

Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige

Wir beraten Sie gerne im persönlichen Gespräch.

In der Beratungsstelle der Lebenshilfe Bamberg erhalten Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen individuelle und umfassende Beratung in persönlichen, finanziellen und rechtlichen Fragen. Die Beratungsstelle arbeitet eng mit Ämtern und Behörden sowie mit anderen Trägern der Behindertenhilfe der Stadt und des Landkreises Bamberg zusammen. Auf diese Weise kann eine umfassende und zielgerichtete Beratung und Vermittlung gewährleistet werden.

Gerne heißen wir Sie in unserem barrierefreien Büro in der Kulturfabrik der Lebenshilfe Bamberg willkommen. Die Beratung ist für Sie kostenlos und alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Wer wird beraten?

Beraten werden Menschen mit Behinderung, Eltern, Angehörige, gesetzl. Betreuer und sonstige Bezugspersonen. Zudem sind Fachleute und Institutionen, die einen Beratungsbedarf haben, willkommen. Des Weiteren beraten wir Interessierte, die sich über die Lebenshilfe Bamberg informieren und/ oder sich ehrenamtlich engagieren möchten.

Das Beratungsangebot

- Wir bieten Ihnen Information und Beratung zu folgenden Themen:
- Beratung und Hilfe im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Aufklärung über die Rechte und Ansprüche von Menschen mit
- Behinderungen und deren Angehörigen
- Beratung bei der Finanzierung von Leistungen und Hilfen
- Hilfen bei sozial- und versorgungsrechtlichen Fragen
- Beratung und Vermittlung zu weiterführenden Hilfen und Angeboten
- Beratung bei der Suche nach geeigneten Kindergärten, Schulen und Arbeitsmöglichkeiten
- Information und Vermittlung von Kurzzeitpflege, Urlaubsangeboten, Kuren, etc.
- Vermittlung von Angeboten der Freizeitgestaltung und Erwachsenenbildung für Menschen mit Behinderungen
- Information und Vermittlung zu weiterführenden Beratungsstellen, Hilfsangeboten und
- Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Lebenshilfe Bamberg
- Unterstützung bei innerfamiliären Schwierigkeiten
- Beratung und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige in
- schwierigen Lebenssituationen
- Hilfe bei pädagogischen Fragestellungen
- Unterstützung von Familien mit Migrationshintergrund
- Unterstützung alleinerziehender Mütter und Väter
- Unterstützung von Geschwistern
- Beratung über die Möglichkeiten des ehrenamtlichen/freiwilligen Engagements
- Vorstellung der Einsatzfelder in denen ein ehrenamtliches Engagement in der Lebenshilfe möglich ist
- Information über die Aufgaben des ehrenamtlichen Engagements

Hinweis:

Der Elternratgeber wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Die Lebenshilfe Bamberg kann deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernehmen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen.

Stand 01.02.2022

Inhaltsverzeichnis

4	Die Dienstleistungen eines Assistenzdienstes
7	Das Behindertentestament
11	Gesetzliche Betreuung
15	Bürgertelefone
17	Einsatz von Vermögen von Beschäftigten in der WfbM
20	Erwerbsminderungsrente
23	Fahrdienst für Menschen mit Behinderung
25	GEZ Rundfunkgebühren
27	Grundsicherung bei Erwerbsminderung
34	Kindergeld für volljährige Menschen mit Behinderung
37	Leistungen der Krankenversicherung
44	Parkerleichterungen für Menschen mit Behinderung
48	Die Pflegeversicherung
69	Rechtsberater
71	Schwerbehindertenausweis und Beantragung
74	Steuertipps für Menschen mit Behinderung
78	Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung
84	WC-Zentralschlüssel
88	Leistungen der Eingliederungshilfe?

Die Dienstleistungen eines Assistenzdienstes

Aufgabe des Familien Entlastenden Dienstes (FED) ist es, Familien in denen Angehörige mit Behinderung leben, flexibel und bedürfnisorientiert zu entlasten und zu unterstützen. Neben dem FED, der vor allem als „Betreuung“ bei Verhinderung der Pflegeperson benötigt wird, ist ein weiteres wichtiges Angebot der Assistenzdienst.

Assistenz

Eine Assistenz bedeutet die Unterstützung des Menschen mit Behinderung im Alltag. Dies kann zum Beispiel der gemeinsame Besuch von Veranstaltungen sein, aber auch Hilfen im schulischen Bereich. Menschen mit Behinderung sollen ein weitgehend selbständiges Leben führen können. Um dies zu ermöglichen, werden alltagsbezogene Assistenzen angeboten:

- als Hilfen für Menschen mit Behinderung
- als Hilfen für Eltern mit Kindern mit Behinderung
- für die Freizeitgestaltung
- für Aktivitäten der Erwachsenenbildung

In der Regel handelt es sich um Einzelunterstützung. Inhaltlich können die Assistenzen je nach Bedarf sehr unterschiedlich sein.

Hier die wichtigsten Assistenzhilfen:

- Spaziergänge
- Spielplatzbesuch
- Tagesausflüge
- Besuch kultureller Veranstaltungen
- Besuch von Bildungsveranstaltungen
- Begleitung zu Vereinen, oder der Volkshochschule
- Büchereibesuch
- kleine Ausflüge
- Vorlesen von Büchern und Zeitschriften
- Hilfe zum Aufbau von Kontakten und Freundeskreisen
- Besuch von Sportveranstaltungen
- Besuch von Kinder- und Jugendgruppen
- Begleitung im Alter
- gemeinsamer Einkauf, Besorgungen
- Besuch von Kinder- und Jugendgruppen

Kulturelle Hilfen:

- Hilfen beim Lesen, Schreiben und Rechnen
- Hilfen bei der Vor- und Nachbereitung der Hausaufgaben
- Einzelnachhilfe
- Hilfen im Umgang mit Geld
- Hilfen im Umgang mit Behörden, Institutionen

Mobilitätshilfen:

- Hilfen zur Bewältigung von Wegen, Wegetraining
- Training der Verkehrs- und Orientierungssicherheit
- Hilfen bei der Bewegung mit Rollstuhl, Gehhilfe, Tandem
- Hilfen bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- Hilfen zur Förderung der Mobilität durch Sport und Spiel

Psychosoziale Hilfen:

- Hilfe bei beschränkter Gefahreinschätzung
- Präsenz und Begleitung als Aufsicht zur Sicherheit
- Hilfe im Umgang mit eigenen Verhaltensschwierigkeiten
- Begleitung in Situationen mit Aggressivität, Distanzlosigkeit, Unruhe
- Lernen von Strategien zur Konfliktbewältigung
- Stärkung von Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstbehauptung
- Hilfe, Beistand und Begleitung zur Vermeidung und Bewältigung von Diskriminierung und Angriffen

Hilfen zur sozialen Integration mit dem Ziel:

- Selbständigkeit
- Vermeiden von Ausgrenzung
- Weiterentwicklung sozialer Fähigkeiten
- Selbstbewusstsein und Belastbarkeit

Bei Interesse an einem Assistenzdienst wenden Sie sich bitte an:

Familienentlastender Dienst der Lebenshilfe Bamberg

Telefon: 0951/1897-2100

Ohmstraße 3 (Hausanschrift)

Moosstr. 75 (Postanschrift)

96050 Bamberg

Das Behindertentestament

Das Testament zugunsten von Menschen mit Behinderung

Unter einem Behindertentestament versteht man im Erbrecht die Gestaltung eines Testamentes mit dem Ziel, dem Erben mit Behinderung die volle staatliche Unterstützung weiter zu kommen zu lassen, ohne dass das vererbte Vermögen hierfür eingesetzt werden muss. Bei der Gestaltung eines Testaments für Menschen mit Behinderung sind einige grundlegende Aspekte zu beachten. Wichtig ist die Anordnung von Vor- und Nacherbschaft sowie von Dauertestamentsvollstreckung auf Lebenszeit Ihres Angehörigen. Mit der Anordnung der Dauertestamentsvollstreckung erreichen Sie, dass Ihr Kind aus seiner Beteiligung am Nachlass einen angemessenen Lebensstandard, der über das Niveau der Sozialhilfe als staatlicher Grundversorgung hinausgeht, erhält. Das sind zum Beispiel Geschenke zum Geburtstag, zum Namenstag und den üblichen Festen, Zuwendungen zur Freizeitgestaltung, für Hobbys, für Kur- und Urlaubsreisen, sowie zur freien persönlichen Verfügung. Bei der Verwendung der Mittel hat der Testamentsvollstrecker die Bedürfnisse und - soweit möglich – die Wünsche Ihres Kindes zu berücksichtigen. Ist nach dem Ableben Ihres Angehörigen noch Vermögen vorhanden, kommt es den von Ihnen bestimmten Familienangehörigen oder z.B. einer sozialen Einrichtung zu Gute, die sich für die Förderung von Menschen mit Behinderung einsetzt.

Wirkungen der gesetzlichen Erbfolge

Wird von den Erblassern keine Verfügung von Todes wegen getroffen, so tritt die gesetzliche Erbfolge ein, und das Kind mit Behinderung wird Erbe der Eltern. In diesem Fall werden geerbtes Vermögen und Einkünfte dem Nachrangprinzip entsprechend bis zum Erreichen der Schongrenzen (ab 01.01.2017 5000 €) aufgezehrt, bevor der Sozialhilfeträger wieder Leistungen erbringt. Der Erbe erhält also erst wieder Sozialhilfe, wenn die Erbschaft aufgebraucht ist, kann aber von den geerbten Vermögenswerten keine über die Sozialhilfe hinausgehenden Annehmlichkeiten mehr finanzieren. Es muss daher ein Testament unter Berücksichtigung des Menschen mit Behinderung errichtet werden, um so den Eintritt der gesetzlichen Erbfolge zu verhindern.

Wirkungen der Enterbung

Wenn Ihr Kind mit Behinderung testamentarisch enterbt wird, entsteht ein Pflichtteilsanspruch in Höhe der Hälfte des gesetzlichen Erbteils. Auch wenn Ihr Kind selbst diesen Pflichtteilsanspruch nicht verlangt, kann der Sozialhilfeträger den Anspruch auf sich überleiten und gegenüber den Erben geltend machen. Es ist daher notwendig, das Kind mit Behinderung in dem Testament zum Erben einzusetzen oder ein Vermächtnis zu seinen Gunsten zu bestimmen. Damit ein Pflichtteilsanspruch nicht entsteht, ist es erforderlich, dass die Erbeinsetzung oder das Vermächtnis geringfügig über dem gesetzlichen Pflichtteilsanspruch des Menschen mit Behinderung liegt.

Bei der Gesamtgestaltung der Erbfolge sind zudem Schenkungen zu Lebzeiten der Eltern, beispielsweise an weitere Kinder, oder der Eltern untereinander zu berücksichtigen. Schenkungen können sogenannte Pflichtteilsergänzungsansprüche auslösen, die der Sozialhilfeträger ebenfalls auf sich überleiten kann.

Vor- und Nacherbschaft

Im Rahmen des Behindertentestamentes wird daher zumeist die Anordnung der Vor- und Nacherbfolge gewählt. Ihr Kind mit Behinderung wird als Vorerbe eingesetzt. Als Nacherben kommen Familienangehörige wie etwa Geschwister oder eine Organisation für Menschen mit Behinderung oder sonstige Dritte, insbesondere auch Stiftungen, in Betracht.

Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass das vererbte Vermögen nicht dem Zugriff des Sozialhilfeträgers unterliegt, da es nicht zum Vermögen des Erben mit Behinderung wird. Bei dessen Tod fällt es nicht in seinen Nachlass, sondern der Nacherbe wird direkter Erbe des ursprünglichen Erblassers. Das der Nacherbfolge unterliegende Vermögen kann somit nicht zum Kostenersatz für Leistungen herangezogen werden, die der Mensch mit Behinderung als Vorerbe erhalten hat.

Testamentsvollstreckung

Die Erblasser sollten bezüglich des Vorerben eine Dauertestamentsvollstreckung anordnen. Der Nachlass zählt dadurch nicht zum verwertbaren Vermögen und steht somit einem bestehenden Sozialhilfeanspruch nicht entgegen. Zu der Anordnung der Testamentsvollstreckung kann der Erblasser eine Verwaltungsanordnung erlassen, die die Einzelheiten der Durchführung regelt.

Hierdurch ist es möglich, die Nutzungen aus der Vorerbschaft für bestimmte Zwecke festzulegen, wie beispielsweise Urlaub oder Freizeitaktivitäten, die ansonsten vom Sozialhilfeträger grundsätzlich nicht geleistet werden. Zudem ist darauf zu achten, dass die Zuwendungen des Testamentsvollstreckers an den Menschen mit Behinderung bei diesem nicht zu einer Überschreitung des sozialhilferechtlich zulässigen Schonvermögens führen.

Ist die Testamentsvollstreckung angeordnet, fehlt dem Erben mit Behinderung zwar die Verfügungsbefugnis über die Nachlassgegenstände; er hat aber einen Anspruch auf ordnungsgemäße Verwaltung des Nachlasses von Seiten des Testamentsvollstreckers. Zur Person des Testamentsvollstreckers können ggf. Verwandte des Erblassers eingesetzt werden, die dessen Vertrauen genießen. Allerdings sollte zur Vermeidung möglicher Interessenskonflikte nicht der Nacherbe oder Geschwister, die (Mit-)Erben sind, eingesetzt werden. Auch Vormund oder Betreuer und Testamentsvollstrecker sollten nicht dieselbe Person sein.

Die Grundstruktur eines Behindertentestamentes:

- Ihr Angehöriger mit Behinderung wird zum Vorerben eingesetzt, und zwar oberhalb seiner Pflichtquote.
- Sie berufen einen oder mehrere Nacherben für die Zeit nach dem Ableben des Vorerben.
- Sie ordnen zu Gunsten Ihres Angehörigen mit Behinderung Dauertestamentsvollstreckung auf seine Lebzeiten an.
- Ihr Testamentsvollstrecker erhält in Ihrer letztwilligen Verfügung konkrete Anweisungen, wie die Erträge des Erbes zur Verbesserung der Lebensqualität des Menschen mit Behinderung zu verwenden sind.
- Die Zuwendungen sollen nicht der Entlastung des Sozialhilfeträgers dienen.
- Sie können eine Person ihres Vertrauens als Betreuer vorschlagen, der sich nach ihrem Tod um den Angehörigen mit Behinderung kümmern soll.

Hierbei handelt es sich lediglich um eine Grundstruktur eines klassischen Behindertentestamentes. Die konkrete Ausgestaltung einer solchen testamentarischen Verfügung kann sich jedoch je nach Vermögenssituation und familiäre Situation erheblich unterscheiden.

Zur Erstellung eines Behindertentestamentes sollte unbedingt rechtliche Beratung in Anspruch genommen werden.

Mit dem Behindertentestament haben Sie folgende Vorteile:

- Die Zukunft des Kindes mit Behinderung für die Zeit nach dem Tod der Eltern wird geregelt und abgesichert.
- Der gewünschte Lebensstandard des Kindes über dem Niveau der Sozialhilfe wird sichergestellt.
- Finanzielle Belastungen des überlebenden Ehegatten werden verringert.
- Zahlungen aus dem Erb- oder Pflichtteil werden vermieden.
- Der Verlust von erheblichen Teilen des Familienvermögens wird vermieden.
- Keine Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt um den Pflichtteil des Kindes.
- Vermeidung von Streitigkeiten zwischen den Erben.

Handeln Sie rechtzeitig, solange Sie in der Lage sind, die entscheidenden Weichen für die Absicherung und Versorgung ihres Kindes mit Behinderung zu stellen!

Weitere Informationen:

www.bvkm.de; Rechtsratgeber Vererben zugunsten von Menschen mit Behinderung

www.bvkm.de; Rechtsratgeber Der Erbfall - Was ist zu tun?

https://www.hoffmann-gress.de/wp-content/uploads/2020/03/FachInfo_Behindertentestament_2020.pdf

Gesetzliche Betreuung

Mit dem 18. Geburtstag wird jeder Mensch volljährig – auch wenn eine Behinderung vorliegt! Mit der Volljährigkeit erlischt automatisch die elterliche Sorge, auch bei Jugendlichen mit Behinderung! Das bedeutet, dass ab diesem Zeitpunkt Entscheidungen von der volljährigen Person ohne die Zustimmung der Eltern getroffen werden können. Es bedeutet auch, dass die Eltern, wenn sie nicht über einen Betreuerausweis oder eine gültige Vollmacht verfügen, keine wirksamen Willenserklärungen, Unterschriften, Handlungsaufträge usw. stellvertretend für ihr volljähriges Kind abgeben dürfen!

Auch Menschen mit Behinderung werden erwachsen, müssen sich nach eigenen Wünschen entwickeln können und haben das Recht, sich von den Eltern zu lösen.

Mit Eintritt der Volljährigkeit erhält man jedoch nicht nur mehr Rechte. Die Volljährigkeit hat auch zur Folge, dass man sich nun selbst um seine eigenen Angelegenheiten kümmern muss und damit auch mehr Verantwortung trägt.

Ist der Volljährige z.B. aufgrund einer Behinderung (teilweise) nicht in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen und seine Angelegenheiten selbst zu regeln, so muss ein gesetzlicher Vertreter, in diesem Fall ein gesetzlicher Betreuer vom Vormundschaftsgericht bestellt werden. Das wiederum können z.B. die Eltern (einzeln oder auch gemeinsam) sein, aber auch eine andere Person. Entscheidend ist hier der Wille des Volljährigen. Die Eltern sind jedoch nicht verpflichtet, die Betreuung ihres volljährigen Kindes zu übernehmen!

Unter welchen Bedingungen kann ein Betreuer bestellt werden?

Das Vormundschaftsgericht kann für eine volljährige Person einen Betreuer bestellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. wenn eine psychische Krankheit, eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegt.
2. Sofern diese dazu führt, dass der Betroffene seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann.
3. Wenn diese Angelegenheiten durch einen Bevollmächtigten oder andere Hilfen ohne gesetzlichen Vertreter nicht genauso gut besorgt werden können.

Wie bekommt man einen Betreuer?

Die Betreuung muss beim Vormundschaftsgericht des zu Betreuenden angeregt werden. Die Anregung einer Betreuung kann durch jede Person erfolgen (z.B. durch den Betroffenen selbst, durch die Eltern, die Werkstattmitarbeiter, den Arzt, die Behörde). Ob eine Betreuung tatsächlich notwendig ist, und in welchem Umfang, entscheidet der Vormundschaftsrichter.

Dazu holt sich der Richter ein Sachverständigengutachten ein, d. h. der Betroffene wird z. B. vom Gesundheitsamt eingeladen und dort untersucht. Außerdem spricht der Richter persönlich mit dem Betroffenen. Er versucht herauszufinden, wo, bzw. in welchem Umfang der Betroffene Unterstützung durch einen Betreuer benötigt und wen er sich als Betreuer wünscht. Das Vormundschaftsgericht kann die Betreuungsstelle beauftragen, einen Sozialbericht zu erstellen. Der Mitarbeiter der Betreuungsstelle wird in diesem Fall ein Gespräch mit dem Betroffenen und den Familienangehörigen führen.

Wer kann Betreuer werden, bzw. wer wählt den Betreuer aus?

Jeder Volljährige, der sich bereit erklärt und in der Lage dazu ist, kann gesetzlicher Betreuer werden. Es gibt ehrenamtliche Betreuer (z. B. aus der Familie, aus dem Bekanntenkreis oder andere engagierte Mitmenschen) und Berufsbetreuer. Daneben können auch Mitarbeiter aus Betreuungsvereinen oder von Betreuungsbehörden zu Betreuern bestellt werden. Mitarbeiter aus der Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder aus dem Wohnheim, in dem der Betroffene lebt, dürfen jedoch nicht zum Betreuer bestellt werden!

Der zu Betreuende hat das Recht einen Betreuer vorzuschlagen. Der Richter muss diesem Vorschlag zustimmen, wenn es dem Betroffenen nicht schadet und der Vorgeschlagene geeignet und bereit ist, die Betreuung zu übernehmen.

Macht der Betroffene keinen Vorschlag, so sind bei der Betreuerauswahl die familiären und persönlichen Bindungen des Betroffenen zu berücksichtigen. Sie stellen jedoch keinen absoluten Vorrang dar. Alleine entscheidend sind die Wünsche und das Wohl des zu Betreuenden! Auch Eltern haben nicht das automatische Recht, zu Betreuern ihrer volljährigen Kinder bestellt zu werden. Sie haben jedoch auch nicht die Pflicht, die Betreuung zu übernehmen.

Wenn der Betreute mit seinem Betreuer nicht zufrieden ist, kann er beim Vormundschaftsgericht

einen anderen Betreuer beantragen. Er muss dies aber begründen!

Der Betreute hat jederzeit das Recht, Anträge beim Vormundschaftsgericht zu stellen, bzw. Beschwerde einzureichen. In seinem Aufgabenkreis vertritt der Betreuer den Betreuten gerichtlich und außergerichtlich.

Die Aufgaben des Betreuers

Der Betreuer wird zur Unterstützung des Betroffenen bestellt.

Der Betreuer ist laut Gesetz verpflichtet, nach dem Willen und zum Wohl des Betroffenen zu handeln.

Wichtige Entscheidungen muss er vorher mit dem Betreuten besprechen.

Ein Betreuer darf den zu Betreuenden nicht bevormunden! Der Betreute kann trotz Betreuung in allen Bereichen eigene Entscheidungen treffen und seine Angelegenheiten selbst regeln, soweit er dazu in der Lage ist und solange er sich dadurch nicht selbst schadet.

Die Bestellung eines Betreuers sagt nichts über die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen aus.

Einem Betreuten ist es nicht automatisch untersagt, zu wählen, zu heiraten oder ein Testament zu machen. Ob die Voraussetzungen dazu gegeben sind, muss im Bedarfsfall gesondert festgestellt werden.

Aufgabenkreise einer Betreuung

Für alle Bereiche des Betreuungsrechtes gilt der Grundsatz der Erforderlichkeit. Der Umfang der Betreuung darf nur für diejenigen Aufgaben bzw. Aufgabenkreise erledigt werden, die das Vormundschaftsgericht festgelegt hat.

Aus den Aufgabenkreisen ergeben sich die konkreten Betreuerpflichten. Diese werden in den Betreuerausweis aufgenommen.

Wichtige Aufgabenkreise sind:

- Gesundheitssorge
- Vermögenssorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Wohnungsangelegenheiten
- Vertretung gegenüber Behörden
- Entscheidung über den Fernmeldeverkehr des Betroffenen und über die Entgegennahme, das Öffnen und Anhalten der Post

Beratung zum Betreuungsrecht

Beratung zum Betreuungsrecht erhalten Sie kostenlos bei Ihrer örtlich zuständigen Betreuungsstelle oder dem Vormundschaftsgericht.

Betreuungsstelle der Stadt Bamberg,
Obere Brücke 1, 96047 Bamberg, Tel. 0951/87-1550

Betreuungsstelle des Landkreis Bamberg, Ludwigstr.
23, 96052 Bamberg, Tel. 0951/85-542

Amtsgericht – Betreuungsgericht
Synagogenplatz 1, 96049 Bamberg, Tel. 0951/8330

Kostenlose Infobroschüre: Betreuungsrecht
Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht
Bundesministerium der Justiz

<https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/betreuungsrecht-735730>

Bürgertelefone

„Bayern Direkt“ - die Servicestelle der Bayerischen Staatsregierung

„Bayern Direkt“ ist ein Informationsservice für die Bürgerinnen und Bürger Bayerns und Ihr persönlicher Lotse im staatlichen Informationsangebot. „Bayern Direkt“ erteilt Informationen zu Behörden und zuständigen Stellen der Bayerischen Staatsregierung.

Die Servicestelle erreichen Sie per E-Mail oder telefonisch von Montag bis Donnerstag von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr sowie freitags von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr.

Telefon: 089 12 22 20

E-Mail: direkt@bayern.de

Internet: www.bayern.de

<https://www.bayern.de/buergerservice/kontakt/>

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit

Das Bürgertelefon vermittelt gesetzliche Grundlagen und klärt über mögliche gesetzliche Ansprüche auf. Außerdem können individuelle Probleme erörtert und Anregungen aufgenommen werden. Zudem vermittelt das Bürgertelefon Adressen und Ansprechpartner.

Die Beratungstelefone des Bundesministeriums für Gesundheit sind von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr zu erreichen.

- Bürgertelefon zur Krankenversicherung: 030 / 340 60 66 01
- Bürgertelefon zur Pflegeversicherung: 030 / 340 60 66 02
- Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention: 030 / 340 60 66 03

Des Weiteren bietet das Bundesministerium für Gesundheit einen Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte (Schreibtelefon) an.

- Fax: 030 / 340 60 66 07
- E-Mail: info.deaf@bmg.bund.de und info.gehoerlos@bmg.bund.de

Das Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon ist unter 030 / 340 60 66 08 zu erreichen. Das Gebärdentelefon Video over IP können Sie über folgende Adresse kontaktieren: gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice-bund.de.

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)

Sie haben konkrete Fragen zu Themen wie Behinderung, Rente, Minijobs oder anderen Aufgabenbereichen des Ministeriums? Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist von Montag bis Donnerstag zwischen 8.00 und 20.00 Uhr für Sie erreichbar. Für jeden Themenbereich gibt es spezielle Durchwahl-Nummern, so haben Sie schneller eine Expertin oder einen Experten am Apparat, der Ihnen weiterhelfen kann.

- Thema Rente: 030 221 911 001
- Thema Unfallversicherung und Ehrenamt: 030 221 911 002
- Thema Arbeitsmarktpolitik und -förderung: 030 221 911 003
- Thema Arbeitsrecht: 030 221 911 004
- Thema Mindestlohn: 030 60 28 00 28
- Thema Teilzeit und Minijobs: 030 221 911 005
- Thema Behinderung: 030 221 911 006
- Thema Europäischer Sozialfonds: 030 221 911 007
- Thema Mitarbeiterkapitalbeteiligung: 030 221 911 008
- Thema Bildungspaket: 030 221 911 009

Bürgertelefon Deutsche Rentenversicherung (DRV)

Das Team vom kostenlosen Bürgertelefon hilft Ihnen, sich im Dschungel des Rentenrechts zurechtzufinden. Die Rentenexperten am heißen Draht beantworten seit mehr als 20 Jahren alle Fragen zur Rente.

Sie erreichen das Bürgertelefon unter der Nummer 0800 10004800

Montag bis Donnerstag von 7:30 bis 19:30 Uhr und Freitag von 7:30 bis 15:30 Uhr

Bürgertelefon der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung

Montag bis Donnerstag 8.00-20.00 Uhr

Telefon 01805/676715

Einsatz von Vermögen von Beschäftigten in der WfbM

Bei Menschen mit Behinderung die in einer WfbM arbeiten und z.B. durch Erbschaft vermögend werden, greift der Bezirk nicht auf das Vermögen zurück. Die Höhe des Vermögens spielt keine Rolle. Allerdings müssen vermögende Werkstattmitarbeiter das Mittagessen selbst bezahlen.

Nach dem Tod des Menschen mit Behinderung greift der Bezirk allerdings als Aufwandserstattung auf das Nachlassvermögen zurück.

Wichtig: Sobald der vermögende Mensch mit Behinderung Sozialhilfeleistungen (Grundsicherung) beansprucht, wird auf das Vermögen bis zum Betrag von 5000 € zurückgegriffen.

Vor der Erbschaft sollte daher von den Eltern auf jeden Fall ein sogenanntes „Behindertentestament“ gemacht werden.

Erwerbsminderungsrente

Wenn sich gesundheitliche Einschränkungen nicht beseitigen lassen oder eine Umschulungsmaßnahme nicht greift, wird der Verlust der Erwerbsfähigkeit durch eine Zahlung aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeglichen.

Feststellung der Leistungsfähigkeit

Durch einen Arzt der Rentenversicherungsträger wird festgestellt, wie viele Stunden am Tag mit der Krankheit oder Behinderung noch gearbeitet werden können. Bei seiner Einschätzung geht der Mediziner von einem üblichen Arbeitsverhältnis im Rahmen einer 5-Tage-Woche aus. Er prüft die Leistungsfähigkeit nicht nur im bisher ausgeübten Beruf, sondern auch in anderen Tätigkeiten, die auf dem Arbeitsmarkt angeboten werden.

Voraussetzungen für einen Rentenanspruch

Um eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragen zu können, muss man der gesetzlichen Rentenversicherung mindestens fünf Jahre lang angehört haben. In den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens 36 Monate Pflichtbeiträge vorliegen.

Von dieser Regel gibt es aber Ausnahmen, z. B. zu Gunsten von Menschen mit Behinderung (siehe „Rente bei Beschäftigung in der WfbM“) und Versicherten, die durch einen Arbeitsunfall erwerbsgemindert wurden.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Eine volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auf nicht absehbare Zeit nur noch weniger als 3 Stunden täglich im Rahmen einer 5-Tage-Woche erwerbstätig sein können.

Voll erwerbsgemindert sind auch Menschen mit Behinderung, die z. B. in Werkstätten versicherungspflichtig tätig sind und wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt tätig sein können.

Dies gilt auch für Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, während der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit nur noch 3 bis unter 6 Stunden täglich im Rahmen einer 5-Tage-Woche unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können.

Die Höhe der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt die Hälfte der Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Wie lange wird die Rente gewährt?

Die Rente wird in der Regel auf 3 Jahre befristet. Hat sich nach 3 Jahren der Gesundheitszustand nicht gebessert, kann die Rente verlängert werden. Ist nach insgesamt 9 Jahren keine Besserung eingetreten, wird eine unbefristete Rente gezahlt.

Menschen mit Behinderung, die eine Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben, bekommen eine unbefristete Rente.

Hinzuverdienst

Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung dürfen nur in begrenztem Umfang hinzuverdienen. Ein Hinzuverdienst von bis zu 6300 € im Jahr bleibt bei der vollen Erwerbsminderungsrente anrechnungsfrei (z. B. Lohn in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung).

Rentenberechnung

Wie hoch die volle oder halbe Erwerbsminderungsrente ausfällt, wird nach den gleichen Regeln errechnet wie die Altersrente. Grundlage für die Berechnung sind die während des bisherigen Berufslebens gezahlten Beiträge zur Rentenversicherung. Hinzu kommen auch Anrechnungszeiten (z. B. wegen Fachschulausbildung, Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit) und Berücksichtigungszeiten (z. B. wegen Kindererziehung).

Die Höhe der Rente bei Menschen mit Behinderung, die eine Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben, richtet sich nach einer fiktiven Bezugsgröße. Diese wird jedes Jahr neu ermittelt. Menschen mit Behinderung erhalten mind. 80 % der Bezugsgröße.

Rente bei Beschäftigung in der WfbM

Wird der Einstieg ins Berufsleben sofort mit der Aufnahme in eine WfbM gestaltet, müssen diese Menschen mit Behinderung die Wartezeit von 20 Jahren in der WfbM erfüllen und können dann die unbefristete Erwerbsminderungsrente erhalten.

Die Wartezeit von 20 Jahren beginnt mit der Zahlung der Beiträge. Entweder durch Pflichtversicherung durch Aufnahme der Tätigkeit in der Werkstatt oder durch freiwillige Versicherung.

Die Rente wird nach 20 Jahren nur nach Antrag gezahlt.

Erfolgt ein Eintritt in die Werkstatt für Menschen mit Behinderung (zeitgleich mit der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit) erst nach einer Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt, gilt folgende Regelung:

Vor Eintritt in die Werkstatt müssen 5 Jahre Mitgliedschaft in der Rentenversicherung vorliegen und mindestens 36 Monate Pflichtbeiträge vorliegen.

Liegt diese Vorversicherungszeit nicht vor, kann kein Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente mehr erworben werden. Auch die Regelung der Wartezeit von 20 Jahren gilt hier nicht mehr!

Wurde eine Ausbildung absolviert, gilt folgende Regelung: Die Wartezeit gilt als erfüllt, wenn vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung die volle Erwerbsminderung eintritt und in den letzten zwei Jahren vorher mindestens zwölf Pflichtbeiträge für eine versicherte Tätigkeit gezahlt wurden. Der Zeitraum von zwei Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres, längstens jedoch um sieben Jahre.

Bürgertelefon für weitere Fragen zum Thema Rente: 030 221 911 001

Weitere Infos zur Erwerbsminderungsrente

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html

Fahrdienst für Menschen mit Behinderung

Mit dem Ziel, Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, gewährt der Bezirk Oberfranken Menschen mit Behinderung, die Kostenübernahme eines Fahrdienstes.

Voraussetzung für die Beantragung ist ein gültiger Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „G, H und B“ und einem Grad der Behinderung von 100 oder ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“.

Der Berechtigte erhält entweder monatlich einen Betrag von bis zu 200,00 Euro mit monatlichem Nachweis der Kosten, oder einen monatlichen Sockelbetrag in Höhe von 40,00 Euro auf sein Konto.

Der Fahrdienst soll vor allem zur Förderung der Begegnung und des Umgangs von Menschen mit und ohne Behinderung, sowie zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen. Nicht gefördert werden Fahrten zu folgenden Einrichtungen: Arzt, Therapie, Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz, Fahrten ins Ausland.

Der Fahrdienst kann neben den professionellen Anbietern auch von Privatpersonen, Eltern und Geschwistern, durchgeführt werden.

Der Antrag auf Kostenübernahme, der eine Vermögensprüfung des Antragstellers mit Behinderung einschließt, erfolgt beim Bezirk Oberfranken und wird für ein Jahr genehmigt. Der Antragsteller darf nicht vermögend sein. Die Vermögensgrenze liegt seit 01.01.2017 bei 5000 €.

Eine Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger erfolgt nicht.

Nach Genehmigung erhält der Antragsteller monatlich 40 € bzw. 200 € auf sein Konto. Im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts wählt er den Beförderer (Lebenshilfe, Johanniter, Rotes Kreuz, Malteser, Taxi, Nachbarschaftshilfe, ...) selbst aus und wird dadurch in die Lage versetzt, seinen persönlichen Aktionsradius zusätzlich zu erweitern.

Der Antrag auf Kostenübernahme erfolgt bei Bezirk Oberfranken.

Bezirk Oberfranken
Cottenbacher Straße 23
95445 Bayreuth
Telefon: 0921 7846-0
Fax: 0921 7846-90

Das Antragsformular können Sie telefonisch oder schriftlich anfordern oder gleich unter folgendem Link ausdrucken.

<https://www.bezirk-oberfranken.de/fileadmin/downloads/Soziales2/Erwachsene/2-Antrag-Gewaehrung-Hilfe-67-68-SGB-XII.pdf>

Die genauen Bestimmungen des Bezirks Oberfranken zum Fahrdienst für Menschen mit Behinderung können Sie unter folgendem Link einsehen.

<https://www.bezirk-oberfranken.de/fileadmin/downloads/Soziales2/Merkblaetter/20-Richtlinie-Fahrdienst-behinderte-Menschen-int.pdf>

GEZ Rundfunkgebühren

Die Gebühren werden zukünftig pro Wohnung berechnet und sind nicht mehr geräteabhängig. Unter einer Wohnung sind auch Wohn- und Pflegeheime für Menschen mit Behinderung zu sehen. Wohnen mehrere Familienmitglieder oder Mitglieder einer Wohngemeinschaft in einer gemeinsamen Wohnung, muss der Beitrag nur von einer Person gezahlt werden. Wohnt z. B. eine Person mit Behinderung gemeinsam mit den Eltern in einem Haushalt, muss trotzdem der Höchstsatz für den Haushalt gezahlt werden. Die Ermäßigung für Menschen mit Behinderung gilt hier nicht. Es spielt auch keine Rolle, ob das Rundfunkangebot tatsächlich genutzt wird.

Der Beitrag beträgt 17,50 € im Monat.

Ermäßigter Beitrag von 5,83 € für folgende Personen:

- Menschen mit Behinderung (deren Grad der Behinderung mind. 80 % beträgt und die nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können)
- Blinde Menschen
- Menschen mit Sehbehinderungen (Grad der Behinderung mind. 60 % nur aufgrund der Sehbehinderung)
- Menschen mit Hörschädigungen (wenn diese gehörlos sind, oder sich trotz Hörhilfen nicht ausreichend verständigen können)

Befreit von der Rundfunkgebührenpflicht sind:

- Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld (einschließlich Leistungen nach § 22 Sozialgesetzbuch (SGB) II)
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (3. Kapitel) sowie nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (§§ 27a oder 27d)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Blindenhilfe (§ 72 SGB XII sowie nach § 27d BVG)
- Pflegegeld nach landesgesetzlichen Vorschriften
- Pflegezulagen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) (§ 267 Abs. 1)
- Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (7. Kapitel) oder Hilfe zur Pflege als Leistung der Kriegsopferfürsorge nach dem BVG

Befreien lassen können sich außerdem:

- Personen, denen wegen Pflegebedürftigkeit ein Freibetrag zuerkannt wird (§ 267 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe c LAG)
- Volljährige, die im Rahmen einer Leistungsgewährung in einer stationären Einrichtung leben (§ 45 SGB VIII)

Die Antragsformulare für die Befreiung von der Rundfunkgebühr gibt es bei den Stadt- und Gemeindeverwaltungen sowie im Internet unter:

https://www.rundfunkbeitrag.de/buergerinnen_und_buerger/formulare/befreiung_oder_ermaessigung_beantragen/index.html?highlight=erm%C3%A4%C3%9Figung%3F%20erm%C3%A4%C3%9Figung%20formular

Merkblatt zur Befreiung und Ermäßigung des Rundfunkbeitrags

https://www.rundfunkbeitrag.de/e175/e218/Merkblatt_Befreiung_und_Ermaessigung.pdf

Grundsicherung bei Erwerbsminderung

Wer ist anspruchsberechtigt?

Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf Grundsicherung nach dem SGB XII, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage voll und dauerhaft erwerbsgemindert sind. Zum anspruchsberechtigten Personenkreis können insbesondere auch die Beschäftigten der Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) gehören, da diese für die Dauer ihrer Tätigkeit in der WfbM als voll erwerbsgemindert gelten.

Anspruchsberechtigt sind auch Menschen mit Behinderung, die eine Tagesförderstätte oder eine Fördergruppe einer WfbM besuchen.

Anspruch auf Leistungen haben die Antragsberechtigten aber nur, wenn sie bedürftig sind, also ihren Lebensunterhalt nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen sicherstellen können. Erzielt ein Mensch mit Behinderung Einkünfte, aus denen er zumindest teilweise seinen Lebensunterhalt bestreiten kann, so wird die Grundsicherung als Aufstockung zu dem bereits vorhandenen Einkommen geleistet. Bei der Prüfung der Bedürftigkeit ist ferner das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten und des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft zu berücksichtigen. Für den Einsatz des Einkommens und Vermögens gelten die Vorschriften des 12. Sozialgesetzbuches (SGB XII).

Im Rahmen der Grundsicherung werden Unterhaltsansprüche der Antragsberechtigten gegenüber ihren Kindern und Eltern nicht berücksichtigt. Es sei denn, dass jährliche Gesamteinkommen dieser Personen überschreitet 100.000 €. Der Grundsicherungsträger darf die Einkommensverhältnisse der Eltern oder Kinder des Antragsberechtigten nur überprüfen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Überschreiten der Einkommensgrenze vorliegen.

Wie hoch ist der Regelsatz?

Der Regelsatz wird als monatlicher Pauschalbetrag für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat sowie persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens geleistet. Auch die Kosten für Haushaltsenergie (z.B. Strom zum Kochen oder für die Beleuchtung) sind Bestandteil des Regelsatzes und zählen nicht zu den Unterkunftskosten. Neu ist, dass Leistungen für die Erzeugung von Warmwasser gesondert erbracht werden.

Regelbedarfsstufe (RBS)	2021	ab 1. Januar 2022	Veränderung in Euro
RBS 1: Volljährige Alleinstehende	446	449	+3
RBS 2: Volljährige Partner	401	404	+3
RBS 3: SGB XII: Volljährige in Einrichtungen			
SGB II: 18 bis 24-Jährige im Elternhaus	357	360	+3
Kinder im Alter von			
RBS 4: 14 bis 17 Jahre	373	376	+3
RBS 5: 6 bis 13 Jahre	309	311	+2
RBS 6: 0 bis 5 Jahre	283	285	+2

Regelbedarfsstufe 1

erhalten alleinstehende erwachsene Personen, die einen eigenen Haushalt führen. Leben Menschen mit Behinderung im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens in einer Wohngemeinschaft, erhält jeder einzelne den Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1.

Regelbedarfsstufe 2

Für jeweils zwei erwachsene Leistungsberechtigte, die zum Beispiel als Ehegatten oder in eheähnlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führen.

Regelbedarfsstufe 3

Regelbedarfsstufe 3 erhalten erwachsene Leistungsberechtigte, die weder einen eigenen Haushalt führen, noch als Ehegatte oder in eheähnlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führen. Menschen mit Behinderung, die im Haushalt ihrer Eltern leben, steht nach der neuen Rechtslage somit der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 3 zu.

Welchen Umfang hat die Grundsicherung?

- den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz
- die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie zentrale Warmwasserversorgung (Wenn der Anspruchsberechtigte im Hause der Eltern wohnt, ist es sinnvoll einen Miet- oder Untermietsvertrag abzuschließen)
- Mehrbedarf von 2,3 Prozent der maßgebenden Regelbedarfsstufe soweit Warmwasser durch eine dezentrale Wassererzeugung, (z.B. Elektroboiler) erzeugt wird
- die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen
- einen Mehrbedarf von 17 % des maßgebenden Regelsatzes bei Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“
- einen angemessenen Mehrbedarf für Menschen, wenn diese eine spezielle Ernährung benötigen.
- einen Mehrbedarf für werdende Mütter
- einen Mehrbedarf für alleinerziehende Elternteile, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammen leben
- Bedarfe für Bildung und Teilhabe (Klassenfahrten, Mittagessen, Schulbedarf,...)

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

- die Erstausstattung einer Wohnung einschließlich der Haushaltsgeräte
- die Erstausstattung für Bekleidung
- die Erstausstattung bei Schwangerschaft und Geburt
- die Anschaffung und Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten.

Menschen mit Behinderung, die in vollstationären Einrichtungen leben und dort Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten, haben, wenn sie dauerhaft voll erwerbsgemindert und bedürftig sind, ebenfalls einen Anspruch auf Grundsicherung.

Muss eigenes Einkommen oder Vermögen für den Lebensunterhalt verwendet werden?

Ja. Grundsicherungsleistungen erhalten Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können. Das Einkommen und Vermögen der Eltern wird nicht angerechnet.

Zum Einkommen gehören z. B.:

- Erwerbseinkommen (das Einkommen aus einer WfbM darf nicht in voller Höhe angerechnet werden)
- Renten, Pensionen
- Wohngeld, Ehegattenunterhalt
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung
- Zinsen und sonstige Kapitaleinkünfte

Zum Einkommen gehören nicht:

- Kindergeld
- das Ausbildungsgeld einer WfbM
- Pflegegeld
- Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Riesterreente
- Zusätzliches Altersvorsorgevermögen, soweit eine Auszahlung als monatliche oder als sonstige regelmäßige Leistung erfolgt (ab 01.01.2018)

Zum Vermögen gehören z. B.:

- Haus- und Grundvermögen
- Auto (allerdings ist hierbei nicht entscheidend, wer der Halter ist, also im Fahrzeugbrief steht, sondern wer Eigentümer ist, was z.B. durch Kaufvertrag nachgewiesen werden kann)
- Bargeld und Guthaben auf Konten bei Banken, Sparkassen, Bausparkassen u.a.
- Wertpapiere und Rückkaufwerte von Lebens- und Sterbeversicherungen

Zum Vermögen gehören nicht:

- angemessener Hausrat
- angemessenes Hausgrundstück
- Kleinere Barbeträge (bis 5000 €, bei Ehepaaren stehen jedem 5000 € zu)

Abschluss von Mietverträgen

Erhalten die Eltern selbst keine Sozialleistungen, sind Kosten für die Unterkunft, die Heizung und die Warmwasserversorgung des grundsicherungsberechtigten Kindes nach der jüngeren Rechtsprechung des BSG nur dann zu übernehmen, wenn die Eltern mit ihrem Kind einen Miet- bzw. Untermietvertrag geschlossen haben. Der Mietvertrag muss ernsthaft gewollt sein. Es muss also nachweisbar sein, dass der vereinbarte Mietzins tatsächlich gezahlt wird. Ist dies der Fall, übernimmt das Sozialamt die vertraglich vereinbarte Miete nebst Nebenkosten, soweit deren Höhe angemessen ist. Sind die Eltern rechtliche Betreuer ihres Kindes mit Behinderung, muss für den Abschluss des Vertrages ein Ergänzungsbetreuer bestellt werden. Mieteinnahmen der Eltern sind Einkünfte, die bei der Einkommensteuererklärung anzugeben sind. Muster für Miet- bzw. Untermietverträge gibt es in gut sortierten Schreibwarenläden.

Wie wirken sich Unterhaltszahlungen eines Elternteils aus?

Leistet ein Elternteil seinem grundsicherungsberechtigten Kind Unterhalt z.B. weil die Eltern geschieden sind und der Vater zur Zahlung von Unterhalt verurteilt wurde – handelt es sich hierbei um Einkommen des Grundsicherungsberechtigten. Diese Unterhaltszahlung wird bedarfsmindernd auf die Grundsicherung angerechnet. Grundsicherungsberechtigte profitieren also im Ergebnis nicht von solchen Unterhaltszahlungen. Der Unterhaltsschuldner – also z.B. der geschiedene Vater – darf seine Unterhaltszahlungen einstellen und das grundsicherungsberechtigte Kind darauf verweisen, dass es stattdessen Leistungen der Grundsicherung in Anspruch nehmen muss. Bestehende Unterhaltstitel müssen in diesem Fall vom Familiengericht aufgehoben werden.

Anrechnung des Werkstatteinkommens

Das Werkstatteinkommen (ab dem Arbeitsbereich) wird nicht in voller Höhe auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung angerechnet. Nicht als Einkommen berücksichtigt werden:

Sozialversicherungsbeiträge

Arbeitsmittelpauschale i.H.v. 5,20 €

Arbeitsförderungsgeld i.H.v. 52 €

Freibetrag i.H.v. 56,13 € (= 12,5 % der Regelbedarfsstufe 1)

50 % des den Freibetrag übersteigenden Entgelts

Ausführliche Informationen im Merkblatt Grundsicherung nach dem SGB XII für Menschen mit Behinderungen des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen unter

bvkm.de/produkt/merkblatt-zur-grundsicherung

Wer hilft weiter? Informationen geben die WfbM vor Ort, die unabhängige Teilhabeberatung, die zuständige Agentur für Arbeit und die Integrationsfachdienste

Wird das Ausbildungsgeld angerechnet?

Das Ausbildungsgeld beträgt unabhängig von Wohnsituation, Alter, Familienstand und Einkommen des Menschen mit Behinderungen, dessen Eltern oder Ehepartners:

119 € monatlich

Es wird keinerlei Einkommen auf das Ausbildungsgeld angerechnet.

Das Ausbildungsgeld, das während dem Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einem anderen Leistungsanbieter bezahlt wird, darf nicht auf die Grundsicherung angerechnet werden.

Wer hilft weiter?

Agentur für Arbeit, Integrationsamt sowie Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Thema Behinderung, Telefon 030 221911-006, Mo–Do, 8–20 Uhr

Erwerbsminderung im Berufsbildungsbereich

Durch das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene Angehörigen-Entlastungsgesetz wurde gesetzlich klargestellt, dass Menschen mit Behinderung, die den Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer WfbM durchlaufen, Anspruch auf Grundsicherung haben. Bis zu dieser Klarstellung war in diesen Fällen die Frage der Grundsicherungsberechtigung aufgrund einer am 1. Juli 2017 in Kraft getretenen Gesetzesänderung sehr umstritten gewesen.

Musterwiderspruch Berufsbildungsbereich

<https://bvkm.de/ratgeber/grundsicherung/>

Was passiert im Falle einer Erbschaft?

Grundsicherungsberechtigte müssen Vermögen, das ihnen aufgrund einer Erbschaft zufällt, zur Deckung ihres Grundsicherungsbedarfs einsetzen. Sie verlieren also ihren Anspruch auf Grundsicherung, bis ihr Vermögen mit Ausnahme des geschützten Betrages von 5000 € aufgebraucht ist. Im Ergebnis hat ein Grundsicherungsberechtigter, der Leistungen der Sozialhilfe bezieht, also von einer Erbschaft keinen nachhaltigen Nutzen. Persönliche Wünsche und Bedürfnisse, die über die sozialhilferechtliche Versorgung nicht abgedeckt werden, wie Hobbys oder bestimmte medizinische Leistungen, können aus dem Nachlass nicht finanziert werden, weil dieser für den Grundsicherungsbedarf aufzubreuchen ist.

Wichtiger Hinweis: Eltern, die ihren Kindern mit Behinderung materiellen Nutzen aus einer Erbschaft zukommen lassen wollen, sollten rechtzeitig über die Errichtung eines sogenannten Behindertentestaments nachdenken. Ein solches Testament verhindert den Zugriff des Sozialamts auf die Erbschaft und ermöglicht finanzielle Zuwendungen an das Kind.

Weitere Infos zum Behindertentestament finden Sie hier.

„Das Behindertentestament“ auf Seite 7

Abzweigung des Kindergeldes

Der Bundesfinanzhof hat mit einem Urteil am 18.04.2013 entschieden, dass die Abzweigung von Kindergeld grundsätzlich unzulässig ist, wenn der Grundsicherungsberechtigte im Haushalt der Eltern lebt. Dann sei davon auszugehen, dass die Eltern Aufwendungen in erheblichem Umfang für das Kind mit Behinderung erbringen mit der Folge, dass eine Abzweigung des Kindergeldes ausgeschlossen ist. Eltern sollten sich daher unbedingt gegen eine Abzweigung des Kindergeldes zur Wehr setzen und Einspruch einlegen. Zur Begründung kann jetzt auf das Urteil des BFH vom 18.04.2013, Az. V R 48/11, verwiesen werden.

Art und Höhe von monatlichen Aufwendungen für ihre Kinder müssen im Regelfall nicht mehr nachweisen werden. Die Anwendung dieses Urteils ist nur dann ausnahmsweise ausgeschlossen, wenn die Eltern selbst Sozialhilfeleistungen wie Arbeitslosengeld 2 oder Grundsicherung beziehen.

Auch wenn grundsicherungsberechtigte Kinder nicht bei den Eltern leben, also z. B. in einer ambulant betreuten Wohnung oder in einer Wohneinrichtung, müssten Eltern weiterhin – sofern dies von der Familienkasse gefordert werden sollte - entstandene Aufwendungen nachweisen, um eine Abzweigung des Kindergeldes zu verhindern.

Musterwiderrspruch

<https://bvkm.de/ratgeber/grundsicherung/>

Wo und wann sind die Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz zu beantragen?

Die Grundsicherung wird nur auf Antrag gewährt. Der Antrag auf Leistungen der Grundsicherung kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden.

Amt für soziale Angelegenheiten

Stadt Bamberg

Rathaus Geyerswörth

Geyerswörthstraße 1

96047 Bamberg

Telefon: 0951 87-1498

Fax: 0951 87-1516

Landkreis Bamberg

Grundsicherung

Ludwigstraße 23

96052 Bamberg

Telefon: 0951 85-134

Fax: 0951 85-8134

Weiterführende Informationen zum Bezug der Grundsicherung während der beruflichen Bildung und Sonderregelungen wegen Covid 19 finden Sie in folgendem Ratgeber des BVKM:

Merkblatt zur Grundsicherung

<http://bvkm.de/publikationen/merkblatt-zur-grundsicherung/>

Bürgertelefon für Menschen mit Behinderung 030/22191006

Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es

https://bvkm.de/wp-content/uploads/2019/08/2020_mein-kind-ist-behindert_final.pdf

Kindergeld für volljährige Menschen mit Behinderung

Für ein Kind mit Behinderung kann Kindergeld ohne altersmäßige Begrenzung bezogen werden, das heißt auch über das 25. Lebensjahr des Kindes hinaus.

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen nachgewiesen werden:

- Es liegt eine Behinderung vor.
- Das Kind ist außerstande, sich selbst zu unterhalten.
- Aufgrund der Behinderung ist das Kind nicht in der Lage, seinen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten (Ursächlichkeit).
- Die Behinderung und die Ursächlichkeit sind schon vor Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes eingetreten.

Das Kindergeld beträgt seit dem 01.01.2021:

219 Euro im Monat für das erste und zweite Kind,

225 Euro für das dritte Kind und

250 Euro für jedes weitere Kind

Das Kindergeld ist grundsätzlich eine Leistung an die Eltern eines Kindes mit Behinderung, nicht an die Person mit Behinderung selbst. Bezugsberechtigt sind also die Eltern. Neben diesen können auch Geschwisterkinder, die nach dem Tod beider Elternteile das Geschwisterkind mit Behinderung betreuen, sowie Pflegeeltern, Kindergeld beziehen.

Kein Kindergeldanspruch besteht, wenn die Einkünfte und Bezüge des Kindes seinen notwendigen Lebensbedarf überschreiten.

Einkünfte und Bezüge für den notwendigen Lebensunterhalt

Folgende Einnahmen sowie Ausgaben sind nach dem Zufluss-/ Abflussprinzip zur Ermittlung des notwendigen Lebensunterhalts bei behinderten, volljährigen Kindern für das Kindergeld maßgeblich:

Einkommen und Bezüge

- alle steuerpflichtigen Einkommen im Sinne des EStG abzüglich Werbungskosten bzw. Betriebsausgaben. Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit kann der Arbeitnehmerpauschbetrag von 1.000 Euro nach § 9a EStG abgezogen werden, wenn keine höheren Werbungskosten nachgewiesen werden.
- Sachbezüge nach der Sachbezugsverordnung
- Alle steuerfreien Einnahmen, hierzu zählen Sozialleistungen, Renten (z.B. Erwerbsminderungs- sowie Hinterbliebenenrente, Unfallrenten etc.)
- Pflegegeld (abzüglich 180 Euro Kostenpauschale)
- Versorgungsleistungen anderer Versorgungsträger
- Unterhaltsleistungen
- Steuererstattungen, die im betreffenden Jahr zurückgezahlt wurden

Abziehen von den Einkünften und Bezügen

- tatsächlich abgeführte Steuern (auch Vorauszahlungen, Steuerabzugsbeträge)
- Vorsorgeaufwendungen, z.B. Beiträge in die gesetzliche Sozialversicherung, Beitrag zur Basis-Kranken- sowie Pflegepflichtversicherung

Vermögen eines volljährigen, Kindes mit Behinderung wird beim Kindergeld **nicht berücksichtigt**.

Allerdings sind die Einnahmen aus dem Vermögen, z.B. Zinsen, Miete oder Pacht etc. als Einkommen anzusehen. Sollten die Einkünfte und Bezüge des Kindes die Einkommensgrenze von 9.408 Euro (ab 01.01.2020) im Kalenderjahr nicht überschreiten, so kann die zuständige Familienkasse davon ausgehen, dass das Kind mit Behinderung nicht selbst unterhaltsfähig ist.

Individueller behinderungsbedingter Mehrbedarf

Zusätzlich zum notwendigen Lebensunterhalt muss die Familienkasse einen individuellen behinderungsbedingten Mehrbedarf berücksichtigen, der vom Einzelfall abhängig ist und die Einkommensgrenze nach oben verschiebt.

Der behinderungsbedingte Mehrbedarf wird gewährt, sofern Kosten entstehen, die bei der vorliegenden Erkrankung üblich und typisch sind. Dabei besteht dieser Mehrbedarf aus mehreren Bestandteilen und richtet sich auch zudem danach, wie das volljährige behinderte Kind untergebracht ist.

Weitere Informationen

Bundesagentur für Arbeit: Kindergeld – Welche Regelungen gelten speziell für behinderte Kinder?
<https://www.arbeitsagentur.de/familie-und-kinder/kindergeld-fuer-kinder-mit-behinderung>

<https://www.kindergeld.info/behinderte-kinder.html>

Folgeansprüche durch den Kindergeldbezug

Folgeansprüche durch das Kindergeld machen sich beispielsweise auf den Lohnsteuerkarten der Eltern bemerkbar, indem der Kinderfreibetrag berücksichtigt wird. Auch bei Finanzierungen und Wohnraumförderungen werden Kinder mit einbezogen. Weiterhin wird in Punkto Altersvorsorge das Kind bei der Zulage für die Riester Rente berücksichtigt und Beamte können z.B. eine Beihilfeberechtigung aus der Beamtenversorgung erhalten. Erhalten Eltern Kindergeld für ihr volljähriges Kind mit Behinderung, so kann auch der Behinderten-Pauschbetrag vom Kind auf die Eltern übertragen werden, der sich steuermindernd bei den Eltern auswirkt.

Abzweigung des Kindergeldes an das Sozialamt

Sind die Eltern kindergeldberechtigt und das Kind bezieht Leistungen zur Grundsicherung durch das Sozialamt, kann es zur Abzweigung kommen. In diesen Fällen können auch die Sozialämter die Abzweigung des Kindergeldes direkt bei der Familienkasse beantragen, so dass die Auszahlung des Kindergeldes direkt an das Sozialamt erfolgt.

Allerdings obliegt diese Abzweigung im Ermessen der Familienkasse. Sie kann das Kindergeld an das Sozialamt abzweigen, muss es aber nicht. In der Regel wird die Familienkasse das Kindergeld für ein Kind mit Behinderung nicht an das Sozialamt abzweigen, wenn die Eltern Aufwendungen für das volljährige Kind mit Behinderung haben, die mindestens der Höhe des ausgezahlten Kindergeldes entsprechen. Diese Aufwendungen müssen bei den Eltern tatsächlich durch die Betreuung und Pflege des Kindes entstehen und sind der Familienkasse glaubhaft zu machen. Einen Musterwiderspruch und genauere Informationen gibt es in der Rechtsinformation des Landesverbandes der Lebenshilfe Bayern.

Rechtsinformation des Lebenshilfe Landesverband Bayern zur Abzweigung des Kindergeldes
https://www.lebenshilfe-bayern.de/fileadmin/user_upload/07_lbs/rechtsinfos/lhlvbayern_lbs_rechtsinfos_kindergeld_jul14.pdf

Leistungen der Krankenversicherung

Kinder sind grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr über die Familienversicherung versichert. Ist ein Kind aufgrund einer Behinderung außerstande sich selbst zu unterhalten, besteht die Familienversicherung ohne Altersgrenze. Voraussetzung ist, dass bei Eintritt der Behinderung bereits eine Familienversicherung vorlag. Bei einer Tätigkeit z. B. in einer WfbM, muss sich die Person selbst versichern.

Befreiungsmöglichkeiten von der Zuzahlung

Befreiung besteht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Sonst nur bis zu einer Belastungsgrenze: 2% des jährlichen Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken 1%.

Empfänger von Grundsicherung und bei Heimunterbringung beträgt die Zuzahlung 2% des aktuellen Bedarfsregelsatzes der Stufe 1. Die Zuzahlungsgrenze beläuft sich also für Bezieher von Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege auf 107,04 Euro. Für chronisch Kranke sind es nur 53 Euro und 52 Cent.

(Stand 01.01.2022)

Arzneimittel

Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche unter 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen erhalten alle Arzneimittel auf Rezept zuzahlungsfrei.

Heilmittel

Therapien (z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie)

Höhe der Zuzahlung: 10 % der Kosten, die von der Krankenkasse übernommen werden, zuzüglich 10 € je Verordnung. Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche unter 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen sind zuzahlungsfrei.

Eine Langfristige Verordnung für Patienten, die einen dauerhaften therapeutischen Behandlungsbedarf haben, ist möglich.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind nur dann erstattungsfähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen.

Erforderlich ist ein Hilfsmittel, das die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein sogenanntes Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft (Gehen, Stehen, Greifen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Körperpflege, Wohnen); auch die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraumes, die auch die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen Personen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens (z. B. Schulwissen) umfasst.

Die Versorgung umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch.

Bei orthopädische Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe und Sehhilfen übernimmt die Krankenkasse nur noch Festbeträge. Mehrkosten müssen selbst getragen werden.

Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel: für den Monatsbedarf je Erkrankung auf 10,00 € beschränkt.

Sehhilfen, Brillen

Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbehinderte Erwachsene erhalten einen Zuschuss für eine Brille; nicht für das Brillengestell.

Über Eingliederungshilfe können Bezieher von Sozialhilfe einen Zuschuss für ihre Brille erhalten, wenn die Brille der Teilhabe an der Gemeinschaft dient.

Therapierad, Reha-Buggy

Ein Therapierad wird in der Regel nur dann genehmigt, wenn es zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dient, oder zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung. (z. B. Verlust der Gehfähigkeit).

Anspruch auf digitale hochwertige Hörgeräte (ohne Bindung an Festpreise)

Auf Grundlage der bisher geltenden Festbeträge ist eine ausreichende Hörgeräteversorgung entsprechend dem aktuellen Stand der Technik nicht möglich. Es müssen hohe Zuzahlungen geleistet werden. Nach einem Urteil des BSG müssen 100 % der Hörgeräteversorgung von der Krankenkasse übernommen werden. Deshalb sollten gegen ablehnende Entscheidungen Widerspruch eingelegt werden.

Hilfsmittel im Zusammenhang mit dem Besuch der Schule

- Wenn ein Schüler auf Grund einer Krankheit oder Behinderung ein – von der Schule nicht vorzuhaltendes – Hilfsmittel benötigt, um am Unterricht in der Schule erfolgreich teilzunehmen bzw. die Hausaufgaben erledigen zu können.
- Nur so lange der Schüler noch der allgemeinen Schulpflicht unterliegt.
- Nicht für weiterführende Schulen und Studium (hier Eingliederungshilfe)

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

- Anspruch des berufstätigen Elternteils auf Kinderkrankengeld und Freistellung von der Arbeit.
- Eine ärztliche Bescheinigung, dass ein krankes Kind beaufsichtigt, betreut und gepflegt werden muss, diese Aufgabe von keiner anderen im Haushalt lebenden Person übernommen werden kann und das kranke Kind unter 12 Jahre alt ist, ist notwendig. Die Altersgrenze gilt nicht, wenn das Kind eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.
- Höchstbezugsdauer 10 Arbeitstage pro Jahr und pro Kind, höchstens jedoch 25 Arbeitstage bei mehreren Kindern
- Bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage pro Jahr pro Kind, höchstens jedoch 50 Arbeitstage

Begleitperson im Krankenhaus

Bei der Aufnahme eines Kindes oder Erwachsenen mit Behinderung in das Krankenhaus übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die gleichzeitige Aufnahme einer Begleitperson, wenn diese aus medizinischen Gründen für die Behandlung notwendig ist. (§ 11 Abs. 3 SGB V)

Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter

„Mutter-Kind-Kuren“; Vater-Kind-Maßnahmen

Längstens vier Wochen; jeweils nach Ablauf von 4 Jahren erneut möglich, Zuzahlung von 10 € pro Kalendertag. Während der Kur evtl. Anspruch auf Haushaltshilfe zu Hause.

Vorsorgekuren: Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt ambulante und stationäre Vorsorgekuren, auch Mutter-Kind-Kuren. Bei der privaten Krankenversicherung hängt die Übernahme der Kosten vom gewählten Versicherungstarif ab.

Reha-Maßnahmen: Für die ambulante Reha ist die Krankenversicherung zuständig, für stationäre Reha-Maßnahmen in der Regel die Rentenversicherung (z.B. BfA, LVA), bei Beamten die Beihilfe.

Chronische Erkrankungen

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal wegen derselben Erkrankung beim Arzt behandelt wurde („Dauerbehandlung“) und auf den eines der folgenden Kriterien zutrifft:

Einstufung wegen Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 3 oder höher, wobei nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit das Vorliegen einer Dauerbehandlung unterstellt wird.

Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) bzw. einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent, wobei die GdB/MdE auch durch die dauerbehandelte Krankheit begründet sein muss.

Ständige medizinische Versorgung, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der dauerbehandelten Krankheit verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Fahrtkosten

Fahrtkosten werden nur in Ausnahmefällen übernommen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist. Gezahlt werden Fahrten für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die die Pflegestufe II oder III nachweisen können.

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

Übergangspflege

Patienten mit einer schweren Erkrankung sind häufig nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach einer ambulanten Operation vorübergehend auf häusliche Pflege und Hilfe im Haushalt angewiesen. Unter bestimmten Voraussetzungen gewährt die Krankenkasse Leistungen der sogenannten Übergangspflege, zum Beispiel häusliche Pflege oder Haushaltshilfe. Auch Kurzzeitpflege ist als Krankenhausnachsorge für eine Übergangszeit von bis zu acht Wochen im Jahr möglich. Voraussetzung für die Übergangspflege ist, dass noch keine Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz festgestellt wurde.

Häusliche Krankenpflege

Ziel: Krankenhausbehandlung ersparen

- wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann
- Möglich im eigenen Haushalt, in der Familie, betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten bei besonders hohem Pflegebedarf auch in WfbM
- Bei vollstationären Einrichtungen evtl. über Eingliederungshilfe finanzieren
- Grundsätzlich für einen Zeitraum von 4 Wochen
- Grundpflege (z. B. Betten, Waschen,...), Behandlungspflege (z. B. Injektionen, Verbandswechsel,...), hauswirtschaftliche Versorgung
- Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung. Die Zuzahlung ist begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege
- Die Behandlungspflege ist auch zur Sicherung der ärztlichen Behandlung ohne zeitliche Begrenzung möglich, sie umfasst auch verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (in besonderen Ausnahmefällen auch in vollstationären Einrichtungen)

Haushaltshilfe bei Krankheit

Wenn jemand wegen einer Rehabilitationsmaßnahme oder Krankenbehandlung außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht ist, kann die Krankenkasse die Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen.

Die Voraussetzungen dafür sind:

- In dem Haushalt lebt ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Bei Kindern mit Behinderung entfällt die Altersgrenze.
- Kein anderer Haushaltsangehöriger kann die Weiterführung des Haushalts sicherstellen.
- Auch bei Krankenhausaufenthalt des Kindes, wenn Mutter oder Vater aus medizinischen Gründen mit im Krankenhaus aufgenommen werden müssen, kann eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Wenn der Haushalt von Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn weitergeführt werden kann, so bekommen sie die Aufwendungen erstattet, die ihnen dadurch entstehen. Wird das Kind aus o.a. Gründen in einer Kindertagesstätte o.a. untergebracht, erstattet die Krankenkasse die nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der Kosten für eine Haushaltshilfe.

Sollte im Haushalt ein Kind leben, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, besteht der Anspruch für bis zu 26 Wochen. Besteht mehr Bedarf, können die Leistungen der Pflegekasse (Verhinderungspflege, zusätzliche Betreuungsleistung) zur Finanzierung der Haushaltshilfe genutzt werden. Sind diese Möglichkeiten ausgeschöpft, muss die Haushaltshilfe selbst finanziert werden.

Auch im Rahmen der Sozialhilfe kann die Versorgung eines Kindes während einer Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sichergestellt werden (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Hilfe durch anderweitige Unterbringung Haushaltsangehöriger). Diese Hilfe wird nur gewährt, wenn keine Ansprüche gegen einen anderen Träger bestehen; sie ist von Einkommensverhältnissen abhängig. Beantragt werden diese Leistungen beim Sozialamt.

Für Haushaltshilfen und auch für die Familienpflege sind Zuzahlungen zu erbringen; mindestens 10%, höchstens 10,- Euro pro Kalendertag des Einsatzes. Befreiungen von der Zuzahlung richten sich nach den üblichen Regelungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Hilfen bei der Vermittlung von Haushaltshilfen geben die Familienpflegestationen von Caritas und Diakonie, sowie die gemeinnützigen und privat-gewerblichen ambulanten Pflegedienste.

Wenn man aufgrund einer Krankheit auf eine Haushaltshilfe angewiesen ist, hat man trotzdem weiterhin Anspruch auf Pflegegeld.

Haushaltshilfen in Stadt und Landkreis Bamberg

Arbeiterwohlfahrt Bamberg
Adolf-Wächter-Str. 2, 96052 Bamberg
0951 4074443, 0951 40740
sozialstation@awo-bamberg.de
www.awo-bamberg.de

Caritasverband für den Landkreis Bamberg e.V.
Josefstraße 27, 96752 Bamberg
0951 9828130
cv.bamberg-land@caritas-bamberg.de
www.caritas-landkreis-bamberg.de

Familienpflegewerk des Bayerischen Landesverbandes des KDFB e.V. Station Bamberg
Gräfenhäusling 1a
96196 Wattendorf
09504 923358
schramm@familienpflegewerk.de
www.familienpflegewerk.de

Ring für Familiendienstleistungen

Abtsdorfer Mühle 1

96158 Frensdorf

09502 / 92 54 744

anjasauer.rfd@t-online.de

www.familiendienstleistungen.de

Sozialstation Diakonisches Werk Bamberg-Forchheim e.V.

Memmeldorfer Str. 128

96052 Bamberg

0951 955110

Bayerisches Rotes Kreuz

Kreisverband Bamberg

Hainstraße 19

96047 Bamberg

Tel.: 0951 / 98189-19

Sozialstation@kvbamberg.brk.de

Parkerleichterungen für Menschen mit Behinderung

Zur Inanspruchnahme von Parkerleichterungen ist der Schwerbehindertenausweis alleine nicht ausreichend. Die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Parkerleichterungen, d.h. das Vorliegen der erforderlichen Merkzeichen prüft das regional zuständige Versorgungsamt. Es gibt drei verschiedene Parkausweise für Menschen mit Behinderung, die verschiedene Voraussetzungen haben und mit unterschiedlichen Parkberechtigungen verbunden sind:

- einen internationalen blauen Parkausweis
- einen orangefarbenen Parkausweis
- einen dunkelblauen Parkausweis mit Vermerk „nur BY“

Internationaler blauer Parkausweis

Gültig in Deutschland, der gesamten EU und einigen weiteren Staaten



Voraussetzungen

Merkzeichen aG

Merkzeichen Bl

Contergan-Geschädigte und vergleichbare Personen (Amputation beider Arme)

Orangefarbener Ausweis

Gültig im gesamten Bundesgebiet



Voraussetzungen

- Schwerbehinderte Menschen, die allein für die Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) einen GdB von wenigstens 80 und die Merkzeichen G und B zuerkannt bekommen haben
- Schwerbehinderte Menschen, die allein für die Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) einen GdB von wenigstens 70 zuerkannt bekommen haben und gleichzeitig durch Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane, die wenigstens einen GdB von 50 bedingen, beeinträchtigt sind sowie die Merkzeichen G und B erhalten haben
- Personen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit Einzel-GdB 60
- Personen mit Doppelstoma (künstlicher Darmausgang und künstliche Harnableitung nach außen) mit Einzel-GdB 70

Dunkelblauer Parkausweis mit Vermerk „nur BY“

Gültig nur in Bayern



Voraussetzungen

Merkzeichen G und B sind anerkannt und es entfällt

- ein GdB von wenigstens 80 allein auf die Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen oder
- statt 80 nur 70 und ein GdB von wenigstens 50 auf Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane oder

Parkberechtigung bei allen drei Ausweisen

- Parken bis zu drei Stunden im eingeschränkten Haltverbot
- Für bestimmte Haltverbotsstrecken kann eine längere Parkzeit genehmigt werden. Die Ankunftszeit muss sich aus der Einstellung auf einer Parkscheibe ergeben.
- Überschreitung der zugelassenen Parkdauer im Bereich eines Zonenhaltverbots
- Parken über die zugelassene Zeit hinaus an Stellen, die durch Zeichen 314 „Parkplatz“ oder Zeichen 315 „Parken auf Gehwegen“ gekennzeichnet sind und für die durch ein Zusatzschild eine Begrenzung der Parkzeit angeordnet ist.
- Parken während der Ladezeit in Fußgängerzonen, in denen das Be- oder Entladen für bestimmte Zeiten freigegeben ist.
- Parken an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten ohne Gebühr und ohne zeitliche Begrenzung.
- Parken auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden.
- Parken in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern.

Voraussetzung ist in jedem Fall, dass in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht. Die höchstzulässige Parkzeit beträgt 24 Stunden.

Personen mit internationalem blauen Parkausweis dürfen zusätzlich die mit dem Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichneten Behindertenparkplätze benutzen. Unter bestimmten Umständen kann ihnen auch ein personenbezogener Einzelparkplatz reserviert werden. Wurde der Parkausweis aufgrund einer Conterganschädigung oder vergleichbaren Beeinträchtigung ausgestellt, müssen Parkscheiben nicht betätigt werden.

Auch Personen mit dem dunkelblauen Parkausweis mit Vermerk „nur BY“ dürfen auf den Behindertenparkplätzen parken, allerdings nur in Bayern.

Antragstellung

Der Antrag auf einen Parkausweis kann formlos bei der Straßenverkehrsbehörde gestellt werden. Benötigt werden der Schwerbehindertenausweis oder Bescheid des Versorgungsamtes sowie ein Lichtbild. Die Ausstellung der Genehmigung ist kostenlos. Der Antrag kann auch dann ausgestellt werden, wenn die Person selbst keine Fahrerlaubnis besitzt. Der Parkausweis gilt dann für Fahrten, an denen er als Beifahrer teilnimmt.

Stadt Bamberg

Straßenverkehrsamt Stadt Bamberg
Moosstraße 65, 96050 Bamberg
Telefon : 0951 / 87-2210; Fax : 0951 / 87-888 2269

Landkreis Bamberg

Landratsamt Bamberg Kfz-Zulassung
Ludwigstraße 23; 96052 Bamberg
Telefon: 0951 / 8533; Fax 0951 / 85347

Der persönliche Parkplatz

Durch Beschilderung und entsprechende Markierung kann Fahrern mit Behinderung zur eigenen Nutzung in der Nähe ihrer Wohnung oder ihres Arbeitsplatzes zusätzlich eine persönliche Parkmöglichkeit eingerichtet werden. Voraussetzung ist, dass die Person mit Behinderung das Fahrzeug selbst führt und über keine Garage oder einen entsprechend gesicherten Stellplatz verfügt. Diese Parkplätze werden dann mit einem Schild mit Rollstuhlsymbol und dem Hinweis „Mit Parkausweis Nr. ...“ versehen. Nur der Ausweisinhaber darf diesen Parkplatz dann benutzen. Die Antragstellung des persönlichen Parkplatzes erfolgt bei der zuständigen KFZ Behörde.

Was ist bei der Benutzung der Parkausweise zu beachten?

- Der Parkausweis ist im Kraftfahrzeug gut sichtbar auszulegen.
- Er darf nur auf Fahrten verwendet werden, an denen die Person mit Behinderung selbst teilnimmt. Auf anderen Fahrten darf er nicht verwendet werden, auch wenn das Kraftfahrzeug auf die Person mit Behinderung zugelassen ist, oder wenn auf der Fahrt Besorgungen für die Person mit Behinderung erledigt werden.
- Auf wen das Fahrzeug zugelassen ist, spielt keine Rolle. Wenn der Inhaber des Parkausweises keine Fahrerlaubnis besitzt, gilt der Ausweis für Fahrten, an denen dieser als Beifahrer teilnimmt.

Die Pflegeversicherung

Antragstellung

Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen möchte, stellt einen Antrag bei der Pflegekasse. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Den Antrag können auch Familienangehörige, Nachbarn oder gute Bekannte stellen, wenn sie dazu bevollmächtigt sind. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wurde, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder einen unabhängigen Gutachter bzw. eine unabhängige Gutachterin mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrer Versicherung.

Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, muss die beziehungsweise der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MDK)

Ab 2017 geht es darum, wie selbstständig oder unselbstständig ein pflegebedürftiger Mensch seinen Alltag bewältigen kann. Was ist er in der Lage noch selbst oder mit geringer Unterstützung der Pflegeperson zu machen und was kann er nicht mehr. Je mehr Hilfe ein pflegebedürftiger Mensch benötigt, umso höher fällt die Bewertung für den Pflegegrad im Gutachten aus. Die Begutachtung erfolgt über Bewertungs-Module zu einzelnen Bereichen des täglichen Lebens. Das neue Verfahren verzichtet auf die Pflegeminuten. Um beurteilen zu können, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt oder eine Höherstufung des Pflegegrades gerechtfertigt ist, findet durch den MDK eine Begutachtung statt.

Die Beurteilung des Pflegebedarfs ist bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besonders schwierig. Die notwendige dauernde Anleitung bei alltäglichen Verrichtungen im Bereich der Körperhygiene, des Anziehens und Auskleidens, des Essens und der Gestaltung von sozialen Situationen wird bei einer Begutachtung nach dem ersten Augenschein leicht übersehen. Das Gleiche gilt für die Notwendigkeit zur ständigen Beaufsichtigung, die vor allem bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen mit

kognitiven Beeinträchtigungen gegeben ist. Oftmals können Personen nicht richtig abschätzen, was sie können oder nicht. Diese Fehleinschätzung muss auch dem Gutachter vermittelt werden.

Wie wird die Selbstständigkeit bewertet?

Entsprechend der Selbstständigkeit wird jede Frage mit Punkten bewertet.

Selbstständig ...

ist, wer eine Handlung ohne fremde Unterstützung durchführen kann.

Selbstständig ist auch, wer eine Handlung unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln erledigen kann.

0 Punkte

Überwiegend selbstständig ...

ist, wer den größten Teil der Handlungen selbstständig durchführen kann und für die Pflegeperson nur ein geringer Pflegeaufwand besteht. 1 Punkt

Überwiegend unselbstständig ...

ist, wer zwar noch über gewisse Ressourcen verfügt, aber Aktivitäten nur noch zu einem geringen Teil selbstständig durchführen kann. Die Pflegeperson muss vielfach anleiten und motivieren. 2 Punkte

Unselbstständig ...

ist, wer die Handlungen nicht ausführen kann und auch keine Ressourcen mehr vorhanden sind. Es reicht nicht aus, wenn die Pflegeperson motiviert oder anleitet. Die Aktionen müssen nahezu komplett von der Pflegeperson übernommen werden. 3 Punkte

Welche Lebensbereiche fließen in die Begutachtung ein?

Modul 1 – Mobilität

Hier geht es um die Einschätzung, ob eine Person ohne fremde Hilfe eine Körperhaltung einnehmen bzw. wechseln, oder ob sie sich fortbewegen kann.

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition (z.B. auf einem Stuhl oder dem Bett)
- Umsetzen (z.B. von einem Bett auf einen Rollstuhl)
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen (Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen)
- Besondere Bedarfskonstellation: Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine

Modul 2 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul wird nicht die Aktivität bewertet sondern die geistige Funktion. Es wird bewertet, ob eine geistige Fähigkeit

- vorhanden,
- größtenteils vorhanden,
- in geringem Maße vorhanden oder,
- nicht vorhanden ist.

Die Bewertung erfolgt nach Kriterien wie:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld (z.B. von Familienmitgliedern, Pflegepersonal, Freunden und Bekannten)
- Örtliche Orientierung (Erkennen der eigenen Wohnung und Räumlichkeiten, sowie der außerhäuslichen Örtlichkeiten)
- Zeitliche Orientierung (Umgang mit Uhrzeit, Jahreszeiten, Tageszeiten)
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen (wichtige Ereignisse aus dem Kurzzeit- bzw. Langzeitgedächtnis)
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen (z.B. den Tisch decken, sich anziehen)
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben (das Treffen von folgerichtigen und geeigneten Entscheidungen, z.B. Anziehen von Wintermantel und Stiefel, wenn es draußen kalt ist)
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Aufnehmen und verstehen von Alltagssituationen, z.B. das Lesen und Verstehen eines Zeitungsartikels)
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Person kann sich bemerkbar machen bei Hunger, Durst, Schmerzen, Kälte usw. Es reichen auch Mimik, Laute oder Gestik aus, um sich mitzuteilen)
- Verstehen von Aufforderungen (Fähigkeit, Aufforderung zu alltäglichen Grundbedürfnissen zu verstehen, z.B. Aufforderung den Tisch zu decken, zu essen oder sich zu waschen)
- Beteiligen an einem Gespräch (Fähigkeit, den Sinn eines Gespräches aufzunehmen und zu verstehen sowie sich am Gespräch zu beteiligen)

Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung benötigen. Es wird die Häufigkeit der benötigten Hilfe erfasst.

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten (Unbeaufsichtigtes Verlassen der Wohnung, Weglauftendenz, Unruhezustände, Rastlosigkeit)
- Nächtliche Unruhe (Nächtliches Umherirren, Umkehr Tag-Nachtrhythmus)
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung)
- Beschädigen von Gegenständen (Aggressives Zerstören von Gegenständen)

- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen (z.B. andere Personen zuschlagen, kratzen, beißen usw.)
- Verbale Aggression (verbale Beschimpfung oder Bedrohung von anderen Personen)
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten (Lautes Rufen, Schreien, Fluchen, usw.)
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen (Ablehnung von Hilfemaßnahmen bei Körperpflege, medizinischer Versorgung und anderen Hilfeleistungen)
- Wahnvorstellungen
- Ängste (auch Panikattacken)
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (wenig oder kaum Eigeninitiative vorhanden, sich zu beschäftigen)
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen (unsoziales und respektloses Verhalten gegenüber anderen Personen)
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen (stereotypes Wiederholen von planlosen Tätigkeiten, nesteln, Horten von Gegenständen, Kot schmieren usw.)

Modul 4 – Selbstversorgung

- Waschen des vorderen Oberkörpers (Hände, Gesicht, Hals, Arme, Achselhöhlen und vorderer Brustbereich)
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren)
- Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschl. Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken (Kleinschneiden von Nahrung in mundgerechte Stücke. Öffnen von Getränkeflaschen und eingießen von Getränken)
- Essen (bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen)
- Trinken (bereitgestellte Getränke aufnehmen und trinken. Auch unter Zuhilfenahme von Strohhalm)
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gehen zur Toilette, Hinsetzen/Aufstehen, Intimhygiene und Richten der Kleidung)
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma (Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen)
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde

Modul 5 – Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es um die selbstständige Krankheitsbewältigung.

- Medikation (Hilfestellung bei oraler Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster)
- Injektionen (z.B. Insulininjektionen oder Medikamentenpumpen)
- Versorgung intravenöser Zugänge (z.B. Portversorgung)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen (Anwendungen mit ärztlich verordneten Salben, Cremes oder Emulsionen)
- Messung und Deutung von Körperzuständen (Messung von Blutdruck, Blutzucker, Körpergewicht)
- Körpernahe Hilfsmittel (An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln wie Prothesen, Brillen, Kompressionsstrümpfe usw.)
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (Durchführen eines angewiesenen Eigenübungsprogramms, z.B. Atemübungen, logopädische Übungen usw.)
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden) z.B. Ergotherapie, Logopädie usw.
- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

Modul 6 – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen (Ist die Planung und Umsetzung des Tagesablaufs und Aktivitäten noch möglich?)
- Ruhen und Schlafen (Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen)
- Sich beschäftigen (Planen und durchführen von Aktivitäten die den eigenen Vorlieben entsprechen)
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen (Können längere Zeitabschnitte überschaut und geplant werden?)
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt (im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern usw. umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren)
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen)

So können Sie sich auf die Begutachtung vorbereiten

Besorgen Sie für den MDK alle wichtigen medizinischen Dokumente zu der Erkrankung und den Vorerkrankungen. Hierzu gehören Schwerbehindertenausweis, Arztberichte, Medikamentenplan, Auflistung der erhaltenen Therapien, Berichte von Frühförderstelle, Kindergarten, Wohnheim, WfbM; Entlassungsberichte aus Krankenhaus oder Reha, Allergiepass, Diabetikerausweis, usw.

Erstellen Sie von den Dokumenten Kopien, die Sie dem MDK mitgeben können. Halten Sie alle Hilfsmittel bereit (Rollstuhl, Rollator, Elektromobil usw.) die von dem/der Pflegebedürftigen benötigt und benutzt werden.

Für einen besseren Überblick über die geleisteten Pflegetätigkeiten und Hilfestellungen im Alltag ist es sinnvoll ein Pfl egetagebuch zu führen. Dies kann dem Gutachter vorgelegt werden. Mit einem kostenlosen Pflegegradrechner im Internet können Sie sich auch auf die Fragen des MDKs vorbereiten und prüfen, ob evtl. eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/rechner/pflegegradrechner/ oder:
www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegrade/#rechner

Der Pflegebedürftige soll auf die MDK-Begutachtung vorbereitet sein. Er muss wissen, in welchen Bereichen er Hilfe braucht und wieviel. Ziehen Sie zur Begutachtung eine Person ihres Vertrauens hinzu. Diese Person kann die tatsächliche Belastung vielleicht besser darstellen und kann Zeuge des Gesprächs sein.

Wichtig:

Bestehen Sie nach einer kurzen gemeinsamen Begutachtung ihres Kindes durch den MDK, darauf, dass das weitere Gespräch ohne ihr Kind stattfindet, da eine Aufzählung dessen, was es alles nicht kann verletzend und unangenehm sein kann. Dem muss der Gutachter entsprechen. Bitten Sie den Gutachter, dass Ihnen auch das Pflegegutachten zugeschickt wird. Sie haben ein Recht darauf, das Gutachten zu bekommen. Das Pflegegutachten ist wichtig, wenn Sie Widerspruch gegen den Pflegebescheid einlegen möchten.

Pflegegrade

Fünf Pflegegrade ersetzen seit dem 1. Januar 2017 die bisherigen drei Pflegestufen. Sie ermöglichen es, Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen auf die jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse abzustimmen.

Zugleich wurde der Anspruch auf Leistungen ausgeweitet. Die Unterstützung durch die Pflegeversicherung setzt nun deutlich früher an. In den Pflegegrad 1 werden künftig Menschen eingestuft, die noch

keine erheblichen Beeinträchtigungen haben, aber schon in gewissem Maß – zumeist körperlich – eingeschränkt sind. Ihnen stehen zum Beispiel eine Pflegeberatung, eine Anpassung des Wohnumfeldes (zum Beispiel barrierefreie Dusche) sowie der sogenannte Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zu.

Die Pflegegrade orientieren sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (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.

Hilfebedarf durch Anleitung und Beaufsichtigung bei Menschen mit Behinderung

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben häufig einen Hilfebedarf im Bereich der Anleitung und Beaufsichtigung.

Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf einzelner Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn der Pflegebedürftige trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann. Dazu gehört auch die Motivierung zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtung des täglichen Lebens.

Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung im Vordergrund, zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise ausgeführt werden.

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 Kinderkrankenpflegerinnen oder -pfleger beziehungsweise als Kinderärztin oder -arzt vorzunehmen. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder 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 unselbstständig. 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.

Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombileistung

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen.

Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Verpflichtende Beratungsgespräche ab Pflegegrad 2

Pflegegeldempfänger mit Pflegegrad 2 bis 5 sind verpflichtet, sich regelmäßig in einem Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI persönlich beraten zu lassen. Kommen Pflegegeldempfänger dem nicht nach, kann ihnen das Pflegegeld gekürzt oder gestrichen werden. Anspruch auf Pflegegeld? So oft müssen Sie sich beraten lassen:

Pflegegrad 1: keine Beratung vorgeschrieben

Pflegegrad 2 & 3: 1 x pro Halbjahr

Pflegegrad 4 & 5: 1 x pro Vierteljahr

Auch bei Pflegegrad 1 oder als Empfänger von Kombinations- oder Pflegesachleistungen ab Pflegegrad 2 kann die Beratung auf Wunsch freiwillig durchgeführt werden. Einmal pro Halbjahr übernimmt die Pflegekasse auch hier die Kosten für Sie.

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Pflegesachleistungen für häusliche Pflege

Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Mit ambulanten Pflegesachleistungen können Versicherte die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in

Anspruch nehmen. Ambulante Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden.

Kombinationsleistung

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Vollstationäre Pflege in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

Wenn sich Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung aufhalten, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten für die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe von zehn Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 266 Euro monatlich. Die Pflegebedürftigen haben darüber hinaus Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld, anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Pflegegrad 2-5 266 Euro

Leistungen bei vollstationärer Pflege

Durch Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim leben, unterstützt.

Seit dem 1. Januar 2017 sind die Leistungsbeträge durch das zweite Pflegestärkungsgesetz neu gestaffelt, weil auf das System der Pflegegrade umgestellt worden ist. Um Einbußen, die sich aus der Umstellung ergeben könnten, zu vermeiden, haben betroffene Pflegebedürftige Bestandsschutz: Sie erhalten einen Zuschlag auf den Leistungsbetrag, wenn ihr selbst zu tragender Eigenanteil am Pflegesatz seit dem 1. Januar 2017 höher ist als im Dezember 2016. Der Zuschlag gleicht die Differenz aus. Versicherte mit Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Darüber hinaus ist nun ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil der Versicherten in vollstationärer Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 festgeschrieben. Zuvor stieg im Falle einer Höherstufung der Pflegebedürftigkeit zwar die Leistung der Pflegeversicherung an, gleichzeitig aber nahm auch der pflegebedingte Eigenanteil zu. Dieser Eigenanteil steigt nun nicht mehr, wenn jemand in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Wie hoch sind die Leistungen bei der Verhinderungspflege?

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.

Leistungen (pro Kalenderjahr) für Verhinderungspflege

Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2-5	1.612 Euro

Können Ansprüche auf Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden?

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 806 € des Kurzzeitpflegebetrags pro 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. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und für die es keine Betreuung in einer geeigneten vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung gibt und somit der Anspruch bisher nicht genutzt werden konnte.

Wird während der Verhinderungspflege weiterhin Pflegegeld gezahlt?

Ja. Während der Verhinderungspflege wird bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Außerdem werden die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt. Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen und der Arbeitslosenversicherungsschutz erhalten.

Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige sind für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, zum Beispiel weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen.

Leistungen der Kurzzeitpflege

Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.774 Euro im Jahr, für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.

Beträge und Dauer der Kurzzeitpflege

Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht, also maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Außerdem kann die Kurzzeitpflege auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 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. 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.

Leistungen (pro Kalenderjahr) für Kurzzeitpflege

Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrade 2-5	1.774 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu 8 Wochen

Ist Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch in anderen geeigneten Einrichtungen möglich?

Ja. Kurzzeitpflege kann im Einzelfall auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten.

Entlastungsbetrag

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 aufrecht zu erhalten 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.

Teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege

Pflegegrad 1	bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Seit dem 1. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegesachleistung/dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden, eine Anrechnung der Leistungen erfolgt nicht mehr. Seit dem 1. Januar 2017 haben Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag hierfür einsetzen.

Pflegehilfsmittel

Grundsätzlich werden unter dem Begriff Pflegehilfsmittel Geräte und Sachmittel verstanden, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern oder tragen dazu bei, die Beschwerden der pflegebedürftigen Person zu lindern oder ihr eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Die Kosten für Verbrauchsprodukte in Höhe von bis zu 40 Euro pro Monat werden von der Pflegekasse erstattet. Dazu gehören zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Betteinlagen.

Pflegegrad 1	40 Euro
Pflegegrad 2-5	40 Euro

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wenn Versicherte zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anzupassen. Hierfür leistet die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse. Diese wurden zum 1. Januar 2015 deutlich angehoben. Seit dem 1. Januar 2017 haben auch Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher im neuen Pflegegrad 1 Anspruch auf diese Zuschüsse.

Pflegegrad 1	4.000 Euro
Pflegegrad 1 (wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)	16.000 Euro
Pflegegrad 2-5	4.000 Euro
Pflegegrad 2-5 (wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)	16.000 Euro

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Neue Wohnformen wie Senioren- oder Pflege-Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Für die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen, sogenannten Pflege-WGs, sieht die Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung vor, die es seit 2017 auch für Pflegebedürftige im neuen Pflegegrad 1 gibt.

Pflegegrad 1 2.500 Euro pro Person / 10.000 Euro pro Wohngruppe

Pflegegrad 2-5 2.500 Euro pro Person / 10.000 Euro pro Wohngruppe

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die bestimmte Mindestanforderungen erfüllen, haben unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich zu den anderen Leistungen Anspruch auf einen monatlichen Wohngruppenzuschlag. Damit kann eine Person finanziert werden, die in der Pflege-WG zum Beispiel organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt.

Der Wohngruppenzuschlag ist 2017 erhöht worden und steht auch Pflegebedürftigen im neuen Pflegegrad 1 zu.

Pflegegrad 1 214 Euro

Pflegegrad 2-5 214 Euro

Beratungseinsatz bei häuslicher Pflege

Pflegebedürftige Menschen, die nur Pflegegeld beziehen und keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen, sind zwingend verpflichtet, Beratungseinsätze abzurufen. Werden diese Beratungen nicht regelmäßig in Anspruch genommen, hat die Pflegekasse das Recht, das Pflegegeld zu kürzen oder gar zu streichen.

Der Beratungseinsatz ist eine verpflichtende Beratung für pflegende Angehörige. Es soll damit sichergestellt werden, dass die Pflegenden mit der Pflege nicht überfordert sind, dass ihnen Hilfestellungen aufgezeigt werden und ein Ansprechpartner bei Fragen vorhanden ist. Obwohl der Beratungseinsatz verpflichtend ist, sollten Sie als pflegender Angehöriger diesen Beratungseinsatz als beratende Hilfe und Unterstützung bei der häuslichen Pflege sehen.

Wie oft muss der Beratungseinsatz abgerufen werden?

Beratungseinsatz bei Pflegegrad 1 nicht vorgeschrieben

Beratungseinsatz bei Pflegegrad 2 1 x pro Halbjahr

Beratungseinsatz bei Pflegegrad 3 1 x pro Halbjahr

Beratungseinsatz bei Pflegegrad 4 1 x pro Vierteljahr

Beratungseinsatz bei Pflegegrad 5 1 x pro Vierteljahr

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Rentenversicherung

Für Pflegepersonen werden Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt. Erforderlich ist dabei:

Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5. Die Pflege ist nicht erwerbsmäßig.

Die Pflege findet wenigstens zehn Stunden wöchentlich statt.

Die Pflege ist verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche. Der Pflegebedürftige wird in seiner häuslichen Umgebung betreut.

Die Pflegeperson ist regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig.

Werden mehrere Personen gepflegt, werden die Zeiten der Personen zusammengerechnet. In diesem Fall teilen sich die Pflegekassen der gepflegten Personen die Beiträge.

Sobald ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt worden ist, muss die Pflegekasse auch die Voraussetzungen für die Rentenversicherung prüfen. Der Gutachter ist beauftragt, zu ermitteln, welche Person die Pflege erbringt und in welchem Umfang am Tag. Er wird daher bei der Begutachtung fragen, wie lange Sie täglich die zu pflegende Person pflegen. Zunächst entscheiden daher die Angaben der Pflegeperson. Allerdings müssen die Angaben realistisch sein. Ansonsten wird der Gutachter die Zeit schätzen.

Im Gutachten zur Pflegeeinstufung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist die Pflegezeit pro Woche angegeben. Prüfen Sie daher das MDK-Gutachten. Wenn Ihre Pflegezeit zwischen zehn und 14 Stunden liegt, nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Pflegekasse auf, um Ihren Rentenversicherungsanspruch zu klären.

Unfallversicherung

Eine Pflegeperson ist während der Pflegezeit unfallversichert, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5. Die Pflege ist nicht erwerbsmäßig.

Der Pflegebedürftige wird in seiner häuslichen Umgebung betreut.

Es ist nicht erforderlich, dass die Pflege den Pflegebedürftigen mindestens zehn Stunden in der Woche pflegt.

Es spielt auch keine Rolle, ob die Pflegeperson neben der Pflege regelmäßig mehr als 30 Stunden in der Woche arbeitet.

Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung besteht automatisch mit Aufnahme der Pflegetätigkeit. Die Pflegeperson muss keine Anmeldung vornehmen oder einen gesonderten Antrag stellen. Der Versicherungsschutz besteht auch bei einmaligen oder kurzfristigen Pflegetätigkeiten.

Die Unfallversicherung tritt ein, wenn die Pflegeperson einen Arbeitsunfall erleidet oder an einer Berufskrankheit (z.B. Erkrankungen aufgrund der körperlichen Anstrengung oder Hautkrankheiten infolge einer Unverträglichkeit der für die Pflege erforderlichen Mittel) erkrankt. Die Unfallversicherung ist auch zuständig, wenn sich die Pflegeperson bei Erkrankungen des Pflegebedürftigen während der Tätigkeit infiziert.

Wenn die Unfallversicherung greift, haben Pflegepersonen Anspruch auf verschiedene Leistungen. Insbesondere besteht ein Anspruch auf ärztliche Behandlung und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Wenn die Pflegeperson aufgrund des Unfalls ihren bisherigen Beruf nicht mehr wie vor dem Unfall ausüben kann, besteht unter Umständen ein Anspruch auf eine Umschulung oder auch eine andere Ausbildung.

Die Unfallversicherung leistet unter bestimmten Voraussetzungen auch Lohnersatzleistungen oder Rente.

Arbeitslosenversicherung

Pflegepersonen sind ebenfalls in der Arbeitslosenversicherung versichert. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5. Die Pflege ist nicht erwerbsmäßig.

Die Pflege findet wenigstens zehn Stunden wöchentlich statt.

Die Pflege ist verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche. Der Pflegebedürftige wird in seiner häuslichen Umgebung betreut.

Unmittelbar vor der Pflegetätigkeit bestand für die Pflegeperson Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung (z.B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses) oder die Pflegeperson hat eine Leistung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) III, wie zum Beispiel Arbeitslosengeld, bezogen.

Pflegepersonen haben dann die Möglichkeit, nach dem Ende der Pflegetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen. Achtung: Diese Regelung greift nur, sofern nicht aktuell ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung besteht, beispielsweise aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung.

Widerspruch gegen Pflegegrad-Einstufung einlegen

Der Gesetzgeber räumt jedem Versicherten die Möglichkeit eines Widerspruchs ein. Wenn Sie der Ansicht sind, falsch beurteilt worden zu sein, sollten Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen und Einspruch gegen Ihren Bescheid erheben.

Wenn Sie sich für den Widerspruch gegen den Bescheid Ihres Pflegeversicherers entscheiden, sollten Sie unbedingt auf die Widerspruchsfrist achten. Ein formloser Widerspruch reicht übrigens aus. Formvorschriften für den Widerspruch gibt es keine.

Senden Sie den Widerspruch schriftlich an Ihre Pflegekasse.

Fordern Sie in Ihrem Widerspruchsschreiben das MDK-Gutachten gleich mit an, sofern Ihnen dieses noch nicht vorliegt. Das MDK-Gutachten ist die Grundlage für die Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung. Es ist damit auch die wichtigste Grundlage für Ihre Widerspruchsargumentation, auch fachliche Begründung genannt. Diese müssen Sie ebenfalls erstellen und der Pflegekasse zusenden. Sie können sie aber in Ruhe im Nachgang des Widerspruchs formulieren. Die fachliche Begründung ist das zentrale Dokument für Ihren Widerspruch. Sie sollten es mit Bedacht formulieren.

Nach Erhalt Ihrer fachlichen Widerspruchs begründung wird Ihre Pflegekasse einen neuen Begutachtungstermin beauftragen. Der MDK kommt erneut zu Ihnen, um Ihre Argumente und das Erstgutachten zu überprüfen. Auf die Widerspruchs begutachtung sollten Sie sich gut vorbereiten. Alle wichtigen Unterlagen sollten vorliegen. Sowohl die pflegebedürftige Person als auch die pflegende Person bzw. die Angehörigen sollten vorbereitet sein und verstehen, worauf es im MDK-Termin ankommt.

Im Idealfall erhalten Sie kurze Zeit nach der Widerspruchs begutachtung einen neuen Bescheid, der Ihre gewünschten Leistungen bewilligt. Sollte auch die Widerspruchs begutachtung negativ ausfallen, haben sie die Möglichkeit, Ihr Anliegen dem Widerspruchsausschuss der Pflegeversicherung erneut vorzutragen. Bestätigt dieser das negative Urteil des MDK, was er in dem meisten Fällen leider tut, bleibt Ihnen nur noch eine Klage beim Sozialgericht.

Ist die einmonatige Widerspruchsfrist versäumt, kann ein Neuantrag gestellt werden. Als Begründung reicht es aus, wenn angegeben wird, dass sich die Pflegesituation seit dem letzten Besuch des Gutachters geändert hat.

Wenn Sie mit der Pflegegrad-Einstufung nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Mit einem formlosen Widerspruchsbescheid, sorgen Sie dafür, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wird.

Vorlage Widerspruch

An die zuständige Pflegekasse

Widerspruch gegen den Bescheid vom (Datum einfügen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht gegen Ihren Bescheid (evtl. Aktenzeichen, Bezeichnung, etc. ergänzen) vom (Datum einfügen) Widerspruch ein.

Bitte übersenden Sie mir das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes.

Nach Erhalt des Gutachtens werde ich in einer schriftlichen Stellungnahme meinen Widerspruch begründen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Folgende Pflegeberatungsunternehmen können Ihnen helfen

Wir empfehlen Ihnen bei einem Widerspruch professionelle Hilfe zu holen

Eine professionelle Unterstützung bei einem Widerspruch können Sie von kostenpflichtigen Pflegeberatungsunternehmen erhalten. Diese Pflegeberatungsunternehmen sind bundesweit tätig und spezialisiert auf die Beantragung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen gegenüber den gesetzlichen und privaten Pflegeversicherungen. Sie unterstützen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung und vor allem bei der Durchsetzung von Widersprüchen, z.B. bei fehlerhaften Bescheiden der Kassen.

Bundesweites Pflegenetzwerk; Kostenlose

Erstberatung: 0800-6116111

Fahrenkrön 35b; 22179 Hamburg; Telefon: 040-609 468 4-90; Fax: 040/609 468 4-99

beratung@pfligestufe.com

Familiara GmbH;

Kostenlose Erstberatung: 0800-1266100

Wiesbadener Straße 3; 12161 Berlin; Telefon: 030-22 37 60 0028 kontakt@familiara.de

Weitere Informationen

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung 030 / 340 60 66 – 02

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege.html>

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege.html>67

Rechtsberater

Wer Rechtsberatung braucht, findet auf der Homepage der Bundesvereinigung der Lebenshilfe eine Liste mit Rechtsanwälten nach Bundesländern geordnet. Der Suchservice der Bundesvereinigung ist kostenlos. Die aufgeführten Kanzleien kennen sich in Rechtsfragen aus, die Menschen mit Behinderung betreffen. Angezeigt werden ebenfalls die jeweiligen Interessenschwerpunkte der Kanzleien.

<https://www.lebenshilfe.de/standorte/#/list>

Rechtsberater der Bundesvereinigung der Lebenshilfe

Notare Eigner | Niemeyer

Friedrichstrasse 7

96047 Bamberg

Telefon: 09 51/20 20 11

Telefax: 09 51/2 85 07

info@eigner-niemeyer.de

Übernehmen Mandate aus den Bereichen:

- Erbrecht insbes. Testamente
- Betreuungsrecht
- Zivilrecht

Notare Dr. Harald Franz

Kulmbacherstr. 11

95445 Bayreuth

Telefon: 09 21/75 76 8-0

Telefax: 09 21/75 76 8-50

Übernimmt Mandate aus den Bereichen:

- Erbrecht insbesondere Testamente

Dr. Werner Sommerhäuser

Universitätsstr. 2
91054 Erlangen
Bayern
Telefon: 0 91 31/2 10 01
Telefax: 0 91 31/2 10 04

Übernimmt Mandate aus den Bereichen:

- Erbrecht insbesondere Testamente

Notare Dr. Martin Dörnhöfer, Dr. Christian Betz

Roßbrunnstraße 9
97421 Schweinfurt
Telefon: 0 97 21/71 66-0
Telefax: 0 97 21/71 66-20
info@notare-kutter-ott.de
www.doernhoefer-betz.de

Übernehmen Mandate aus den Bereichen:

- Erbrecht, insbes. Testamente
- Betreuungsrecht
- Zivilrecht
- Sozialrecht einschl. Sozialhilfe

Dr. Paul Schädler c/o Kanzlei Bendel, Götz & Partner

Hofstr. 3
97070 Würzburg
Bayern
Telefon: 09 31/45 20 29-0
Telefax: 09 31/45 20 29-99
kanzlei@bendel-partner.de
www.bendel-partner.de

Übernimmt Mandate aus den Bereichen:

- Erbrecht, insbes. Testamente
- Betreuungsrecht
- Sozialrecht, einschl. Sozialhilfe
- Zivilrecht, einschl. Arzthaftung
- Strafrecht
- Strafrecht in Fällen von Sexuellem Missbrauch von Menschen mit Behinderung

Ursula Schulz

Parkstr. 48
90768 Fürth
Telefon: 09 11/72 10 54
Telefax: 09 11/72 10 37
ursula.schulz@schulz-fuerth.de

Übernimmt Mandate aus den Bereichen:

- Sozialhilfe, Sozialversicherungsrecht
- Erbrecht
- Einrichtungsberatung

Schwerbehindertenausweis und Beantragung

Wer erhält einen Schwerbehindertenausweis?

Um als Mensch mit Behinderung die wegen der Behinderung bedingten Nachteilsausgleiche zu bekommen, ist es erforderlich, dass ein bestimmter Grad der Behinderung (GdB) festgestellt und durch einen Ausweis bescheinigt wird. Als schwerbehindert gilt man, wenn der Grad der Behinderung nachgewiesenermaßen 50 oder mehr beträgt. Der Schwerbehindertenausweis dient als Nachweis für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen, die Menschen mit einer Behinderung per Gesetz zustehen, etwa besonderer Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub, Vergünstigungen bei der Besteuerung des Einkommens, Landesblindengeld, Landesgehörlosengeld oder auch die Befreiung von der Rundfunkgebühr.

Das ZBFS (Zentrum Bayern Familie und Soziales früher Versorgungsamt) vermerkt auf dem Schwerbehindertenausweis den festgestellten Grad der Behinderung, den Ablauf der Gültigkeit des Ausweises, sowie weitere gesundheitliche Merkmale in Form von Merkzeichen. Der Grad der Behinderung wird als ganze, auf gerundete Zahlen im Bereich von 20 bis 100 angegeben.

Wo kann ich einen Schwerbehindertenausweis beantragen?

Jeder Mensch mit Behinderung, aber auch Erziehungsberechtigte oder Bevollmächtigte können beim zuständigen Zentrum Bayern Familie und Soziales einen Antrag stellen. Der Antrag kann formlos oder direkt mit dem entsprechenden Antragsformular gestellt werden. Die Antragsformulare können auf den Internetseiten des Zentrum Bayern, Familie und Soziales ausgedruckt werden. Der Antrag kann dort auch direkt online gestellt werden.

Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Oberfranken
Hegelstr. 2, 95447 Bayreuth Tel.
0921/60501

Onlineantrag

<https://www.schwerbehindertenantrag.bayern.de>

Der Schwerbehindertenausweis

Der Ausweis ist amtlicher Nachweis für die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und die auf ihm eingetragenen weiteren gesundheitlichen Merkmale. In Verbindung mit einem Beiblatt mit einer Wertmarke ermöglicht der Ausweis die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr.

Schwerbehinderte mit den Merkzeichen „G“ oder „Gl“ können die Freifahrt nur nutzen, wenn sie nicht bereits die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung in Anspruch nehmen.

Die Wertmarke kann formlos beim Versorgungsamt beantragt werden. In der Regel ist für die Wertmarke eine Zuzahlung zu leisten (80 Euro pro Jahr). Diese entfällt bei den Merkzeichen „Bl“ und „H“. Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch (SGB II, SGBIII, SGBXII) sind ebenfalls von der Zuzahlung befreit.

Ist auf der Vorderseite des Ausweises das Merkzeichen „B“ (Begleitperson) eingetragen, so fährt auch eine beliebige Begleitperson im gesamten Personenverkehr unentgeltlich mit. Das gilt auch, wenn die schwerbehinderte Person kein Beiblatt mit Wertmarke erworben oder die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung in Anspruch genommen hat.

Merkzeichen

- G** Der Mensch mit Behinderung ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt
- aG** Der Mensch mit Behinderung ist außergewöhnlich gehbehindert
- H** Der Mensch mit Behinderung ist hilflos
- Bl** Der Mensch mit Behinderung ist blind
- Gl** Der Mensch mit Behinderung ist gehörlos
- B** Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- RF** Rundfunkgebührenbefreiung und Sozialtarif bei T-Com
- TBl** Der Mensch mit Behinderung ist taubblind

Der Ausweis hat die Grundfarbe grün. Bei Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr ist er halbseitig orangefarben.

Steuertipps für Menschen mit Behinderung

Behindertenpauschbetrag § 33b EStG

Menschen mit Behinderung können einen Pauschbetrag geltend machen (§ 33b Einkommensteuergesetz). Der Pauschbetrag kann jährlich ohne Einzelnachweis der Aufwendungen abgezogen werden. Die Höhe des Pauschbetrages richtet sich nach dem Grad der Behinderung (GdB):

Höhe des Pauschbetrages entsprechend dem GdB

Grad der Behinderung	Pauschbetrag pro Jahr
20	384 Euro
30	620 Euro
40	860 Euro
50	1.140 Euro
60	1.440 Euro
70	1.780 Euro
80	2.120 Euro
90	2.460 Euro
100	2.840 Euro

Menschen mit Behinderung mit dem Merkzeichen H (hilflos), BI (blind) oder TBI (taubblind) im Schwerbehindertenausweis, erhalten einen erhöhten Pauschbetrag in Höhe von 7.400,- Euro.

Den Pauschbetrag kann man sich schon bei der Ausstellung der Steuerkarten eintragen lassen. Er gilt für das ganze Kalenderjahr, auch wenn die Behinderung erst im Laufe des Jahres festgestellt wurde. Der Behinderten-Pauschbetrag steht auch Kindern mit Behinderung zu. Kann der Pauschbetrag von einem Kind nicht in Anspruch genommen werden, so ist er auf die Eltern übertragbar, sofern diese für das Kind einen Kinderfreibetrag oder Kindergeld erhalten.

Liegen die tatsächlichen Aufwendungen höher als die Pauschbeträge, kann es günstiger sein, auf diese zu verzichten und die außergewöhnlichen Belastungen durch den Nachweis der tatsächlich erbrachten höheren Aufwendungen geltend zu machen. Die Aufwendungen müssen dann allerdings einzeln nachgewiesen werden.

Außergewöhnliche Belastungen

Neben den Pauschbeträgen können zusätzlich folgende weitere außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden, und zwar entweder für den steuerpflichtigen Menschen mit Behinderung selbst oder für die Eltern, Pflegeeltern oder Geschwister von Kindern mit Behinderung:

Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale (NEU 01.01.2021)

Außerdem wird eine behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale eingeführt. Diese beträgt 4.500 Euro für Menschen mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“, „TBl“ oder „H“ und 900 Euro für geh- und stehbehinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 80 oder mit einem GdB von mindestens 70 und dem Merkzeichen „G“.

Für die Berechnung der außergewöhnlichen Belastung ist dadurch in Zukunft kein Einzelnachweis über behinderungsbedingte Fahrten mehr erforderlich. Über die Pauschale hinausgehende behinderungsbedingte Fahrtkosten können im Rahmen der außergewöhnlichen Belastungen nicht geltend gemacht werden.

Außerordentliche Krankheitskosten

Außerordentliche Krankheitskosten sind zum Beispiel die Praxisgebühr oder der eigene Anteil der zu den Leistungen der Krankenkassen zu zahlen ist. Auch die Fahrten zum Arzt oder in die Klinik zählen hier dazu (zusätzlich zu den pauschal absetzbaren Fahrtkosten). Auch Aufwendungen für eine privatärztliche Behandlung oder Heilbehandlung (z.B. Heilpraktiker) sowie ärztlich verordnete Kurmaßnahmen werden als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt.

Aufwendungen für eine fremde Begleitperson

Menschen mit Behinderung, die auf eine ständige Begleitung angewiesen sind, (Merkzeichen „B“), können die Kosten, die ihnen für eine fremde Begleitperson im Urlaub für Fahrten, Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson entstehen, in angemessener Höhe geltend machen. Dementspre-

chend sind auch die Aufwendungen für die Betreuung eines Kindes mit Behinderung auf einer Ferien- freizeit steuerlich absetzbar. (Urteil des BFH vom 04.07.2002, Az. III R 58/98; H 33,1-33.4 „Begleitperson“ EStH 2007)

Schulgeld

Das Schulgeld kann zusätzlich zum Behindertenpauschbetrag geltend gemacht werden. Voraussetzung ist, dass das Kind ausschließlich auf Grund seiner Behinderung auf den Besuch einer Privatschule mit individueller Förderung angewiesen ist, weil eine geeignete öffentliche Schule oder eine schulgeldfreie private Schule nicht zur Verfügung steht oder nicht erreichbar ist. Dem Finanzamt muss eine Bestätigung der zuständigen Bezirksregierung vorliegen, dass der Besuch der Privatschule erforderlich ist.

Behindertengerechte Umbauten (auch PKW)

Die Kosten für den behindertengerechten Umbau von Wohnungen und Häusern, zum Beispiel den Einbau breiterer Türen, größerer Bäder oder Fahrstühle können als außergewöhnliche Belastung abziehbar sein „wenn sie so stark unter dem Gebot der sich aus der Situation ergebenden Zwangsläufigkeit stehen, dass die etwaige Erlangung eines Gegenwertes in anbetracht der Gesamtumstände des Einzelfalles in den Hintergrund tritt.“ BFH, Urteil v. 22.10.2009, VI R 7/09. Diesen Grundsatz überträgt die Finanzverwaltung jetzt auch auf Aufwendungen, die auf Grund der behindertengerechten Umrüstung eines PKW entstanden sind. (LfSt Bayern, Verfügung v. 28.05.2010, S 2284.1.1-2/6)

Führerscheinkosten

Aufwendungen, die Eltern für den Erwerb der Fahrerlaubnis ihres schwer steh- und gehbehinderten Kindes tragen, sind als außergewöhnliche Belastungen anzuerkennen (BFH-Urteil vom 26.3.1993, Az. III R 9/92, BStBl. II 1993, 749; H 33 b EStH 2015).

Pflegepauschbetrag

Ab 01.01.2021 wird den Pflege-Pauschbetrag auch in Anspruch nehmen können, wer eine Person mit dem Pflegegrad 2 oder 3 häuslich pflegt. Das ist bisher nicht möglich. Denn den Pflege-Pauschbetrag erhält bisher nur, wer eine Person häuslich pflegt, die entweder das Merkzeichen „H“ hat („hilflos“) oder – dem gleichgestellt – den Pflegegrad 4 oder 5. Für die häusliche Pflege von Personen mit Pflegegrad 3 erhält man zukünftig einen Pflege-Pauschbetrag von 1.100 Euro, beim Pflegegrad 2 von 600 Euro.

Zudem wird auch der bisher vorgesehene Pflege-Pauschbetrag für die Pflege von Personen mit dem Pflegegrad 4 oder 5 bzw. dem Merkzeichen „H“ deutlich erhöht: statt 924 Euro beträgt er in Zukunft 1.800 Euro.

Haushaltshilfe § 35 a Abs. 2 EStG

Haushaltshilfe als Angestellte:

Wird eine geringfügig beschäftigte Haushaltshilfe angestellt, kann die eigene tarifliche Einkommenssteuer ermäßigt werden.

Auf Antrag kann sie um 20 % aber höchstens um 510,00 € der Aufwendung des Steuerpflichtigen ermäßigt werden.

Für sozialversicherungs- und lohnsteuerpflichtige Beschäftigungsverhältnisse ermäßigt sich die tarifliche Einkommenssteuer, vermindert um die übrigen Steuerermäßigungen auf Antrag um 20 %, höchstens 4.000,00 € der Aufwendungen des Steuerpflichtigen.

Diese Steuerermäßigung kann auch in Anspruch genommen werden für die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie für Aufwendungen, die wegen der Unterbringung in einem Heim oder zur dauernden Pflege erwachsen, soweit darin Kosten enthalten sind, die denen einer Haushaltshilfe vergleichbar sind (Aufschlüsselung oder Bestätigung des Heims!).

Haushaltshilfe auf selbstständiger Basis:

Sind Sie nicht der Arbeitgeber Ihrer Haushaltshilfe können Sie 20 % der in Rechnung gestellten Aufwendungen (ohne Material!) als Steuerermäßigung - maximal 1.200,00 € - beantragen. Voraussetzung hierfür ist: Sie haben eine Rechnung der Haushaltshilfe erhalten und bezahlen diese Rechnung unbar (Überweisung; Lastschrift; ec-Karte, Kreditkarte). Die Rechnung und den unbaren Zahlungsnachweis sollten Sie für das Finanzamt in jedem Fall bereithalten.

Die Steuerermäßigung steht neben der steuerpflichtigen pflegebedürftigen Person auch deren Angehörigen zu, wenn sie für Pflege und Betreuungsleistungen aufkommen und nicht den Pflegepausbetrag in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag für Alleinerziehende

Alleinstehende Steuerpflichtige können einen Entlastungsbetrag in Höhe von 1908 € im Kalenderjahr von der Summe der Einkünfte abziehen, wenn zu ihrem Haushalt mindestens ein Kind gehört, für das ihnen Kindergeld oder Kinderfreibetrag zustehen und im Haushalt keine andere volljährige Person ohne Kindergeld zugehörig ist.

Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte

Menschen mit Behinderung, bei denen ein GdB von mindestens 70 oder ein GdB von mindestens 50 und eine erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis) vorliegt, können für je eine Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte die tatsächlichen Fahrtkosten geltend machen. Hierzu gehören neben den Betriebskosten, Absetzungen für Abnutzung und Aufwendungen für laufende Reparaturen und Pflege auch Garagenmiete, Steuern und Versicherungen

sowie Parkgebühren und Beiträge zu einem Automobilclub. Ohne Einzelnachweis der tatsächlichen Aufwendungen können für PKW 0,30 €, für Motorrad oder Motorroller 0,13 € je gefahrenem Kilometer geltend gemacht werden.

In den genannten Fällen können Menschen mit Behinderung zusätzlich auch die sogenannten Leerfahrten geltend machen, wenn sie das Kraftfahrzeug wegen der Behinderung nicht selbst führen können und deshalb zur Arbeit gebracht und wieder abgeholt werden müssen.

KFZ Steuerermäßigungen für Menschen mit Behinderung

Je nach Grad der Behinderung (GdB) gibt es einen Anspruch auf Ermäßigung oder Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer für ein Fahrzeug. Die Steuervergünstigungen können dabei auch minderjährige Kinder erhalten, wenn das Fahrzeug auf deren Namen zugelassen wird.

Zu beachten ist, dass das Fahrzeug nicht zweckfremd genutzt werden darf. Eine solche Nutzung wären beispielsweise Fahrten durch Dritte, die nicht der Haushaltsführung oder der Fortbewegung der Person mit Behinderung dienen.

Wird das Fahrzeug zu anderen als den steuerbegünstigten Zwecken genutzt, muss dies der zuständigen Stelle umgehend mitgeteilt werden. Diese setzt dann die KFZ-Steuer für die Dauer der zweckfremden Nutzung (mindestens 1 Monat) fest.

Ermäßigung der Kfz-Steuer um 50 %

Die Voraussetzungen für die Ermäßigung der KFZ-Steuer von 50% sind:

- Schwerbehinderung mindestens GdB 50 oder mehr
- Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G) oder gehörlos (Merkzeichen Gl)
- Der Verzicht auf die Wertmarke zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr
- Die Zulassung des Fahrzeuges auf die Person mit Behinderung.
- Befreiung von der Kfz-Steuer zu 100 %
- Schwerbehinderung mindestens GdB 50 oder mehr
- Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG), blind (Merkzeichen Bl) und/oder hilflos (Merkzeichen H).
- Die Zulassung des Fahrzeuges auf die Person mit Behinderung.
- Die Wertmarke zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr kann zusätzlich beantragt werden.

Antragstellung

Zollamt Bamberg
Ludwigstraße 28
96052 Bamberg
Telefon: 0951 296058-0
Fax: 0951 296058-266
Email: poststelle.za-bamberg@zoll.bund.de

Antragsformular

<https://www.formulare-bfinv.de/ffw/form/display.do?%24context=6BADF36B51E1ADD952D7>

Informationsportal für Menschen mit Behinderung, die Auto fahren www.autoanpassung.de

Tipp: Ermäßigung der Kraftfahrzeugversicherung

Bei Ermäßigung oder Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer erhält man bei einzelnen Versicherungsunternehmen einen Beitragsnachlass von 12-25 % der Kraftfahrzeugversicherung

Tipp: Ermäßigung der Kraftfahrzeugversicherung

Bei Ermäßigung oder Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer erhält man bei einzelnen Versicherungsunternehmen einen Beitragsnachlass von 12-25 % der Kraftfahrzeugversicherung

Weitere Infos

Steuermerkblatt
<http://bvkm.de/?s=steuer>

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung

Jeder kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, wichtige Fragen nicht mehr selbst beantworten zu können.

Rechtzeitige Vorsorge macht eine selbstbestimmte Lebensführung möglich, auch für die Lebenslagen, in denen man seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Mit Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung kann sich jeder schon in gesunden Tagen vorausschauend für die Wechselfälle des Lebens entscheiden.

Mit der Vorsorgevollmacht kann man einer anderen Person die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten für den Fall übertragen, dass man die Fähigkeit selbst zu entscheiden einbüßt. In der Patientenverfügung kann man vorab über das Ob und Wie medizinischer Maßnahmen entscheiden, z.B. ob bei konkret beschriebenen Krankheitszuständen bestimmte medizinische Maßnahmen gewünscht oder nicht gewünscht sind. Mit der Betreuungsverfügung kann jeder schon im Voraus festlegen, wen das Gericht als Betreuer bestellen soll, wenn es ohne rechtliche Betreuung nicht mehr weitergeht.

In der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz finden Sie die jeweiligen schriftlichen Formularvorlagen zur Vorsorgevollmacht, zur Patientenverfügung und zur Betreuungsverfügung.

[https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL\(artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,AARTxNODENR:333708,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x\)=X](https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL(artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,AARTxNODENR:333708,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x)=X)

Download Patientenverfügung als PDF

https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile

Die Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist das ideale Instrument, um die eigene Zukunft auch für den Fall selbst zu gestalten, dass man selber nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen.

Eine solche kann nicht nur infolge Alters oder Gebrechlichkeit eintreten, sondern auch durch Krankheit oder plötzliche Notsituationen. Deshalb ist auch niemand zu jung, über eine Vorsorgevollmacht nachzudenken.

Durch eine Vorsorgevollmacht kann eine gesetzliche Betreuung vermieden werden. Denn ein vom Vormundschaftsgericht eingesetzter Betreuer ist nach dem Willen des Gesetzgebers (§ 1896 BGB) dann nicht erforderlich, wenn und soweit ein Bevollmächtigter die Angelegenheiten regeln kann. Damit wird das Recht auf Selbstbestimmung gestärkt: Mit einer Vorsorgevollmacht kann man „in gesunden Tagen“ die Vertrauensperson selbst auswählen, die bei später eintretender Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit entscheidet und handelt. Die Vorsorgevollmacht darf nicht mit einer Patientenverfügung verwechselt werden.

Für Vollmachten gilt im Grundsatz das Prinzip der Formfreiheit. Vorsorgevollmachten sind schriftlich zu fassen. Vor allem die notarielle Form sorgt für rechtssichere Formulierungen.

Download Formular Vorsorgevollmacht

<https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Formulare/Vorsorgevollmacht.html?nn=6765634>

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung kann schriftlich im Voraus für den Fall einer eigenen Entscheidungsunfähigkeit der eigene Wille bezüglich der Art und Weise einer ärztlichen Behandlung niedergelegt werden. Solange der Patient einwilligungsfähig ist, entscheidet er selbst nach Aufklärung und Beratung durch den Arzt über alle ärztlichen Maßnahmen.

Falls aber keine eigene Entscheidungsfähigkeit mehr möglich ist, vor allem der eigene Wille nicht mehr geäußert werden kann, muss ein Bevollmächtigter oder Betreuer eingesetzt werden. Ist weder ein Bevollmächtigter noch ein Betreuer bestellt, muss bei eilbedürftigen Maßnahmen der Arzt nach dem „mutmaßlichen Willen“ handeln. Der „mutmaßliche Wille“ ist überhaupt maßgeblich für jede ärztliche Behandlung, zu der man sich selbst nicht mehr äußern kann, sofern keine schriftliche Patientenverfügung erstellt ist. Gegebenenfalls muss vom Bevollmächtigten oder Betreuer ermittelt werden, wie man sich entscheiden würde, wenn man den eigenen Willen noch kundtun könnte.

Deshalb ist es wichtig, dies vorausschauend in einer Patientenverfügung festzulegen.

Die Patientenverfügung sollte nicht nur allgemeine Formulierungen enthalten, wie z.B. den Wunsch „in Würde zu sterben“, wenn ein erträgliches Leben nicht mehr möglich erscheint. Vielmehr sollte ganz konkret festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine Behandlung nicht begonnen oder fortgesetzt werden darf. Es ist empfehlenswert, hierzu ein ärztliches Beratungsgespräch zu führen.

Der Gesetzgeber hat mit Wirkung ab 1. September 2009 zur Patientenverfügung Regelungen getroffen, die insbesondere verlangen, dass Patientenverfügungen schriftlich abgefasst werden.

Es ist Aufgabe des Vorsorgebevollmächtigten, dem in der Patientenverfügung ausgedrückten Willen Geltung zu verschaffen. Deshalb muss eine Patientenverfügung immer mit einer Vorsorgevollmacht kombiniert werden; andernfalls entscheidet ein gerichtlich bestellter Betreuer. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Download Broschüre Patientenverfügung des Bundesministeriums der Justiz

http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile

Die Broschüre gibt Hilfestellung für diejenigen Bürgerinnen und Bürger, die eine individuelle Patientenverfügung verfassen wollen.

Die Betreuungsverfügung

Anders als mit einer Vorsorgevollmacht wird durch eine Betreuungsverfügung die Einschaltung des Gerichts zwar nicht vermieden. Durch eine Betreuungsverfügung kann aber Einfluss auf die durch ein Gericht anzuordnende Betreuung genommen werden. So können die Person und/oder auch Wünsche hinsichtlich der Lebensgestaltung bei Betreuung festgelegt werden.

Das Gericht bzw. der Betreuer sind im Grundsatz an diese Wünsche gebunden. Eine andere Person darf nur dann durch das Gericht bestellt werden, wenn sich die in der Betreuungsverfügung genannte Person als ungeeignet erweist. Den Umfang der Befugnisse des Betreuers bestimmt das Gericht.

Auch unterliegt der Betreuer gesetzlichen Beschränkungen und der gerichtlichen Überwachung. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied zum Vorsorgebevollmächtigten.

In Vorsorgevollmachten werden Betreuungsverfügungen häufig als „Notlösung“ für den Fall aufgenommen, dass die in erster Linie gewünschte Vertretung durch die Vertrauensperson scheitert.

Download Formular Betreuungsverfügung

<https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Formulare/Betreuungsverfuegung.html?nn=6765634>

Download Broschüre Betreuungsrecht Bundesministerium der Justiz

<https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht>

Rechtsberatung bei Vorsorgeurkunden

Es empfiehlt sich, für die Errichtung von Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen rechtlichen Rat in Anspruch zu nehmen. Rechtlichen Rat erteilen Rechtsanwälte und Notare. Für Verfügungen über Grundbesitz ist zwingend eine notarielle Urkunde erforderlich. Hier finden Sie den Notar Ihrer Wahl: www.deutsche-notaruskunft.de. Über Anschriften von Rechtsanwälten informiert Sie die örtliche Rechtsanwaltskammer; deren Anschriften finden Sie unter www.brak.de.

WC-Zentralschlüssel = Euroschlüssel für Toiletten für Menschen mit Behinderung

An vielen Orten gibt es spezielle Toiletten, die für Menschen mit Behinderung geeignet sind, z. B. an Autobahnraststätten, in Hotels, Restaurants oder in den Innenstädten. Die meisten Toiletten sind verschlossen, und nur mit dem Euroschlüssel zu öffnen. Interessierte können beim Club Behinderter und Freunde in Darmstadt (CBF) einem Zentralschlüssel (Euroschlüssel) bekommen.

In einer Broschüre, die der CBF mit dem Schlüssel verschickt, sind rund 9000 Standorte von Toiletten für Menschen mit Behinderung in Deutschland verzeichnet. In Deutschland, Österreich und in der Schweiz ist der Schlüssel damit eine echte Erleichterung. In anderen Ländern Europas mangelt es leider an Toiletten für Menschen mit Behinderung.

Kosten

Für 23 € erhalten Menschen mit Behinderung und Menschen mit chronischen Erkrankungen eine Info-Broschüre und den passenden Schlüssel für die Toiletten.

Wer erhält den Schlüssel?

Wer einen GdB (Grad der Behinderung) von mindestens 70 im Schwerbehindertenausweis hat, kann den Zentralschlüssel nutzen.

Auch Schwer Gehbehinderte; Rollstuhlfahrer; Stomaträger; Blinde; Schwerbehinderte, die hilfsbedürftig sind und gegebenenfalls eine Hilfsperson brauchen; an Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa erkrankte und Menschen mit chronischen Blasen- / Darmleiden, können den Schlüssel beantragen.

Wo erhält man den Schlüssel?

Oft kann man den Euroschlüssel im Bürgerbüro, dem Sozialamt oder bei der örtlichen Stadt- oder Kreisverwaltung bekommen.

Der Schlüssel kann auch bei der folgenden Anschrift angefordert werden:

CBF Darmstadt e.V.

Pallaswiesenstr. 123a

64293 Darmstadt

Telefon: (06151) 81 22 - 0

Telefax: (06151) 81 22 – 81

E-Mail: info@cbf-darmstadt.de

<https://cbf-da.de/de/angebote/shop/euro-wc-schluesel/>

Leistungen der Eingliederungshilfe?

Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben (wesentliche Behinderung) oder die von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Bei der Prüfung, ob eine geistige Behinderung wesentlich ist, gilt: Es kommt für die Beurteilung nicht entscheidend auf den Umfang der Beeinträchtigung an, sondern darauf, wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabe auswirkt. Deshalb darf auch nicht einfach auf den Grad der Behinderung oder den ermittelten Intelligenzquotienten (IQ) abgestellt werden.

Welche Leistungen gibt es in der Eingliederungshilfe?

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind sehr vielfältig. Bisher waren die Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu finden, was sehr unübersichtlich war. Seit dem 1. Januar 2020 sind die Regelungen nun in Teil 2 des SGB IX zusammengefasst und in vier Leistungsgruppen aufgeteilt.

Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören die Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Sie sind in den § 113 bis § 116 SGB IX geregelt (Kapitel 6), die wiederum auf die § 77 bis § 84 SGB IX verweisen.

Leistungen zur Sozialen Teilhabe stellen die behinderungsbedingt notwendige Unterstützung im sozialen Bereich sicher. Zu ihnen gehören etwa die Unterstützung beim Wohnen und in der Freizeit sowie heilpädagogische Leistungen und Leistungen zur Mobilität.

Von besonderer Bedeutung ist der neue § 78 SGB IX, in dem die Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags geregelt sind.

Neu ist ab 01.01.2020 eine Regelung zum sogenannten „Poolen“.

Gemeint sind Fälle, in denen Menschen mit Behinderung die gleiche Leistung zur gleichen Zeit und am gleichen Ort benötigen, weshalb die Leistung für zwei oder mehr Menschen mit Behinderung gemeinsam erbracht werden kann.

Voraussetzung ist, dass eine „gepoolte“ Leistung die jeweiligen Bedarfe deckt und für den Menschen mit Behinderung zumutbar ist. In § 116 SGB IX ist geregelt, welche Leistungen „gepoolt“ werden dürfen. Erlaubt ist das z. B. bei Assistenzleistungen, Leistungen zur Beförderung (Beförderungsdienst) und heilpädagogischen Leistungen. Andere als die dort genannten Leistungen dürfen nicht „gepoolt“ werden.

Beispiel: In einer Wohngemeinschaft wohnen zwei Menschen mit Behinderung. Sie benötigen unter anderem Assistenz bei der Haushaltsführung, z. B. für den Einkauf und das Aufräumen. Die Vorschrift zum Poolen von Leistungen ermöglicht es, dass die beiden Menschen mit Behinderung von nur einer Assistenzkraft unterstützt werden, wenn ihr Unterstützungsbedarf das zulässt und es für sie zumutbar ist.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen daneben Leistungen zur Teilhabe an Bildung. Diese sind in § 112 SGB IX geregelt. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erhalten hierüber die aufgrund ihrer Behinderung notwendige Unterstützung in der Schule, bei der Ausbildung oder im Studium.

Wichtigste Leistungen für Kinder mit geistiger Behinderung ist die Schulbegleitung. Zu dieser Leistung gehört ab 1. Januar 2020 auch die Unterstützung am Nachmittag in einer Offenen Ganztagschule. Neu ist auch hier eine Regelung zum sogenannten „Poolen“. Das bedeutet, dass eine Leistung von zwei Kindern/Jugendlichen mit Behinderung gemeinsam in Anspruch genommen wird.

Beispiel: Zwei Kinder mit Behinderung besuchen die gleiche Klasse einer Grundschule. Eine Schulbegleiter*in kann beide Kinder gemeinsam im Unterricht unterstützen, wenn der Unterstützungsbedarf der Kinder das zulässt und es für beide zumutbar ist.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören darüber hinaus auch Leistungen zur Beschäftigung (Teilhabe am Arbeitsleben). Diese sind in § 111 SGB IX geregelt.

Neben Leistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen sind seit 2018 auch das Budget für Arbeit und Leistungen bei anderen Leistungsanbietern vorgesehen.

Ab 1. Januar 2020 können junge Menschen mit Behinderung auch ein Budget für Ausbildung in Anspruch nehmen, um mit der notwendigen Assistenz eine Berufsausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu absolvieren. Für diese Leistung ist jedoch nicht der Träger der Eingliederungshilfe, sondern die Bundesagentur für Arbeit zuständig. Deshalb ist diese Leistung nicht in § 111 SGB IX aufgeführt, sondern in § 61a SGB IX.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Das Recht der Eingliederungshilfe sieht außerdem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor. Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören beispielsweise die Frühförderung und die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln.

Frühförderung ist in aller Regel die erste Leistung der Eingliederungshilfe, die ein Kind mit Behinderung erhält. Sie stellt zeitnah eine bestmögliche Unterstützung des Kindes und seiner Familie sicher. Leistungen der Frühförderung stehen Kindern bis zur Einschulung zu.

Was bedeutet Wunsch- und Wahlrecht?

Ein wichtiger Grundsatz im Recht der Eingliederungshilfe ist das Wunsch- und Wahlrecht, das in § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX geregelt ist. Die Vorstellung des Menschen mit Behinderung zur Gestaltung der Leistung soll bei der Entscheidung über die Leistung berücksichtigt werden.

Das Wunsch- und Wahlrecht greift dann, wenn ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe dem Grunde nach besteht (»Ob«), jedoch mehrere geeignete Alternativen denkbar sind (»Wie«). Das ist z. B. der Fall, wenn verschiedene Maßnahmen in Betracht kommen.

Nach § 104 SGB IX muss Wünschen des Leistungsberechtigten entsprochen werden, wenn diese angemessen sind.

Ist ein Antrag erforderlich?

Seit 1. Januar 2020 müssen Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden. Geregelt ist das in § 108 SGB IX. In Oberfranken ist der Bezirk Oberfranken die Antragsbehörde.

Einkommensfreibeträge für Leistungen der Eingliederungshilfe

Der Vermögensfreibetrag ist durch das BTHG deutlich erhöht worden und beträgt nun 150 % des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung. Da sich das Durchschnittsentgelt nicht erhöht hat, beträgt er im Jahr 2022 – wie im Vorjahr – 59.220 Euro. Partnervermögen bleibt vollständig unberücksichtigt, darf also nicht herangezogen werden.

Hinweis: Dieser deutlich erhöhte Vermögensfreibetrag gilt nur für Leistungen der Eingliederungshilfe.

Für Leistungen nach dem SGB XII wie Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Hilfe zur Pflege beträgt der Vermögensfreibetrag nach wie vor 5.000 Euro.

Müssen Eltern volljähriger Kinder mit Behinderung einen Unterhaltsbeitrag für die Leistungen der Eingliederungshilfe zahlen?

Eltern müssen seit 2020 keinen Beitrag mehr zu den Eingliederungshilfeleistungen ihres erwachsenen Kindes leisten.

Hinweis: Wenn das volljährige Kind mit Behinderung neben den Leistungen der Eingliederungshilfe auch

Leistungen nach dem SGB XII wie Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Hilfe zur Pflege bekommt, müssen Eltern für diese SGB XII-Leistungen nur noch einen Unterhaltsbeitrag von 28,43 Euro bzw. 36,97 Euro zahlen, wenn ihr Jahreseinkommen jeweils über 100.000 Euro liegt (§ 94 Abs. 1a und Abs. 2 SGB XII). Liegt ihr Jahreseinkommen jeweils darunter, müssen sie auch für diese Leistungen keinen Unterhaltsbeitrag mehr leisten.