden wöchentlich oder für Arbeitnehmer, die eine Beschäftigung im Ausland außerhalb der Europäischen Gemeinschaft (EU) oder assoziierten Staaten ausüben und für Personen, die sich beruflich weiterbilden oder eine Elternzeit nach dem dritten Lebensjahr des Kindes in Anspruch nehmen, wird die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung angeboten. Damit wird diesen Personengruppen, die nicht kraft Gesetzes der Versichertengemeinschaft angehören, die Möglichkeit eröffnet, durch freiwillige Beitragszahlung ihren Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten. Vorausgesetzt ist allerdings die vorherige Zugehörigkeit der Antragsteller zur Versichertengemeinschaft.

Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich grundsätzlich nach dem versicherungspflichtigen Entgelt, das der Arbeitslose im Durchschnitt des letzten Jahres vor der Entstehung des Leistungsanspruchs (Bemessungszeitraum) erhalten hat.

Das Bruttoentgelt, das sich danach ergibt (Bemessungsentgelt), wird um pauschalierte Abzüge vermindert. Solche Abzüge sind eine Sozialversicherungspauschale in Höhe von 20 Prozent des Bemessungsentgelts, die Lohnsteuer sowie der Solidaritätszuschlag.

Von dem sich danach ergebenden pauschalierten Nettoentgelt (Leistungsentgelt) erhält ein Arbeitsloser, der mindestens ein Kind im Sinne des Steuerrechts hat, als Arbeitslosengeld 67 Prozent, die übrigen Arbeitslosen 60 Prozent.

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld richtet sich grundsätzlich nach der versicherungspflichtigen Beschäftigung innerhalb der um drei Jahre erweiterten Rahmenfrist und dem Lebensalter, das der Arbeitslose bei der Entstehung des Anspruchs vollendet hat.

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld beträgt

nach Versicherungspflichtverhältnissen mit einer Dauer von insgesamt mind. ... Monaten	und nach Vollendung des ... Lebensjahres	... Monate
12		6
16		8
20		10
24		12
30	50.	15
36	55.	18
48	58.	24

Der Anspruch auf Arbeitslosengeld erlischt, wenn der Arbeitslose die Anwartschaftszeit erneut erfüllt hat. Ein noch bestehender Restanspruch wird dem neuen Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zur jeweiligen altersmäßigen Höchstgrenze hinzugerechnet.

Für Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld entrichtet die Agentur für Arbeit für den Arbeitslosen Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Das Arbeitslosengeld wird regelmäßig monatlich nachträglich auf das von dem Arbeitslosen angegebene Konto überwiesen.

Kurzarbeitergeld

Wenn Betriebe aus wirtschaftlichen Gründen oder aufgrund eines unabwendbaren Ereignisses die Arbeitszeit vorübergehend verringern und Kurzarbeit anzeigen, zahlt die Agentur für Arbeit bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Kurzarbeitergeld. Hauptzweck des Kurzarbeitergeldes ist es, bei vorübergehendem Arbeitsausfall die Weiterbeschäftigung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu ermöglichen und Entlassungen zu vermeiden.

Kurzarbeitergeld können Sie beziehen,

wenn

- Sie wegen Arbeitsausfalls ein vermindertes oder gar kein Arbeitsentgelt erhalten,
- der Arbeitsausfall vorübergehend und erheblich ist,
- die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vor allem eine ungekündigte, versicherungspflichtige Beschäftigung vorliegt) sowie
- der Arbeitsausfall der Agentur für Arbeit vom Arbeitgeber oder Betriebsrat unverzüglich schriftlich angezeigt worden ist.

Der Arbeitsausfall ist erheblich, wenn

- er auf wirtschaftlichen Gründen, insbesondere einer schlechten Konjunkturlage, oder einem unabwendbaren Ereignis (z. B. Flut) beruht.
- er vorübergehend ist.
- er nicht vermeidbar ist und
- in dem Betrieb im Anspruchszeitraum (Kalendermonat) mindestens ein Drittel der Beschäftigten betroffen sind. Der Entgeltausfall muss dabei mehr als 10 Prozent betragen.

Ein Arbeitsausfall ist vorübergehend, wenn mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit innerhalb der Bezugsdauer wieder mit dem Übergang zur Vollarbeit gerechnet werden kann.

Kurzarbeitergeld wird in der Regel durch den Betrieb ausgezahlt und auf Antrag des Arbeitgebers oder des Betriebsrates von der zuständigen Agentur für Arbeit erstattet.

Das Kurzarbeitergeld berechnet sich nach dem Nettoentgeltausfall. Sie erhalten grundsätzlich 60 Prozent des ausgefallenen pauschalierten Nettoentgelts. Lebt mindestens ein Kind mit Ihnen im Haushalt, beträgt das Kurzarbeitergeld 67 Prozent des ausgefallenen pauschalierten Nettoentgelts.

Die gesetzliche Bezugsdauer beträgt längstens 12 Monate.

Antragstellung

Kurzarbeitergeld wird auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung gezahlt. Der Antrag ist bei der zuständigen Agentur für Arbeit einzureichen.

Insolvenzgeld

Insolvenzgeld wird gezahlt, wenn der Arbeitgeber zahlungsunfähig ist und die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer ihm zustehende Arbeitsentgelte nicht erhalten hat. Anspruch auf Insolvenzgeld hat die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer für Arbeitsentgeltansprüche aus den letzten drei Monaten des Arbeitsverhältnisses vor dem Insolvenzereignis. Als Insolvenzereignis gilt

- die Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Arbeitgebers,
- die Abweisung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse oder
- die vollständige Beendigung der Betriebstätigkeit im Inland, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht gestellt worden ist und ein Insolvenzverfahren offensichtlich mangels Masse nicht in Betracht kommt.

Im Insolvenzfall übernimmt die Agentur für Arbeit anstelle des Arbeitgebers die Zahlung des Arbeitsentgelts. Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch ein Vorschuss auf das Insolvenzgeld geleistet oder der Anspruch auf das Insolvenzgeld an einen Dritten übertragen werden.

Das Insolvenzgeld wird aus Mitteln der Insolvenzgeldumlage, die monatlich allein von den Arbeitgebern aufgebracht wird, finanziert. Die Arbeitgeber fungieren damit als eine Art Haftungsgemeinschaft.

Das Insolvenzgeld entspricht in der Höhe dem rückständigen Nettoentgelt, wenn das Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze (2019: monatlich 6.700 EUR/West, 6.150 EUR/Ost) nicht übersteigt. Die Agentur für Arbeit zahlt für die letzten drei Monate auch die noch offenen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie Beiträge zur Arbeitsförderung.

Das Insolvenzgeld muss spätestens zwei Monate nach Insolvenzeröffnung, Abweisung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse oder Beendigung der Betriebstätigkeit beantragt werden.

Saison-Kurzarbeitergeld

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben in der Schlechtwetterzeit (1. Dezember – 31. März) Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld, wenn

- sie in einem Betrieb beschäftigt sind, der dem Baugewerbe angehört,
- der Arbeitsausfall erheblich ist und
- die betrieblichen sowie die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Ein Betrieb des Baugewerbes ist ein Betrieb, der gewerblich überwiegend Bauleistungen auf dem Bauproduktmarkt erbringt. Bauleistungen sind alle Leistungen, die der Herstellung, Instandsetzung, Instandhaltung, Änderung oder Beseitigung von Bauwerken dienen. Die förderfähigen Baubetriebe und die von der Förderung ausgeschlossenen Betriebe werden in der Baubetriebe-Verordnung genannt. Förderfähige Betriebe sind Betriebe des Bauhauptgewerbes, des Dachdeckerhandwerks, des Gerüstbauerhandwerks und des Garten- und Landschaftsbaus.

Die betrieblichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn in dem betroffenen Betrieb mindestens eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beschäftigt ist.

Ein Arbeitsausfall ist erheblich, wenn er auf witterungsbedingten oder wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht, vorübergehend und nicht vermeidbar ist.

Ein witterungsbedingter Arbeitsausfall liegt vor, wenn dieser ausschließlich durch zwingende Witterungsgründe verursacht ist.

Für einen Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld müssen die persönlichen Voraussetzungen für das konjunkturelle Kurzarbeitergeld erfüllt sein.

Saison-Kurzarbeitergeld wird für die Dauer des Arbeitsausfalls während der Schlechtwetterzeit (1. Dezember - 31. März), also maximal für 4 Monate, geleistet.

Die Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes entspricht der des konjunkturellen Kurzarbeitergeldes.

Saison-Kurzarbeitergeld wird auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung gezahlt. Der Antrag ist bei der zuständigen Agentur für Arbeit einzureichen.

Neben dem Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld haben gewerbliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch auf Wintergeld als Zuschuss-Wintergeld und Mehraufwands-Wintergeld. Arbeitgeber des Baugewerbes haben Anspruch auf Erstattung der von ihnen zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung, soweit für diese Zwecke Mittel aus einer Branchenumlage aufgebracht werden.

Zuschuss-Wintergeld wird in Höhe von bis zu 2,50 EUR je ausgefallener Arbeitsstunde gewährt, wenn zu deren Ausgleich Arbeitszeitguthaben aufgelöst und die Inanspruchnahme des Saison-Kurzarbeitergeldes vermieden wird.

Mehraufwands-Wintergeld wird in Höhe von 1,00 EUR für jede in der Zeit vom 15. Dezember bis zum letzten Februartag geleistete berücksichtigungsfähige Arbeitsstunde an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewährt, die auf einem witterungsabhängigen Arbeitsplatz beschäftigt sind.

Die ergänzenden Leistungen werden auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung gezahlt. Der Antrag ist bei der zuständigen Agentur für Arbeit einzureichen.

Transferleistungen

Transferleistungen dienen der Flankierung von Personalanpassungsmaßnahmen infolge von Betriebsänderungen. Durch die Transferleistungen sollen die Vermittlungsaussichten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von Arbeitsplatzabbau betroffen sind, verbessert werden. Ziel ist möglichst der Transfer aus Arbeit in Arbeit („job to job“) ohne zwischenzeitlichen Bezug von Arbeitslosengeld.

Die Entscheidung über den Einsatz von Transferleistungen obliegt den Betriebsparteien. Dies geschieht bei den Verhandlungen über einen Interessenausgleich/ Sozialplan. Üblicherweise dient der Sozialplan der Vereinbarung eines finanziellen Ausgleichs für die sich aus der Betriebsänderung ergebenden Nachteile für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Stichwort: Abfindungen).

Der Ansatz der Transferleistungen besteht darin, Anreize für den Arbeitgeber zu setzen, sich über die Zahlung von Abfindungen hinaus aktiv am Wiedereingliederungsprozess der von Arbeitslosigkeit bedrohten, bisherigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beteiligen. Die Arbeitsförderung bietet hierzu zwei verschiedene Unterstützungsleistungen: Transfermaßnahmen und Transferkurzarbeitergeld.

Transfermaßnahmen

Die Kündigungsfrist wird dazu genutzt, die von der Betriebsänderung betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf einen Transfer in eine Anschlussbeschäftigung vorzubereiten. Transfermaßnahmen sind insbesondere Maßnahmen zur Eignungsfeststellung, Outplacement-Beratung, Bewerbungstrainings, Kurzqualifikationen, Existenzgründungsberatung und -begleitung.

Arbeitnehmer, die auf Grund von Betriebsänderungen oder im Anschluss an die Beendigung eines Berufsausbildungsverhältnisses von Arbeitslosigkeit bedroht sind, haben Anspruch auf Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen, wenn

- sich die Betriebsparteien im Vorfeld der Entscheidung über die Einführung von Transfermaßnahmen durch die Agentur für Arbeit haben beraten lassen,
- die Maßnahme von einem Dritten durchgeführt wird und sich der Arbeitgeber angemessen an der Finanzierung beteiligt,
- die vorgesehene Maßnahme der Eingliederung des Arbeitnehmers in den Arbeitsmarkt dienen soll und die Durchführung der Maßnahme gesichert ist.

Die Finanzierungszusage durch den Arbeitgeber kann im Rahmen eines Sozialplans, aber auch auf Grundlage einer sonstigen kollektiv- oder individualvertraglichen Vereinbarung erfolgen. Dabei steht die Förderung grundsätzlich allen Arbeitnehmern offen, unabhängig von einer Mindestgröße ihres Betriebes.

Es wird ein Zuschuss in Höhe von 50 Prozent der erforderlichen und angemessenen Maßnahmekosten, jedoch höchstens 2.500 EUR je Förderfall gewährt. Während der Teilnahme an Transfermaßnahmen sind andere Leistungen der aktiven Arbeitsförderung mit gleichartiger Zielsetzung ausgeschlossen.

Transferkurzarbeitergeld

Ziel des Transferkurzarbeitergeldes ist es, den Wechsel der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von der bestehenden Beschäftigung bei ihrem ehemaligen Arbeitgeber in eine neue Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber ohne zwischenzeitliche Arbeitslosigkeit zu gewährleisten.

Transferkurzarbeitergeld kann grundsätzlich sowohl betriebsintern als auch betriebsextern in einer sogenannten betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit gewährt werden. Regelmäßig wird aus arbeitsrechtlichen Erwägungen die externe Lösung vorgezogen. Die vom Personalabbau betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden dabei im Rahmen eines dreiseitigen Vertrages vom bisherigen Unternehmen auf eine Transfergesellschaft überführt.

Während des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld hat die Transfergesellschaft oder der Arbeitgeber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Vermittlungsvorschläge zu unterbreiten und Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten anzubieten (z. B. Qualifizierungsmaßnahmen). Darüber hinaus können notwendige Qualifizierungen von Beschäftigten, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, und von Beschäftigten ohne Berufsabschluss durch die Agentur für Arbeit gefördert werden, wenn der Arbeitgeber mindestens 50 Prozent der Lehrgangskosten übernimmt. Die Förderung umfasst auch Weiterbildungen, die zu einem Abschluss in einem Ausbildungsberuf führen und über das Ende der Transfergesellschaft hinausgehen.

Die Höhe des Transferkurzarbeitergeldes entspricht der Höhe des Kurzarbeitergeldes. Die Bezugsdauer beträgt längstens 12 Monate.

Allgemeine Voraussetzungen

Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, wenn

- und solange sie auf Grund einer Betriebsänderung von einem dauerhaften unvermeidbaren Arbeitsausfall mit Entgeltausfall betroffen sind,
- die geforderten betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen,
- sich die Betriebsparteien im Vorfeld der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Transferkurzarbeitergeld von der Agentur für Arbeit haben beraten lassen und
- der dauerhafte Arbeitsausfall der Agentur für Arbeit vom Betrieb oder dem Betriebsrat angezeigt wird.

Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nur vorübergehend in einer betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit zusammengefasst werden, um anschließend einen anderen Arbeitsplatz in dem gleichen oder einem anderen Betrieb des Unternehmens oder, bei Konzernzugehörigkeit, in einem Betrieb eines anderen Konzernunternehmens des Konzerns zu besetzen. Ferner sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes von der Förderung ausgeschlossen mit Ausnahme der Beschäftigten von Unternehmen, die in selbständiger Rechtsform erwerbswirtschaftlich betrieben werden.

Persönliche Voraussetzungen

Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die

- von Arbeitslosigkeit bedroht sind,
- nach Beginn des Arbeitsausfalls eine bestehende versicherungspflichtige Beschäftigung fortsetzen oder eine neue versicherungspflichtige Beschäftigung im Anschluss an die Beendigung ihrer Berufsausbildung aufnehmen,
- nicht vom Kurzarbeitergeldbezug ausgeschlossen sind und
- sich vor der Überleitung in eine betriebsorganisatorisch eigenständige Einheit bei der Agentur für Arbeit arbeitsuchend gemeldet und an einer Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten (sogenannte Profilingmaßnahme) teilgenommen haben.

Betriebliche Voraussetzungen

Die betrieblichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn

- in einem Betrieb die Betriebsänderung Personalanpassungsmaßnahmen nach sich zieht,
- die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einer betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit (meist in einer Transfergesellschaft) zusammengefasst und aus dem Produktionsprozess ausgegliedert werden,
- die Organisation und Mittelausstattung der betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit den angestrebten Integrationserfolg erwarten lassen und
- ein System zur Sicherung der Qualität angewendet wird.

Wird die betriebsorganisatorisch eigenständige Einheit durch einen Dritten durchgeführt, ist eine Trägerzulassung erforderlich.

Eingliederung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern

Eingliederungszuschuss

Fördervoraussetzungen

Arbeitgeber können zur Eingliederung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt erhalten, wenn deren Vermittlung wegen in der Person liegender Umstände erschwert ist. Der Zuschuss richtet sich nach der Einschränkung der Arbeitsleistung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers und nach den Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes.

Der Eingliederungszuschuss wird auf die vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten tariflichen oder ortsüblichen Löhne und die pauschalierten Anteile an den Sozialversicherungsbeiträgen gewährt. Ein Arbeitsentgelt, das einmalig gezahlt wird, ist nicht berücksichtigungsfähig.

Höhe und Dauer der Förderung

Der Eingliederungszuschuss darf grundsätzlich 50 Prozent des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts nicht übersteigen und längstens für eine Förderdauer von zwölf Monaten erbracht werden. Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, kann die Förderdauer bis zu 36 Monate betragen.

Für behinderte oder schwerbehinderte Menschen gelten hinsichtlich Höhe und Dauer der Förderung Sonderregelungen. Die Förderhöhe kann abweichend vom oben genannten Grundsatz bis zu 70 Prozent des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts und die Förderdauer bis zu 24 Monate betragen. Für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen kann die Förderung bis zu 70 Prozent des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts und bis zu 60 Monate betragen. Bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ist auch eine Förderdauer von bis zu 96 Monaten möglich.

In die Entscheidung über Höhe und Dauer der Förderung fließt ein, ob der schwerbehinderte Mensch ohne gesetzliche Verpflichtung oder über die Beschäftigungspflicht nach dem Teil 3 des Neunten Sozialgesetzbuches hinaus eingestellt und beschäftigt wird.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die zuständige Agentur für Arbeit. Auch im Internet finden sie unter <http://www.arbeitsagentur.de> umfangreiche Informationen.

Das Bürgertelefon des BMAS zum Thema Arbeitsmarktpolitik und -förderung erreichen Sie montags bis donnerstags von 8.00 bis 20.00 Uhr unter 030/221911003.

Die Bundesagentur für Arbeit finanziert sich überwiegend aus Beiträgen. Weitere Einnahmen erhält sie aus Mitteln, die im Umlageverfahren von Arbeitgebern bzw. Berufsgenossenschaften aufgebracht werden. Beitragspflichtig sind grundsätzlich Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber. Sie teilen sich die Beiträge entsprechend dem jeweils gültigen Beitragssatz (ab 2019: 2,5 Prozent des Brutto-lohns oder -gehalts). Die Höhe des Beitrages wird durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. Im Jahr 2019 liegt sie in den alten Bundesländern bei 6.700 EUR und in den neuen Bundesländern bei 6.150 EUR pro Monat.

Die rechtlichen Grundlagen finden Sie im SGB II sowie SGB III.

Die Durchführung übernimmt die Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg mit den zugehörigen Regionaldirektionen, den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern. Die Bundesagentur ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.



Grundsicherung für Arbeitsuchende

(Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

Mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ist ein steuerfinanziertes Fürsorgesystem geschaffen worden, das darauf gerichtet ist, erwerbsfähigen Menschen in Notlagen schnelle und umfassende Hilfe und Unterstützung zur Selbsthilfe zu bieten.

Derjenige, der trotz umfassender Bemühungen keine Arbeit finden kann oder mit seiner Arbeit ein Einkommen erzielt, mit dem der Lebensunterhalt nicht gesichert ist, hat bei Vorliegen von Hilfebedürftigkeit einen Rechtsanspruch auf Arbeitslosengeld II, das auch als ergänzende (aufstockende) Leistung zum Einkommen zu gewähren ist.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende verfolgt einen haushaltsbezogenen Ansatz. Das bedeutet, dass neben dem erwerbsfähigen Leistungsberechtigten auch die mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden, nicht erwerbsfähigen Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Form von Sozialgeld erhalten.

Es gilt der Grundsatz „fördern und fordern“

Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist es, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, zu stärken und dazu beizutragen, dass sie ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Leistungsberechtigte bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können. Die Unterstützung der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit dient der schnellen und passgenauen Vermittlung der Hilfebedürftigen in Arbeit. Die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten erhalten in der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ aus einer Hand Zugang zu erforderlichen Beratungs-, Vermittlungs- und Integrationsleistungen. Den Beziehern von Arbeitslosengeld II stehen neben den spezifischen Eingliederungsleistungen des SGB II die wesentlichen Eingliederungsleistungen des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) zur Verfügung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, an einer Maßnahme der öffentlich geförderten Beschäftigung teilzunehmen. Die Betreuung durch persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner trägt dazu bei, dass personenbezogene Dienstleistungen zur Aktivierung der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten umfassend greifen können. Mit einer Eingliederungsvereinbarung werden mit dem Arbeitsuchenden verbindliche Festlegungen über die gemeinsamen Bemühungen um die Eingliederung in Arbeit getroffen, wobei auch die besonderen Lebensumstände des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und seiner Angehörigen zu berücksichtigen sind.



Die kostenlose Broschüre „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (A 430) erläutert weitere Fragen und Antworten.

Das Arbeitslosengeld II wird aus Steuern, d. h. aus Mitteln der Allgemeinheit, finanziert. Deshalb besteht ein Interesse an bestmöglichen Eingliederungshilfen, aber auch ein Anspruch auf konsequente Eigeninitiative und aktive Mitwirkung der Arbeitsuchenden selbst. Fördern und Fordern gehen gleichberechtigt Hand in Hand.

Von den Leistungsberechtigten des Arbeitslosengeldes II wird erwartet, dass sie selbst alles tun, um die Abhängigkeit von staatlicher Hilfe – und damit die finanzielle Belastung der Gemeinschaft – so schnell wie möglich zu beenden.

Wer erbringt die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende?

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden vom örtlichen Jobcenter erbracht. Es ist Ansprechpartner für die Leistungsberechtigten, zahlt die Leistungen aus und erbringt die notwendigen Hilfen.

Im Jobcenter arbeiten in der Regel die örtliche Agentur für Arbeit und die Kommune zusammen. Die beiden Behörden, die für die Leistungen letztlich verantwortlich sind. Die Arbeitsagenturen verantworten die Zahlungen der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und die Eingliederungsleistungen. Den Kommunen obliegt die Verantwortung für die angemessenen Aufwendungen für den Bedarf von Unterkunft und Heizung sowie besondere einmalige Leistungen wie die Erstausrüstung der Wohnung. Daneben sind sie verantwortlich für die Erbringung der zusätzlichen Bildungs- und Teilhabeleistungen (Bildungspaket) und flankierenden Eingliederungsleistungen (Schuldner- und Suchtberatung, psychosoziale Betreuung, Kinderbetreuung, häusliche Pflege von Angehörigen). Das Jobcenter zahlt die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Form des Arbeitslosengeldes II (Regelbedarf, Mehrbedarfe sowie angemessene Aufwendungen für die Unterkunft) grundsätzlich in einem monatlichen Gesamtbetrag aus. Insgesamt 104 Kreise bzw. kreisfreie Städte nehmen die Aufgaben in alleiniger kommunaler Verantwortung wahr (sog. zugelassene kommunale Träger).

Wer erhält Arbeitslosengeld II?

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte zwischen 15 Jahren und dem Erreichen der Regelaltersgrenze zum Bezug einer Regelaltersrente erhalten Arbeitslosengeld II. Erwerbsfähig ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich arbeiten kann. Hilfebedürftig ist, wer seinen notwendigen Lebensunterhalt und den seiner mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) und Kräften (Einsatz der Arbeitskraft) noch mit Hilfe anderer bestreiten kann.

Nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit Arbeitslosengeld II-Berechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten Sozialgeld.

Beide Leistungen (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld), die in ihren Grundbestandteilen einander entsprechen, werden monatlich im Voraus erbracht und in der Regel für jeweils zwölf Monate bewilligt. Die Bewilligungsdauer wird auf sechs Monate reduziert, wenn die Leistungen zunächst vorläufig bewilligt werden, z. B. wenn das Einkommen im Voraus noch nicht feststeht.

Haben junge Menschen Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende?

Junge Menschen unter 25 Jahren erhalten eine besondere Betreuung, damit jeder eine Chance für den Einstieg in die Berufswelt bekommt. Wer einen Antrag auf Arbeitslosengeld II stellt, soll unverzüglich unterstützt werden. Bei fehlendem Berufsabschluss sind insbesondere die Möglichkeiten zur Vermittlung in eine Ausbildung zu nutzen.

Hilfebedürftigkeit vorausgesetzt, erhalten erwerbsfähige Jugendliche ab Vollendung des 15. Lebensjahres Arbeitslosengeld II als Leistung zum Lebensunterhalt. Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit (siehe oben) kommt es nicht darauf an, ob der Jugendliche z. B. wegen Schulbesuchs keine Erwerbstätigkeit verrichten kann, sondern ob er theoretisch imstande ist, eine solche Arbeit zu verrichten. Während der Ausbildung kann das Arbeitslosengeld II weiter erbracht werden, wenn Ausbildungsvergütung und Ausbildungsförderung nicht für den Lebensunterhalt ausreichen.

Welche Leistungen zur Eingliederung in Arbeit können erbracht werden?

Um die (Wieder)Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen, steht eine Vielzahl von verschiedenen Eingliederungsleistungen zur Verfügung, insbesondere

- Leistungen aus dem Vermittlungsbudget zur Förderung der Anbahnung oder Aufnahme einer Beschäftigung,
- Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- Förderung der beruflichen Weiterbildung, einschließlich des Nachholens des Hauptschulabschlusses,
- Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen an Arbeitgeber,
- Förderung der beruflichen Weiterbildung beschäftigter Arbeitnehmer,
- Förderung der Berufswahl und Berufsausbildung,
- kommunale Eingliederungsleistungen (z. B. Kinderbetreuung, Sucht- und Schuldnerberatung),
- Einstiegsgeld,
- Leistungen zur Eingliederung von Selbstständigen,
- Arbeitsgelegenheiten,
- Förderung der Eingliederung von Langzeitarbeitslosen
- Förderung der Teilhabe am Arbeitsmarkt.

Förderung von Langzeitarbeitslosen

Die Bundesregierung hat sich in dieser Legislaturperiode das Ziel gesetzt, die Integration von Langzeitarbeitslosen durch einen ganzheitlichen Ansatz zu verbessern. Aufbauend auf den Erfahrungen der Initiativen aus der letzten Legislaturperiode sollen mit dem Gesamtkonzept „MitArbeit“ die Qualifizierung, Vermittlung und (Re-)Integration vorangetrieben und die Beschäftigungsfähigkeit von Langzeitarbeitslosen durch intensive Betreuung, individuelle Beratung sowie wirksame Förderung verbessert und den Menschen zugleich konkrete Beschäftigungsoptionen angeboten werden. Zu diesem Zwecke wurden in einem ersten Schritt zwei neue Instrumente („Eingliederung von Langzeitarbeitslosen, § 16e SGB II“ und „Teilhabe am Arbeitsmarkt, § 16i SGB II“) mit dem Teilhabechancengesetz (10. SGB II-Änderungsgesetz), welches am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, in das SGB II aufgenommen.

Eingliederung von Langzeitarbeitslosen (§ 16e SGB II)

Gefördert werden können Arbeitsverhältnisse für Personen, die seit mindestens zwei Jahren arbeitslos sind. Die Förderdauer beträgt 24 Monate. Im ersten Jahr der Förderung beträgt der Lohnkostenzuschuss pauschal 75 Prozent und im zweiten Förderjahr 50 Prozent des zu berücksichtigenden Arbeitsentgeltes. Zur Stabilisierung der Beschäftigung findet eine beschäftigungsbegleitende Betreuung des Arbeitnehmers durch das Jobcenter oder Dritte statt. Ziel ist es, dass der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin nach Ablauf des Förderzeitraums durch die gewonnenen Berufserfahrungen eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufnehmen kann.

Teilhabe am Arbeitsmarkt (§ 16i SGB II)

Für sehr arbeitsmarktferne langzeitarbeitslose Personen, die über 25 Jahre alt sind und bereits mehrere Jahre Leistungen nach dem SGB II bezogen haben sowie in dieser Zeit trotz vielfältiger Anstrengungen nicht oder nur kurzzeitig integriert werden konnten, wird mit dem neuen Regelinstrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ in § 16i SGB II, eine längerfristige öffentlich geförderte Beschäftigung mit dem Ziel sozialer Teilhabe ermöglicht. Gefördert werden sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse. Die Kriterien Zusätzlichkeit, öffentliches Interesse und Wettbewerbsneutralität finden keine Anwendung. Die Förderung der Arbeitsverhältnisse ist für bis zu fünf Jahre möglich. In den ersten beiden Jahren wird ein Zuschuss von 100 Prozent des gesetzlichen Mindestlohns gezahlt; dieser sinkt ab dem dritten Jahr um zehn Prozentpunkte jährlich. Ist der Arbeitgeber durch oder auf Grund eines Tarifvertrages oder einer kirchenrechtlichen Regelung verpflichtet einen höheren Lohn zu zahlen, wird dieser zur Bemessungsgrundlage des Lohnkostenzuschusses herangezogen. Zur Erleichterung der Anbahnung des Arbeitsverhältnisses, zur Stabilisierung dessen sowie zur Verhinderung vorzeitiger Abbrüche erhalten Teilnehmende zudem eine ganzheitliche beschäftigungsbegleitende Betreuung („Coaching“). Angemessene Zeiten einer erforderlichen Weiterbildung oder eines betrieblichen Praktikums bei einem anderen Arbeitgeber sind ebenso förderfähig. Dazu kann der Arbeitgeber je Förderfall Zuschüsse zu den Weiterbildungskosten von insgesamt bis zu 3 000 Euro erhalten.

Muss jede Arbeit angenommen werden?

Grundsätzlich ist die Aufnahme jeder Arbeit zumutbar. Dies ist in § 10 SGB II geregelt. Ausnahmen gelten zum Beispiel, wenn der Beschäftigung körperliche, geistige oder seelische Gründe entgegenstehen oder wenn Beschäftigungen wegen zu geringer Bezahlung als sittenwidrig anzusehen wären. Auch die Betreuung von Kindern unter drei Jahren oder die Pflege von Angehörigen können Gründe für die Ablehnung einer Arbeit sein. Außerdem können sonstige wichtige Gründe geltend gemacht werden, insbesondere der Besuch einer allgemeinbildenden Schule.

Wer eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Eingliederungsmaßnahme ablehnt, obwohl diese zumutbar ist, muss mit Kürzungen und im Wiederholungsfalle ggf. mit dem Wegfall des Arbeitslosengeldes II rechnen.

Für drei Monate können in einer ersten Stufe die Geldleistungen um einen Betrag in Höhe von 30 % des maßgebenden Regelbedarfs gemindert werden. Kommt es innerhalb eines Jahres drei Mal zu einer Pflichtverletzung, entfällt der Leistungsanspruch auf das Arbeitslosengeld II. Bei jungen Menschen unter 25 Jahren gelten verstärkte Sanktionsmöglichkeiten, da das Arbeitslosengeld II bereits bei der zweiten Pflichtverletzung vollständig gekürzt wird. Erklärt sich der erwerbsfähige Leistungsberechtigte nachträglich bereit, seinen Verpflichtungen nachzukommen, kann die Sanktion abgemildert werden. Bei Jugendlichen bedeutet dies, dass unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls ab diesem Zeitpunkt der Bedarf für die Kosten für Unterkunft und Heizung wieder erbracht werden kann bzw. der Sanktionszeitraum auf sechs Wochen verkürzt werden kann.

Bei einer Kürzung um mehr als 30 % kann das Jobcenter auf Antrag in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen (Gutscheine) erbringen. Sachleistungen müssen erbracht werden, wenn Leistungsberechtigte mit minderjährigen Kindern in einem Haushalt leben.

Höhe, Dauer und Auszahlung des Arbeitslosengeldes II

Bei der Leistungsbemessung des Arbeitslosengeldes II ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um eine nachrangige Fürsorgeleistung handelt. Das bedeutet, dass Sozialleistungen anderer Träger vorrangig in Anspruch zu nehmen sind und einzusetzendes Einkommen unter Berücksichtigung von Freibeträgen und Vermögen unter Beachtung von Schonvermögen den Anspruch auf Arbeitslosengeld II mindern.

Schließlich orientiert sich das Niveau der Geldleistung Arbeitslosengeld (ALG II) am konkreten Bedarf der betroffenen erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person und der mit ihm in Bedarfsgemeinschaft zusammenlebenden Angehörigen (Ehe/Partner sowie Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres).

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über die Arbeitsmarktpolitik und -förderung unter 030/221911003.

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte erhalten als Arbeitslosengeld II Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes in Form des maßgebenden Regelbedarfs sowie eines eventuellen Mehrbedarfs einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung.

Der Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhaltes für erwerbsfähige Leistungsberechtigte umfasst neben dem Bedarf an Ernährung, Körperpflege, Hausrat und den Bedürfnissen des täglichen Lebens auch Beziehungen zur Umwelt und Teilnahme am kulturellen Leben. Der Regelbedarf deckt laufende und einmalige Bedarfe (Ersatzbeschaffung) ab.

Seit dem 01.01.2019 gilt ein maßgebender Regelbedarf für Alleinstehende, Alleinerziehende und Arbeitsuchende, deren Partner unter 18 ist, in Höhe von 424 EUR pro Monat. Sind beide Partner volljährig, werden jeweils 382 EUR monatlich als maßgebender Regelbedarf berücksichtigt.

Für Kinder und Jugendliche ist der maßgebende Regelbedarf nach Altersstufen festgelegt worden. Für die Altersstufe bis unter 6 Jahre sind 245 EUR, von 6 bis unter 14 Jahren 302 EUR, von 14 bis unter 18 Jahren 322 EUR und von 18 Jahren bis unter 25 Jahren 339 EUR monatlich in Ansatz zu bringen.

Zusätzlich zu den maßgebenden Regelbedarfen für Kinder und Jugendliche werden Bildungs- und Teilhabeleistungen – das sogenannte Bildungspaket – erbracht.

Das Bildungspaket umfasst folgende Leistungen:

- tatsächliche Aufwendungen für eintägige und mehrtägige Schul- und Kitaausflüge,
- Leistungen für den persönlichen Schulbedarf i. H. v. 70 EUR zum 1. August und 30 EUR zum 1. Februar eines jeden Jahres,
- Kosten für die Schülerbeförderung, soweit sie erforderlich sind (zumutbare Eigenbelastung 5 EUR) und nicht bereits von Dritten getragen werden,
- Leistungen für eine schulnahe Lernförderung unter bestimmten Voraussetzungen,
- Mehrkosten bei Teilnahme an gemeinschaftlichen Mittagessen (Eigenanteil 1 EUR pro Kind) in Schule, in Kitas und in der Kindertagespflege und
- ein monatliches Teilhabebudget im Wert von bis zu 10 EUR für soziale Teilhabe.

Diese Leistungen werden auch für Kinder zur Verfügung gestellt, für die ein Kinderzuschlag oder Wohngeld gewährt wird.

Den Leistungsberechtigten wird hiermit eine pauschalierte Geldleistung für alle zum notwendigen Bedarf gehörenden Güter zur Verfügung gestellt.

Zusätzliche Aufwendungen (Mehrbedarf), die nicht vom Regelbedarf abgedeckt sind, werden für bestimmte Lebenssituationen und besondere Umstände übernommen

1. für werdende Mütter ab der 13. Schwangerschaftswoche,
2. für Alleinerziehende abhängig vom Alter und der Anzahl der Kinder,
3. bei erwerbsfähigen Menschen mit Behinderungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. für Ernährung (wenn eine kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen nachweislich erforderlich ist),
5. für im Einzelfall unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmalig besonderen Bedarf (Härtefallregelung),
6. für eine erforderliche dezentrale Warmwassererzeugung (Gas- oder Stromtherme).

Die Summe der anerkannten Mehrbedarfe zum Lebensunterhalt nach Punkten 1. bis 4. darf die Höhe des jeweils maßgebenden Regelbedarfs nicht überschreiten.

Die monatliche Geldleistung stellt ein Budget dar, mit dem selbständig und damit auch eigenverantwortlich gewirtschaftet werden kann. Soweit Leistungen dennoch nicht ausreichen, können ergänzende Darlehen unter bestimmten Voraussetzungen in Betracht kommen.

Zusätzlich zum Regelbedarf werden gesondert Leistungen erbracht für

1. die Erstausrüstung der Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
2. die Erstausrüstung von Bekleidung und Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt sowie
3. Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Schuhen, für Reparatur bzw. Miete von therapeutischen Geräten.

Anspruch auf die drei genannten gesonderten Leistungen besteht auch dann, wenn wegen fehlender Hilfebedürftigkeit keine Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes gezahlt werden, das Einkommen aber nicht ausreicht, um den besonderen Bedarf abzudecken.

Kosten der Unterkunft: Die angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung werden von den Kommunen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft im Rahmen des Arbeitslosengeldes II/Sozialgeldes als Bedarf anerkannt. Dazu gehören auch die Aufwendungen für Kalt- und Warmwasser und Abwasser. Auch Mietschulden können in Form eines Darlehens übernommen werden, wenn ansonsten Wohnungslosigkeit einzutreten droht. Über die Angemessenheit entscheiden die Kommunen in eigener Zuständigkeit. Erhalten Sie Arbeitslosengeld II, bei dem die Aufwendungen der Unterkunft berücksichtigt worden sind, besteht kein Anspruch auf Wohngeld mehr.

Wer in einer unangemessen großen oder teuren Wohnung lebt, bekommt die Aufwendungen zunächst für maximal sechs Monate berücksichtigt, wenn es nicht möglich oder zumutbar ist, vorher umzuziehen oder die Mietkosten z. B. durch Untervermietung zu senken. Nach Ablauf der sechs Monate ist im Einzelfall zu entscheiden, ob nur noch der angemessene Anteil der Aufwendungen berücksichtigt wird.

Wird aufgrund der Unangemessenheit der Aufwendungen für die Unterkunft ein Wohnungswechsel notwendig, übernimmt die Kommune auch die Kosten für den Umzug. Dies gilt auch dann, wenn der Umzug aus anderen Gründen notwendig ist und eine Unterkunft sonst nicht in einem angemessenen Zeitraum gefunden werden kann.

Jeweils maßgebender Regelbedarf

Alleinstehende/r Alleinerziehende/r	Sonstige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft				
	Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebens- jahres	Kinder ab Beginn des 7. Lebens- jahres bis zur Vollendung des 14. Lebens- jahres	Kinder ab Beginn des 15. Lebens- jahres bis zur Vollendung des 18. Lebens- jahres	Kinder ab Beginn des 19. Lebens- jahres bis zur Vollendung des 25. Lebens- jahres	Partner/in ab Vollendung des 18. Lebens- jahres
424 €	245 €	302 €	322 €	339 €	382 €

Beiträge zur Sozialversicherung

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte sind während des Bezuges von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind Bezieher von Arbeitslosengeld II, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Dazu gehören Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert waren oder Personen, die vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und hauptberuflich selbständig oder versicherungsfrei waren (z. B. als Beamte). Diese Personen unterliegen stattdessen der Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung und haben in der Regel Zugang zum dortigen Basis-tarif. Privat krankenversicherte Leistungsberechtigte erhalten einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen. Bezieherinnen und Bezieher von Sozialgeld sind in der Regel als Familienversicherte kranken- und pflegeversichert.

Vermeidung von Hilfebedürftigkeit durch den Kinderzuschlag

Eltern, die mit ihrem Einkommen oder Vermögen zwar ihren eigenen Lebensunterhalt sicherstellen können, nicht aber den Lebensunterhalt ihrer Kinder, können den sogenannten Kinderzuschlag für diese erhalten. Durch den Kinderzuschlag wird verhindert, dass Eltern allein wegen des Unterhalts der Kinder Arbeitslosengeld II-/Sozialgeld-Leistungen beantragen müssen.

Der Zuschlag kann pro Kind bis zu 170 EUR pro Monat betragen. Er wird bei der Familienkasse beantragt, die auch das Kindergeld auszahlt. Bis zu welchem Einkommen Familien den Kinderzuschlag erhalten können, hängt von der Höhe der Miete und ggf. vorhandenen Ansprüchen auf Mehrbedarfe ab.

Übersteigt das Einkommen der Eltern den eigenen Bedarf, bleibt von dem übersteigenden Einkommen 50 % anrechnungsfrei. Das verbleibende Einkommen mindert den Kinderzuschlag. Der Kinderzuschlag wird in der Regel für jeweils sechs Monate bewilligt. Folgebewilligungen sind bei Vorliegen der Voraussetzungen möglich.





Arbeitsrecht

Zentrale Aufgabe des Arbeitsrechts ist der Schutz von Arbeitnehmern. Arbeitnehmer sind als unselbstständige Beschäftigte in der Regel wirtschaftlich und – im Rahmen des Arbeitsvertrags – persönlich vom Arbeitgeber abhängig. Deshalb benötigen sie einen besonderen Schutz, den ihnen das Arbeitsrecht gewährt. Der Grundgedanke des Arbeitsrechts ist, einen fairen Interessenausgleich zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern herbeizuführen. Die Hauptaufgabe des Arbeitsrechts besteht darin, die Arbeitnehmer vor Beeinträchtigung ihrer Persönlichkeit, vor wirtschaftlichen Nachteilen und vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen, die die Leistung von abhängiger Arbeit mit sich bringt. Leiharbeiter stehen in einem Arbeitsverhältnis zu einem Unternehmen (Verleiher) und werden von diesem an ein anderes Unternehmen (Entleiher) überlassen. Der Verleiher bleibt weiterhin ihr Vertragsarbeitgeber. Leiharbeiter sind aber während der Überlassungszeit in die Arbeitsorganisation des Entleihers eingegliedert und unterliegen seinen Weisungen. Aufgrund dieses Dreiecksverhältnisses sind sie besonders schutzbedürftig. Dem wird durch das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz Rechnung getragen. Für in Heimarbeit Beschäftigte, die in besonderem Maße wirtschaftlich von ihren Auftraggebern abhängig sind, gelten die arbeitsrechtlichen Vorschriften entsprechend – teilweise kraft besonderer gesetzlicher Regelung, teilweise analog. Dabei unterscheidet man zwischen zwei Unterformen des Arbeitsrechts: Das Individual-Arbeitsrecht regelt das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Das kollektive Arbeitsrecht regelt das Recht der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände auf betrieblicher und vor allem überbetrieblicher Ebene.

Was leistet das Individual-Arbeitsrecht?

Im Mittelpunkt des Individual-Arbeitsrechts steht das einzelne Arbeitsverhältnis, das sich aus dem Arbeitsvertrag ergibt, den Sie und Ihr Arbeitgeber miteinander abgeschlossen haben.

Der Arbeitsvertrag gibt in erster Linie Antworten auf zwei wichtige Fragen: Welche Arbeitsleistung müssen Sie erbringen, und welches Entgelt steht Ihnen dafür zu?



Die kostenlose Broschüre „Entgeltfortzahlung“ (A 164) des BMAS klärt Arbeitgeber und Arbeitnehmer über ihre Rechte und Pflichten auf.

Darüber hinaus kann der Arbeitsvertrag weitere Rechte und Pflichten festlegen, die die Arbeitsbedingungen insgesamt regeln. Bestimmte Mindeststandards von Arbeitsbedingungen sind in verschiedenen Gesetzen verankert wie dem Bundesurlaubsgesetz (BUrlG), dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG), dem Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG), dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG). Das TzBfG räumt Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit der Arbeitszeitreduzierung ein. Diese kann auch zeitlich begrenzt beantragt werden (Brückenteilzeit). Teilzeitbeschäftigte dürfen nach dem TzBfG nicht schlechter behandelt werden als Vollzeitbeschäftigte, es sei denn, es gibt für eine unterschiedliche Behandlung einen sachlichen Grund. Das PflegeZG und das FPfZG bieten Beschäftigten unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung unter vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeitsleistung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) bietet mit seinem Benachteiligungsverbot aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität einen Mindestschutz vor Diskriminierungen in Beschäftigung und Beruf.

Die gesetzlich garantierten Mindeststandards gelten grundsätzlich für alle Arbeitnehmer unabhängig davon, ob sie befristet, in Teilzeit, auch als Minijobber, oder als Leiharbeiter beschäftigt werden.



Mit der kostenlosen DVD „Teilzeitrechner“ (D 132) können Sie Ihre individuelle Teilzeit und Ihren Verdienst ausrechnen.

Das Arbeitsrecht ermöglicht es Arbeitgebern und Arbeitnehmern durch den Arbeitsvertrag oder auch durch einen Tarifvertrag (siehe „Tarifvertragsrecht“) oberhalb der gesetzlichen Mindeststandards günstigere Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Gesetzlich geregelt sind auch die Kündigungsfristen. Die Grundkündigungsfrist, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber einhalten müssen, beträgt vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats. Je länger ein Arbeitnehmer einem Betrieb angehört, desto länger ist auch die Kündigungsfrist, die der Arbeitgeber bei einer Kündigung einhalten muss. So beträgt die vom Arbeitgeber einzuhaltende Kündigungsfrist einen Monat zum Ende eines Kalendermonats, wenn der Arbeitnehmer bereits zwei Jahre in einem Betrieb arbeitet. Sie erhöht sich nach 5-, 8-, 10-, 12- und 15-jähriger Betriebszugehörigkeit um jeweils einen Monat. Nach 20-jähriger Betriebszugehörigkeit beträgt die Kündigungsfrist sieben Monate zum Ende eines Kalendermonats.

Ein Tarifvertrag kann eine längere oder kürzere Frist festlegen. Im Arbeitsvertrag kann – abgesehen von der vereinbarten Anwendung einer tarifvertraglichen Kündigungsfrist – grundsätzlich nur eine längere Kündigungsfrist vereinbart werden. Ausnahme: Einzelvertraglich kann in den ersten drei Monaten einer Aushilfstätigkeit auch eine kürzere Kündigungsfrist vereinbart werden. In Kleinbetrieben mit nicht mehr als 20 Arbeitnehmern kann einzelvertraglich die 4-wöchige Grundkündigungsfrist ohne festen Kündigungstermin vereinbart werden (also nicht nur zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats). Die Kündigungsfrist darf jedoch für den Arbeitnehmer nicht länger sein als für den Arbeitgeber.

Eine ordentliche (fristgemäße) Kündigung ist nach dem Kündigungsschutzgesetz (KSchG) sozial gerechtfertigt und rechtswirksam, wenn sie durch Gründe, die in der Person oder in dem Verhalten des Arbeitnehmers liegen oder durch dringende betriebliche Erfordernisse, die einer Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers im Betrieb entgegenstehen, bedingt ist. Ob das Kündigungsschutzgesetz auf ein Arbeitsverhältnis Anwendung findet, hängt von der Größe des Betriebes (oder der Verwaltung) und vom Beginn des Arbeitsverhältnisses ab.

- Hat das Arbeitsverhältnis am 1. Januar 2004 oder danach begonnen, findet das Kündigungsschutzgesetz Anwendung, wenn in dem Betrieb in der Regel mehr als zehn Arbeitnehmer beschäftigt sind.
- Hat das Arbeitsverhältnis bereits am 31. Dezember 2003 bestanden, findet das Kündigungsschutzgesetz Anwendung, wenn in dem Betrieb am 31. Dezember 2003 in der Regel mehr als fünf Arbeitnehmer beschäftigt waren, die zum Zeitpunkt der Kündigung des Arbeitsverhältnisses noch im Betrieb beschäftigt sind. Arbeitnehmer, die nach dem 31. Dezember 2003 neu eingestellt worden sind, werden hierbei nicht mitgezählt.

Bei der Berechnung der Arbeitnehmerzahl werden Teilzeitbeschäftigte anteilig, Auszubildende nicht berücksichtigt. Im Betrieb beschäftigte Leiharbeiter sind zu berücksichtigen, wenn ihr Einsatz auf einem „in der Regel“ vorhandenen Personalbedarf beruht.



Die kostenlose Broschüre „Teilzeit - Alles was Recht ist“ (A 263) können Sie beim BMAS bestellen.



Die kostenlose Broschüre „Kündigungsschutz“ (A 163) informiert Arbeitgeber wie Arbeitnehmer.

Die Anwendung des Kündigungsschutzgesetzes setzt auch voraus, dass das Arbeitsverhältnis des Arbeitnehmers zum Zeitpunkt der Kündigung in dem selben Betrieb oder Unternehmen ununterbrochen länger als sechs Monate bestanden hat (Wartezeit).

Liegt ein wichtiger Grund vor, kann ein Arbeitsverhältnis auch außerordentlich (fristlos) gekündigt werden.

Will ein Arbeitnehmer geltend machen, dass eine Kündigung sozial ungerechtfertigt oder aus anderen Gründen rechtsunwirksam ist, muss er innerhalb von drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung Klage beim zuständigen Arbeitsgericht erheben.



Die kostenlose Broschüre „Arbeitsrecht - Informationen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber“ (A 711) informiert über Rechte und Pflichten.

Schwerbehinderte Menschen sind besonders gegen Kündigungen geschützt. So muss das Integrationsamt grundsätzlich jeder Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber vorher zustimmen, da ansonsten die Kündigung unwirksam ist. Außerdem ist die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, die der Arbeitgeber ohne eine Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausspricht, ebenfalls unwirksam.

Im Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) sind die Voraussetzungen für die Befristung von Arbeitsverträgen und die Rechtsfolgen bei unwirksamer Befristung geregelt. Ein befristeter Arbeitsvertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Ablauf der vereinbarten Zeit oder mit Erreichen des Zwecks. Eine fristgemäße Kündigung des befristeten Arbeitsvertrages vor Ablauf der vereinbarten Zeit ist zulässig, wenn die Kündigungsmöglichkeit im Arbeitsvertrag oder anwendbaren Tarifvertrag vereinbart ist. Innerhalb von drei Wochen nach dem vereinbarten Ende eines befristeten Arbeitsvertrages muss der Arbeitnehmer Klage beim Arbeitsgericht erheben, wenn er die Rechtsunwirksamkeit der Befristung eines Arbeitsvertrages geltend machen will.

Die Schriftform von Kündigungen, Auflösungsverträgen sowie der Befristung von Arbeitsverträgen ist Voraussetzung für deren Wirksamkeit.

Was leistet das kollektive Arbeitsrecht?

Das kollektive Arbeitsrecht gliedert sich in zwei Ebenen:

- Das Tarifvertragsrecht, auf dessen Ebene sich Gewerkschaften, Arbeitgebervereinigungen und einzelne Arbeitgeber begegnen.
- Das Betriebsverfassungsrecht, auf dessen Ebene sich Arbeitgeber und Belegschaft im einzelnen Betrieb treffen.

Das Tarifvertragsrecht

Die Tarifautonomie gehört zum verfassungsrechtlich geschützten Betätigungsrecht von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden. Sie berechtigt die Tarifpartner zum Abschluss von Tarifverträgen in eigener Verantwortung.

Für die meisten Arbeitsverhältnisse sind tarifvertragliche Arbeitsbedingungen maßgeblich. Allein diese Tatsache verdeutlicht schon, welche überragende Bedeutung die Tarifautonomie bei uns hat.

Ein Tarifvertrag wird zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen (auch Koalitionen genannt) oder auch zwischen Gewerkschaften und einem einzelnen Arbeitgeber abgeschlossen. Er ist das wichtigste Instrument, das die Tarifpartner haben, um die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder zu fördern und die Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen zu gestalten. Tarifverträge erfüllen drei wesentliche Funktionen:

1. Schutzfunktion

Der Tarifvertrag schützt Sie als Arbeitnehmer davor, dass Ihre Arbeitsbedingungen einseitig durch den Arbeitgeber festgelegt werden – denn: Der Arbeitsvertrag darf die im Tarifvertrag festgelegten Arbeitsbedingungen nicht unterschreiten (Mindestarbeitsbedingungen).

2. Ordnungsfunktion

Der Tarifvertrag gibt während seiner Geltungsdauer allen Arbeitsverhältnissen, die von ihm erfasst werden, einen bestimmten Inhalt.

3. Friedensfunktion

Solange ein Tarifvertrag gilt, dürfen die Arbeitnehmer nicht streiken, um neue Forderungen hinsichtlich der tarifvertraglich vereinbarten Gegenstände durchzusetzen.

Beispiele für tarifvertragliche Regelungen sind:

- die Höhe des Arbeitsentgeltes,
- die Arbeitszeit,
- die Dauer des Urlaubs,
- Kündigungsfristen.

Einen Anspruch auf die tarifvertraglich geregelten Arbeitsbedingungen, also z. B. auf den tariflichen Lohn, haben Sie nicht automatisch. Er besteht nach dem Tarifvertragsgesetz nur dann,

- wenn sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer den Verbänden (Arbeitgeberverband, Gewerkschaft) angehören, die den Tarifvertrag miteinander schließen (falls nicht bei einem sogenannten Firmentarifvertrag der Arbeitgeber selbst Tarifvertragspartei ist), oder
- wenn der Tarifvertrag für allgemein verbindlich erklärt worden ist. Voraussetzung ist dabei natürlich, dass das betreffende Arbeitsverhältnis unter den Geltungsbereich des Tarifvertrags fällt.

Davon abgesehen können Arbeitgeber und Arbeitnehmer in einem Einzelarbeitsvertrag vereinbaren, dass tarifvertragliche Regelungen angewendet werden; dem steht es gleich, wenn die Anwendung von tarifvertraglichen Regelungen betriebsüblich ist.

Tarifliche Wochenarbeitszeit

Arbeitszeit in Stunden	% der Arbeitnehmer							
	2015	2012	2008	2005	1998	1985	1980	1975
35	19,0	19,9	19,7	20,5	19,8	18,8	-	-
36	2,8	3,0	2,7	2,8	2,3	0,9	-	-
36,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,6	0,3	-	-
37	5,5	5,8	6,0	6,8	6,8	9,0	-	-
37,5	12,0	12,6	13,0	12,5	12,7	12,6	-	-
38	9,8	10,3	10,9	11,0	10,0	6,9	-	-
38,5	20,2	21,1	21,9	22,7	21,1	20,6	-	-
39	16,7	18,1	14,3	13,4	17,0	18,3	-	-
39,5	0,2	0,2	0,2	0,7	0,2	0,2	-	-
40	13,0	7,9	8,6	9,0	9,2	12,3	94,0	90,6
41	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	1,4	1,6
41,5	-	-	-	-	-	-	-	0,7
42	-	-	-	-	-	-	3,5	1,5
42,5	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4
43	-	-	-	-	-	-	0,7	1,6
44	-	-	-	-	-	-	2,7	-
45	-	-	-	-	-	-	-	0,9
Durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden)	37,64	37,63	37,59	37,64	37,65	37,80	40,12	40,27

Das Betriebsverfassungsrecht

Das Betriebsverfassungsrecht regelt innerbetrieblich das Verhältnis zwischen Belegschaft und Arbeitgeber. Der Grundgedanke ist dabei, dass Arbeitgeber und Betriebsrat gemeinsam mit den im Betrieb vertretenen Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen vertrauensvoll zusammenarbeiten – zum Wohle der Arbeitnehmer und des Betriebs.

Der Betriebsrat wird von der Belegschaft gewählt. Er nimmt zunächst einmal eine Reihe allgemeiner Aufgaben wahr. Beispielsweise wacht er darüber, dass die zugunsten der Arbeitnehmer geltenden Gesetze, Verordnungen, Unfallverhütungsvorschriften, Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen auch eingehalten bzw. durchgeführt werden.

Daneben muss der Betriebsrat bei sozialen, personellen und wirtschaftlichen Angelegenheiten beteiligt werden.

Diese Beteiligungsrechte gliedern sich nach ihrer Stärke in

- Mitbestimmungsrechte und
- Mitwirkungsrechte.

Die Mitbestimmung ist die stärkste Form der Beteiligung. Hat der Betriebsrat ein solches Mitbestimmungsrecht, kann der Arbeitgeber nur dann entscheiden und handeln, wenn der Betriebsrat zustimmt. Aber was geschieht, wenn der Betriebsrat seine Zustimmung verweigert? Dann entscheidet die Einigungsstelle. Sie besteht aus einer gleichen Anzahl von Beisitzern, die vom Arbeitgeber und Betriebsrat bestellt werden, und einem unparteiischen Vorsitzenden, auf dessen Person sich beide Seiten einigen müssen.

Wenn der Betriebsrat lediglich ein Mitwirkungsrecht hat, muss der Arbeitgeber den Betriebsrat entweder informieren, ihn anhören oder die entsprechenden Angelegenheiten mit ihm beraten.

Näheres zum Betriebsverfassungsrecht lesen Sie im Kapitel „Betriebsverfassung“.

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Arbeitsrecht unter 030/221911004.

Gesetze

Das Arbeitsrecht ergibt sich aus einer Reihe von Einzelgesetzen. Dazu gehören beispielsweise

- Bürgerliches Gesetzbuch,
- Kündigungsschutzgesetz,
- Bundesurlaubsgesetz,
- Mutterschutzgesetz,
- Entgeltfortzahlungsgesetz,
- Nachweisgesetz,
- Arbeitszeitgesetz,
- Familienpflegezeitgesetz,
- Jugendarbeitsschutzgesetz,
- Gewerbeordnung,
- Tarifvertragsgesetz,
- Teilzeit- und Befristungsgesetz,
- Betriebsverfassungsgesetz,
- Sprecherausschussgesetz,
- Montan-Mitbestimmungsgesetz,
- Drittelbeteiligungsgesetz,
- Mitbestimmungsgesetz,
- Pflegezeitgesetz,
- Arbeitnehmer-Entsendegesetz,
- Mindestlohngesetz,
- Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz.

Wichtig:

Für den öffentlichen Dienst gelten die Personalvertretungsgesetze des Bundes und der Länder anstelle des Betriebsverfassungsgesetzes.



Betriebsverfassung

In welchem Maße können der einzelne Arbeitnehmer und die betriebliche Arbeitnehmervertretung mitwirken und mitbestimmen? Welche Rechte haben die Gewerkschaften im Rahmen der Betriebsverfassung? Diese Fragen beantwortet das Betriebsverfassungsgesetz. Es regelt die innerbetriebliche Ordnung.

Das Betriebsverfassungsgesetz lässt die Arbeitnehmer an Entscheidungen im Betrieb teilhaben. Die Beteiligungsrechte der Beschäftigten erstrecken sich praktisch auf das gesamte betriebliche Geschehen und betreffen soziale, personelle und wirtschaftliche Angelegenheiten. So schafft das Gesetz demokratische Verhältnisse in den Betrieben und erweitert die Möglichkeiten, das Arbeitsleben humaner zu gestalten.

Rechte

Als Arbeitnehmer haben Sie viele fest umrissene Rechte. Beispielsweise haben Sie in Fragen, die sich unmittelbar auf Ihren persönlichen Arbeitsplatz beziehen, Informations- und Anhörungsrechte. So können Sie

- verlangen, dass Sie darüber unterrichtet werden, wie sich neue Techniken auf Ihren Arbeitsplatz auswirken,
- Ihre Personalakte einsehen,
- sich Ihre Leistungsbeurteilung erläutern lassen oder
- sich erklären lassen, wie sich Ihr Arbeitsentgelt zusammensetzt.

Wenn Sie sich ungerecht behandelt oder benachteiligt fühlen, können Sie sich beschweren – auf Ihren Wunsch mit Unterstützung des Betriebsrats, der Ihre Interessen gegenüber dem Arbeitgeber vertritt.

Betriebsrat und Arbeitgeber sollen vertrauensvoll zusammenarbeiten – zum Wohl der Arbeitnehmer und des Betriebs. Dabei sollen sie mit den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden kooperieren.

Zusammensetzung des Betriebsrats

Wie groß der Betriebsrat ist, richtet sich nach der Anzahl der im Betrieb Beschäftigten. So wählen:

- Betriebe mit 5 bis 20 wahlberechtigten Arbeitnehmern = 1 Person,
- Betriebe mit 21 bis 50 Wahlberechtigten = 3 Mitglieder,
- Betriebe mit 51 bis 100 Wahlberechtigten = 5 Mitglieder.

Größere Betriebe haben mehr Betriebsratsmitglieder.

Wenn es in einem Unternehmen mehrere Betriebsräte gibt, muss ein Gesamtbetriebsrat gebildet werden. Bestehen in einem Konzern mehrere Gesamtbetriebsräte, kann ein Konzernbetriebsrat gebildet werden. Entsprechendes gilt für mehrere Jugend- und Auszubildendenvertretungen.

In Unternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten, in denen ein Betriebsrat besteht, muss ein Wirtschaftsausschuss gebildet werden. Der Wirtschaftsausschuss hat umfangreiche Unterrichts- und Beratungsrechte in wirtschaftlichen Fragen. Seine Mitglieder werden vom Betriebsrat bestimmt.

Das Geschlecht, das in der Belegschaft in der Minderheit ist, muss mindestens entsprechend seinem zahlenmäßigen Verhältnis im Betriebsrat vertreten sein. Diese so genannte „Mindest-Klausel“ gilt für alle Betriebsräte mit mindestens drei Mitgliedern.

Besteht der Betriebsrat aus neun oder mehr Mitgliedern, bildet er einen Betriebsausschuss, der die laufenden Geschäfte führt.

An den Sitzungen des Betriebsrats können unter bestimmten Voraussetzungen auch Beauftragte der Gewerkschaften teilnehmen, die im Betriebsrat vertreten sind.

In welchen Betrieben kann ein Betriebsrat gebildet werden?

Wenn in einem Betrieb der privaten Wirtschaft wenigstens fünf Arbeitnehmer über 18 Jahre beschäftigt sind, können sie einen Betriebsrat wählen. Allerdings müssen drei der Arbeitnehmer mindestens ein halbes Jahr zum Betrieb gehören (nur dann sind sie wählbar).

Arbeitnehmer unter 18 Jahren sowie Auszubildende unter 25 Jahren können eine Jugend- und Auszubildendenvertretung wählen.

Gehören zu einem Unternehmen mehrere Betriebe, die über einen Betriebsrat verfügen, ist ein Gesamtbetriebsrat zu bilden; auf Konzernebene kann ein Konzernbetriebsrat errichtet werden.

Keinen Betriebsrat gibt es in Verwaltungen und Betrieben des Bundes, der Länder und der Gemeinden sowie in sonstigen Institutionen des öffentlichen Rechts. Für sie gelten statt des Betriebsverfassungsgesetzes das Personalvertretungsgesetz des Bundes bzw. – für den Bereich der Länder – die verschiedenen Landespersonalvertretungsgesetze.

Leitende Angestellte – etwa Prokuristen oder vergleichbare Angestellte in hervor- gehobener Position – werden nicht vom Betriebsrat vertreten. Gibt es mindestens zehn leitende Angestellte im Betrieb, können sie einen Sprecherausschuss nach dem Sprecherausschussgesetz wählen. Auf Unternehmensebene kann ein Gesamt- oder ein Unternehmenssprecherausschuss gewählt werden. Daneben ist die Errichtung eines Konzernsprecherausschusses möglich.

Besonderheit:

Die leitenden Angestellten können nur einen Sprecherausschuss wählen, wenn sich bei der ersten Wahl die Mehrheit von ihnen dafür ausspricht.

Schwerbehindertenvertretung

Die besonderen Interessen schwerbehinderter Menschen in Betrieben und Verwaltungen werden von der Schwerbehindertenvertretung (Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen) vertreten. Diese wird in solchen Betrieben oder Dienststellen gewählt, die dauerhaft wenigstens fünf schwerbehinderte Menschen beschäftigen. Wahlberechtigt sind dabei alle in dem Betrieb oder der Dienststelle beschäftigten schwerbehinderten Menschen.

Die Schwerbehindertenvertretung fördert die Eingliederung schwerbehinderter Menschen, vertritt deren Interessen im Betrieb bzw. der Dienststelle und steht den schwerbehinderten Menschen beratend und helfend zur Seite. Für diese Aufgaben verfügt die Vertrauensperson z. B. über Anhörungs- und Teilnahmerechte gegenüber dem Arbeitgeber und den anderen Mitbestimmungsorganen. So ist insbesondere eine Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, die ohne Beteiligung der Vertrauensperson erfolgt, unwirksam.

Daneben fördern alle auch die anderen Mitbestimmungsorgane (z. B. Betriebsrat, Personalrat, Richterrat) die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in den Betrieb bzw. die Dienststelle.

Wer ist für den Betriebsrat wahlberechtigt?

Alle Arbeitnehmer, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen den Betriebsrat wählen. Leiharbeiter sind bei Betriebsratswahlen im Entleiherbetrieb stimmberechtigt, wenn sie länger als drei Monate im Entleiherbetrieb eingesetzt werden. Betriebsratsmitglied können allerdings nur diejenigen Arbeitnehmer werden, die seit mindestens sechs Monaten im Betrieb beschäftigt sind. Dazu zählen jedoch auch die Zeiten, die sie in einem anderen Betrieb desselben Unternehmens oder Konzerns gearbeitet haben.

Nach der im Juli 2009 in Kraft getretenen Änderung des § 5 Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) gelten Beamte, Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes und Soldaten generell als Arbeitnehmer im Sinne des Betriebsverfassungsgesetzes, wenn sie in Betrieben privatrechtlich organisierter Unternehmen tätig sind. Auch die Regelung zur Einstufung als leitende Angestellte des § 5 Absatz 3 BetrVG wird entsprechend für in privatrechtlich organisierten Unternehmen tätige Beamte und Soldaten angewandt. Damit wurde eine generelle Regelung für das aktive und passive Wahlrecht von in privatrechtlich organisierten Unternehmen tätigen Beamten und Arbeitnehmern des öffentlichen Dienstes zum Betriebsrat, Aufsichtsrat und Sprecherausschuss eingeführt.

Aufgaben des Betriebsrats

Der Betriebsrat soll u. a. darauf achten, dass die für die Arbeitnehmer geltenden Gesetze, Verordnungen und Unfallverhütungsvorschriften sowie die abgeschlossenen Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen eingehalten werden.

In einer Reihe von sozialen Angelegenheiten hat der Betriebsrat mitzubestimmen:

- wenn es um Fragen der Betriebsordnung und des Verhaltens der Arbeitnehmer geht;
- wenn betriebliche Arbeitszeitfragen geregelt oder Kurzarbeit oder Mehrarbeit eingeführt werden sollen;
- wenn allgemeine Urlaubsgrundsätze und der Urlaubsplan aufgestellt werden sowie festgelegt wird, wann der einzelne Arbeitnehmer seinen Urlaub nimmt, sofern sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber im Einzelfall nicht einigen können;
- bei der Form, Ausgestaltung und Verwaltung von Sozialeinrichtungen, deren Wirkungsbereich auf den Betrieb, das Unternehmen oder den Konzern beschränkt ist;
- wenn technische Einrichtungen eingeführt oder angewendet werden sollen, die das Verhalten oder die Leistung der Arbeitnehmer überwachen;
- im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften bei Regelungen, die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten verhüten sollen oder Fragen des Gesundheitsschutzes betreffen;
- wenn Werkmietwohnungen zugewiesen oder gekündigt werden sollen;
- wenn es um Fragen der Lohngestaltung geht, Grundsätze für die Entlohnung aufgestellt oder Akkord- und Prämiensätze sowie vergleichbare Leistungsentgelte festgelegt werden;
- bei der Festlegung von Grundsätzen über die Durchführung von Gruppenarbeit.

Darüber hinaus wirkt und bestimmt der Betriebsrat weitgehend mit

- bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen, -abläufen und -umgebung,
- bei der Personalplanung sowie
- in Fragen der Berufsbildung.

Beschäftigungssicherung und Qualifizierung sind wichtige Themen, zu denen der Betriebsrat Gestaltungsmöglichkeiten besitzt. Er kann dem Arbeitgeber zum Beispiel Vorschläge zur flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit, Durchführung von Teilzeitarbeit oder Altersteilzeitarbeit sowie der betrieblichen Qualifizierung von Arbeitnehmern, aber auch zu neuen Formen der Arbeitsorganisation und Änderungen von Arbeitsverfahren und Arbeitsabläufen machen.

Bei Betriebsänderungen (z. B. Einschränkung, Stilllegung oder Verlegung des Betriebs) kann der Betriebsrat unter bestimmten Voraussetzungen einen Sozialplan durchsetzen, der die wirtschaftlichen Nachteile der betroffenen Arbeitnehmer ausgleicht oder mildert.

In wesentlichen wirtschaftlichen Angelegenheiten hat der Unternehmer den Wirtschaftsausschuss frühzeitig zu unterrichten und die Angelegenheiten mit ihm zu beraten. Dazu zählt auch eine geplante Übernahme des Unternehmens, wenn damit der Erwerb der Kontrolle über das Unternehmen verbunden ist. Besteht kein Wirtschaftsausschuss, ist im Fall der Unternehmensübernahme der Betriebsrat zu beteiligen.

In Unternehmen mit mehr als 20 wahlberechtigten Beschäftigten muss der Arbeitgeber bei allen personellen Einzelmaßnahmen die Zustimmung des Betriebsrats einholen. Dazu gehören

- Einstellungen,
- Eingruppierungen,
- Umgruppierungen,
- Versetzungen.

Der Betriebsrat kann seine Zustimmung verweigern, wenn bestimmte, gesetzlich geregelte Voraussetzungen erfüllt sind. Falls der Betriebsrat eine Maßnahme ablehnt und der Arbeitgeber sie dennoch durchführen will, muss das Arbeitsgericht entscheiden.

Wichtig:

Auch vor jeder Kündigung muss der Arbeitgeber den Betriebsrat anhören
– anderenfalls ist die Kündigung unwirksam.

Darüber hinaus hat der Betriebsrat das Recht, bei ordentlichen Kündigungen zu widersprechen. Das bedeutet: Wenn ein ordentlich gekündigter Arbeitnehmer es verlangt, muss ihn der Arbeitgeber grundsätzlich weiterbeschäftigen, sofern der Betriebsrat der Kündigung aus einem der gesetzlich geregelten Gründe widersprochen und der Arbeitnehmer Kündigungsschutzklage erhoben hat. Nur das Arbeitsgericht kann in diesem Fall den Arbeitgeber von der Weiterbeschäftigungspflicht entbinden.

Ein begründeter Widerspruch des Betriebsrats stärkt die Position des Arbeitnehmers auch im Kündigungsschutzprozess erheblich.

Alle im Betrieb tätigen Menschen müssen nach den Grundsätzen von Recht und Billigkeit behandelt werden. Darüber haben Arbeitgeber und Betriebsrat zu wachen. Sie müssen vor allem darauf achten, dass niemand im Betrieb aus Gründen seiner Rasse oder wegen seiner ethnischen Herkunft, seiner Abstammung oder sonstigen Herkunft, seiner Nationalität, seiner Religion oder Weltanschauung, seiner Behinderung, seines Alters, seines Geschlechts, seiner sexuellen Identität oder seiner politischen oder gewerkschaftlichen Betätigung oder Einstellung anders behandelt wird als seine Kollegen. So haben z. B. der Betriebsrat sowie die Jugend- und Auszubildendenvertretung (JAV) das Recht, Maßnahmen zur Bekämpfung ausländerfeindlicher Tendenzen im Betrieb zu beantragen. Außerdem darf kein Arbeitnehmer benachteiligt werden, weil er lebensälter ist. Schließlich müssen Arbeitgeber und Betriebsrat die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer schützen und fördern.

Der Betriebsrat muss einmal in jedem Kalendervierteljahr eine Betriebsversammlung einberufen. Sie dient der Aussprache zwischen dem Betriebsrat und den Arbeitnehmern des Betriebs. Dabei muss der Betriebsrat jeweils über seine Tätigkeiten berichten. Die Arbeitnehmer können sich während der Betriebsversammlung zu den Beschlüssen des Betriebsrats äußern und Anträge stellen.

Betriebliche Mitbestimmung in Europa

Mit dem Gesetz über Europäische Betriebsräte wurde 1996 die EU-Richtlinie „Europäische Betriebsräte“ in deutsches Recht umgesetzt. Es ermöglicht eine grenzübergreifende Unterrichtung und Anhörung der Beschäftigten in gemeinschaftsweit tätigen Unternehmen und Konzernen, die in zwei oder mehr Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes tätig sind. Der Anwendungsbereich des Gesetzes erstreckt sich auf solche Unternehmen und Konzerne mit Sitz in Deutschland, die in den Mitgliedsstaaten mindestens 1 000 Arbeitnehmer insgesamt und davon jeweils mindestens 150 Beschäftigte in zwei Mitgliedstaaten beschäftigen.

Der Europäische Betriebsrat (EBR) ist ein transnationales Arbeitnehmervertretungsorgan zur Unterrichtung und Anhörung der Arbeitnehmer in grenzüberschreitend tätigen Unternehmen und Unternehmensgruppen. Er ergänzt die nationalen Interessenvertretungen (Betriebsrat, Gesamtbetriebsrat, Konzernbetriebsrat), ohne sie in ihren Kompetenzen zu beschneiden.

Die Errichtung des EBR und die Ausgestaltung der grenzübergreifenden Unterrichtung und Anhörung der Arbeitnehmer ist vorrangig der zentralen Leitung und dem besonderen Verhandlungsgremium, bestehend aus Arbeitnehmervertretern der jeweiligen Mitgliedstaaten, durch den Abschluss freiwilliger Vereinbarungen überlassen. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite wird mit der Richtlinie größtmögliche Freiheit der unternehmensspezifischen Ausgestaltung aller Detailfragen eines EBR gegeben. Richtlinie und Gesetz geben jedoch einen Katalog von Regelungsgegenständen als Orientierungshilfe an die Hand. Danach sollen die Vereinbarungen insbesondere Regelungen über die Zuständigkeiten und Aufgaben des EBR sowie das Verfahren zu seiner Unterrichtung und Anhörung, über Ort, Häufigkeit und Dauer der Sitzungen sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen und sachlichen Mittel enthalten.

Erst wenn feststeht, dass keine Vereinbarung über die Errichtung eines EBR erzielt wird, schreiben Richtlinie und Gesetz die Errichtung eines EBR kraft Gesetzes vor und legen den Aufgabenbereich und die Regeln zur Unterrichtung und Anhörung fest.

Die Mindestvorschriften für einen EBR kraft Gesetzes sehen vor, dass eine Unterrichtung und Anhörung des EBR einmal in jedem Kalenderjahr über die Entwicklung der Geschäftslage und die Perspektiven des Unternehmens (Unternehmensgruppe) zu erfolgen hat. Dazu gehört insbesondere die wirtschaftliche und finanzielle Lage, die voraussichtliche Entwicklung der Geschäfts-, Produktions- und Absatzlage, die Beschäftigungslage, Investitionen, Produktionsverlagerungen, Fusionen, Einschränkungen oder Stilllegung von Unternehmen, Betrieben oder wesentlichen Betriebsteilen sowie Massenentlassungen. Dies entspricht im Wesentlichen den wirtschaftlichen Angelegenheiten i.S.d. § 106 Abs. 3 BetrVG.

Außerhalb dieses turnusmäßigen Treffens ist der EBR immer über außerordentliche grenzübergreifende Maßnahmen zu unterrichten und auf Verlangen anzuhören, sofern sich diese auf die Beschäftigungslage auswirken und die Interessen der Arbeitnehmer erheblich berühren (z. B. Betriebsstättenverlagerung, Betriebsschließung, Massenentlassungen). D. h., treten außergewöhnliche Umstände ein, hat die zentrale Leitung den EBR unter Vorlage der erforderlichen Unterlagen unverzüglich zu unterrichten und auf Verlangen so rechtzeitig anzuhören, dass seine Vorschläge oder Bedenken noch berücksichtigt werden können, bevor eine unternehmerische Entscheidung getroffen wird.


Die Richtlinie über Europäische Betriebsräte ist 2009 unter intensiver Einbeziehung von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden neugefasst worden. Neu sind unter anderem die Definitionen der Unterrichtung und Anhörung, die sicherstellen, dass in länderübergreifenden Umstrukturierungsfällen zukünftig der EBR rechtzeitig vor der Unternehmensentscheidung beteiligt wird. In den Hauptteil der Richtlinie aufgenommen wurde die Zuständigkeit des EBR für länderübergreifende Themen. Dazu kommen z. B. die Klarstellung, dass der EBR die erforderlichen Mittel erhalten muss, damit er die Belegschaft im Rahmen der Richtlinie kollektiv vertreten kann, eine Neuverhandlungspflicht der EBR-Vereinbarung bei wesentlichen Umstrukturierungen des Unternehmens oder der Unternehmensgruppe und die Gewährung erforderlicher Schulungen für EBR-Mitglieder. Die Neuregelungen sind durch entsprechende Änderungen des Gesetzes über Europäische Betriebsräte in nationales Recht umgesetzt worden und am 18. Juni 2011 in Kraft getreten.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie

- im Betriebsverfassungsgesetz,
- im Bundespersonalvertretungsgesetz, in den verschiedenen Landespersonalvertretungsgesetzen,
- im Sprecherausschussgesetz sowie
- im Europäischen Betriebsräte-Gesetz.

Die Unterstützung des Betriebsrats durch die Gewerkschaften wird durch eine Reihe von gesetzlichen Vorschriften ermöglicht.





Mitbestimmung

Gleichgültig, ob es um die Absatzplanung, neue Produkte, Investitionen oder um Rationalisierungsmaßnahmen geht: Fast jede betriebliche oder unternehmerische Entscheidung wirkt sich auf die beschäftigten Arbeitnehmer aus. Deshalb haben sie Mitbestimmungsrechte. Das bedeutet: Sie sind durch ihre Vertreter an der Willensbildung im Betrieb oder Unternehmen beteiligt.

Die Mitbestimmung der Arbeitnehmer ist ein tragendes Element unserer Gesellschaftsordnung. Sie beruht auf einer grundsätzlichen Überzeugung: Demokratische Prinzipien dürfen nicht auf den Staat beschränkt bleiben, sondern müssen in allen gesellschaftlichen Bereichen verankert werden.

Mitbestimmung bedeutet auch: Die Arbeitnehmer und ihre Gewerkschaften sind bereit, Mitverantwortung zu übernehmen.

Damit haben sie in den vergangenen Jahrzehnten bis heute die Gesellschaftsordnung in der Bundesrepublik Deutschland mitgeprägt und stabilisiert.

Das Gesetz für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst hat erhebliche Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Aufsichtsräte und damit auch auf die Mitbestimmung der Arbeitnehmer. Es trägt dazu bei, den Anteil von Frauen in Führungspositionen signifikant zu erhöhen und einen Kulturwandel in den Unternehmen anstoßen. Das Gesetz schreibt eine Geschlechterquote von 30 Prozent für Aufsichtsräte börsennotierter und paritätisch mitbestimmter Unternehmen vor. Alle börsennotierten oder mitbestimmten Gesellschaften werden durch das Gesetz verpflichtet, Zielgrößen zu den Frauenanteilen im Aufsichtsrat, im Vorstand und in den zwei Führungsebenen unterhalb des Vorstands sowie Fristen für deren Erreichung festzulegen.

Rechte

Sind Sie Arbeitnehmer in einem mittleren oder großen Unternehmen, das die Rechtsform einer Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Kommanditgesellschaft auf Aktien, Genossenschaft oder eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit hat? Dann können Sie die Unternehmenspolitik durch Ihre Vertreter im Aufsichtsrat beeinflussen.

Diese Mitbestimmung beschränkt sich nicht auf soziale Angelegenheiten, sondern umfasst alle Bereiche unternehmerischen Handelns.

So kann der Aufsichtsrat beispielsweise

- die Mitglieder der Unternehmensleitung (=Vorstand) bestellen oder auch abberufen (außer bei Kommanditgesellschaften auf Aktien),
- sich über alle Angelegenheiten des Unternehmens umfassend informieren lassen,
- wichtige unternehmerische Entscheidungen, beispielsweise über größere Investitionen oder Rationalisierungsmaßnahmen, von seiner Zustimmung abhängig machen.

Mitbestimmung in größeren Unternehmen nach dem Mitbestimmungsgesetz

Kapitalgesellschaften außerhalb der Montanwirtschaft (Bergbau und Stahlindustrie), die selbst oder zusammen mit abhängigen Tochterunternehmen mehr als 2.000 Arbeitnehmer beschäftigen, fallen unter das Mitbestimmungsgesetz von 1976. Dem Aufsichtsrat gehören nach diesem Gesetz zu gleichen Teilen Vertreter der Anteilseigner und der Arbeitnehmer an. Auf der Arbeitnehmer-Bank sind – je nach Größe des Aufsichtsrats – für Gewerkschaftsvertreter zwei oder drei Sitze und für den Vertreter der leitenden Angestellten ein Sitz vorbehalten. Dennoch haben die Anteilseigner ein leichtes Übergewicht, denn: Falls sich bei Entscheidungen im Aufsichtsrat wiederholt eine Stimmgleichheit ergibt, kann der Aufsichtsratsvorsitzende – der in der Praxis immer die Anteilseigner vertritt – eine zweite Stimme abgeben und so eine Mehrheitsentscheidung herbeiführen. Bei der Bestellung des Arbeitsdirektors haben die Vertreter der Arbeitnehmer – anders als in der Montanindustrie – kein Vetorecht.

Wahl der Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitnehmer

Alle Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitnehmer werden je nach Arbeitnehmerzahl durch Urwahl oder durch Delegierte gewählt, unabhängig davon, ob sie dem Unternehmen angehören oder externe Vertreter der Gewerkschaft sind.

Wahl der Vertreter der Anteilseigner

Wie die Vertreter der Anteilseigner (=Kapitalvertreter) im Aufsichtsrat gewählt werden, hängt von der Unternehmensform ab. Bei Aktiengesellschaften werden sie von den Aktionären in der Hauptversammlung gewählt, in einer GmbH von den Gesellschaftern in der Gesellschafterversammlung.

Wahl des Vorsitzenden

In der jeweils ersten, also konstituierenden Sitzung des Aufsichtsrats wählen dessen Mitglieder den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Um gewählt zu sein, benötigt ein Kandidat jeweils eine Zwei-Drittel-Mehrheit der Stimmen.

Wichtig:

Wenn ein Kandidat die erforderliche Mehrheit nicht erreicht, findet ein zweiter Wahlgang statt. Hier wählen die Vertreter der Anteilseigner den Vorsitzenden und die Vertreter der Arbeitnehmer den Stellvertreter, jeweils mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen.

Der Vorstand

Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstands – und kann sie auch wieder abberufen.

Dem Vorstand gehört als gleichberechtigtes Mitglied der Unternehmensleitung ein Arbeitsdirektor an. Er erhält ein eigenes Ressort mit Aufgaben, vor allem im Personal- und Sozialbereich.

Mitbestimmung in kleineren Unternehmen nach dem Drittelbeteiligungsgesetz

Bei Kapitalgesellschaften mit 501 bis 2.000 Arbeitnehmern muss der Aufsichtsrat zu einem Drittel mit Vertretern der Arbeitnehmer besetzt sein.

Keine Mindestzahlen für Arbeitnehmer gelten dagegen bei Aktiengesellschaften und Kommanditgesellschaften auf Aktien, die vor dem 10. August 1994 gegründet wurden und keine Familiengesellschaften sind. Das bedeutet: Der Aufsichtsrat muss dort auch dann zu einem Drittel mit Vertretern der Arbeitnehmer besetzt sein, wenn die Gesellschaft weniger als 500 Beschäftigte hat. Zwar haben die Arbeitnehmer bei dieser Drittelbeteiligung kaum die Möglichkeit mitzuzentscheiden. Sie erhalten jedoch wichtige Informationen.

Mitbestimmung in der Montanindustrie

Die Montan-Mitbestimmung ist nicht nur die älteste Form der Mitbestimmung im Unternehmen – sie geht auch am weitesten. Sie gilt für Kapitalgesellschaften des Bergbaus und der Eisen und Stahl erzeugenden Industrie mit mehr als 1.000 Arbeitnehmern.



Die kostenlose Publikation „Mitbestimmung“ (A 741) des BMAS informiert ausführlich über die Mitbestimmung einschließlich der entsprechenden Gesetze.

Hier setzt sich der Aufsichtsrat ebenfalls aus einer jeweils gleichen Zahl von Vertretern der Anteilseigner und der Arbeitnehmer zusammen. Hinzu kommt jedoch ein „neutrales“ Mitglied. Normalerweise haben die Aufsichtsräte in Montan-Unternehmen 11 Mitglieder. Bei größeren Unternehmen kann ihre Zahl auf 15 oder 21 erhöht werden.

Die Mitglieder des Vorstands werden vom Aufsichtsrat bestellt und abberufen. Dem Vorstand muss ein Arbeitsdirektor angehören. Wenn die Mehrheit der Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat dagegen ist, kann der Arbeitsdirektor nicht bestellt oder abberufen werden. Die Arbeitsdirektoren genießen also in jedem Fall das Vertrauen der Arbeitnehmervertreter.

Besonderheit:

Wenn eine Kapitalgesellschaft zwar selbst kein Montanunternehmen ist, aber große montanmitbestimmte Unternehmen beherrscht, gilt für diese Konzernobergesellschaft eine abgeschwächte Form der Montan-Mitbestimmung.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen für die Montan-Mitbestimmung finden Sie im Montan-Mitbestimmungsgesetz von 1951 und im Mitbestimmungsergänzungsgesetz von 1956.

Mitbestimmung in der Europäischen Gesellschaft nach dem SE-Beteiligungsgesetz (SEBG)

Durch das Gesetz zur Einführung der Europäischen Gesellschaft (SEEG) sind die europäische Verordnung über das Statut der SE und die ergänzende Richtlinie über die Beteiligung der Arbeitnehmer in deutsches Recht übertragen worden. Die Europäische Gesellschaft (Societas Europaea, kurz: SE) tritt als europäische Rechtsform neben die nationalen Rechtsformen der Aktiengesellschaft und GmbH. Mit Einführung der SE sollen grenzüberschreitende Unternehmenszusammenschlüsse innerhalb der Europäischen Gemeinschaft erleichtert werden. Die Gründung einer SE kann auf vier verschiedene Arten erfolgen: Durch Umwandlung, Verschmelzung, Gründung einer Holding- oder einer Tochtergesellschaft.

Organisationsstrukturen

Die SE kann mit Vorstand, Aufsichtsrat und Hauptversammlung dualistisch oder aber – nach dem Vorbild vieler unserer Nachbarstaaten – monistisch organisiert sein. Im Unterschied zum dualistischen System, wo das Aufsichtsorgan den Vorstand überwacht, werden Leitungs- und Aufsichtsorgan im monistischen System in einem Verwaltungsorgan zusammengefasst. Das monistische System ist für das deutsche Gesellschaftsrecht neu.

Beteiligung der Arbeitnehmer in der SE

Die Beteiligung der Arbeitnehmer in der SE ist im SE-Beteiligungsgesetz (SEBG) normiert. Sie wird vorrangig im Wege freier Verhandlungen zwischen der Unternehmensleitung und einem besonderen Verhandlungsgremium der Arbeitnehmer vereinbart. Bei einem Scheitern der Verhandlungen greift eine gesetzliche Auffangregelung, die neben Informations- und Konsultationsrechten auch Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmer enthält.

Für die Mitbestimmung der Arbeitnehmer im Aufsichts- oder Verwaltungsrat der SE gilt Folgendes:

Im Wege einer “Vorher-Nachher-Betrachtung“ soll der bei den Gründungsgesellschaften vorhandene Bestand an Mitbestimmungsrechten der Arbeitnehmer weitgehend gesichert werden. Abhängig vom Anteil der Arbeitnehmer der SE, die bisher Mitbestimmung hatten, gilt die weitestgehende Mitbestimmung bei Überschreitung gewisser Schwellenwerte automatisch oder bei Unterschreiten der Schwellenwerte erst nach einem mit absoluter Mehrheit der Stimmen zu fassenden Beschluss des besonderen Verhandlungsgremiums (BVG). Die Arbeitnehmervertreter im Aufsichts- oder Verwaltungsrat kommen anteilig aus den Mitgliedstaaten, in denen die SE Arbeitnehmer beschäftigt. So wird der internationalen Prägung der Gesellschaft Rechnung getragen.

Die grenzüberschreitende Information und Konsultation wird durch ein besonderes Vertretungsorgan der Arbeitnehmer (SE-Betriebsrat) sichergestellt.

Mitbestimmung in der Europäischen Genossenschaft (SCE) nach dem SCE-Beteiligungsgesetz (SCEBG)

Das SCE-Ausführungsgesetz (SCEAG) und das SCEBG setzen die europäischen Vorgaben der Europäischen Genossenschaft um. Mit dem SCEBG wird die Beteiligung der Arbeitnehmer in einer SCE geregelt.

Die SE war Vorbild für die SCE. Struktur und Regelungsinhalt beider Rechtstexte sind überwiegend identisch. Die wesentlichen Grundsätze der Sicherung der Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer („Vorher-Nachher-Prinzip“, Verhandlungs-/Auffanglösung) sind auch auf die SCE anwendbar. Die Umsetzungsgesetze enthalten vielfach dieselben Bestimmungen (dies gilt insbesondere für das Wahlgremium, die Zusammensetzung des BVG und das Verhandlungsverfahren), so dass auf die Ausführungen zum SEBG verwiesen werden kann.

Der wesentliche Unterschied zwischen SE und SCE besteht in den Gründungsmöglichkeiten. Eine SCE kann – abweichend vom SE-Recht – auch unter Beteiligung oder ausschließlich von natürlichen Personen gegründet werden.

Mitbestimmung bei einer grenzüberschreitenden Verschmelzung von Kapitalgesellschaften aus verschiedenen Mitgliedstaaten nach dem Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei einer grenzüberschreitenden Verschmelzung (MgVG)

Das MgVG setzt den arbeitsrechtlichen Teil der Richtlinie über die grenzüberschreitende Verschmelzung von Kapitalgesellschaften (10. Richtlinie) in nationales Recht um. Damit ist neben der Europäischen Gesellschaft (SE) und der Europäischen Genossenschaft (SCE) ein weiterer wichtiger Baustein für die Modernisierung europäischen Mitbestimmungsrechts geschaffen worden. Die Umsetzung des gesellschaftsrechtlichen Teils ist durch eine Änderung des Umwandlungsrechts erfolgt.

Nicht nur die Struktur des MgVG ist mit der des SEBG und des SCEBG vergleichbar, sondern es sind auch zahlreiche vom SEBG und SCEBG bekannte Regelungen wörtlich oder jedenfalls inhaltsgleich in das MgVG übernommen worden. Trotz zahlreicher Gemeinsamkeiten ist auf folgende Unterschiede zu den Regelungen der SE und SCE hinzuweisen:

Regelungsgegenstand Unternehmensmitbestimmung

Anders als bei der SE und SCE regeln die 10. Richtlinie und das MgVG nur die Beteiligung der Arbeitnehmer an Unternehmensentscheidungen. Nicht erfasst ist die grenzüberschreitende Information und Konsultation der Arbeitnehmer, die bei der SE und SCE Regelungsgegenstand ist.


Sitzstaatsrecht oder Verhandlungslösung

Da das Ergebnis einer grenzüberschreitenden Verschmelzung nach der 10. Richtlinie keine neue europäische Rechtsform, sondern eine nationale Gesellschaft ist, gilt der Grundsatz, dass sich die Mitbestimmung der Arbeitnehmer nach den nationalen Mitbestimmungsgesetzen richten soll. Von diesem Grundsatz wird aber abgewichen, wenn an der Verschmelzung ein mitbestimmtes Unternehmen mit mindestens 500 Arbeitnehmern beteiligt ist oder das nationale Recht am künftigen Sitzstaat ein niedrigeres Mitbestimmungsniveau vorsieht als in beteiligten Unternehmen besteht bzw. den Arbeitnehmern aus anderen Mitgliedstaaten nicht dieselben Beteiligungsrechte zusichert wie den Arbeitnehmern aus dem Sitzstaat. In diesen praxisrelevanten Fällen gilt nicht das Mitbestimmungsrecht des Sitzstaates, sondern die Mitbestimmung wird über den aus der Europäischen Gesellschaft und Europäischen Genossenschaft bekannten Regelungsmechanismus (Verhandlungslösung/Auffangregelung) herbeigeführt.

Anders als bei der SE und der SCE können die Leitungen der an der grenzüberschreitenden Verschmelzung beteiligten Gesellschaften aber entscheiden, die Regelungen über die Mitbestimmung kraft Gesetzes ohne vorhergehende Verhandlung unmittelbar ab dem Zeitpunkt der Eintragung anzuwenden.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen für die Unternehmensmitbestimmung finden Sie in folgenden Gesetzen:

- Mitbestimmungsgesetz 1976
 - Drittelbeteiligungsgesetz
 - Montan-Mitbestimmungsgesetz
 - Mitbestimmungsergänzungsgesetz
 - SE-Beteiligungsgesetz
 - SCE-Beteiligungsgesetz und
 - Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei einer grenzüberschreitenden Verschmelzung (MgVG).
- 



Mindestlohn

In welchem Umfang besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Mindestlohn, wie wird er geltend gemacht und wie wird er kontrolliert? Diese Fragen beantworten das Mindestlohngesetz, das Arbeitnehmer-Entsendegesetz und das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz.

Rechte

Als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer haben Sie seit dem 1. Januar 2015 in Deutschland einen Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn, der zum 1. Januar 2019 von brutto 8,84 Euro auf brutto 9,19 Euro pro geleisteter Arbeitsstunde erhöht worden ist und zum 1. Januar 2020 auf 9,35 Euro steigt. Der allgemeine gesetzliche Mindestlohn schützt Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland vor unangemessen niedrigen Löhnen. Zugleich leistet der gesetzliche Mindestlohn einen Beitrag für einen fairen und funktionierenden Wettbewerb.

Für wen gilt der allgemeine Mindestlohn?

Der gesetzliche Mindestlohn gilt für Sie als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer, wenn sie über 18 Jahre sind oder eine abgeschlossene Berufsausbildung haben.

Langzeitarbeitslosen wird der Einstieg in den Arbeitsmarkt erleichtert, indem bei ihnen in den ersten sechs Monaten der Beschäftigung kein Mindestlohn bezahlt werden muss.



Die kostenlose Broschüre des BMAS informiert über die Bedingungen zum Mindestlohn (A 640).



Die kostenlose Broschüre des BMAS informiert ausführlich über die Praktikumsituation für Studierende (A 765).

Als Praktikantin oder Praktikant haben Sie ebenfalls Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn. Ausgenommen sind Pflichtpraktika, die z.B. im Rahmen eines Studiums vorgeschrieben werden. Auch freiwillige Praktika mit einer Dauer von bis zu drei Monaten, die zur Orientierung bei der Berufs- oder Studienwahl dienen oder studienbegleitend absolviert werden, sind vom Mindestlohn ausgenommen.

Für Auszubildende nach dem Berufsbildungsgesetz gilt der allgemeine Mindestlohn nicht.

Wie können Arbeitnehmer den Mindestlohn geltend machen?

Sie können ihren Mindestlohnanspruch gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Im Streitfall können Sie eine Lohnzahlungsklage vor den Arbeitsgerichten erheben.

Wie lange können Arbeitnehmer den Mindestlohn geltend machen?

Ansprüche auf Mindestlohn sind umfassend geschützt. Für die Ansprüche gilt die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren. Diese Zeit kann nicht verkürzt werden, da Ausschlussfristen unzulässig sind. Der Anspruch auf Zahlung des Mindestlohns kann nicht verwirkt werden. Ein Verzicht ist nicht möglich und Vereinbarungen, die die Geltendmachung des Mindestlohns beschränken oder ausschließen, sind insoweit unwirksam.

Wird die Einhaltung des Mindestlohns kontrolliert?

Die Behörden der Zollverwaltung prüfen, ob Arbeitgeber den Mindestlohn zahlen. Verstöße gegen die Verpflichtung zur Zahlung des Mindestlohns können als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 500.000 Euro geahndet werden.

Arbeitnehmer-Entsendegesetz

Das Arbeitnehmer-Entsendegesetz bietet einen Rechtsrahmen, um höhere branchenspezifische Mindestlöhne, die gegenüber dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn vorrangig sind, für alle Arbeitnehmer einer Branche verbindlich zu machen, unabhängig davon, ob der Arbeitgeber bzw. Verleiher seinen Sitz im In- oder Ausland hat.

Die Möglichkeit, spezielle Branchenmindestlöhne auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes festzulegen, bleibt auch neben dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn bestehen. Diese Möglichkeit besteht sowohl für die ausdrücklich im Arbeitnehmer-Entsendegesetz ausdrücklich genannten Branchen, als auch für alle anderen Branchen.

Voraussetzung für die Festlegung eines Branchenmindestlohns nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz ist, dass ein entsprechender Mindestlohntarifvertrag abgeschlossen und dieser staatlich erstreckt, d. h. für alle Arbeitgeber mit Sitz im In- oder Ausland, die unter den Geltungsbereich des Tarifvertrages fallen, sowie deren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verbindlich gemacht worden ist. Die Erstreckung erfolgt durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Darüber hinaus können Mindestlöhne in der Pflegebranche auf Empfehlung einer aus acht Branchenvertretern bestehenden Kommission durch Rechtsverordnung festgelegt werden.

Die Mindestlohnregelungen nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz gelten nur für Betriebe und selbständige Betriebsabteilungen, die überwiegend die jeweils branchenspezifischen Leistungen erbringen. Ob der Betrieb oder die selbständige Betriebsabteilung bestimmte Leistungen überwiegend erbringt, richtet sich danach, ob der überwiegende Anteil der kalenderjährlichen Gesamtarbeitszeit der Arbeitnehmer auf die Erbringung dieser Leistungen entfällt. Weitere Einschränkungen kann der erstreckte Tarifvertrag vorsehen.

Die Branchenmindestlöhne nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz gehen dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn vor, soweit ihre Höhe den allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn nicht unterschreitet. Der Vorrang ist umfassend.

Arbeitnehmerüberlassungsgesetz

Auf Vorschlag von Tarifvertragsparteien der Zeitarbeit kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung eine verbindliche Lohnuntergrenze festlegen, unabhängig davon, ob der Verleiher als Arbeitgeber seinen Sitz im In- oder Ausland hat. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben dann Anspruch auf Vergütung mindestens in dieser Höhe. Die derzeit geltende Lohnuntergrenze richtet sich nach der „Dritten Verordnung über eine Lohnuntergrenze in der Arbeitnehmerüberlassung“, die am 01.06.2017 in Kraft getreten ist und am 31. Dezember 2019 außer Kraft tritt.



Die kostenlose Broschüre des BMAS informiert speziell über die Bedingungen beim Pflegemindestlohn (A 763).

In welchen Branchen gibt es Branchenmindestlöhne?

Die Höhe der geltenden Branchenmindestlöhne ergibt sich nicht aus den Gesetzen, sondern aus den darauf basierenden Rechtsverordnungen. Die entsprechenden Mindestlohnsätze werden regelmäßig auf den Seiten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de) und der Zollbehörden (www.zoll.de) aktualisiert.

Wird die Einhaltung der Branchenmindestlöhne kontrolliert?

Die Behörden der Zollverwaltung prüfen auch die Einhaltung der speziellen Branchenmindestlöhne nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz und dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz. Verstöße gegen die Verpflichtung zur Zahlung des jeweiligen Mindestlohns können als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 500.000 Euro geahndet werden.



Arbeitsschutz, Unfallverhütung

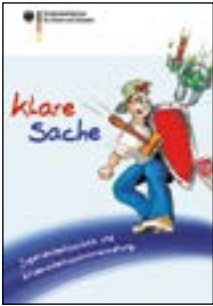
Beschäftigte brauchen Sicherheit. Ihr Leben und Ihre Gesundheit sollen vor Gefahren geschützt sein, die bei der Arbeit oder durch die Arbeit entstehen. Dafür gibt es den Arbeitsschutz.

Verantwortlich für den Arbeitsschutz im Betrieb ist Ihr Arbeitgeber. Er muss u. a. Arbeitsstätten, Arbeitsmittel, Geräte, Anlagen usw. so einrichten und unterhalten sowie den gesamten Betrieb so organisieren, dass Sie als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer gegen Gefahren für Leben und Gesundheit geschützt sind. Er muss Maßnahmen durchführen, die Unfälle bei der Arbeit und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten und zu einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit führen. Dazu verpflichtet die staatlichen Arbeitsschutzvorschriften, insbesondere das Arbeitsschutzgesetz und die darauf gestützten Verordnungen sowie die Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger.

Der Arbeitsschutz betrifft folgende Bereiche, die ineinandergreifen:

- Arbeitsstätten einschließlich Betriebshygiene,
- Arbeitsmittel, Geräte und technische Anlagen,
- Gefahrstoffe,
- Arbeitszeitregelungen,
- Schutz bestimmter Personengruppen,
- Arbeitsschutzorganisation im Betrieb,
- Arbeitsmedizinische Vorsorge,
- Lastenhandhabung,
- Biologische Arbeitsstoffe,
- Lärm- und Vibration,
- künstliche optische Strahlung,
- elektromagnetische Felder.

Leistungen/Voraussetzungen



Die kostenlose Broschüre „Klare Sache“ (A 707) des BMAS stellt die Regelungen zum Jugendarbeitsschutz und die Kinderschutzverordnung vor.

Die Bestimmungen des Arbeitsschutzes sind auf alle Beschäftigten – übrigens auch in der Landwirtschaft und im öffentlichen Dienst – anwendbar.

Kinder und Jugendliche sind durch das Jugendarbeitsschutzgesetz besonders geschützt. Grundsätzlich dürfen nur Jugendliche, d.h. Personen, die 15 aber noch nicht 18 Jahre alt sind, arbeiten.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind bei einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert (siehe auch Kapitel „Unfallversicherung“). Bei den meisten Beschäftigten sind dafür die gewerblichen Berufsgenossenschaften zuständig. Mitglieder der Berufsgenossenschaften sind die Unternehmen.

Die Berufsgenossenschaften haben Technische Aufsichtsdienste eingerichtet. Sie wachen gemeinsam mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder darüber, dass alle Vorschriften des Arbeitsschutzes beachtet und alle bestehenden Schutzvorrichtungen angewendet werden.

Rechtsgrundlagen

Arbeitsschutzbestimmungen finden Sie in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen des Staates sowie in den Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften.

Schutzvorschriften können sich sowohl auf einzelne Gewerbezweige und Berufe als auch auf bestimmte Fabrikationsanlagen, die Gestaltung von Arbeitsplätzen usw. beziehen. Außerdem gibt es beispielsweise

- Vorschriften über den Einsatz und die Beschaffenheit von Arbeitsmitteln und Geräten;
- Vorschriften über den Einsatz bestimmter Stoffe, die in der Produktion verwendet werden;
- Vorschriften, die für bestimmte Personengruppen gelten, usw.

Was müssen Sie tun?

Nicht alle Gefahrenstellen und -quellen lassen sich durch technische und organisatorische Maßnahmen restlos beseitigen oder vermeiden. Daher werden in einem Betrieb immer Gefahren bleiben. Hier sind Sie als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer gefordert: Sie müssen sich sicherheitsbewusst verhalten und den Arbeitgeber bei seinen Schutzmaßnahmen unterstützen. Dazu verpflichtet Sie das Arbeitsschutzgesetz.

Auch Unfallverhütungsvorschriften beinhalten Verhaltensregeln für alle Beschäftigten, die mit den Arbeitsmitteln, Geräten und technischen Anlagen umgehen. Darüber hinaus müssen Sie als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin auch solche Verhaltensvorschriften einhalten und beachten, die Ihr Arbeitgeber speziell auf Ihren Betrieb hin festgelegt und ausgerichtet hat. Bei gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz können Sie die arbeitsmedizinische Vorsorge beanspruchen.

Typische Arbeitsschutzvorschriften

Arbeitsschutzgesetz

Es verpflichtet Ihren Arbeitgeber, die Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu beurteilen und entsprechende Schutzmaßnahmen zu treffen. Darüber muss der Arbeitgeber Sie unterrichten. Er muss Vorkehrungen für besonders gefährliche Arbeitsbereiche und Arbeitssituationen treffen sowie arbeitsmedizinische Vorsorge ermöglichen. Bei unmittelbarer erheblicher Gefahr sind Sie berechtigt, Ihren Arbeitsplatz zu verlassen, ohne Nachteile für Ihr Arbeitsverhältnis befürchten zu müssen. Das Gesetz gibt Ihnen das Recht, Vorschläge zu allen Arbeitsschutzfragen im Betrieb zu machen. Außerdem können Sie sich bei den Aufsichtsbehörden über unzureichende Arbeitsschutzzustände im Betrieb ohne Nachteil beschweren, wenn Sie sich zuvor deswegen an Ihren Arbeitgeber gewandt haben und dieser keine Abhilfe geschaffen hat.

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz)

Dieses Gesetz verpflichtet Arbeitgeber, Betriebsärzte und Fachleute für Arbeitssicherheit (Sicherheitsingenieure, -techniker oder -meister) zu bestellen, die ihn in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit unterstützen. Zu den Aufgaben der Arbeitsschutzexperten gehört es, den Arbeitgeber im gesamten Spektrum der sicherheits- und gesundheitsrelevanten Faktoren bei der Arbeit umfassend zu beraten. Dies beginnt bei der Planung von Betriebsanlagen, betrifft die Beschaffung von Arbeitsmitteln sowie die Gestaltung der Arbeitsplätze und umfasst auch die Beratung des Arbeitgebers bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Den Betriebsärzten sind unter anderem die Beratung bei Fragen der Eingliederung und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen zugewiesen. Das Arbeitssicherheitsgesetz wird durch die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) konkretisiert.

Arbeitszeitgesetz

Das Arbeitszeitgesetz begrenzt die tägliche Höchstarbeitszeit und legt Mindestruhepausen während der Arbeitszeit sowie Mindestruhezeiten nach der Arbeit fest. Damit sichert es den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer. Besonders geschützt sind Nachtarbeiter, und zwar unabhängig von ihrem Geschlecht. Es besteht ein grundsätzliches Arbeitsverbot an Sonn- und Feiertagen, von dem unter besonderen Voraussetzungen Ausnahmen zulässig sind.

Jugendarbeitsschutzgesetz

Dieses Gesetz schützt Kinder und Jugendliche vor Überlastungen. So regelt es beispielsweise, wie alt ein junger Mensch mindestens sein muss, um arbeiten zu dürfen, wie lange er maximal arbeiten darf und wie viel Jahresurlaub er erhalten muss. Die Kinderarbeitsschutzverordnung konkretisiert die nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz für Kinder ab 13 Jahre und vollzeitschulpflichtige Jugendliche ausnahmsweise zulässigen leichten und für sie geeigneten Arbeiten.



Die kostenlose Broschüre „Das Arbeitszeitgesetz“ (A 120) bestellen Sie im **BMAS**.

Mutterschutzgesetz

Es legt fest, wie eine im Arbeitsverhältnis stehende schwangere Frau und ihr Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz geschützt werden.

Produktsicherheitsgesetz

Nur sichere Produkte dürfen in den freien Warenverkehr der Europäischen Union gelangen. Daher dürfen in Deutschland nur Produkte angeboten und verkauft werden, die sicherheitstechnisch einwandfrei sind. Dies gilt gleichermaßen für Verbraucherprodukte als auch für solche Produkte, die von Beschäftigten bei der Arbeit verwendet werden. Das Produktsicherheitsgesetz und die hierzu erlassenen Produktsicherheitsverordnungen (in Umsetzung europäischer Richtlinien) sowie unmittelbar geltende EU-Verordnungen und entsprechende nationale Durchführungsgesetze sind hierfür die rechtliche Basis.

Von Produkten dürfen keine Unfall- und Gesundheitsgefahren ausgehen. Diese Verpflichtung trifft alle, die Produkte auf dem Markt bereitstellen, Hersteller, Importeure und auch Händler. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass die von ihnen hergestellten und vermarkteten Produkte die Sicherheit und Gesundheit der Verwender nicht gefährden.



Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Die arbeitsmedizinische Vorsorge dient der individuellen Aufklärung und Beratung der Beschäftigten über Wechselwirkungen zwischen ihrer Arbeit und Gesundheit und stellt eine wichtige Ergänzung der technischen und organisatorischen Arbeitsschutzmaßnahmen dar. Sie dient der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und dem Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit. Die Verordnung regelt Pflichten von Arbeitgebern und Ärzten, gewährleistet die Rechte der Beschäftigten, schafft Transparenz über die Anlässe für Pflicht- und Angebotsvorsorge und stärkt den Anspruch der Beschäftigten auf Wunschvorsorge. Sie schreibt die grundsätzliche Trennung arbeitsmedizinischer Vorsorge von Eignungsuntersuchungen, deren Zulässigkeit sich nach arbeits- und datenschutzrechtlichen Grundsätzen richtet, vor. Die Verordnung wird durch Arbeitsmedizinische Regeln konkretisiert. Die Erarbeitung von Regeln, die dem Stand der Arbeitsmedizin entsprechen, sowie von Arbeitsmedizinischen Empfehlungen gehört zu den Aufgaben des Ausschusses für Arbeitsmedizin.

PSA-Benutzungsverordnung

Die wesentlichen Elemente der PSA-Benutzungsverordnung sind die Regelungen für die Auswahl, Bereitstellung und Benutzung von persönlichen Schutzausrüstungen (PSA) für alle Tätigkeitsbereiche. Es ist von Seiten der Arbeitgeber auch dafür zu sorgen, dass die Beschäftigten darin unterwiesen werden, wie sie PSA sicherheitsgerecht benutzen.

Die Broschüren

„Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (A 453),
 „Impfungen als Bestandteil arbeitsmedizinischer Vorsorge“ (A 457) und andere
 bestellen Sie im BMAS.

Lastenhandhabungsverordnung

Die Lastenhandhabungsverordnung enthält Bestimmungen zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz bei manuellen Lastenhandhabungen, die eine Gefährdung für die Beschäftigten, insbesondere der Lendenwirbelsäule, mit sich bringen. Grundsätzlich sind die Arbeitgeber angehalten, solche Lastenhandhabungen zu vermeiden. Ist dies nicht möglich, hat der Arbeitgeber die Arbeit so zu gestalten, dass diese Tätigkeiten möglichst sicher und mit möglichst geringer Gesundheitsgefährdung der Beschäftigten vonstatten gehen. Dazu erfolgt eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen, um daraus abgeleitet geeignete Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen.

Baustellenverordnung

Die Instrumente der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen (Baustellenverordnung) sollen maßgeblich dazu beitragen, die im Baubereich im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen besonders hohen Unfall- und Gesundheitsrisiken zu reduzieren und die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern. Kernelemente der Verordnung sind die nach Maßgabe der Verordnung zu übermittelnde Vorankündigung, der Sicherheits- und Gesundheitsschutzplan und die Bestellung eines Koordinators. Alle diese Elemente sind geeignet, den Bauablauf besser zu planen und zu koordinieren, so dass Gefährdungen für die Beschäftigten frühzeitig erkannt und beseitigt werden können.

Betriebssicherheitsverordnung

Bei der Benutzung von Arbeitsmitteln dürfen die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten nicht gefährdet werden. Die Betriebssicherheitsverordnung enthält daher entsprechende Schutzziele und Bestimmungen. Ferner regelt sie umfassend die Schutzmaßnahmen für Beschäftigte und Dritte beim Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen. Zu den überwachungsbedürftigen Anlagen zählen beispielsweise Dampfkesselanlagen, Druckbehälteranlagen und Aufzugsanlagen.

Die Verordnung wird durch den Ausschuss für Betriebssicherheit (ABS) konkretisiert. Die von ihm erarbeiteten Regeln (Technischen Regeln für Betriebssicherheit – TRBS) und Erkenntnisse muss der Arbeitgeber bei der Festlegung der Schutzmaßnahmen berücksichtigen. Bei Einhaltung dieser Regeln und Erkenntnisse kann davon ausgegangen werden, dass die in der Verordnung gestellten Anforderungen erfüllt sind (Vermutungswirkung). Von den Regeln und Erkenntnissen kann aber abgewichen werden, wenn Sicherheit und Gesundheit durch andere Maßnahmen zumindest in vergleichbarer Weise gewährleistet werden.



Die Baustellenverordnung und ihre Erläuterungen werden in der kostenlosen Broschüre „Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen“ (A 218) vorgestellt.

Arbeitsstättenverordnung



Die kostenlose Broschüre „Arbeitsstättenverordnung“ (A 225) erläutert die staatliche Rechtsverordnung und kann im BMAS bestellt werden.

Die Arbeitsstättenverordnung legt fest, wie Arbeitsstätten – das sind Fabriken, Werkstätten, Büros und Verwaltungen, Lager und Verkaufsläden usw. – einzurichten und zu betreiben sind. Die Arbeitgeber müssen darauf achten, dass beim Betreiben der Arbeitsstätten keine Gefährdungen für die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten ausgehen. So regelt die Verordnung beispielsweise die Bildschirmarbeit, Raumabmessungen, die Belüftung und Beleuchtung der Arbeitsstätte und die Raumtemperatur, um nur einige wenige Beispiele zu nennen.

Gefahrstoffverordnung

Die „Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen“ (Gefahrstoffverordnung) enthält Regelungen zum Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, also insbesondere gefährlichen Chemikalien.

Die Verordnung gibt dem Arbeitgeber Gestaltungsspielräume bei der Auswahl konkreter, betriebsbezogener Schutzmaßnahmen, da nur er die Bedingungen in seinem Betrieb im Einzelnen kennt. In den Fällen, in denen eine Präzisierung der Verordnungsvorgaben erforderlich ist, nimmt der pluralistisch zusammengesetzte Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) diese Präzisierung im Rahmen von „Technischen Regeln für Gefahrstoffe“ (TRGS) vor. Die Technischen Regeln entfalten die sogenannte Vermutungswirkung. Dies bedeutet, dass bei Einhaltung der entsprechenden Regeln von einer Übereinstimmung mit der Verordnung ausgegangen werden kann. Trotzdem steht es dem Arbeitgeber frei, sich für andere als in einer Technischen Regel festgelegte Maßnahmen zu entscheiden, sofern diese geeignet, angemessen und begründbar sind. Mehrere Anhänge runden die Verordnung ab, in denen konkrete Regelungen für Spezialbereiche getroffen werden, denen aus Arbeitsschutzsicht besonderes Augenmerk geschenkt werden muss.

Biostoffverordnung



Die kostenlose Broschüre „Biostoffverordnung 2013“ (A 227) kann im BMAS bestellt werden.

Die im Jahr 2013 neu gefasste Biostoffverordnung schafft mit modernen Regelungen einen branchenübergreifenden rechtlichen Rahmen für den Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffen), d. h. mit Mikroorganismen. Auf der Grundlage der Klassifizierung von Biostoffen in Risikogruppen werden Schutzmaßnahmen zum Schutz vor Infektionen, sensibilisierenden oder toxischen Wirkungen festgelegt.

Anwendung finden diese Regelungen für schätzungsweise 5 Millionen Beschäftigte, die bei ihrer beruflichen Tätigkeit in der Forschung, in der biotechnischen Produktion, der Nahrungsmittelproduktion, der Landwirtschaft, der Abfall- und Abwasserwirtschaft und im Gesundheitsdienst mit Biostoffen in Kontakt kommen. Um diese unterschiedlichen Anwendungsbereiche in einer Verordnung regeln zu können, basiert sie auf dem Grundgedanken, durch einheitliche und klare Grundvorschriften den Arbeitgebern die Möglichkeit zu eröffnen, die notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten entsprechend der konkreten betrieblichen Gefährdungssituation festzulegen und zu gestalten. Die Verordnung wird durch die vom Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) erarbeiteten Technischen Regeln (TRBA) konkretisiert.

Mit Themen wie der Vogelgrippe oder der Neuen Grippe (H1N1, „Schweinegrippe“) ist auch der Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit diesen Erregern in den Mittelpunkt des Tagesgeschehens gerückt. Aber auch bei Gefährdungen durch hochpathogene Viren, wie das im letzten Jahr weltweit gefürchtete Ebola-Fieber-Virus regeln die Biostoffverordnung und ihre Technischen Regeln die erforderlichen Schutzmaßnahmen insbesondere für Beschäftigte im Gesundheitsdienst.

Lärm und Vibrationen am Arbeitsplatz

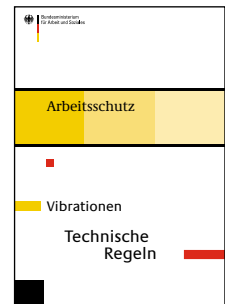
Mit der Verordnung zu Vibrationen und Lärm an Arbeitsplätzen (Lärm-Vibrations-ArbSchV) werden die europäischen Arbeitsschutz-Richtlinien zu Lärm (RL 2003/10/EG) und Vibrationen (RL 2002/44/EG) sowie das ILO-Übereinkommen Nr. 148 zu Lärm in nationales Recht umgesetzt. Die Verordnung dient der Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit.

Mit der Verordnung sollen einerseits der Lärmschwerhörigkeit – einer der häufigsten Berufskrankheiten – andererseits den Muskel- und Skeletterkrankungen sowie neurologischen Störungen, die durch starke und langandauernde Vibrationen hervorgerufen werden können, begegnet werden.

Arbeitsschutzverordnung zu künstlicher optischer Strahlung

Durch die Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung wird die europäische Arbeitsschutz-Richtlinie 2006/25/EG in nationales Recht umgesetzt. Der Schwerpunkt der Verordnung liegt beim Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung bei Tätigkeiten am Arbeitsplatz.

Mit der Einhaltung der festgelegten Expositionsgrenzwerte sollen schädigende Wirkungen insbesondere auf Augen und Haut infolge der Einwirkung künstlicher optischer Strahlung vermieden werden. Schädigungen durch künstliche optische Strahlung sind beispielsweise thermische Verbrennungen der Haut, Erythembildung durch UV-Einwirkung, phototoxische Reaktionen, Hornhaut- und Bindehautschädigungen des Auges und thermische Netzhautschäden im Auge. Bei langfristiger UV- oder IR-Exposition besteht das erhöhte Risiko eines Augenkatarakts (grauer Star). Bei langfristige UV-Exposition kann es auch zu Schädigungen des Genoms kommen. Dadurch können bereits bei sehr geringen Expositionen Spätfolgen in Form von Hautkrebs ausgelöst werden.



Technische Regeln
„Lärm“ (A 223),
„Vibration“ (A 221) und
„Laserstrahlung“ (A 229)
können über die
Internetseite des BMAS
bestellt werden.



Die kostenlose CD
(C 219) informiert über
verschiedene Arbeits-
schutzverordnungen.

Die präventiven Maßnahmen der Verordnung sollen sowohl zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten als auch zur Kostensenkung bei den sozialen Sicherungssystemen beitragen.

Arbeitsschutzverordnung zu elektromagnetischen Feldern



Die kostenlose Broschüre „EMF-Verordnung 2016“ (A 232) kann über die Internetseiten des BMAS bestellt werden.

Die im Jahr 2016 eingeführte Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch elektromagnetische Felder (Arbeitsschutzverordnung zu elektromagnetischen Feldern – EMFV) setzt die Anforderungen der europäischen Arbeitsschutzrichtlinie 2013/35/EU in nationales Recht um.

Die EMF-Verordnung regelt die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch elektromagnetische Felder bei Tätigkeiten am Arbeitsplatz.

In vielen Wirtschaftszweigen treten bei unterschiedlichen Anwendungen elektromagnetische Felder mit hohen Feldstärken auf, wie etwa bei industriellen Galvanik-, Elektrolyse-, Schweiß-, Siegel-, induktiven Erwärmungs- und Härtungsverfahren, bei Rundfunk-, Mobilfunk- und Radaranwendungen, bei der Stromerzeugung und bei medizinischen Verfahren wie der Magnetresonanztomographie (MRT).

Im Anhang der EMFV sind Expositionsgrenzwerte und Auslöseschwellen festgelegt, um Gefährdungen durch direkte und indirekte Wirkungen infolge der Einwirkung von elektromagnetischen Feldern zu vermeiden. Expositionsgrenzwerte und Auslöseschwellen beziehen sich nur auf Kurzzeitwirkungen von elektromagnetischen Feldern. Arbeitgeber können davon ausgehen, dass bei Einhaltung der Expositionsgrenzwerte und der Auslöseschwellen die Sicherheit und der Gesundheitsschutz für Beschäftigte bei der Exposition gegenüber elektromagnetischen Feldern gewährleistet ist.

Da bisher kein wissenschaftlicher Nachweis für Langzeitwirkungen von elektromagnetischen Feldern vorliegt, werden diese nicht durch den Anwendungsbereich der Richtlinie 2013/35/EU und der vorliegenden Verordnung abgedeckt.

Direkte Wirkungen von statischen und niederfrequenten elektromagnetischen Feldern sind beispielsweise Stimulationen von Nerven, Muskelgewebe und Sinnesorganen bei betroffenen exponierten Beschäftigten. Diese Wirkungen können bei den exponierten Beschäftigten die Funktion des zentralen oder peripheren Nervensystems beeinträchtigen und zu Schwindelgefühl, Übelkeit, metallischem Geschmack im Mund und zu Magnetophosphenen (Lichtempfindungen auf der Netzhaut) führen. Direkte Wirkungen von hochfrequenten elektromagnetischen Feldern (z.B. Rundfunk, Mobilfunk- und Radaranwendungen) führen zu Erwärmungen im Körpergewebe der exponierten Beschäftigten. Eine Überexposition kann zu Gewebeschäden bis hin zu Verbrennungen führen.

Indirekte Wirkungen von elektromagnetischen Feldern sind beispielsweise Störungen von medizinischen Implantaten (z.B. Herzschrittmacher) sowie die Projektilwirkung von ferromagnetischen Gegenständen in starken statischen Magnetfeldern.

Siebtes Buch Sozialgesetzbuch

Es verpflichtet die Berufsgenossenschaften, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe in den Betrieben und Verwaltungen zu sorgen. Die Berufsgenossenschaften erlassen aufgrund des Gesetzes nach einer vorgeschriebenen Bedarfsprüfung eigene Vorschriften zur Unfallverhütung, die für ihre Mitglieder (Unternehmen) und die Versicherten rechtsverbindlich sind. Aufsichtspersonen wachen darüber, dass die Unfallverhütungsvorschriften eingehalten werden, und beraten die Unternehmer und die Versicherten.

Modellprogramm des BMAS zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Das BMAS fördert seit 1993 gezielt Modellvorhaben im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Ergebnisse der Modellprojekte unterstützen die Arbeitgeber und Beschäftigten bei der praktischen Umsetzung des Arbeitsschutzes und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Betrieb. Durch die Veröffentlichung und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse tragen die Projekte dazu bei, am Standort Deutschland in Produktion, Handwerk und Dienstleistung arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu verhüten und die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe zu verbessern. Es werden modellhafte Lösungen für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern entwickelt, erprobt und nachhaltig als Praxismodelle implementiert.

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit ist eine gemeinsame Initiative von Akteuren aus Politik, Wirtschaft, Gewerkschaften, Wissenschaft und Gesellschaft. Sie beschäftigen sich mit praktikablen Lösungen, wie sich die Arbeitsbedingungen gleichermaßen für Beschäftigte attraktiv, motivierend sowie gesundheitserhaltend und für Unternehmen innovationsfördernd und rentabel gestalten lassen. Wo sich sonst Interessenlagen konträr gegenüberstehen, bietet die Initiative Neue Qualität der Arbeit als unabhängige, überparteiliche und breit sozialpartnerschaftlich getragene Plattform die Möglichkeit zu einem konstruktiven und an der Unternehmenspraxis orientierten Austausch.



Die Initiative Neue Qualität der Arbeit vernetzt all diejenigen, die Beschäftigung in Deutschland gestalten möchten. Die Initiative unterstützt durch zahlreiche Austauschmöglichkeiten, niedrigschwellige und praxisnahe Beratungs- und Informationsangebote, Praxis-Tools, Förderprogramme sowie einen Internetauftritt samt einer Best-Practice-Datenbank mit inspirierenden Beispielen aus der betrieblichen Praxis. Dafür arbeiten das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Sozialpartner und Kammern, die Bundesagentur für Arbeit, die Arbeits- und Sozialministerkonferenz, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie Sozialversicherungen und Stiftungen eng zusammen.

Vor dem Hintergrund von demografischer Entwicklung und strukturellen Umbrüchen in der Arbeitswelt sind Unternehmen und Verwaltungen zunehmend gefragt, sich im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren und innovative Wege der Personalrekrutierung zu beschreiten. Von besonderer Bedeutung ist der Ansatz, verstärkt in die Mitarbeiterbindung zu investieren und eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur in der Organisation zu etablieren. Die Gestaltung von guten, gesundheitsförderlichen und motivierenden Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten ist dabei ein wesentliches Element.

Hier setzt die Initiative Neue Qualität der Arbeit an. Ihr zentrales Anliegen ist es, das Bewusstsein für diese Zusammenhänge sowie niedrigschwellige, praxisnahe Lösungsansätze verstärkt in die Unternehmenslandschaft und den öffentlichen Sektor hinein zu tragen.

Mit Blick auf die Herausforderungen für Unternehmen, Verwaltungen und Beschäftigte hat die Initiative Neue Qualität der Arbeit vier zentrale personalpolitische Handlungsfelder identifiziert, in denen sie niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote vorhält bzw. entwickelt. Es handelt sich dabei um:

- **Führung:** Die Anforderungen an Personalführung und Personalmanagement sind gestiegen und machen eine gute Führungskultur sowie eine auf betriebliche Bedarfe und individuelle Fähigkeiten und Begabungen abgestimmte Personalplanung und -strategie erforderlich.
- **Chancengleichheit & Diversity:** Moderne Personalpolitik setzt auf Vielfalt. Teams, in denen z. B. verschiedene Altersgruppen, Menschen unterschiedlichen Geschlechts sowie unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkunft mit verschiedenen Fähigkeiten, Erfahrungen sowie Voraussetzungen zusammenkommen, können innovativer und erfolgreicher arbeiten.

- **Gesundheit:** Gesundheit und Lebensbalance sind wichtige Faktoren für Motivation, Leistungs- und Innovationsfähigkeit. Zukunftsorientierte Organisationen bauen auf eine kontinuierliche Verhältnisprävention und fördern gleichzeitig individuelle Bewältigungsstrategien. Die physische und psychische Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie die organisationale Resilienz sind ein entscheidender Erfolgsfaktor.
- **Wissen & Kompetenz:** Wissen ist ein Schlüssel zu nachhaltigem Unternehmenserfolg und die Voraussetzung für die Innovationskraft der deutschen Wirtschaft. Kontinuierliche Weiterbildung und lebenslanges Lernen sorgen dafür, dass vorhandenes Know-how erhalten bleibt und bestmöglich genutzt wird.

Diese Handlungsfelder dienen zugleich als ordnende Struktur für die Inhalte sowie die Informations- und Beratungsangebote der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Faire und verlässliche Arbeitsbedingungen sind die Grundlage für alle Handlungsfelder und damit auch für ein „Unternehmen der Zukunft“ – für Arbeitgeber wie auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Zentrale Angebote der Initiative Neue Qualität der Arbeit sind das ESF-geförderte Beratungsprogramm „unternehmensWert: Mensch“ sowie das Audit „Zukunftsfähige Unternehmenskultur“. Mit „unternehmensWert: Mensch“ werden kleine und mittlere Unternehmen (KMU) dabei unterstützt, die personellen Anforderungen ihres Unternehmens mit professioneller Beratung aufzudecken und maßgeschneiderte personalpolitische Lösungen zu entwickeln. Die Beratungen werden von erfahrenen Expertinnen und Experten angeboten und an die spezifischen Bedürfnisse eines jeden Unternehmens angepasst. Die Beschäftigten werden dabei obligatorisch in die Veränderungsprozesse eingebunden.



Mit dem Audit „Zukunftsfähige Unternehmenskultur“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit können sich die Verantwortlichen in Unternehmen und Verwaltungen einen Überblick verschaffen, wie gut sie personalpolitisch und unternehmenskulturell aufgestellt sind. In allen vier Handlungsfeldern werden Verbesserungspotentiale identifiziert und Maßnahmen entwickelt – von Themen wie Gesundheitsförderung, flexiblen Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf bis hin zu Qualifizierung und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – und zwar von Beginn an von Arbeitgebern und Beschäftigten gemeinsam. Dieser umfassende und beteiligungsorientierte Prozess wird nach erfolgreicher Umsetzung durch eine Auszeichnung gewürdigt.

Als weiteren Schwerpunkt verfolgt die Initiative den Ansatz, über ihre Netzwerkstrukturen verstärkt regionale Aktivitäten zu entfalten. Ziel ist es, sowohl die Bedeutung der durch die Initiative begleiteten Themen als auch ihre Zielsetzungen sowie Inhalte stärker als bisher in der Fläche publik zu machen. Dahinter steht die Überzeugung, dass kleine und mittlere Unternehmen in erster Linie über regionale Netzwerke agieren und ihre Ansprache deshalb auch „vor Ort“ erfolgen muss. Auch die weiterhin stattfindende Projektförderung durch das BMAS wird stärker als bisher darauf abzielen, im Rahmen von Transfer- und Modellprojekten unternehmensbezogene Ansätze und Instrumente zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit zu entwickeln.

Information

Service-Telefon der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu den Themen „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ von Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr unter 0231/9071-2071.

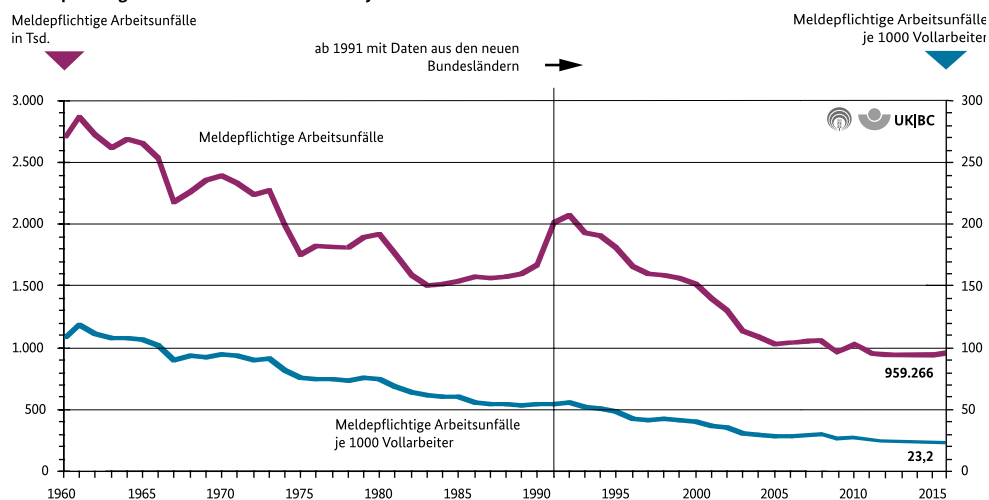
Haben Sie Fragen zum Arbeitsschutz und zur Unfallverhütung? Sie können sich an mehrere Stellen wenden:

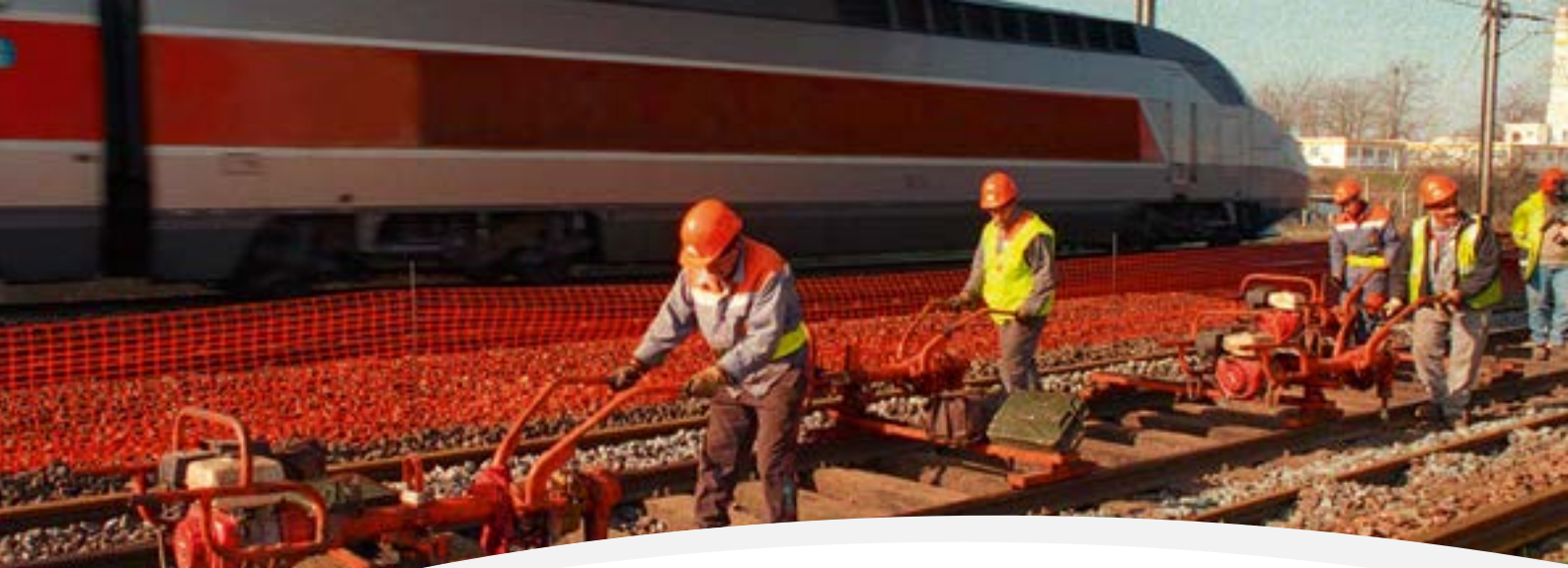
In den Bundesländern gibt es besondere Arbeitsschutzbehörden: die Ämter für Arbeitsschutz oder Gewerbeaufsichtsämter.

Die Unfallversicherungsträger verfügen über eigene technische Aufsichtsdienste.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin forscht, berät und qualifiziert auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes.

Meldepflichtige Arbeitsunfälle – absolut und je 1000 Vollarbeiter – von 1960 bis 2015 –





Unfallversicherung

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

Wer ist versichert?

Als Arbeitnehmer sowie als Auszubildender sind Sie kraft Gesetzes unfallversichert – unabhängig davon, wie hoch Ihr Arbeitsentgelt ist.

Durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind darüber hinaus:

- Landwirte,
- Kinder in Kindertagesstätten oder bei geeigneten Tagespflegepersonen,
- Schüler,
- Studierende,
- Helfer bei Unglücksfällen,
- Zivil- und Katastrophenschutz Helfer,
- Blut- und Organspender,
- häusliche Pflegepersonen,
- 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 Sozialen Teilhabe 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. Grundsätzlich versichert sind zudem Fahrgemeinschaften auf dem Weg von und zur Arbeit – auch dann, wenn Umwege von und zur Arbeitsstätte notwendig werden.

Als Versicherter haben Sie u. a. Anspruch auf:

Heilbehandlung

Die Unfallversicherung übernimmt nach einem Versicherungsfall 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.

Verletztengeld

Das Verletztengeld, das Sie während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit erhalten, beträgt 80 % des entgangenen Bruttoentgelts bis maximal zur Höhe Ihres Nettolohns, soweit 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 Ihre Tätigkeit nicht mehr wie bisher ausüben 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 Sozialen Teilhabe 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 % über 26 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalls hinaus gemindert wird. (Ausnahme: bei landwirtschaftlichen Unternehmern, ihren Ehegatten/Lebenspartnern sowie im Betrieb mitarbeitenden Familienangehörigen muss die Minderung der Erwerbsfähigkeit mindestens 30 % betragen). Wie hoch die Rente ist, richtet sich danach, wie sehr Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert ist und wieviel 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

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

Sterbegeld

Führt ein Versicherungsfall zum Tod des Versicherten, erhalten die 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 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, wenn Sie

- 45 Jahre oder älter sind und der Todesfall vor dem 1. Januar 2012 liegt oder
- erwerbsgemindert, erwerbs- oder berufsunfähig sind oder
- mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind erziehen.

Bei Todesfällen nach dem 31. Dezember 2011 wird die Altersgrenze von 45 Jahren schrittweise auf 47 Jahre angehoben; die Anhebung richtet sich nach der Anhebung der Altersgrenzen für Hinterbliebenenrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Falls Sie jünger als 45 (bzw. 47) Jahre sind und zum Zeitpunkt des Todesfalls kein Kind haben, erhalten Sie für die Dauer von zwei Jahren jährlich 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Für Ehepaare, die bereits vor dem 1. Januar 2002 verheiratet waren und von denen mindestens ein Partner zu diesem Zeitpunkt mindestens 40 Jahre alt war, 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 % 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 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, bei Vollweisen 30 %. 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 ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder einen Dienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leistet oder
- sich wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht selbst unterhalten kann.

Bei Waisenrenten wird auf eine Einkommensanrechnung verzichtet.

Wichtig:

Witwen- und Waisenrente dürfen zusammen maximal 80 % 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 % und der Abfindung sog. „großer“ Renten ab einer MdE von 40 %. 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 % 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 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft erhält 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, Studierende etc. keine Beiträge.



Rechtsgrundlagen

Grundlage für die gesetzliche Unfallversicherung ist das Siebte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Darüber hinaus finden weitere Gesetze und Verordnungen Anwendung, beispielsweise

- das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) oder
- die Berufskrankheiten-Verordnung.



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.



Information

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (z. B. den Unfallkassen). Als Service bieten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine bundesweit einheitliche Rufnummer für allgemeine Informationen an. Unter der kostenfreien Rufnummer 0800/6050404 werden von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 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 030 221 911 002 an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wenden.

Im Internet finden Sie Informationen u.a. unter:
www.dguv.de und [www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/
 Gesetzliche-Unfallversicherung/inhalt.html](http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/inhalt.html)

Die kostenlosen
 Broschüren „Zu Ihrer
 Sicherheit – Unfallver-
 sichert im freiwilligen
 Engagement“ (A 329), „Zu
 Ihrer Sicherheit – Unfall-
 versichert bei häuslicher
 Pflege von Angehörigen“
 (A 401) und „Zu Ihrer
 Sicherheit – Unfallver-
 sichert in der Schule“
 (A 402) informieren über
 den Unfallversicherungs-
 schutz.

74-291
1500 Physiotherapie



Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Rehabilitation – das ist der Einsatz von Maßnahmen, die dazu dienen, Menschen mit gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten dabei zu unterstützen, diese Einschränkungen zu überwinden. Das Ziel ist die umfassende Teilhabe, also die aktive und selbstbestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen und beruflichen Lebens aller Menschen.

So sieht es auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die seit dem 26. März 2009 auch für Deutschland verbindlich ist. Ziel der UN-BRK ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Zentrale Prinzipien der UN-BRK sind der Schutz vor Diskriminierung und der Leitgedanke der Inklusion. Das heißt, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Belange von Anfang an mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe in alle Lebensbereiche – so das politische, gesellschaftliche, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Leben – einbezogen werden. Die UN-BRK schafft hier keine Sonderrechte, sondern sie konkretisiert und spezifiziert die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen. Im Zentrum steht das Recht auf Gleichbehandlung, Teilhabe und Selbstbestimmung. Dieses Recht wird in einzelnen Artikeln der UN-BRK konkret auf einzelne Lebensbereiche heruntergebrochen.

Auf dieser Grundlage stehen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe allen Menschen zu, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind und deshalb besondere Hilfen benötigen. Verschiedene Lebenssituationen können einen Bedarf für Teilhabeleistungen begründen. 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 Leistungen – und natürlich auch jene Menschen, die von Geburt an behindert sind.

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – fasst im Teil 1 mehrere Sozialleistungsbereiche durch einheitliche Leistungs- und Verfahrensvorschriften zusammen. 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 Menschen mit Behinderungen 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.

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

Mit der Ratifikation der UN-BRK hat sich die Bundesrepublik Deutschland dazu bekannt, das Recht grundsätzlich in Übereinstimmung mit diesem Übereinkommen weiter zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund ist im Jahr 2016 das Bundesteilhabegesetz (BTHG) verabschiedet worden und zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Ziel des BTHG ist es, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu verbessern und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiter zu entwickeln. Gegenstand des BTHG ist auch die Reform der Eingliederungshilfe, die grundsätzlich aber erst zum 1. Januar 2020 in Kraft treten wird.

Leistungen/Voraussetzungen

Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen haben selbstverständlich in gleichem Umfang Anspruch auf Sozialleistungen und sonstige staatliche Hilfen, wie andere Bürger auch. Hinzu kommen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe, die notwendig sein können,

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

Diese Leistungen zur Teilhabe soll Ihnen einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft sichern. Das gilt auch 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,
- Früherkennung und Frühförderung für Kinder,
- Arznei- und Verbandsmittel,
- 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 vermittlungunterstützender Leistungen, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer Grundausbildung, die wegen der Behinderung erforderlich ist (z. B. für blinde Menschen),
- berufliche Erprobung, Ausbildung, Weiterbildung einschließlich eines schulischen Abschlusses, der erforderlich ist, um an einer beruflichen Weiterbildung teilzunehmen,
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.



Die „Gemeinsame Erklärung zur Psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“ bestellen Sie bitte im BMAS (A 449).

Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen die Eignung, Neigung und die bisherige Tätigkeit des Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden, aber auch die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehört, dass die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung übernommen werden – vorausgesetzt, dass der Mensch mit Behinderungen 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 an Bildung

Dabei geht es um unterstützende Leistungen, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können. Dies sind

- Hilfen zur Schulbildung, insbesondere im Rahmen der Schulpflicht,
- Hilfen zur schulischen Berufsausbildung,
- Hilfen zur Hochschulbildung,
- Hilfen zur schulischen und hochschulischen Weiterbildung.

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Hierzu zählen beispielsweise:

- Leistungen für Wohnraum,
- Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben,
- Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Leistungen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Leistungen zur Mobilität.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes erhalten Betroffene 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 % des Arbeitsentgeltes und Arbeits Einkommens, das der Beitragsberechnung zugrunde liegt. Dabei darf es 90 % des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. In der Rentenversicherung wird anstelle des Krankengeldes ein Übergangsgeld gezahlt, das abhängig von den familiären Verhältnissen regelmäßig 75 oder 68 % des letzten Nettoarbeitsentgelts beträgt.

Beschäftigte beziehen während einer stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld oder Übergangsgeld. Die Arbeitsunfähigkeit besteht während der stufenweisen Arbeitsaufnahme fort.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Sie in der Regel ein Übergangsgeld. Ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig, leistet sie 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, wenn Übergangsgeld nicht gezahlt werden kann. Erwerbsfähige, hilfebedürftige Menschen mit Behinderungen erhalten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach den Bestimmungen des SGB II.

Modellvorhaben

Im Rahmen des BTHG sollen gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt werden. Mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ werden innovative Leistungen und innovative organisatorische Maßnahmen erprobt, um die Erwerbsfähigkeit der Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen besser als bisher zu erhalten oder wiederherzustellen. Dadurch soll langfristig auch der Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden können.

Prävention

Seit 2004 sind Arbeitgeber verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (kurz: BEM) anzubieten. Mit diesem Verfahren wird das Ziel verfolgt, die Beschäftigungsfähigkeit erkrankter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederherzustellen, dauerhaft zu sichern und den Verlust des Arbeitsplatzes zu vermeiden.

Persönliches Budget

Damit Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen in der Lage sind, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, können sie statt einzelner Sachleistungen auf Antrag auch regelmäßige oder einmalige Geldzahlungen oder Gutscheine zur eigenen Verfügung erhalten, mit denen sie benötigte Leistungen selbst organisieren und bezahlen können. Das Persönliche Budget kann auch trägerübergreifend als Gesamtbudget aller in Betracht kommenden Leistungen gezahlt werden. Nach Ablauf einer Erprobungsphase, in der die Leistungsträger über Persönliche Budgets im Rahmen ihres Ermessens entscheiden konnten, besteht seit dem 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch.



Die kostenlose Broschüre „Schritt für Schritt zurück in den Job“ (A 748) informiert Arbeitnehmer über das BEM.



Die Broschüre „Das trägerübergreifende Persönliche Budget“ (A 722) informiert in Alltagssprache und in Leichter Sprache und auf der DVD (D 722) wird das Persönliche Budget auch in Gebärdensprachfilmen erklärt.

Einrichtungen

Berufsbildungswerke

Berufsbildungswerke sind überbetriebliche und überregionale Einrichtungen, die Maßnahmen zur Berufsvorbereitung sowie Berufsausbildung für junge Menschen mit Behinderungen anbieten. Jugendliche, die der besonderen Hilfe bedürfen, werden in den Berufsbildungswerken von fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und von begleitenden Diensten (z. B. ärztlicher, psychologischer und pädagogischer Dienst) bei ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung unterstützt.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke sind überbetriebliche und überregionale Einrichtungen, in denen erwachsene Menschen mit Behinderungen, die ihren erlernten Beruf oder ihre bisherige Tätigkeit nicht weiter ausüben können, beruflich umgeschult und fortgebildet werden. Als soziale Dienstleistungsunternehmen vermitteln und stärken sie mit fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und begleitenden Diensten (z. B. ärztlicher und psychologischer Dienst) berufliche und persönliche Kompetenzen.

Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren sind Spezialeinrichtungen zur Teilhabe psychisch behinderter Menschen am Arbeitsleben. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive, die Wiedereingliederung der Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anzuschließende Umschulung/Ausbildung bzw. für einen Wiedereinstieg in das Berufsleben. Die Beruflichen Trainingszentren verfügen über Trainingsplätze, die den betrieblichen Bedingungen und Anforderungen entsprechen.

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation haben sich verpflichtet, besonders umfassende Leistungen zur medizinischen, schulischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitation in einem nahtlos ineinandergreifenden Verfahren zu erbringen. Ziel ist die Eingliederung von Menschen mit krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen, Lernstörungen sowie Störungen des Sozial- oder Arbeitsverhaltens in Schule, Ausbildung, Beruf, Familie und Gesellschaft.



Zum Thema „Behinderung“ informiert die kostenlose CD (C 720).

Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen, 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.

Andere Leistungsanbieter

Mit dem Bundesteilhabegesetz sind die Beschäftigungsangebote anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen durch die Zulassung anderer Leistungsanbieter und die Einführung des „Budgets für Arbeit“ ergänzt worden.

Andere Leistungsanbieter können Träger sein, die die an Werkstätten für behinderte Menschen gerichteten fachlichen Anforderungen erfüllen. Andere Leistungsanbieter bieten berufliche Bildung und Beschäftigung an, wie sie ansonsten in einer Werkstatt für behinderte Menschen angeboten werden. Die dort beschäftigten Menschen mit Behinderungen haben dieselben Rechte, die sie auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen hätten.

Budget für Arbeit

Mit dem Budget für Arbeit wird Menschen mit Behinderungen, die sonst einen Anspruch auf Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben, ein Weg in Richtung allgemeiner Arbeitsmarkt eröffnet. Arbeitgeber, die einen Menschen mit Behinderungen in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis einstellen, erhalten mit einem Lohnkostenzuschuss in Höhe bis zu 75 Prozent des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgeltes einen dauerhaften Ausgleich für die Minderleistung des behinderten Beschäftigten. Darüber hinaus werden die erforderlichen Assistenzleistungen finanziert.

Sonderregelungen für schwerbehinderte Menschen

Wenn bei Menschen mit Behinderungen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 festgestellt wird (in der Regel durch das Versorgungsamt), sind diese in ihrem Beschäftigungsverhältnis besonders geschützt.

Der besondere Schutz gilt vor allem hinsichtlich der Kündigung durch den Arbeitgeber. Denn das Integrationsamt muss einer Kündigung vorher zustimmen bevor sie vom Arbeitgeber erklärt und wirksam wird. Eine Kündigung, die vor der Zustimmung des Integrationsamts vom Arbeitgeber ausgesprochen wird, ist unwirksam. Ebenso unwirksam ist die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, die der Arbeitgeber ohne eine Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausspricht.

Außerdem hat der schwerbehinderte Mensch Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub (in der Regel fünf Arbeitstage pro Jahr, wenn er das ganze Jahr über als schwerbehinderter Mensch bei seinem Arbeitgeber beschäftigt war).

Wichtig:

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

Alle öffentlichen und privaten Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, 5 % der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Bei öffentlichen Arbeitgebern des Bundes gilt teilweise eine Beschäftigungspflichtquote von 6 %. Bei der Berechnung der Zahl der Pflichtarbeitsplätze zählen Stellen, auf denen Auszubildende beschäftigt werden, nicht mit. Für schwerbehinderte Auszubildende werden zwei Pflichtplätze angerechnet. Darüber hinaus kann die Bundesagentur 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 Pflichtarbeitsplatz muss eine Ausgleichsabgabe gezahlt werden, deren Höhe derzeit grundsätzlich wie folgt gestaffelt ist:

- monatlich 125 EUR bei einer Erfüllungsquote von 3 % bis unter 5 %,
- monatlich 220 EUR bei einer Erfüllungsquote von 2 % bis unter 3 %,
- monatlich 320 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, den schwerbehinderten Menschen beratend und helfend zur Seite stehen und deren Interessen in dem Betrieb oder der Dienststelle 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 unter anderem 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 behinderungsgerecht ist und die gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsplatz dauerhaft sichert.

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

- Steuererleichterungen (zum Beispiel der Behinderten-Pauschbetrag),
- die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr,
- Vergünstigungen bei der Kraftfahrzeugsteuer,
- Parkerleichterungen,
- ermäßigter Rundfunkbeitrag.

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 den Ausweis 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 kostenlos im öffentlichen Personennahverkehr fahren oder können eine Kraftfahrzeugsteuervergünstigung in Anspruch nehmen.

Freie Fahrt im Nahverkehr

Wenn Ihre Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr durch Ihre Behinderung erheblich beeinträchtigt ist oder wenn Sie hilflos oder gehörlos sind, werden Sie im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) 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), bundesweit.

Voraussetzung ist, dass der Ausweis mit einer Wertmarke versehen ist. Diese erhalten Sie gegen einen Betrag von 80 EUR für ein Jahr bzw. 40 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. Ist die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen (Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis), 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 gleichgestellt werden. Darüber entscheidet die Arbeitsagentur. Voraussetzung ist, dass Sie ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen können oder Ihren jetzigen Arbeitsplatz nicht behalten können. Wenn Sie den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt 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?



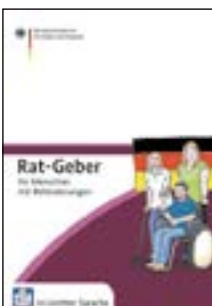
Den kostenlosen „Ratgeber für Menschen mit Behinderungen“ (A 712)

Im Sozialleistungssystem gibt es verschiedene Rehabilitationsträger, die spezifische Aufgaben der Rehabilitation und Teilhabe wahrnehmen und hierfür mit besonderer Fachkenntnis, spezialisierten Leistungen und Einrichtungen oder auch mit einer dafür geschaffenen Verwaltungsstruktur die notwendigen Voraussetzungen schaffen.

Damit alle Bürgerinnen und Bürger in diesem gegliederten Sozialleistungssystem einen einfachen Zugang zu den Leistungen erhalten, gilt mit dem so genannten „Teilhabeplanverfahren“ das Prinzip der Leistungserbringung wie aus einer Hand (siehe unten „Teilhabeplanverfahren“). Es kommt hierbei nicht darauf an, ob der Antrag auf Leistungen bei der „richtigen“ Behörde eingereicht wurde. Jeder Rehabilitationsträger muss einen Antrag auf Teilhabeleistungen entgegennehmen, bearbeiten und eigenständig die hierfür bestehenden Zuständigkeiten anderer Behörden berücksichtigen. Die Bürgerinnen und Bürger sind von der Last befreit, eine Zuständigkeitsklärung durchzuführen.

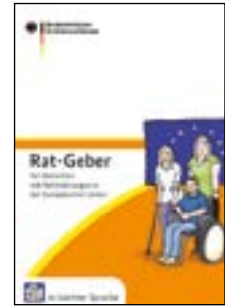
Bei der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens gibt es die folgende Aufgabenverteilung:

- Die Krankenversicherung erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Träger sind:
 - Ortskrankenkassen,
 - Betriebskrankenkassen,
 - Innungskrankenkassen,
 - Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See,
 - Ersatzkassen,
 - Landwirtschaftliche Krankenkasse.



den „Rat-Geber für Menschen mit Behinderungen in Leichter Sprache“ (A 749)

- Die Rentenversicherung ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten und zu deren Teilhabe am Arbeitsplatz zuständig. Träger sind:
 - Deutsche Rentenversicherung Bund,
 - Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung,
 - Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.
- Die Unfallversicherung ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe zuständig. Träger sind:
 - die gewerblichen Berufsgenossenschaften,
 - die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft,
 - die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkassen, Gemeinde-Unfallversicherungsverbände).
- Die Träger der Sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden übernehmen z. B. für Kriegs- und Wehrdienstopfer sowie Opfer von Gewalttaten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe. Träger sind:
 - die örtlichen Versorgungsbehörden,
 - die örtlich zuständigen Fürsorgestellen oder die Hauptfürsorgestellen,
 - das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.



und den „Rat-Geber für Menschen mit Behinderungen in der Europäischen Union in Leichter Sprache“ (A 812I) bestellen Sie im BMAS.

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. Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderungen im Sinne des Zweiten Buches, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

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 Landkreise oder der Städte und Gemeinden.

Teilhabeplanverfahren

Wer für welchen Bereich zuständig ist, ist für Außenstehende oft schwer überschaubar. Damit dem Menschen mit Behinderungen daraus keine Nachteile entstehen, sind alle Träger der Rehabilitation verpflichtet, eng zusammenzuarbeiten.

Außerdem ist das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe in den Fällen, in denen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind zum 1. Januar 2018 deutlich vereinfacht worden. Mit dem neuen Teilhabeplanverfahren ist in diesen Fällen ein einziger Reha-Antrag ausreichend, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren in Gang zu setzen, auch wenn die unterschiedlichen Behörden zuständig bleiben. Dafür werden die Regelungen zur Zuständigkeit und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit für alle Rehabilitationsträger gesetzlich definiert. Sind mehrere Rehabilitationsträger beteiligt oder werden unterschiedliche Leistungen beantragt, ist ein gemeinsames Verfahren der Bedarfsfeststellung künftig für alle Rehabilitationsträger verbindlich vorgeschrieben. Mit Zustimmung oder auf Wunsch der Leistungsberechtigten werden zukünftig zusätzlich Teilhabeplankonferenzen durchgeführt, in denen der individuelle Unterstützungsbedarf der Antragstellenden beraten wird. Damit wird die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im Verfahren gestärkt, wenn mehrere Leistungsarten oder Zuständigkeiten in Frage kommen.

Schlichtungsstelle nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)

Seit Dezember 2016 können Menschen mit Behinderungen bei der unabhängigen Schlichtungsstelle nach § 16 BGG einen Schlichtungsantrag stellen, um Verletzungen ihrer Rechte nach dem BGG durch öffentliche Stellen des Bundes insbesondere zum Thema Barrierefreiheit, geltend zu machen. Die Schlichtungsstelle BGG ist bei dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen eingerichtet.

Mit dem Schlichtungsverfahren soll eine außergerichtliche und rasche Streitbeilegung ermöglicht werden. Es ist für die Antragstellende kostenfrei. Eventuell anfallende Reisekosten können erstattet werden.

Auch Verbände, die nach dem BGG anerkannt sind, können einen Schlichtungsantrag stellen. Das Schlichtungsverfahren ist bei Verbänden zugleich Voraussetzung für die spätere Durchführung eines Verbandsklageverfahrens.

Die Einzelheiten des Verfahrens sind in der Verordnung über die Schlichtungsstelle nach § 16 des BGG und ihr Verfahren (BeGleiSV) geregelt.

Versorgungsämter und Integrationsämter

Die Aufgaben nach dem SGB IX werden u. a. von Versorgungsämtern in allgemeinen Verwaltungsbehörden oder bei Kommunen (nach der landesrechtlich möglichen Organisation), von 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 Erfüllung der Beschäftigungspflicht. Die Integrationsämter schließlich kümmern sich um den besonderen Kündigungsschutz, die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben und erheben die Ausgleichsabgabe.

Gesetze

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen befinden sich

- im Sozialgesetzbuch, insbesondere im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX),
- im Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Information

Ansprechstellen

Alle Rehabilitationsträger müssen ab dem 1. Januar 2018 Ansprechstellen benennen, die u.a. barrierefreie Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe sowie zur Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget an Antragsteller, an Arbeitgeber und auch für andere Rehabilitationsträger bereitstellen. Aufgrund der Verpflichtung der Ansprechstellen, sich untereinander über Zuständigkeitsgrenzen hinweg zu vernetzen, ist es zukünftig nicht mehr entscheidend, ob man die „richtige“ Behörde anspricht.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Das Ziel einer besseren Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger wird mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) konsequent weiterverfolgt. Insbesondere das trägerübergreifende und partizipative Teilhabeplanverfahren sowie die Einführung eines ergänzenden, von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängigen Teilhabeberatungsangebotes sollen künftig deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten, die Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihren Angehörigen als niedrigschwellige Angebote bundesweit zur Verfügung stehen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat am 30. Mai 2017 eine Förderrichtlinie zur Durchführung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung erlassen, auf deren Grundlage aktuell mehr als 500 Beratungsangebote gefördert werden. Am 1. Dezember 2017 nahm die Fachstelle Teilhabeberatung ihren Betrieb auf und seit dem 2. Januar 2018 steht die Informationsplattform www.teilhabeberatung.de allen Interessierten zur Verfügung. Die Fachstelle verfolgt u. a. die Aufgabe, den Schulungsbedarf für die Beratungsstellen festzustellen, Aus- und Weiterbildungen für die Beraterinnen und Berater sowie Qualitätsstandards zu entwickeln und ein Rückmeldemanagement einzurichten.

Grundsätzlich gefördert werden von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige regionale Beratungsangebote, die bestehende Beratungsangebote ergänzen. Die Beratungsmethode des „Peer Counseling“, die Ratsuchende ermächtigt, mehr Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung wahrzunehmen, ist ein besonderes Förderkriterium und wird Menschen mit Behinderungen künftig eine deutlich bessere Beratung und Unterstützung bieten. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung soll insbesondere im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen den Ratsuchenden die notwendige Orientierung zur Erkennung von Teilhabemöglichkeiten geben. Die Förderung in Höhe von jährlich 58 Millionen Euro erfolgt aus Bundesmitteln und ist zunächst bis zum 31. Dezember 2022 befristet

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.



Krankenversicherung

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.

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. Die Knappschaft (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) ist seit dem 1. April 2007 ebenfalls wählbar. Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung gelten Besonderheiten.

Was leistet die gesetzliche Krankenversicherung?

Als Versicherter haben Sie insbesondere Anspruch auf:

- Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung von bestimmten Krankheiten für Kinder und Jugendliche, von der Geburt an bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre sowie auf regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen von bestimmten Krebserkrankungen für Erwachsene.
- Präventionsorientierte Zahnheilkunde, Kinder und Jugendliche insbesondere auf Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe.
- Schutzimpfungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut festgelegt werden.
- Kieferorthopädische Behandlung für Versicherte in der Regel bis zum 18. Lebensjahr.

- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Sie können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten und Zahnärzten, den ermächtigten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen und den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen frei wählen.
- Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Hilfsmittel, wie Hörgeräte und Rollstühle.
- Erstellung und Aushändigung eines bundesweit einheitlichen Medikationsplans in Papierform sowie dessen Aktualisierung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, wenn Sie gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen anwenden.
- Medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.
- Behandlung im Krankenhaus.
- Entlassmanagement: Krankenhäuser können ihren Patientinnen und Patienten bei Entlassung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Es kann für diesen Zeitraum auch eine etwaige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Zudem ist jetzt eine Verordnung von Arzneimitteln durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt möglich.
- Kostenübernahme oder Zuschüsse bei notwendigen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.
- 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 % des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 % des letzten Nettoarbeitsentgelts. Krankengeld können Sie für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bekommen. Als Landwirt erhalten Sie statt des Krankengeldes eine Betriebshilfe.
- Krankengeld bis zu 10 Tagen pro Jahr für jedes versicherte Kind unter 12 Jahren, das nach ärztlichem Zeugnis von Ihnen gepflegt werden muss. Weitere Voraussetzung 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, eine stationäre Maßnahme antreten, ambulante Rehabilitationsleistungen oder häusliche Krankenpflege erhalten 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. Daneben haben Krankenkassen regelmäßig ergänzende Satzungsregelungen für die Fälle vorzusehen, in denen Versicherte ihren Haushalt aus Krankheitsgründen nicht weiterführen können.
- Haushaltshilfe für die Dauer von bis zu vier Wochen, wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. Wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen.

- Häusliche Krankenpflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder so die ärztliche Behandlung gesichert wird.
- Häusliche Pflege oder Haushaltshilfe 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) – und für den Entbindungstag. Bei Mehrlings- und Frühgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung festgestellt und ein Antrag gestellt wurde, verlängert sich die Zahlung auf die ersten 12 Wochen nach der Entbindung – und für den Entbindungstag. 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. Durch Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes haben Frauen, die eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, während der Mutterschutzfristen einen Anspruch auf Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes. Dann können Schwangere und Wöchnerinnen unabhängig von finanziellen Erwägungen entscheiden, ob und in welchem Ausmaß sie in dieser Zeit beruflich tätig sein wollen.

Wer ist versichert?

Als Arbeitnehmer sind Sie pflichtversichert, wenn Ihr regelmäßiger Brutto-Arbeitsverdienst mehr als 450 EUR monatlich beträgt und eine bestimmte Höchstgrenze pro Jahr – die sog. Jahresarbeitsentgeltgrenze – 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 überführt worden. Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt im Kalenderjahr 2019 60.750 EUR. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben, gilt aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes eine niedrigere Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 54.450 EUR im Jahr 2019. Dieser Wert ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Außer den Arbeitnehmern und den zu ihrer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt Beschäftigten sind gemäß näherer gesetzlicher Regelungen ebenfalls pflichtversichert u. a.:

- Studierende an 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,
- Menschen mit Behinderung, die in einer anerkannten Werkstatt beschäftigt sind oder an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen,

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.

- Arbeitslose, wenn sie Arbeitslosengeld oder – unter bestimmten Voraussetzungen – Arbeitslosengeld II 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.

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist grundsätzlich bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung im Inland und im Anschluss an eine bisher bestehende Pflicht- oder Familienversicherung möglich sowie für schwerbehinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen.

Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, beispielsweise Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, Beamte oder Selbstständige, haben auch die Möglichkeit, eine Krankenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Sie sollten dabei gut abwägen, ob für sie die gesetzliche oder private Krankenversicherung infrage kommt und berücksichtigen, dass nach einem Wechsel zur privaten Krankenversicherung eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung nur unter bestimmten, sehr engen Voraussetzungen möglich ist.

Nach dem deutschen Krankenversicherungsrecht erhalten alle Einwohner ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung.

Seit dem 1. April 2007 besteht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die davor zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, eine sogenannte nachrangige Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V). Sie werden Pflichtmitglied ihrer ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolger mit Wirkung vom ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Inland, frühestens ab dem 1. April 2007. Das Gleiche gilt für Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind. Bitte lassen Sie sich zu dieser gesetzlichen Regelung von einer gesetzlichen Krankenkasse beraten.

Gemäß § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ist seit dem 1. Januar 2009 grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung verpflichtet, soweit sie nicht gesetzlich versichert bzw. versicherungspflichtig oder anderweitig abgesichert ist. Dabei muss mindestens ambulante und stationäre Heilbehandlung abgesichert sein; der kalenderjährliche Selbstbehalt ist auf maximal 5.000 EUR begrenzt.

Nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und deshalb der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind insbesondere hauptberuflich Selbstständige, wenn sie nicht zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.

Seit dem 1. Januar 2009 unterliegen versicherungsfreie Personen, insbesondere Beamte, Pensionäre und andere beihilfeberechtigte Personen, die keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil abgeschlossen haben, auch dann nicht der nachrangigen Versicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie davor zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Für diese Personen besteht seitdem eine Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung für den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil. Die Pflicht zur Versicherung in der PKV gilt auch für versicherungsfreie Arbeitnehmer; dies sind Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt und die nicht freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Der o. g. Pflicht zur Versicherung genügen die Betroffenen auch mit einer Versicherung im Basistarif. Dieser muss seit dem 1. Januar 2009 von allen privaten Krankenversicherungsunternehmen neben den bestehenden Tarifen angeboten werden.

Für die Absicherung von Sozialhilfeempfängern im Krankheitsfall gilt Folgendes:

Personen, die am 1. April 2007 Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) waren und weiterhin sind, erhalten im Krankheitsfall Hilfe bei Krankheit durch den Sozialhilfeträger. In der Regel wird diese Krankenbehandlung gemäß § 264 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen; die Kosten werden den gesetzlichen Krankenkassen im Anschluss von dem Sozialhilfeträger erstattet. Kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung in § 5 Absatz 8a SGB V verbleibt es für diese Sozialhilfeempfänger bei der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers im Krankheitsfall auch nach dem 1. April 2007. Dies gilt auch, wenn der Anspruch auf die laufenden Sozialleistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Es ist dabei ohne Bedeutung, ob ein Sozialhilfeträger Personen aus dem Verfahren nach § 264 SGB V abmeldet oder nicht. Maßgeblich ist allein, ob die betreffende Person am 1. April 2007 Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII war und der Leistungsbezug ohne eine Unterbrechung von bis zu einem Monat fortbestand.

Personen, die nach dem 1. April 2007 Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII werden und zu diesem Zeitpunkt in der gesetzlichen Krankenversicherung nachrangig versichert sind (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V), bleiben gesetzlich krankenversichert. Bei einem Übergang von Arbeitslosengeld II zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII innerhalb eines Monats sind aufgrund des mit dem Sozialhilfeleistungsbezug einhergehenden Anspruchs auf Hilfe bei Krankheit sowohl die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V als auch die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen. Die Mitgliedschaft kann jedoch bei Erfüllung der erforderlichen Vorversicherungszeiten über eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortgeführt werden, wenn die Betroffenen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft ihren Beitritt gegenüber ihrer Krankenkasse erklären (§ 9 SGB V).

Personen, die allein Hilfe bei Krankheit gemäß dem Fünften Kapitel des SGB XII erhalten, werden versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind und die Voraussetzungen für die nachrangige Versicherungspflicht aufgrund eines fehlenden anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) am 1. April 2007 oder danach erfüllen. Diese Personen bleiben aufgrund der nachrangigen Versicherungspflicht auch dann Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt laufende Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten (Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII).

Bezieher von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII, die unabhängig vom Leistungsbezug dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, sind versicherungspflichtig in der privaten Krankenversicherung, wenn der Leistungsbezug seit dem 1. Januar 2009 begonnen hat und keine Versicherung oder Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (§ 193 Absatz 3 Satz 2 Nr. 4 VVG). In diesem Fall übernehmen die Sozialhilfeträger den Versicherungsbeitrag, soweit er angemessen ist (§ 32 Absatz 5 SGB XII). Davon ist bis zur Höhe des für Sozialhilfebezieher halbierten Beitrags im Basistarif auszugehen. Bis zu drei Monate und in begründeten Ausnahmefällen bis zu sechs Monate können auch höhere Beiträge übernommen werden.

Familienversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst auch eine beitragsfreie Familienversicherung. Danach sind Ehegatten und eingetragene Lebenspartner sowie Kinder von Mitgliedern (bis zu bestimmten Altersgrenzen) mitversichert. Voraussetzung ist u. a., dass das regelmäßige Einkommen der Ehe- und Lebenspartner und Kinder 2019 höchstens 445 EUR monatlich beträgt und sie nicht selbst als Mitglied versichert sind. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR.

Für alle gesetzlich Krankenversicherten gilt, dass Änderungen in den wirtschaftlichen, finanziellen und familiären Lebensverhältnissen unverzüglich der Krankenkasse bzw. bei Beziehern von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II auch der örtlichen Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter mitzuteilen sind.

Zuzahlungen der Versicherten

Ganz klar: Die Krankenversicherung muss bezahlbar bleiben. Deshalb haben Versicherte in der Regel ab der Vollendung des 18. Lebensjahres gesetzliche Zuzahlungen zu unterschiedlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.

Übersicht über die Zuzahlungen in der GKV:

Leistungen	Zuzahlungen seit dem 1. Januar 2004
Arzneimittel	10 % des Apothekenabgabepreises mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR*
Verbandmittel	grundsätzlich wie oben*, die Höhe der Zuzahlung orientiert sich an den Gesamtkosten der Verbandmittel je Position im Rezept
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 und maximal 10 EUR pro Monat
Krankenhausbehandlung	10 EUR pro Kalendertag für höchstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10 EUR pro Kalendertag für höchstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, zur Krankenhausbehandlung geleistete Zuzahlungen werden angerechnet
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter	10 EUR pro Kalendertag

* jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Durch die Zuzahlungen die im Krankenversicherungsrecht festgehalten sind, 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 % (bei chronisch Kranken 1 %) 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, wobei für Kinder ein erhöhter Freibetrag gilt. 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 2019 5.607 EUR. Der Freibetrag für Kinder beträgt 7.620 EUR.

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, auf Antrag einen Befreiungsbescheid für den Rest dieses Jahres auszustellen.

Die Belastungsgrenze gilt für sämtliche Zuzahlungen, also z. B. auch für die Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung oder bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

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 Lebensunterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien das Nähere zur Definition einer schwerwiegend chronischen Erkrankung bestimmt. Nach der entsprechenden Richtlinie des G-BA zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte 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 Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht/Versorgungsrecht von mindestens 60 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 % vor.
- 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 verursachte Gesundheitsstörung, zu erwarten ist.

Die Feststellung, ob ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie.

Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

Für Leistungsberechtigte des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Grundsicherung für Arbeitsuchende bzw. der Sozialhilfe) oder der Kriegsopferfürsorge besteht eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft lediglich die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches herangezogen (§ 62 Absatz 2 SGB V).

Die Leistungsberechtigten haben die jeweiligen Zuzahlungen aus ihrem Regelsatz selbst zu tragen. Ein höherer Regelbedarf wird dafür nicht anerkannt. Hochgerechnet auf das gesamte Kalenderjahr 2019 beträgt die Regelbedarfsstufe 1 5.088 EUR. Auf dieser Grundlage haben Sozialhilfe- bzw. Arbeitslosengeld II-Empfänger für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen je Kalenderjahr zu leisten:

Bei 1 % Zuzahlung:	(Chroniker)	ca. 50,88 EUR
Bei 2 % Zuzahlung:	(Normalfall)	ca. 101,76 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 Haushaltsvorstands nach der Regelsatzverordnung maßgeblich ist.

Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten, ist als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Absatz 2 SGB II maßgeblich.

Für alle anderen Versicherten wird der Schutz vor Überforderung durch die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sichergestellt.

Für in Heimen lebende Sozialhilfeempfänger ist eine Regelung geschaffen worden, um sie vor einer vorübergehenden finanziellen Überforderung zu schützen. Das war erforderlich, da ihnen nur ein angemessener Barbetrag zur Verfügung steht. 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 Barbetragsempfängern eine Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung aus.

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

Besondere Überforderungsregelungen bei Zahnersatz

Bei Zahnersatz gelten besondere Härtefallregelungen, die von der konkreten Höhe der monatlichen Bruttoeinnahmen abhängig sind. Bitte fragen Sie Ihre Krankenkasse, ob Sie ggf. Anspruch auf teilweise oder vollständige Befreiung vom Eigenanteil bei der Versorgung mit Zahnersatz haben.

Information

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

Finanzielle Grundlagen

Seit Januar 2009 gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit ein einheitlicher allgemeiner und ermäßigter Beitragssatz.

Der allgemeine Beitragssatz, der u. a. für Beiträge aus Arbeitsentgelt und Renten Anwendung findet, beträgt seit dem 1. Januar 2015 14,6 %. Der ermäßigte Beitragssatz, der grundsätzlich für Mitglieder ohne Krankengeldanspruch Anwendung findet, beträgt 14,0 %. Darüber hinaus können Krankenkassen einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Die Zusatzbeiträge können von Krankenkasse zu Krankenkasse variieren.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beziehungsweise Rentnerinnen und Rentner sowie Arbeitgeberinnen, Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger tragen die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt oder der Rente jeweils zur Hälfte. Die Beiträge (einschließlich des Zusatzbeitrages) werden direkt von der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber an die Krankenkasse abgeführt. Bei Beziehern einer Grundsicherung und der Sozialhilfe übernehmen die zuständigen Ämter den Zusatzbeitrag.

Die Beiträge werden von den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen wiederum erhalten vom Gesundheitsfonds pauschalierte Zuweisungen pro Versicherten plus alters-, risiko- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge zur Deckung ihrer Leistungsausgaben. Hierdurch wird die unterschiedliche Versicherten- und Krankheitsstruktur berücksichtigt.

Kommt eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie Effizienzreserven erschließen; reicht auch dies nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag oder erhöht diesen. Soweit es die finanzielle Situation der Krankenkasse zulässt, kann sie weitere Satzungsleistungen anbieten oder den Zusatzbeitrag senken.

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

Für einige Personengruppen gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz z. B.: Auszubildende (Arbeitsentgelt bis 325 Euro) und Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Für das Jahr 2019 wurde ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 0,9 % prognostiziert.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Übrigen die Möglichkeit, ihre Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Kündigungsregelungen zu wechseln. Dabei ist das Sonderkündigungsrecht sehr versichertenfreundlich ausgestaltet: Die Krankenkassen sind verpflichtet, jedes Mitglied in einem Brief bis spätestens zum Ende des Vormonats vor der Einführung oder der Erhöhung des Zusatzbeitrags auf das Sonderkündigungsrecht, die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes über die individuellen Zusatzbeiträge aller Krankenkassen hinzuweisen. Krankenkassen, deren individueller Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (2019: 0,9 %) übersteigt, müssen ausdrücklich darauf hinweisen, dass das Mitglied in eine günstigere Krankenkasse wechseln kann.

Beschäftigte, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, tragen ihren Krankenversicherungsbeitrag allein. Sie erhalten jedoch unter bestimmten Voraussetzungen einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers. So erhalten freiwillig versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte.

Auch Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung von dem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Bei der Beitragsbemessung ist die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze zu beachten (2019: 4.537,50 EUR monatlich). Das bedeutet: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung bemisst sich höchstens bis zu dem vorgenannten Betrag, auch wenn Sie mehr verdienen.

Innerhalb der sogenannten „Gleitzone“ (Verdienste von 450,01 EUR bis 850 EUR) gelten für die entsprechenden Beschäftigungsverhältnisse besondere sozialversicherungsrechtliche Regelungen. Die ab dem 01.07.2019 geltenden Regelungen zum Übergangsbereich treten an die Stelle der bis zum 30.06.2019 geltenden Gleitzone-Regelung für Entgelte im Bereich von 450,01 bis 850 Euro. Ab dem 1. Juli 2019 erhöht sich die Verdienstgrenze auf bis zu 1.300 EUR. Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass innerhalb der Gleitzone (ab 1. Juli 2019 „Übergangsbereich“) 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.

Elektronische Gesundheitskarte

Seit dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte als Nachweis, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können. Die elektronische Gesundheitskarte enthält ein Lichtbild. Ausnahmen gibt es lediglich für Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr und für Versicherte, die bei der Erstellung des Lichtbildes nicht mitwirken können. Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte kann für die „Europäische Krankenversicherungskarte“ verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

Derzeit sind auf der Karte die Verwaltungsdaten der Versicherten wie z. B. Name und Krankenversicherungsnummer verpflichtend gespeichert. Im nächsten Schritt sollen die Verwaltungsdaten online überprüft und aktualisiert werden können.

Künftig sollen auch medizinische Daten, wie beispielsweise Notfalldaten und ein Medikationsplan auf der Karte gespeichert werden können. Darüber hinaus sollen die Patienten künftig mit der elektronischen Patientenakte ihre Behandler über wichtige Gesundheitsdaten, wie Befunde, Diagnosen oder Therapiemaßnahmen informieren und auch eigene Daten, zum Beispiel Patiententagebuch über Blutzuckermessungen ablegen können. Datenschutz und Datensicherheit haben dabei höchste Priorität und werden durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt. Jeder Versicherte entscheidet selbst, ob und in welchem Umfang er von den neuen Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte Gebrauch machen möchte.



Pflegeversicherung

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. Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 waren wenige für den Fall der Fälle versichert.

Wie groß das Problem der Pflegebedürftigkeit ist, verdeutlichen einige Zahlen: Heute sind rund 3,4 Millionen Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen – eine Zahl, die annähernd die Einwohnerzahl von Berlin ist. Rund 0,8 Millionen Pflegebedürftige leben in Heimen. Die übrigen rund 2,6 Millionen Pflegebedürftigen werden zuhause 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 Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Sollten sie später einmal in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, können sie ihren privaten Vertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen.

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

Auch Beamte sind verpflichtet, eine private Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung von Beamten handelt es sich um eine Restkostenversicherung, die die Beihilfe ergänzt.

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

Unterhaltsberechtigter Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind in der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 445 EUR bzw. bei geringfügig Beschäftigten 450 EUR.

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.

Wann ist Pflegebedürftigkeit gegeben?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes in allen Lebensabschnitten auftreten. Nach der Definition des Pflegeversicherungsgesetzes sind damit Personen erfasst, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Das sind Personen, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Pflegebedürftigkeitsbegriff, Begutachtungsinstrument und Pflegegrade

Pflegebedürftigkeit hat ganz unterschiedliche Gesichter. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird dieser Tatsache gerecht.

Zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad kommt ein Begutachtungsinstrument zum Einsatz, das von der individuellen Pflegesituation ausgeht und sich an Fragen orientiert wie: Was kann der oder die Pflegebedürftige im Alltag alleine leisten? Welche Fähigkeiten sind noch vorhanden? Wie selbstständig ist der oder die Erkrankte? Wobei benötigt er oder sie Hilfe?

Was zählt, sind der einzelne Mensch und das Ausmaß, in dem er seinen Alltag alleine bewältigen kann. Die Begutachtung führt zu einer individuelleren Einstufung, denn sie berücksichtigt in fünf Pflegegraden genauer und umfassender als früher die Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Menschen. Davon profitieren etwa an Demenz erkrankte Personen mit ihrem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf.

Wie sind die Pflegegrade gestaffelt?

Die Pflegegrade orientieren sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: Von geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen in den Begutachtungs-Richtlinien.

Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung können auch Familienangehörige, Nachbarn oder gute Bekannte übernehmen, wenn sie oder er dazu bevollmächtigt werden. Der Antrag kann auch mit einem Telefonanruf gestellt werden. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt worden ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

Wie wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst, von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern oder bei knappschafflich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln; bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst von MEDICPROOF. Zur Begutachtung kommt die jeweilige Gutachterin oder der jeweilige Gutachter (Pflegefachkraft oder Ärztin beziehungsweise Arzt) ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung in die Wohnung oder die Pflegeeinrichtung – es gibt keine unangekündigten Besuche.

Zum Termin sollten idealerweise auch die Angehörigen oder Betreuer des erkrankten Menschen, die ihn unterstützen, anwesend sein. Das Gespräch mit ihnen ergänzt das Bild des Gutachters davon, wie selbstständig der Antragsteller noch ist beziehungsweise welche Beeinträchtigungen vorliegen.

Seit 2013 gelten Richtlinien des GKV--Spitzenverbands zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Diese sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und sorgen für mehr Transparenz und Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsgeschehen. Geregelt werden insbesondere die allgemeinen Verhaltensgrundsätze für die Gutachterinnen und Gutachter bei der Durchführung der Begutachtung, die individuelle und umfassende Information der Versicherten über das Begutachtungsverfahren (auch in den Sprachen Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Russisch, Türkisch), die Versichertenbefragung sowie das Beschwerdemanagement.

Was wird bei der Begutachtung erfragt?

Um festzustellen, wie selbstständig eine pflegebedürftige Person ist, wirft die Gutachterin oder der Gutachter einen genauen Blick auf folgende sechs Lebensbereiche:

- 1. Mobilität:** Der Gutachter schaut sich die körperliche Beweglichkeit an: z. B. Kann die betroffene Person zum Beispiel alleine aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen, ist Treppensteigen möglich?
- 2. Geistige und kommunikative Fähigkeiten:** Dieser Bereich umfasst das Verstehen und Reden: z. B. Kann sich die betroffene Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?
- 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für ihre Angehörigen, belastend sind. Auch wenn Abwehrreaktionen bei pflegerischen Maßnahmen bestehen, wird dies hier berücksichtigt.
- 4. Selbstversorgung:** Kann sich z. B. die Antragstellerin oder der Antragsteller selbstständig waschen, anziehen, die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?
- 5. Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung:** Der Gutachter schaut, ob die betroffene Person zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen, den Blutzucker eigenständig messen, mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder Rollator umgehen und eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt aufsuchen kann.
- 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Kann die betroffene Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen?

Für jedes Kriterium in den genannten Lebensbereichen ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person durchführen, jedoch gegebenenfalls allein mit Hilfsmitteln) und – in der Regel – 3 (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen). So wird in jedem Bereich der Grad der Beeinträchtigung sichtbar. Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

Zusätzlich bewerten die Gutachterinnen und Gutachter die **außerhäuslichen Aktivitäten** und die **Haushaltsführung**. Die Antworten in diesen Bereichen werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen, weil die hierfür relevanten Beeinträchtigungen schon bei den Fragen zu den sechs Lebensbereichen mitberücksichtigt sind. Allerdings helfen diese Informationen den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekasse, wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde: Sie können den Pflegebedürftigen mit Blick auf weitere Angebote und Sozialleistungen beraten und einen auf ihn zugeschnittenen Versorgungsplan erstellen. Auch für eine Pflegeplanung der Pflegekräfte sind die Informationen als Ergänzung sehr hilfreich.

Wie wird die Pflegebedürftigkeit von Kindern festgestellt?

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderarzt vorzunehmen. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbständig. Damit auch diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden bei der Begutachtung die altersunabhängigen Bereiche wie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ einbezogen. Darüber hinaus wird festgestellt, ob es bei dem Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlich intensiven Hilfebedarf auslösen.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung ist die Begutachtung durch den MDK oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder nach dem Familienpflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder nach dem Familienpflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die gesetzlich vorgesehenen verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits bei ihm oder ihr mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind.

Was umfasst der Leistungsbescheid?

Die Entscheidung der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll für die Versicherten transparent und nachvollziehbar sein. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Es ist auch möglich, die Übermittlung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt zu verlangen.

Darüber hinaus erhält die beziehungsweise der Versicherte die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben wurde. Gleichzeitig wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgelöst wird, sofern dies auf Zustimmung der Antragstellerin beziehungsweise des Antragstellers trifft.

Ambulante oder stationäre Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Pflegegrad 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 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. Wer pflegebedürftig ist, möchte in der Regel so lange wie möglich in seiner vertrauten Umgebung gemeinsam mit seinen Angehörigen leben. 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 dem jeweiligen Pflegegrad. Der Pflegebedürftige hat ein Wahlrecht zwischen der ambulanten Pflegesachleistung (Pflegeeinsätze durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder Einzelpflegekräfte) und dem Pflegegeld (mit dem der Pflegebedürftige die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt, z. B. durch Angehörige). Eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich. Die Hilfen können mithin so gestaltet werden, wie sie den persönlichen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechen.

Seit dem 1. Januar 2017 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegegrade (1 bis 5), die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden. Er kann zur Erstattung der Kosten für die Inanspruchnahme einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder von Leistungen ambulanter Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) verwendet werden. Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden. Diese tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig zu bewältigen.

Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, er wird mit den anderen Leistungsansprüchen also nicht verrechnet. Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate übertragen werden, am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 als ambulante Pflegesachleistungen die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes oder einer Einzelpflegekraft für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro, für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro, für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro und für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro.

Wird der Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht oder nicht voll für den Bezug ambulanter Sachleistungen ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag auch verwendet werden, um eine zusätzliche Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu beantragen. Auf diese Weise können maximal 40 % des jeweiligen ambulanten Sachleistungsbetrags umgewandelt werden (Umwandlungsanspruch).

Mehrere Pflegebedürftige, insbesondere in neuen Wohnformen, können ihre Sachleistungsansprüche auch zusammenlegen („Poolen“). Die hierdurch insbesondere entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen.

Wird die häusliche Pflege selbst sichergestellt, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, zahlt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 ein Pflegegeld. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 und 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind:

- Tragung der Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von bis zu 40 EUR monatlich
- Technische Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett) in geeigneten Fällen vorrangig als leihweise Überlassung der Pflegekasse
- Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 4.000 EUR je Maßnahme (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Der Zuschuss kann bis zu viermal 4.000 EUR – also maximal 16.000 EUR – betragen, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen
- Umfassende individuelle Pflegeberatung
- Unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Pflegeberatung für Versicherte und Angehörige.

Diese weiteren Leistungen können auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad I erhalten.

Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige, die Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen und/oder den Entlastungsbetrag beziehen, können in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich zu den sonstigen Leistungen auf Antrag eine Pauschale in Höhe von 214 Euro im Monat, den sogenannten Wohngruppenzuschlag, erhalten. Den Wohngruppenzuschlag können auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad I erhalten. Diese müssen kein Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistungen oder den Entlastungsbetrag beziehen, um den Wohngruppenzuschlag zu erhalten.

Voraussetzung für den Wohngruppenzuschlag ist,

- dass Sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
- dass eine Person (Präsenzkraft) durch die Mitglieder der WG gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
- dass keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der der Anbieter der WG oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Pflegebedürftige, die sich an der Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligen, können bei ihrer Pflegekasse zusätzlich zu den Zuschüssen für die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eine einmalige Anschubfinanzierung beantragen. Hierbei handelt es sich um eine Förderung in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Person. Einen Anspruch hat, wer auch den oben genannten Wohngruppenzuschlag erhalten kann und an der gemeinsamen Gründung beteiligt ist. Pro Wohngemeinschaft ist der Maximalbetrag auf 10.000 Euro beschränkt. Bei mehr als vier Gründungsmitgliedern wird der Gesamtbetrag zu gleichen Teilen aufgeteilt. Die Anschubfinanzierung ist zweckgebunden, um das neue Zuhause altersgerecht oder barrierefrei zu gestalten.

Verhinderungspflege

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub oder Krankheit die oder den Angehörigen nicht pflegen kann. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die, beziehungsweise der Pflegenden, seit mindestens sechs Monaten die Pflege übernommen hat. Wird die Verhinderungspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit der oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, oder durch Nachbarinnen und Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden. Bei Ersatzpflege durch nahe Angehörige bis zum zweiten Grad oder durch mit der oder dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen richtet sich die Leistung nach der Höhe des Pflegegeldes. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstaussfall) nachgewiesen werden können, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden. Der Höchstbetrag darf allerdings 1.612 Euro nicht überschreiten.

Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Für die Dauer eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen und der Arbeitslosenversicherungsschutz erhalten.

Ergänzend zu diesem Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags (das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer entsprechenden Einrichtung. Im Rahmen von Leistungshöchstbeträgen übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die übrigen Kosten (zum Beispiel für Verpflegung, Investitionskosten) müssen dagegen privat getragen werden.

Gewährt wird teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Darüber hinaus bietet sie für pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung oft eine bedeutende Entlastungsmöglichkeit. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht.

Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad ab. Sie beträgt monatlich im Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, im Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, im Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro und im Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro.

Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch zu nehmen.

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der beziehungsweise des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Außerdem übernimmt die Pflegeversicherung in teilstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten von sogenannten zusätzlichen Betreuungskräften für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen dort.

Neben der Tages und Nachtpflege können die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen und / oder (anteiliges) Pflegegeld ohne Kürzung in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Die Höhe der Leistung beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bis zu 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Damit wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen.

In begründeten Einzelfällen kann Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungs-vertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder ähnlich geeigneten Versorgungs-stätten. Voraussetzung ist, dass die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeit-pflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Seit dem 1. Januar 2016 besteht ein Anspruch auf eine Kurzzeitpflege als Leistung der GKV. Reicht ambulante Unterstützung in Form von häuslicher Krankenpflege und / oder Haushaltshilfe nicht aus, können Versicherte eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der GKV in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Der Leistungsumfang entspricht der sozialen Pflegeversicherung, das heißt, es werden Aufwendungen bis zum Höchstbeitrag von derzeit 1.612 Euro übernommen.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen:

Jeder Pflegebedürftige hat seit dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Einrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Stationär Gepflegten wird durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht.



Weitere Infos zur Unfallversicherung bei der häuslichen Pflege finden Sie in der gleichnamigen Broschüre des BMAS (A 401).

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 Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Deshalb gewährt die Pflegeversicherung Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.

Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt, ist im Sinne der Pflegeversicherung eine Pflegeperson. Ist die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart (nur Pflegegeldbezug, nur Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen oder Bezug der Kombinationsleistung).

Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Erfasst sind dabei die Tätigkeiten, die auch in der Pflegeversicherung selbst als pflegerische Maßnahmen berücksichtigt werden, sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung. Ebenso besteht Unfallversicherungsschutz auf dem direkten Hin- und Rückweg zum Ort der Pfl egetätigkeit, wenn die oder der Pflegebedürftige in einer anderen Wohnung als die Pflegeperson wohnt.

Für Pflegepersonen, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung beenden, um sich um pflegebedürftige Angehörige in dem zur Rentenversicherung beschriebenen Umfang zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfl egetätigkeit. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pfl egetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Während eines Erholungsurlaubes der Pflegeperson werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf - Unterstützende Maßnahmen

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Der Stärkung der häuslichen Pflege dienen auch das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz, die im Interesse pflegebedürftiger naher Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Pflegesituationen und des unterschiedlichen Pflegebedarfs weiterentwickelt wurden. Berufstätige Angehörige von pflegebedürftigen Menschen können im Bedarfsfall folgende berufliche Auszeiten in Anspruch nehmen:

- Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, bis zu 10 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung), um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder sicherzustellen. Sie erhalten somit nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten. Das Recht, kurzfristig der Arbeit fernzubleiben, soll auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden können, zunächst kurzfristig von ihren nahen Angehörigen zu Hause versorgt werden können. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung haben Beschäftigte unabhängig von der Unternehmensgröße. Der Arbeitgeber ist zur Entgeltfortzahlung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt. Beschäftigte, die keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber erhalten, können ein auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld beantragen. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 % (beim Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlung in den letzten 12 Monaten vor der Freistellung 100 %) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt.

- Daneben haben Beschäftigte, die in häuslicher Umgebung ihre pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegen wollen, die Möglichkeit einer Freistellung von der Arbeitsleistung von bis zu 6 Monaten (Pflegezeit). Die Freistellung kann vollständig oder in Form einer Arbeitszeitreduzierung erfolgen. Anspruch auf Pflegezeit besteht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten.
- Wenn Beschäftigte für die Sicherstellung der häuslichen Pflege eines nahen Angehörigen eine länger andauernde Reduzierung ihrer Arbeitszeit benötigen, besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten. Bei der Familienpflegezeit muss die wöchentliche Arbeitszeit mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit muss im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr eine wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden erreicht werden. Der Anspruch besteht gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten.
- Viele pflegebedürftige Kinder und Jugendliche werden nicht nur zu Hause, sondern längerfristig auch außerhäuslich, zum Beispiel in einer Klinik behandelt. Auch wenn keine häusliche Pflegesituation besteht, haben Minderjährige das Bedürfnis, von ihren nahen Angehörigen betreut zu werden. Um Beschäftigten die Betreuung pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher in häuslicher und außerhäuslicher Umgebung zu ermöglichen, haben sie Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung, entsprechend den Regelungen des PflegeZG und des FPfZG. Das heißt, eine vollständige Freistellung kann - wie bei der Pflegezeit - bis zu 6 Monaten erfolgen. Eine teilweise Freistellung mit einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden kann bis zu 24 Monate in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer aller Freistellungen – auch in Kombination mit Pflegezeit oder Familienpflegezeit – darf 24 Monate nicht überschreiten. Der Anspruch auf eine Freistellung bis zu 6 Monaten besteht bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Der Anspruch auf eine längere Freistellung mit einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden besteht gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten.
- Viele Beschäftigte möchten von ihren nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase würdig Abschied nehmen können und ihnen vor dem Tod Beistand leisten. Um ihnen diese Möglichkeit zu geben, können Beschäftigte nach dem PflegeZG eine vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu 3 Monaten verlangen. Eine Pflege in häuslicher Umgebung ist nicht vorausgesetzt. So kann eine Begleitung auch während eines Hospizaufenthalts des nahen Angehörigen erfolgen. Dieser Anspruch besteht gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Es ist möglich, im Anschluss an eine Freistellung nach dem PflegeZG eine Freistellung nach dem FPfZG in Anspruch zu nehmen oder umgekehrt. Die verschiedenen Freistellungen müssen zeitlich unmittelbar aufeinander folgen. Die entsprechenden Ankündigungsfristen sind zu beachten. Nur die Freistellung zur Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase kann auch nach einer zeitlichen Unterbrechung nach einer anderen Freistellung in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer aller Freistellungen nach dem PflegeZG und nach dem FPfZG darf 24 Monate nicht überschreiten.

Beschäftigte, die Freistellungen nach dem PflegeZ und FPfZG in Anspruch nehmen, können ein zinsloses staatliches Darlehen bei dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragen, um die durch die Freistellungen erfolgten Einkommenseinbußen abzufedern. Näheres hierzu erfahren Sie auf der Webseite wege-zur-pflege.de.

In kleineren Unternehmen können Beschäftigte mit ihrem Arbeitgeber einvernehmlich eine Freistellung vereinbaren. Auch in diesem Fall haben Beschäftigte Anspruch auf ein zinsloses staatliches Darlehen.

Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung – höchstens jedoch 12 Wochen vor dem angekündigten Freistellungstermin – bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung beziehungsweise der Freistellungen nach dem PflegeZG oder dem FPfGZ nicht kündigen.

In besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden.

Während einer Pflegezeit, die in Form einer vollständigen Freistellung erfolgt, ist die notwendige soziale Absicherung gewährleistet. Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung für alle Pflegegrade den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz und in der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Eine private Kranken- und Pflegepflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person in allen Pflegegraden den Beitrag zur Kranken und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Auch hierfür übernimmt die Pflegekasse die notwendigen Beiträge.

Die vollstationäre Pflege

Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen privat getragen werden.

Bei Pflegegrad 1 zahlt die Pflegekasse einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro im Monat. Bei Pflegegrad 2 beträgt der Anspruch monatlich pauschal 770 Euro, bei Pflegegrad 3 monatlich 1.262 Euro, bei Pflegegrad 4 monatlich 1.775 Euro und bei Pflegegrad 5 monatlich 2.005 Euro.

Früher stieg mit dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zwar auch der Leistungsbetrag der Pflegeversicherung, gleichzeitig nahm jedoch auch der von den Pflegebedürftigen zu zahlende Eigenanteil zu. Seit 1. Januar 2017 sieht das Gesetz vor, dass der einrichtungseinheitliche Eigenanteil bei stationärer Versorgung in den Pflegegraden 2 bis 5 innerhalb der Einrichtung gleich hoch ausfällt. Steigt also künftig der Pflegebedarf und erhält die pflegebedürftige Person einen höheren Pflegegrad, muss sie dafür keinen höheren Eigenanteil zuzahlen.

Leistungen für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1

Aufgrund der vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen, die in Pflegegrad 1 vorliegen, werden für diesen Personenkreis noch keine ambulanten Sachleistungen durch Pflegedienste oder Pflegegeld vorgesehen, wie sie für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 geleistet werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 konzentrieren sich vielmehr darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Außerdem haben sie Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und bei Bedarf auf Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, den Wohngruppenzuschlag sowie die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen. Darüber hinaus stehen die Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung zur Verfügung. Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich. In stationären Pflegeeinrichtungen haben sie außerdem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Und wie alle Pflegebedürftigen haben sie zudem ein Recht auf Pflegeberatung, Beratung in der eigenen Häuslichkeit und Pflegekurse für ihre Angehörigen.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige und Versicherte, die bei ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen stellen, haben Anspruch auf eine kostenfreie individuelle Pflegeberatung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin. Pflegenden Angehörige oder weitere Personen erhalten eine Pflegeberatung mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person. Die Pflegekasse ist verpflichtet, vor der erstmaligen Beratung unverzüglich einen Pflegeberater bzw. eine Pflegeberaterin zu benennen, mit persönlicher Zuständigkeit für alle Anliegen. Die Pflegekasse ist außerdem verpflichtet, bei Anträgen auf Leistungen (außer bei wiederkehrenden Anträgen auf Kostenerstattung) von sich aus spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang einen Termin für eine individuelle Pflegeberatung anzubieten oder einen Gutschein für eine Pflegeberatung durch eine unabhängige Beratungsstelle auszustellen. Die Pflegeberatung kann bei der jeweiligen Pflegekasse vor Ort, auf Wunsch auch telefonisch oder zu Hause durchgeführt werden. In der privaten Pflege-Pflichtversicherung gelten diese Vorschriften ebenfalls.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erbringen folgenden Leistungen:

- sie helfen bei der Stellung von Anträgen auf Leistungen und helfen bei allen Anliegen gegenüber der Pflegekasse,
- sie beraten zu allen Leistungen und Leistungsansprüchen,
- sie unterstützen bei der Auswahl von Leistungsangeboten und insbesondere auch zu Leistungen für die Entlastung pflegender Angehöriger,
- sie erstellen auf Wunsch der Betroffenen gemeinsam mit ihnen einen individuellen Versorgungsplan und helfen bei dessen Umsetzung und Fortschreibung,
- sie informieren über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung.

Die Beratung erfolgt durch speziell geschulte Pflegeberaterinnen und -berater mit besonderer Fachkenntnis insbesondere im Sozial- und Sozialversicherungsrecht. Diese Zusatzqualifikation kann grundsätzlich durch Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter erworben werden. Daneben kommen aber auch Personen mit anderen geeigneten Berufen oder Studienabschlüssen in Betracht.

Die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind bei Pflegekassen beschäftigt. Aber auch die Kommunen stellen Beratungskräfte zur Verfügung. In den Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI - die es allerdings nicht in allen Regionen gibt - werden die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen und der Kommunen sowie Sozialberaterinnen und Sozialberater gemeinsam vor Ort eingesetzt. Auch hier kann die Pflegeberatung in Anspruch genommen werden. Die Pflegekassen erteilen Auskunft über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt. Auch die Service- und Beratungsstellen der Kommunen und die Wohlfahrtsverbände informieren zum Thema Pflege.

Wer privat pflegeversichert ist, sollte sich mit seinen Fragen zur Pflegeversicherung an sein Versicherungsunternehmen oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, wenden. Die private Pflegepflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ an, und zwar zum einen durch eine zentrale telefonische Pflegeberatung (die Nummer lautet: 0 800 101 88 00, montags bis freitags von 8.00 bis 19.00 Uhr, samstags von 10.00 bis 16.00 Uhr) und zum anderen durch eine aufsuchende Beratung eines Pflegeberaters, d. h. durch eine Beratung im Haushalt des Pflegebedürftigen, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse einen Anteil des vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Die Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege.

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 2019 monatlich 4.537,50 EUR sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern.

Seit dem 1. Januar 2017 beträgt der Beitragssatz 3,05 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Kinderlose zahlen 3,3 %.

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. Arbeitnehmerinnen beziehungsweise Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen den Beitrag – ohne den Kinderlosenzuschlag – grundsätzlich zur Hälfte, also jeweils 1,525 Prozent. In Bundesländern, in denen zur Finanzierung der Pflegeversicherung die Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fällt, vermindert worden ist (wie in Sachsen), haben die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den Beitrag in Höhe von 0,5 Prozent alleine zu tragen. Hier entfallen somit von den 3,05 Prozent Pflegebeitrag 2,025 Prozent auf die Arbeitnehmerin und den Arbeitnehmer (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern) und 1,025 Prozent auf den Arbeitgeber.

Kinderlose Mitglieder haben – unabhängig von den Gründen für die Kinderlosigkeit – seit dem 1. Januar 2005 einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragspunkten zu entrichten, d. h. der Beitragsatzanteil z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers/einer kinderlosen Arbeitnehmerin erhöht sich von 1,25 auf 1,77 %. Damit wird der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kinder bei gleichem Einkommen hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende.

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

Wer als Beschäftigter 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 Pflege-Pflichtversicherung zu zahlen hat.

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

Private Pflege-Pflichtversicherung

Die Prämien zur privaten Pflege-Pflichtversicherung richten sich – wie in der PKV – 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 % 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.

Weitere Informationen

Das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Bürgertelefon zur Pflegeversicherung erreichen Sie von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 bis 18.00 Uhr, freitags von 8.00 bis 12.00 Uhr, unter der Rufnummer 030 3406066-02.

Beim Bundesministerium für Gesundheit können Sie u. a. die kostenlosen Broschüren „Ratgeber Pflege“ BestellNr.: BMG-P07055, „Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick“ BestellNr.: BMG-P11019, „Die Pflege stärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen“ BestellNr.: BMG-P11005, „Ratgeber Demenz“ BestellNr.: BMG-P11021 und den Flyer „Pflegebedürftig. Was nun?“ Bestell-Nr.: BMG-P-07053 bestellen.

Auskünfte zum Bereich des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes im Ausland bzw. bei Auslandsaufenthalt erteilt im Einzelfall die „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung/Pflegeversicherung – Ausland (DVKA)“, Pennefeldsweg 12c, 53177 Bonn, Telefon: 0228/9530-0, die seit dem 1. Juli 2008 eine Abteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist.

Im Rahmen der sogenannten „Altenhilfe“ Ihrer Stadt bzw. Gemeinde gibt es auch die Möglichkeit der Beratung und Unterstützung. Sie können sich hierzu unmittelbar an Ihre Stadt- oder Kreisverwaltung wenden.



Rentenversicherung

Soziale Sicherheit ist untrennbar mit der Rentenversicherung verbunden. Sie trägt seit vielen Jahrzehnten maßgeblich dazu bei, 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, Menschen mit Behinderungen in anerkannten Werkstätten, Personen, die den freiwilligen Wehrdienst oder den Bundesfreiwilligendienst leisten sowie Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr.

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt im Jahr 2019 bei monatlich 6.700 EUR in den alten und 6.150 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.

Arbeitnehmer, die ab dem 1. Januar 2013 eine Beschäftigung mit einem monatlichen Verdienst von bis zu 450 EUR aufnehmen, sind als geringfügig Beschäftigte pflichtversichert. Der Arbeitgeber entrichtet einen Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung in Höhe von 15 % (bei gewerblichem Minijob) bzw. 5 % (bei Minijobs in Privathaushalten), der Arbeitnehmer trägt (entsprechend dem RV-Beitragssatz von 18,6 % im Jahr 2019) einen Eigenanteil in Höhe von 3,6 % (bei gewerblichem Minijob), bzw. 13,6 % (bei Minijobs in privaten Haushalten). Durch diese Pflichtbeiträge werden Ansprüche auf das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung erworben. Neben dem Anspruch auf die Regelaltersrente sind dies im Wesentlichen: Anspruch auf Rehabilitation, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, vorgezogene Altersrenten sowie Anspruch auf die Förderung nach der sogenannten Riester-Rente. Liegt das Arbeitsentgelt unter 175 EUR monatlich, ist ein Mindestbeitrag auf der Basis von 175 EUR zu zahlen.

Für Arbeitnehmer mit Verdiensten von 450,01 EUR bis 850 EUR gelten die beitragsrechtlichen Regelungen der sogenannten Gleitzone (Progressionszone), durch die der Arbeitnehmer entsprechend seines Verdienstes anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Bei Arbeitsentgelten innerhalb der Gleitzone steigt der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung von z. Z. durchschnittlich 20 %) abhängig vom Verdienst im Ergebnis linear von rund 11 % am Anfang der Gleitzone (450,01 EUR) bis zum vollen Arbeitnehmeranteil bei 850 EUR an. Der Arbeitgeber trägt dagegen für das gesamte Arbeitsentgelt grundsätzlich seinen vollen Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Regelungen gelten jedoch nicht bei Auszubildenden. Die ab dem 1. Juli 2019 geltenden Regelungen zum Übergangsbereich treten an die Stelle der bis zum 30.06.2019 geltenden Gleitzone-Regelung für Entgelte im Bereich von 450,01 bis 850 Euro. Ab dem 1. Juli 2019 steigt die Verdienstgrenze im Übergangsbereich auf bis zu 1.300 EUR.

Wichtig:

Da bei der Rentenberechnung 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. Ab dem 1. Juli 2019 werden der Rentenberechnung stets die tatsächlichen Entgelte zugrunde gelegt, auch wenn in dem Entgeltbereich von 450,01 bis 1.300 EUR von den Beschäftigten im Übergangsbereich nicht die vollen Rentenversicherungsbeiträge gezahlt wurden.

Von den Selbständigen sind nur bestimmte Personenkreise pflichtversichert, darunter selbständige Lehrer, Dozenten und Erzieher, selbständige Pflegepersonen sowie Hebammen. Pflichtversichert sind auch selbständige Handwerker. Diese 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 Jahreseinkommen über 3.900 EUR aus der selbständigen Tätigkeit, 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 mit einem Auftraggeber können sich bis zu drei Jahre von der Versicherungspflicht befreien lassen. Auch haben Personen, die bereits in einem vorgerückten Lebensalter stehen, ein Befreiungsrecht.

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

Andere Maßnahmen, vor allem das betriebliche Altenteil und Einnahmen aus der Verwertung des landwirtschaftlichen Unternehmens, ergänzen die Leistungen aus diesem Alterssicherungssystem.

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: Während der Kindererziehungszeit sind erziehende Mütter oder Väter pflichtversichert. Versicherungspflicht wegen Kindererziehung besteht für ein ab dem 1. Januar 1992 geborenes Kind in dessen ersten drei Lebensjahren. Für ein früher geborenes Kind werden zweieinhalb Jahre als Pflichtbeitragszeit berücksichtigt.

Pflegepersonen: Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig wenigstens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt und nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist, wird in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung hat. Die Beiträge zahlt die Pflegekasse. Damit ist auch dieser Personenkreis ohne eigene Beitragszahlung pflichtversichert. (Ergänzende Erläuterung siehe in Kapitel „Pflegeversicherung - Die soziale Sicherung der Pflegepersonen“.)

Bezieher von Entgeltersatzleistungen sind versicherungspflichtig, während sie diese Leistungen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren. Trifft dies nicht zu, muss die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt werden. Zu den Entgeltersatzleistungen gehören zum Beispiel Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld und Arbeitslosengeld. Die Beitragszahlung erfolgt – unabhängig davon, wer die Beiträge trägt – durch den Träger der jeweiligen Sozialleistung. Für Arbeitslosengeld II-Empfänger besteht seit 2011 keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Ihnen kann die Zeit des Leistungsbezugs seither als Anrechnungszeit anerkannt werden.

Wer ist versicherungsfrei?

Versicherungsfrei sind Personen, für die keine Versicherungspflicht besteht. Dazu gehören Personen, die aufgrund ihres Status und einer anderweitigen Absicherung nicht zum Kreis der Versicherten zählen (zum Beispiel Beamte oder Richter) sowie Personen, welche die Regelaltersgrenze erreicht haben und bereits eine Altersvollrente beziehen. Beschäftigte Altersvollrentner ab Erreichen der Regelaltersgrenze können auf die Versicherungsfreiheit verzichten, um ihre Rente weiter zu erhöhen.



Weitere Information zur geringfügigen Beschäftigung finden Sie in der **BMAS-Broschüre** „Geringfügige Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone“ (A 630).

Versicherungsfrei sind auch kurzfristig Beschäftigte. Eine kurzfristige Beschäftigung liegt vor, wenn die Beschäftigung von vornherein auf nicht mehr als drei Monate oder insgesamt 70 Arbeitstage im Kalenderjahr begrenzt ist und – sofern das Arbeitsentgelt im Monat 450 EUR überschreitet – nicht berufsmäßig ausgeübt wird. Für kurzfristige Beschäftigungen sind grundsätzlich keine Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen, auch keine Pauschalbeiträge durch den Arbeitgeber.

Wer kann sich von der Versicherungspflicht befreien lassen?

Verschiedene Personengruppen haben unter bestimmten Voraussetzungen das Recht, sich von der Rentenversicherungspflicht befreien zu lassen, so beispielsweise Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen oder geringfügig entlohnte Beschäftigte. Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung (sogenannter Minijob) liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 450 EUR nicht überschreitet. Der Arbeitgeber zahlt einen Pauschalbetrag von 15 % zur gesetzlichen Rentenversicherung, für Minijobs in privaten Haushalten als einer besonderen Form der geringfügigen Beschäftigung gilt der niedrigere Pauschalbeitrag in Höhe von 5 % zur gesetzlichen Rentenversicherung.

Der geringfügig entlohnte Beschäftigte trägt die Differenz des Arbeitgeberbeitrags zum vollen Rentenbeitrag. (Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung beträgt im Jahr 2019 18,6 %. Geringfügig entlohnte Beschäftigte in Privathaushalten tragen somit einen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 13,6 %, sonstige geringfügig entlohnte Beschäftigte in Höhe von 3,6 % des Arbeitsentgelts). Lässt sich der geringfügig entlohnte Beschäftigte von der Versicherungspflicht befreien, muss nur der Arbeitgeber die Pauschalbeiträge zahlen, der Beschäftigte muss diese nicht mehr aufstocken. Die Befreiung ist beim Arbeitgeber zu beantragen. Der Arbeitgeber meldet dies der Minijob-Zentrale, die zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gehört.



Wird die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht beantragt, werden – anders als bei bestehender Versicherungspflicht, bei der aus jedem Beschäftigungsmonat ein Wartezeitmonat resultiert – Wartezeitmonate nur noch im geringem Umfang erworben. Auch kann durch eine geringfügige Beschäftigung, für die eine Befreiung von der Versicherungspflicht vorliegt, ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente nicht aufrecht erhalten werden. Zudem fallen die Rentenanwartschaften bei einer Befreiung geringer aus als bei Versicherungspflicht.

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

Weitere Information zur Rentenversicherung finden Sie in der BMAS-Publikation „Ratgeber zur Rente“ (A 815).

Mehrere Beschäftigungen

Mehrere gleichzeitig ausgeübte geringfügig entlohnte Beschäftigungen oder kurzfristige Beschäftigungen sind jeweils zusammenzurechnen. Werden dadurch die oben genannten Geringfügigkeitsgrenzen überschritten, tritt Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung ein und es besteht kein Befreiungsrecht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Bei gleichzeitiger Ausübung von geringfügigen Beschäftigungen und sozialversicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung ist Folgendes zu beachten:

Neben einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung kann eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausgeübt werden, ohne dass durch Zusammenrechnung mit der Hauptbeschäftigung das Befreiungsrecht in der Rentenversicherung entfallen würde. Jede weitere geringfügig entlohnte Beschäftigung wird mit der sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnet und unterfällt damit der vollen Sozialversicherungspflicht ohne Befreiungsrecht in der Rentenversicherung. Das Zusammenrechnungsgebot gilt nicht bei gleichzeitiger Ausübung von kurzfristiger Beschäftigung und geringfügig entlohnter Dauerbeschäftigung sowie von kurzfristiger Beschäftigung und sozialversicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung.

Verbindliche Entscheidung

Die Entscheidung über die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung im Einzelfall trifft die örtlich zuständige gesetzliche Krankenkasse, für geringfügige Beschäftigungen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als zentrale Einzugsstelle (www.minijobzentrale.de). Diese 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 gesetzlichen Rentenversicherung zahlen. Das gilt beispielsweise für Selbständige, die nicht versicherungspflichtig sind, oder Hausfrauen.

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 Erwerbsfähigkeit erhalten oder verbessern können.

Für ihre Versicherten erbringen die Träger der Rentenversicherung, sofern die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist oder eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert bzw. wiederhergestellt werden kann. Darüber hinaus erbringen sie Leistungen zur Prävention, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern und Leistungen zur Nachsorge, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern.

Es ist absehbar, dass der Reha-Bedarf insbesondere aus demografischen Gründen in den nächsten Jahren weiter steigen wird, da die geburtenstarken Jahrgänge das rehabilitationsintensive Alter ab 45 Jahren erreicht haben. Daher wird bei der jährlichen Fortschreibung des Reha-Budgets der Rentenversicherung neben der Lohn- und Gehaltsentwicklung zusätzlich ein Demografiefaktor berücksichtigt, um den demografisch bedingten vorübergehenden finanziellen Mehrbedarf bei den jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe zu berücksichtigen.

Wer hat einen Rentenanspruch?

Rentenansprüche sind davon abhängig, dass eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) sowie 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 35 Jahren für die Altersrente für langjährig Versicherte und die Altersrente für schwerbehinderte Menschen werden auch beitragsfreie Zeiten sowie Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung angerechnet. Für die Altersrente für besonders langjährig Versicherte ist die Wartezeit von 45 Jahren zu erfüllen. Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung, selbständige Tätigkeit oder Pflege sowie Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung sind anrechenbar. Um besondere Härten aufgrund vorübergehender Unterbrechungen der Erwerbsbiografie zu vermeiden, können grundsätzlich auch Zeiten der Arbeitslosigkeit (und aus Gleichbehandlungsgründen auch Zeiten des Bezugs weiterer Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung z. B. bei Weiterbildung, Kurzarbeit oder im Insolvenzfall) berücksichtigt werden. Nicht angerechnet werden jedoch Zeiten der Dauer- und Langzeitarbeitslosigkeit (Bezug von Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe). Zeiten der freiwilligen Beitragszahlung können berücksichtigt werden, wenn für mindestens 18 Jahre Pflichtbeiträge vorliegen.

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, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit 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 vor dem Versicherungsfall 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.

Rente mit 67

Das Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) aus dem Jahr 2007 sieht eine stufenweise Anhebung der Regelaltersgrenze vom 65. auf das 67. Lebensjahr seit dem Jahr 2012 und entsprechende Anhebungen bei anderen Renten vor. Durch eine Vorlaufzeit von mehreren Jahren hatten Arbeitnehmer und Arbeitgeber genügend Zeit, ihre Planungen anzupassen.

Vertrauensschutz bei der Anhebung der Altersgrenzen für die Altersrenten haben Angehörige der Geburtsjahrgänge 1954 und älter, wenn sie bereits vor dem 1. Januar 2007 verbindlich Altersteilzeitarbeit vereinbart haben. Außerdem ist durch eine Anpassung der arbeitsrechtlichen Schutzvorschrift des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sichergestellt, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis auf einen Zeitpunkt befristet ist, in dem sie vor Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen Alters haben, entsprechend den Anhebungsschritten bis zum Alter 67 weiterarbeiten können.

Eine zusammenfassende Übersicht über die Altersgrenzenanhebung folgt auf Seite 160. Aufgrund von Übergangs- bzw. Vertrauensschutzregelungen können für Sie abweichende Altersgrenzen als die nachfolgend dargestellten gelten. Bitte informieren Sie sich hierzu bei Ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger.

1. Regelaltersrente

Anspruch auf die Regelaltersrente haben Versicherte, die die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Neben der Regelaltersrente darf unbeschränkt hinzuverdient werden.

Bei der Regelaltersrente wird die Altersgrenze ab Geburtsjahrgang 1947 stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben. Die Stufen der Anhebung betragen zunächst einen Monat pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 65 auf 66 Jahre) und dann ab Geburtsjahrgang 1959 zwei Monate pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 66 auf 67 Jahre). Für alle vor 1947 Geborenen verbleibt es bei der Regelaltersgrenze von 65 Jahren, für alle nach 1963 Geborenen gilt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren.

Versicherte des Jahrgangs 1954 erreichen die Regelaltersgrenze mit 65 Jahren und 8 Monaten im Jahr 2019/2020.

2. Altersrente für besonders langjährig Versicherte

Mit Beginn der stufenweisen Anhebung der Regelaltersgrenze zum 1. Januar 2012 wurde für besonders langjährig Versicherte eine neue Altersrente eingeführt. Anspruch auf einen abschlagsfreien Renteneintritt nach Vollendung des 65. Lebensjahres sollten diejenigen Versicherten haben, die mindestens 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen aus Beschäftigung, selbständiger Tätigkeit und Pflege sowie Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes erreichen. Durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) vom 23. Juni 2014 wurde diese besondere Altersrente vorübergehend ausgeweitet: Für Geburtsjahrgänge vor 1953 wurde die Altersgrenze auf 63 Jahre abgesenkt. Das Eintrittsalter für diese Rente wird für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1952 geboren sind, wieder stufenweise auf die zuvor geltende Altersgrenze von 65 Jahren angehoben. Die Anhebung erfolgt pro Jahrgang in Schritten von jeweils 2 Monaten. Für den Geburtsjahrgang 1964 ist die Altersgrenze von 65 Jahren wieder erreicht. Diese Rente kann nicht vorzeitig, d. h. vor Erreichen der Altersgrenze und unter Inkaufnahme von Abschlägen, bezogen werden.

Neben dem maßgeblichen Alter muss die 45-jährige Wartezeit erfüllt sein, um die Altersrente für besonders langjährig Versicherte in Anspruch nehmen zu können. Seit der Änderung durch das RV-Leistungsverbesserungsgesetz werden hierauf grundsätzlich auch Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld und den übrigen Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung angerechnet, nicht jedoch Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe. Anrechenbar sind nun außerdem freiwillige Beiträge, wenn für 18 Jahre Pflichtbeiträge nachgewiesen werden können.

3. Altersrente für langjährig Versicherte

Versicherte können diese Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze, das heißt mit Abschlägen, in Anspruch nehmen, wenn sie

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

Die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang wird ab Geburtsjahrgang 1949 stufenweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben. Die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente ist weiterhin frühestens mit 63 Jahren unter Inkaufnahme von Rentenminderungen möglich. Die Rentenminderung durch Abschläge beträgt 0,3 % der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme.

Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1947 geboren sind und für die Vertrauensschutz gilt, können diese Rente mit Abschlägen bereits vor dem 63. Lebensjahr beziehen.

4. Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Anspruch auf diese Altersrente ohne Abschläge haben Versicherte,

- die die maßgebliche Altersgrenze (s. u.) erreicht haben,
- bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen wird die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr und für die vorzeitige Inanspruchnahme stufenweise vom 60. auf das 62. Lebensjahr angehoben. Die Rentenminderung beträgt 0,3 % der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme. Damit verbleibt es bei einem maximalen Abschlag in Höhe von 10,8 %.

Besonderen Vertrauensschutz haben bei dieser Anhebung Versicherte

- der Geburtsjahrgänge 1954 und älter, wenn sie bereits vor dem 1. Januar 2007 verbindlich Altersteilzeitarbeit vereinbart haben und
- am 1. Januar 2007 schwerbehindert gemäß § 2 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch waren.

Für sie werden die Altersgrenzen von 63 Jahren bzw. 60 Jahren bei vorzeitiger Inanspruchnahme nicht angehoben.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes können außerdem Versicherte, die vor dem 17. November 1950 geboren sind und am 16. November 2000 als schwerbehindert gemäß § 2 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch anerkannt oder gemäß dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht berufsunfähig oder erwerbsunfähig waren, die Altersrente für schwerbehinderte Menschen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres ohne Abschläge in Anspruch nehmen.

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 nach dem am 31. Dezember 2000 geltenden Recht sind.

Auf den beiden folgenden Seiten finden Sie eine Tabelle mit einem zusammenfassenden und detaillierten Überblick über die stufenweise Anhebung der Altersgrenzen für Altersrenten.



Weitere Information zum Thema Behinderung finden Sie in der BMAS-Publikation „Ratgeber für Menschen mit Behinderungen“ (A 712).

Anhebung der Altersgrenzen

Geburts- jahrgang	Regelalters- rente		Altersrente für besonders langjährig Versicherte		Altersrente für langjährige Versicherte					Altersrente für schwerbehinderte Menschen				
	abschlags- frei		abschlags- frei		abschlags- frei		vorzeitiger Bezug ab			abschlags- frei		vorzeitiger Bezug ab		
	Alter		Alter		Alter		Alter		Ab- schlag	Alter		Alter		Ab- schlag
	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %	Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
1945	65	-	-	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1946	65	-	-	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1947	65	1	65	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1948	65	2	65	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
01/1949	65	3	65	-	65	1	63	-	7,5	63	-	60	-	10,8
02/1949	65	3	65	-	65	2	63	-	7,8	63	-	60	-	10,8
03-12/1949	65	3	65	-	65	3	63	-	8,1	63	-	60	-	10,8
1950	65	4	65	-	65	4	63	-	8,4	63	-	60	-	10,8
1951	65	5	63	-	65	5	63	-	8,7	63	-	60	-	10,8
01/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	1	60	1	10,8
02/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	2	60	2	10,8
03/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	3	60	3	10,8
04/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	4	60	4	10,8
05/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	5	60	5	10,8
06-12/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	6	60	6	10,8

Geburts- jahrgang	Regelalters- rente		Altersrente für besonders langjährig Versicherte		Altersrente für langjährige Versicherte					Altersrente für schwerbehinderte Menschen				
	abschlags- frei		abschlags- frei		abschlags- frei		vorzeitiger Bezug ab			abschlags- frei		vorzeitiger Bezug ab		
	Alter		Alter		Alter		Alter		Ab- schlag	Alter		Alter		Ab- schlag
	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %	Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
1953	65	7	63	2	65	7	63	-	9,3	63	7	60	7	10,8
1954	65	8	63	4	65	8	63	-	9,6	63	8	60	8	10,8
1955	65	9	63	6	65	9	63	-	9,9	63	9	60	9	10,8
1956	65	10	63	8	65	10	63	-	10,2	63	10	60	10	10,8
1957	65	11	63	10	65	11	63	-	10,5	63	11	60	11	10,8
1958	66	-	64	-	66	-	63	-	10,8	64	-	61	-	10,8
1959	66	2	64	2	66	2	63	-	11,4	64	2	61	2	10,8
1960	66	4	64	4	66	4	63	-	12,0	64	4	61	4	10,8
1961	66	6	64	6	66	6	63	-	12,6	64	6	61	6	10,8
1962	66	8	64	8	66	8	63	-	13,2	64	8	61	8	10,8
1963	66	10	64	10	66	10	63	-	13,8	64	10	61	10	10,8
1964	67	-	65	-	67	-	63	-	14,4	65	-	62	-	10,8

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Diese Renten ersetzen das Einkommen, wenn der Versicherte eingeschränkt oder gar nicht mehr erwerbsfähig ist. Dabei gelten folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Der Versicherte muss in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung (ggf. verlängert um Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung) mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Ausnahme: Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Umstandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit als erfüllt gilt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind ebenfalls erfüllt, wenn die allgemeine Wartezeit vor 1984 erfüllt und ab 1984 jeder Monat bis zum Eintritt der Erwerbsminderung mit rentenrechtlichen Zeiten belegt ist.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt – anschließend hat der Versicherte einen Anspruch auf Regelaltersrente in mindestens gleicher Höhe.

Im Einzelnen gibt es folgende Leistungsarten:



Weitere Information finden Sie in der **BMAS-Broschüre „Erwerbsminderungsrente“ (A 261)**.

1. Rente wegen **teilweiser** Erwerbsminderung: Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit 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 Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Versicherte, die noch mindestens drei, aber nicht mehr als sechs Stunden täglich arbeiten, das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit aber nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können, erhalten ebenfalls eine volle Erwerbsminderungsrente.
3. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei **Berufsunfähigkeit**: Sie wird an vor dem 2. Januar 1961 geborene Versicherte gezahlt, die wegen Krankheit oder Behinderung 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. Rente wegen voller Erwerbsminderung für Menschen mit Behinderung: 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.

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 dar. Wird neben der Rente zusätzlich Erwerbseinkommen bezogen, so bestehen für vorgezogene Versichertenrenten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze 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 Mensch mit Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen erhält. Bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird auch bestimmtes Erwerbsersatzes Einkommen als Hinzuverdienst berücksichtigt.

1. Altersrenten

Bei den Hinzuverdienstmöglichkeiten neben einer Altersrente ist es von Bedeutung, ob die Regelaltersgrenze schon erreicht wurde.

2. Regelaltersrenten

Nach Erreichen der Regelaltersgrenze darf unbeschränkt hinzuverdient werden. Wer bereits eine Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze bezogen hat, darf ab dem Monatsersten nach Erreichen der Regelaltersgrenze ebenfalls unbegrenzt hinzuverdienen.

3. Altersrenten vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze

Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze darf neben einer Altersrente nur eingeschränkt hinzuverdient werden. Ein Hinzuverdienst bis zu 6.300 EUR im Kalenderjahr bleibt bei der Altersrente anrechnungsfrei.

Übersteigt der Hinzuverdienst die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze von 6.300 EUR, besteht gegebenenfalls Anspruch auf eine Teilrente. Die Höhe der möglichen Teilrente ergibt sich aus einer stufenlosen Anrechnung des Hinzuverdienstes. Dafür wird der Hinzuverdienst, der über der kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze von 6.300 EUR liegt, bis zu einer individuellen Obergrenze (dem sogenannten Hinzuverdienstdeckel) zu 40 % stufenlos auf die Altersrente angerechnet. Der Hinzuverdienstdeckel orientiert sich an dem höchsten sozialversicherungspflichtigen Jahreseinkommen der letzten 15 Kalenderjahre vor dem Eintritt der Erwerbsminderung. Erst bei Überschreiten dieses Hinzuverdienstdeckels wird der darüber hinausgehende Hinzuverdienst zu 100 % auf die Rente angerechnet.

4. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Auch Bezieherinnen und Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit können während des Rentenbezugs in bestimmtem Umfang hinzuverdienen. Hierbei ist besonders zu beachten, dass Erwerbsminderungsrenten als finanzieller Ausgleich für die ganz oder teilweise fehlende Erwerbsfähigkeit gedacht sind. Hiermit ist es nicht zu vereinbaren, wenn Versicherte neben der Rente unbegrenzt oder zumindest in beachtlichem Umfang erwerbstätig sind. Deswegen dürfen Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nur in begrenztem Umfang hinzuverdienen. Der Verdienst muss zudem grundsätzlich innerhalb dieses verbliebenen Restleistungsvermögens erzielt werden, andernfalls kann der Rentenanspruch wegfallen.

Ein Verdienst bis zu 6.300 EUR kalenderjährlich bleibt bei Renten wegen voller Erwerbsminderung anrechnungsfrei, für Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung gilt eine individuelle Hinzuverdienstgrenze. Erzieltes Einkommen und in bestimmten Fällen Sozialleistungen sind im Rahmen der Hinzuverdienstregelungen zu berücksichtigen.

Hinzuverdienst zu einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, der über der kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze von 6.300 EUR liegt, wird bis zu einer individuellen Obergrenze (dem sogenannten Hinzuverdienstdeckel) stufenlos zu 40 % auf die Rente angerechnet. Erst bei Überschreiten des Hinzuverdienstdeckels wird der darüber hinausgehende Hinzuverdienst zu 100 % auf die Rente angerechnet.

Hinzuverdienst zu einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, der über der individuellen kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze liegt, wird ebenfalls bis zu einer individuellen Obergrenze (dem sogenannten Hinzuverdienstdeckel) stufenlos zu 40 % auf die Rente angerechnet.

Der Hinzuverdienstdeckel orientiert sich bei Renten wegen voller sowie teilweiser Erwerbsminderung an dem höchsten sozialversicherungspflichtigen Jahreseinkommen der letzten 15 Kalenderjahre vor dem Eintritt der Erwerbsminderung. Lag in den letzten 15 Kalenderjahren kein oder nur ein sehr geringer Verdienst vor, wird bei der Berechnung der Hinzuverdienstgrenze im Ergebnis ein halbes Durchschnittsentgelt zugrunde gelegt.

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 verstorbenen Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre. Die große Witwenrente wird in Höhe von 55 % der Rente des verstorbenen Versicherten gezahlt, wenn die Witwe oder der Witwer das 47. Lebensjahr (im Zuge der stufenweisen Altersgrenzenanhebung wird diese Altersgrenze seit dem Jahre 2012 vom 45. auf das 47. Lebensjahr angehoben) vollendet hat oder erwerbsgemindert ist oder ein Kind unter 18 Jahren erzieht oder für ein Kind sorgt, das aufgrund einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Zur Witwen-/Witwerrente wird zusätzlich für das erste Kind, das erzogen wurde, ein Zuschlag von 2 Entgeltpunkten gezahlt. Für das zweite und jedes weitere Kind beträgt der Zuschlag jeweils 1 Entgeltpunkt. Ist keine der oben genannten Voraussetzungen erfüllt, wird eine kleine Witwenrente für einen Zeitraum von längstens 24 Monaten in Höhe von 25 % der Rente des verstorbenen Versicherten gezahlt. Auf die Witwen-/Witwerrenten wird ein Teil des Einkommens des überlebenden Ehegatten angerechnet.

Aus Vertrauensschutzgründen bleibt das alte Hinterbliebenenrecht (große Witwen-/Witwerrente in Höhe von 60 % der Versichertenrente des Verstorbenen ohne Kinderzuschlag) weiterhin für Ehepaare gültig, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist. Die kleine Witwen-/Witwerrente wird für diesen Personenkreis nach altem Recht ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

Die Leistungsansprüche gelten entsprechend auch bei eingetragenen Lebenspartnerschaften.

2. Waisenrente

Waisenrente erhalten nach dem Tod des Versicherten seine Kinder. Der Anspruch besteht bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn die Waise sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten zwischen zwei Abschnitten (zum Beispiel Ausbildung und Ableistung eines freiwilligen Dienstes) befindet oder einen freiwilligen Dienst im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe d EStG) – z.B. einen internationalen Freiwilligendienst, „weltwärts“ oder einen Bundesfreiwilligendienst – leistet, oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Vollwaisen erhalten ein Fünftel, Halbweisen ein Zehntel der vollen Versichertenrente. Hierzu wird noch ein Zuschlag gezahlt.

3. Erziehungsrente

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

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 Länder: Scheidungen nach dem 30. Juni 1977; neue Länder: Scheidungen nach dem 31. Dezember 1991).

Die Rente wird wie eine Altersrente berechnet, aus rentenrechtlichen Zeiten und den übertragenen Anwartschaften aus dem Versorgungsausgleich des eigenen Versichertenkontos.

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

4. Einkommensanrechnung

Eigenes Einkommen (Erwerbs-, Erwerb ersatz- sowie Vermögenseinkünfte) wird, soweit es den Freibetrag überschreitet, zu 40 % auf die Hinterbliebenenrente angerechnet. Dies gilt entsprechend bei Leistungsansprüchen aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Für Witwen-/Witwerrenten und Erziehungsrenten betragen die Freibeträge zurzeit

Alte Länder	845,59 EUR
Neue Länder	810,22 EUR

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

Alte Länder	179,37 EUR
Neue Länder	171,86 EUR

Die Freibeträge sind an den aktuellen Rentenwert gekoppelt und damit dynamisch.

Die Anrechnung des eigenen Einkommens bei volljährigen Waisen ist entfallen. Damit werden alle Waisenrenten unabhängig von den Einkommensverhältnissen der Waisen immer in voller Höhe gezahlt.

Die Einkommensanrechnung nach altem Recht – Anrechnung von Erwerbs- und Erwerbssatzeinkommen – gilt aus Vertrauensschutzgründen für Ehepaare, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und wenn mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist, weiter.

5. Rentensplitting unter Ehegatten

Zum Ausbau der eigenständigen Alterssicherung der Frauen ist jüngeren Ehegatten die Möglichkeit eingeräumt worden, ihre in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche partnerschaftlich hälftig aufzuteilen. Anstelle der herkömmlichen Versorgung von Verheirateten und Verwitweten (zu Lebzeiten beider Ehegatten erhält jeder seine eigene Versichertenrente und beim Tod des ersten Ehegatten wird dem/der Überlebenden zusätzlich zu seiner/ihrer eigenen Rente eine subsidiäre abgeleitete Hinterbliebenenrente gewährt) kann durch eine übereinstimmende Erklärung beider Ehegatten ein Rentensplitting der gemeinsam in der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften erreicht werden. Die Wirkung dieser partnerschaftlichen hälftigen Teilung tritt regelmäßig bereits zu Lebzeiten beider Ehegatten (nämlich bei der Gewährung einer Vollrente wegen Alters auch für den zweiten Ehegatten) ein. Das Rentensplitting führt regelmäßig zu höheren eigenständigen Rentenleistungen für die Frau, die auch im Hinterbliebenenfall nicht der Einkommensanrechnung unterliegen und bei Wiederheirat nicht wegfallen.

Ein Splitting wird allerdings nur durchgeführt, wenn bei beiden Ehegatten jeweils 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten vorhanden sind.

Die Leistungsansprüche gelten entsprechend auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Rentenberechnung

Beitragszeiten

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

Welchen Wert eine Beitragszeit hat, hängt davon ab, in welchem Verhältnis das jährliche Bruttoarbeitsentgelt zum Durchschnittsentgelt aller Versicherten steht. Für bestimmte Zeiten existieren jedoch Sonderregelungen:

- **Berufsausbildung:**
Zeiten einer tatsächlichen Berufsausbildung werden mindestens anhand des tatsächlichen Verdienstes bewertet. Zusätzlich erfolgt eine Höherbewertung für maximal 3 Jahre auf Grundlage des Wertes, der sich für alle angerechneten Zeiten des Versicherten im Durchschnitt seines gesamten Versicherungslebens ergibt, maximal auf 75 % des Durchschnittsentgelts aller Versicherten.
- **Niedrige Pflichtbeiträge von Menschen mit Behinderungen in anerkannten Werkstätten:**
Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, nach der für Menschen mit Behinderungen in anerkannten Werkstätten und vergleichbaren Einrichtungen Beiträge gezahlt werden, beträgt 80 % der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße wird jährlich neu festgelegt. Im Jahr 2019 beträgt sie monatlich 3.115 EUR in den alten und 2.870 EUR in den neuen Bundesländern.
- **Pflichtbeiträge aus Entgeltersatzleistungen:**
Für Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld, Verletztengeld und Arbeitslosengeld werden Beiträge zur Rentenversicherung durch den jeweiligen Sozialleistungsträger gezahlt - unabhängig davon, wer die Beiträge trägt. Die Beiträge werden auf der Basis von 80 % des Bruttoarbeitsentgelts gezahlt, das der Entgeltersatzleistung zugrunde liegt.
- **Pflichtbeiträge von Wehrdienstleistenden:**
Beitragsbemessungsgrundlage für Pflichtbeiträge bei Wehr- und Zivildienstleistenden ist ein fiktiver Verdienst in Höhe von 60 % der Bezugsgröße.

Ersatzzeiten

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

Pflegezeiten

Nach dem Pflege-Versicherungsgesetz sind Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege seit 1. April 1995 Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung mit allen Konsequenzen. Pflegezeiten wirken sich danach sowohl rentensteigernd als auch rentenbegründend aus. Dabei richtet sich die Bewertung der Zeiten einer Pflegetätigkeit nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und nach dem Umfang der Pflegetätigkeit. Die Pflegeversicherung übernimmt für diejenigen, die einen pflegebedürftigen Angehörigen im häuslichen Bereich pflegen, die Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dies gilt auch für Pflegepersonen, deren gleichzeitige Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer 30 Stunden in der Woche nicht übersteigt. Ausgeschlossen von der Anrechnung der Pflegepflichtbeitragszeit sind bestimmte versicherungsfreie Personengruppen, z. B. Bezieher einer Vollrente wegen Alters, welche die Regelaltersgrenze erreicht haben.

Kindererziehungszeiten

Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder sind ab dem 1. Juli 2014 von 1 Jahr auf 2 Jahre und ab dem 1. Januar 2019 auf 2 ½ Jahre pro Kind ausgeweitet worden (sogenannte Mütterrente und Mütterrente II). Bei ab 1992 geborenen Kindern beträgt die Kindererziehungszeit 3 Jahre.

Kindererziehungszeiten wirken rentenbegründend und rentensteigernd. Das bedeutet u. a., dass sie auch auf die Wartezeit für die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Alters angerechnet werden. Eine Regelaltersrente erhält deshalb auch ein Elternteil, der 2 Kinder erzogen hat.

Die Kindererziehungszeit wird rentenrechtlich wie eine Pflichtbeitragszeit aufgrund einer Erwerbstätigkeit bewertet, und zwar vom 1. Juli 2000 an mit 100 % des Durchschnittseinkommens. Daraus ergibt sich zurzeit ein Rentenertrag von 32,03 EUR in den alten bzw. 30,69 EUR in den neuen Bundesländern monatlich für jedes Jahr der Kindererziehung. Darüber hinaus werden Berücksichtigungszeiten angerechnet.

Erziehung in der Berücksichtigungszeit

Die Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung beginnt mit dem Tag der Geburt des Kindes und endet am Tag der Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes. Sie wirkt sich nicht wie andere rentenrechtliche Zeiten direkt auf die Höhe der Leistung aus. Sie hat eine rentenrechtliche Bedeutung für die Erfüllung der Wartezeit von 45 Jahren für die Altersrente für besonders langjährig Versicherte, für die Wartezeiten von 35 Jahre für die Altersrente für langjährig Versicherte und die Altersrente für schwerbehinderte Menschen, für den erweiterten Versicherungsschutz bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie für die Gesamtleistungsbewertung für beitragsfreie Zeiten.

Für 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 regelmäßig unterdurchschnittlich verdienen, wird die Rente aufgewertet. Dabei erfolgt für Zeiten ab 1992 eine Erhöhung der individuellen Entgelte um 50 % auf maximal 100 % des Durchschnittseinkommens, wenn insgesamt 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (auch Kinderberücksichtigungszeiten zählen hierbei mit) vorliegen.

Bei gleichzeitiger Erziehung von mindestens zwei Kindern unter 10 Jahren werden nicht mit Kindererziehungszeiten belegte Zeiten durch eine Gutschrift von 0,33 Entgeltpunkten jährlich begünstigt. Dies gilt für Zeiten ab 1992, wenn 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (einschl. Kindererziehungszeiten und Kinderberücksichtigungszeiten) vorliegen.

Erziehende, die ein pflegebedürftiges Kind betreuen, erhalten ab dem 4. Lebensjahr des Kindes bis zu dessen 18. Lebensjahr eine Aufwertung des Rentenversicherungsbeitrages der Pflegekasse um 50 % bis maximal 100 % des Durchschnittseinkommens. Auch dies gilt für Zeiten ab 1992, wenn 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (einschl. Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten) vorliegen.

Anrechnungszeiten

Anrechnungszeiten werden vor allem dann berücksichtigt, wenn Versicherte aus nicht von ihnen zu vertretenden Gründen an der Beitragszahlung zur Rentenversicherung gehindert sind. Dies sind vor allem Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Arbeitslosigkeit bzw. Ausbildungssuche sowie der schulischen Ausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr, letztere 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 die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen dennoch eine angemessene Sicherung erhalten, wurde die Zurechnungszeit geschaffen. Dabei wird bei der Rentenberechnung so getan, als ob die Versicherten noch nach Eintritt der Erwerbsminderung bzw. nach dem Tod wie bisher beitragspflichtig weitergearbeitet hätten.

Durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung wurden Versicherte, deren Erwerbsminderungsrente ab dem 1. Juli 2014 beginnt, durch folgende zwei Maßnahmen besser abgesichert: Zum einen findet seither eine sogenannte Günstigerprüfung statt: Danach zählen die letzten vier Jahre vor Eintritt einer Erwerbsminderung nicht für die Bewertung der Zurechnungszeit, wenn sie deren Wert verringern würden (z.B. bei geringerem Einkommen durch Wechsel in Teilzeit oder Phasen der Krankheit vor dem Renteneintritt). Zum anderen wurde die Zurechnungszeit von bis dahin 60 auf 62 Jahre verlängert. Mit dem 2017 verabschiedeten Gesetz zur Verbesserung der Leistungen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und zur Änderung anderer Gesetze wurde die Zurechnungszeit nochmals ausgeweitet. Sie wurde für zukünftige Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner stufenweise von 2018 bis 2024 um drei Jahre bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres verlängert. Mit dem RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz werden nun Menschen mit verminderter Erwerbsfähigkeit nochmals besser abgesichert, indem das Ende der Zurechnungszeit für Rentenzugänge im Jahr 2019 in einem Schritt auf das Alter von 65 Jahren und acht Monate verlängert wird. Anschließend wird ab dem Jahr 2020 das Ende der Zurechnungszeit schrittweise bis zum Jahr 2031 auf das vollendete 67. Lebensjahr angehoben.

Die Rentenformel

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

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

Wird eine Altersrente vorzeitig in Anspruch genommen oder nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze trotz erfüllter Wartezeit darauf verzichtet, werden Vor- und Nachteile einer unterschiedlichen Dauer des Rentenbezugs durch einen Zugangsfaktor vermieden. Durch Abschläge wird der Vorteil des früheren Rentenbeginns und somit längeren Rentenbezugs ausgeglichen.

Der aktuelle Rentenwert ist der Betrag, der einer monatlichen Altersrente aus Beiträgen eines Durchschnittsverdieners für ein Jahr entspricht. Er ist Teil der 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).
RF	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. 32,03 EUR (West), 30,69 EUR (Ost))

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

Gesamtleistungsbewertung

Bei der Rentenberechnung werden auch bestimmte beitragsfreie oder beitragsgeminderte Zeiten berücksichtigt. Zu den beitragsfreien Zeiten gehören Anrechnungs-, Zurechnungs- und Ersatzzeiten. Eine beitragsgeminderte Zeit liegt vor, wenn eine Beitragszeit (z. B. aus Beschäftigung) und eine beitragsfreie Zeit (z. B. eine Anrechnungszeit wegen Mutterschutz) in einem Kalendermonat zusammentreffen. Für bestimmte beitragsfreie Zeiten und beitragsgeminderte Zeiten wird ein Wert für die Rentenberechnung ermittelt, der sich aus allen Beitragszeiten (Pflicht- und freiwillige Beiträge) als Durchschnittswert der sogenannten Gesamtleistungsbewertung ergibt. Dieser Wert wird zwar grundsätzlich durch Lücken in der Versicherungsbiografie gemindert, dies gilt jedoch nicht, wenn in dieser Lücke eine beitragsfreie oder beitragsgeminderte Zeit liegt. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung steigern die Werte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten.

Renten Anpassung

Die Renten Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Veränderung des aktuellen Rentenwerts beziehungsweise des aktuellen Rentenwerts (Ost) regelmäßig zum 1. Juli eines Jahres. Der angepasste Brutto-Monatsbetrag der Rente wird ermittelt, indem der neue aktuelle Rentenwert mit den anderen Faktoren der Rentenformel multipliziert wird.

Basis für die Anpassung der Renten ist die Lohnentwicklung (Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer nach den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, welche vom statistischen Bundesamt ermittelt wird) unter Berücksichtigung der Entwicklung der zur Rentenversicherung beitragspflichtigen Entgelte. Um die aufgrund des demografischen Wandels entstehenden Belastungen gerecht zwischen Jung und Alt zu verteilen, werden neben der Lohnentwicklung zwei weitere wichtige Entwicklungen in die Berechnung der Rentenanpassung einbezogen: Zum einen wird die Veränderung der Aufwendungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beim Aufbau ihrer Altersvorsorge auf die Anpassung der Renten übertragen (sogenannter Faktor Altersvorsorgeaufwendungen). Zum anderen wird durch den Nachhaltigkeitsfaktor die Entwicklung des zahlenmäßigen Verhältnisses von Rentnerinnen und Rentnern zu Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern bei der Anpassung der Renten berücksichtigt.

Eine Schutzklausel stellt aber sicher, dass es bei der Rentenanpassung weder durch den Faktor Altersvorsorgeaufwendungen oder den Nachhaltigkeitsfaktor noch durch eine negative Lohnentwicklung zu einer Verringerung des bisherigen Monatsbetrages der Rente („Bruttorente“) kommt (sogenannte Rentengarantie). Außerdem wurde mit dem Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz) die Rentenanpassungsformel um eine Niveauschutzklausel ergänzt. Damit wird sichergestellt, dass die Renten bis zum Jahr 2025 so angepasst werden, dass mindestens ein Rentenniveau von 48 Prozent erreicht wird.

Mit dem Gesetz über den Abschluss der Rentenüberleitung wurde sichergestellt, dass beginnend mit der Rentenanpassung 2018 schrittweise die vollständige Angleichung der Rentenwerte spätestens bis zum 1. Juli 2024 erreicht wird. Die besonderen Berechnungsgrößen für die neuen Bundesländer werden ebenfalls schrittweise angepasst und zum 1. Januar 2025 Westniveau erreichen bzw. entfallen. Dann werden für die Rentenberechnung in Deutschland einheitliche Berechnungsgrößen gelten.

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 der Regelaltersgrenze ohne und mit Berücksichtigung einer Rentenanpassung. Nach Vollendung des 55. Lebensjahres erhalten Versicherte anstelle der Renteninformation alle drei Jahre eine Rentenauskunft, die noch detailliertere Informationen über die bisherige Versicherungsbiografie enthält.

Über das Rentenrecht informiert das Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr unter 030/221911001.

Organisation

Seit dem 1. Oktober 2005 hat sich die Organisation der Rentenversicherung verändert. Die frühere Trennung zwischen Arbeiter- und Angestelltenversicherung ist aufgehoben worden. Die Träger der Rentenversicherung sind unterteilt in Bundesträger und Regionalträger. Ihre Namen bestehen jeweils aus der Bezeichnung „Deutsche Rentenversicherung“ und einem Zusatz für die jeweilige Zuständigkeit. Bundesträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund (entstanden aus dem Zusammenschluss der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte – BfA – mit dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger – VDR) sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehemals Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse), welche auch für die Beschäftigten in den Branchen Bergbau, Bahn und See 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 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 (seit 1. Januar 2019 18,6 %) grundsätzlich je zur Hälfte. Wie hoch der Beitrag ist, richtet sich bei abhängig Beschäftigten nach dem Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 6.700 EUR monatlich in den alten und 6.150 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 auch die Versichertenältesten bzw. Versichertenberater/-innen der einzelnen Träger.



Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge

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 als 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.

Die betriebliche Altersversorgung

Die betriebliche Altersversorgung ist klassischerweise eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Die Beschäftigten haben jedoch 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 die Altersvorsorge seiner Arbeitnehmer im Einzelnen 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 Direktversicherung (eine besondere Form der Lebensversicherung).

Die betriebliche Altersversorgung hat gegenüber der privaten Altersvorsorge einige Vorteile:

- Die Abschluss- und Verwaltungskosten können auf eine größere Personengruppe verteilt werden („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).

Die staatliche Förderung

Der Staat fördert betriebliche Altersversorgung über die Steuer- und Beitragsfreiheit der Aufwendungen. Im Jahr 2019 können so grundsätzlich 6.432 EUR steuerfrei in eine betriebliche Altersversorgung in den Durchführungswegen Pensionsfonds, Pensionskasse oder Direktversicherung investiert werden. Die Aufwendungen sind darüber hinaus bis zu einer Höhe von 3.216 EUR frei von Sozialabgaben. Wichtig: Von den späteren Leistungen sind jedoch Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen, und zwar der volle Beitragssatz.

Der steuerlichen Entlastung in der Ansparphase steht zwar die volle Besteuerung der Leistungen in der Auszahlungsphase gegenüber (sogenannte nachgelagerte Besteuerung). Da der individuelle Steuersatz dann jedoch in der Regel niedriger ist als in der Ansparphase, zahlt sich dies meist aus.

Außerdem ist grundsätzlich auch bei der betrieblichen Altersversorgung – wie bei der privaten Altersvorsorge – die Riester-Förderung über Zulagen und zusätzlichen Sonderausgabenabzug möglich. Die Beiträge sind in diesem Fall beitragspflichtig. Für Renten aus betrieblichen Riester-Verträgen wurde die volle Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch das Betriebsrentenstärkungsgesetz seit 1. Januar 2018 abgeschafft.

Die private Altersvorsorge

Seit 2002 fördert der Staat unter bestimmten Bedingungen den Aufbau einer privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge. Die sogenannte Riester-Förderung erfolgt auf zwei Wegen: Extra-Steuerersparnisse (zusätzlicher Sonderausgabenabzug) ergänzt um finanzielle Zuschüsse (Zulagen). Im Einzelnen gibt es folgende förderfähige Anlagemöglichkeiten:

- Banksparpläne
- Private Rentenversicherungen
- Fondssparpläne
- (kombinierte Spar-) Dahrlehensverträge („Eigenheimrente“).

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Thema Rente unter 030/221911001.

Allen Produkten gemeinsam ist die Zusicherung des Anbieters, dass mindestens die eingezahlten Beträge (Eigenbeiträge und Zulagen) zu Beginn der Auszahlungsphase zur Verfügung stehen (sog. Beitragserhaltungsgarantie). Nominale Verluste sind somit ausgeschlossen.

Bei der Produktwahl sollten Sie neben Alter und Einstellung zum Risiko außerdem Folgendes berücksichtigen:

- die Kosten:
Produkte mit Abschlusskosten rechnen sich umso mehr, je länger die Laufzeit ist.
- die abzusichernden Risiken:
Prüfen Sie, ob Sie auch das Risiko der Erwerbsminderung mit absichern wollen oder ob Sie eine Hinterbliebenenversorgung für Ihren Ehegatten und Ihre Kinder benötigen.
- die Situation in der Auszahlungsphase:
Die Zusatzrente muss lebenslange Leistungen garantieren. Je nach Anbieter und Produkt können jedoch auch 30 % des Kapitals als Einmalzahlung zu Beginn der Auszahlungsphase ausgeschüttet werden.
- die Situation im Erbfall:
Bei Banksparrplänen und Fondssparplänen kann das angesparte Kapital bis zum Beginn der Restverrentungsphase (ab 85. Lebensjahr) 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. Die staatliche Förderung muss im Erbfall zurückgezahlt werden. Eine Ausnahme besteht jedoch für den überlebenden Ehegatten. Wenn das geerbte Altersvorsorgevermögen auf dessen eigenen Altersvorsorgevertrag übertragen wird, bleibt die Förderung erhalten.

Achten Sie darauf, dass das Produkt die Prüfnummer der Zertifizierungsstelle (sog. Zertifizierungsnummer) 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.



Weitere Information erhalten Sie in der [BMAS-Broschüre „Zusätzliche Altersvorsorge“ \(A 817\)](#).

Seit 1. Januar 2017 sind die Anbieter von Altersvorsorgeverträgen verpflichtet, vor Vertragsabschluss ein standardisiertes Produktinformationsblatt vorzulegen, das den Anlegern einen objektiven Kostenvergleich ermöglicht. Die Riester-Förderung erhalten beispielsweise Pflichtversicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung, Pflichtversicherte in der Alterssicherung der Landwirte und Beamte, Soldaten, Empfänger von Amtsbezügen sowie Bezieher von Erwerbsminderungsrenten oder Empfänger einer Versorgung wegen Dienstunfähigkeit. Bei Verheirateten genügt es in der Regel, wenn ein Ehegatte die Voraussetzungen erfüllt; dann erhält auch der andere die Förderung. Dazu schließt auch der zweite Ehegatte einen eigenen Altersvorsorgevertrag ab und zahlt einen Eigenbeitrag von mindestens 60 EUR jährlich.

Die staatliche Förderung

Basis der Förderung von Riester-Verträgen ist die Altersvorsorgezulage, die aus einer Grundzulage pro Förderberechtigtem und ggf. einer Kinderzulage besteht. Bei Abschluss eines eigenen Altersvorsorgevertrags haben jeweils auch die Ehepartner Anspruch auf die Zulage, wenn sie mindestens 60 EUR jährlich einzahlen.

Die Altersvorsorgezulage ist von einem bestimmten Mindesteigenbetrag abhängig. Wird dieser nicht in voller Höhe erbracht, wird die Zulage gekürzt. Zusätzlich können die Sparbeiträge zugunsten eines Riester-Vertrages als Sonderausgaben bis zu einem Höchstbetrag (siehe Tabelle am Ende des Kapitels) geltend gemacht und ggf. zusätzliche Steuervorteile gewährt werden.

In die staatliche Förderung privater Altersvorsorgeverträge kann auch selbst genutztes Wohneigentum einbezogen werden. Es bestehen folgende Fördermöglichkeiten für die Anschaffung oder Herstellung von selbstgenutztem Wohneigentum:

- Förderung der Tilgungsleistungen über einen zertifizierten Darlehensvertrag,
- Entnahme des bereits angesparten geförderten Altersvorsorgekapitals während der Ansparphase unmittelbar für die Anschaffung oder Herstellung von selbst genutztem Wohneigentum
- oder für die Entschuldung von selbstgenutztem Wohneigentum.

Nachgelagerte Besteuerung bedeutet, dass Alterseinkünfte erst versteuert werden, wenn sie dem Steuerpflichtigen ausgezahlt werden im Alter. Dafür bleiben Beiträge zur Altersvorsorge in der Erwerbsphase bis zu einem jährlichen Höchstbetrag unbesteuerbar.

Das (entnommene) steuerlich geförderte Kapital wird dann in der Auszahlungsphase fiktiv besteuert (nachgelagerte Besteuerung). Hierfür stehen dem Steuerpflichtigen grundsätzlich zwei verschiedene Alternativen zur Verfügung:

1. Jährliche Besteuerung über einen Zeitraum von 17 – 25 Jahren (je nach Beginn der Auszahlungsphase, muss zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr liegen)
2. Einmalbesteuerung von 70 % des gesamten in der Immobilie gebundenen geförderten Kapitals.

Auch für Selbständige besteht mittels der so genannten Basisrente („Rürup“-Rente) die Möglichkeit, staatlich gefördert eine Altersvorsorge aufzubauen.

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 einen zusätzlichen Sonderausgabenabzug ergänzt und Zulagen können auch gleichzeitig betrieben werden.

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.

Nähere Informationen finden Sie im Internet unter http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Alter_und_Vorsorge/Altersvorsorge

Informationen erhalten Sie u.a. über www.deutsche-rentenversicherung.de www.bundesfinanzministerium.de www.warentest.de www.vzbv.de.

Übersicht über die Riester-Förderung

Sonderausgabenabzug (neben den Vorsorgeaufwendungen)	bis zu 2.100 EUR
Grundzulage	175 EUR 200 EUR ¹
Kinderzulage je Kind	185 EUR 300 EUR ²
Mindesteigenbeitrag	4 % abzügl. Zulagen ³
Höchstens	2.100 EUR abzügl. Zulagen

1 einmaliger Berufseinsteiger-Bonus für alle unter 25 Jährigen

2 für ab dem 01.01.2008 geborene Kinder

3 auf Basis des rentenversicherungspflichtigen Vorjahreseinkommens, mindestens aber 60 EUR (Sockelbetrag)



Soziale Entschädigung

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 Leistungen für:

- Kriegsopfer,
- 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 Bundesvertriebenen-gesetzes 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 fort dauern sowie
- Personen, die aufgrund einer Verwaltungsentscheidung einer deutschen behördlichen Stelle in der ehemaligen DDR Gesundheitsschäden erlitten haben, die noch heute fort dauern.



Die kostenlose CD „Bundesversorgungsgesetz“ (C 752) mit allen relevanten Gesetzen können Sie beim BMAS bestellen.

Gesetze

Zum Sozialen Entschädigungsrecht gehören folgende Gesetze:

- Bundesversorgungsgesetz (BVG),
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG),
- Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOVVfG)
- Zivildienstgesetz (ZDG),
- Opferentschädigungsgesetz (OEG),
- Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG),
- Häftlingshilfegesetz (HHG),
- Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG),
- Gesetz zur Verhütung von Infektionskrankheiten (IfSG),
- Gesetz zur Sicherstellung der Grundrentenabfindung (KOVRentKapG).

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

Kriegsopferversorgung

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.

Beschädigte im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts erhalten Leistungen der Heilbehandlung für anerkannte Folgen der Schädigung, wie:

- ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- Behandlung im Krankenhaus,
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
- Versorgung mit Heilmitteln (wie beispielsweise Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie),
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- Versorgung mit Zahnersatz,
- häusliche Krankenpflege,
- Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Soziotherapie.

Wichtig für Schwerbeschädigte

Wurde bei Ihnen ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 50 anerkannt, erhalten Sie auch für alle weiteren nicht schädigungsbedingten Erkrankungen Heilbehandlung, wenn diese Behandlung nicht bereits durch Ansprüche gegen andere Leistungsträger sichergestellt ist oder wenn Ihr Verdienst nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt für das Jahr 2019 60.750 EUR. Das entspricht 5.062,50 EUR monatlich.

Zudem erhalten Sie Versorgungskrankengeld, wenn Sie durch die Folgen der Schädigung arbeitsunfähig sind sowie Leistungen der Krankenbehandlung.

Leistungen der Krankenbehandlung erhalten

- Schwerbeschädigte für ihre Ehepartner oder Lebenspartner und ihre Kinder sowie für sonstige Angehörige,
- Pflegezulageempfänger für Personen, die sie unentgeltlich pflegen,
- Hinterbliebene.

Darüber hinaus erhalten Sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die helfen, dass Sie einen angemessenen Beruf erlangen, wiedererlangen oder erhalten können. Solange die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben andauern, erhalten Sie Übergangsgeld oder Unterhaltsbeihilfe (Leistungen der Kriegsopferfürsorge).

Rentenleistungen erhalten Beschädigte, Witwen und Witwer, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie Waisen und Eltern. Die Höhe der Beschädigtenrente richtet sich nach dem festgestellten GdS. Ab einem GdS von 25 werden Rentenleistungen erbracht. Folgende Leistungen gibt es:

- Grundrente, gestaffelt nach GdS. 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 die/der Beschädigte hinnehmen musste, weil sie/er ihren/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 nach Abzug der Freibeträge.
- Wenn Beschädigte an den Folgen ihrer Schädigung sterben, erhalten ihre Witwen/ Witwer und Waisen eine Grundrente. Daneben erhalten Hinterbliebene eine Ausgleichsrente, damit sie ihren Lebensunterhalt sichern können. Auf diese Ausgleichsrente wird das vorhandene Einkommen nach Abzug der Freibeträge angerechnet.
- Falls das Einkommen einer Witwe/eines Witwers einschließlich Grund- und Ausgleichsrente sowie Pflegeausgleich weniger als die Hälfte des Einkommens beträgt, das die/der Verstorbene ohne die Schädigung erzielt hätte, erhält sie/er einen Schadensausgleich.
- Wenn die/der Beschädigte nicht an den Folgen ihrer/seiner Schädigung gestorben ist, können Hinterbliebene Witwen- oder Waisenbeihilfe erhalten, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.
- Die Eltern einer/eines Beschädigten, die/der an den Folgen ihrer/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.

Leistungen der Kriegsopferversorge

Zusätzlich gibt es ergänzende Leistungen der Kriegsopferversorge, zum Beispiel:

- Hilfe zur Pflege,
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts,
- Altenhilfe,
- Erholungshilfe,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen, u. a. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt.

Leistungen der Kriegsopferversorge werden nachrangig und zur Ergänzung der übrigen Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz als besondere Hilfen im Einzelfall erbracht. Sie sind grundsätzlich einkommens- und vermögensabhängig, es sei denn, der Bedarf wurde ausschließlich durch die Schädigung verursacht.

Gesetze

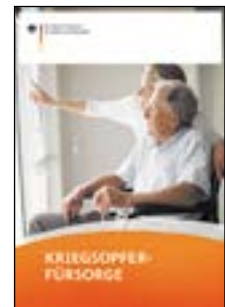
Gesetzliche Grundlage für die Kriegsopferversorgung und -fürsorge ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Information

Zuständig für die Kriegsopferversorgung sind die örtlichen Versorgungsbehörden. 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 Kriegsopferversorge sind die örtlichen und überörtlichen Träger der Kriegsopferversorge. Rechtsschutz im Bereich der Kriegsopferversorge gewähren die Gerichte der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Zuständig für die Kriegsopferversorgung und -fürsorge von Wehrdienstbeschädigten und deren Hinterbliebenen ist die Bundeswehrverwaltung. Leistungen können beim Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr beantragt werden.



Die kostenlose Broschüre „Kriegsopferversorge“ (A 105) erklärt alle Fürsorgeleistungen.

Übersicht über die finanziellen Leistungen der Kriegsopferversorgung (Stand: ab 1.7.2018)

Empfängerkreis/Leistungen	GdS*	Leistungswerte pro Monat EUR
Führzulage (Leistung für Blinde)		164
Grundrente für Beschädigte	30	138
	40	183
	50	253
	60	320
	70	444
	80	537
	90	645
	100	722
Alterserhöhung zur Grundrente	50, 60	28
	70, 80	35
	90, 100	43
Schwerstbeschädigtenzulage	Stufe I	83
	Stufe II	172
	Stufe III	256
	Stufe IV	343
	Stufe V	427
	Stufe VI	515
Ausgleichsrente für Beschädigte	50, 60	444
	70, 80	537
	90	645
	100	722
Ehegattenzuschlag		80
Pflegezulage	Stufe I	305
	Stufe II	521
	Stufe III	741
	Stufe IV	951
	Stufe V	1.235
	Stufe VI	1.519
Grundrente für Witwen/Witwer		435
Ausgleichsrente für Witwen/Witwer		479
Grundrenten für Halbwaisen		122
	Vollwaisen	229
Ausgleichsrenten für Halbwaisen		215
	Vollwaisen	299
Elternrente für Elternpaar		588
	Elternteil	410
Erhöhungsbetrag nach § 51 Abs. 2 BVG für Elternpaar		107
	Elternteil	80
Erhöhungsbetrag nach § 51 Abs. 3 BVG für Elternpaar		334
	Elternteil	242
Bestattungsgeld	Voll	1.674
	Halb	838
Kleiderverschleißpauschale		22 - 141**

*) Grad der Schädigungsfolgen

**) Der genaue Eurobetrag ist abhängig von der Beeinträchtigung.

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 wie Kriegsoffer versorgt.

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.

Deutsche und rechtmäßig in Deutschland lebende Ausländer, die während eines Auslandsaufenthaltes von weniger als sechs Monaten Opfer einer Gewalttat werden, können seit dem 1. Juli 2009 ebenfalls Leistungen erhalten, wenn die Tat nach dem 1. Juli 2009 begangen wurde. Da hier nicht mehr die besondere Verantwortung des deutschen Staates, sondern der Fürsorgegedanke im Vordergrund steht, erhalten diese Personen nur Leistungen, wenn vom Täter keine Entschädigung erfolgt und wenn keine anderen Sicherungssysteme im Tatland greifen. Geschädigte erhalten Heilbehandlung für die gesundheitlichen Folgen der Tat. Geschädigte sowie Hinterbliebene erhalten zudem Geldleistungen als Einmalzahlung. Bei der Beantragung von Leistungen in Tatländern, die Mitglied der Europäischen Union sind, ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstützend tätig.

Gesetze

Das OEG 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.



„Hilfe für Opfer von Gewalttaten“ (A 719) heißt die kostenlose Broschüre des BMAS mit weitergehenden Informationen.

Information

Zuständig sind die Versorgungsbehörden. 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.

Sind Sie in einem anderen Mitgliedstaat der EU Opfer einer Gewalttat geworden, können Sie sich an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wenden. Dieses ist sogenannte Unterstützungsbehörde im Sinne der EU-Richtlinie 2004/80/EG und leitet Ihren Entschädigungsantrag an die zuständige Behörde im jeweiligen Land des Tatorts weiter.

Weitere Informationen erhalten Sie u. a. auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Hinweis: Die Entschädigung der sogenannten Contergan-Opfer ist unabhängig vom Sozialen Entschädigungsrecht geregelt, und zwar im Gesetz über die Conterganstiftung für behinderte Menschen (Conterganstiftungsgesetz – ContStifG). Informationen dazu können Sie anfordern beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie bei der Geschäftsstelle der Conterganstiftung für behinderte Menschen.



Sozialhilfe

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

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 das menschenwürdige Existenzminimum ab. Andere Belastungen wie Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder besondere soziale Schwierigkeiten versucht die Sozialhilfe im Bedarfsfall auszugleichen. Dazu stellt sie die erforderlichen Unterstützungsleistungen bereit mit dem Ziel, dass die betroffenen Personen möglichst unbeeinträchtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

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 hinzuarbeiten“ (§ 1 Satz 2 SGB XII). Weiterhin wird erwartet, dass Leistungsberechtigte und Träger der Sozialhilfe zur Erreichung dieser Ziele zusammenarbeiten.



Die kostenlose Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ gibt einen Überblick über das Sozialhilferecht (A 207).

Die Sozialhilfe zeichnet sich durch folgende Grundsätze aus:

- Die Leistungen werden auf den individuellen Bedarf abgestimmt und berücksichtigen dabei die Lebenslage, die Wünsche und die Fähigkeiten des 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 der Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens des Leistungsberechtigten und ggf. der zu ihrem bzw. seinem Unterhalt verpflichteten Personen, ihre bzw. seine eigene Arbeitskraft und ihre bzw. 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 Grundsicherung 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).
- Zusätzlich zur finanziellen Unterstützung umfasst die Leistungserbringung eine Beratung, Aktivierung und weitere Unterstützungsformen, wie die Vorbereitung von Kontakten und die Begleitung zu sozialen Diensten (§ 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 und dass ferner die Vermutung der Bedarfsdeckung in § 39 SGB XII ausdrücklich Ausnahmen für Schwangere und behinderte sowie pflegebedürftige Personen vorsieht.

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 65 Jahren wurde ab Januar 2003 als vorrangige Leistung geschaffen und zum 1. Januar 2005 als Viertes Kapitel in das neue Sozialhilferecht im SGB XII integriert. Ebenfalls im Jahr 2005 wurde die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) für erwerbsfähige Hilfebedürftige und deren Angehörige eingeführt. Wenn sie anderweitig nicht abgesichert sind, erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 Jahren und der Regelaltersgrenze „Arbeitslosengeld 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). Wer hilfebedürftig ist und keine Leistungen nach dem SGB II erhält, hat in der Regel Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII.

Die Sozialhilfe umfasst die Bereiche:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46b),
- 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. Zudem umfasst die Sozialhilfe auch Regelungen zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen.

Darstellung der bereichsbezogenen Kapitel des SGB XII in Grundzügen

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen überwiegend in Privathaushalten lebende Personen, wobei zusammenwohnende Partner sowie im Haushalt lebende minderjährige Kinder als sog. Einstandsgemeinschaft betrachtet werden. Der notwendige Lebensunterhalt umfasst nach § 27a 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.“

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 aus den folgenden Komponenten zusammen:

- Der Regelsatz ist ein monatlich gezahlter, pauschaler Betrag, um den Regelbedarf zu decken. Er dient zur Deckung von Ausgaben wie zum Beispiel für Ernährung, Kleidung oder die Anschaffung von Haushaltsgeräten. Die Höhe dieser Leistung ist abhängig davon, ob die Person zum Beispiel alleine lebt oder verheiratet ist, ob sie erwachsen oder ein Kind ist. Die entsprechenden Höhen werden als sogenannte Regelbedarfsstufen (RBS) regelmäßig angepasst. Die im folgenden aufgeführten EUR-Beträge gelten ab dem 1.1.2019:
 - Regelbedarfsstufe 1 (RBS 1; 424 EUR):
Für jede erwachsene Person, die in einer Wohnung lebt und für die nicht die RBS 2 anzuwenden ist.
 - Regelbedarfsstufe 2 (RBS 2; 382 EUR):
Für jede erwachsene Person, die mit einem Ehegatten oder Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft in einer Wohnung zusammenlebt.

- Regelbedarfsstufe 3 (RBS 3; 339 EUR):
Für eine erwachsene Person, die in einer stationären Einrichtung lebt.
- Regelbedarfsstufe 4 (RBS 4; 322 EUR):
Für eine Jugendliche oder einen Jugendlichen vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- Regelbedarfsstufe 5 (RBS 5; 302 EUR):
Für ein Kind vom Beginn des siebten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
- Regelbedarfsstufe 6 (RBS 6; 245 EUR):
Für ein Kind bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres.
- Mit den Bildungs- und Teilhabebedarfen für Kinder und Jugendliche wird deren menschenwürdiges Existenzminimum sowie das der Schülerinnen und Schüler im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe sichergestellt. Die Bedarfe werden als eigenständige Bedarfe neben dem Regelbedarf anerkannt, um durch zielgerichtete Leistungen eine stärkere Integration hilfebedürftiger Kinder und Jugendlicher in die Gemeinschaft zu erreichen.
- Kosten der Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Mietkosten erbracht. Werden die Mietkosten als „unangemessen hoch“ angesehen, sind sie so lange zu erbringen, wie ein Wechsel in eine günstigere Wohnung nicht möglich oder zumutbar ist, maximal aber nur für sechs Monate (§ 35 SGB XII).
- Heizkosten in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit sie angemessen sind (§ 29 SGB XII). Leistungen für die zentrale Warmwassererzeugung werden ebenfalls in tatsächlicher Höhe erbracht. Soweit Warmwasser durch in die Unterkunft installierte Vorrichtungen erzeugt wird (dezentrale Warmwassererzeugung; z.B. Boiler), wird ein Mehrbedarf anerkannt (§ 30 Abs. 7 SGB XII).
- Zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit oder zur Behebung vergleichbarer Notlagen können darüber hinaus Mietschulden übernommen werden (§ 36 SGB XII).
- Aufwendungen für Mehrbedarfe, die nicht vom Regelbedarf abgedeckt sind, werden für bestimmte Lebenssituationen und besondere Umstände übernommen, sofern die persönlichen Voraussetzungen vorliegen (§ 30 SGB XII). So werden unter anderem Mehrbedarfe für Leistungsberechtigte mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G, für werdende Mütter, für Alleinerziehende und bei dezentraler Wasserversorgung anerkannt.
- Einmalige Leistungen werden für die Erstausrüstung des Haushalts, für Erstausrüstung an Bekleidung (einschließlich Sonderbedarf bei Schwangerschaft und Geburt) sowie für die Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstung sowie Miete von therapeutischen Geräten erbracht (§ 31 SGB XII). Vom Regelbedarf umfasster, 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).

Die Regelbedarfe 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. Weiterer, vom Regelbedarf umfasster, jedoch unabweisbar gebotener Sonderbedarf kann nicht als „einmalige Leistung“, sondern nur in Form eines Darlehens gewährt werden, welches bereits während des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt zurück zu zahlen ist.

Hilfe zum Lebensunterhalt wird auch für Bewohner von Einrichtungen gewährt. Sie umfasst dann neben von der Einrichtung erbrachten Leistungen insbesondere Kleidung und einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung. Dieser beträgt für Erwachsene 27 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 (§ 27b 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).

Das Bildungspaket

Das Bildungspaket (Bedarfe für Bildung und Teilhabe) für Schülerinnen und Schüler, die eine allgemein- oder berufsbildende Schule besuchen, umfasst folgende Leistungen:

- Kosten für eintägige Ausflüge von Schulklassen und Kindertageseinrichtungen,
- Leistungen für mehrtägige Fahrten von Schulklassen und Kindertageseinrichtungen,
- Leistungen für den Schulbedarf und zwar ein pauschaler Betrag zu Beginn der Schulhalbjahre,
- Kosten der Schülerbeförderung, soweit sie erforderlich sind und nicht bereits von Dritten getragen werden,
- Leistungen für eine schulnahe Lernförderung unter bestimmten Voraussetzungen,
- Mehrkosten für ein gemeinschaftliches Mittagessen in Schulen, Kindertageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege und
- ein monatliches Teilhabebudget im Wert von 10 EUR für soziale und kulturelle Teilhabe.

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

Personen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben und Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und zudem dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, können einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben. Voraussetzung ist, dass sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichend oder überhaupt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, sicherstellen können. 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 in der Regel für ein Jahr bewilligt. Einkommen wie z. B. Rentenbezüge oder Vermögen des Leistungsberechtigten, des nicht getrenntlebenden Ehegatten oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft werden wie in der Sozialhilfe angerechnet. Auf das Einkommen von unterhaltsverpflichteten Kindern und Eltern wird nur dann zurückgegriffen, wenn deren Jahreseinkommen höher ist als 100.000 Euro.

Darüber hinaus gilt nicht die Vermutung, 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.

Information

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

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

Die Leistungen der Hilfen zur Gesundheit entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit erhalten nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger die gleichen Gesundheitsleistungen wie gesetzliche krankenversicherte Personen. In der Regel übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenbehandlung der nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger gegen Kostenerstattung. Der nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger wählt eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers aus.

Diese Krankenkasse stellt dem Sozialhilfeempfänger eine Krankenversichertenkarte zur Inanspruchnahme der erforderlichen Gesundheitsleistungen aus. Bei Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern tritt der Betroffene wie ein Kassenpatient auf, ohne tatsächlich Krankenkassenmitglied zu sein.

Das zuständige Sozialamt erstattet der Krankenkasse die Kosten für erbrachte Gesundheitsleistungen im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit. Die Gleichbehandlung von nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern und Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zur Folge, dass auch Sozialhilfeempfänger die im Krankenversicherungsrecht vorgesehenen Zuzahlungen im Rahmen vorgesehener Belastungsgrenzen leisten müssen.

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

Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erhalten Personen, die durch eine (drohende) körperliche, geistige oder seelische Behinderung im wesentlichen in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen und die Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden teilweise unabhängig von Einkommen und Vermögen erbracht. Das Nähere hierzu bestimmt § 92 SGB XII.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden nur gewährt, soweit die Leistungen nicht durch einen vorrangig verpflichteten Leistungsträger wie insbesondere Krankenversicherung, Rentenversicherung oder Agentur für Arbeit erbracht werden.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Sie entsprechen den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Diese umfassen Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen, Leistungen bei anderen Leistungsanbietern und Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern (Budget für Arbeit).
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: Hierzu gehören u.a. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt (z.B. Übernahme der Kosten für Gebärdendolmetscher), Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung, Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (z.B. ambulanten Wohngemeinschaften) und Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (z.B. Übernahme der Kosten zum Besuch von Freunden oder einer kulturellen Veranstaltung). Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gehören auch heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht zur Schule gehen (z.B. Fördermaßnahmen im Rahmen der Betreuung in einer Kindertagesstätte) sowie Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, zu einer schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf und zu einer Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit.

Auf Antrag des Leistungsberechtigten werden die Leistungen der Eingliederungshilfe in der Leistungsform des „Persönlichen Budgets“ erbracht.

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

Da die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt ist (Teilleistungssystem), kann auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und nach der deutlichen Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflege bestehen. Dieser wird bei finanzieller Bedürftigkeit durch Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe gedeckt.

Wie im SGB XI ist auch im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden, um auch künftig sicherzustellen, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Grad der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten zum Maßstab für die Einstufung in die fünf Pflegegrade. Gegenüber dem SGB XI ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff insoweit weiter, als die Pflegebedürftigkeit nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss.

Leistungen der Hilfe zur Pflege kommen somit in Betracht bei finanzieller Bedürftigkeit

- für Pflegebedürftige, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind,
- in Fällen, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht und aus diesem Grunde keine Leistungen durch die Pflegeversicherung gewährt werden,
- in Fällen, in denen der pflegerische Bedarf durch die der Höhe nach begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht sichergestellt ist.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weitgehend den Leistungsarten der Pflegeversicherung. Gegenüber dem bisherigen Recht der Hilfe zur Pflege werden die Leistungen insbesondere um Betreuungsleistungen erweitert.

Grundsätzlich erhalten nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Hilfe zur Pflege. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben aufgrund der geringen Ausprägung ihrer Beeinträchtigungen (nur) einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Darüber hinaus wird noch ein Entlastungsbetrag in Höhe von maximal 125,- Euro monatlich gewährt.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst gegenüber dem geltenden Begriff auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen. Diese sind auch entsprechend mit Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu hinterlegen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten daher zusätzliche Betreuungsleistungen.

Achtes 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 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.

Hinweise zu den Regelungen zur Einkommens- und Vermögensanrechnung

Bei Leistungsberechtigten, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen, ist ein Betrag in Höhe von 30 % des Einkommens aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit abzusetzen, höchstens jedoch 50 % der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII (2019: 212 Euro).

Für Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen beträgt der Freibetrag für Einkommen aus selbständiger und nicht selbständiger Tätigkeit ein Achtel der Regelbedarfsstufe 1 zuzüglich 50 % des übersteigenden Entgelts. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde dieser Freibetrag zum 1. Januar 2017 von 25 % auf 50 % angehoben.

Das Arbeitsförderungsgeld nach § 59 Absatz 2 SGB IX bleibt generell anrechnungsfrei, nicht nur im Falle der stationären Eingliederungshilfe. Ferner wurde es von 26 Euro auf 52 Euro monatlich erhöht. Diese Erhöhung kommt allen Werkstattbeschäftigten zugute, auch denjenigen, die neben ihrem Arbeitsentgelt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhalten und insoweit nicht (mehr) auf ergänzende Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind.

Zum 1. Januar 2018 wurde ein neuer Freibetrag für zusätzliche Altersvorsorge – also insbesondere betriebliche Altersvorsorge und private Altersvorsorge, wie die Riester-Rente oder Basisrente (Rürup-Rente) – in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung geschaffen. Vom Freibetrag umfasst sind grundsätzlich solche Einkommen, die als monatliche Leistungen bis zum Lebensende ausgezahlt werden. Der Freibetrag sieht hierfür einen Sockelbetrag von 100 Euro vor, zuzüglich 30 % der diesen Betrag übersteigenden Zusatzrente bis zu dem Höchstbetrag von derzeit 212 Euro (50 % der Regelbedarfsstufe 1 in 2019). Erhält eine leistungsberechtigte Person Bezüge oder Einnahmen, die nach § 3 Nr. 12, 26, 26a oder 26b des Einkommensteuergesetzes steuerfrei sind (z. B. für kommunale Vertretungen oder eine Übungsleitertätigkeit), ist abweichend hiervon ein Betrag von bis zu 200 Euro monatlich nicht als Einkommen zu berücksichtigen.

Dies gilt grundsätzlich für alle Leistungen, die monatlich bis zum Lebensende auf freiwilliger Grundlage zur Reduzierung der Bedürftigkeit nach Erreichen der Altersgrenze ausbezahlt werden.

Ausgenommen von diesem Freibetrag sind alle Einnahmen, die der Leistungsberechtigte aus Zeiten einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und vergleichbaren Versicherungspflichtsystemen sowie aus der Beamtenversorgung erzielt.

Für Bezieher von Eingliederungshilfe gilt ebenfalls ein Freibetrag für Erwerbseinkommen (derzeit bis zu rund 270 Euro pro Monat, 40 % des unbereinigten Bruttoeinkommens gedeckelt auf 65 % der Regelbedarfsstufe 1). Erwerbstätige Personen, die Hilfe zur Pflege erhalten, profitieren bei der Heranziehung im SGB XII ebenfalls von der Einführung dieses Absetzbetrages (Einkommensfreibetrag) für Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit (derzeit bis zu rund 276 Euro pro Monat, 40 % des Bruttoeinkommens gedeckelt auf 65 % der Regelbedarfsstufe 1). Menschen mit Behinderung und pflegebedürftige Menschen, die in eigener Person die Leistungsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe und/oder der Hilfe zur Pflege erfüllen, können daher einen pauschalen Betrag ihres Erwerbseinkommens absetzen.

Bei den Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel kennt das SGB XII zudem eine Einkommensgrenze in Höhe des Zweifachen der Regelbedarfsstufe 1 zuzüglich 70 % der Regelbedarfsstufe 1 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 32,75 EUR für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Pflege und in Höhe von bis zu 25,19 EUR für Leistungen zum Lebensunterhalt. Die Festlegung der Beträge erfolgt durch die Länder. Für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt regelmäßig kein Rückgriff.

Aufgrund des Nachrangprinzips in der Sozialhilfe haben Leistungsempfänger vorhandenes Vermögen einzusetzen. Hierbei hat der Gesetzgeber einige Ausnahmen für den Vermögenseinsatz vorgesehen, z.B. ein angemessenes Hausgrundstück und einen kleineren Barbetrag von derzeit 5.000 EUR.

Für Personen, die Eingliederungshilfe erhalten, besteht ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag von 25.000 EUR zur Sicherstellung einer angemessenen Lebensführung und einer angemessenen Alterssicherung.

Auch für Bezieher von Hilfe zur Pflege gilt dies, soweit dieses Vermögen ganz oder überwiegend aus eigenem Erwerbseinkommen des Pflegebedürftigen während des Leistungsbezugs stammt.



Wohngeld

Guter Wohnraum ist teuer – für manche Bürger zu teuer. Deshalb gibt es das Wohngeld.

Wohngeld ist ein Zuschuss des Staates zu den Wohnkosten für Bürgerinnen und Bürger mit geringem Einkommen. Ziel ist es, ein angemessenes und familiengerechtes Wohnen zu ermöglichen. Wohngeld gibt es sowohl als Mietzuschuss für Personen, die Mieterin oder Mieter einer Wohnung sind, als auch als Lastenzuschuss für Eigentümerinnen und Eigentümer von selbst genutztem Wohnraum. Wohngeld können Sie nur erhalten, wenn Sie einen Antrag stellen und die Voraussetzungen nachweisen.

Leistungen/Voraussetzungen

Mietzuschuss gibt es für

- Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers,
- Untermieter,
- Inhaber einer Genossenschafts- oder Stiftswohnung,
- mietähnlich Nutzungsberechtigte, insbesondere Inhaber eines mietähnlichen Dauerwohnrechts,
- Eigentümer eines Hauses mit drei oder mehr Wohnungen,
- Bewohner eines Heimes,

wenn sie diesen Wohnraum selbst nutzen.

Lastenzuschuss gibt es für

- Eigentümer eines Hauses (mit bis zu zwei Wohnungen),
 - Eigentümer einer Eigentumswohnung,
 - Erbbauberechtigte,
 - Inhaber eines eigentumsähnlichen Dauerwohnrechts, eines Wohnungsrechts oder eines Nießbrauches,
 - diejenigen, die einen Anspruch auf Bestellung oder Übertragung eines der vorgenannten Rechte haben,
- wenn sie diesen Wohnraum selbst nutzen.

Ausschluss vom Wohngeld

Kein Wohngeld erhalten die Leistungsberechtigte von

- Arbeitslosengeld II und Sozialgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II),
 - Übergangsgeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes II nach § 21 Abs. 4 Satz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI),
 - Verletztengeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes II nach § 47 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII),
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII),
 - Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
 - ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt oder anderen Hilfen in einer stationären Einrichtung, die den Lebensunterhalt umfassen, 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 dieser Leistungen berücksichtigten Angehörigen, wenn dabei die Kosten der Unterkunft einbezogen worden sind.

Ein Ausschluss vom Wohngeld besteht allerdings dann nicht, wenn durch das Wohngeld die Hilfebedürftigkeit vermieden oder beseitigt werden kann und eine der vorgenannten Leistungen entweder noch nicht erbracht wurde oder erbracht wird, aber gegenüber dem Wohngeld nachrangig ist.

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 Haushaltsmitglieder zu berücksichtigen sind (hierzu zählen im Wesentlichen die wohngeldberechtigte Person selbst, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer sonstigen Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft, Eltern und Kinder – auch Pflegekinder –, Verwandte sowie Schwager und Schwägerin),
- wie hoch die zuschussfähige Miete oder Belastung für den Wohnraum ist; die Miete oder die Belastung werden nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen, die von der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder und der Mietenstufe abhängig sind, berücksichtigt und,
- wie hoch das monatliche Gesamteinkommen aller zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder ist.

Insbesondere die zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder haben der Wohngeldbehörde Auskunft über ihre für das Wohngeld maßgebenden Verhältnisse zu geben.

Ermittlung des Gesamteinkommens

Die wohngeldrechtliche Einkommensermittlung orientiert sich am Einkommensteuerrecht. Das heißt: maßgebend sind im Wesentlichen die steuerpflichtigen positiven Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes. Hinzu kommt ein Katalog zu berücksichtigender steuerfreier Einnahmen.

Das anzurechnende Gesamteinkommen setzt sich zusammen aus der Summe der Jahreseinkommen aller zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder. Hierbei werden bestimmte Abzugsbeträge für Steuern und Sozialversicherungsbeiträge und Freibeträge für bestimmte Personengruppen (z. B. schwerbehinderte Haushaltsmitglieder) berücksichtigt. Die Höhe der Einkommen ist nachzuweisen.

Als Jahreseinkommen ist das Einkommen im Bewilligungszeitraum zu Grunde zu legen, das im Zeitpunkt der Antragstellung zu erwarten ist.

Wohngeld-Einkommengrenzen

Die nachfolgende Übersicht zeigt zur Orientierung die sich nach der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder ergebenden Grenzen des monatlichen Gesamteinkommens (bis zum letzten vollen Euro- Betrag), bei deren Überschreitung kein Wohngeldanspruch mehr besteht.

Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder	Grenzen für das monatliche Gesamteinkommen in EUR nach Mietenstufen					
	I	II	III	IV	V	VI
1	855	892	923	955	986	1.010
2	1.166	1.216	1.262	1.307	1.350	1.384
3	1.427	1.483	1.534	1.585	1.635	1.672
4	1.909	1.970	2.023	2.075	2.127	2.166
5	2.177	2.244	2.304	2.362	2.419	2.461

Was müssen Sie tun?

Um Wohngeld zu erhalten, müssen Sie bei der zuständigen Wohngeldbehörde Ihrer Gemeinde, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung einen Antrag stellen und die Voraussetzungen nachweisen. Die Formulare erhalten Sie u. a. bei Ihrer Wohngeldbehörde und ggf. auch im Internetauftritt der zuständigen kommunalen Verwaltung.

Nähere Informationen über das geltende Wohngeldrecht finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat.

Information

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

Der Bewilligungszeitraum

Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate bewilligt. Dieser Zeitraum kann jedoch über- oder unterschritten werden. Wohngeld wird frühestens erst ab dem Monat geleistet, in dem der Antrag bei der Wohngeldbehörde eingegangen ist. Daran sollten Sie denken, wenn Sie Wohngeld beantragen wollen.

Damit Sie auch nach Ablauf des Bewilligungszeitraums weiterhin Wohngeld erhalten, ist es erforderlich, einen erneuten Antrag zu stellen. Ein Tipp: Stellen Sie den Antrag möglichst zwei Monate vor Ablauf Ihres Bewilligungszeitraums, damit das Wohngeld möglichst ununterbrochen weitergezahlt wird.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Wohngeldgesetz, das durch die Wohngeld-Verordnung ergänzt wird.



Internationale Sozialversicherung

Das deutsche Sozialversicherungsrecht gilt in erster Linie für Sachverhalte innerhalb Deutschlands.

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

Da die Sozialversicherungssysteme in anderen Ländern stark voneinander abweichen, koordinieren Verordnungen der Europäischen Union (EU) sowie bilaterale Abkommen der Bundesrepublik Deutschland mit Staaten außerhalb der EU grenzüberschreitend die nationalen Vorschriften der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten bzw. Vertragsstaaten.

Innerhalb der EU gewährleisten gemeinsame Regelungen insbesondere, dass Beschäftigte sowie selbstständig Erwerbstätige keine Nachteile in Kauf nehmen müssen, wenn sie in verschiedenen Mitgliedstaaten tätig werden.

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

Ähnliche Regelungen bestehen mit einer Reihe von Staaten, mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat. Dazu gehören u.a.:

- Albanien
- Australien,
- Bosnien und Herzegowina,
- Brasilien,
- Chile,
- China (Entsendeabkommen),
- Indien,
- Israel,
- Japan,
- Kanada,
- Marokko,
- Moldau,
- Mazedonien,
- Montenegro,
- Philippinen
- Serbien,
- Südkorea,
- Tunesien,
- Türkei,
- Uruguay
- USA.



Die kostenlose Broschüre „Die Länder Europas“ vergleicht die politischen Systeme sowie die Sozialleistungen (A 871).

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

In all diesen Regelungen geht es nicht darum, die Systeme der Sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Sie sollen koordiniert werden. Die Ausgestaltung der Sozialsysteme (welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen gezahlt werden) bleibt ausschließlich Sache der einzelnen Staaten.

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 Familienleistungen.



Die kostenlose Broschüre „Soziales Europa von A-Z“ ist ein Glossar, das sozialpolitische Fachbegriffe erklärt (A798).

Die internationalen Regelungen gehen von zwei Voraussetzungen aus:

1. Die von ihnen erfassten Personen sind in ihren sozialen Rechten und Pflichten grundsätzlich gleichgestellt.
2. Personen, die sich innerhalb der Mitglied- bzw. Vertragsstaaten bewegen, sowie ihren Angehörigen sollen daraus keine Nachteile entstehen.

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



„Europäische Sozialpolitik“ ist ein Wegweiser durch das Internet für die verschiedenen Länder der EU und den Institutionen der EU selbst (A799).

Grundlage des Sozialversicherungsschutzes innerhalb der EU, des EWR und der Schweiz sind die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009. Außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnungen sind die o. g. Sozialversicherungsabkommen maßgebend.

Kranken- und Pflegeversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Für Sie und Ihre Familienangehörigen gelten grundsätzlich die Vorschriften des Mitgliedstaates, in dem Sie wohnen. Haben Sie sich in einen anderen Mitgliedsstaat begeben, um dort zu arbeiten, sind Sie dort krankenversichert und erhalten von dem dortigen Träger der Krankenversicherung, bei dem Sie sich anmelden müssen, die erforderlichen Leistungen. Wenn Sie von Ihrem Arbeitgeber vorübergehend entsandt wurden, bleiben Sie weiter in Deutschland krankenversichert. Wohnen Sie in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat, erhalten Sie die Sachleistungen nach den Vorschriften des Wohnstaats.

Sind Sie Tourist innerhalb der genannten Staaten, haben Sie Anspruch auf die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen, die bis zu Ihrer beabsichtigten Rückkehr nicht zurückgestellt werden können. Sofern Sie sich in einen Mitgliedstaat 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. Dafür ist jedoch eine vorherige Genehmigung durch Ihre Krankenkasse erforderlich.

Was müssen Sie tun?

Bei der Bearbeitung Ihrer Anliegen müssen die Krankenversicherungsträger insbesondere Daten mit den Trägern der anderen Mitgliedstaaten austauschen, insbesondere weil häufig die Behandlungen vom örtlichen Träger auf Rechnung des zuständigen Trägers ergehen, was diese untereinander klären. Für die dafür benötigten Informationen wurden international einheitliche Dokumente geschaffen. Je nach ihrer persönlichen Lage (Arbeitnehmer, Rentner, Tourist etc.) gibt es verschiedene Formulare, die Sie benötigen. Das bekannteste Dokument ist die Europäische Krankenversichertenkarte, die Sie in der Regel auf der Rückseite Ihrer deutschen Krankenversichertenkarte finden und für Urlaubsreisen benötigen.

Wegen dieser erforderlichen Dokumente, aber auch wegen möglicher Besonderheiten in Ihrem Fall, sollten Sie sich vor der Reise in einen der betreffenden Mitgliedstaaten vorab informieren und beraten lassen.

Für die Leistungen der Pflegeversicherung gilt, dass sie nach denselben Regeln wie die der Krankenversicherung behandelt werden. Pflegegeld wird daher als Geldleistung auch bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat bezahlt.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. Außerdem können Sie sich an den GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung-Ausland (DVKA) in 53177 Bonn, Pennefeldsweg 12c, wenden.

Unfallversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit haben Sie Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem Sie wohnen. Geldleistungen erhalten Sie von dem Staat, in dem Sie bei Eintritt des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit versichert waren, unabhängig von Ihrem Wohnort.

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.

Was müssen Sie tun?

Möchten Sie Leistungen beantragen? Bitte wenden Sie sich an Ihren deutschen Versicherungsträger oder im Ausland auch an den ausländischen Träger. Es gibt eine Reihe von Formalien, die unbedingt einzuhalten sind.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei den jeweiligen Unfallkassen oder Berufsgenossenschaften sowie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in 10117 Berlin, Glinkastraße 40.



Die Publikation „Sozialkompass Europa“ (A 801) können Sie bestellen unter www.bmas.de.

Aktuelle Daten europaweit finden Sie auch im Internet unter www.sozialkompass.eu.

Rentenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Waren Sie im Laufe Ihres Arbeitslebens in verschiedenen EU-Mitgliedstaaten erwerbstätig? Bereits entrichtete Rentenversicherungsbeiträge werden weder in einen anderen Mitgliedstaat übertragen, noch an Sie ausgezahlt, wenn Ihre Versicherungszeit in einem Mitgliedstaat endet. In jedem Mitgliedstaat, in dem Sie versichert waren, bleiben die Beiträge erhalten, bis das vorgesehene Rentenalter erreicht ist. Jeder Mitgliedstaat zahlt dann eine gesonderte Rente. Reichen Ihre Versicherungszeiten in einem bestimmten Mitgliedstaat nicht aus, um dort einen Rentenanspruch zu begründen, werden die jeweiligen Versicherungszeiten, die Sie in einem anderen Mitgliedstaat zurückgelegt haben, zusammengerechnet, um die Wartezeit zu erfüllen. Dabei gilt grundsätzlich: Jeder Versicherungsträger kommt jeweils für die Zeiten auf, für die Sie bei ihm versichert waren. Entsprechend werden auch Hinterbliebenenrenten gezahlt. Ihre Rente wird dann in den Staat gezahlt, wo Sie wohnen oder sich aufhalten.

Was müssen Sie tun?

Waren Sie in mehr als einem Mitgliedstaat erwerbstätig, müssen Sie nicht bei allen beteiligten Trägern einen Antrag stellen. Ein Antrag gilt gleichzeitig für die Träger in den anderen Mitgliedstaaten.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie für alle EU-/EWR-Mitgliedstaaten und Vertragsstaaten

- bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
- bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de)

und bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung

- für Griechenland, Zypern, Liechtenstein und die Schweiz: Baden-Württemberg (www.deutsche-rentenversicherung-bw.de)
- für Polen: Berlin-Brandenburg (www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de)
- für Japan, Philippinen und Südkorea: Braunschweig-Hannover (www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de)
- für Ungarn und Bulgarien: Mitteldeutschland (www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de)
- für Österreich, die Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Serbien, Montenegro, Kosovo: Bayern-Süd (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de)
- für Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien, Irland, Lettland, Litauen, Norwegen, Schweden, China, Kanada und die USA: Nord (www.deutsche-rentenversicherung-nord.de)
- für Brasilien, Moldau, Portugal, Rumänien und die Türkei: Nordbayern (www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de)
- für Australien: Oldenburg-Bremen (www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de)
- für Belgien, Spanien, Chile und Israel: Rheinland (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de)
- für Frankreich, Albanien und Luxemburg: Rheinland-Pfalz (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland-pfalz.de)
- für Italien, Malta, Marokko und Tunesien: Schwaben (www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de)
- für die Niederlande und Island: Westfalen (www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de)

Familienleistungen

Leistungen/Voraussetzungen

Familienleistungen werden in allen Mitgliedstaaten gezahlt. Je nach Mitgliedstaat bestehen jedoch erhebliche Unterschiede in Ausgestaltung und Höhe dieser Leistungen. Sie sollten sich daher informieren, welcher Mitgliedstaat für die Gewährung der Leistungen verantwortlich ist und welche Anspruchsvoraussetzungen gelten.

Wenn Sie in Deutschland unbeschränkt steuerpflichtig bzw. erwerbstätig sind, können Sie für Ihre Kinder, auch wenn diese in anderen Mitgliedstaaten leben, Kindergeld erhalten.

Wenn Sie in einem Mitgliedstaat erwerbstätig sind (nicht entsandt), erhalten Sie in der Regel für Ihre Kinder, die in Deutschland leben, Kindergeld nach den Vorschriften des Mitgliedstaates, in dem Sie beschäftigt sind.

Was müssen Sie tun?

Familienleistungen müssen beantragt werden. Stellen Sie einen Antrag auf Leistungen bitte bei der örtlich zuständigen Familienkasse oder bei ihrem öffentlichen Arbeitgeber. Haben Sie einen ausländischen Anspruch, 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 örtlich zuständigen Familienkasse.

Arbeitslosenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

Wenn Sie arbeitslos sind und Ihren Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat bzw. nach Norwegen, Island, Liechtenstein oder in die Schweiz verlegen, weil Sie dort Arbeit suchen möchten, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin deutsches Arbeitslosengeld für den Zeitraum von drei Monaten bis maximal sechs Monaten beziehen. Falls Sie vor Ablauf dieses Zeitraumes zurückkehren, kann Ihr vor der Ausreise erworbener Arbeitslosengeldanspruch, sofern er nicht verbraucht und nicht erloschen ist, erneut bewilligt werden. In Bosnien und Herzegowina, Serbien, Montenegro und Mazedonien erhalten Arbeitslose, die in Deutschland beschäftigt gewesen sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Leistungen der dortigen Versicherung.

Was müssen Sie tun?

Damit Sie in einem anderen Mitgliedstaat 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 Mitgliedstaates, in den Sie sich begeben, als Arbeitsuchender melden.

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



Sozialgerichtsbarkeit

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

Wann sind die Sozialgerichte zuständig?

Die Sozialgerichte entscheiden zum einen über Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung. Dieses sind beispielsweise die Kranken- und Unfallversicherung oder die Rentenversicherung. Zum anderen sind die Sozialgerichte auch in Angelegenheiten der Arbeitslosenversicherung, des sozialen Entschädigungsrechts mit Ausnahme der Kriegsopferversorge oder des Schwerbehindertenrechts zuständig. Seit dem 1. Januar 2005 ist die Sozialgerichtsbarkeit auch für Streitigkeiten in Angelegenheiten der Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“) und der Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) und des Asylbewerberleistungsrechts 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 entscheidet 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 Vorsitzender und zwei ehrenamtlichen Richtern als Beisitzer tätig. Die Landessozialgerichte entscheiden insbesondere über Berufungen gegen Urteile der ersten Instanzen. Die Senate der Landessozialgerichte 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?

Wenn ein Betroffener die Aufhebung oder Änderung eines Verwaltungsaktes oder den Erlass eines abgelehnten Verwaltungsaktes begehrt, muss er zunächst grundsätzlich Widerspruch gegen den Verwaltungsakt einlegen. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle eingelegt werden, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Die Behörde prüft dann in einem Widerspruchsverfahren erneut die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsaktes. Wenn die Behörde den Widerspruch für begründet hält, hebt sie den angefochtenen Verwaltungsakt auf und erlässt gegebenenfalls den begehrten Verwaltungsakt. Andernfalls erlässt die zuständige Widerspruchsbehörde einen ablehnenden Widerspruchsbescheid, mit dem der angefochtene Verwaltungsakt bestätigt wird. In diesem Fall kann dann Klage beim Sozialgericht erhoben werden.

Die Klage muss schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim zuständigen 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 müssen Kläger und Beklagter benannt werden. Außerdem muss in der Klageschrift angegeben werden, was mit der Klage begehrt wird. Falls ein Bescheid vorliegt, soll er beigelegt werden. Außerdem sollen die Tatsachen und Beweismittel angegeben werden, die die Klage begründen.

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

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

Wie läuft das Gerichtsverfahren ab?

Im sozialgerichtlichen Verfahren findet grundsätzlich eine mündliche Verhandlung statt. Bereits vor der mündlichen Verhandlung kann der Vorsitzende Urkunden, elektronische Dokumente und Krankenunterlagen anfordern. Er kann auch Auskünfte einholen, Zeugen und Sachverständige vernehmen, Begutachtungen durch Sachverständige anordnen, andere beiladen und in einem Termin mit den Beteiligten den Sachverhalt persönlich erörtern, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung erledigen zu können. 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 sogenannte Amtsermittlungsgrundsatz. Dieser 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 nur vor dem Bundessozialgericht. Als Prozessbevollmächtigte können beispielsweise Rechtsanwälte auftreten, aber auch 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 Streitigkeiten, bei denen der Beschwerdewert nicht mehr als 750 EUR 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 ist vom Landessozialgericht zum Beispiel zuzulassen, wenn die Rechtsfrage 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 wird, kann hiergegen eine Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt werden. Im Revisionsverfahren prüft das Bundessozialgericht nicht mehr die tatsächlichen, sondern nur noch die rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Berufung und Revision sind innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils einzulegen.

Was kostet die Durchführung eines sozialgerichtlichen Verfahrens?

Für Versicherte, Leistungsempfänger und Menschen mit Behinderung ist das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gerichtskostenfrei, es sei denn, es geht um ein Verfahren wegen eines überlangen Gerichtsverfahrens. Soweit der Kläger oder der Beklagte nicht zu dieser Gruppe gehört – beispielsweise ein Träger der Sozialversicherung – hat er eine Pauschgebühr zu entrichten. Gehören weder der Kläger noch der Beklagte den genannten Personengruppen an, werden, wie in Verfahren bei anderen Gerichtsbarkeiten auch, Gerichtskosten in Abhängigkeit vom Streitwert erhoben.



Sozialdatenschutz

Prinzipien des Sozialdatenschutzes

Die Gewährleistung sozialer Rechte durch die sozialen Sicherungssysteme ist ohne den Umgang mit personenbezogenen Daten der Bürger nicht denkbar. Die Verarbeitung von oftmals hochsensiblen Daten, beispielsweise über den Gesundheitszustand, ist allerdings grundsätzlich als Eingriff in das verfassungsrechtlich garantierte Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung zu bewerten.

Deshalb gelten dafür besonders strenge Regeln.

Mit den Vorschriften über das Sozialgeheimnis in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I), über den Sozialdatenschutz im 2. Kapitel (§§ 67 bis 85a) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), sowie den ergänzenden datenschutzrechtlichen Sondervorschriften in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches ist der Gesetzgeber der verfassungsrechtlichen Vorgabe nachgekommen, gesetzliche Regelungen zum Schutz von Sozialdaten als besonders schutzwürdige personenbezogene Daten zu erlassen. Diese Regelungen gewährleisten ein hohes Schutzniveau und sichern zugleich die Funktionsfähigkeit der Sozialverwaltung.

Seit dem 25. Mai 2018 gilt die Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutzgrundverordnung - im Folgenden „EU-DSGVO“) in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union unmittelbar. Ziel der EU-DSGVO ist ein gleichwertiges Schutzniveau für die Rechte und Freiheiten von natürlichen Personen bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten in allen Mitgliedstaaten zu erzielen.

Aufgrund der übergeordneten und unmittelbar geltenden Regelungen der EU-DSGVO wurden die Regelungen des Sozialdatenschutzrechts im SGB I und SGB X an diese angepasst. Systematisch bauen die Regelungen des Sozialdatenschutzrechts künftig auf den Regelungen der EU-DSGVO auf und ergänzen, konkretisieren oder schränken diese ein; insofern besteht ein sich ergänzendes Mehrebenensystem von Normen.

Nach § 35 Abs. 1 SGB I hat jeder Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden (Sozialgeheimnis). Sozialdaten sind personenbezogene Daten, die von einer in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem SGB verarbeitet werden. Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse stehen von Gesetzes wegen diesen Sozialdaten gleich. Für besonders sensible personenbezogene Daten, beispielsweise Gesundheitsdaten, gelten teilweise besondere Regelungen.

Die Verarbeitung von Sozialdaten ist nur zulässig, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht oder der Betroffene eingewilligt hat (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt). Es muss also gesetzlich genau festgelegt sein, welche Informationen ein Sozialleistungsträger über einen Versicherten oder den Leistungsbezieher erheben, speichern, verändern, übermitteln oder in der Verarbeitung einschränken darf. Die gesetzlichen Grundlagen können sich sowohl aus Art. 6 und 9 der EU-DSGVO, als auch aus dem Sozialgesetzbuch ergeben. Rechtsgrundlagen aus einem anderen nationalen Gesetz außerhalb des Sozialgesetzbuches reichen hingegen nach der Systematik des Sozialdatenschutzrechts als Befugnis zur Verarbeitung von Sozialdaten nicht aus.

Der Sozialdatenschutz ist außerdem von dem zentralen Prinzip geprägt, dass Daten grundsätzlich nur dann verarbeitet werden dürfen, 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.

Zudem dürfen die Daten grundsätzlich nur für die Zwecke verarbeitet werden, für die die Daten erhoben worden sind (Grundsatz der Zweckbindung).

Übermittlung von Sozialdaten

Die Übermittlung von Sozialdaten ist als eine besondere Form der Datenverarbeitung nur zulässig, wenn eine Regelung des Art. 6 oder 9 der EU-DSGVO dies unmittelbar zulässt (z.B. auf Grundlage der Einwilligung der betroffenen Person) oder eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach dem Sozialgesetzbuch besteht. Übermitteln ist das Bekanntgeben von Sozialdaten durch ihre Weitergabe an einen Dritten oder durch die Einsichtnahme oder den Abruf eines Dritten von zur Einsicht oder zum Abruf bereitgehaltenen Daten (§ 67d Abs. 1 Satz 1 SGB X).

Wichtige Übermittlungsfälle:

- Übermittlung bestimmter enumerativ genannter Angaben wie z.B. Namen oder Anschrift für Aufgaben der Polizeibehörden und der Staatsanwaltschaften,
- Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben,
- Übermittlung für die Durchführung des Arbeitsschutzes,
- Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Aufgaben und Mitteilungsbefugnisse,
- Übermittlung für die Forschung und Planung.

Besondere praktische Bedeutung kommt der Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben nach § 69 SGB X zu.

Beispiele:

- 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.

Personen und Stellen, an die Sozialdaten übermittelt wurden, haben die Daten in demselben Umfang geheim zu halten, wie die unmittelbar dem Sozialgeheimnis unterliegenden Stellen (sog. verlängerter Sozialdatenschutz, § 78 SGB X).

Rechte der betroffenen Personen

Die EU-DSGVO sieht für die Personen, deren personenbezogene Daten verarbeitet werden, in den Art. 12 bis 22, 34 und 82 EU-DSGVO umfangreiche Rechte vor; die Rechte der betroffenen Personen stellen gleichzeitig die Pflichten des für die Datenverarbeitung Verantwortlichen dar. Zu den Rechten der betroffenen Personen gehören z.B. das Recht auf Information bei der Datenerhebung, auf Auskunft, auf Löschung der sie betreffenden Daten sowie auf Widerspruch der Datenverarbeitung. Diese Rechte sind durch die Regelungen in §§ 82 bis 84 SGB X zum Schutz der sozialen Sicherheit und zur Funktionsfähigkeit der Sozialverwaltung zum Teil eingeschränkt. Darüber hinaus bestehen das Recht auf Benachrichtigung bei einer Verletzung des Schutzes von Sozialdaten der betroffenen Person und das Recht auf Schadensersatz.

Ist jemand der Ansicht, bei der Verarbeitung von Sozialdaten in seinen Rechten verletzt worden zu sein, kann er sich an die Datenschutzaufsichtsbehörden (an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz bzw. die nach Landesrecht für den Datenschutz zuständigen Stellen) wenden oder gegen den Verantwortlichen oder den Auftragsverarbeiter eine Klage vor den Sozialgerichten erheben.

NEU

Ausgabe 2019/2020

Übersicht über das Sozialrecht

Das gesamte deutsche Sozialrecht – von A wie Ausbildungsförderung bis Z wie Zusatzrente – von Fachleuten aus Bundesministerien und -behörden erläutert

- **Umfassend:** Kompetente Darstellung aller Bücher des Sozialgesetzbuches und weiterer Gesetze zur sozialen Sicherung z. B. der freien Berufe, Beamten und Landwirte, der Familien usw.
- **Präzise:** Zahlreiche Berechnungsbeispiele und Tabellen zu aktuellen Sozialleistungen
- **Aktuell:** Sämtliche Neuerungen zum Rechtsstand 1. Januar 2019 sowie u. a.
 - die aktuellen Rentenzahlen (1. Juli 2019) und das RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz
 - das Qualifizierungschancengesetz, das Teilhabechancengesetz und das Gesetz zur Weiterentwicklung des Teilzeitrechts (Einführung einer Brückenteilzeit)
 - alles zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
 - die neuen Regelleistungen und andere Leistungssätze im Sozialrecht
- Englische Summaries zu allen Kapiteln

Inklusive CD-ROM
mit vollständigem Inhalt
des Buches

**Übersicht über das Sozialrecht –
Ausgabe 2019/2020**

ca. 1.380 Seiten, mit CD-ROM

ISBN: 978-3-8214-7255-3

€ 48,00





Bestellschein kopieren und faxen an: 09 11/96 76-195
 Oder einfach online bestellen: www.bwverlag.de

BW Bildung und Wissen
 Verlag und Software GmbH
 -Serviceteam-
 Südwestpark 82
 90449 Nürnberg

Telefon: 09 11/96 76-175
 Fax: 09 11/96 76-195
 Internet: www.bwverlag.de
 E-Mail: serviceteam@bwverlag.de

Anzahl	ISBN	Titel	Preis in €
<input type="checkbox"/>	978-3-8214-7255-3	Übersicht über das Sozialrecht – Ausgabe 2019/2020	48,00
<input type="checkbox"/>	<small>Bitte nur ankreuzen, wenn gewünscht</small>	Ich nutze den bequemen Abo-Service und bestelle ab sofort die Übersicht über das Sozialrecht zur jährlichen Fortsetzung – Sie werden automatisch bei Erscheinen des Buches beliefert. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.	
<input type="checkbox"/>	978-3-8214-7292-8	Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht – Ausgabe 2019/2020	48,00
<input type="checkbox"/>	<small>Bitte nur ankreuzen, wenn gewünscht</small>	Ich nutze den bequemen Abo-Service und bestelle ab sofort die Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht zur jährlichen Fortsetzung – Sie werden automatisch bei Erscheinen des Buches beliefert. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.	



Tipp

Informiert kompakt, aktuell und praxisnah über das gesamte deutsche Arbeitsrecht: Arbeitsvertragsrecht, kollektives Arbeitsrecht, sozialer, technischer und medizinischer Arbeitsschutz sowie Arbeitsgerichtsbarkeit. Dabei werden die jüngsten Entwicklungen in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und der Arbeitsgerichte berücksichtigt.

Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht – Ausgabe 2019/2020
 ca. 1.080 Seiten, mit CD-ROM
 ISBN: 978-3-8214-7292-8, € 48,00

Firma	
Abteilung	Name, Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Fax, E-Mail
Datum	Unterschrift

Alle Preise verstehen sich inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer zzgl. Versandkosten. Die Versandkosten richten sich nach dem Gewicht der Sendung. Hierbei gelten die jeweils gültigen Gebühren der Deutschen Post AG für Päckchen und Pakete. Jeder Lieferung liegt eine Rechnung bei, die innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Ware zu begleichen ist.

Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente:	030 221 911 001
Unfallversicherung/Ehrenamt:	030 221 911 002
Arbeitsmarktpolitik und -förderung:	030 221 911 003
Arbeitsrecht:	030 221 911 004
Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:	030 221 911 005
Infos für Menschen mit Behinderungen:	030 221 911 006
Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:	030 221 911 007
Mitarbeiterkapitalbeteiligung:	030 221 911 008
Informationen zum Bildungspaket:	030 221 911 009
Informationen zum Mindestlohn:	030 60 28 00 28
Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:	
E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de	
ISDN-Bildtelefon:	030 221 911 015
Fax:	030 221 911 017
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de	

Gebärdensprach-Telefon

Mit dem Gebärdentelefon verfügen Gehörlose und Hörgeschädigte über die Möglichkeit, mittels Gebärdensprache und Videotelefonie Informationen ohne Hilfe Dritter oder Dolmetscher zu erhalten. Das Gebärdentelefon erreichen Sie von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 08.00 Uhr bis 20.00 Uhr. Gebärdentelefon mittels Video over IP: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Technische Informationen zur Nutzung des Gebärdentelefons mittels Video over IP

Adresse:

Die Adresse des Gebärdentelefons ist keine E-Mail-Adresse und auch keine Internetseite, sondern die Zieladresse, die Sie in Ihr Endgerät eingeben müssen:

gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Endgeräte:

Für die Kommunikation benötigen Sie entweder ein VoIP- und videofähiges Endgerät, das mit dem Signalisierungsprotokoll SIP umgehen kann (IP-Video-Telefon), oder einen PC mit einer entsprechenden Software (Softclient bzw. Softphone).

- VoIP- und videofähiges Endgerät:
Über Fachhandel erhältlich
- Softclient/Softphone:
Werden von verschiedenen Herstellern angeboten. Bitte achten Sie auf die Kompatibilität mit dem SIP-Protokoll und auf die Videofähigkeit mit den Videocodern H.263 oder H.264 (Beispiele: X-Lite für Windows; Linphone für Linux; Kphone für Unix/Linux).

Alternativ können Sie die Software zur Nutzung des Gebärdentelefons hier kostenlos herunterladen. Dort finden Sie auch weitere Informationen, ein Benutzerhandbuch sowie Kontaktmöglichkeiten, wenn Sie Unterstützung benötigen.

Internetanschluss mit ausreichender Bandbreite:

Für die Verbindung benötigen Sie einen ausreichend schnellen Netzanschluss. Wir empfehlen einen DSL-Anschluss. Eine Verbindung kann auch über ISDN erfolgen, allerdings benötigen Sie wenigstens beide ISDN-Kanäle (128 kBit/s). Bei zu geringer Bandbreite ist die Bildqualität möglicherweise unzureichend.

Firewall-Einstellungen:

Es kann notwendig werden, die Einstellungen der eigenen Firewall zu prüfen. Folgende ausgehende Ports müssen offen sein:

- SIP: 5060 (TCP oder UDP)
- RTP: 20000-20200 (UDP)

STIFTUNG ANERKENNUNG UND HILFE

Für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland bzw. von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben

AUFGABEN DER STIFTUNG



*öffentliche
Anerkennung des
Leids & Unrechts*



*individuelle
Anerkennung und Hilfe
in finanzieller Form*



*wissenschaftliche
Aufarbeitung der
Geschehnisse*

Betroffene können sich ab sofort hier informieren:

 **Infotelefon: 0800 221 221 8**

Alle Informationen zur Stiftung und
den Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter:

www.stiftung-erkennung-hilfe.de



STIFTUNG
Anerkennung und Hilfe

Impressum



Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Monitoring,
Bürgerservice, Bibliothek
53107 Bonn

Stand: Januar 2019

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 721
Telefon: 030 18 272 272 1
Telefax: 030 18 10 272 272 1
Schriftlich: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:
E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Fax: 030 221 911 017
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn
Fotos: Bundesminister/©Susie Knoll/BMAS; colourbox.com; ©iStockphoto.com
Druck: Zarbock GmbH & Co.KG, Frankfurt/Main

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.