

Soziale Sicherung im Überblick

Einleitung

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“

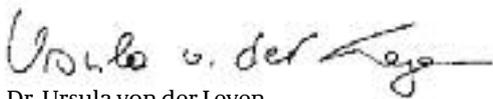
Artikel 20, Abs. 1 des Grundgesetzes



Unser Land ist stark, weil es sozial ist. Unsere sozialen Sicherungssysteme gehören zu den leistungsfähigsten der Welt. Sie sind ein Standortfaktor, denn sie stärken unsere Wirtschaftskraft. Und sie verbessern die Teilhabechancen vieler Bürgerinnen und Bürger.

Das soziale Netz haben Frauen und Männer über viele Generationen hinweg geknüpft. Damit es fest und dicht bleibt, müssen wir es immer wieder erneuern und veränderten Bedingungen anpassen.

Der Sozialstaat, die soziale Marktwirtschaft gehören zu den großen Traditionen Deutschlands. Der Sozialstaat macht unser Land lebenswerter und hat in der Welt einen guten Klang. Ich will, dass das auch in Zukunft so bleibt.

A handwritten signature in black ink, which reads "Ursula v. der Leyen". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Ursula von der Leyen
Bundesministerin für Arbeit und Soziales

Inhalt

Kindergeld, Bundeserziehungsgeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag, Bundeselterngeld.....	
Mutterschutz	
Arbeitsförderung	
Grundsicherung für Arbeitsuchende	
Arbeitsrecht	
Betriebsverfassung.....	
Mitbestimmung.....	
Mindestlohn	
Arbeitsschutz, Unfallverhütung	
Unfallversicherung	
Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen	
Jobs ohne Barrieren, Job4000	
Krankenversicherung und elektronische Gesundheitskarte.....	
Pflegeversicherung	
Rentenversicherung	
Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge	
Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung	
Sozialhilfe	
Wohngeld.....	
Internationale Sozialversicherung	
Sozialgerichtsbarkeit	
Sozialdatenschutz	
Bürgertelefon	
Gebärdensprachtelefon.....	
Impressum.....	

Kindergeld, Bundeserziehungsgeld

Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag, Bundeselterngeld

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

Ihre Rechte

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

Wichtig:

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

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

Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld?

Kindergeld erhalten Sie auch für

- Kinder des Ehegatten, wenn sie in Ihrem Haushalt leben,
- Pflegekinder, wenn sie in Ihrem Haushalt leben, für längere Zeit zu Ihrer Familie gehören und nicht mehr unter der Obhut und Pflege ihrer Eltern stehen,
- Enkelkinder, wenn Sie sie in Ihren Haushalt aufgenommen haben. Trifft eines dieser Kriterien auf Sie zu? Dann erhalten Sie in jedem Fall Kindergeld für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sie bekommen jedoch unter bestimmten Umständen weiterhin Kindergeld, wenn das Kind älter ist als 18 Jahre.

Die Altersgrenze liegt bei 25 Jahren, wenn der junge Mensch

- noch zur Schule geht oder einen Beruf erlernt und seine Einkünfte und Bezüge nicht mehr als 8.004 EUR im Kalenderjahr betragen. Von den Einkünften und Bezügen sind besondere Ausbildungskosten abzuziehen. Hierzu zählen u.a. Aufwendungen für Wege zwischen Wohnung und Ausbildungsstätte, für bei der Ausbildung benötigte Bücher und Arbeitsmittel und für Studiengebühren. Da während des gesamten Kalenderjahres Einkünfte und Bezüge bis insgesamt 8.004 EUR ohne Verlust des Kindergeldanspruchs erzielt werden können, haben Einkünfte von Studenten während der Semesterferien in vielen Fällen keine Auswirkung. Zur Ausbildung zählt auch eine kurzfristige Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten.
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr nach den jeweiligen Förderungsgesetzen oder einen Freiwilligendienst im Aktionsprogramm „Jugend in Aktion“ der EU oder einen anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 14b des Zivildienstgesetzes oder einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts“ im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 leistet oder einen Freiwilligendienst aller Generationen im Sinne von § 2 Abs. 1a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch.

- eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatzes nicht beginnen oder fortsetzen kann.
- bis zum vollendeten 21. Lebensjahr wird ein Kind berücksichtigt, das ohne Beschäftigung und bei einer Agentur für Arbeit als Arbeitssuchender gemeldet ist. Auch hier gilt der Grenzbetrag von 8.004 EUR.

Regelungen für Sonderfälle

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

Wie kommen Sie an das Kindergeld?

Um Kindergeld zu bekommen, müssen Sie einen Antrag stellen.

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

So wird Kindergeld für über 25-jährige Söhne gezahlt, die noch in der Ausbildung sind und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst geleistet haben. Für sie erhöht sich die Altersgrenze von 25 Jahren um den Zeitraum, die der Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes entspricht. Beispiel: Hat der Sohn z.B. 9 Monate Grundwehrdienst geleistet, können die Eltern das Kindergeld erhalten, bis er 25 Jahre und neun Monate alt ist, falls die Einkünfte und Bezüge nicht mehr als 8.004 EUR jährlich betragen.

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

Vollwaisen erhalten für sich selbst 184 EUR Kindergeld im Monat, wenn für sie keine andere Person Anspruch auf Kindergeld oder eine vergleichbare Leistung hat. Das gilt auch für Kinder, die den Aufenthaltsort ihrer Eltern nicht kennen.

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

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Einkommensteuergesetz und im Bundeskindergeldgesetz.

Information

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

Der Kinderfreibetrag und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung

Wird mit der Zahlung des Kindergeldes das Existenzminimum des Kindes nicht steuerlich freigestellt, sind ein Kinderfreibetrag (4.368 EUR im Jahr) und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung (2.640 EUR im Jahr) vom Einkommen abzuziehen. Das bereits erhaltene Kindergeld wird mit der steuerlichen Auswirkung der Freibeträge verrechnet. Ob das Kindergeld zu der verfassungsrechtlich gebotenen Steuerfreistellung ausreicht, wird bei der Veranlagung zur Einkommensteuer geprüft.

Die Kinderzulage

Die Kinderzulage (früher Baukindergeld) erhalten Anspruchsberechtigte, die eine eigene Wohnung oder ein Haus gebaut oder gekauft haben, bis zu acht Jahre lang zusätzlich zum normalen Kindergeld im Rahmen der Eigenheimzulage. Sie beträgt für selbst genutzte Wohnungen, bei denen der Kaufvertrag vor dem 1. Januar 2004 abgeschlossen wurde oder bei denen mit der Herstellung durch die Anspruchsberechtigten vor dem 1. Januar 2004 begonnen wurde 767 EUR je Kind und Jahr. Haben die Anspruchsberechtigten bis zum 31. Dezember 2005 mit der Herstellung begonnen oder den Kaufvertrag abgeschlossen, erhalten sie einen Förderbetrag von 800 EUR. Da zum 1. Januar 2006 die Eigenheimzulage abgeschafft wurde, wird für neue Objekte auch die Kinderzulage nicht mehr gewährt. Anspruchsberechtigte, die bisher bereits Eigenheimzulage erhalten haben, wird die Kinderzulage für den verbleibenden Förderzeitraum weitergezahlt.

Die Elternzeit

Die Elternzeit setzt ein bestehendes Arbeitsverhältnis voraus.

Die Eltern können, wenn sie wollen, die bis zu dreijährige Elternzeit für ein Kind ganz oder zeitweise auch gleichzeitig nehmen. Elternzeit kann aber auch nur für die Partnermonate des Elterngeldes genutzt werden. Bei gleichzeitiger Inanspruchnahme der Elternzeit durch beide Elternteile ist zu beachten, dass dadurch kein Sozialhilfeanspruch entsteht, d.h. die Eltern müssen in dieser Zeit selbst für die Sicherung ihres Lebensunterhalts aufkommen. Mit Zustimmung des Arbeitgebers lässt sich außerdem bis zu ein Jahr der Elternzeit übertragen auf die Zeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes. Jeder Elternteil, der Elternzeit nimmt, kann bei Vorliegen folgender Voraussetzung bis zu 30 Stunden wöchentlich arbeiten. Ein Anspruch auf Teilzeitarbeit mit 15-30 Wochenstunden besteht, wenn das Arbeitsverhältnis bereits länger als 6 Monate besteht, im Unternehmen regelmäßig mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt sind, die Teilzeit 15-30 Wochenstunden beträgt und keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen. Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer hat das Recht, nach der Elternzeit zu der Arbeitszeit zurückzukehren, die vor Beginn der Elternzeit galt. Für die Elternzeit gilt eine Anmeldefrist von 7 Wochen gegenüber dem Arbeitgeber. Der Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit muss spätestens 7 Wochen vor geplanter Aufnahme der Teilzeittätigkeit mitgeteilt werden.

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

Wie hoch ist das Kindergeld?

Sie erhalten pro Monat

- für die ersten beiden Kinder jeweils 184 EUR,
- für das dritte Kind 190 EUR,
- für das vierte und jedes weitere Kind 215 EUR.

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

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

Gesetze

Die Grundlagen zum Erziehungsgeld und zur Elternzeit finden Sie in der Broschüre „Elterngeld und Elternzeit“. Weitere Auskünfte erteilen die Mitarbeiter des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 7.00 bis 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 01801-907050.

Der Unterhaltsvorschuss

Leistungen/Voraussetzungen

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

Unterhaltsvorschuss wird bis zu einem Kindesalter von 12 Jahren und längstens für insgesamt 72 Monate geleistet. Unterhaltsvorschuss bedeutet: den gesetzlichen Mindestunterhalt gemäß § 1612a Abs. 1 BGB minus des für ein erstes Kind zu zahlenden Kindergeldes. Danach beträgt der Unterhaltsvorschuss je nach Alter des Kindes ab 01.01.2010 monatlich

- für Kinder unter 6 Jahren 133 EUR,
- für ältere Kinder bis unter 12 Jahren 180 EUR.

Wichtig:

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

Der Kinderzuschlag

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

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

Der Kinderzuschlag beträgt maximal 140 EUR monatlich je Kind und deckt zusammen mit dem Kindergeld in Höhe von monatlich 184 EUR den durchschnittlichen Bedarf von Kindern. Hinsichtlich des Wohnbedarfs ist das bei gegebener Einkommenshöhe zustehende Wohngeld zu berücksichtigen.

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

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

Die gesetzlichen Regelungen finden Sie im Bundeskindergeldgesetz.

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

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Bundeskindergeldgesetz (BKGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Januar 2009 (BGBl. I S. 142, 3177), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2009 (BGBl. I S. 3950).

Beim Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock erhalten Sie die kostenlose Broschüre „Elterngeld und Elternzeit“, die auch Informationen zum Erziehungsgeld erhält. Weitere Informationen unter www.bmfsfj.de

Information

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

Das Bundeselterngeld

Elterngeld können die Eltern in den ersten 14 Lebensmonaten ihres Kindes erhalten.

Kernelement des Elterngeldes ist die dynamische Leistung in Anknüpfung an das durchschnittliche bereinigte Nettoerwerbseinkommen der letzten zwölf Kalendermonate vor der Geburt des Kindes. Es ersetzt 67 Prozent des nach der Geburt wegfallenden Erwerbseinkommens und beträgt maximal 1.800 EUR. Den Mindestbetrag von 300 EUR bekommen alle anspruchsberechtigten Eltern auch, wenn sie vor der Geburt nicht erwerbstätig waren.

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

Leistungen und Voraussetzungen

Anspruch auf Elterngeld haben Mütter und Väter,

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

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

Für angenommene Kinder und mit dem Ziel der Annahme aufgenommener Kinder gibt es ebenfalls Elterngeld für die Dauer von bis zu 14 Monaten. Die 14-Monats-Frist beginnt, wenn das Kind in den Haushalt aufgenommen wird. Der Anspruch besteht nicht mehr, sobald das Kind das achte Lebensjahr vollendet hat. Bei schwerer Krankheit, schwerer Behinderung oder Tod der Eltern haben Verwandte bis dritten Grades (Urgroßeltern, Großeltern, Onkel und Tanten sowie Geschwister) und ihre Ehegattinnen einen Anspruch auf Elterngeld.

Staatsangehörige von Mitgliedstaaten der EU und der Schweiz haben ebenso wie Deutsche nach dem Recht der EU in der Regel dann einen Anspruch auf Elterngeld, wenn sie in Deutschland erwerbstätig sind oder, falls sie nicht erwerbstätig sind, in Deutschland wohnen.

Andere Ausländerinnen und Ausländer haben einen Anspruch, wenn ihr Aufenthalt in Deutschland nach der Art ihres Aufenthaltstitels und ihres Zugangs zum Arbeitsmarkt voraussichtlich dauerhaft ist. Wer eine Niederlassungserlaubnis besitzt, erfüllt diese Voraussetzungen ohne Weiteres. Wer eine Aufenthaltserlaubnis besitzt, erfüllt die Anspruchsvoraussetzungen nur dann, wenn sie oder er auch zur Erwerbstätigkeit in Deutschland berechtigt ist oder hier schon erlaubt gearbeitet hat. Erst nach einem Aufenthalt in Deutschland von drei Jahren und bei Bestehen eines Arbeitsverhältnisses oder Bezug von Arbeitslosengeld kann Elterngeld erhalten, wer eine Aufenthaltserlaubnis in Härtefällen, zum vorübergehenden Schutz, bei Aussetzung der Abschiebung oder wegen des Bestehens von Ausreisehindernissen besitzt.

Finanzielle Grundlagen

Die Elterngeldleistung beträgt prozentual mindestens 67 Prozent des entfallenden durchschnittlich bereinigten Nettoeinkommens, absolut mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 EUR (67 Prozent von maximal 2.700 EUR, die als Einkommen berücksichtigt werden) für mindestens zwölf Lebensmonate des Kindes.

Ist das durchschnittliche bereinigte Nettoeinkommen vor der Geburt geringer als 1.000 EUR monatlich, wird die Ersatzrate von 67 Prozent auf bis zu 100 Prozent angehoben. Für je 2 EUR, die das Einkommen unter 1.000 EUR liegt, steigt die Ersatzrate um 0,1 Prozent.

Mehrkindfamilien können einen Geschwisterbonus in Höhe von 10 Prozent des zustehenden Elterngeldes, mindestens aber 75 EUR im Monat erhalten. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Elterngeld um je 300 EUR für jedes zweite und weitere Mehrlingskind.

Information

Zuständig für die Ausführung des Gesetzes sind die von den Landesregierungen bestimmten Stellen:

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

Die Grundlagen zum Elterngeld und zur Elternzeit finden Sie in der Broschüre „Elterngeld und Elternzeit“. Weitere Auskünfte erteilen Mitarbeiter des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 01801-907050.

Weitere Informationen über das Elterngeld enthält auch die Broschüre „Elterngeld und Elternzeit“. Diese Broschüre können sie kostenlos bestellen beim Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock. E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Mutterschutz

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

Mutterschutz im Überblick

Als werdende Mutter genießen Sie, wenn Sie Arbeitnehmerin sind, einen besonderen Schutz vor Gefahren am Arbeitsplatz sowie einen besonderen Kündigungsschutz vom Beginn der Schwangerschaft an bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung. Die Mutterschutzfristen von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung ermöglichen es Ihnen, sich völlig unbelastet von einer beruflichen Arbeitsleistung auf Ihr Kind einzustellen und sich zu erholen. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten verlängert sich die Mutterschutzfrist auf 12 Wochen nach der Entbindung. Im Falle einer vorzeitigen Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Geburt in jedem Fall entsprechend um den verlorenen Fristanteil der Schutzfrist vor der Entbindung.

Während dieser Zeit erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Mutterschaftsgeld; dabei kommt es auf Art und Umfang Ihrer Krankenversicherung an. Ab Geburt des Kindes können die Eltern Elterngeld beantragen und Elternzeit (auf Wunsch auch gleichzeitig) beanspruchen. Nähere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Kapitel „Kinder-geld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“.

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

Was leistet das Mutterschutzgesetz?

Kündigungsschutz

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

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

Seit 1997 gilt der Kündigungsschutz uneingeschränkt auch für alle Hausangestellten.

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

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

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

Gestaltung des Arbeitsplatzes

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

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

Mutterschutz hat Vorrang

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

Im Gesetz sind daher allgemeine Beschäftigungsverbote genannt:

Grundsätzlich dürfen werdende und stillende Mütter

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

Wer hat Anspruch auf Mutterschutz?

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

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

Welche Staatsangehörigkeit Sie besitzen, spielt dabei keine Rolle. Lediglich Ihr Arbeitsort muss in Deutschland liegen. Keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz haben Hausfrauen und Selbständige (diese können einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes haben, wenn sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind). Allerdings können sie sehr wohl Elterngeld erhalten (siehe Kapitel „Kindereld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“). Für Beamtinnen gelten besondere Regelungen.

- nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden;
- vom Verbot der Nacht- und Sonntagsarbeit gibt es aber begrenzte Ausnahmen (siehe bei Sonderregelungen).

Wenn der dritte Schwangerschaftsmonat vorüber ist, sind regelmäßige Arbeiten auf Beförderungsmitteln verboten. Beispielsweise dürfen Sie dann keinen Omnibus oder LKW lenken, aber auch kein Taxi. Bei Verkaufsfahrerinnen gilt das Verbot zumindest dann, wenn die Fahrzeit mehr als die Hälfte der Beschäftigungszeit ausmacht. Werdende Mütter dürfen nicht nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft mit Arbeiten, bei denen sie ständig stehen müssen, beschäftigt werden, soweit diese Beschäftigung täglich vier Stunden überschreitet.

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

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

Sonderregelungen zu den Beschäftigungsverboten

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

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

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

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

Schutzfrist

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

Wichtig:

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

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

Mutterschutzlohn

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

Mutterschaftsgeld

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

Ärztliche Pflege und Betreuung

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

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

Voraussetzungen für das Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie, wenn Sie

- bei Beginn der Schutzfrist eigenständiges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (unabhängig davon, ob es sich um eine Pflichtmitgliedschaft oder eine freiwillige Mitgliedschaft handelt) und
- mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind oder
- in einem Arbeitsverhältnis stehen, Ihnen jedoch wegen der Schutzfrist kein Arbeitsentgelt gezahlt wird.

Höhe der Leistungen

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

Wichtig:

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

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

Wenn Sie arbeitslos sind und Arbeitslosengeld I nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch beziehen, berechnet sich das Mutterschaftsgeld wie das Krankengeld.

Sind Sie Bezieherin von Arbeitslosengeld II, sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert. Ein Krankengeldanspruch ist in diesem Fall nicht erforderlich, da der Anspruch auf Arbeitslosengeld II auch während der Arbeitsunfähigkeit weiter besteht. Das Mutterschaftsgeld sowie das Krankengeld haben Entgeltersatzfunktion. Auf Grund der Tatsache, dass Arbeitslosengeld II-Bezieher diese Leistung im Falle von Krankheit oder Mutterschaft weiter gezahlt bekommen, bedarf es keines Anspruchs auf eine Entgeltersatzleistung.

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

Wichtig:

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

Während Sie Mutterschaftsgeld beziehen, bleiben Sie beitragsfrei in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung – vorausgesetzt, Sie waren dort schon vorher pflichtversichert und haben keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen. Als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse bleiben Sie beitragspflichtig. Wenn Sie privat versichert sind, müssen Sie Ihre Versicherungsprämien weiter selbst tragen.

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

Gesetze

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

Information

Fragen zum Mutterschutz, insbesondere zu den Schutzfristen und zum Mutterschaftsgeld, beantwortet Ihnen Ihre Krankenkasse. Darüber hinaus erteilen die Mitarbeiter des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter der Telefonnummer 01801/907050 von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr Auskünfte zum Mutterschutzgesetz.

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

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

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

Arbeitsförderung

Sozialgesetzbuch III – Arbeitsförderung

In der Bundesrepublik sollen möglichst viele Frauen und Männer beschäftigt sein. Mit dem Arbeitsförderungsrecht (Drittes Buch Sozialgesetzbuch - SGB III) sollen deshalb die Erwerbschancen Arbeitsloser verbessert und der Ausgleich auf dem Arbeitsmarkt erleichtert werden. Die Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg mit ihren Agenturen für Arbeit setzt das SGB III in die Praxis um.

Aufgaben und Leistungen

Die Bundesagentur für Arbeit hat u. a. folgende wesentliche Aufgaben:

- Berufsberatung und -orientierung,
- Vermittlung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen,
- Hilfen zur Verbesserung der Beschäftigungschancen,
- sonstige Förderung der beruflichen Eingliederung,
- Entgeltersatzleistungen,
- Arbeitgeberberatung.

Die Bundesagentur für Arbeit wendet sich mit ihren Leistungen sowohl an Arbeitnehmer als auch an Arbeitgeber.

Leistungen gibt es

- für Arbeitslose und Arbeitsuchende,
- bei der Berufswahl,
- bei der Suche nach Arbeits- und Ausbildungsplätzen bzw. Arbeitskräften und Auszubildenden, zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen,
- zur beruflichen Aus- und Weiterbildung,
- zur Vermittlungsunterstützung,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit,
- zur Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit,
- bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers.

Einige Leistungen der Bundesagentur für Arbeit können Sie in jedem Fall in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob Sie vorher Beiträge gezahlt haben oder nicht. Dazu gehören die Berufsberatung und -orientierung oder die Vermittlung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Um andere Leistungen - beispielsweise Arbeitslosengeld - zu erhalten, müssen Sie zuvor bei einem Arbeitgeber versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.

Berufsorientierung

Eine systematische Berufsorientierung kann die Vorbereitung auf die Berufswahl und somit den beruflichen Lebensweg von Jugendlichen und Erwachsenen positiv beeinflussen. Sie kann zudem den Beratungsprozess erleichtern, in dem über Fragen der Berufswahl, über die Berufe sowie Anforderungen und Aussichten, über Wege und Förderung der beruflichen Bildung und über beruflich bedeutsame Entwicklungen in den Betrieben, Verwaltungen und auf dem Arbeitsmarkt umfassend unterrichtet wird.

Hierzu dienen u. a. die Schulbesprechungen in den Abgangs- bzw. Vorabgangsklassen oder die Berufsorientierungsveranstaltungen in den Berufsinformationszentren (BIZ) aber auch die von der Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Verfügung gestellten Digital- und Printmedien. Die Agenturen für Arbeit können darüber hinaus Schülerinnen und Schüler allgemein bildender Schulen durch vertiefte Berufsorientierung und Berufswahlvorbereitung fördern.

Berufsberatung

Berufsberatung richtet sich an Jugendliche und Erwachsene. Sie umfasst die Erteilung von Rat und Auskunft insbesondere zur Berufswahl, über die Berufe und ihre Anforderungen, über Wege der Förderung der beruflichen Bildung, über bedeutsame Entwicklungen in der Berufswelt, über die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und zur Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche.

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

Arbeitsmarktberatung

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

Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung

Jeder, der eine Arbeitsstelle sucht, weil er oder sie arbeitslos ist bzw. wird oder sich beruflich verändern möchte, kann die Vermittlung der Agentur für Arbeit in Anspruch nehmen. Junge Menschen, die eine Ausbildung suchen, erhalten ebenfalls Unterstützung. Die Vermittlung ist die Kernaufgabe der Agenturen für Arbeit. Die übrigen Leistungen und Hilfen der Arbeitsförderung werden nur gewährt, wenn ohne sie die dauerhafte Eingliederung in den Arbeitsmarkt oder Ausbildungsmarkt nicht gelingen kann.

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

Insbesondere wenn dadurch die berufliche Eingliederung erleichtert werden kann, können die Agenturen für Arbeit Träger mit Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung beauftragen. Arbeitslose, die länger als sechs Monate arbeitslos sind, haben einen Anspruch auf Teilnahme an einer solchen Maßnahme. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Arbeitslose einen Anspruch auf einen Vermittlungsgutschein, der die Beauftragung eines privaten Arbeitsvermittlers – finanziert durch die Agentur für Arbeit – ermöglicht.

Vermittlungsunterstützende Leistungen

Vermittlungsbudget

Ausbildungssuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose können aus dem Vermittlungsbudget der Agentur für Arbeit bei der Anbahnung und Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung unterstützt werden.

Die vermittlungsunterstützenden Leistungen aus dem Vermittlungsbudget sollen flexibel, zielgerichtet und bedarfsorientiert unterschiedliche Hemmnisse beseitigen und dabei den spezifischen Bedürfnissen der Arbeit- und Ausbildungssuchenden Rechnung tragen. Das Vermittlungsbudget bietet damit einen großen Spielraum für eine individuelle Förderung, um verschiedene Hilfestellungen im Einzelfall gewähren zu können. Der Gesetzgeber hat daher darauf verzichtet, detaillierte Vorgaben zu Fördermöglichkeiten zu machen. Mit den Vermittlungs- und Beratungskräften ist im Einzelfall der konkrete Unterstützungsbedarf und die individuelle Hilfe aus dem Vermittlungsbudget zu klären, die beantragt werden soll.

Voraussetzung ist, dass die Förderung zur Beseitigung eines konkreten Hemmnisses bei der Anbahnung oder Aufnahme einer Beschäftigung notwendig ist und der Arbeitgeber gleichartige Leistungen nicht gewährt. Die Höhe der Förderung muss zudem angemessen sein.

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

Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung

Hierunter versteht man Maßnahmen, die geeignet und angemessenen sind, die Eingliederungsaussichten von Ausbildungssuchenden, von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden und Arbeitslosen zu unterstützen. Sie können auch dazu eingesetzt werden, um die Teilnehmer an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt heran zu führen, Vermittlungshemmnisse festzustellen, zu verringern oder zu beseitigen, in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu vermitteln, an eine selbständige Tätigkeit heran zu führen oder die Beschäftigungsaufnahme zu stabilisieren.

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

Die Dauer der Maßnahmen müssen ihrem Zweck und ihren Inhalten entsprechen. Die Maßnahmen können auch ganz oder teilweise von Arbeitgebern durchgeführt werden, dies ist jedoch auf die Dauer von vier Wochen je Arbeitgeber begrenzt.

Die Teilnahme an den Maßnahmen erfolgt auf Vorschlag bzw. mit Einwilligung der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit.

Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Gründungszuschuss

Die Förderung von Existenzgründungen aus Arbeitslosigkeit wurde grundsätzlich neu ausgestaltet. Im August 2006 wurden die bisherigen Förderinstrumente – der Existenzgründungszuschuss (sog. "Ich-AG") und das Überbrückungsgeld durch ein einheitliches Förderinstrument, den Gründungszuschuss, ersetzt.

Förderungsvoraussetzungen

Arbeitnehmer, die durch die Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit ihre Arbeitslosigkeit beenden, haben zur Sicherung des Lebensunterhaltes und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung Anspruch auf einen Gründungszuschuss.

Der Gründungszuschuss wird geleistet, wenn der Arbeitnehmer bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch über einen Restanspruch auf das Arbeitslosengeld von mindestens 90 Tagen verfügt. Um die Förderung zu erhalten, müssen Gründer die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit darlegen. Zudem müssen sie der Arbeitsagentur eine Stellungnahme einer fachkundigen Stelle über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorlegen. Die Tragfähigkeitsbescheinigungen können unter anderem die Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, Fachverbände oder Kreditinstitute ausstellen.

Gründungszuschuss kann nicht gewährt werden, solange Ruhestatbestände nach den §§ 142 – 144 SGB III vorliegen oder vorgelegen hätten. Geförderte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, haben vom Beginn des folgenden Monats an keinen Anspruch auf einen Gründungszuschuss. Ausgeschlossen ist die Förderung auch, wenn nach Beendigung einer Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nach dem SGB III noch nicht 24 Monate vergangen sind.

Höhe und Dauer der Förderung

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

Einstiegsgeld

Hilfebedürftige, die Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, können für den Schritt in die Selbständigkeit, aber auch bei Aufnahme einer Arbeit, von dem für sie örtlich zuständigen Träger (Arbeitsgemeinschaft / Kommune) ein sog. "Einstiegsgeld" erhalten.

Förderungsvoraussetzungen

Das Einstiegsgeld kann bei Aufnahme einer abhängigen oder selbständigen Tätigkeit als Zuschuss zum Arbeitslosengeld II gewährt werden. Darüber hinaus können zusätzliche Existenzgründungshilfen (z.B. für die Anschaffung von Betriebsmitteln) gewährt werden, wenn dies für die erfolgreiche Eingliederung in das Erwerbsleben erforderlich ist. Der persönliche Fallmanager, der die individuelle Situation des Arbeitsuchenden am besten beurteilen kann, kann das Einstiegsgeld in Form eines flexiblen Zuschusses sowie weitere Leistungen zur Eingliederung in Arbeit bewilligen, wenn er dies für notwendig hält. Voraussetzung ist, dass die abhängige Beschäftigung oder der Start mit einem eigenen Unternehmen auf Dauer die Abhängigkeit von Hilfeleistungen beenden kann.

Höhe und Dauer der Förderung

Bei der Höhe des Einstiegsgeldes ist der Fallmanager an keine gesetzlichen Vorgaben gebunden. Sie orientiert sich an der Arbeitslosigkeitsdauer und der Größe der Bedarfsgemeinschaft des Arbeitsuchenden. Auf das Einstiegsgeld besteht kein Rechtsanspruch.

Förderung der Berufsausbildung

Förderung nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)

Eine (erste) qualifizierte Berufsausbildung wird für den Arbeitsmarkt immer wichtiger, weil zunehmend mehr Arbeitsplätze für un- oder angelernte Arbeitskräfte wegfallen. Das Arbeitsförderungsrecht sieht deshalb vielfältige Möglichkeiten zur Förderung von jungen Menschen vor, die eine Ausbildung anstreben:

Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)

Voraussetzungen

Um eine betriebliche oder außerbetriebliche Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf einschließlich der Ausbildung nach dem Altenpflegepflegegesetz des Bundes zu ermöglichen, fördert die Agentur für Arbeit Auszubildende mit Berufsausbildungsbeihilfe, wenn sie während der Ausbildung nicht bei den Eltern wohnen können, weil der Ausbildungsbetrieb vom Elternhaus zu weit entfernt ist. Auszubildende, die über 18 Jahre alt sind, verheiratet sind oder waren oder mindestens ein Kind haben, können auch Berufsausbildungsbeihilfe erhalten, wenn sie nicht im Elternhaus leben.

In besonders gelagerten Fällen ist die Förderung mit Berufsausbildungsbeihilfe während einer Zweitausbildung nach pflichtgemäßem Ermessen möglich. Vereinzelt fehlt jungen Menschen trotz erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung im erlernten Beruf eine Perspektive. Eine zweite Ausbildung, die erst berufliche Perspektiven schafft, darf in diesen Fällen aber nicht daran scheitern, dass dem Auszubildenden trotz bestehenden Bedarfs die finanziellen Mittel fehlen, um seinen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Seit dem 1. Januar 2009 können außerdem geduldete Ausländer, die ihren Wohnsitz im Inland haben, während einer betrieblich durchgeführten beruflichen Ausbildung gefördert werden, wenn sie sich seit mindestens vier Jahren ununterbrochen rechtmäßig, gestattet oder geduldet im Bundesgebiet aufhalten.

Art und Umfang der Förderung

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

Darüber hinaus wird mit Berufsausbildungsbeihilfe die Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme gefördert. Bei berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen werden Lehrgangskosten, Fahrkosten, Kinderbetreuungskosten, Kosten für Lernmittel und Arbeitskleidung unabhängig vom Einkommen übernommen.

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB)

Jugendliche, die aus den verschiedensten Gründen noch keine Berufsausbildung aufnehmen konnten, können durch die Agenturen für Arbeit in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen gefördert werden. Sie dienen der beruflichen Orientierung, der Berufsfindung oder der gezielten Vorbereitung auf eine Ausbildung.

Im Rahmen von BvB besteht ein Rechtsanspruch auf Förderung der Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses.

Einstiegsqualifizierung

Mit der Förderung von Einstiegsqualifizierungen wird die Zusage der Spitzenverbände der Wirtschaft im Ausbildungspakt flankiert, jährlich 40.000 Plätze für betrieblich durchgeführte Einstiegsqualifizierungen bereitzustellen.

Voraussetzungen

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

Art und Umfang der Förderung

Der Arbeitgeber erhält bis zu 212 EUR monatlich zuzüglich des pauschalierten Gesamtsozialversicherungsbeitrags von der zuständigen Agentur für Arbeit, wenn er für 6 - 12 Monate einem Jugendlichen einen Platz für eine Einstiegsqualifizierung bietet.

Ausbildungsbonus

Viele junge Menschen schaffen den Übergang von der Schule in den Beruf nicht direkt in dem Jahr, in dem sie die Schule verlassen. Sie suchen erfolglos nach einer Lehrstelle. Dies sind vor allem Schülerinnen und Schüler, die einen Hauptschul- oder gar keinen Schulabschluss haben. Um diesen jungen Menschen eine neue Perspektive auf dem Arbeitsmarkt zu bieten, wurde befristet der Ausbildungsbonus eingeführt: ein einmaliger, pauschaler Zuschuss für Unternehmen, die zusätzliche Ausbildungsplätze für förderungsbedürftige Jugendliche schaffen.

Voraussetzungen

Arbeitgeber, die auf einem zusätzlich angebotenen Ausbildungsplatz einen Altbewerber ohne Schulabschluss, mit einem Sonderschulabschluss oder einem Hauptschulabschluss betrieblich ausbilden, haben einen Anspruch auf den Ausbildungsbonus. Auch für die zusätzliche Ausbildung eines lernbeeinträchtigten oder sozial benachteiligten jungen Menschen, der im Vorjahr oder früher die allgemein bildende Schule verlassen hat, erhält der Arbeitgeber den Ausbildungsbonus.

Darüber hinaus können Arbeitgeber den Ausbildungsbonus als Ermessensleistung erhalten, wenn sie zusätzliche betriebliche Ausbildungsplätze mit einem Altbewerber besetzen, der über einen mittleren Schulabschluss verfügt. Der Ausbildungsbonus kann auch für Auszubildende mit höheren Schulabschlüssen gezahlt werden, wenn sich diese bereits seit mehr als zwei Jahren erfolglos um eine berufliche Ausbildung bemüht haben. Außerdem können Arbeitgeber einen Ausbildungsbonus erhalten, wenn sie Auszubildende zusätzlich ausbilden, deren Ausbildungsvertrag wegen einer Insolvenz, Stilllegung oder Schließung des früheren Ausbildungsbetriebes beendet worden ist.

Art und Umfang der Förderung

Der Bonus beträgt 4.000, 5.000 oder 6.000 Euro. Seine Höhe ist abhängig von der für das erste Ausbildungsjahr tariflich vereinbarten oder ortsüblichen Ausbildungsvergütung. Für behinderte und schwerbehinderte junge Menschen erhöht sich der Bonus um 30 %. Damit soll die betriebliche Ausbildung behinderter junger Menschen in besonderem Maße unterstützt werden. Der Bonus wird in zwei Teilbeträgen ausgezahlt: 50 % nach Ablauf der Probezeit, die restlichen 50 % nach Anmeldung des Auszubildenden zur Abschlussprüfung.

Der Ausbildungsbonus ist bis Ende des Jahres 2010 befristet.

Ausbildungsbegleitende Hilfen (abH)

Während einer betrieblichen Ausbildung können Auszubildende unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Unterstützung in Form von Stützunterricht oder sozialpädagogischer Begleitung erhalten.

Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE)

Junge Menschen, die aufgrund individueller Schwierigkeiten keine betriebliche Ausbildung absolvieren, können eine Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf in einer außerbetrieblichen Einrichtung beginnen und ggf. auch bis zum Abschluss fortführen.

Übergangshilfen

Nach Abbruch oder erfolgreicher Beendigung einer Ausbildung können Auszubildende zusätzliche Lernunterstützung erhalten. Diese Leistung wird ab dem 1. August 2009 in die ausbildungsbegleitenden Hilfen integriert.

Aktivierungshilfe (bis 31. Juli 2009)

Gefördert werden Angebote im Vorfeld von Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung, die Jugendliche, die auf andere Weise nicht erreicht werden können, für eine berufliche Qualifizierung motivieren.

Sozialpädagogische Begleitung und organisatorische Unterstützung

Klein- und Mittelbetriebe können administrative und organisatorische Unterstützung für die Ausbildung von sozial benachteiligten oder lernbeeinträchtigten Auszubildenden erhalten. Diese Unterstützung sowie eine sozialpädagogische Begleitung gibt es auch für Jugendliche, die im Rahmen einer Einstiegsqualifizierung oder Berufsausbildungsvorbereitung nach dem Berufsbildungsgesetz im Betrieb lernen.

Berufseinstiegsbegleitung

Ein nahtloser Übergang von der Schule in eine Ausbildung ist der beste Einstieg in das Berufsleben. Damit möglichst viele Jugendliche diesen Übergang besser meistern, hat die Bundesregierung nach dem Vorbild bestehender ehrenamtlicher Initiativen die "Berufseinstiegsbegleitung" entwickelt, die zunächst als Modellversuch erprobt wird. An 1.000 allgemeinbildenden Schulen werden hauptberufliche Berufseinstiegsbegleiterinnen und -begleiter Jugendliche auf ihrem Weg von der Schule in die Ausbildung unterstützen. Es können Maßnahmen gefördert werden, die bis zum 31. Dezember 2011 beginnen.

Die Berufseinstiegsbegleitung beinhaltet die individuelle Unterstützung beim Schulabschluss, bei der Berufswahl und bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz. Der Betreuungszeitraum beginnt zwei Jahre vor dem Schulabschluss und endet in der Regel ein halbes Jahr nach Beginn einer beruflichen Ausbildung. Ziel ist es, mehr Schülerinnen und Schülern zu einem Abschluss zu verhelfen und die Quote der Ausbildungsabbrüche deutlich zu senken.

Förderung der beruflichen Weiterbildung

Voraussetzungen

Arbeitnehmer können bei Teilhabe an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen durch Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden, wenn

- die Weiterbildung für eine berufliche Eingliederung bei bestehender Arbeitslosigkeit oder deshalb notwendig ist, um eine drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden, oder wenn die Notwendigkeit der Weiterbildung wegen fehlenden Berufsabschlusses anerkannt ist,
- die Agentur für Arbeit den Arbeitnehmer vor Weiterbildungsbeginn beraten hat und
- die Weiterbildungsmaßnahme sowie der Träger für die Förderung zugelassen sind.

Art und Umfang der Förderung

Förderungsberechtigte Personen erhalten einen so genannten Bildungsgutschein. Der Gutschein wird im Regelfall für ein bestimmtes Bildungsziel und einen bestimmten räumlichen Geltungsbereich ausgestellt. Mit diesem Bildungsgutschein können die Weiterbildungsinteressierten frei unter den zugelassenen Bildungsträgern und -maßnahmen wählen. Die Agentur für Arbeit informiert über Angebote (z.B. über die Internet Datenbank KURS). Die Auswahl des Bildungsanbieters obliegt jedoch allein dem Gutscheininhaber selbst. Der Bildungsgutschein ist dem Bildungsträger auszuhändigen, der die Kosten unmittelbar mit der Agentur für Arbeit abrechnet.

Bei Teilnahme an einer Weiterbildung können folgende Kosten von der Agentur für Arbeit übernommen werden:

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

Darüber hinaus gibt es zur Förderung der beruflichen Weiterbildung von beschäftigten Arbeitnehmern spezielle Förderprogramme:

1. Weiterbildung geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen (WeGebAU)

Gefördert werden können

- geringqualifizierte Mitarbeiter ohne Berufsabschluss oder mit Abschluss, die seit mindestens vier Jahren eine an- oder ungelernte Tätigkeit verrichten und ihre erlernte Tätigkeit nicht mehr ausüben können.
- ältere Mitarbeiter, wenn sie das 45. Lebensjahr vollendet haben und in einem Betrieb mit weniger als 250 Arbeitnehmern beschäftigt sind.

Dabei können solche Weiterbildungen unterstützt werden,

- die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbare Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln,
- zu einem anerkannten Berufsabschluss führen oder
- mit einer zertifizierten Teilqualifikation oder einem verbands- oder branchenübergreifenden Zertifikat abschließen.

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten für die Förderung einen Bildungsgutschein. Damit können sie unter zugelassenen Weiterbildungsangeboten wählen.

Die Agentur für Arbeit erstattet dem Arbeitnehmer bzw. dem Bildungsträger die vollen Lehrgangskosten und einen Zuschuss zu den notwendigen übrigen Weiterbildungskosten. Der Arbeitgeber erhält für weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt und zu den Sozialversicherungsbeiträgen.

2. Qualifizierung während der Kurzarbeit

Voraussetzung für eine Förderung ist der Bezug von Kurzarbeitergeld. Bei der Förderung wird zwischen gering qualifizierten und nicht gering qualifizierten Mitarbeitern unterschieden. Die Dauer der Weiterbildung sollte dabei die voraussichtliche Dauer der Kurzarbeit nicht überschreiten. Die Förderhöhe richtet sich nach der Art der Qualifizierung, der Betriebsgröße und dem geförderten Personenkreis.

Konkretere Informationen zu diesen Förderprogrammen geben die Arbeitgeber-Services der örtlichen Agenturen für Arbeit.

Zudem können Ausländer bzw. andere Personen mit Migrationshintergrund ein besonderes Beratungs- und Informationsangebot im Rahmen des bundesweiten Netzwerkes "IQ-Beratung durch Qualifizierung" in Anspruch nehmen, das über spezielle Möglichkeiten der beruflichen Integration informiert. Weiterführende Informationen erteilt die zuständige Agentur für Arbeit bzw. finden Sie im Internet unter www.intqua.de.

Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

Behindert im Sinne des SGB III sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den genannten Folgen droht. Gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Zu den Leistungen gehören die Unterstützung der Beratung und Vermittlung, die Verbesserung der Eingliederungsaussichten, die Förderung der Aufnahme einer Tätigkeit, die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Beschäftigung, die Förderung der Berufsausbildung sowie die Förderung der beruflichen Weiterbildung. Die Berufsausbildung und die berufliche Weiterbildung werden auch in besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erbracht. Nach dem SGB III erfolgt auch eine Förderung im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Leistungen an Arbeitgeber zur Eingliederung von behinderten und schwerbehinderten Menschen:

- Eingliederungszuschüsse (siehe im Abschnitt Eingliederungszuschüsse) und Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung
- Probebeschäftigung behinderter Menschen
- Arbeitshilfen.

Mit dem Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung steht ab 01.01.2009 ein neues Instrument zur Förderung behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zur Verfügung:

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

Die Leistungen des neuen § 38a SGB IX umfassen die individuelle betriebliche Qualifizierung und die Berufsbegleitung. Die individuelle betriebliche Qualifizierung ist für die Dauer von bis zu zwei, maximal drei Jahren möglich. Die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie Maßnahmen zur Entwicklung der Persönlichkeit sind wesentliche Bestandteile der Qualifizierung. Die Teilnehmenden sind sozialversichert. Zuständig sind die Rehabilitationsträger, meist die Agentur für Arbeit. Bleibt nach einer Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung eine weitergehende Unterstützung erforderlich, wird diese in der Regel durch die Integrationsämter in Form der Berufsbegleitung erbracht.

Entgeltersatzleistungen

Arbeitslosengeld

Anspruch auf Arbeitslosengeld haben Sie,

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

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

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

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

Seit 1. Februar 2006 wird für Personen, die einen Angehörigen pflegen, für Personen, die eine selbständige Tätigkeit von mindestens 15 Stunden wöchentlich oder für Arbeitnehmer, die eine Beschäftigung im Ausland außerhalb der Europäischen Gemeinschaft (EU) oder assoziierten Staaten ausüben, die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung angeboten. Damit wird diesen Personengruppen, die nicht kraft Gesetzes der Versicherungsgemeinschaft angehören, die Möglichkeit eröffnet, durch freiwillige geringe Beitragszahlung ihren Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten. Vorausgesetzt ist allerdings die vorherige Zugehörigkeit der Antragsteller zur Versicherungsgemeinschaft.

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

Das Bruttoentgelt, das sich danach ergibt (Bemessungsentgelt), wird um pauschalierte Abzüge vermindert. Solche Abzüge sind eine Sozialversicherungspauschale in Höhe von 21 Prozent des Bemessungsentgelts, die Lohnsteuer sowie der Solidaritätszuschlag.

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

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

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld beträgt

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

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

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

Kurzarbeitergeld

Wenn Betriebe z.B. aus wirtschaftlichen Gründen die Arbeitszeit vorübergehend verringern und Kurzarbeit anzeigen, zahlt die Agentur für Arbeit nach den gesetzlichen Bestimmungen Kurzarbeitergeld. Grundlegende Voraussetzung für die Zahlung von Kurzarbeitergeld ist, dass hierdurch die Arbeitsplätze der betroffenen Arbeitnehmer erhalten bleiben.

Kurzarbeitergeld können Sie beziehen,

wenn

- Sie wegen des Arbeitsausfalls ein vermindertes oder gar kein Arbeitsentgelt erhalten,
- der Arbeitsausfall erheblich ist,
- die betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind sowie
- der Arbeitsausfall der Arbeitsagentur vom Arbeitgeber oder Betriebsrat angezeigt worden ist.

Der Arbeitsausfall ist erheblich, wenn er vorübergehend und nicht vermeidbar ist sowie in einem Kalendermonat mindestens ein Drittel der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von jeweils mehr als 10 Prozent ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen ist. Im Hinblick auf die Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Wirtschaft wurde die Erheblichkeitsschwelle abgesenkt. Bis zum 31. Dezember 2010 ist ein Arbeitsausfall auch dann erheblich, wenn in dem betreffenden Monat weniger als ein Drittel der Beschäftigten vom einem Entgeltausfall betroffen sind, soweit dieser jeweils mehr als zehn Prozent ihres monatlichen Bruttoentgelts betrifft.

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

Kurzarbeitergeld wird auf der Grundlage des Differenzbetrages zwischen dem Brutto-Kurzlohn bei Arbeitsausfall und dem Bruttolohn bei Vollarbeit und der sich hieraus ergebenden Nettoentgeltdifferenz ermittelt.

Sie erhalten

- 67 Prozent, wenn Sie mindestens ein Kind im Sinne des Steuerrechts haben und
- 60 Prozent, wenn Sie kein Kind im Sinne des Steuerrechts haben.

Bis zum 31. Dezember 2010 werden dem Arbeitgeber die von ihm allein zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge für die Kurzarbeit auf Antrag zur Hälfte erstattet. Für Zeiten der Qualifizierung von Kurzarbeitern werden die Sozialversicherungsbeiträge für die Kurzarbeit auf Antrag komplett erstattet.

Insolvenzgeld

Insolvenzgeld wird gezahlt, wenn der Arbeitgeber zahlungsunfähig ist und der Arbeitnehmer ihm zustehende Arbeitsentgelte nicht erhalten hat. Anspruch auf Insolvenzgeld hat der Arbeitnehmer für Arbeitsentgeltansprüche aus den letzten drei Monaten des Arbeitsverhältnisses vor Insolvenzeröffnung oder Abweisung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse oder vollständiger Beendigung der Betriebstätigkeit, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht gestellt worden ist und ein Insolvenzverfahren mangels Masse nicht in Betracht kommt.

Das Insolvenzgeld entspricht in der Höhe dem rückständigen Nettoentgelt, wenn das Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze (2008: monatlich 5.300 EUR/West, 4.550 EUR/Ost) nicht übersteigt. Die Agentur für Arbeit zahlt für die letzten drei Monate auch die noch offenen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit.

Das Insolvenzgeld muss spätestens 2 Monate nach Insolvenzeröffnung, Abweisung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse oder Beendigung der Betriebstätigkeit beantragt werden.

Saison-Kurzarbeitergeld

In Betrieben des Bauhauptgewerbes, des Dachdeckerhandwerks und des Garten- und Landschaftsbaus kann infolge von Arbeitsausfällen wegfallendes Arbeitsentgelt in der Schlechtwetterzeit (1. Dezember bis 31. März) mit Hilfe des aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung finanzierten Saison-Kurzarbeitergeldes ersetzt werden. Die Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes entspricht der Höhe des Kurzarbeitergeldes.

Aus der Winterbeschäftigungs-Umlage, die von gewerblichen Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam finanziert wird, können folgende ergänzende Leistungen gezahlt werden:

- An gewerbliche Arbeitnehmer das Mehraufwands-Wintergeld in Höhe von 1,00 EUR (netto) pro tatsächlich geleisteter Arbeitsstunde in der Zeit vom 15. Dezember bis zum letzten Februartag.
- An gewerbliche Arbeitnehmer das Zuschuss-Wintergeld in Höhe von 2,50 EUR (netto) für jede aus Arbeitszeitgut-haben ausgeglichene Ausfallstunde.
- An Arbeitgeber die Erstattung der von ihnen verauslagten Sozialversicherungsbeiträge für die Saison-Kurzarbeiter-geldbezieher. Damit werden Arbeitgeber von dem Großteil der Kosten für die Weiterbeschäftigung ihrer Arbeit-nehmer in den Wintermonaten entlastet.

Saison-Kurzarbeitergeld und die ergänzenden Leistungen werden in der Regel durch den Betrieb ausgezahlt und auf Antrag des Arbeitgebers oder des Betriebsrates von der zuständigen Agentur für Arbeit erstattet.

Für das Gerüstbauerhandwerk gelten die Regelungen der früheren Winterbauförderung aufgrund einer Übergangs-regelung bis zum 31. März 2010 weiter.

Transferleistungen

Transferkurzarbeitergeld

Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben Arbeitnehmer, wenn und solange sie auf Grund einer Betriebsänderung von einem dauerhaften unvermeidbaren Arbeitsausfall mit Entgeltausfall betroffen sind, in ihrem Betrieb die Betriebs-änderung Personalanpassungsmaßnahmen nach sich zieht, die betroffenen Arbeitnehmer in einer betriebsorganisa-torisch eigenständigen Einheit (meist sog. Transfergesellschaft) zusammengefasst und aus dem Produktionsprozess ausgegliedert werden, die geforderten persönlichen Voraussetzungen vorliegen und der dauerhafte Arbeitsausfall der Agentur für Arbeit vom Betrieb oder dem Betriebsrat angezeigt wird. Ziel ist der Transfer der Arbeitnehmer von der bestehenden Beschäftigung in eine Anschlussbeschäftigung ohne zwischenzeitliche Arbeitslosigkeit.

Die Höhe des Transferkurzarbeitergeldes entspricht der Höhe des Kurzarbeitergeldes. Die Bezugsfrist beträgt längstens 12 Monate. Während des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld hat der Arbeitgeber den Arbeitnehmern Vermittlungs-vorschläge zu unterbreiten und bei Qualifikationsdefiziten Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaus-sichten anzubieten. Soweit Mittel zur Verfügung stehen, können Qualifizierungskosten aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds durch die Agenturen für Arbeit bezuschusst werden.

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

Transfermaßnahmen

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

- die Maßnahme von einem Dritten durchgeführt wird,
- sich der Arbeitgeber angemessen an der Finanzierung beteiligt,
- die vorgesehene Maßnahme der Eingliederung des Arbeitnehmers in den Arbeitsmarkt dienen soll und
- ein Qualitätssicherungssystem zur Anwendung kommt.

Ziel von Transfermaßnahmen ist es, Anreize für den Arbeitgeber zu setzen, sich an der Finanzierung sinnvoller Eingliederungsmaßnahmen während der laufenden Kündigungsfrist zu beteiligen.

Die Maßnahmekosten werden von der Agentur für Arbeit zur Hälfte bezuschusst; der Zuschuss beträgt höchstens 2.500 EUR je geförderten Arbeitnehmer.

Eingliederung von Arbeitnehmern

Eingliederungszuschüsse

Förderungsvoraussetzungen

Arbeitgeber können zur Eingliederung von Arbeitnehmern mit Vermittlungshemmnissen Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten erhalten, wenn deren Vermittlung wegen in der Person liegender Umstände erschwert ist. Diese Zuschüsse richten sich nach dem Umfang der Minderleistung des Arbeitnehmers und nach den jeweiligen Eingliederungserfordernissen.

Die Eingliederungszuschüsse werden auf die vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten tariflichen oder ortsüblichen Löhne und die pauschalierten Anteile an den Sozialversicherungsbeiträgen gewährt. Ein Arbeitsentgelt, das einmalig gezahlt wird, ist nicht berücksichtigungsfähig. Eingliederungszuschüsse können auch an Arbeitgeber gezahlt werden, die Personen einstellen, die bereits bis zu drei Monaten oder nicht versicherungspflichtig bei ihnen beschäftigt waren.

Höhe und Dauer der Förderung

Der Eingliederungszuschuss darf 50 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts einschließlich des Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag nicht übersteigen und längstens für eine Förderdauer von zwölf Monaten erbracht werden.

- Für schwerbehinderte oder sonstige behinderte Menschen kann die Förderhöhe bis zu 70 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts einschließlich des Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und die Förderdauer bis zu 24 Monaten betragen. Nach Ablauf von zwölf Monaten wird der Eingliederungszuschuss bei anhaltender Förderung entsprechend der zunehmenden Leistungsfähigkeit um mindestens 10 Prozentpunkte verringert.
- Für Arbeitnehmer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, kann ein Eingliederungszuschuss geleistet werden, dessen Förderdauer bis zu 36 Monate beträgt. Nach Ablauf von zwölf Monaten wird der Eingliederungszuschuss um zehn Prozentpunkte jährlich vermindert. Auf die Weiterbeschäftigungs- und Rückzahlungspflicht im Anschluss an die Förderung wird verzichtet. Diese Regelung für ältere Arbeitnehmer gilt befristet bis zum 31. Dezember 2009.

Eingliederungszuschuss für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen

Förderungsvoraussetzungen

Arbeitgeber können für die Einstellung von besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen im Sinne des § 104 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a-d SGB IX einen Eingliederungszuschuss erhalten. Auch für die nach § 2 Abs. 3 SGB IX von den Agenturen für Arbeit gleichgestellte behinderte Menschen können Eingliederungszuschüsse für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen erbracht werden.

Die Gewährung des Eingliederungszuschusses ist auch nach einer geförderten befristeten Vorbeschäftigung beim Arbeitgeber (z.B. ABM) möglich.

Höhe und Dauer der Förderung

Die Förderung beträgt höchstens 70 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts und darf 36 Monate nicht übersteigen. Bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, kann die Förderdauer bis zu 60 Monate betragen, bei besonders betroffenen älteren schwerbehinderten Menschen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, darf die Förderdauer 96 Monate nicht übersteigen.

Bei der Entscheidung über die Förderdauer soll eine geförderte befristete Vorbeschäftigung beim Arbeitgeber angemessen berücksichtigt werden. In die Entscheidung über Höhe und Dauer der Förderung fließt ebenso ein, ob der schwerbehinderte Mensch ohne gesetzliche Verpflichtung oder über die Beschäftigungspflicht nach dem Teil 2 SGB IX hinaus eingestellt und beschäftigt wird. Nach Ablauf von zwölf Monaten (bei besonders betroffenen älteren schwerbehinderten Menschen nach 24 Monaten) wird der Eingliederungszuschuss entsprechend der zu erwartenden Zunahme der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers um mindestens zehn Prozentpunkte jährlich vermindert. Für Arbeitnehmer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, entfällt die Pflicht des Arbeitgebers zur Rückzahlung von Forderungsbeträgen und zur Nachbeschäftigung.

Eingliederungszuschuss für jüngere Arbeitnehmer

Für jüngere Arbeitnehmer unter 25 Jahren mit Berufsabschluss kann der Eingliederungszuschuss für maximal zwölf Monate gewährt werden. Die Förderhöhe darf 25 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgeltes nicht unter- und 50 % nicht überschreiten; das berücksichtigungsfähige Arbeitsentgelt wird auf max. 1.000 EUR begrenzt.

Der Qualifizierungszuschuss für jüngere Arbeitnehmer ist ebenfalls für Arbeitgeber gedacht, die jüngere Arbeitnehmer unter 25 Jahren einstellen, die nicht über einen Berufsabschluss verfügen und bereits länger als ein halbes Jahr arbeitslos sind. Der Zuschuss beträgt 50 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgeltes; dieses beträgt auch hier maximal 1.000 EUR. Der Gesamtzuschuss setzt sich zusammen aus einem Zuschuss zu den Arbeitsentgeltkosten und einem Zuschuss für die Qualifizierung des Arbeitnehmers. Mindestens 15 Prozentpunkte müssen für eine Qualifizierung verwendet werden. Die Förderdauer richtet sich nach den Eingliederungserfordernissen des Arbeitnehmers und darf zwölf Monate nicht überschreiten. Zu beachten ist, dass Leistungen nach dem SGB III, die auf einen beruflichen Abschluss zielen, Vorrang vor dem Qualifizierungszuschuss haben. Der Qualifizierungszuschuss ermöglicht es, die tägliche Arbeit im Betrieb mit einer Qualifizierung zu kombinieren.

Förderungen durch den Eingliederungszuschuss für jüngere Arbeitnehmer sowie den Qualifizierungszuschuss für Jüngere gelten bis zu einem Beginn des Arbeitsverhältnisses bis zu 31.12.2010.

Eingliederungsgutschein für ältere Arbeitnehmer

Zum 1. Januar 2008 wurde der Eingliederungsgutschein für ältere Arbeitnehmer eingeführt. Der Eingliederungsgutschein kann an über 50-jährige Arbeitnehmer ausgegeben werden, die einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens 12 Monaten haben (Fördervolumen 30-50% für 12 Monate). Bei einer Arbeitslosigkeit von mehr als einem Jahr besteht ein Rechtsanspruch (Fördervolumen 50% für 12 Monate).

Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM)

Die Bundesagentur für Arbeit kann Träger von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für die Beschäftigung zugewiesener Arbeitnehmer fördern, wenn diese zusätzliche und im öffentlichen Interesse liegenden Arbeiten ausüben, die nicht zu einer Beeinträchtigung der Wirtschaft führen.

Über die Förderung und Zuweisung der Arbeitnehmer entscheiden die Agenturen für Arbeit grundsätzlich eigenverantwortlich. Gefördert werden die zwischen Träger und Arbeitnehmer geschlossenen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse (ohne Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung) durch pauschalierte Zuschüsse zu den Lohnkosten und den weiteren Kosten des Arbeitgebers.

Eine Vermittlung in eine ABM ist bei vorliegender Arbeitslosigkeit möglich, wenn allein durch die Förderung in der Maßnahme eine Beschäftigungsaufnahme erfolgen kann und die Voraussetzungen für Entgeltersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sind.

Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Arbeitnehmer gefördert werden, die die genannten Förderkriterien nicht erfüllen, z.B. Arbeitslose unter 25 Jahren ohne abgeschlossene Berufsausbildung, für die Durchführung von ABM notwendige Anleiter und Betreuer sowie Schwerbehinderte, wenn diese nur durch die ABM-Teilnahme beruflich stabilisiert oder qualifiziert werden können.

Darüber hinaus gibt es die so genannte 10-Prozent-Quote, d.h. zusätzlich sind Ausnahmen von den genannten Förderkriterien für 10 Prozent der pro Jahr zugewiesenen Teilnehmer in ABM möglich.

Bevorzugt gefördert werden Maßnahmen, wenn damit zu rechnen ist, dass die Eingliederungsaussichten der in der Maßnahme zugewiesenen Arbeitnehmer erheblich verbessert werden.

ABM-Träger erhalten für die zugewiesenen Arbeitnehmer Lohnkostenzuschüsse. Diese Zuschüsse werden in pauschalierter Form erbracht. Die Höhe des Zuschusses bemisst sich nach der Art der Tätigkeit des geförderten Arbeitnehmers in der Maßnahme. Der monatliche Zuschuss beträgt bei Tätigkeiten, für die in der Regel erforderlich ist

- eine Hochschul- oder Fachhochschulausbildung höchstens 1.300 EUR,
- eine Aufstiegsfortbildung höchstens 1.200 EUR,
- eine Ausbildung in einem Ausbildungsberuf höchstens 1.100 EUR,
- keine Ausbildung höchstens 900 EUR.

Die Agentur für Arbeit kann den pauschalierten Zuschuss zum Ausgleich regionaler und in der Tätigkeit liegender Besonderheiten um bis zu 10 Prozent erhöhen.

Ergänzend dazu können, für die in der ABM anfallenden Sachkosten, die pauschalierten Beiträge oder Beitragsanteile des Arbeitgebers und die Qualifizierung der zugewiesenen Arbeitnehmer, Zuschüsse in Höhe von bis zu 300 EUR pro Arbeitnehmer und Fördermonat erbracht werden, wenn die Finanzierung einer Maßnahme auf andere Weise nicht erreicht werden kann und an der Durchführung ein besonders arbeitsmarktpolitisches Interesse besteht.

Die Förderungsdauer beträgt in der Regel 12 Monate. Sie darf bis zu 24 Monaten dauern, wenn an der Durchführung der Arbeiten ein besonders arbeitsmarktpolitisches Interesse besteht oder der Träger die Verpflichtung übernimmt, dass die zugewiesenen Arbeitnehmer in ein Dauerarbeitsverhältnis übernommen werden. Bei älteren Arbeitnehmern, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ist eine Erweiterung der Förderdauer auf bis zu 36 Monaten möglich.

Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer

Für Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr wird mit der Entgeltsicherung ein zusätzlicher Anreiz geboten, möglichst früh aus Arbeitslosigkeit in eine ungeforderte Beschäftigung zu gehen oder die Arbeitslosigkeit zu vermeiden.

Ist die neue Beschäftigung mit finanziellen Einbußen im Vergleich zum Arbeitsentgelt aus einer früheren Tätigkeit verbunden, so wird die Nettoentgeltdifferenz durch einen zeitlich befristeten Zuschuss teilweise ausgeglichen. Im gleichen Zeitraum werden auch die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung aufgestockt, um die mit der neuen Beschäftigung geringere Alterssicherung abzumildern.

Für die Leistungen der Entgeltsicherung muss ein Antrag bei der Agentur für Arbeit gestellt werden. Dieser Antrag muss rechtzeitig vor der Aufnahme einer neuen Beschäftigung erfolgen.

Förderungsvoraussetzungen

Einen Anspruch auf die Entgeltsicherung haben ältere Arbeitnehmer,

- die das 50. Lebensjahr vollendet haben,
- die als Arbeitslose einen Anspruch auf Arbeitslosengeld - der noch mindestens 180 Tage beträgt - haben oder die als von Arbeitslosigkeit Bedrohte (Kündigung liegt vor oder Ende eines befristeten Arbeitsvertrags steht bevor) einen Anspruch über mindestens die gleiche Dauer hätten,
- die in der neuen Beschäftigung einen Anspruch auf eine tarifliche oder ortsübliche Entlohnung haben.

Die neue Beschäftigung darf kein Minijob mit einem Arbeitsentgelt bis zu 400 EUR monatlich sein, sondern muss in allen Zweigen der Sozialversicherung versicherungspflichtig sein. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn die Arbeitsaufnahme bei einem früheren Arbeitgeber erfolgt, bei dem der ältere Arbeitnehmer schon einmal während der letzten vier Jahre mehr als drei Monate versicherungspflichtig beschäftigt war; dieser Förderausschluss gilt nicht bei früherer befristeter Beschäftigung von schwerbehinderten und diesen gleichgestellten Menschen. Weiterhin können keine Leistungen der Entgeltsicherung gewährt werden, wenn es sich bei der neuen Beschäftigung um eine ABM handelt oder die älteren Arbeitnehmer in einer Personal-Service-Agentur eingestellt werden. Diese Beschäftigungen werden bereits durch andere Leistungen der Arbeitsförderung unterstützt.

Die Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer ist zeitlich befristet. Die Förderung kann nur gewährt werden, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld bis einschließlich 31. Dezember 2007 entstanden ist. Die Leistungen können längstens bis 31. Dezember 2009 bezogen werden.

Höhe und Dauer der Förderung

Der Zuschuss zum Arbeitsentgelt gleicht die Nettoentgeltdifferenz zwischen der vorherigen Beschäftigung und der neuen Beschäftigung zur Hälfte aus. Die Entgeltsicherung wird nicht gewährt, falls diese Nettoentgeltdifferenz weniger als 50 EUR beträgt. Der Zuschuss zum Arbeitsentgelt ist steuerfrei und wird jeweils monatlich nachträglich ausgezahlt.

Der zusätzliche Beitrag zur Rentenversicherung ergänzt die Beiträge aus der neuen Beschäftigung und hebt somit die Alterssicherung auf das Niveau, das auf etwa 90% des damaligen Bruttoentgelts vor der Arbeitslosigkeit entrichtet worden ist. Ermittelt wird er aus der Differenz von 90% des Bemessungsentgelts für das Arbeitslosengeld und dem Bruttoarbeitsentgelt aus der neuen Beschäftigung. Der zusätzliche Beitrag zur Rentenversicherung (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) wird direkt von der Bundesagentur für Arbeit an den zuständigen Rentenversicherungsträger gezahlt.

Unterschiedliche Arbeitszeiten in der alten und neuen Beschäftigung werden bei der Berechnung der Leistungen der Entgeltsicherung berücksichtigt.

Beide Leistungen der Entgeltsicherung werden für den Zeitraum gezahlt, für den bei Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosen ein (Rest-) Anspruch von noch mindestens 180 Tagen besteht. Die von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitnehmer haben Anspruch für die Dauer, wie lange der Anspruch auf Arbeitslosengeld betragen würde.

Der Förderanspruch auf Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer entsteht aus einem Anspruch auf Arbeitslosengeld nur einmal. Die Leistungen der Entgeltsicherung können aber nach Unterbrechungen der Beschäftigung, z.B. wegen Wechsels des Arbeitgebers, Auslaufen von Befristung oder anderer Beendigung der neuen Beschäftigung erneut für die ursprünglich zustehende Restdauer in Anspruch genommen werden.

Finanzielle Grundlagen

Die Bundesagentur für Arbeit finanziert sich überwiegend aus Beiträgen. Weitere Einnahmen erhält sie aus Mitteln, die im Umlageverfahren von Arbeitgebern bzw. Berufsgenossenschaften aufgebracht werden. Beitragspflichtig sind sowohl Arbeitnehmer (Angestellte, Arbeiter, zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte und Heimarbeiter) als auch Arbeitgeber. Sie teilen sich die Beiträge entsprechend dem jeweils gültigen Beitragssatz (2009: 2,8 Prozent des Bruttolohns oder -gehalts). Die Höhe des Beitrages wird durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. 2009 liegt sie in den alten Bundesländern bei 5.400 EUR und in den neuen Bundesländern bei 4.550 EUR pro Monat.

Gesetze

Die rechtlichen Grundlagen finden Sie im SGB III.

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

Benötigen Sie weitere Informationen?

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

Altersteilzeitgesetz

Die Altersteilzeit soll einen gleitenden Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand ermöglichen. Hier gilt das Prinzip der freien Vereinbarung, d. h. der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber entscheiden gemeinsam, ob eine Altersteilzeitvereinbarung abgeschlossen werden soll. Nach Maßgabe von Tarifverträgen kann allerdings ein Rechtsanspruch des Arbeitnehmers auf Abschluss einer Altersteilzeitvereinbarung bestehen.

Wer in Altersteilzeit geht, macht einen (Teil-)Arbeitsplatz für einen Arbeitnehmer frei, der sonst arbeitslos wäre. Wenn der Arbeitgeber den freiwerdenden Arbeitsplatz mit einem Arbeitslosen wiederbesetzt, erhält er einen Teil der Aufwendungen, die er zur Finanzierung der Altersteilzeit erbringt, von der Agentur für Arbeit erstattet. Wiederbesetzer kann auch ein Arbeitnehmer nach Anschluss einer Ausbildung sein. Kleinunternehmer können stattdessen auch einen Auszubildenden einstellen. Die Förderung durch die Agentur für Arbeit ist auf Altersteilzeitarbeit beschränkt, mit der spätestens ab 31. Dezember 2009 begonnen wird.

Altersteilzeit bedeutet die Reduzierung der bisherigen Arbeitszeit um die Hälfte. Dies kann sowohl durch Verminderung der täglichen Arbeitszeit als auch durch Aufteilung der verbleibenden Arbeitszeit bis zur Rente in eine Vollarbeitsphase und eine Freistellungsphase geschehen. Solche Phasen können je bis zu eineinhalb Jahre dauern. Wenn ein entsprechender Tarifvertrag besteht, können sich diese Abschnitte auf längere Zeiträume erstrecken.

Die Firmenzugehörigkeit bleibt erhalten. Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, zusätzliche Rentenbeiträge auf der Grundlage von mindestens 90 % des bisherigen Gehalts zu entrichten und muss dem Arbeitnehmer während der gesamten Altersteilzeit das regelmäßig gezahlte Teilzeitarbeitsentgelt (= Regelarbeitsentgelt) um mindestens 20 % aufstocken. Bei Entgelterhöhungen werden die Bezüge angepasst. Der Arbeitgeber kann auch höhere als die genannten Beträge zahlen.

Für die Altersteilzeit müssen folgende wesentliche Voraussetzungen erfüllt werden:

- Frauen und Männer müssen mindestens 55 Jahre alt sein, wenn sie in Altersteilzeit gehen wollen.
- Die Altersteilzeitvereinbarung muss sich zumindest auf die Zeit erstrecken, bis eine Rente wegen Alters beantragt werden kann.
- Die Arbeitszeit muss auf die Hälfte der bisherigen Arbeitszeit vermindert werden (siehe oben).
- Sie müssen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Beginn der Altersteilzeit mindestens drei Jahre lang einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sein oder entsprechende der versicherungspflichtigen Beschäftigung gleichgestellte (Versicherungs-)Zeiten nachweisen können.
- Darüber hinaus darf kein Anspruch auf eine ungeminderte gesetzliche Altersrente bestehen.

Leistungen

Als Arbeitnehmer können Sie frei entscheiden, ob Sie in Altersteilzeit oder weiter im bisherigen Umfang arbeiten möchten – niemand kann Sie zwingen, Ihre Arbeitszeit zu verringern. Falls Sie in Altersteilzeit arbeiten wollen, müssen Sie mit Ihrem Arbeitgeber einen Vertrag schließen. Ohne Ihre Unterschrift unter einem solchen Dokument kann es keine Altersteilzeitarbeit für Sie geben.

Möglicherweise ist der Arbeitgeber verpflichtet, mit Ihnen Altersteilzeit zu vereinbaren, falls ein Tarifvertrag, eine Betriebsvereinbarung oder eine entsprechende kirchenrechtliche Regelung dies vorsieht.

Als Arbeitnehmer sind Sie durch eine Reihe von Einzelregelungen besonders sozial gesichert, falls Sie in Altersteilzeit arbeiten möchten. Beispielsweise darf Ihnen der Arbeitgeber nicht kündigen, weil Sie berechtigt sind, die Altersteilzeitarbeit in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit zur Altersteilzeitarbeit darf auch bei der Sozialauswahl im Rahmen von Kündigungsverfahren nicht zu Ihrem Nachteil berücksichtigt werden.

Falls Sie arbeitslos werden, erhalten Sie als Arbeitnehmer in Altersteilzeitarbeit selbstverständlich Arbeitslosengeld. Diese Leistung wird nach dem Arbeitsentgelt bemessen, das Sie erzielt hätten, wenn Sie Ihre Arbeitszeit nicht vermindert hätten. Das gilt bis zum Erreichen des Rentenalters.

(Siehe auch im Kapitel Rentenversicherung unter "Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit").

Gesetze

Grundlage für die Altersteilzeitarbeit ist das Altersteilzeitgesetz vom 23. Juli 1996 (BGBl. I S. 1078), das zuletzt durch Artikel 26a des Gesetzes vom 20. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3150) geändert worden ist. Weitere Regelungen enthalten u.a. das Erste, Dritte, Vierte und Sechste Buch Sozialgesetzbuch.

Informationen

Falls Sie eine ausführliche Beratung über die Möglichkeiten der Altersteilzeitarbeit wünschen, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Agentur für Arbeit oder den zuständigen Rentenversicherungsträger. Die Tarifvertragsparteien zahlreicher Branchen haben auf der Basis des geltenden Rechts tarifvertragliche Regelungen für den gleitenden Übergang in den Ruhestand gefunden.

Detaillierte Informationen über die Altersteilzeitarbeit enthält auch die Broschüre "ALTERSTEILZEIT ab 55". Diese Broschüre können Sie kostenlos bestellen beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Darüber hinaus hat das BMAS eine kostenlose DVD mit einem Berechnungsprogramm zur Altersteilzeit erstellt.

Grundsicherung für Arbeitsuchende

(Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

Zum 1. Januar 2005 sind die leistungsrechtlichen Regelungen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II), das die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zur „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ beinhaltet, in Kraft getreten. Mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist erstmals eine einheitliche Leistung für alle erwerbsfähigen Menschen geschaffen worden, die hilfebedürftig sind, weil sie entweder keine Arbeit haben oder kein ausreichendes Einkommen oder Vermögen besitzen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die Bundesagentur für Arbeit und die kreisfreien Städte und Kreise (kommunale Träger).

- Die kommunalen Träger sind insbesondere für die Leistungen für Unterkunft und Heizung, für Kinderbetreuungsleistungen, Schuldner- und Suchtberatung und psychologische Betreuung zuständig.
- Die Bundesagentur für Arbeit ist insbesondere für alle Leistungen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt und die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der Beiträge zur Sozialversicherung zuständig.
- Die 69 zugelassenen kommunalen Träger haben im Rahmen der Experimentierklausel auch die den Agenturen für Arbeit obliegenden Aufgaben übernommen.

Arbeitsgemeinschaften (ARGEn)

Nach geltendem Recht (§ 44b SGB II) soll für die Zusammenarbeit der Agenturen für Arbeit mit den Kommunen die Bildung von ARGEn der Regelfall sein. In der Arbeitsgemeinschaft arbeiten die Arbeitsagentur und der kommunalen Träger zusammen und erbringen die ihnen obliegenden Aufgaben aus einer Hand.

Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht am 20. Dezember 2007 entschieden, dass es sich bei den Arbeitsgemeinschaften um eine Mischverwaltung handelt, die mit dem Grundgesetz nicht vereinbar ist. Es hat dem Gesetzgeber einen Übergangszeitraum bis Ende des Jahres 2010 eingeräumt, um einen verfassungskonformen Zustand herzustellen. Für Bezieher der Grundsicherung für Arbeitsuchende ergeben sich keine Veränderungen.

Zugelassene kommunale Träger

Das BMAS hat mit Rechtsverordnung die 69 kommunalen Träger mit Wirkung ab 1. Januar 2005 als Träger der Leistungen nach SGB II zugelassen. Die Zulassung erstreckt sich auf den Zeitraum bis 31. Dezember 2010.

Grundsatz „fördern und fordern“

Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist es, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, zu stärken und dazu beizutragen, dass sie ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Hilfebedürftige bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können. Die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen erhalten in der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ aus einer Hand Zugang zu erforderlichen Beratungs-, Vermittlungs- und Integrationsleistungen. Den Beziehern von Arbeitslosengeld II stehen die wesentlichen Eingliederungsleistungen des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) zur Verfügung sowie spezielle Leistungen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II, wie das Einstiegs-geld oder die Leistungen zur Eingliederung Selbständiger, die auf die besondere Situation dieses Personenkreises zugeschnitten sind. Die Betreuung durch persönliche Ansprechpartner trägt dazu bei, dass personenbezogene Dienstleistungen zur Aktivierung der Hilfebedürftigen umfassend greifen können. Mit einer Eingliederungsverein-

barung werden mit dem Arbeitsuchenden verbindliche Festlegungen über die gemeinsamen Bemühungen um die Eingliederung getroffen, wobei die besonderen Lebensumstände des Hilfebedürftigen und seiner Angehörigen zu berücksichtigen sind.

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

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

Wer erhält Arbeitslosengeld II?

Erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und unter 65 Jahren erhalten Arbeitslosengeld II. Erwerbsfähig ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich arbeiten kann. Hilfebedürftig ist, wer seinen notwendigen Lebensunterhalt und den seiner mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen weder aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) und Kräften (Einsatz der Arbeitskraft) noch mit Hilfe anderer bestreiten kann.

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

Beide Leistungen (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld), die in ihren Grundbestandteilen einander entsprechen, werden monatlich im Voraus erbracht und in der Regel für jeweils sechs Monate bewilligt.

Haben Jugendliche Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende?

Jugendliche unter 25 Jahren erhalten eine besondere Betreuung, damit jeder eine Chance für den Einstieg in die Berufswelt bekommt. Wer unter 25 Jahre alt ist und einen Antrag auf Arbeitslosengeld II stellt, ist umgehend in eine Ausbildung, eine Arbeit, ein Praktikum, eine Qualifizierung, eine berufsvorbereitende Maßnahme oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln.

Hilfebedürftigkeit vorausgesetzt, erhalten erwerbsfähige Jugendliche ab Vollendung des 15. Lebensjahres Arbeitslosengeld II als Leistung zum Lebensunterhalt. Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit (siehe oben) kommt es nicht darauf an, ob der Jugendliche z.B. wegen Schulbesuchs keine Erwerbstätigkeit verrichten kann, sondern ob er theoretisch imstande ist, eine solche Arbeit zu verrichten.

Muss jede Arbeit angenommen werden?

Grundsätzlich ist die Aufnahme jeder Arbeit zumutbar. Dies ist in § 10 SGB II geregelt. Ausnahmen gelten zum Beispiel, wenn der Beschäftigung körperliche, geistige oder seelische Gründe entgegenstehen oder wenn Beschäftigungen wegen zu geringer Bezahlung als sittenwidrig anzusehen wären. Auch die Betreuung von Kindern unter drei Jahren oder die Pflege von Angehörigen können Gründe für die Ablehnung einer Arbeit sein. Außerdem können sonstige wichtige Gründe geltend gemacht werden – insbesondere der Besuch einer allgemeinbildenden Schule. Wer eine Arbeit, eine Ausbildung, eine Arbeitsgelegenheit, ein Praktikum oder eine Eingliederungsmaßnahme ablehnt, obwohl diese zumutbar ist, muss mit Kürzungen und im Wiederholungsfalle ggf. mit dem Wegfall des Arbeitslosengeldes II rechnen.

Für drei Monate können in einer ersten Stufe die Geldleistungen um etwa 100 EUR gekürzt werden. Kommt es innerhalb eines Jahres drei Mal zu einer Pflichtverletzung, entfällt der vollständige Leistungsanspruch auf das Arbeitslosengeld II. Auch der befristete Zuschuss, der beim Übergang von Arbeitslosengeld zum Arbeitslosengeld II gezahlt wird, entfällt bei einer Kürzung bzw. dem Wegfall des Arbeitslosengeldes II.

Bei Jugendlichen unter 25 Jahren gelten verstärkte Sanktionsmöglichkeiten, da das Arbeitslosengeld II bereits bei der zweiten Pflichtverletzung vollständig gekürzt wird. Erklärt sich der erwerbsfähige Hilfsbedürftige nachträglich bereit, seinen Verpflichtungen nachzukommen, können unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls wieder Leistungen für Unterkunft und Heizung erbracht werden. Unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls kann der Sanktionszeitraum auch auf sechs Wochen verkürzt werden.

Höhe, Dauer und Auszahlung des Arbeitslosengeldes II

Bei der Leistungsbemessung des Arbeitslosengeldes II ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass es sich hierbei – im Gegensatz zur früheren Arbeitslosenhilfe – nicht um eine Lohnersatzleistung mit Fürsorgecharakter, sondern vielmehr um eine staatliche bedarfsorientierte und bedürftigkeitsabhängige reine Fürsorgeleistung handelt. Dementsprechend orientiert sich das Niveau der neuen Geldleistung ALG II auch nicht an der Höhe des zuletzt bezogenen Nettoentgelts aus Erwerbstätigkeit, sondern an dem konkreten Bedarf des betroffenen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihm in Bedarfsgemeinschaft zusammenlebenden Angehörigen (Ehe/Partner sowie Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres).

Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten als Arbeitslosengeld II Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung.

Das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen mindert die Geldleistung.

Die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes für erwerbsfähige Hilfebedürftige umfasst neben dem Bedarf an Ernährung, Körperpflege, Hausrat und den Bedürfnissen des täglichen Lebens auch Beziehungen zur Umwelt und Teilnahme am kulturellen Leben. Die Regelleistung deckt laufende und einmalige Bedarfe ab. Auch Ausgaben für Strom, Warmwasserbereitung, Bus oder Pkw müssen davon beglichen werden.

Anspruch auf die volle Regelleistung (100 Prozent) haben allein Stehende, allein Erziehende sowie Personen, deren Partner minderjährig ist.

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

Zusätzliche Aufwendungen (Mehrbedarf), die nicht von der Regelleistung abgedeckt sind, können unter bestimmten Umständen übernommen werden

- für werdende Mütter ab der 13. Schwangerschaftswoche
- für allein Erziehende abhängig vom Alter und der Anzahl der Kinder
- bei behinderten Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- für Ernährung (wenn eine kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen nachweislich erforderlich ist).

Die Summe der Mehrbedarfe zum Lebensunterhalt darf die Höhe der jeweils maßgebenden Regelleistung nicht übersteigen.

Die monatliche Geldleistung stellt ein Budget dar, mit dem selbständig und damit auch eigenverantwortlich gewirtschaftet werden muss. Soweit Leistungen dennoch nicht ausreichen, können ergänzende Darlehen in Betracht kommen. Über die Regelleistung hinaus können zudem gesondert Leistungen erbracht werden für

1. die Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
2. die Erstausrüstung für Bekleidung und Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt sowie
3. mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen.

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

Kosten der Unterkunft: Ein Antrag auf Wohngeld muss mit dem Arbeitslosengeld II nicht mehr gestellt werden. Die angemessenen Kosten der Unterkunft sowie die Heizkosten werden von den Kommunen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft im Rahmen des Arbeitslosengeldes II/Sozialgeldes übernommen. Dazu gehören auch die Kosten für Kaltwasser und Abwasser. Auch Mietschulden können in Form eines Darlehens übernommen werden, wenn ansonsten Wohnungslosigkeit einzutreten droht. Über die Angemessenheit entscheiden die Kommunen in eigener Zuständigkeit.

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

In einzelnen Fällen kann die Kommune auch auf einem Umzug bestehen. Dann wird sie aber auch die Kosten des Umzugs, die Wohnungsbeschaffungskosten sowie die Mietkaution übernehmen. Dies gilt auch dann, wenn der Umzug aus anderen Gründen notwendig ist und eine Unterkunft sonst nicht in einem angemessenen Zeitraum gefunden werden kann.

Zur Abfederung finanzieller Härten beim Übergang vom Arbeitslosengeld in die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird ein auf zwei Jahre befristeter Zuschlag gezahlt. Dieser Zuschlag berücksichtigt, dass der ehemalige Arbeitslosengeldempfänger durch häufig langjährige Erwerbstätigkeit vor dem Leistungsbezug in der Grundsicherung für Arbeitsuchende einen Anspruch in der Arbeitslosenversicherung erworben hat.

Der befristete Zuschlag beträgt zwei Drittel der Differenz aus dem zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld zuzüglich Wohngeld und dem ArbeitslosengeldII/Sozialgeld (ohne Zuschlag).

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über die Arbeitsmarktpolitik und -förderung unter 01805-6767-12 für 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Der Zuschlag beträgt im ersten Jahr:

- für allein Stehende höchstens 160 EUR,
- für nicht getrennt lebende (Ehe-)Partner insgesamt höchstens 320 EUR,
- für Kinder, die mit dem Zuschlagsberechtigten zusammen leben, höchstens 60 EUR pro Kind.

Im zweiten Jahr wird der Zuschlag halbiert und entfällt mit Ablauf des zweiten Jahres nach dem Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld ganz.

Die Regelleistungen

Alleinstehende/r Alleinerziehende/r	Sonstige Angehörige der Bedarfgemeinschaft		
	Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	Kinder ab Beginn des 15. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	Partner ab Beginn des 19. Lebensjahres
	jeweils	jeweils	jeweils
100 % 351 €	60 % RL 211 €	80 % RL 281 €	90 % RL 316 €

RL = Regelleistung

Beiträge zur Sozialversicherung

Erwerbsfähige Hilfebedürftige werden in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert, soweit für sie nicht bereits im Rahmen einer Familienversicherung Versicherungsschutz besteht. Bezieherinnen und Bezieher von Sozialgeld sind in der Regel als Familienversicherte kranken- und pflegeversichert.

Erwerbsfähige Hilfebedürftige werden in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Bezieher von Arbeitslosengeld II, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung oder eine private Altersvorsorge gezahlt werden.

Vermeidung von Hilfebedürftigkeit durch den Kinderzuschlag

Eltern mit geringem Einkommen waren für den Lebensunterhalt ihrer Kinder früher oft auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen. Jetzt können Eltern, die mit ihrem Einkommen oder Vermögen zwar grundsätzlich ihren eigenen Unterhalt sicherstellen können, nicht aber den Unterhalt für ihre Kinder, den so genannten Kinderzuschlag für diese erhalten, wenn durch den Kinderzuschlag verhindert wird, dass die Familie allein wegen des Unterhalts der Kinder Arbeitslosengeld II/Sozialgeld beantragen müsste. Anspruch auf Kinderzuschlag haben Eltern, die mit ihrem vorhandenen Einkommen, dem Kinderzuschlag sowie gegebenenfalls ergänzendem Wohngeld den Gesamtbedarf der Familie sicherstellen können. Das zu berücksichtigende Einkommen muss mindestens 900 Euro (bei Paaren) oder 600 Euro (bei Alleinerziehenden) betragen.

Der Zuschlag kann pro Kind bis zu 140 EUR pro Monat betragen. Er wird bei der Familienkasse beantragt, die auch das Kindergeld auszahlt. Bis zu welchem Einkommen Familien den Kinderzuschlag erhalten können, hängt von der Höhe der Miete und ggf. vorhandenen Ansprüchen auf Mehrbedarfe ab.

Übersteigt das Einkommen der Eltern den eigenen Bedarf, bleibt von dem übersteigenden Einkommen 50 Prozent anrechnungsfrei. Das verbleibende Einkommen mindert den Kinderzuschlag. Der Kinderzuschlag wird in der Regel für jeweils sechs Monate bewilligt. Folgebewilligungen sind bei Vorliegen der Voraussetzungen möglich. Auf der Homepage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist ein Kinderzuschlagrechner abrufbar. (<http://www.bmfsfj.de/Kinderzuschlagrechner>).

Weitergehende Informationen enthält die Broschüre „Grundsicherung für Arbeitsuchende - Fragen und Antworten - SGB II“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Arbeitsrecht

Arbeitnehmer sind wirtschaftlich und – im Rahmen des Arbeitsvertrags – persönlich vom Arbeitgeber abhängig. Deshalb benötigen sie Schutz, den ihnen das Arbeitsrecht gewährt. Dieses Sonderrecht gilt für alle Arbeitnehmer – sprich: Arbeiter und Angestellte. Für in Heimarbeit Beschäftigte, die in besonderem Maße wirtschaftlich von ihren Auftraggebern abhängig sind, gelten die arbeitsrechtlichen Vorschriften entsprechend – teilweise kraft besonderer gesetzlicher Regelung, teilweise analog. Dabei unterscheidet man zwischen zwei Unterformen des Arbeitsrechts: Das Individual-Arbeitsrecht regelt das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Das kollektive Arbeitsrecht regelt das Recht der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände auf betrieblicher und vor allem überbetrieblicher Ebene.

Was leistet das Individual-Arbeitsrecht?

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

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

Darüber hinaus kann der Arbeitsvertrag weitere Rechte und Pflichten festlegen, die die Arbeitsbedingungen insgesamt regeln. Diese Rechte und Pflichten können sowohl Sie als Arbeitnehmer als auch Ihren Arbeitgeber betreffen. Bestimmte Mindestrechte haben Sie als Arbeitnehmer durch verschiedene gesetzliche Regelungen. Dazu gehören neben dem Bundesurlaubsgesetz beispielsweise auch das Entgeltfortzahlungsgesetz, durch das Sie bei Krankheit für bis zu sechs Wochen Anspruch auf finanzielle Absicherung durch Ihren Arbeitgeber haben, oder die Regelungen des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) und des Pflegezeitgesetzes. Das TzBfG räumt Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit der Arbeitszeitreduzierung ein. Teilzeitbeschäftigte dürfen nach dem TzBfG nicht schlechter behandelt werden als Vollzeitbeschäftigte, es sei denn, es gibt für eine unterschiedliche Behandlung einen sachlichen Grund. Das Pflegezeitgesetz bietet Beschäftigten unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung bis zu sechs Monaten zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern.

Durch den Arbeitsvertrag – oder auch durch einen Tarifvertrag (siehe „Tarifvertragsrecht“) – können diese gesetzlichen Mindestrechte verbessert werden. Zum Beispiel können mehr Urlaubstage festgelegt werden.

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

Abweichend vom Gesetz können im Arbeitsvertrag längere und im Tarifvertrag längere oder kürzere Kündigungsfristen vereinbart werden.

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

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

Anspruch auf Jahresurlaub

1880	–	
1903	3 Tage	nur Metallindustrie, Brauereien
1930	3 - 15 Tage	nach Dauer der Betriebszugehörigkeit in verschiedenen Branchen
1946	12 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub
1963	15 - 18 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub
1974	18 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub
seit 1995	24 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub

*) In den Altländern der Bundesrepublik

Bei der Berechnung der Arbeitnehmerzahl werden Teilzeitbeschäftigte anteilig, Auszubildende nicht berücksichtigt.

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

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

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

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

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

Was leistet das kollektive Arbeitsrecht?

Das kollektive Arbeitsrecht gliedert sich in zwei Ebenen:

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

Das Tarifvertragsrecht

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

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

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

1. Schutzfunktion
Der Tarifvertrag schützt Sie als Arbeitnehmer davor, dass Ihre Arbeitsbedingungen einseitig durch den Arbeitgeber festgelegt werden – denn: Der Arbeitsvertrag darf die im Tarifvertrag festgelegten Arbeitsbedingungen nicht unterschreiten (Mindestarbeitsbedingungen).
2. Ordnungsfunktion
Der Tarifvertrag gibt während seiner Geltungsdauer allen Arbeitsverhältnissen, die von ihm erfasst werden, einen bestimmten Inhalt.
3. Friedensfunktion
Solange ein Tarifvertrag gilt, dürfen die Arbeitnehmer nicht streiken, um neue Forderungen hinsichtlich der tarifvertraglich vereinbarten Gegenstände durchzusetzen.

Was müssen Sie tun?

Zwar dient das Arbeitsrecht vor allem dazu, Sie als Arbeitnehmer zu schützen. Dennoch sind damit auch Pflichten verbunden.

Die wichtigste Pflicht (die sich aus dem Individual-Arbeitsrecht ergibt): Sie müssen eine bestimmte Arbeit leisten. Der Arbeitgeber ist seinerseits verpflichtet, Ihnen dafür ein bestimmtes Entgelt zu zahlen.

Darüber hinaus können sich aus dem Arbeitsvertrag weitere Pflichten für Arbeitnehmer und Arbeitgeber ergeben.

Wenn Sie Ihr Arbeitsverhältnis kündigen möchten, müssen Sie sich auch als Arbeitnehmer an bestimmte Fristen halten.

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

Beispiele für tarifvertragliche Regelungen sind:

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

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

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

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

Tarifliche Wochenarbeitszeit nach Arbeitsklassen

Arbeitszeit in Stunden	% der Arbeitnehmer						
	2008	2007	2005	1998	1985	1980	1975
35	19,7	20,1	20,5	19,8	18,8	–	–
36	2,7	2,7	2,8	2,3	0,9	–	–
36,5	0,5	0,4	0,4	0,6	0,3	–	–
37	6,0	6,8	6,8	6,8	9,0	–	–
37,5	13,0	12,3	12,5	12,7	12,6	–	–
38	10,9	10,6	11,0	10,0	6,9	–	–
38,5	21,9	22,4	22,7	21,1	20,6	–	–
39	14,3	13,2	13,4	17,0	18,3	–	–
39,5	0,2	0,2	0,7	0,2	0,2	–	–
40	8,6	8,9	9,0	9,2	12,3	94,0	90,6
41	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	1,4	1,6
41,5	–	–	–	–	–	–	0,7
42	–	–	–	–	–	3,5	1,5
42,5	–	–	–	–	–	0,4	0,4
43	–	–	–	–	–	0,7	1,6
44	–	–	–	–	–	2,7	–
45	–	–	–	–	–	–	0,9
Durchschnittliche Arbeitszeit (Stunden)	37,59	37,57	37,64	37,65	37,80	40,12	40,27

Das Betriebsverfassungsrecht

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

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

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

Diese Beteiligungsrechte gliedern sich nach ihrer Stärke in

- Mitbestimmungsrechte und
- Mitwirkungsrechte.

Die Mitbestimmung ist die stärkste Form der Beteiligung. Hat der Betriebsrat ein solches Mitbestimmungsrecht, kann der Arbeitgeber nur dann entscheiden und handeln, wenn der Betriebsrat zustimmt. Aber was geschieht, wenn der Betriebsrat seine Zustimmung verweigert? Dann entscheidet die Einigungsstelle. Sie hat einen neutralen Vorsitzenden und ist je zur Hälfte mit Vertretern des Arbeitgebers und des Betriebsrates besetzt.

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

Näheres zum Betriebsverfassungsrecht lesen Sie im Kapitel „Betriebsverfassung“.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Arbeitsrecht unter 01805 6767-13 für 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Gesetze

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

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

Wichtig:

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

Betriebsverfassung

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

Zusammensetzung des Betriebsrats

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

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

Größere Betriebe haben mehr Betriebsratsmitglieder.

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

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

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

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

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

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

Mit dem Gesetz zur Reform des Betriebsverfassungsgesetzes wurde im Jahr 2001 die betriebliche Mitbestimmung den Bedingungen der Arbeits- und Wirtschaftswelt von heute angepasst. Es sorgt dafür, dass die betriebliche Mitbestimmung auch weiterhin ein tragfähiges Modell zum Nutzen der Sozialpartner darstellt. Die Neuerungen haben moderne und anpassungsfähige Betriebsratsstrukturen geschaffen. Sie erleichtern die Bildung von Betriebsräten, beziehen besondere Beschäftigungsformen wie Leiharbeiter in die betriebliche Mitbestimmung ein, verbessern die Arbeitsbedingungen des Betriebsrats und der Jugend- und Auszubildendenvertretung, stärken die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats im Bereich Beschäftigungssicherung und Qualifizierung, vereinfachen das Wahlverfahren in Betrieben mit bis zu 50 (bzw. 100 im Konsens mit dem Arbeitgeber) wahlberechtigten Arbeitnehmern, treiben die Gleichstellung von Frauen und Männern im Betrieb voran und geben die überholte Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten auf.

Rechte

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

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

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

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

In welchen Betrieben gibt es einen Betriebsrat?

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

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

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

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

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

Besonderheit:

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

Wer ist für den Betriebsrat wahlberechtigt?

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

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

Aufgaben des Betriebsrats

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

In einer Reihe von sozialen Angelegenheiten hat der Betriebsrat mitzubestimmen:

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

Darüber hinaus wirkt und bestimmt der Betriebsrat weitgehend mit

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

Da in der heutigen Zeit Beschäftigungssicherung und Qualifizierung wichtige Themen sind, wurde der Betriebsrat insoweit mit mehr Gestaltungsmöglichkeiten ausgestattet. Der Betriebsrat kann dem Arbeitgeber zum Beispiel Vorschläge zur flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit, der Förderung von Teilzeitarbeit und Altersteilzeit sowie der betriebliche Qualifizierung von Arbeitnehmern, aber auch zu neuen Formen der Arbeitsorganisation und Änderungen von Arbeitsverfahren und Arbeitsabläufen machen.

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

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

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

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

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

Wichtig:

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

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

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

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

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

Betriebliche Mitbestimmung in Europa

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

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

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

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

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

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

Die Richtlinie über Europäische Betriebsräte ist 2009 unter intensiver Einbeziehung von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden neugefasst worden. Neu sind unter anderem die Definitionen der Unterrichtung und Anhörung, die sicherstellen, dass in länderübergreifenden Umstrukturierungsfällen zukünftig der EBR rechtzeitig vor der Unternehmensentscheidung beteiligt wird. In den Hauptteil der Richtlinie aufgenommen wurde die Zuständigkeit des EBR für länderübergreifende Themen. Dazu kommen z. B. die Klarstellung, dass der EBR die erforderlichen Mittel erhalten muss, damit er die Belegschaft im Rahmen der Richtlinie kollektiv vertreten kann, eine Neuverhandlungspflicht der EBR-Vereinbarung bei wesentlichen Umstrukturierungen des Unternehmens oder der Unternehmensgruppe und die Gewährung erforderlicher Schulungen für EBR-Mitglieder. Die Änderungen sind am 5. Juni 2009 in Kraft getreten und bis 5. Juni 2011 in nationales Recht umzusetzen.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie

- im Betriebsverfassungsgesetz,
- im Bundespersonalvertretungsgesetz, in den verschiedenen Landespersonalvertretungsgesetzen
- im Sprecherausschussgesetz

sowie

- im Europäische Betriebsräte-Gesetz.

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

Mitbestimmung

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

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

Mitbestimmung bedeutet auch: Die Arbeitnehmer und ihre Gewerkschaften sind bereit, Mitverantwortung zu übernehmen. Damit haben sie in den vergangenen Jahrzehnten bis heute die Gesellschaftsordnung in der Bundesrepublik Deutschland mitgeprägt und stabilisiert.

Rechte

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

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

So kann der Aufsichtsrat beispielsweise

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

Mitbestimmung in größeren Unternehmen nach dem Mitbestimmungsgesetz

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

Zusammensetzung des Aufsichtsrats

Die Mitglieder der Aufsichtsräte von mitbestimmten Unternehmen sind zu gleichen Teilen Vertreter der Anteilseigner und der Arbeitnehmer. Ihre Zahl beträgt

- in Unternehmen mit bis zu 10.000 Arbeitnehmern jeweils sechs,
- in Unternehmen mit mehr als 10.000 und bis zu 20.000 Arbeitnehmern jeweils acht,
- in Unternehmen mit mehr als 20.000 Arbeitnehmern jeweils zehn.

Die Satzung des Unternehmens kann in folgenden Fällen eine Vergrößerung des Aufsichtsrates festlegen: Wenn dem Aufsichtsrat nach dem Gesetz zwölf Mitglieder angehören sollen, kann ihre Zahl auf 16 oder 20 erhöht werden. Ist ein Aufsichtsrat aus 16 Mitgliedern zu bilden, kann ihre Zahl kraft Satzung auf 20 Vertreter erhöht werden.

Die im Unternehmen (bzw. im Konzern) vertretenen Gewerkschaften können einen Teil der Aufsichtsratsitze der Arbeitnehmer beanspruchen, und zwar

- 2 Sitze in Unternehmen mit einem 12- oder 16köpfigen Aufsichtsrat,
- 3 Sitze in Unternehmen mit einem 20köpfigen Aufsichtsrat.

Wahl der Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitnehmer

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

Wahl der Vertreter der Anteilseigner

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

Wahl des Vorsitzenden

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

Wichtig:

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

Der Vorstand

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

Wichtig:

Auch Kandidaten für den Vorstand benötigen zu ihrer Bestellung eine Zwei-Drittel-Mehrheit im Aufsichtsrat. Sollte diese Mehrheit nicht zustande kommen, wird ein Vermittlungsausschuss gebildet.

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

Mitbestimmung in kleineren Unternehmen nach dem Drittelbeteiligungsgesetz

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

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

Mitbestimmung in der Montanindustrie

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

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

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

Besonderheit:

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

Gesetze

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

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

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

Organisationsstrukturen

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

Beteiligung der Arbeitnehmer in der SE

Die Beteiligung der Arbeitnehmer in der SE ist im SE-Beteiligungsgesetz (SEBG) normiert. Das SEBG basiert – ebenso wie die SE-Richtlinie – auf folgenden grundlegenden Strukturen:

- Die in den Gründungsgesellschaften vorhandene Beteiligung der Arbeitnehmer soll sich grundsätzlich auch in der SE wieder finden (Vorher-NachherBetrachtung).
- Die Beteiligung der Arbeitnehmer wird inhaltlich unterschieden in Informations- und Konsultationsrechte sowie die Mitbestimmung in Unternehmensorganen. Dies entspricht im Wesentlichen der deutschen Unterscheidung von betrieblicher Mitbestimmung und Unternehmensmitbestimmung.
- Über die Ausgestaltung der Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer in der SE wird zwischen Arbeitgeberseite und Arbeitnehmerseite verhandelt. Für die Arbeitnehmer verhandelt ein „besonderes Verhandlungsgremium“ (BVG).
- Bei Scheitern der Verhandlungen greift eine gesetzliche Auffangregelung. Damit sollen in den Gründungsunternehmen bestehende Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer weitgehend gesichert werden.

Verhandlungsverfahren

Auch im Bereich der Mitbestimmung wird durch die SE Neuland betreten, denn die Beteiligung der Arbeitnehmer wird in einer SE grundsätzlich im Verhandlungswege festgelegt. Die Verhandlungslösung gibt den Beteiligten weitgehende Verhandlungsfreiheit.

Die Verhandlungen werden auf Unternehmerseite von den Leitungs- oder Verwaltungsorganen der Gründungsgesellschaften geführt. Auf Arbeitnehmerseite ist das BVG zu errichten, das die Arbeitnehmer aller Gründungsgesellschaften vertritt. Dabei steht nach den Vorgaben der Richtlinie den Arbeitnehmern in jedem Mitgliedstaat je angefangene 10% der Gesamtarbeitnehmerzahl ein Sitz im BVG zu. Um den Aufwand für die Bestellung der Mitglieder des BVG gering zu halten, sieht das SEBG für die auf Deutschland entfallenden Mitglieder des BVG keine generelle Urwahl oder Delegiertenwahl vor, sondern eine Wahl durch ein Wahlgremium, das die vorhandenen Betriebsratsstrukturen nutzt. Die gewählten Arbeitnehmervertreter auf der jeweils obersten Ebene (Betriebsrat, Gesamtbetriebsrat, Konzernbetriebsrat) sollen über die Mitglieder aus dem Inland im BVG entscheiden. Sind mehrere Unternehmensgruppen beteiligt, bilden deren Vertretungen gemeinsam das Wahlgremium. Höchstgrenze: 40 Mitglieder. Nur ausnahmsweise, wenn Arbeitnehmervertretungen nicht vorhanden sind, wählen die Arbeitnehmer die Mitglieder des BVG aus dem Inland unmittelbar.

Auffangregelung

Wird keine Vereinbarung über die Arbeitnehmerbeteiligung geschlossen, kommt eine gesetzliche Auffangregelung zur Anwendung. Diese besteht aus zwei Teilen, die im Wesentlichen der deutschen Unterscheidung von betrieblicher und unternehmerischer Mitbestimmung entspricht:

SE-Betriebsrat

Die grenzüberschreitende Information und Konsultation der Arbeitnehmer in einer SE wird durch Errichtung eines SE-Betriebsrats sichergestellt. Das Vertretungsorgan setzt sich proportional aus Vertretern der Mitgliedstaaten zusammen, in denen die Arbeitnehmer der SE beschäftigt sind. Die aus Deutschland kommenden Mitglieder des SE-Betriebsrats werden durch ein Wahlgremium bestimmt.

Mitbestimmung im Aufsichts- oder Verwaltungsorgan

Bei der Mitbestimmung der Arbeitnehmer in den Unternehmensorganen der SE folgt die gesetzliche Auffangregelung der so genannten „Vorher-Nachher-Betrachtung“. Der Anteil der Arbeitnehmervertreter im Aufsichts- oder Verwaltungsrat der SE bemisst sich nach dem höchsten Anteil an Arbeitnehmervertretern, der bei einer (oder mehreren) der Gründungsgesellschaften bestanden hat. Dies gilt im Gründungsfall der Verschmelzung, wenn mindestens 25 % der Arbeitnehmer der Gründungsgesellschaften und ihrer Tochtergesellschaften Mitbestimmungsrechte zustanden. Soll eine Holding-SE oder eine Tochter-SE gegründet werden, müssen mindestens 50 % der Arbeitnehmer der beteiligten Gesellschaften und Tochtergesellschaften Mitbestimmungsrechte haben. Bei Gründung einer SE durch Umwandlung besteht die bisherige Mitbestimmung fort. Werden die genannten Prozentschwellen nicht erreicht, ist für die Geltung des höchsten Anteils an Arbeitnehmervertretern, der bei einer (oder mehreren) der Gründungsgesellschaften bestanden hat, ein besonderer Beschluss des BVG erforderlich.

Die aus Deutschland kommenden Mitglieder des Aufsichts- oder Verwaltungsrats werden wiederum durch ein Wahlgremium bestimmt.

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

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

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

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

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

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

Nicht nur die Struktur des MgVG ist mit der des SEBG und des SCEBG vergleichbar, sondern es sind auch zahlreiche vom SEBG und SCEBG bekannte Regelungen wörtlich oder jedenfalls inhaltsgleich in das MgVG übernommen worden. Dies gilt insbesondere für die Bildung und Zusammensetzung des BVG und das Verhandlungsverfahren. Insoweit wird auf die Ausführungen zur SE und zur SCE verwiesen.

Trotz zahlreicher Gemeinsamkeiten ist auf folgende Unterschiede zu den Regelungen der SE und SCE hinzuweisen:

Regelungsgegenstand Unternehmensmitbestimmung

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

Sitzstaatsrecht oder Verhandlungslösung

Da das Ergebnis einer grenzüberschreitenden Verschmelzung nach der 10. Richtlinie keine neue europäische Rechtsform, sondern eine nationale Gesellschaft ist, gilt der Grundsatz, dass sich die Mitbestimmung der Arbeitnehmer nach den nationalen Mitbestimmungsgesetzen richten soll. Allerdings soll stets dann die Mitbestimmung der Arbeitnehmer im Verhandlungsweg oder über die Auffangregelung gesichert werden, wenn einer der folgenden Ausnahmetatbestände vorliegt:

- eine der an der grenzüberschreitenden Verschmelzung beteiligten Gesellschaften ist mitbestimmt und beschäftigte in den sechs Monaten vor der Veröffentlichung des Verschmelzungsplans in der Regel mehr als 500 Arbeitnehmer, oder
- das innerstaatliche Recht, das für die aus der grenzüberschreitenden Verschmelzung hervorgehende Gesellschaft grundsätzlich maßgeblich ist, gewährleistet nicht mindestens den gleichen Umfang an Mitbestimmung, wie er in den jeweiligen an der Verschmelzung beteiligten Gesellschaften bestand, oder
- das für die aus der grenzüberschreitenden Verschmelzung hervorgehende Gesellschaft maßgebende innerstaatliche Recht gewährt Arbeitnehmern in Betrieben anderer Mitgliedstaaten nicht den gleichen Anspruch auf Ausübung von Mitbestimmungsrechten wie denjenigen Arbeitnehmern, die am Sitzstaat der Gesellschaft beschäftigt sind.

Eine dieser Voraussetzungen - vornehmlich die dritte Ausnahmeregelung - wird regelmäßig vorliegen, so dass im Ergebnis über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer Verhandlungen stattfinden.

Modifizierte Auffangregelung

Bei Scheitern der Verhandlungen greift auch hier zur Sicherung bestehender Mitbestimmungsrechte eine gesetzliche Auffangregelung.

Allerdings ist im Gründungsfall der Verschmelzung der Schwellenwert, ab dem die Auffangregelung bei der SE und SCE automatisch eingreift, im Rahmen der 10. Richtlinie auf ein Drittel erhöht worden. Dies bedeutet, dass mindestens einem Drittel aller Arbeitnehmer vor der Eintragung der aus einer grenzüberschreitenden Verschmelzung hervorgehenden Gesellschaft Mitbestimmungsrechte im Unternehmensorgan zugestanden haben müssen. Bei Unterschreiten dieser Schwelle kann das BVG durch einen besonderen Beschluss die Mitbestimmung in der aus der grenzüberschreitenden Verschmelzung hervorgehenden Gesellschaft kraft Gesetzes herbeiführen.

Anwendung der Auffangregelung ohne vorherige Verhandlung

Die gesetzliche Auffangregelung kommt nach dem Recht der SE zur Anwendung, wenn die Parteien dies vereinbaren oder wenn die Verhandlungen über die Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer gescheitert sind. Das MgVG eröffnet im Einklang mit dem europäischen Recht eine weitere Möglichkeit für die Anwendung der Auffangregelung. Danach können die Leitungen der an der grenzüberschreitenden Verschmelzung beteiligten Gesellschaften entscheiden, die Regelungen über die Mitbestimmung kraft Gesetzes ohne vorhergehende Verhandlung unmittelbar ab dem Zeitpunkt der Eintragung anzuwenden. Dieses einseitige Bestimmungsrecht der Leitung kennt das Recht der SE und der SCE nicht.

Sicherung der Mitbestimmung bei nachfolgenden innerstaatlichen Verschmelzung

Das Grundprinzip der Sicherung erworbener Rechte gilt für die aus der grenzüberschreitenden Verschmelzung hervorgehende Gesellschaft auch über die Phase dieser Verschmelzung hinaus, wenn der grenzüberschreitenden Verschmelzung zu einem späteren Zeitpunkt eine oder mehrere innerstaatliche Verschmelzungen nachfolgen. Diese Sicherung der Mitbestimmung endet in jedem Fall drei Jahre nach Eintragung der grenzüberschreitenden Verschmelzung. Ist dieser Zeitraum verstrichen, greifen die nationalen Mitbestimmungsregelungen.

Gesetze

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

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

Mindestlohn

In welchem Umfang können einzelne Arbeitnehmer aufgrund gesetzlicher Vorschriften Mindestentgeltansprüche gegen ihren Arbeitgeber geltend machen? Diese Frage beantworten das Arbeitnehmer-Entsendegesetz und das Mindestarbeitsbedingungengesetz. Beide Gesetze ermöglichen die Festsetzung branchenspezifischer Mindestlöhne. 2009 wurde das Arbeitnehmer-Entsendegesetz neu gefasst und das Mindestarbeitsbedingungengesetz modernisiert.

Rechte

Als Arbeitnehmer bestimmter Branchen können Sie einen Anspruch gegen ihren Arbeitgeber auf Zahlung eines Mindestlohns haben. Die Höhe des Mindestlohns kann nach der Art der ausgeübten Tätigkeit, der Qualifikation und dem regionalen Einsatz unterschiedlich sein.

Arbeitnehmer- Entsendegesetz

Das Arbeitnehmer-Entsendegesetz bietet einen Rechtsrahmen, um branchenspezifische Mindestlöhne für alle Arbeitnehmer einer Branche verbindlich zu machen, unabhängig davon, ob der Arbeitgeber bzw. Verleiher seinen Sitz im In- oder Ausland hat.

Mindestlöhne auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes gibt es nur in den Branchen, die in das Gesetz einbezogen sind.

Diese sind:

- Bauhaupt- und Baunebengewerbe,
- Gebäudereinigung,
- Briefdienstleistungen,
- Sicherheitsdienstleistungen,
- Bergbauspezialarbeiten auf Steinkohlebergwerken,
- Wäschereidienstleistungen im Objektkundengeschäft,
- Abfallwirtschaft einschließlich Straßenreinigung und Winterdienst,
- Aus- und Weiterbildungsdienstleistungen nach dem Zweiten oder Dritten Buch Sozialgesetzbuch und
- Pflegebranche (Altenpflege und ambulante Krankenpflege).

Weitere Voraussetzung ist, dass ein entsprechender Mindestlohntarifvertrag abgeschlossen und dieser staatlich erstreckt worden ist. Die Erstreckung kann durch eine sog. Allgemeinverbindlicherklärung oder durch eine Rechtsverordnung erfolgen.

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

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

Mindestarbeitsbedingungengesetz

Auf der Grundlage des Mindestarbeitsbedingungengesetzes können Mindestlöhne in Branchen festgesetzt werden, in denen die Tarifbindung unter 50 Prozent beträgt. Ob in einer Branche Mindestlöhne geschaffen werden sollen, entscheiden die Expertinnen und Experten des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales errichteten Hauptausschusses für Mindestarbeitsentgelte. Die Höhe der Mindestlöhne bestimmt ein sich aus Vertretern der Branche zusammensetzender Fachausschuss. Die vom Fachausschuss beschlossenen Mindestlöhne können auf Vorschlag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung der Bundesregierung für alle Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Branche verbindlich gemacht werden.

In welchen Branchen gibt es Mindestlöhne?

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

Wie können Arbeitnehmer den Mindestlohn geltend machen?

Die Arbeitnehmer können ihren Mindestlohn gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Im Streitfall können Arbeitnehmer eine Lohnzahlungsklage vor den Arbeitsgerichten erheben.

Wie lange können Arbeitnehmer den Mindestlohn geltend machen?

Für Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis gilt die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren. Der Anspruch auf Zahlung des Mindestlohns kann nicht verwirkt werden. Ein Verzicht ist nur durch gerichtlichen Vergleich zulässig. Ausschlussfristen für die Geltendmachung des Anspruchs sind bei Mindestlöhnen nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz nur zulässig, wenn sie in dem zugrunde liegenden Tarifvertrag zugelassen sind und mindestens sechs Monate betragen; bei Mindestlöhnen nach dem Mindestarbeitsbedingungengesetz sind sie unzulässig.

Wird die Einhaltung der Mindestlöhne kontrolliert?

Die Behörden der Zollverwaltung sind berechtigt zu prüfen, ob Arbeitgeber die Arbeitsbedingungen nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz und dem Mindestarbeitsbedingungengesetz einhalten. Verstöße gegen die Verpflichtung zur Zahlung des Mindestlohns können als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld von bis zu 500.000 EUR geahndet werden.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie in folgenden Gesetzen:

- Arbeitnehmer-Entsendegesetz
- Mindestarbeitsbedingungengesetz.

Arbeitsschutz, Unfallverhütung

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

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

Der Arbeitsschutz betrifft folgende Bereiche, die ineinander greifen:

- Arbeitsstätten einschließlich Betriebshygiene,
- Arbeitsmittel, Geräte und technische Anlagen,
- Gefahrstoffe,
- Arbeitszeitregelungen,
- Schutz bestimmter Personengruppen,
- Arbeitsschutzorganisation im Betrieb,
- Arbeitsmedizinische Vorsorge,
- Lastenhandhabung,
- Biologische Arbeitsstoffe.

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

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

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

Rechtsgrundlagen

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

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

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

Information

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

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

Die Unfallversicherungsträger verfügen über eigene technische Aufsichtsdienste.

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

Service-Telefon der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu den Themen „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ von Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr für 9 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz der Deutschen Telekom unter 0180 3214321.

Typische Arbeitsschutzvorschriften

Arbeitszeitgesetz

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

Jugendarbeitsschutzgesetz

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

Was müssen Sie tun?

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

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

Mutterschutzgesetz

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

Arbeitsschutzgesetz

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

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Die arbeitsmedizinische Vorsorge dient der individuellen Aufklärung und Beratung der Beschäftigten über Wechselwirkungen zwischen ihrer Arbeit und Gesundheit und stellt eine wichtige Ergänzung der technischen und organisatorischen Arbeitsschutzmaßnahmen dar. Sie dient der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen und dem Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit. Die Verordnung regelt Pflichten von Arbeitgebern und Ärzten, gewährleistet die Datenschutzrechte der Beschäftigten, schafft Transparenz über die Anlässe für Pflicht- und Angebotsuntersuchungen und stärkt den Anspruch der Beschäftigten auf Wunschuntersuchungen. Sie schreibt die grundsätzliche Trennung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen von Eignungsuntersuchungen, deren Zulässigkeit sich nach arbeitsrechtlichen Grundsätzen beurteilt, vor. Durch die neue Verordnung sollen Verbesserungen in noch nicht ausreichend beachteten Bereichen, z.B. Muskel-Skelett-Erkrankungen, angestoßen werden. Der Ausschuss für Arbeitsmedizin übernimmt dabei eine zentrale Rolle.

Zu den Aufgaben des Ausschuss für Arbeitsmedizin gehört die Entwicklung von Regeln, die dem Stand der Arbeitsmedizin entsprechen, sowie von Empfehlungen zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge und die Konkretisierung der Verordnung.

PSA-Benutzungsverordnung

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

Lastenhandhabungsverordnung

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

Baustellenverordnung

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

Bildschirmarbeitsverordnung

Durch die Bildschirmarbeitsverordnung werden notwendige Schutzbestimmungen für die Beschäftigten bei der Arbeit an Bildschirmgeräten zusammen gefasst und alle Arbeitgeber zu ihrer Beachtung verpflichtet. Dies betrifft Mindestanforderungen an das Bildschirmgerät selbst, den Arbeitsplatz und die Arbeitsumgebung sowie hinsichtlich der Softwareausstattung und der Arbeitsorganisation. Auch das Angebot der fachkundigen Augenuntersuchung gehört dazu.

Betriebsicherheitsverordnung

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

Arbeitsstättenverordnung

Sie bestimmt, wie Fabriken, Werkstätten, Büros und Verwaltungen, Lager und Läden eingerichtet und betrieben werden müssen, damit von ihnen keine Gefährdungen für die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten ausgehen. Das betrifft unter anderem die Abmessungen, die Belüftung und Beleuchtung und die Temperatur, um nur einige wenige Beispiele zu nennen.

Geräte- und Produktsicherheitsgesetz

In Deutschland dürfen nur Produkte angeboten und verkauft werden, die sicherheitstechnisch einwandfrei sind. Dafür sorgen dieses Gesetz und die hierzu erlassenen Rechtsverordnungen. Es ist auch die nationale Grundlage europäischer Vorschriften, die nur sicheren Produkten den freien Warenverkehr in der Gemeinschaft erlauben.

Von Verbraucherprodukten und technischen Arbeitsmitteln dürfen keine Unfallgefahren ausgehen. Diese Verpflichtung trifft alle, die Produkte in den Verkehr bringen, Hersteller, Importeure und auch Händler. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass die von ihnen hergestellten und vermarkteten Produkte die Sicherheit und Gesundheit der Verwender nicht gefährden.

Gefahrstoffverordnung

Mit der im Jahr 2005 in Kraft getretenen und auf der Basis des EG-Rechts novellierten „Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen“ (Gefahrstoffverordnung) steht ein modernes, flexibel anwendbares Instrumentarium zum Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, also insbesondere gefährlichen Chemikalien, zur Verfügung.

Die Verordnung gibt dem Arbeitgeber zusätzliche Gestaltungsspielräume für konkrete, betriebsbezogene Schutzmaßnahmen, da nur er die Bedingungen in seinem Betrieb im Einzelnen kennt. Regelungen zur Beurteilung der Gefährdung und ein Schutzstufenkonzept in der Verordnung leiten den Arbeitgeber im Hinblick auf seine Entscheidungsfindung an. Die stärkere Übertragung der Verantwortung auf den Arbeitgeber ist begleitet von klar formulierten Vorgaben zum Vorgehen. In den Fällen, in denen eine Präzisierung der Verordnungsvorgaben erforderlich erscheint, nimmt der pluralistisch zusammen gesetzte Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) diese Präzisierung im Rahmen von „Technischen Regeln für Gefahrstoffe“ (TRGS) vor. Die Technischen Regeln entfalten die so genannte Vermutungswirkung. Dies bedeutet, dass bei Einhaltung der entsprechenden Regeln von einer Übereinstimmung mit der Verordnung ausgegangen werden kann. Trotzdem steht es dem Arbeitgeber frei, sich für andere als in einer Technischen Regel festgelegte Maßnahmen zu entscheiden, sofern diese geeignet und angemessen sind. Der Grundsatz der unternehmerischen Verantwortung gilt somit auch für das Technische Regelwerk.

Mehrere Anhänge runden die Verordnung ab, in denen recht konkrete Regelungen für Spezialbereiche getroffen werden, denen aus Arbeitsschutzsicht besonderes Augenmerk geschenkt werden muss.

Biostoffverordnung

Die Biostoffverordnung schafft einen Branchen übergreifenden rechtlichen Rahmen für den Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen, d.h. mit krankheitserregenden Mikroorganismen. Auf der Grundlage der Klassifizierung biologischer Arbeitsstoffe in 4 Risikogruppen werden gefährdungsabhängige Schutzmaßnahmen zum Schutz vor Infektionen, sensibilisierenden oder toxischen Wirkungen festgelegt.

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

Mit Themen wie der Vogelgrippe oder der Neuen Grippe (H1N1, "Schweinegrippe") ist auch der Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit diesen Erregern in den Mittelpunkt des Tagesgeschehens gerückt.

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

Dieses Gesetz verpflichtet den Arbeitgeber Fachleute zu bestellen, die ihn in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit unterstützen. Zu den Aufgaben der Arbeitsschutzexperten gehört es beispielsweise, den Arbeitgeber im gesamten Spektrum der sicherheits- und gesundheitsrelevanten Faktoren bei der Arbeit umfassend zu beraten. Dies beginnt bei der Planung von Betriebsanlagen, betrifft die Beschaffung von Arbeitsmitteln sowie die Gestaltung der Arbeitsplätze und umfasst auch die Beratung des Arbeitgebers bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Den Betriebsärzten ist unter anderem die Aufgabe zugewiesen, die Arbeitnehmer arbeitsmedizinisch zu untersuchen und zu beraten. Das Arbeitssicherheitsgesetz wird durch Unfallverhütungsvorschriften der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. die Berufsgenossenschaften für den gewerblichen Bereich) konkretisiert. Mit der neuen Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A 2) konnten flexible, praxisnahe und am tatsächlichen Gefährdungspotential orientierte Regelungen für Klein- und Kleinstbetriebe geschaffen werden. In einer aktuellen Ausschlussreform werden die Vorschriften für größere Betriebe optimiert; gleichzeitig sollen die Regelungen im öffentlichen Bereich (GUV-V A 2) einbezogen werden, so dass hier die erste gemeinsame Unfallverhütungsvorschrift für alle Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung entstehen kann.

Modellprogramm des BMAS zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Das BMAS schreibt jährlich Förderschwerpunkte zu aktuellen Arbeitsschutzthemen aus, die es im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen mit Bundeszuwendungen fördert. Die Ergebnisse der Modellprojekte unterstützen die Arbeitgeber und Beschäftigten bei der praktischen Umsetzung des Arbeitsschutzes und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Betrieb. Durch die Veröffentlichung und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse tragen die Projekte dazu bei, am Standort Deutschland in Produktion, Handwerk und Dienstleistung arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu verhüten und die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe zu verbessern. Für das Jahr 2009 wurden die Förderschwerpunkte Arbeitszeitberatung und Pflege ausgewählt. Es werden modellhafte Lösungen für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen entwickelt, erprobt und nachhaltig als Praxismodelle implementiert werden. Mit den Instrumenten "Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen" und der "Initiative Neue Qualität der Arbeit" (INQA) wird ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung des im Kabinettsbeschluss von Meseberg verankerten Programms für eine Humanisierung der Arbeitswelt Arbeit geleistet.

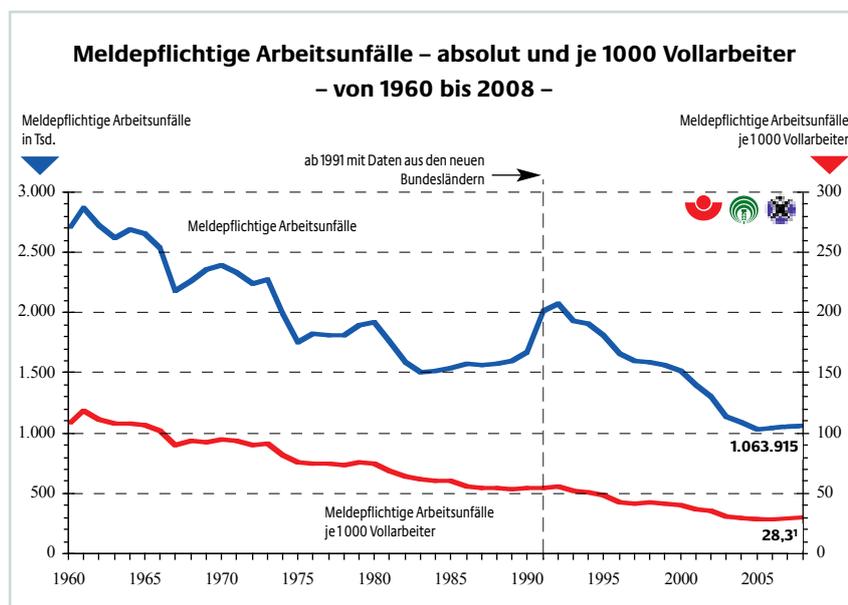
Lärm und Vibrationen am Arbeitsplatz

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

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

Siebttes Buch Sozialgesetzbuch

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



1) Durch die Veränderung der Schätzung der Vollarbeiterzahlen bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ab dem Jahr 2008 kommt es zur erheblichen Veränderungen bei den Unfallquoten.

Unfallversicherung

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

Wer ist versichert?

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

Durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind darüber hinaus:

- Landwirte,
- Kinder in Kindertagesstätten oder bei geeigneten Tagespflegepersonen,
- Schüler,
- Studierende,
- Helfer bei Unglücksfällen,
- Zivil- und Katastrophenschutz Helfer,
- Blut- und Organspender,
- bestimmte ehrenamtlich tätige Personen.

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten erbringt sie

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

Wichtig:

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

Versicherungsschutz genießen Sie grundsätzlich, solange Sie die versicherte Tätigkeit ausüben. Dazu gehört auch der Hin- und Rückweg zur und von der Arbeitsstelle. Grundsätzlich versichert sind zudem Fahrgemeinschaften auf dem Weg von und zur Arbeit – auch dann, wenn Umwege von und zur Arbeitsstätte notwendig werden.

Als Versicherter haben Sie u.a. Anspruch auf:

Heilbehandlung

Die Unfallversicherung übernimmt nach einem Versicherungsfall die Kosten für Ihre ärztliche Behandlung, für die erforderlichen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Aufenthalte im Krankenhaus bzw. in einer Rehabilitationseinrichtung. Dabei spielt es keine Rolle, wie lange Sie die Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Praxisgebühr müssen nicht entrichtet werden.

Verletztengeld

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

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

Rente an Versicherte

Eine Versichertenrente erhalten Sie, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit um mindestens 20 Prozent über 26 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalls hinaus gemindert wird. (Ausnahme: bei landwirtschaftlichen Unternehmern, ihren Ehegatten / Lebenspartnern sowie im Betrieb mitarbeitenden Familienangehörigen muss die Minderung der Erwerbsfähigkeit mindestens 30 Prozent betragen). Wie hoch die Rente ist, richtet sich danach, wie sehr Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert ist und wieviel Sie in den vollen zwölf Kalendermonaten vor dem Versicherungsfall verdient haben.

Wichtig:

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

Pflegegeld

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

Sterbegeld

Führt ein Versicherungsfall zum Tod des Versicherten, erhalten die Hinterbliebenen ein Sterbegeld. Es beträgt den siebten Teil der im Zeitpunkt des Todes geltenden Bezugsgröße (die Bezugsgröße entspricht dem Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung).

Hinterbliebenenrente

Sollte Ihr Ehepartner durch einen Versicherungsfall sterben, zahlt Ihnen die Unfallversicherung eine Hinterbliebenenrente bis zu einer evtl. Wiederheirat. Wie hoch diese Rente ist, richtet sich nach Ihrem Alter, Ihrer Erwerbs- bzw. Berufsfähigkeit und der Zahl Ihrer Kinder. So beträgt Ihre jährliche Hinterbliebenenrente 40 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, wenn Sie

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

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

Falls Sie jünger als 45 (bzw. 47) Jahre sind und zum Zeitpunkt des Todesfalls kein Kind haben, erhalten Sie für die Dauer von zwei Jahren jährlich 30 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Für Ehepaare, die bereits vor dem 1. Januar 2002 verheiratet waren und von denen mindestens einer zu diesem Zeitpunkt mindestens 40 Jahre alt war, wird die Rente über 2 Jahre hinaus unbegrenzt gezahlt bis zu einer evtl. Wiederheirat.

Wichtig:

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

Waisenrente

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

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

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

Wichtig:

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

Rentenabfindung

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

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

Finanzielle Grundlagen

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

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

Rechtsgrundlagen

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

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

Information

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (z.B. den Unfallkassen). Als Service bieten die Berufsgenossenschaften eine bundesweit einheitliche Rufnummer für allgemeine Informationen an. Unter 01805/188088 (0,14 EUR/Min.) werden von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und freitags zwischen 8 und 17 Uhr Fragen zu Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten beantwortet.

Sie können sich außerdem von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8 bis 20 Uhr unter 01805/676711 (0,14 EUR/Min. aus dem deutschen Festnetz) an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wenden.

Im Internet finden Sie Informationen u.a. unter:

www.dguv.de

Über Unfallversicherungsschutz im Allgemeinen sowie für ehrenamtlich tätige Personen informiert die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im Ehrenamt“, die das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53107 Bonn, herausgibt (Best.-Nr. A 329).

Was müssen Sie tun?

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

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

Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen

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

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Thema Behinderung unter 01805 6767-15, Gehörlosen/Hörgeschädigtenservice 01805 6767-16 (Schreibtelefon) für 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz. An den gleichen Tagen, aber in der Zeit von 14.00 bis 18.00 Uhr, steht Ihnen auch das Gebärdentelefon zur Verfügung. Für die Kommunikation benötigen Sie entweder ein VoIP- und videofähiges Endgerät, das mit dem Signalisierungsprotokoll SIP umgehen kann (IP-Video-Telefon) oder einen PC mit einer entsprechenden Software (Softclient bzw. Softphone).

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

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

Leistungen zur Teilhabe

Folgende Hilfen kommen in Betracht:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung;
- Arznei- und Verbandsmittel;
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie;

- Hilfsmittel, einschließlich der notwendigen Änderung, Instandhaltung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

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

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

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Hierzu zählen beispielsweise:

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

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes erhalten Sie während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Regel entweder Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, je nachdem, welcher Leistungsträger zuständig ist. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des Arbeitsentgeltes und -einkommens, das der Beitragsberechnung zugrunde liegt. Dabei darf es 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. In der Rentenversicherung wird anstelle des Krankengeldes ein Übergangsgeld gezahlt, das abhängig von den familiären Verhältnissen regelmäßig 75 oder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts beträgt.

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

Persönliches Budget

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

Einrichtungen

Berufsbildungswerke

Das sind überbetriebliche und überregionale Einrichtungen, die Maßnahmen zur Berufsvorbereitung sowie Berufsausbildung für junge Menschen mit Behinderungen anbieten. Jugendliche, die der besonderen Hilfe bedürfen, werden in den Berufsbildungswerken von fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und von begleitenden Diensten (z. B. Ärzte, Psychologen und Pädagogen) bei ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung unterstützt. Bundesweit besteht ein Netz von 52 Berufsbildungswerken mit rund 15.000 Ausbildungsplätzen und einer Vielzahl von Angeboten in vorbereitenden Maßnahmen.

Berufsförderungswerke

Das sind überbetriebliche und überregionale Einrichtungen, in denen erwachsene Menschen mit Behinderungen, die ihren erlernten Beruf oder ihre bisherige Tätigkeit nicht weiter ausüben können, beruflich umgeschult und fortgebildet werden. Als soziale Dienstleistungsunternehmen vermitteln und stärken sie mit fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und begleitenden Diensten (z. B. Ärzte, Psychologen) berufliche und persönliche Kompetenzen. Bundesweit besteht ein Netz von 28 Berufsförderungswerken mit insgesamt 13.000 Plätzen.

Berufliche Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren sind Spezialeinrichtungen zur Teilhabe psychisch behinderter Menschen am Arbeitsleben. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive, die Wiedereingliederung der Teilnehmer in den Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anzuschließende Umschulung/Ausbildung bzw. für einen Wiedereinstieg in das Berufsleben. Die Beruflichen Trainingszentren verfügen über Trainingsplätze, die den betrieblichen Bedingungen und Anforderungen entsprechen. Zur Zeit gibt es in den Bundesländern zwölf Berufliche Trainingszentren mit insgesamt 900 Plätzen.

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

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

Werkstätten für behinderte Menschen

Behinderte Menschen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, erhalten hier eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung. Die Werkstätten ermöglichen es ihnen, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und ein Arbeitsentgelt zu erzielen. In Deutschland gibt es 701 anerkannte Werkstätten mit rund 280.000 Beschäftigten.

Wichtig:

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

Sonderregelungen für schwerbehinderte Menschen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schwerbehindertenausweis

Als schwerbehinderter Mensch erhalten Sie auf Antrag beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis. Der Ausweis dient zum einen dazu, die Schwerbehinderteneigenschaft nachzuweisen, und ermöglicht es Ihnen zum anderen, Nachteilsausgleiche in Anspruch zu nehmen.

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

Freie Fahrt im Nahverkehr

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

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

Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

Wichtig:

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

Wer ist für welche Hilfen zuständig?

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

- Die Krankenversicherung erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Träger sind
 - Ortskrankenkassen,
 - Betriebskrankenkassen,
 - Innungskrankenkassen,
 - Seekasse,
 - Angestellten- und Arbeiterersatzkassen,
 - Bundesknappschaft, landwirtschaftliche Krankenkassen.
- Die Rentenversicherung ist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten und zu deren Teilhabe am Arbeitsleben zuständig. Träger sind
 - Deutsche Rentenversicherung Bund,
 - Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung,
 - Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.
- Die Unfallversicherung ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig. Träger sind
 - die gewerbliche Berufsgenossenschaften,
 - die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften,
 - die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkassen, Gemeinde-Unfallversicherungsverbände).
- Die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden übernehmen z.B. für Kriegs- und Wehrdienstopfer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Träger sind
 - die örtlich zuständigen Hauptfürsorgestellen.

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

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

Wer für welchen Bereich zuständig ist, ist für Außenstehende oft schwer überschaubar. Damit dem behinderten Menschen daraus keine Nachteile entstehen, sind alle Träger der Rehabilitation verpflichtet, eng zusammenzuarbeiten. Zudem haben die Träger in allen Landkreisen und kreisfreien Städten „Gemeinsame Servicestellen“ eingerichtet, die trägerübergreifend über Zuständigkeit, Leistungsvoraussetzungen, Leistungen und Verwaltungsabläufe informieren und die Betroffenen bei ihren Anträgen unterstützen. Die Träger sind zudem verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen die Zuständigkeiten abschließend zu klären und schnelle und bürgerfreundliche Leistungen zu erbringen.

Versorgungsämter und Integrationsämter

Die Aufgaben nach dem SGB IX werden u.a. von Versorgungsämtern, der Arbeitsverwaltung und Integrationsämtern wahrgenommen. Die Versorgungsämter stellen die Behinderung, den Grad der Behinderung und weitere gesundheitliche Merkmale fest, die jemand erfüllen muss, um Nachteilsausgleiche beanspruchen zu können. Außerdem stellen sie die Schwerbehindertenausweise aus. Die Bundesagentur für Arbeit fördert die Einstellung schwerbehinderter Menschen und überwacht die Erfüllung der Beschäftigungspflicht. Die Integrationsämter schließlich kümmern sich um den besonderen Kündigungsschutz, die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben und erheben die Ausgleichsabgabe.

Gesetze

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen finden Sie

- im Sozialgesetzbuch,
- im Bundesversorgungsgesetz.

Information

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

Zu den Aufgaben der Servicestellen zählen z.B.

- die Information über mögliche Leistungen und deren Voraussetzungen,
- die Unterstützung der Betroffenen bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs,
- die Ermittlung des zuständigen Rehabilitationsträgers,
- die Unterstützung bei der Antragstellung,

- die Annahme und Weiterleitung von Anträgen an den Rehabilitationsträger,
- die möglichst entscheidungsreife Vorbereitung des „Falles“,
- die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen,
- die begleitende Unterstützung bis zur Entscheidung des Rehabilitationsträgers sowie die Koordination und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten.

Wichtig:

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

Jobs ohne Barrieren

Inhalt der Initiative



Initiative für
Ausbildung und
Beschäftigung
behinderter
Menschen sowie
betriebliche
Prävention

www.bmas.de

gefördert durch:



Zusammen mit seinen Partnern – Arbeitgebern, Gewerkschaften, Behindertenverbänden und -organisationen, der Bundesagentur für Arbeit, den Integrationsämtern, Rehabilitations-trägern sowie Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen und weiteren Organisationen – koordiniert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales seit Mitte 2004 die Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ – Initiative für Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen sowie betriebliche Prävention. Mit der Initiative soll erreicht werden, dass behinderte und schwerbehinderte Menschen die Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben besser realisieren können und in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden. Obwohl sich die berufliche Integration behinderter und schwerbehinderter Menschen in den letzten Jahren deutlich verbessert hat, ist deren Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nach wie vor noch nicht zufriedenstellend.

Bundesregierung und Gesetzgeber haben in den vergangenen Jahren zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen einer chancengleichen Teilhabe schwerbehinderter Männer und Frauen am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der Veränderungen des Arbeitsmarktes gestaltet.

Weitere Informationen zu der Initiative

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

Sollten Sie Fragen haben, so können Sie sich aber auch schriftlich an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter dem Stichwort „job-Projekt“, Gruppe Rehabilitation, Rochusstraße 1, 53123 Bonn, wenden.

Zur Unterstützung einer tatsächlichen Verbesserung der Situation behinderter und schwerbehinderter Menschen bei der Teilhabe am Arbeitsleben koordiniert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Initiative „Job – Jobs ohne Barrieren“ – Initiative für Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen sowie betriebliche Prävention.

Durch die Initiative wird über die rechtlichen Rahmenregelungen zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung behinderter und schwerbehinderter Menschen sowie der betrieblichen Prävention informiert und beispielhaft gelungene Umsetzungen dargestellt, um in Betrieben und Dienststellen öffentlicher und privater Arbeitgeber drei Ziele zu realisieren:

- Förderung der Ausbildung behinderter und schwerbehinderter Jugendlicher,
- Verbesserung der Beschäftigungschancen schwerbehinderter Menschen, insbesondere in kleinen und mittelständischen Betrieben und
- Stärkung der betrieblichen Prävention durch die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Erreicht wurde bis 2006 insbesondere:

- 41 Projekte wurden – teils mit Mitteln des Ausgleichsfonds, teils mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds – finanziell gefördert.
- 42 Aktivitäten wurden zwar nicht von der Initiative finanziell gefördert, aber als „Best Practice Beispiele“ im Rahmen der Initiative bekannt gemacht.
- Die für die Initiative erstellte Broschüre „job - Leistungen an Arbeitgeber, die behinderte oder schwerbehinderte Menschen ausbilden oder beschäftigen“ ist über 130.000 Mal, die DVD zur Initiative ist über 20.000 Mal angefordert worden.
- Fast 3.500 Personen nahmen an den bisher 13 Veranstaltungen der Initiative in verschiedenen Regionen Deutschlands teil.

Im Rahmen der Fortsetzung wurden bereits vier Projekte gestartet und 15 Aktivitäten als „Best-Practice-Beispiele“ vorgestellt. Vier weitere Veranstaltungen wurden durchgeführt und die Broschüre „job – Leistungen an Arbeitgeber, die behinderte oder schwerbehinderte Menschen ausbilden oder beschäftigen“ mehrfach neu aufgelegt. Daneben wurde eine neue Broschüre zur verzahnten Ausbildung („Verzahnte Ausbildung – Ein Überblick für Unternehmen und Berufsbildungswerke“) herausgegeben und erschien bereits in einer zweiten, stark überarbeiteten Auflage.

Die Initiative (2004 bis 2006) ist in dem Bericht der Bundesregierung über die Wirkungen der Instrumente zur Sicherung von Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention nach § 160 Abs. 2 SGB IX zum 30. Juni 2007 evaluiert worden.

Die Initiative „job“ (2007 bis 2010) baut auf den Erfahrungen auf und berücksichtigt den nach wie vor hohen Informationsbedarf, insbesondere bei Arbeitgebern, über die rechtlichen Rahmenregelungen für Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen und den Bedarf an nachahmenswerter gelungener Integration behinderter und schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Job4000



Auch aufgrund der bisherigen Erfahrungen aus den Projekten und Aktivitäten der Initiative »job - Jobs ohne Barrieren« wurde das Programm „Job4000“ ins Leben gerufen, das am 1. Januar 2007 gestartet ist. Mit dem Programm soll die berufliche Integration schwerbehinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt gezielt vorangetrieben werden. Zugleich soll die Bundesagentur für Arbeit bei der Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben im Rahmen der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung unterstützt werden.

Förderumfang

Insgesamt rund 30 Millionen EUR durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Mitteln des Ausgleichsfonds. Die Länder stellen zusätzlich rund 20 Mio. EUR bereit.

Förderinhalte

Beschäftigung

Arbeitgeber, die einen besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen zusätzlich einstellen, erhalten vom Integrationsamt eine finanzielle Unterstützung. Die genaue Höhe und die Förderdauer werden im Einzelfall festgelegt. Möglich sind im Durchschnitt bis zu 600 EUR monatlich für die Dauer von bis zu 5 Jahren. Zur Zielgruppe gehören beispielsweise schwerbehinderte Menschen ohne abgeschlossene Berufsausbildung oder mit einer geistigen oder seelischen Behinderung. Für diese Menschen sollen durch das Programm mindestens 1.000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden.

Ausbildung

Arbeitgeber, die einen zusätzlichen Ausbildungsplatz für schwerbehinderte Jugendliche schaffen, erhalten vom Integrationsamt eine Prämie von bis zu 3.000 EUR. Nach Abschluss der Ausbildung und Übernahme in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis gibt es eine weitere Prämie von bis zu 5.000 EUR. Für schwerbehinderte Jugendliche sollen damit mindestens 500 neue Ausbildungsplätze geschaffen werden.

Unterstützung

Integrationsfachdienste stehen bereit, um Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu unterstützen. Zielgruppe sind vor allem schwerbehinderte Schulabgänger und Schulabgängerinnen. Die Integrationsfachdienste erhalten bis zu 250 EUR monatlich für jeden Unterstützungsfall. Durch das Programm sollen mindestens 2.500 Unterstützungsfälle finanziert werden.

Zuständigkeit

Die Länder führen das Programm »Job4000« eigenverantwortlich durch. Ansprechpartner für Arbeitgeber sind die Integrationsämter.

Krankenversicherung und elektronische Gesundheitskarte

Die gesetzliche Krankenversicherung sichert Sie und Ihre Familie im Krankheitsfall ab. Sie kommt für die notwendige medizinische Hilfe auf. Ausgenommen sind hier nur die Leistungen, die Sie nach einem Arbeitsunfall oder als Folge einer Berufskrankheit in Anspruch nehmen. In diesen beiden Fällen sind Sie über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert.

Welcher Krankenkasse Sie angehören, hing bis Ende 1995 von Ihrem Beruf oder der Betriebszugehörigkeit ab. Seit dem 1. Januar 1996 können Sie jedoch als Mitglied einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie einer Ersatzkasse frei wählen, bei welcher Kasse Sie sich versichern lassen möchten, wobei Betriebs- und Innungskrankenkassen nur wählbar sind, wenn sie sich durch Satzungsbeschluss für Betriebsfremde geöffnet haben. Die Knappschaft ist seit dem 1. April 2007 ebenfalls wählbar. Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gelten besondere Wahlrechte.

Was leistet die gesetzliche Krankenversicherung?

Als Versicherter haben Sie Anspruch auf:

- Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung von bestimmten Krankheiten (für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren und – neu – eine Untersuchung zu Beginn der Pubertät, für Erwachsene ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre). Frauen ab dem 20. und Männer ab dem 45. Lebensjahr haben einmal jährlich Anspruch auf eine Früherkennung von Krebskrankheiten.
- Präventionsorientierte Zahnheilkunde, Kinder und Jugendliche insbesondere auf Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe.
- Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen und vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage dieser Empfehlung festgelegt werden.
- Kieferorthopädische Behandlung für Versicherte in der Regel bis zum 18. Lebensjahr.
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung mit freier Wahl unter den zugelassenen Vertragsärzten und Vertragszahnärzten.
- Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Hilfsmittel, wie Hörgeräte und Rollstühle.
- Medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.
- Behandlung im Krankenhaus.
- Kostenübernahme oder Zuschüsse bei notwendigen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.
- Krankengeld: Normalerweise zahlt Ihr Arbeitgeber für sechs Wochen Ihren Lohn oder Ihr Gehalt weiter, wenn Sie arbeitsunfähig sind. Anschließend erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts. Krankengeld können Sie für höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bekommen. Als Landwirt erhalten Sie statt des Krankengeldes eine Betriebshilfe; für Landwirte, die Saisonarbeitnehmer sind, zahlt aber auch die Landwirtschaftliche Krankenkasse Krankengeld.
- Krankengeld bis zu 10 Tagen pro Jahr für jedes versicherte Kind unter 12 Jahren, das nach ärztlichem Zeugnis von Ihnen gepflegt werden muss. Weitere Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Wenn Sie als Versicherter Ihr Kind allein erziehen, verdoppelt sich Ihr Anspruch auf höchstens 20 Tage. Bei mehreren versicherten Kindern ist der Anspruch auf insgesamt 25 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden auf 50 Arbeitstage pro Kalenderjahr begrenzt. Für erkrankte behinderte Kinder, die auf Hilfe angewiesen sind, besteht der Anspruch auch über das 12. Lebensjahr hinaus.
- Darüber hinaus besteht ein unbegrenzter Krankengeldanspruch, wenn das Kind unheilbar erkrankt ist und nur noch eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten besteht.
- Haushaltshilfe, wenn Sie ins Krankenhaus müssen oder eine stationäre Maßnahme antreten und dadurch ihren Haushalt nicht weiterführen können, vorausgesetzt, dass in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

- Häusliche Krankenpflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder so die ärztliche Behandlung gesichert wird.
- Häusliche Pflege für Frauen, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist.
- Soziotherapie für Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- Mutterschaftsgeld und Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung. Mutterschaftsgeld erhalten Sie als Kassenmitglied regelmäßig für sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt (Schutzfrist) – bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten 12 Wochen nach der Entbindung. Wie hoch die Leistung ist, richtet sich nach Ihrem durchschnittlichen Entgelt der letzten drei Monate bzw. der letzten 13 Wochen vor Beginn der gesetzlichen Schutzfrist. Maximal zahlt Ihnen die Krankenkasse 13,- EUR je Kalendertag. Ihr Arbeitgeber zahlt für die Zeit der Schutzfrist den Differenzbetrag zu Ihrem durchschnittlichen Nettolohn dazu.

Wer ist versichert?

Als Arbeitnehmer sind Sie automatisch pflichtversichert, wenn Ihr regelmäßiger Brutto-Arbeitsverdienst mehr als 400 EUR monatlich beträgt und eine bestimmte Höchstgrenze pro Jahr nicht übersteigt. Seit dem 1. Januar 2003 ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze, bis zu der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer besteht, formal von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt und in eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze und eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze für privat krankenversicherte Arbeitnehmer überführt worden. Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt im Kalenderjahr 2009 48.600 EUR und entspricht damit weiterhin einem Wert von 75 Prozent der Jahresbeitragsbemessungsgrenze (West) in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, enthält das neue Recht eine aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes niedrigere Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 44.100 EUR im Jahr 2009. Dieser Wert ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit Wirkung vom 2. Februar 2007 ist im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes eine Neuregelung zur Stärkung der Solidarität der Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden. Danach endet die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern in der gesetzlichen Krankenversicherung erst, wenn ihr Arbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren die für sie maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat und auch im darauf folgenden Jahr übersteigt.

Außer den Arbeitnehmern sind gemäß näherer gesetzlicher Regelungen ebenfalls pflichtversichert u.a.:

- Studenten an staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen,
- Praktikanten und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges,
- Rentner, wenn sie in der 2. Hälfte des Erwerbslebens ganz überwiegend Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung oder dort familienversichert waren.
- Behinderte Menschen, die in einer anerkannten Werkstatt beschäftigt sind oder an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen,
- Arbeitslose, wenn sie Arbeitslosengeld oder – unter bestimmten Voraussetzungen – Arbeitslosengeld II erhalten,
- landwirtschaftliche Unternehmer,
- hauptberuflich mitarbeitende Familienangehörige des landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie mindestens 15 Jahre alt oder als Auszubildende in dem Unternehmen beschäftigt sind,
- Altenteiler,
- Künstler und Publizisten entsprechend dem Künstlersozialversicherungsgesetz

Freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten können Sie innerhalb von drei Monaten u.a.

- als bislang Versicherungspflichtiger, wenn die Versicherungspflicht endet und Sie bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben,
- als Schwerbehinderter (unter bestimmten Voraussetzungen),
- nach Beendigung der Mitversicherung als Familienangehöriger, wenn Sie bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben.

Übersicht über die Zuzahlung in der GKV:

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

* jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels

** vgl. die Ausführungen im Text zu den Besonderheiten

Seit dem 1. April 2007 besteht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die davor zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie werden Pflichtmitglied ihrer ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolger mit Wirkung vom ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Inland, frühestens ab dem 1. April 2007. Das Gleiche gilt für Personen, die bisher niemals gesetzlich oder privat krankenversichert waren und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind. Bitte lassen Sie sich über diese Neuregelung des Versicherungsschutzes von einer gesetzlichen Krankenkasse beraten.

Freiwillige Mitglieder, die zu einer privaten Krankenversicherung wechseln wollen, sollten in ihre Überlegungen einbeziehen, dass eine spätere Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung nur unter sehr engen Voraussetzungen möglich ist, und sich hierüber von einer gesetzlichen Krankenkasse beraten lassen.

Familienversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst auch eine beitragsfreie Familienversicherung. Danach sind Ehe- und eingetragene Lebenspartner und Kinder (bis zu bestimmten Altersgrenzen) mitversichert. Voraussetzung ist u.a., dass das Einkommen der Ehe- und Lebenspartner und Kinder 2009 höchstens 360 EUR monatlich beträgt und sie nicht selbst versichert sind. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

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

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

Zuzahlungen der Versicherten

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

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Auch aus diesem Grund beteiligen sich die Versicherten an bestimmten Leistungen. Das ist im Krankenversicherungsrecht so festgelegt. So will der Gesetzgeber auch erreichen, dass die Versicherten ihre Leistungen kostenbewusst und verantwortungsvoll in Anspruch nehmen.

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

Von Zuzahlungen sind befreit:

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

Zuzahlungsbefreiung/Belastungsgrenze:

Die Belastungsgrenze beträgt 2% (bei chronisch Kranken 1%) der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen - denn für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt. Für Kinder wird ein erhöhter Freibetrag berücksichtigt. Diese Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus. Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15% der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dies sind im Jahr 2009 4.536 EUR, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10% der jährlichen Bezugsgröße; im Jahr 2009 sind dies 3.024 EUR. Der Freibetrag für Kinder beträgt 3.864 EUR. Bei Alleinerziehenden gilt das Kind als erster Angehöriger, so dass der höhere Freibetrag (4.536 EUR) in Abzug gebracht wird. Der Anwendungsbereich der 10%-Regelung für weitere Angehörige hat nur noch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte Bedeutung.

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

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

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

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

Besonderheiten bei chronisch Kranken

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

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine geringere Belastungsgrenze von nur 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt.

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

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

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

Seit Januar 2008 ist die reduzierte Belastungsgrenze an gesundheitsbewusstes Verhalten der Betroffenen gekoppelt. Der behandelnde Arzt darf die Bescheinigung über die chronische Erkrankung nur ausstellen, wenn er festgestellt hat, dass der Patient sich therapiegerecht verhält.

Gesetze

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist der älteste Zweig der Sozialversicherung.

Grundlagen dazu finden Sie in verschiedenen Gesetzen, beispielsweise

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

Wer krank ist und regelmäßig ärztliche Behandlung bzw. Medikamente braucht (Chroniker), kann bei den Zuzahlungen von der halbierten Belastungsgrenze (1 % statt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) profitieren, wenn er nachweist, dass er sich vor der Erkrankung über die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen. Die neue Regelung gilt für Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 erstmals Vorsorgeuntersuchungen nach § 25 SGB V in Anspruch nehmen können. Das sind alle Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden, und alle Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden.

Die Regelung ist zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt, soll in Zukunft aber auf weitere Vorsorgeuntersuchungen ausgedehnt werden.

Die Beratung kann von jedem Arzt vorgenommen werden, der auch berechtigt ist, die Vorsorgeuntersuchung durchzuführen. Die Versicherten können sich auf der Grundlage der Beratung entscheiden, ob sie die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen wollen.

Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten einen Präventionspass zur Verfügung, mit dem eine regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nachgewiesen werden kann.

Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

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

Die Hilfeempfänger haben die jeweiligen Zuzahlungen aus dem Regelsatz selbst zu tragen. Eine Aufstockung des Regelsatzes erfolgt nicht. Der Regelsatz beträgt 4.212 EUR im Kalenderjahr. Auf dieser Grundlage haben Sozialhilfeempfänger ab dem 1. Januar 2007 für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen je Kalenderjahr zu leisten:

Bei 1% Zuzahlung: (Chroniker)	ca. 42,12 EUR
Bei 2% Zuzahlung: („Normalfall“)	ca. 84,24 EUR

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

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit informiert Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 18.00 Uhr, Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr über die Krankenversicherung unter 01805 9966-02 und beantwortet Fragen zum Versicherungsschutz unter 01805 9966-01, für 14 Cent aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

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

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

Besondere Überforderungsregelungen bei Zahnersatz:

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

Information

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

Finanzielle Grundlagen

Seit Januar 2009 gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz, den die Bundesregierung per Rechtsverordnung für alle gesetzlichen Krankenkassen festgelegt hat.

Dieser Beitragssatz ist so bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen der Krankenkassen zusammen mit dem Bundeszuschuss von 4,0 Mrd. Euro 100 Prozent der voraussichtlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 decken.

Die Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung legt einen paritätisch finanzierten Beitragssatz von 14,6 Prozent fest. Dieser Beitragssatz findet u. a. für Arbeitnehmer und Rentner Anwendung. Der ermäßigte Beitragssatz für Versicherte ohne Krankengeldanspruch beträgt 14,0 Prozent. Dazu kommt jeweils ein Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten, der nur von den Mitgliedern der Krankenkassen zu tragen ist.

Die Beiträge werden wie bisher von den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den neuen Gesundheitsfonds.

Die Krankenkassen wiederum erhalten vom Gesundheitsfonds pauschalierte Zuweisungen pro Versicherten plus alters-, risiko- und geschlechtsadjustierte Zuschläge zur Deckung ihrer Leistungsausgaben. Hierdurch wird die unterschiedliche Versicherten- und Krankheitsstruktur berücksichtigt.

Erhält eine Krankenkasse Zuweisungen, die ihren eigenen Finanzbedarf überschreiten, so kann sie an ihre Mitglieder Prämien auszahlen, soweit sie über eine ausreichende Finanzreserve verfügt. Kommt eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie Effizienzreserven erschließen; reicht auch dies nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dieser kann max. bis zu 1% der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Mitglieds betragen.

Durch den einheitlichen Beitragssatz ändert sich die Verteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern oder Rentenversicherungsträgern und Rentnern nicht.

Freiwillig versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, zahlen ihre Krankenversicherungsbeiträge allein. Sie erhalten jedoch von ihrem Arbeitgeber die Hälfte des Beitrages, der bei Anwendung des um 0,9 Prozentpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes für einen versicherungspflichtigen Beschäftigten zu zahlen wäre, begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrages, erstattet.

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

Bei der Beitragsbemessung ist die so genannte Beitragsbemessungsgrenze zu beachten (2009: 3.675 EUR). Das bedeutet: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung bemisst sich höchstens bis zu dem vorgenannten Betrag, auch wenn Sie mehr verdienen.

Seit dem 1. April 2003 gilt eine Besonderheit, wenn das aus einer Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt zwischen 400,01 EUR und 800 EUR im Monat liegt. Innerhalb dieser sogenannten „Gleitzone“ gelten für die entsprechenden Beschäftigungsverhältnisse besondere sozialversicherungsrechtliche Regelungen. Die Gesetzesneuregelungen sehen vor, dass innerhalb der Gleitzone der Arbeitnehmer entsprechend seinem Verdienst anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Der Arbeitgeber hingegen ist – wie bei allen übrigen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen auch – in „normaler“ Höhe mit seinen Arbeitgeberbeitragsanteilen zur Sozialversicherung belastet.

Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte

Die elektronische Gesundheitskarte

Die bisherige Krankenversichertenkarte wird zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert. Die mit einem Mikroprozessor ausgestattete Gesundheitskarte ist datenschutzrechtlich sicherer als ihr Vorgänger. Sie enthält zur Reduzierung des Missbrauchs ein Lichtbild des Versicherten (Ausnahmen: Kinder unter 15 sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist). Zur Basisausstattung gehören administrative Daten (Versichertenstammdaten) wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Anschrift sowie Angaben zur Krankenversicherung, wie die Krankenversicherungsnummer, der Versichertenstatus (Mitglied, Familienversicherter oder Rentner) und der persönliche Zuzahlungstatus. Die elektronische Gesundheitskarte kann von Beginn an mit einer "europäischen Krankenversicherungskarte" auf der Rückseite ausgestattet werden. Diese ermöglicht die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedstaaten der EU.

Die Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte werden zunächst auf ein modernes und sicheres Versicherten-datenmanagement sowie die Bereitstellung von Notfalldaten konzentriert.

Darüber hinaus sollen schnellstmöglich die Grundlagen für eine sichere Kommunikation zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten geschaffen werden.

Ziel ist der Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen, in der es möglich ist, behandlungsrelevante Daten eines Patienten immer an dem Ort verfügbar zu haben, an dem der Patient das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt.

Weitere medizinische Anwendungen können, wenn sie ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Praxistauglichkeit in Testverfahren bewiesen haben und den hohen Datenschutzerfordernissen genügen, zu einem späteren Zeitpunkt verwirklicht werden, ohne dass dafür ein Austausch der Karten erforderlich ist.

Derzeit werden Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäuser mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet, die sowohl die bisherige Krankenversichertenkarte als auch die neue elektronische Gesundheitskarte auslesen können. Krankenkassen geben an ihre Versicherten elektronische Gesundheitskarten aus.

Dieser Prozess hat in der Region Nordrhein begonnen und wird nach und nach auf die gesamte Bundesrepublik ausgeweitet.

Ziele der elektronischen Gesundheitskarte

- Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung.
- Verbesserung patientenorientierter Dienstleistungen.
- Stärkung der Eigenverantwortung und Mitwirkungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten.
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen.
- Optimierung von Arbeitsprozessen.
- Verbesserung der Kommunikation aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten.

Rechtliche Grundlage

Die rechtliche Grundlage für die Weiterentwicklung der bisherigen Krankenversichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte bildet das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, das am 01.01.2004 in Kraft getreten ist.

Auch die Organisation und technische Realisierung des bundesweiten Einsatzes der elektronischen Gesundheitskarte ist gesetzlich geregelt. Das im Juni 2005 verkündete „Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen“ legt unter anderem die Organisationsstruktur der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik GmbH) sowie ihre Aufgaben fest (§ 291b SGB V) und bestimmt die Grundzüge der Finanzierung der notwendigen Telematikinfrastruktur.

Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Administrativer Teil (verpflichtend):

- Versicherungsangaben einschließlich Angaben zum Zuzahlungsstatus.
- Papierlose Übertragung eines Rezepts.

Medizinischer Teil (freiwillig):

- Arzneimitteldokumentation.
- Notfallinformationen (z.B. chronische Organleiden, Allergien, Herzkrankheit, Dialyse, Asthma).
- Elektronische Patientenakte (z. B. aktuelle Diagnosen, Operationen, Impfungen und Röntgenuntersuchungen).
- Möglichkeit zur Aufnahme von elektronischen Mitteilungen (z.B. Arztbrief).
- Ermöglichung einer sogenannten Patientenquittung, welche die Patientinnen und Patienten über die vom Arzt erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten informiert.
- Eigene, von den Patientinnen und Patienten selbst zur Verfügung gestellte Daten.

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

Die möglichen Anwendungen werden schrittweise verwirklicht.

Datenschutz

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

- Die Datenhoheit der Patienten und der Grundsatz der Freiwilligkeit der Speicherung von Gesundheitsdaten sind gewahrt.
- Die Patienten entscheiden darüber, ob und welche ihrer Gesundheitsdaten aufgenommen und welche gelöscht werden und welcher Leistungserbringer Zugriff auf die Daten erhält.
- Patientinnen und Patienten haben das Recht, ihre Daten einzusehen und sich Ausdrücke davon fertigen zu lassen.
- Ein umfassendes Sicherheitskonzept garantiert den Schutz der besonders sensiblen Daten. Ein Zugriff auf medizinische Daten mittels der Gesundheitskarte ist grundsätzlich nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis (Health Professional Card), der über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, möglich. Diesen erhalten nur Heilberufler. Somit können nur diejenigen Personen auf mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherte medizinische Daten zugreifen, denen der Zugriff laut Gesetz gestattet ist. Zusätzlich muss jeder Zugriff durch den Patienten ausdrücklich mit technischen Mitteln autorisiert werden.
- Die letzten 50 Zugriffe werden protokolliert und gespeichert.
- Daten werden, sobald sie die Arztpraxis oder das Krankenhaus nach Zustimmung von Arzt und Patienten verlassen, individuell verschlüsselt. Den Schlüssel dazu hat jeder Versicherte mit seiner Gesundheitskarte in der Hand. Da es keinen "Generalschlüssel" gibt, kann niemand ohne Mitwirkung des Versicherten Daten lesen.

Vorteile der elektronischen Gesundheitskarte

Vorteile für Patientinnen und Patienten:

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

Vorteile für Leistungserbringer:

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

Verbesserte Nutzung von Arzneimittelinformationssystemen und Fachdatenbanken.

Gematik

Einen wichtigen Meilenstein für die rasche Einführung und künftige Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte haben die Verbände der Selbstverwaltung mit der Gründung der Betriebsorganisation gematik - Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH - im Januar 2005 geschaffen. Die Betriebsgesellschaft gematik mbH hat die Aufgabe, die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der Telematikinfrastuktur, der Gesundheitskarte, des elektronischen Rezeptes sowie weiterer Telematikanwendungen wie die elektronische Patientenakte zu gewährleisten. Sie erstellt die technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzeptes, legt Inhalt und Struktur der Datensätze fest und stellt die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicher.

Testphase

In der Testphase sollen die zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erarbeiteten technischen Konzepte erprobt und weiterentwickelt werden.

Im Dezember 2005 haben die Labortests bei der gematik und im Dezember 2006 die Testvorhaben mit Echtdateien in den Testregionen Flensburg (Schleswig-Holstein) und Löbau-Zittau (Sachsen) begonnen. Nach den Testregionen Sachsen und Schleswig-Holstein sind die Tests auch in den weiteren Testregionen gestartet. Hierzu gehören Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Niedersachsen. Getestet werden zum einen die Nutzung der Versichertenstammdaten sowie seit Ende 2007 das elektronische Rezept und die Notfalldaten. An der Testphase beteiligen sich ca. 63.000 Versicherte, 190 Ärzte, 115 Apotheken und 11 Krankenhäuser.

Rollout

Die bisherigen Ergebnisse aus den Testregionen bilden eine gute Grundlage für den Beginn der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten an alle Versicherten, den sogenannten Basis-Rollout. Dieser Basis-Rollout vollzieht sich in mehreren Schritten. In einem ersten Schritt wird die Infrastruktur in den Arztpraxen geschaffen. Hierfür sind Kartenlesegeräte und angepasste Software erforderlich. Dieser Prozess hat in der Region Nordrhein begonnen und wird nach und nach auf die gesamte Bundesrepublik ausgeweitet. Sobald die Arztpraxen mit der erforderlichen Technik ausgestattet sind, kann die Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten an die Versicherten durch die Krankenkassen beginnen. Mit den beiden ersten Schritten werden die Systeme auf die neue Technik umgestellt und gleichzeitig die technologischen Grundlagen für alle weiteren Anwendungen gelegt.

Die jetzt beim Basis-Rollout ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten verfügen neben den administrativen Versichertendaten und dem Lichtbild über einen Mikroprozessor, der zum Zeitpunkt der Ausgabe bereits für viele weitere Offline- und Online-Anwendungen vorbereitet ist. Diese weiteren Anwendungen, wie z.B. Notfalldaten oder Arzneimitteldokumentation, können – auf Wunsch der Versicherten – ohne Austausch der Karten schrittweise zugeschaltet werden.

Als nächstes sollen die Online-Funktionalitäten, zunächst der Versichertenstammdatendienst zur Überprüfung und gegebenenfalls Aktualisierung der administrativen Versichertendaten sowie die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, einbezogen werden. Für die Krankenkassen ist es von großer Bedeutung, bereits in einem frühen Stadium der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte die Möglichkeit zu haben, die administrativen Daten der elektronischen Gesundheitskarte (wie z.B. Adresse) online zu aktualisieren. Das bedeutet: Wenn sich künftig beispielsweise die Adresse ändert, dann sorgt das neue System dafür, dass die neue Anschrift schnell und sicher übertragen und beim Einlesen in der Arztpraxis auf den neuesten Stand gebracht wird. Ohne die Online-Aktualisierung müssten die Karten bei jeder Änderung wie bisher ausgetauscht werden. Durch die Überprüfung der Versichertendaten können beispielsweise auch verloren gegangene oder als gestohlen gemeldete Karten sofort erkannt und aus dem Verkehr gezogen werden. Auf diese Weise lassen sich Kosten reduzieren. Für die Ärztinnen und Ärzte ist die Nutzung der sicheren Kommunikationsstruktur untereinander von besonderer Bedeutung. Diese wird verlässlicher und sicherer sein im Vergleich zur heutigen Situation, in der vertrauliche Patientendaten häufig per Fax ohne weiteren Schutz oder über nicht geschützte Internetverbindungen ausgetauscht werden.

Dies bringt sehr schnell auch Vorteile für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Gleichzeitig werden die Testverfahren weitergeführt, damit immer mehr Anwendungen ihre Praxistauglichkeit nachweisen und dann allen Versicherten zur Verfügung gestellt werden können. Auf diese Weise können sowohl die Testverfahren als auch der Rollout der elektronischen Gesundheitskarte parallel durchgeführt werden.

Projektstand und bisherige Zwischenergebnisse:

Unter www.die-gesundheitskarte.de finden Sie kontinuierlich aktualisierte Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte und zum weiteren Projektverlauf. Die rechtlichen Grundlagen finden Sie unter www.bmg.bund.de.

Pflegeversicherung

Helfen, wo Hilfe nötig ist

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

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

Wie groß das Problem der Pflegebedürftigkeit ist, verdeutlichen einige Zahlen: Heute sind rund 2,25 Millionen Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen – eine Zahl, die größer als die Einwohnerzahl von Hamburg ist. Rund 0,72 Millionen Pflegebedürftige leben in Heimen. Die übrigen rund 1,53 Millionen Pflegebedürftigen werden zuhause versorgt. Familienangehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer und hauptberufliche Pflegekräfte kümmern sich um sie. Diese hunderttausende Pflegerinnen und Pfleger leisten Tag für Tag einen anerkennungswürdigen und häufig aufopferungsvollen Dienst für diejenigen, die sich selbst nicht helfen können.

Was müssen Sie tun?

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

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

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

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ambulante oder stationäre Pflege

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

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

Leistungen bei häuslicher Pflege ab 01.07.2008	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegegeld monatlich	215 EUR	420 EUR	675 EUR
Pflegesachleistungen monatlich bis zu	420 EUR	980 EUR	1.470 EUR
- in besonderen Härtefällen bis zu Urlaubs- und Verhinderungspflege für bis zu vier Wochen im Jahr (Voraussetzung: vorherige 6-monatige Pflege)	–	–	1.918 EUR
a) bei erwerbsmäßiger Verhinderungspflege bis zu unabhängig von der Pflegestufe	1.470 EUR	1.470 EUR	1.470 EUR
b) bei Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Familienangehörige ggf. bei nachgewiesenen Aufwendungen unabhängig von der Pflegestufe	215 EUR	420 EUR	675 EUR
Tages- und Nachtpflege in einer teilstationären Vertragseinrichtung je nach Pflegestufe monatlich bis zu	420 EUR	980 EUR	1.470 EUR
Kurzzeitpflege für bis zu vier Wochen im Jahr in einer vollstationären Einrichtung bis zu unabhängig von der Pflegestufe	1.470 EUR	1.470 EUR	1.470 EUR
Ergänzende Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf jährlich bis zu oder bis zu	1.200 EUR 2.400 EUR	1.200 EUR 2.400 EUR	1.200 EUR 2.400 EUR
Leistungen bei vollstationärer Pflege je nach Pflegestufe monatlich pauschal	1.023 EUR	1.279 EUR	1.470 EUR
- in besonderen Härtefällen	1.750 EUR	1.750 EUR	1.750 EUR

Die ambulante Pflege

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

Die Höhe der häuslichen Pflegeleistungen richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. Der Pflegebedürftige hat ein Wahlrecht zwischen der Sachleistung (Pflegeeinsätze durch einen Vertragspartner der Pflegekasse, z.B. Sozialstation oder ambulanter Pflegedienst) und der Geldleistung (mit der der Pflegebedürftige die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt, z.B. durch Angehörige). Auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich. Die Hilfen können mithin so gestaltet werden, wie sie den persönlichen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechen. Mehrere Pflegebedürftige, insbesondere in neuen Wohnformen, können ihre Sachleistungsansprüche auch zusammenlegen ("Poolen") und dadurch entstehende Effizienzgewinne insbesondere für Betreuungsleistungen zugunsten der Poolteilnehmer nutzen.

Als weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind vorgesehen:

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

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

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

Urlaubs-Pflegevertretung

Wenn die Pflegeperson, die einen Menschen ambulant pflegt, verreist oder aus anderen Gründen verhindert ist, hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf eine Urlaubsvertretung für bis zu vier Wochen im Jahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der ersten Inanspruchnahme dieser Leistung schon mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Wird die Urlaubspflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person oder einem ambulanten Pflegedienst übernommen, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.510 EUR je Kalenderjahr. Bei Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, die nicht mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verwandt sind und durch Nachbarn können ebenfalls bis zu 1.510 EUR in Anspruch genommen werden.

Wird die Ersatzpflege durch einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Pflegeperson (z.B. Fahrkosten oder Verdienstausschluss) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.510 EUR aufgestockt werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.510 Euro jedoch nicht übersteigen.

Die teilstationäre und Kurzzeitpflege

Was geschieht, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder eine Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist? Dann kann der Pflegebedürftige teilstationär in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betreut oder – falls auch dies nicht ausreicht – in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung aufgenommen werden. Dabei unterstützt ihn die Pflegeversicherung: Sie übernimmt zeitlich unbegrenzt die Aufwendungen für Grundpflege, soziale Betreuung und Behandlungspflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege – je nach Pflegebedürftigkeit – bis zu 440, 1.040 bzw. 1.510 EUR monatlich und für die Kurzzeitpflege bis zu 1.510 EUR für insgesamt 4 Wochen im Kalenderjahr. Neben dem Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten. Wird der Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege nur bis zur Hälfte in Anspruch genommen, besteht daneben ein Anspruch auf die volle Pflegesachleistung oder das volle Pflegegeld. Die Kurzzeitpflege ist für pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich.

Zusätzliche Betreuungsleistung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie Betreuungsassistenten in Pflegeheimen

Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben, wenn sie zu Hause gepflegt werden, Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder bis zu 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag), also bis zu 1.200 bzw. bis zu 2.400 Euro jährlich. Zu dem begünstigten Personenkreis gehören im Wesentlichen altersverwirrte pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Auch demenziell erkrankte Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, aber Betreuungsbedarf haben (so genannte "Pflegestufe 0"), können diese Leistungen erhalten. Zudem kann dieser Personenkreis halbjährlich auch einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Der Beratungsbesuch kann auch von anerkannten Beratungsstellen durchgeführt werden; für die Anerkennung muss keine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden.

Der zusätzliche Betreuungsbetrag ist zweckgebunden für im Gesetz genannte qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten, sofern es sich um besondere Angebote der Pflegedienste zur allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer sowie Familienentlastende Dienste).

Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die in einem Pflegeheim gepflegt werden, steht außerdem eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung zur Verfügung. In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann zusätzliches Betreuungspersonal für diese Heimbewohnerinnen und -bewohner eingesetzt werden. Für rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und -bewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden. Die Kosten werden durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen entsprechend den vereinbarten Regelungen vollständig getragen. Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger werden nicht mit Kosten belastet.

Die soziale Sicherung der Pflegepersonen

Wer einen Menschen zu Hause pflegt, nimmt große Belastungen auf sich. Häufig müssen die Pflegenden – in der Mehrzahl sind es Frauen – auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Deshalb verbessert das Gesetz die soziale Sicherung der Pflegepersonen. Die Pflegenden kommen darüber hinaus während ihrer Pflegetätigkeit auch in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

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

Wichtig:

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

Pflegezeit

Der Stärkung der häuslichen Pflege dient auch das Pflegezeitgesetz, das im Interesse pflegebedürftiger Angehöriger unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Pflegesituationen und des unterschiedlichen Pflegebedarfs entwickelt wurde. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen, so dass in jeder Pflegesituation die Sicherstellung der Pflege gewährleistet ist:

- Bei unerwartetem Eintritt einer besonderen Pflegesituation haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Sie erhalten somit nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten. Das Recht, kurzfristig der Arbeit fernzubleiben, soll aber auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden können, zunächst kurzfristig von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden können. Das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung haben Beschäftigte unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber in der Regel Beschäftigten.
- Daneben haben Beschäftigte, die in häuslicher Umgebung einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegen oder in der letzten Phase des Lebens begleiten wollen, Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate (Pflegezeit). Die Beschäftigten können insoweit zwischen vollständiger und teilweiser Freistellung wählen.

Der Anspruch auf Pflegezeit besteht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als fünfzehn Beschäftigten. Er ist mit dem Recht verbunden, nach Inanspruchnahme der Pflegezeit zu denselben Arbeitsbedingungen zurückzukehren wie vor der Pflegezeit (Sonderkündigungsschutz). Damit werden Menschen, die bereit sind, Angehörige zu pflegen, vor einem unfreiwilligen Berufsausstieg bewahrt. Gleichzeitig wird eine Verschlechterung der beruflichen Entwicklungschancen durch die Möglichkeit der teilweisen Freistellung und durch das Rückkehrrecht in die Vollzeitbeschäftigung vermieden.

Während der Pflegezeit ist die notwendige soziale Absicherung gewährleistet. In der Arbeitslosenversicherung wird die Pflegezeit als Versicherungszeit berücksichtigt und die Pflegeversicherung übernimmt die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. In der Kranken- und Pflegeversicherung gewährt die Pflegeversicherung in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung, insbesondere durch eine Familienversicherung, besteht, einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Versicherung. Dieser Zuschuss ist so bemessen, dass er in der Regel den tatsächlich zu zahlenden Beitrag abdeckt. In der Rentenversicherung sind - wie dies bereits vor Einführung der Pflegezeit der Fall war - Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege Pflichtbeitragszeiten, soweit die häusliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt und der Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält. Bei Pflegezeit in Form einer teilweisen Freistellung darf jedoch nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich gearbeitet werden. Auch die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden - in Abhängigkeit von der Pflegestufe und dem Umfang der Pflegetätigkeit - von der Pflegeversicherung übernommen.

Die stationäre Pflege

Wenn eine stationäre Pflege erforderlich ist, zahlt die Pflegeversicherung für die Aufwendungen der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige der Stufe I 1.023 EUR, für Pflegebedürftige der Stufe II 1.279 EUR und für Pflegebedürftige der Stufe III 1.510 EUR. Um Härtefälle zu vermeiden, stehen für Schwerstpflegebedürftige ausnahmsweise bis zu 1.825 EUR monatlich zur Verfügung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte - wie bei der häuslichen Pflege auch - selbst tragen.

Der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag darf 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Der Versicherte muss also mindestens 25 Prozent des Heimentgelts selbst tragen.

Information

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

Wenden Sie sich daher bitte an Ihre Pflegekasse, wenn Sie sich näher informieren oder beraten lassen möchten. Sei 1. Januar 2009 hat jeder Pflegebedürftige einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Sofern bei Ihnen vor Ort Pflegestützpunkte eingerichtet sind, finden Sie die Pflegeberaterinnen und -berater dort. Sollte es in Ihrer Nähe keinen Pflegestützpunkt als zentrale Anlaufstelle geben, so befinden sich die Pflegeberaterinnen und -berater bei der zuständigen Pflegekasse.

Wer privat pflegeversichert ist, sollte sich mit seinen Fragen zur Pflegeversicherung an sein Versicherungsunternehmen oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wenden. Die private Pflege-Pflichtversicherung bietet die Pflegeberatung durch das Unternehmen "COMPASS Private Pflegeberatung" an, und zwar zum einen durch eine zentrale telefonische Pflegeberatung (die Nummer lautet: 0 800 101 88 00) und zum anderen durch eine aufsuchende Beratung eines Pflegeberaters, d.h. durch eine Beratung im Haushalt des Pflegebedürftigen, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

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

Behinderte Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe

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

Finanzen

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert. Wie hoch die Beiträge sind, hängt von Ihrem Einkommen ab. Dabei gilt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung. Das sind in 2010 monatlich 3.750 EUR sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern.

Beim Bundesministerium für Gesundheit ist ein Bürger-telefon eingerichtet. Unter der Rufnummer 01805 9966-03 (0,14 €/ Minute aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich) werden dort von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 bis 18.00 Uhr, Freitag 8.00 bis 12.00 Uhr Fragen zur Pflegeversicherung beantwortet.

Auskünfte zum Bereich des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes im Ausland bzw. bei Auslandsaufenthalt erteilt im Einzelfall die "Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung/Pflegeversicherung – Ausland (DVKA)", Pennefeldsweg 11-15, 53177 Bonn, Telefon: 0228/9530-0, die seit dem 01.07.2008 eine Abteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist.

Bei behinderungsspezifischen Fragen und Anliegen (einschließlich Fragen der Kranken-/Pflegeversicherung) können Sie sich außerdem an die "Gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger" in Ihrer Heimatgemeinde wenden.

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

Vom 1. Januar 1995 bis 30. Juni 1996 betrug der Beitragssatz in der gesamten Bundesrepublik einheitlich 1 Prozent und vom Inkrafttreten der Leistungen für die Heimpflege ab 1. Juli 1996 bis 30. Juni 2008 1,7 Prozent. Seit 1. Juli 2008 beträgt der Beitragssatz 1,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Beitragszahlung erfolgt wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Der Arbeitgeber zieht das Geld direkt vom Lohn oder Gehalt ab und überweist es an die Krankenkassen. In allen Bundesländern (außer in Sachsen) wurde zur Kompensation der Belastungen der Arbeitgeber aus den Beiträgen zur Pflegeversicherung der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft, deshalb gilt hier der Grundsatz der hälftigen Beitragstragung, das heißt von den 1,95 Prozent tragen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils 0,975 Prozent. In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wurde, trägt der Arbeitnehmer 1,475 Prozent und der Arbeitgeber 0,475 Prozent.

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

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

Unterhaltsberechtigte Kinder und Ehegatten sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches Gesamteinkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Diese Geringfügigkeitsgrenze beläuft sich seit 1. Januar 2010 auf 365 EUR monatlich. Personen, die einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen, können bis zu einem Verdienst von 400 EUR monatlich beitragsfrei versichert sein.

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

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2010 an die Pflegeversicherung im Überblick		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	
		Erheblich Pflege- bedürftige	Schwerpflege- bedürftige	Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)	
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu EUR monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432 (1.918)	
		420	980	1.470 (1.918)	
	ab 01.01.2010	440	1.040	1.510 (1.918)	
	ab. 01.01.2012	450	1.100	1.550 (1.918)	
	Pflegegeld EUR monatlich	bis 30.06.2008	205	410	665
		vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	215	420	675
		ab 01.01.2010	225	430	685
		ab. 01.01.2012	235	440	700
	Pflegevertretung¹⁾	Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr bis zu EUR bis 30.06.2008	205 ¹⁾	410 ¹⁾	665 ¹⁾
			1.432	1.432	1.432
vom 01.07.2008 bis 31.12.2009		215 ¹⁾	420 ¹⁾	675 ¹⁾	
		1.470	1.470	1.470	
ab 01.01.2010		225 ¹⁾	430 ¹⁾	685 ¹⁾	
		1.510	1.510	1.510	
ab. 01.01.2012		235 ¹⁾	440 ¹⁾	700 ¹⁾	
		1.550	1.550	1.550	

¹⁾ Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2010 an die Pflegeversicherung im Überblick		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
		Erheblich Pflege- bedürftige	Schwerpflege- bedürftige	Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu EUR im Jahr			
	bis 30.06.2008	1.432	1.432	1.432
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	1.470	1.470	1.470
	ab 01.01.2010	1.510	1.510	1.510
	ab 01.01.2012	1.550	1.550	1.550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege²⁾	Pflegeaufwendungen bis zu EUR monatlich			
	bis 30.06.2008	384	921	1.432
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	420 ²⁾	980 ²⁾	1.470 ²⁾
	ab 01.01.2010	420 ²⁾	1.040 ²⁾	1.510 ²⁾
	ab 01.01.2012	450 ²⁾	1.100 ²⁾	1.550 ²⁾
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungs- bedarf³⁾	Leistungsbetrag bis zu EUR jährlich bis zu EUR			
	bis 30.06.2008 seit 01.07.2008	460 2.400 ³⁾	460 2.400 ³⁾	460 2.400 ³⁾
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal EUR monatlich			
	bis 30.06.2008	1.023	1.279	1.432 (1.688)
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	1.023	1.279	1.470 (1.750)
	ab 01.01.2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
	ab 01.01.2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 Prozent des Heimentgelts höchstens 256 EUR monatlich		

2) Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein häftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

3) Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1.200 EUR (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 EUR (erhöhter Betrag) gewährt.

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2010 an die Pflegeversicherung im Überblick		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
		Erheblich Pflege- bedürftige	Schwerpflege- bedürftige	Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu EUR monatlich	31		
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	100 Prozent der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 Prozent, höchstens 25 EUR je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt.		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 EUR je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen⁴⁾	je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu EUR monatlich (Beitrittsgebiet)	135,59 (115,15)	271,17 (230,31)	406,76 (345,46)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonal bei Pflegezeit	EUR monatlich (Beitrittsgebiet)	7,14 (6,08)		
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu EUR monatlich Krankenversicherung Pflegeversicherung	126,90 16,61		

4) Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keine Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	x	x
Individuelle Pflegeberatung (Case Management)		
Übermittlung von		
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	x	x
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrighschwellige Betreuungsangebote	x	
- Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
- Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/ Teilnahme an der Integrierten Versorgung	x	x
im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		x
Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf	x	
Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	x	x

Weil Kinder die Beitragszahler der Zukunft sind und mit Kindererziehung eine Grundlage für die künftige Funktionsfähigkeit der im Umlageverfahren finanzierten sozialen Pflegeversicherung geschaffen wird, wird Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung seit 1. Januar 2005 besonders berücksichtigt. Kinderlose haben einen Zuschlag in Höhe von 0,25 Prozent zu tragen, d.h. der Beitragssatzanteil, z.B. eines kinderlosen Arbeitnehmers, erhöhte sich von 0,975 auf 1,225 Prozent. Damit wurde der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kindern hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres.

Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende. Für Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) werden Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Mio. EUR pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt. Dies dient der Verwaltungsvereinfachung. Das einzelne Mitglied hat keinen Beitragszuschlag zu entrichten. Das Gesetz eröffnet allerdings die Möglichkeit, dass die Bundesagentur für Arbeit mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff nehmen kann.

Private Pflege-Pflichtversicherung

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

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

Rentenversicherung

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

Wer ist versichert?

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

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt im Jahr 2010 bei monatlich 5.500 EUR in den alten und 4.650 EUR in den neuen Bundesländern. Sie ist nicht gleichzeitig Versicherungspflichtgrenze. Das bedeutet: Auch wer mehr verdient, bleibt versicherungspflichtig. Beitragsbemessungsgrenze heißt: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung bemisst sich höchstens an diesen Beträgen, auch wenn Sie mehr verdienen.

Für Arbeitnehmer mit geringen Verdiensten (zwischen 400,01 EUR und 800,00 EUR) gelten seit dem 1. April 2003 Besonderheiten bei der Beitragsberechnung. Automatisch finden die besonderen beitragsrechtlichen Regelungen der sogenannten Gleitzone (Progressionszone) Anwendung, durch die der Arbeitnehmer entsprechend seinem Verdienst anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Dies bedeutet, dass für Arbeitsentgelte innerhalb der Gleitzone der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung von z.Z. durchschnittlich 20 %) abhängig vom Verdienst im Ergebnis linear von rund 9 % am Anfang der Gleitzone (400,01 EUR) bis zum vollen Arbeitnehmeranteil bei 800 EUR ansteigt. Der Arbeitgeber trägt dagegen für das gesamte Arbeitsentgelt grundsätzlich seinen vollen Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Regelungen gelten jedoch nicht bei Auszubildenden.

Wichtig:

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

Von den Selbständigen sind nur bestimmte Personenkreise pflichtversichert, darunter selbständige Lehrer, Dozenten und Erzieher, selbständige Pflegepersonen sowie Hebammen. Pflichtversichert sind auch selbständige Handwerker. Diese können sich jedoch nach 18 Jahren von dieser Pflicht befreien lassen. Selbständige Künstler und Publizisten sind nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert (wobei sie nur den halben Beitrag selbst zahlen müssen). Voraussetzung ist ein Jahreseinkommen über 3.900 EUR aus der selbständigen Tätigkeit, das Berufsanfänger aber unterschreiten können. Die Künstlersozialkasse in Wilhelmshaven stellt nicht nur die Versicherungspflicht fest, sondern berechnet auch den Beitrag.

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

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

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

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

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

Kindererziehungszeiten: Während der Kindererziehungszeit sind erziehende Mütter oder Väter pflichtversichert. Versicherungspflicht wegen Kindererziehung besteht für ein ab dem 1. Januar 1992 geborenes Kind in dessen ersten drei Lebensjahren. Für ein früher geborenes Kind wird ein Jahr als Pflichtbeitragszeit berücksichtigt. Die Beiträge hierfür werden vom Bund bezahlt.

Pflegepersonen: Für Pflegepersonen, die die Pflege eines mindestens erheblich pflegebedürftigen Angehörigen im häuslichen Bereich übernommen haben, sind Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Beiträge zahlt die Pflegekasse. Damit ist auch dieser Personenkreis ohne eigene Beitragszahlung pflichtversichert.

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

Wer ist versicherungsfrei?

a) Geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigung:

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

Der Arbeitgeber allerdings zahlt einen Pauschalbetrag von 15 % zur gesetzlichen Rentenversicherung, für Mini-Jobs in privaten Haushalten als einer besonderen Form der geringfügigen Beschäftigung gilt eine geringere Pauschale in Höhe von 5% zur gesetzlichen Rentenversicherung. Hieraus erwachsen den geringfügig Beschäftigten, die noch keine volle Altersrente beziehen, entsprechend der Beitragszahlung Rentenvorteile in Form eines Rentenzuschlags sowie in begrenztem Umfang bei der Erfüllung der Wartezeiten.

Versicherungspflichtig sind geringfügig Beschäftigte, die durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber auf die Versicherungsfreiheit verzichten. Die Optionsmöglichkeit kann zu Beginn einer geringfügigen Beschäftigung von allen – mit Ausnahme der Altersvollrentner – wahrgenommen werden. Versicherungspflicht besteht dann bis zum Ende der Beschäftigung. In diesem Fall muss der geringfügig Beschäftigte den Pauschalbetrag des Arbeitgebers zur Rentenversicherung auf den vollen Beitrag aufstocken (Der volle Beitrag beträgt im Jahr 2010 19,9%. Geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten haben den Pauschalbeitrag von 5% also um 14,9% aufzustocken, alle anderen

geringfügig Beschäftigten haben den Pauschalbeitrag von 15% um 4,9% aufzustocken). Durch diese Pflichtbeiträge werden Ansprüche auf das volle Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung erworben. Neben dem Anspruch auf die Regelaltersrente sind dies im Wesentlichen: Anspruch auf Rehabilitation, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, vorgezogene Altersrenten, sowie Anspruch auf die Förderung nach der sog. Riester-Rente. Liegt das Arbeitsentgelt unter 155 EUR monatlich, ist ein Mindestbeitrag auf der Basis von 155 EUR zu zahlen, auf den der Arbeitgeberbeitrag angerechnet wird. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Möglichkeit der Aufstockung zu informieren.

b) Kurzfristige Beschäftigung:

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

c) Mehrere Beschäftigungen:

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

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

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

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

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

Wer kann sich freiwillig versichern?

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

Rehabilitation

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

Wer hat einen Rentenanspruch?

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

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

Grundvoraussetzung: Erfüllung von Wartezeiten

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

Die vorzeitige Erfüllung der Wartezeit

Für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes muss grundsätzlich die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt sein. Allerdings kann die allgemeine Wartezeit auch vorzeitig erfüllt werden, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung vermindert erwerbsfähig geworden oder gestorben ist. Außerdem gilt: Wenn der Versicherte innerhalb von sechs Jahren nach der Ausbildung voll erwerbsgemindert wird oder stirbt, haben er oder seine Hinterbliebenen bereits dann einen Rentenanspruch, wenn der Versicherte in den letzten beiden Jahren vor dem Versicherungsfall mindestens ein Jahr lang Pflichtbeiträge gezahlt hat. Der Zeitraum von zwei Jahren verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres um bis zu sieben Jahre.

Altersrenten

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

Rente mit 67

Das Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) sieht eine stufenweise Anhebung der Regelaltersgrenze von 65. auf das 67. Lebensjahr vom Jahr 2012 an bis zum Jahr 2029 und entsprechende Anhebungen bei anderen Renten vor. Diese Neuregelungen finden Sie im Abschnitt „Rente mit 67“.

Die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug

Um die Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Inanspruchnahme vorzeitiger Altersrenten zu begrenzen, wurden die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug auf 65 Jahre angehoben. Die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug bei der Altersrente für Frauen und der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit wurde von 60 auf 65 Jahre, bei der Altersrente für langjährig Versicherte von 63 auf 65 Jahre und bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen von 60 auf 63 Jahre angehoben.

Dennoch ist eine vorzeitige Inanspruchnahme dieser Renten grundsätzlich möglich. Um die Mehraufwendungen der Rentenversicherung aufgrund der längeren Rentenbezugsdauer auszugleichen, wird die monatliche Rente für jeden Monat des vorgezogenen Rentenbezugs um einen Abschlag in Höhe von 0,3 Prozent verringert. Wird die Rente um fünf Jahre (60 Monate) vorgezogen, ergibt sich somit ein Abschlag von 18 Prozent. Ein über das 65. Lebensjahr hinausgeschobener Rentenbeginn führt für jeden Monat zu Zuschlägen, die den monatlichen Rentenbetrag um 0,5% erhöhen. Abschläge bzw. Zuschläge bleiben für die gesamte Rentenbezugsdauer auch über die Vollendung des 65. Lebensjahres hinaus bestehen. Sie wirken sich auch auf die Höhe von Hinterbliebenenrenten aus.

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

1. Regelaltersrente

Anspruch auf die Regelaltersrente haben Versicherte, die die Regelaltersgrenze von derzeit 65 Jahren erreicht und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Neben der Regelaltersrente darf unbeschränkt hinzuverdielt werden.

(Jahrgang 1947 und jünger siehe Abschnitt „Rente mit 67“)

2. Altersrente für langjährig Versicherte.

Versicherte können diese Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze von derzeit 65 Jahren mit Abschlägen in Anspruch nehmen, wenn sie

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

Nach bisher geltendem Recht sollte die Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente für 1948 und später Geborene stufenweise auf 62 Jahre gesenkt werden. Diese Absenkung der Altersgrenze für den frühestmöglichen Rentenzugang auf 62 Jahre unterbleibt.

(Jahrgang 1948 und jünger siehe Abschnitt „Rente mit 67“)

3. Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

Anspruch auf diese Altersrente ohne Abschläge haben Versicherte, die

- Altersgrenze von derzeit 63 Jahren erreicht haben,
- bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

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

Anerkannte schwerbehinderte Menschen sind alle Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50, solange sie ihren Wohnsitz in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union haben. Über den Grad der Schwerbehinderung entscheidet das Versorgungsamt. Auch nicht schwerbehinderte Versicherte können Anspruch auf die Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben, wenn sie vor dem 1. Januar 1951 geboren wurden und berufs- oder erwerbsunfähig nach dem am 31. Dezember 2000 geltenden Recht sind.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes können Versicherte, die vor dem 16. November 2000 das 50. Lebensjahr vollendet haben und am 16. November 2000 als schwerbehindert gemäß § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch anerkannt oder gemäß dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht berufsunfähig oder erwerbsunfähig waren, die Altersrente für schwerbehinderte Menschen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres ohne Abschläge in Anspruch nehmen.

(Jahrgang 1951 und jünger siehe Abschnitt „Rente mit 67“)

4. Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit.

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

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

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

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über die Rente unter 01805 676710 für 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

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

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

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

Die Arbeitslosigkeit wird grundsätzlich durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit nachgewiesen.

5. Altersrente für Frauen

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

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

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Diese Renten ersetzen das Einkommen, wenn der Versicherte eingeschränkt oder gar nicht mehr erwerbsfähig ist. Dabei gelten folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Der Versicherte muss in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung (zuzüglich Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung) mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Ausnahme: Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Umstandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit als erfüllt gilt.

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

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt – anschließend hat der Versicherte einen Anspruch auf Regelaltersrente in mindestens gleicher Höhe.

Im Einzelnen gibt es folgende Leistungsarten:

1. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung: Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erhält der Versicherte die Hälfte einer Rente wegen voller Erwerbsminderung.
2. Rente wegen voller Erwerbsminderung: Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Versicherte, die noch mindestens drei, aber nicht mehr sechs Stunden täglich arbeiten, das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit aber nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können, erhalten ebenfalls eine volle Erwerbsminderungsrente. Die Höhe der Rente wegen voller Erwerbsminderung entspricht einer vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrente für schwerbehinderte Menschen.
3. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit: Sie wird an vor dem 2. Januar 1961 geborene Versicherte gezahlt, die wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit in ihrem bisherigen Beruf oder einem zumutbaren anderen Beruf nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich arbeiten können. Sie entspricht in der Höhe der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.
4. Renten wegen voller Erwerbsminderung für Behinderte: Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie eine Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben. Dieser Rentenanspruch kann auch mit freiwilligen Beiträgen erworben werden.

Zeitrenten

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

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

Hinzuverdienst

Die Versichertenrenten stellen den Ersatz für ausgefallene Verdienste dar. Wird neben der Rente zusätzlich Erwerbseinkommen bezogen, so bestehen für vorgezogene Versichertenrenten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (bis Jahrgang 1946 Vollendung des 65. Lebensjahres) bestimmte Hinzuverdienstgrenzen. Als Hinzuverdienst berücksichtigt werden Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen. Nicht als Arbeitsentgelt gilt das Entgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn es den entsprechenden Pflegegeldbetrag nicht übersteigt oder Entgelt, das ein Behinderter in einer Werkstatt für behinderte Menschen erhält. Bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird auch bestimmtes Erwerbsersatzes Einkommen als Hinzuverdienst berücksichtigt.

A. Altersrenten

Bei den Hinzuverdienstmöglichkeiten neben einer Altersrente ist es von Bedeutung, ob die Regelaltersgrenze schon erreicht wurde und ob eine Voll- oder Teilrente bezogen wird.

1. Regelaltersrenten

Bei Bezug der Regelaltersrente darf unbeschränkt hinzuverdient werden. Wer bereits eine Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze bezogen hat, darf ab dem Monatsersten nach Erreichen der Regelaltersgrenze ebenfalls unbegrenzt hinzuverdienen.

2. Altersrenten vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze

Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze darf neben einer Altersrente nur eingeschränkt hinzuverdient werden. Wer eine Vollrente erhält, darf bis zu 400 EUR brutto monatlich hinzuverdienen. Innerhalb eines Kalenderjahres ist ein zweimaliges Überschreiten dieses Betrages bis zum Doppelten (zum Beispiel durch Urlaubs- und Weihnachtsgeld) zulässig. Wird die Hinzuverdienstgrenze überschritten, führt dies aber nicht automatisch zum Wegfall der Rente. Die Rente kann dann in eine Teilrente umgewandelt werden, die einen höheren Hinzuverdienst erlaubt.

Die Altersrente wird in Abhängigkeit vom erzielten Erwerbseinkommen als Teilrente von zwei Dritteln, der Hälfte oder einem Drittel der Vollrente gezahlt. Die Höhe des individuellen Hinzuverdienstes orientiert sich an dem Verdienst der letzten drei Kalenderjahre vor Rentenbeginn. Lag in den letzten Jahren kein oder nur ein sehr geringer Verdienst vor, wird einer sog. Mindesthinzuverdienstgrenze ein halbes Durchschnittsentgelt zugrunde gelegt.

Über die für Sie maßgebenden Hinzuverdienstgrenzen können Sie sich bei Ihrem Rentenversicherungsträger informieren.

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

B. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Auch Bezieherinnen und Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit können während des Rentenbezugs bis zu einer bestimmten Grenze Geld hinzuverdienen. Wer eine Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe bezieht, darf bis zu 400 EUR brutto monatlich hinzuverdienen. Für Teilrenten gibt es – ähnlich wie bei den Altersteilrenten – individuelle, vom zuletzt versicherten Entgelt abhängige und allgemeine, für alle Versicherten mindestens geltende Hinzuverdienstgrenzen. Ein zweimaliges Überschreiten der Hinzuverdienstgrenzen im Kalenderjahr (zum Beispiel durch Urlaubs- und Weihnachtsgeld) ist bis zum Doppelten zulässig.

Wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht, ist verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger jede Aufnahme einer Beschäftigung mitzuteilen. Wird eine Beschäftigung ausgeübt, weil sich der Gesundheitszustand der Rentnerin oder des Rentners grundsätzlich gebessert hat, muss der Leistungsträger überprüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen für den Rentenbezug noch vorliegen. Unter Umständen kann eine Rente wegen Erwerbsminderung entzogen werden, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen, die zur Berentung geführt haben, behoben sind. Die Entscheidung hierüber trifft der Rentenversicherungsträger.

Renten wegen Todes

1. Witwen-/Witwerrenten

Anspruch auf Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht für überlebende Ehegatten, die nach dem Tode des Ehegatten nicht wieder geheiratet haben, wenn die verstorbenen Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre. Die große Witwenrente wird in Höhe von 55 % der Rente des verstorbenen Versicherten (nach altem Recht 60 % der Versichertenrente des Verstorbenen ohne Kinderzuschlag) gezahlt, wenn die Witwe/Witwer das 45. Lebensjahr vollendet hat oder erwerbsgemindert ist oder ein Kind unter 18 Jahren erzieht oder wenn sie für ein Kind sorgt, das aufgrund einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Zusätzlich wird für das erste Kind, das erzogen wurde, ein Zuschlag von zwei Entgeltpunkten gezahlt. Für das zweite und jedes weitere Kind beträgt der Zuschlag jeweils einen Entgeltpunkt. Ist keine der oben genannten Voraussetzungen erfüllt, wird eine kleine Witwenrente für einen Zeitraum von längstens 24 Monaten (nach altem Recht ohne zeitliche Begrenzung) in Höhe von 25 % der Rente des verstorbenen Versicherten gezahlt. Auf die Witwen-/Witwerrenten wird ein Teil des Einkommens des überlebenden Ehegatten angerechnet.

Aus Vertrauensschutzgründen bleibt das alte Hinterbliebenenrecht weiterhin für Ehepaare gültig, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist.

Die Leistungsansprüche gelten entsprechend auch bei eingetragenen Lebenspartnerschaften.

2. Waisenrente

Waisenrente erhalten nach dem Tod des Versicherten seine Kinder. Der Anspruch besteht bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn die Waise sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten zwischen zwei Abschnitten (zum Beispiel Ausbildung und gesetzlicher Wehr- oder Zivildienst oder eines freiwilligen Dienstes) befindet oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet, oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Vollwaisen erhalten ein Fünftel, Halbweisen ein Zehntel der vollen Versichertenrente. Hierzu wird noch ein Zuschlag gezahlt. Waisenrenten an über 18-jährige Waisen unterliegen der Einkommensanrechnung.

3. Erziehungsrente

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

Anspruch auf Erziehungsrente haben Versicherte, wenn

- der geschiedene Ehepartner verstorben ist,
- solange sie ein eigenes Kind oder das des verstorbenen Partners erziehen,
- sie nicht wieder geheiratet haben,
- sie selbst bis zum Tode des geschiedenen Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben und
- die Ehe geschieden wurde (alte Länder: Scheidungen nach dem 30. Juni 1977; neue Länder: Scheidungen nach dem 31. Dezember 1991).

Die Rente wird wie eine Altersrente berechnet, aus rentenrechtlichen Zeiten und den übertragenen Anwartschaften aus dem Versorgungsausgleich des eigenen Versichertenkontos.

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

4. Einkommensanrechnung

Eigenes Einkommen (Erwerbs-, Erwerbssersatz- sowie Vermögenseinkünfte) wird, soweit es den Freibetrag überschreitet, zu 40% auf die Hinterbliebenenrente angerechnet. Dies gilt entsprechend bei Leistungsansprüchen aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Die Einkommensanrechnung nach altem Recht –Anrechnung von Erwerbs- und Erwerbssatzeinkommen – gilt aus Vertrauensschutzgründen für Ehepaare, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und wenn mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist, weiter. Für Witwen-/Witwerrenten und Erziehungsrenten betragen die Freibeträge zurzeit

Alte Länder	718,08 EUR
Neue Länder	637,03 EUR

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

Alte Länder	152,32 EUR
Neue Länder	135,13 EUR

Die Freibeträge bei Waisenrenten an über 18-jährige Waisen betragen zurzeit

Alte Länder	478,72 EUR
Neue Länder	424,68 EUR

Die Freibeträge sind an den aktuellen Rentenwert gekoppelt und damit dynamisch.

5. Rentensplitting unter Ehegatten

Zum Ausbau der eigenständigen Alterssicherung der Frauen wird jüngeren Ehegatten die Möglichkeit eingeräumt, ihre in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche partnerschaftlich aufzuteilen. Anstelle der herkömmlichen Versorgung von Verheirateten und Verwitweten (zu Lebzeiten beider Ehegatten erhält jeder seine eigene Versichertenrente und beim Tod des ersten Ehegatten wird dem/der Überlebenden zusätzlich zu seiner/ihrer eigenen Rente eine subsidiäre abgeleitete Hinterbliebenenrente gewährt) kann durch eine übereinstimmende Erklärung beider Ehegatten ein Rentensplitting der gemeinsam in der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften erreicht werden. Die Wirkung dieser partnerschaftlichen Teilung tritt regelmäßig bereits zu Lebzeiten beider Ehegatten (nämlich bei der Gewährung einer Vollrente wegen Alters auch für den zweiten Ehegatten) ein. Das Rentensplitting führt regelmäßig zu höheren eigenständigen Rentenleistungen für die Frau, die auch im Hinterbliebenenfall nicht der Einkommensanrechnung unterliegen und bei Wiederheirat nicht wegfallen.

Ein Splitting wird allerdings nur durchgeführt, wenn bei beiden Ehegatten jeweils 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten vorhanden sind.

Die Leistungsansprüche gelten entsprechend auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Rente mit 67

Das Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) sieht eine stufenweise Anhebung der Regelaltersgrenze vom 65. auf das 67. Lebensjahr vom Jahr 2012 an bis zum Jahr 2029 und entsprechende Anhebungen bei anderen Renten vor.

Für Versicherte der Geburtsjahrgänge vor 1952, für die es derzeit noch unter bestimmten Voraussetzungen die Altersrente für Frauen und die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit gibt, verbleibt es hinsichtlich dieser Altersrenten beim geltenden Recht und damit bei den heute geltenden Altersgrenzen, und zwar auch dann, wenn der Zugang in diese Altersrenten erst nach dem Jahr 2011 erfolgt.

Im Einzelnen

Regelaltersrente

Bei der Regelaltersrente wird die Altersgrenze ab Geburtsjahrgang 1947 stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben. Die Stufen der Anhebung betragen zunächst einen Monat pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 65 auf 66 Jahre) und dann ab Geburtsjahrgang 1959 zwei Monate pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 66 auf 67 Jahre). Für alle nach 1963 Geborenen gilt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren.

Altersrente für besonders langjährig Versicherte

Mit Beginn der stufenweisen Anhebung der Regelaltersgrenze zum 1. Januar 2012 wird für besonders langjährig Versicherte eine neue Altersrente eingeführt. Anspruch auf einen abschlagsfreien Renteneintritt nach Vollendung des 65. Lebensjahres haben Versicherte, die mindestens 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen aus Beschäftigung, selbständiger Tätigkeit und Pflege sowie Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes erreichen.

Altersrente für langjährig Versicherte

Bei der Altersrente für langjährig Versicherte wird die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang ab Geburtsjahrgang 1949 stufenweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben. Die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente ist - wie zur Zeit - frühestens mit 63 Jahren unter Inkaufnahme von Rentenminderungen möglich. Die nach bisherigem Recht vorgesehene Absenkung der Altersgrenze für den frühestmöglichen Rentenzugang auf 62 Jahre unterbleibt. Die Rentenminderung beträgt 0,3 % der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen wird die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr und für die frühestmögliche Inanspruchnahme stufenweise vom 60. auf das 62. Lebensjahr angehoben. Die Rentenminderung beträgt 0,3 % der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme. Damit verbleibt es bei einem maximalen Abschlag in Höhe von 10,8%.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Hinterbliebenenrenten

Das Referenzalter für die Berechnung von Abschlägen bei Inanspruchnahme einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder einer Hinterbliebenenrente wird stufenweise auf das 65. Lebensjahr angehoben. Für Versicherte mit 35 Pflichtbeitragsjahren (40 Pflichtbeitragsjahren ab dem Jahr 2024) verbleibt es bei dem bisherigen Referenzalter von 63 Jahren. Als Pflichtbeitragsjahre gelten dieselben Zeiten wie bei der Altersrente für besonders langjährig Versicherte. Der maximale Abschlag verbleibt bei 10,8%.

Große Witwenrente und Witwerrente

Die Altersgrenze für diese Renten wird stufenweise vom 45. auf das 47. Lebensjahr angehoben. Unverändert bleiben die Regelungen für den Anspruch auf diese Rente wegen aktueller Kindererziehung oder beim Vorliegen einer Erwerbsminderung.

Vertrauensschutz

Vertrauensschutz ist im Wesentlichen dadurch gegeben, dass die Anhebung erst im Jahre 2012 beginnt und in sehr moderaten Schritten erfolgt. Durch eine Vorlaufzeit von mehreren Jahren haben Arbeitnehmer und Arbeitgeber genügend Zeit, ihre Planungen anzupassen.

Besonderen Vertrauensschutz bei der Anhebung der Altersgrenzen für die Altersrenten haben Angehörige der Geburtsjahrgänge 1954 und älter, wenn sie bereits vor dem 1. Januar 2007 verbindlich Altersteilzeitarbeit vereinbart haben. Besonderen Vertrauensschutz bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben nur die Personen, die zusätzlich am 1. Januar 2007 schwerbehindert gemäß § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch waren.

Ferner ist durch eine Anpassung der arbeitsrechtlichen Schutzvorschrift des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sichergestellt, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis auf einen Zeitpunkt befristet ist, in dem sie vor Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen Alters haben, entsprechend den Anhebungsschritten bis zum Alter 67 weiter arbeiten können.

Anhebung der Altersgrenzen			
Rentenarten		Geltendes Recht	Zukünftiges Recht
Regelaltersrente		65	+ 2 = 67
Altersrente für besonders langjährig Versicherte mit 45 Pflichtbeitragsjahren	abschlagsfrei		= 65 (neue Rente)
Altersrente für langjährige Versicherte mit 35 Versicherungsjahren	mit Abschlag:	63	63
	Abschlagshöhe	7,2 %	+ 7,2 % = 14,4 %
	abschlagsfrei:	65	+ 2 = 67
Altersrente für schwerbehinderte Menschen mit 35 Versicherungsjahren	mit Abschlag:	60	+ 2 = 62
	abschlagsfrei:	63	+ 2 = 65
Altersrente für Frauen (für Versicherte der Jahrgänge bis 1951)	mit Abschlag:	60	= 60 (unverändert)
	abschlagsfrei:	65	= 65 (unverändert)
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (für Versicherte der Jahrgänge bis 1951)	mit Abschlag:	63	= 63 (unverändert)
	abschlagsfrei:	65	= 65 (unverändert)

Rentenberechnung

Beitragszeiten

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

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

Ersatzzeiten

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

Pflegezeiten

Nach dem Pflege-Versicherungsgesetz sind Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege seit 1.4.1995 (mindestens 14 Stunden wöchentlich) Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung mit allen Konsequenzen. Pflegezeiten wirken sich danach sowohl rentensteigernd als auch rentenbegründend aus. Dabei richtet sich die Bewertung der Zeiten einer Pflege Tätigkeit nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und nach dem Umfang der Pflegetätigkeit. Die Pflegeversicherung übernimmt für diejenigen, die einen pflegebedürftigen Angehörigen im häuslichen Bereich pflegen, die Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dies gilt auch für Pflegepersonen, deren gleichzeitige Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer 30 Stunden in der Woche nicht übersteigt. Ausgeschlossen von der Anrechnung der Pflegepflichtbeitragszeit sind bestimmte versicherungsfreie Personengruppen, z.B. Bezieher einer Vollrente wegen Alters. Der monatliche Rentenertrag für ein Jahr Pflegetätigkeit kann maximal gut 20 EUR betragen.

Kindererziehungszeiten

Kindererziehungszeiten betragen für Geburten bis 1991 ein Jahr und sind für Geburten ab 1992 auf die ersten drei Lebensjahre ausgedehnt worden.

Kindererziehungszeiten wirken rentenbegründend und rentensteigernd. Das bedeutet u. a., dass sie auch auf die Wartezeit für die Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Alters angerechnet werden. Eine Altersrente erhält deshalb bei Geburten vor 1992 auch die Frau, die 5 Kinder erzogen hat oder die 2 Kinder erzogen und für 3 Jahre Beiträge entrichtet hat. Bei Geburten ab 1992 reicht die Erziehung von zwei Kindern aus, um diese Wartezeit zu erfüllen.

Die Kindererziehungszeit wird rentenrechtlich wie eine Pflichtbeitragszeit aufgrund einer Erwerbstätigkeit bewertet, und zwar vom 1. Juli 2000 an mit 100 % des Durchschnittseinkommens. Daraus ergibt sich derzeit ein Rentenertrag von rund 27 EUR in den alten bzw. rund 24 EUR in den neuen Bundesländern monatlich für jedes Jahr der Kindererziehung. Darüber hinaus werden Berücksichtigungszeiten angerechnet.

Erziehung in der Berücksichtigungszeit

Die Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung beginnt mit dem Tag der Geburt des Kindes und endet am Tag der Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes. Sie wirkt sich nicht wie andere rentenrechtlichen Zeiten direkt auf die Höhe der Leistung aus. Sie hat eine rentenrechtliche Bedeutung für die Erfüllung der Wartezeit von 35 Jahren bei vorzeitigen Altersrenten an langjährig Versicherte, den erweiterten Versicherungsschutz bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die Gesamtleistungsbewertung für beitragsfreie Zeiten u.a.

Für Erziehungspersonen, die während der ersten 10 Lebensjahre des Kindes erwerbstätig sind, diese Tätigkeit aber wegen der Kindererziehung vor allem in Form von Teilzeitarbeit ausüben und regelmäßig unterdurchschnittlich verdienen, wird die Rente aufgewertet. Dabei erfolgt für Zeiten ab 1992 eine Erhöhung der individuellen Entgelte um 50 % auf maximal 100 % des Durchschnittseinkommens, wenn insgesamt 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (auch Kinderberücksichtigungszeiten zählen hierbei mit) vorliegen.

Bei gleichzeitiger Erziehung von mindestens zwei Kindern unter 10 Jahren werden nicht mit Kindererziehungszeiten belegte Zeiten durch eine Gutschrift von 0,33 Entgeltpunkten jährlich begünstigt. Dies gilt für Zeiten ab 1992, wenn 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (einschl. Kindererziehungs- und -berücksichtigungszeiten) vorliegen.

Auch Erziehende, die ein pflegebedürftiges Kind betreuen, erhalten ab dem 4. Lebensjahr eines pflegebedürftigen Kindes bis zu dessen 18. Lebensjahr eine Aufwertung des Rentenversicherungsbeitrages der Pflegekasse um 50 % bis maximal 100 % des Durchschnittseinkommens. Auch dies gilt für Zeiten ab 1992, wenn 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (einschl. Kindererziehungs- und -berücksichtigungszeiten) vorliegen.

Anrechnungszeiten

Anrechnungszeiten werden vor allem dann berücksichtigt, wenn Versicherte aus nicht von ihnen zu vertretenden Gründen an der Beitragszahlung zur Rentenversicherung gehindert sind. Dies sind vor allem Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, der Arbeitslosigkeit bzw. Ausbildungssuche sowie der schulischen Ausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr bis zu einer Höchstdauer von 8 Jahren.

Zurechnungszeiten

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

Rente nach Mindesteinkommen

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

Die Rentenformel

Drei Faktoren bestimmen die Höhe einer Rente:

PEP Persönliche Entgeltpunkte Versichertes Arbeitsentgelt (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) für jedes Kalenderjahr geteilt durch das Durchschnittsentgelt aller Versicherten für dasselbe Kalenderjahr, aufsummiert für das gesamte Versicherungsleben und multipliziert mit dem Zugangsfaktor (ZF).

RAF Rentenartfaktor
Ein nach dem Sicherungsziel der zu berechnenden Rente festgelegter Faktor

AR Aktueller Rentenwert
Betrag, der einer monatlichen Rente wegen Alters entspricht, die sich aus Beiträgen aufgrund eines Durchschnittsentgelts für ein Kalenderjahr ergibt
(z. Zt. 27,20 EUR (West), 24,13 EUR (Ost)).

PEP x RAF x AR = Monatsrente

Aufwertung bestimmter Pflichtbeitragszeiten

- **Berufsausbildung:**
Zeiten einer tatsächlichen Berufsausbildung werden mindestens anhand des tatsächlichen Verdienstes bewertet. Zusätzlich erfolgt eine Höherbewertung für maximal 3 Jahre auf Grundlage des Wertes, der sich für alle angerechneten Zeiten des Versicherten im Durchschnitt seines gesamten Versicherungslebens ergibt, maximal auf 75% des Durchschnittsentgelts aller Versicherten.
- **Niedrige Pflichtbeiträge von Behinderten:**
Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, nach der für Behinderte in anerkannten Werkstätten und vergleichbaren Einrichtungen Beiträge gezahlt werden, beträgt 80% der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße wird jährlich neu festgelegt. Im Jahr 2010 beträgt sie monatlich 2.550 EUR in den alten und 2.170 EUR in den neuen Bundesländern.
- **Pflichtbeiträge von Wehr- und Zivildienstleistenden:**
Für Wehr- und Zivildienstleistende werden die Pflichtbeiträge aus einem fiktiven Verdienst in Höhe von 60% der Bezugsgröße durch den Bund gezahlt.

Die Rentenformel

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

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

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

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

Gesamtleistungsbewertung

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

Renten Anpassung

Die Renten Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Veränderung des aktuellen Rentenwerts beziehungsweise des aktuellen Rentenwerts (Ost) regelmäßig zum 1. Juli eines Jahres. Der angepasste Brutto-Monatsbetrag der Rente wird ermittelt, indem der neue aktuelle Rentenwert mit den anderen Faktoren der Rentenformel multipliziert wird.

Für die Anpassung der Renten ist zunächst die Entwicklung des (Brutto-)Einkommens der aktiven Beschäftigten unter Berücksichtigung der Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebend. Einbezogen in die Renten Anpassung werden auch die Aufwendungen der Arbeitnehmer für die gesetzliche Rentenversicherung (Beitragssatz) und private Altersvorsorge (Altersvorsorgeanteil). Durch einen Nachhaltigkeitsfaktor wird zusätzlich die Entwicklung des zahlenmäßigen Verhältnisses von Rentnern und Beitragszahlern bei der Renten Anpassung berücksichtigt. Sinkt die Anzahl an Beitragszahlern, fallen die Rentenerhöhungen tendenziell niedriger aus. Steigt hingegen die Zahl der Beitragszahler, fällt auch die Rentenerhöhung im Regelfall stärker aus. Durch den Nachhaltigkeitsfaktor werden sowohl die Auswirkungen der verlängerten Lebenserwartung als auch die Entwicklung der Geburten und der Erwerbstätigkeit auf die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung zu einem Teil auf die Rentnerinnen und Rentner übertragen.

Eine Schutzklausel stellt aber sicher, dass es bei der Renten Anpassung weder durch die Dämpfungsfaktoren (Altersvorsorgeanteil, Nachhaltigkeitsfaktor) zu einer Verringerung des bisherigen Monatsbetrages der Rente („Bruttorente“) kommt (sogenannte Rentengarantie).

Die aufgrund der Schutzklausel nicht realisierten Anpassungsdämpfungen (Ausgleichsbedarf) werden ab dem Jahr 2011 mit positiven Renten Anpassungen verrechnet, indem diese bis zum Abbau des Ausgleichsbedarfs halbiert werden.

Renteninformation

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

Fremdrentenrecht

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

Organisation

Seit dem 01.10.2005 hat sich die Organisation der Rentenversicherung verändert. Die frühere Trennung zwischen Arbeiter- und Angestelltenversicherung ist aufgehoben worden. Die Träger der Rentenversicherung sind unterteilt in Bundesträger und Regionalträger. Ihre Namen bestehen jeweils aus der Bezeichnung „Deutsche Rentenversicherung“ und einem Zusatz für die jeweilige Zuständigkeit. Bundesträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund (entstanden aus dem Zusammenschluss der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte – BfA – mit dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger – VDR) sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (ehemals Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse), welche auch für die Beschäftigten in den Branchen Bergbau, Bahn und See zuständig ist. Ein Beispiel für die Bezeichnung eines Regionalträgers ist die „Deutsche Rentenversicherung Westfalen“. Über ihren zuständigen Rentenversicherungsträger werden neue Versicherte mit der Vergabe der Versicherungsnummer informiert. Das gleiche gilt bei Zuständigkeitsänderungen.

Über das Rentenrecht informiert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53107 Bonn. Darüber hinaus informiert auch das Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Rentenrecht unter 01805 676710 für 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Die Rentenversicherungsträger werden vom Staat beaufsichtigt.

Finanzielle Grundlagen

Die Ausgaben der Rentenversicherung werden im Wesentlichen durch Beiträge gedeckt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen die Beiträge entsprechend dem jeweils gültigen Beitragssatz (seit 1. Januar 2007 unverändert 19,9 %) grundsätzlich je zur Hälfte. Wie hoch der Beitrag ist, richtet sich bei abhängig Beschäftigten nach dem Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 5.500 EUR monatlich in den alten und 4.650 EUR in den neuen Bundesländern. Der Bund leistet Zuschüsse zu den Ausgaben der Rentenversicherung.

Information

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

Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge

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

I. Die betriebliche Altersversorgung

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

Die betriebliche Altersversorgung hat gegenüber der privaten Altersvorsorge einige Vorteile:

- Sie ist häufig günstiger, weil Abschluss- und Verwaltungskosten auf eine größere Personengruppe verteilt werden können („Mengenrabatt“).
- Sie ist aus Sicht der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen einfach zu handhaben, weil sie sich nicht um die Auswahl des Anbieters kümmern müssen – dies übernimmt der Arbeitgeber – und ihnen viele Formalitäten erspart bleiben.
- Die Arbeitgeber beteiligen sich häufig auch finanziell an der betrieblichen Vorsorge ihrer Beschäftigten (das ist in vielen Tarifverträgen so geregelt).

Die staatliche Förderung

Der Staat fördert betriebliche Altersversorgung über die Steuer- und Beitragsfreiheit der Aufwendungen. Im Jahr 2010 können so grundsätzlich 4.440 EUR steuerfrei in eine betriebliche Altersvorsorge investiert werden. Die umgewandelten Entgeltbestandteile sind darüber hinaus bis zu einer Höhe von 2.640 EUR frei von Sozialabgaben.

Außerdem ist grundsätzlich auch bei der betrieblichen Altersversorgung – wie bei der privaten Altersvorsorge – die Riester-Förderung über Zulagen und zusätzlichen Sonderausgabenabzug möglich.

II. Die private Altersvorsorge

Seit Anfang 2002 fördert der Staat unter bestimmten Bedingungen den Aufbau einer privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge. Die so genannte Riester-Förderung erfolgt auf zwei Wegen: mit finanziellen Zuschüssen (Zulagen) und Extra-Steuerersparnissen (zusätzlicher Sonderausgabenabzug). Im Einzelnen gibt es folgende förderfähige Anlagemöglichkeiten:

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Thema Rente unter 01805/676710 für 14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

Banksparpläne
Private Rentenversicherungen
Fondssparpläne

Banksparpläne eignen sich besonders für ältere Anleger, deren Ansparzeit kürzer ist, und für Menschen mit hohem Sicherheitsbedürfnis. Private Rentenversicherungen eignen sich besonders für jüngere sicherheitsbewusste Anleger. Fonds mit hohem Aktienanteil sind eher für jüngere risikofreudige Anleger geeignet, weil hier ausreichend Zeit ist, vorübergehende Kursverluste auszugleichen. Allen Produkten gemeinsam ist aber die Zusicherung des Anbieters, dass mindestens die eingezahlten Beträge (Eigenbeiträge und Zulagen) zu Beginn der Auszahlungsphase zur Verfügung stehen. Nominale Verluste sind somit ausgeschlossen.

Bei der Produktwahl sollten Sie neben Alter und Einstellung zum Risiko außerdem Folgendes berücksichtigen:

- die Kosten:
Produkte mit Abschlusskosten rechnen sich umso mehr, je länger die Laufzeit ist.
- die abzusichernden Risiken:
Prüfen Sie, ob Sie auch das Risiko der Erwerbsminderung mit absichern wollen oder ob Sie eine Hinterbliebenenversorgung für Ihren Ehegatten und Ihre Kinder benötigen.
- die Situation in der Auszahlungsphase:
Die Zusatzrente muss lebenslange Leistungen garantieren. Je nach Anbieter und Produkte können jedoch auch 30% des Kapitals als Einmalzahlung zu Beginn der Auszahlungsphase ausgeschüttet werden.
- die Situation im Erbfall:
Bei Banksparplänen und Fondssparplänen kann das angesparte Kapital bis zum Beginn der Restverrentungsphase (ab 85. Lebensjahr) vererbt werden. Bei einer privaten Rentenversicherung ist dies in der Regel nicht möglich. Sie können aber eine Garantiezeit vereinbaren, in der die Rente mindestens zu zahlen ist. Die staatliche Förderung muss im Erbfall zurückgezahlt werden. Eine Ausnahme besteht jedoch für den überlebenden Ehegatten. Wenn das geerbte Altersvorsorgevermögen auf dessen eigenen Riester-Vertrag übertragen wird, bleibt die Förderung erhalten.

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

Die Riester-Förderung erhalten Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Rentenversicherung, Pflichtversicherte in der Alterssicherung der Landwirte und Beamte, sowie Empfänger von Amtsbezügen. Seit Anfang 2008 zählen auch Bezieher von Erwerbsminderungsrenten zum förderberechtigten Personenkreis. Bei Verheirateten genügt es, wenn ein Ehegatte die Voraussetzungen erfüllt; dann erhält auch der andere die Förderung. Einzige Voraussetzung: Jeder Partner schließt einen eigenen Altersvorsorgevertrag ab.

Die staatliche Förderung

Basis der Förderung der privaten Altersvorsorge ist die Altersvorsorgezulage, die aus einer Grundzulage pro Förderberechtigtem und ggf. einer Kinderzulage besteht. Bei Abschluss eines eigenen Vorsorgevertrags haben jeweils auch die Ehepartner Anspruch auf die Zulage.

Die Altersvorsorgezulage ist von einem bestimmten Mindesteigenbetrag (Tabelle) abhängig. Wird dieser nicht in voller Höhe erbracht, wird die Zulage gekürzt. Zusätzlich können die Sparbeiträge zugunsten eines Riester-Vertrages als Sonderausgaben bis zu einem Höchstbetrag (s. Tabelle) geltend gemacht und Steuervorteile gewährt werden.

Mit dem seit 2005 eingeleiteten Übergang zur nachgelagerten Besteuerung wurden außerdem die steuerlichen Abzugsmöglichkeiten für Aufwendungen zur Altersvorsorge grundlegend verbessert. Damit wurde besonders für Selbständige die Möglichkeit eröffnet, staatlich gefördert eine Altersvorsorge aufzubauen (so genannte „Basis-“ oder „Rürup“-Rente).

Mit dem Eigenheimrentengesetz wurde 2008 selbst genutztes Wohneigentum besser in die staatlich geförderte private Altersvorsorge einbezogen. Folgende Fördermöglichkeiten für die Anschaffung von selbstgenutztem Wohneigentum wurden geschaffen:

- Förderung der Tilgungsleistungen über einen zertifizierten Darlehensvertrag,
- Entnahme des bereits angesparten geförderten Altersvorsorgekapitals während der Ansparphase unmittelbar für die Anschaffung oder Herstellung von selbst genutztem Wohneigentum,
- Entnahme des bereits angesparten geförderten Altersvorsorgekapitals zu Beginn der Auszahlungsphase für die Entschuldung von selbstgenutztem Wohneigentum.

Die ersten beiden Neuregelungen gelten für eine nach dem 31.12.2007 begonnene wohnwirtschaftliche Verwendung. Die dritte Variante ist auch auf selbstgenutzte Objekte anwendbar, die vor 2008 angeschafft oder hergestellt wurden.

Die verbesserte Entnahmeregelung gilt auch für bereits bestehende Altersvorsorgeverträge. Allerdings besteht für die Jahre 2008 und 2009 eine Übergangsregelung. Für alle Riester-Verträge, die vor dem 01.01.2008 abgeschlossen worden sind, gilt für diese beiden Jahre die (alte) Mindestentnahmegrenze von 10.000 Euro. Das (entnommene) steuerlich geförderte Kapital wird dann in einer fiktiven Auszahlungsphase besteuert (nachgelagerte Besteuerung). Hierfür stehen dem Steuerpflichtigen grundsätzlich zwei verschiedene Alternativen zur Verfügung.

1. jährliche Besteuerung über einen Zeitraum von 17-25 Jahren (je nach Beginn der Auszahlungsphase, muss zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr liegen)
2. Einmalbesteuerung von 70 Prozent des gesamten in der Immobilie gebundenen geförderten Kapitals.

Nähere Informationen finden Sie im Internet unter http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen__und__Buerger/Alter__und__Vorsorge/Altersvorsorge

Information

Sie sollten immer beides im Blick haben: Die betriebliche Altersversorgung und die private Altersvorsorge. Prüfen Sie, welche Variante in Ihrer persönlichen Situation am günstigsten ist. Die Entgeltumwandlung mit Steuer- und Sozialabgabenfreiheit und das Altersvorsorgespahren mit Riester-Förderung durch Zulagen und zusätzlichen Sonderausgabenabzug können auch gleichzeitig betrieben werden.

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

Nachgelagerte Besteuerung

Nachgelagerte Besteuerung bedeutet, dass Alterseinkünfte erst versteuert werden, wenn sie dem Steuerpflichtigen ausgezahlt werden – im Alter. Dafür bleiben Beiträge zur Altersvorsorge in der Erwerbsphase bis zu einem jährlichen Höchstbetrag unversteuert.

Informationen erhalten Sie u.a. über www.deutsche-rentenversicherung.de
www.bundesfinanzministerium.de
www.warentest.de
www.vzbv.de

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

Übersicht über die Riester-Förderung

	seit 2008
Sonderausgabenabzug (neben den Vorsorgeaufwendungen)	bis zu 2.100 Euro
Grundzulage	154 Euro
Kinderzulage je Kind	185 Euro 300 Euro ³
Mindesteigenbeitrag	4% ¹ abzügl. Zulagen ²
Höchstens	2.100 Euro abzügl. Zulagen

1) vom Vorjahreseinkommen,

2) mindestens aber 60 Euro (Sockelbetrag)

3) für ab dem 01.01.2008 geborene Kinder

Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung

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

Die Soziale Entschädigung erfasst:

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

Gesetze

Grundlagen für das Soziale Entschädigungsrecht finden Sie im

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

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

Kriegsopferversorgung

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

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

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

Wichtig für Schwerbeschädigte

Wenn bei Ihnen ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 50 Prozent anerkannt worden ist, erhalten Sie auch für alle weiteren nichtschädigungsbedingten Erkrankungen Heilbehandlung. Das gilt natürlich nur, wenn diese Behandlung nicht bereits durch Ansprüche gegen andere Leistungsträger sichergestellt ist. Ebenfalls keinen Anspruch auf Heilbehandlung für weitere Erkrankungen haben Sie, wenn Ihr Verdienst über der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Das sind 2009 monatlich 4.050 EUR in den alten und neuen Bundesländern.

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

Diesen Anspruch haben

- Schwerbeschädigte für ihre Ehepartner und ihre Kinder sowie für sonstige Angehörige,
- Pflegezulageempfänger für Personen, die sie unentgeltlich pflegen,
- Hinterbliebene.

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

Rentenleistungen erhalten Beschädigte, Witwen, Waisen und Eltern. Wie hoch die Beschädigtenrente ist, richtet sich nach der Höhe des festgestellten Grades der Schädigung (GdS). Ab einem GdS von 25 werden Rentenleistungen erbracht. Folgende Leistungen gibt es:

- Grundrente, gestaffelt nach GdS. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres erhöht sich die Grundrente bei Schwerbeschädigten.
- Schwerstbeschädigtenzulage in sechs Stufen.
- Pflegezulage bei Hilflosigkeit ebenfalls in sechs Stufen.
- Ersatz für Mehrverschleiß an Kleidung und Wäsche.

- Blinde erhalten eine Beihilfe zu den Aufwendungen für fremde Führung.
- Berufsschadensausgleich, um den Einkommensverlust auszugleichen, den der Beschädigte hinnehmen musste, weil er seinen früher ausgeübten oder angestrebten Beruf wegen der Schädigung ganz oder teilweise nicht mehr ausüben kann.
- Ausgleichsrente und Ehegattenzuschlag erhalten Schwerbeschädigte, damit sie ihren Lebensunterhalt sichern können. Angerechnet wird das Einkommen, nachdem Freibeträge abgezogen worden sind.
- Wenn Beschädigte an den Folgen ihrer Schädigung sterben, erhalten ihre Witwen und Waisen eine Grundrente. Daneben wird eine Ausgleichsrente gewährt, damit sie ihren Lebensunterhalt sichern können. Auf diese Ausgleichsrente wird das vorhandene Einkommen angerechnet, nachdem Freibeträge abgezogen worden sind.
- Falls das Einkommen einer Witwe einschließlich Grund- und Ausgleichsrente sowie Pflegeausgleich weniger als die Hälfte des Einkommens beträgt, das der Verstorbene ohne die Schädigung erzielt hätte, erhält sie einen Schadensausgleich.
- Wenn der Beschädigte nicht an den Folgen seiner Schädigung gestorben ist, kommt für die Hinterbliebenen Witwen- oder Waisenbeihilfe in Betracht, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.
- Die Eltern eines Beschädigten, der an den Folgen seiner Schädigung verstorben ist, erhalten eine Elternrente, wenn sie bedürftig sind und das 60. Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie erwerbsunfähig sind. Das gilt auch für Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – für Großeltern. Haben die Eltern eigenes Einkommen, wird es auf die Elternrente angerechnet, nachdem Freibeträge abgezogen worden sind.

Zusätzlich gibt es ergänzende Leistungen der Kriegsopferfürsorge, zum Beispiel:

- Hilfe zur Pflege,
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts,
- Altenhilfe,
- Erholungshilfe,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen, u.a. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Beschädigte,
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt.

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

Gesetze

Gesetzliche Grundlage für die Kriegsopferversorgung und -fürsorge ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Information

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

Zuständig für die Kriegsopferfürsorge sind die örtlichen und überörtlichen Träger der Kriegsopferfürsorge.

Rechtsschutz im Bereich der Kriegsopferfürsorge gewähren die Gerichte der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Übersicht über die finanziellen Leistungen der Kriegsoferversorgung (Stand: 1.7.2009)

Empfängerkreis	GdS*	in den Altländern	in den neuen Ländern
		pro Monat	pro Monat
		EUR	EUR
Blinde (Führzulage)		147	130
Grundrente für Beschädigte**	30	123	109
	40	168	149
	50	226	200
	60	286	254
	70	396	351
	80	479	425
	90	576	511
	100	646	573
Alterserhöhung zur Grundrente	50, 60	25	22
	70, 80	31	28
	90, 100	38	34
Schwerstbeschädigtenzulage	Stufe I	74	66
	Stufe II	154	137
	Stufe III	229	203
	Stufe IV	306	271
	Stufe V	382	339
	Stufe VI	460	408
Ausgleichsrente für Beschädigte	50, 60	396	351
	70, 80	479	425
	90	576	511
	100	646	573
Ehegattenzuschlag		71	63
Pflegezulage	Stufe I	272	241
	Stufe II	466	413
	Stufe III	661	586
	Stufe IV	849	753
	Stufe V	1.104	979
	Stufe VI	1.357	1.204
Grundrente für Witwen		387	343
Ausgleichsrente für Witwen		429	381
Grundrenten für			
	- Halbweisen	110	98
- Vollweisen		204	181
Ausgleichsrenten für			
	- Halbweisen	192	170
- Vollweisen		266	236
Elternrente für			
	- Elternpaar	525	466
- Elternteil		366	325

Empfängerkreis	GdS*	in den Altländern	in den neuen Ländern
		pro Monat	pro Monat
		EUR	EUR
Erhöhungsbetrag nach §51 Abs.2 BVG für			
- Elternpaar		96	85
- Elternteil		71	63
Erhöhungsbetrag nach §51 Abs.3 BVG für			
- Elternpaar		297	263
- Elternteil		215	191
Bestattungsgeld			
- Voll		1.560	1.384
- Halb		781	693
Kleiderverschleißpauschale		1,843	1,635

*) Grad der Schädigungsfolgen
 **) Nach dem Urteil des BVerfG vom 14.3.2000 und der nachfolgenden Rechtsprechung des BSG wird mit Wirkung vom 1.1.1999 die Beschädigten-
 grundrente der Kriegsopfer und der SED-Opfer einschließlich der Alterserhöhung und der Schwerstbeschädigtenzulage in den neuen Ländern in
 Höhe des Westniveaus gezahlt.

Opfer von Gewalttaten

Leistungen/Voraussetzungen

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

Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) von 1993 sind in diese Entschädigungsregelung auch die übrigen Ausländer, die rechtmäßig längerfristig in der Bundesrepublik leben, in angemessener Weise einbezogen worden. Wie sie entschädigt werden, hängt u.a. von der Aufenthaltsdauer, d.h. dem Ausmaß ihrer Integration, ab. Entschädigt werden auch Ausländer, deren Aufenthalt in der Bundesrepublik aus humanitären Gründen oder erheblichem öffentlichen Interesse als rechtmäßig anzusehen ist. Für ausländische Touristen und Besucher gilt eine Härtefallregelung. Deutsche und rechtmäßig in Deutschland lebende Ausländer, die während eines Aufenthaltes von weniger als sechs Monaten im Ausland Opfer einer Gewalttat werden, können seit dem 3. Gesetz zur Änderung des Opferentschädigungsgesetzes (2009) ebenfalls Leistungen erhalten, wenn die Tat nach dem 1. Juli 2009 begangen wurde. Da hier nicht mehr die besondere Verantwortung des deutschen Staates, sondern der Fürsorgegedanke im Vordergrund steht, erhalten diese Personen nur Leistungen, wenn vom Tatland keine Entschädigung erfolgt und wenn keine anderen Sicherungssysteme greifen. Geschädigte erhalten Heilbehandlung für die gesundheitlichen Folgen der Tat; Geschädigte sowie Hinterbliebene erhalten Geldleistungen als Einmalzahlung. Bei der Beantragung von Leistungen in Tatländern, die Mitglied der Europäischen Union sind, ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstützend tätig (siehe S. 142).

Gesetze

Das Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten ist am 16. Mai 1976 in Kraft getreten. Es gilt in der Regel nur für Schädigungen, die durch Gewalttaten eingetreten sind, die seit diesem Zeitpunkt verübt worden sind. Wenn jemand zwischen dem 23. Mai 1949 und dem 15. Mai 1976 geschädigt wurde, wird er nur unter bestimmten Voraussetzungen im Wege eines Härteausgleichs versorgt.

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

Information

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

Wichtig:

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

Sind Sie in einem anderen Mitgliedstaat der EU Opfer einer Gewalttat geworden, können Sie sich an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wenden. Dieses ist so genannte Unterstützungsbehörde im Sinne der EU-Richtlinie 2004/80/EG und leitet Ihren Entschädigungsantrag an die zuständige Behörde im jeweiligen Land des Tatorts weiter.

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

Sozialhilfe

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

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

Ziele des neuen Rechts und Grundsätze der Sozialhilfe

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

Ein zentrales Ziel der Sozialhilfe ist es, die Selbsthilfekräfte zu stärken:

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

Die grundlegenden Merkmale der sozialhilferechtlichen Leistungserbringung sind:

- Die Leistungen werden auf den individuellen Bedarf abgestimmt und berücksichtigen dabei die Lebenslage, die Wünsche und die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB XII).
- Die Sozialhilfe ist eine nachrangige Leistung und wird daher in der Regel erst dann erbracht, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, so etwa das Einkommen und Vermögen des Leistungsberechtigten und ggf. der zu seinem Unterhalt verpflichteten Personen, seine eigene Arbeitskraft, seine Ansprüche gegenüber vorrangigen Sicherungssystemen (§ 2 SGB XII).
- Die Sozialhilfe muss nicht beantragt werden, sondern setzt unmittelbar ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Eine Ausnahme bilden lediglich die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel (§ 18 i.V.m. § 41 SGB XII).
- Die Leistungen werden als Dienstleistung, Geldleistung oder Sachleistung erbracht, wobei Geldleistungen grundsätzlich Vorrang gegenüber Sachleistungen haben (§ 10 SGB XII). Die Leistungserbringung beschränkt sich aber nicht auf finanzielle Unterstützung, sondern umfasst immer auch Beratung, Aktivierung und weitere Unterstützungsformen, die auf eine Unabhängigkeit von der Sozialhilfe hinwirken (§ 11 SGB XII).
- Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe wird durch verschiedene Regelungen verstärkt, so etwa dadurch, dass die Leistung stationärer Hilfe erst nach Prüfung von Bedarf, möglichen Alternativen (insbesondere ambulanter Hilfemöglichkeiten) und Kosten erfolgt, dass ferner die Vermutung der Bedarfsdeckung in § 36 SGB XII ausdrücklich Ausnahmen für Schwangere und behinderte sowie pflegebedürftige Personen vorsieht.
- Durch zusätzliche Leistungen wie eine umfangreiche Beratung, Aufklärung sowie Unterstützung (Vorbereitung von Kontakten, Begleitung zu sozialen Diensten, Möglichkeiten zur weitergehenden Beratung etc.) wird eine Stärkung der Selbsthilfekräfte und Aktivierung ermöglicht.

Entwicklung der Sozialhilfe: Veränderte Problemlagen und gesetzliche Ausgliederung

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

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

Nach und nach wurden eigenständige Gesetze für bestimmte Personengruppen (1993: Asylbewerber, 2003: Ältere und dauerhaft Erwerbsgeminderte) bzw. besondere Belastungen (1995: Pflegebedürftigkeit) aus der Sozialhilfe ausgegliedert. Nun gehören erwerbsfähige Leistungsberechtigte (im Sinne des § 8 SGB II) von 15 bis 64 Jahren und deren Angehörige nicht mehr in den Leistungsbereich der Sozialhilfe, sondern haben bei Bedarf einen Leistungsanspruch nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende). Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist als Viertes Kapitel in das SGB XII integriert worden.

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

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

Wie die Sozialhilfe umfasst auch die Grundsicherung für Arbeitsuchende Dienst-, Geld- und Sachleistungen. Ihre Leistungen berücksichtigen ebenfalls die individuelle Lebenslage des Leistungsberechtigten. Im Vordergrund steht dort der Grundsatz der Überwindung dieser Situation durch eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt (unter Einsatz der Instrumente der Arbeitsförderung) oder eine Beschäftigungsmaßnahme mit Mehraufwandsentschädigung. Wenn sie anderweitig nicht abgesichert sind, erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 64 Jahren „Arbeitslosengeld II“ zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 19 SGB II); sofern in deren Haushalt auch nicht erwerbsfähige Personen leben, haben diese einen Anspruch auf Sozialgeld (§ 28 SGB II). Beide Leistungsarten entsprechen nach Höhe und Struktur der Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII, werden aber nur auf Antrag geleistet (§ 37 SGB II).

Systematik der Sozialhilfeleistungen

Die Sozialhilfe in der neuen Form umfasst die Bereiche:

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

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Darstellung der bereichsbezogenen Kapitel des SGB XII in Grundzügen

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

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

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

- Für ganz Deutschland beträgt seit dem 1. Juli 2008 die Höhe des Regelsatzes 351 EUR. Die Länder können abweichende Regelsätze bestimmen (§ 28 SGB XII). Der Regelsatz für den Haushaltsvorstand beträgt 100 % des Eckregelsatzes, für Kinder unter 14 Jahren 60 % und für die übrigen Haushaltsangehörigen 80 % des Eckregelsatzes. Leben Ehegatten oder Lebenspartner zusammen, beträgt der Regelsatz jeweils 90 % des Eckregelsatzes.
- Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen und anderer Schulen mit dem Ziel des Erwerbs eines allgemeinbildenden Schulabschlusses erhalten bis zum Abschluss der 10. Klasse eine zusätzliche pauschale Leistung für den Erwerb von Materialien für die Schule.
- Unterkunft in Höhe der tatsächlichen Mietkosten; werden diese als „unangemessen hoch“ betrachtet, sind sie so lange zu erbringen, wie ein Wechsel in eine günstigere Wohnung nicht möglich oder zumutbar ist (regelmäßig maximal 6 Monate).
- Heizkosten in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit sie angemessen sind (§ 29 SGB XII).
- Bestimmten Personengruppen wird ein Mehrbedarf zugestanden (§ 30 SGB XII); diese Personengruppen werden im Wesentlichen wie im BSHG definiert, nur die Leistungen für allein Erziehende wurden erweitert. Der Mehrbedarf wird als prozentualer Zuschlag zum Regelsatz geleistet.
- Einmalige Leistungen werden für Erstausrüstung des Haushalts, für Erstausrüstung an Bekleidung (einschließlich Sonderbedarf bei Schwangerschaft und Geburt) sowie mehrtägige Klassenfahrten erbracht. Vom Regelsatz umfasst, jedoch im Einzelfall unabweisbar gebotener Sonderbedarf soll als Darlehen gewährt werden (§ 37 SGB XII).

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

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

- Einmalige Leistungen werden nur in drei Fällen erbracht: für Erstausrüstung des Haushalts, Erstausrüstung für Bekleidung und Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt sowie für mehrtägige Klassenfahrten.
- Bei den prozentualen Anteilen für weitere Haushaltsmitglieder wird in zwei weiteren Gruppen unterschieden. Haushaltsangehörige bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erhalten 60 % und Haushaltsangehörige ab Vollendung des 14. Lebensjahres erhalten 80 % des Eckregelsatzes.
- Die Mehrbedarfspauschalen betragen zukünftig nur noch bis zu 36 Prozent, beziehen sich aber jetzt auf den höheren Regelsatz, der die einmaligen Leistungen weitgehend enthält. Die Zuschläge fallen für allein Erziehende etwas günstiger aus. Für die übrigen Personengruppen ergeben sie den gleichen Betrag wie bisher. Auch allein Erziehende mit einem Kind ab 7 Jahren erhalten nun einen Zuschlag (in Höhe von 12%).
- Die Übernahme unangemessen hoher Mietkosten in den Fällen, in denen ein Wohnungswechsel nicht zumutbar oder nicht möglich ist, ist auf 6 Monate begrenzt.
- Pauschalierungen der Unterkunfts- und Heizkosten werden nun den Sozialhilfeträgern unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht.
- Weiterer, vom Regelsatz umfasster, jedoch unabweisbar gebotener Sonderbedarf kann nicht als „einmalige Leistung“, sondern nur in Form eines Darlehens gewährt werden, das auch während des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt zurück zu zahlen ist.
- Der Barbetrag für Bewohner in stationären Einrichtungen entspricht dem Niveau des derzeitigen Mindestbarbetrags.
- Die Leistungsberechtigung für im Ausland lebende Deutsche ist eingeschränkt und auf wenige Notfälle reduziert.
- Zusätzliche pauschale Leistung für den Erwerb von Materialien für die Schule für Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen und anderer Schulen bis Abschluss der 10. Klasse.

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird auch für Bewohner von Einrichtungen geleistet. Sie umfasst dann neben den Sachleistungen der Einrichtung in der Regel Kleidung und einen Barbetrag zur persönlichen Verwendung, der für Erwachsene 27 % des Eckregelsatzes beträgt (§ 35 SGB XII).

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

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

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

Information

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

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

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

Die Leistungen der Hilfen zur Gesundheit entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit erhalten nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger die gleichen Gesundheitsleistungen wie gesetzliche krankenversicherte Personen. In der Regel übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenbehandlung der nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger gegen Kostenerstattung. Der nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger wählt eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers aus.

Diese Krankenkasse stellt dem Sozialhilfeempfänger eine Krankenversicherungskarte zur Inanspruchnahme der erforderlichen Gesundheitsleistungen aus. Bei Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern tritt der Betroffene wie ein Kassenpatient auf, ohne tatsächlich Krankenkassenmitglied zu sein.

Das zuständige Sozialamt erstattet der Krankenkasse die Kosten für erbrachte Gesundheitsleistungen im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit. Die Gleichbehandlung von nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern und Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zur Folge, dass auch Sozialhilfeempfänger die im Krankenversicherungsrecht vorgesehenen Zuzahlungen im Rahmen vorgesehener Belastungsgrenzen leisten müssen.

Nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger sind leistungsrechtlich den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Ihre Krankenbehandlung übernehmen in der Regel die gesetzlichen Krankenkassen. Die Kosten für erbrachte Gesundheitsleistungen werden den Krankenkassen seitens der Träger der Sozialhilfe erstattet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Regelungen

Die weiteren Teile des SGB XII enthalten:

- Zehntes Kapitel: Einrichtungen und Dienste (§§ 75 – 81 SGB XII)
- Elftes Kapitel: Einsatz des Einkommens und Vermögens; Übergang von Ansprüchen (§§ 82 – 96 SGB XII)
- Zwölftes Kapitel: Zuständigkeitsregelung (§§ 97 – 101 SGB XII)
- Dreizehntes Kapitel: Kostenersatz und Kostenerstattung (§§ 102 – 115 SGB XII)
- Vierzehntes Kapitel: Verfahrensbestimmungen (§§ 116 – 120 SGB XII)
- Fünfzehntes Kapitel: Statistik (§§ 121 – 129 SGB XII).
- Sechzehntes Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen.

Hinweise zu den Regelungen zur Einkommensanrechnung:

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

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

Bei den Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel kennt das SGB XII statt der allgemeinen (ehemals § 79 BSHG) und der besonderen Einkommensgrenze (ehemals § 81 BSHG) nur noch eine Einkommensgrenze in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes zuzüglich 70% des Eckregelsatzes für weitere Familienmitglieder und der Kosten der Unterkunft.

Unterhaltsansprüche eines erwachsenen behinderten oder pflegebedürftigen Menschen gehen (abgesehen von wenigen Ausnahmen) in pauschalierter Form auf den Sozialhilfeträger über, und zwar in Höhe von bis zu 26 EUR für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Pflege und in Höhe von bis zu 20 EUR für Leistungen zum Lebensunterhalt. Für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt regelmäßig kein Rückgriff.



Seit dem 24. März 2009 können ca. 10 Millionen Bürgerinnen und Bürger in den teilnehmenden Modellregionen über die Behördenrufnummer 115 sich direkt an ihre Kommune und damit auch an ihr Sozialhilfamt wenden. Selbstverständlich werden sie auch weiter verbunden, wenn sie allgemeine Fragen zur Verwaltung haben – ganz gleich, ob es ihre Kommune, das Land oder den Bund betrifft.

Wenn Sie beispielsweise schon immer einmal wissen wollten

- welche Sozialhilfe man in Ihrer Kommune erhält,
- wer Ihr Ansprechpartner ist,
- ob Sie weitere Hilfen erhalten können,

dann wählen Sie die 115!

Die 115 ist derzeit von Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr erreichbar.

Da ständig weitere Kommunen hinzukommen, finden Sie eine tagesaktuelle Übersicht unter www.d115.de.

Wohngeld

Guter Wohnraum ist teuer – für manche Bürger zu teuer. Deshalb gibt es das Wohngeld. Es ist ein staatlicher Zuschuss zu den Kosten für Wohnraum.

Wohngeld können Mieter und Eigentümer erhalten, wenn ihre Miete beziehungsweise Belastung die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Haushalts überfordert. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Wohnraum in einem Alt- oder Neubau liegt und ob er öffentlich gefördert, steuerbegünstigt oder frei finanziert worden ist.

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

Wohngelderhöhung ab dem 1. Januar 2009

Am 1. Januar 2009 sind mit der Wohngeldreform wesentliche Leistungsverbesserungen in Kraft getreten. Neu ist, dass - vor dem Hintergrund gestiegener Energiepreise - die Heizkosten in das Wohngeld einbezogen werden. Hierzu wird ein nach der Haushaltsgröße gestaffelter fester Betrag zur anrechenbaren Bruttokaltmiete hinzugerechnet.

Darüber hinaus ist das Wohngeld deutlich erhöht worden: Die Höchstbeträge für Miete und Belastung wurden auf Neubauniveau vereinheitlicht und zusätzlich um 10 % erhöht. Außerdem wurden die Tabellenwerte um 8 % erhöht und ein Einmalbetrag geleistet, wenn der Haushalt in mindestens einem der Monate Oktober 2008 bis März 2009 Wohngeld erhalten hat.

Leistungen/Voraussetzungen

Mietzuschuss gibt es für

- Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers,
- Inhaber einer Genossenschafts- oder Stiftswohnung,
- mietähnlich Nutzungsberechtigte, insbesondere Inhaber eines mietähnlichen Dauerwohnrechts,
- Eigentümer eines Hauses mit drei oder mehr Wohnungen, wenn sie in diesem Haus wohnen,
- Bewohner eines Heimes.

Lastenzuschuss gibt es für

- Eigentümer eines Hauses (mit bis zu zwei Wohnungen), wenn sie in diesem Haus wohnen, auch wenn es überwiegend Geschäftsräume enthält oder zu einem landwirtschaftlichen Betrieb gehört,
- Eigentümer einer Eigentumswohnung,
- Erbbauberechtigte,
- Inhaber eines eigentumsähnlichen Dauerwohnrechts, eines Wohnungsrechts oder eines Nießbrauches,
- diejenigen, die einen Anspruch auf Bestellung oder Übertragung eines der vorgenannten Rechte haben.

Ausschluss vom Wohngeld

Kein Wohngeld erhalten die Empfänger von

- Arbeitslosengeld II und Sozialgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II),
- Zuschüssen nach § 22 Abs. 7 SGB II,
- Übergangsgeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes II nach § 21 Abs. 4 Satz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI),

- Verletztengeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes II nach § 47 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII),
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
- ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt oder anderen Hilfen in einer stationären Einrichtung, die den Lebensunterhalt umfassen, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt,
- Leistungen in besonderen Fällen und Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz,
- Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Haushalten, zu denen ausschließlich Empfänger dieser Leistungen gehören, und ihre bei der Berechnung dieser Leistungen berücksichtigten Angehörigen, wenn dabei die Kosten der Unterkunft einbezogen worden sind.

Durch diese Regelung entfallen doppelte Antragstellungen und Verrechnungen der Leistungen zwischen den jeweiligen Behörden.

Ein Ausschluss vom Wohngeld besteht allerdings dann nicht, wenn durch das Wohngeld die Hilfebedürftigkeit vermieden oder beseitigt werden kann und eine der vorgenannten Leistungen entweder noch nicht erbracht wurde oder erbracht wird, aber gegenüber dem Wohngeld nachrangig ist.

Rechtsanspruch

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

Bewilligungsvoraussetzungen

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

- wie viele Haushaltsmitglieder zu berücksichtigen sind (dazu zählen die wohngeldberechtigte Person, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer sonstigen Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft, Eltern und Kinder- auch Adoptiv- und Pflegekinder -, Verwandte sowie Schwager und Schwägerin),
- wie hoch die zuschussfähige Miete oder Belastung durch den Wohnraum ist; Miete oder Belastung werden jedoch nur bis zu bestimmten Höchstgrenzen in Abhängigkeit von der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder und der Mietenstufe berücksichtigt; hinzu kommt ein nach der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder gestaffelter Betrag für Heizkosten,
- wie hoch das Gesamteinkommen ist.

Ermittlung des Gesamteinkommens

Die wohngeldrechtliche Einkommensermittlung geht vom steuerrechtlichen Einkommensbegriff aus. Das heißt: Maßgebend sind die steuerpflichtigen positiven Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes. Hinzu kommt ein Katalog zu berücksichtigender steuerfreier Einnahmen.

Das anzurechnende Gesamteinkommen setzt sich zusammen aus der Summe der Jahreseinkommen aller zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder abzüglich bestimmter Abzugsbeträge und Freibeträge. Die Höhe der Einkommens ist nachzuweisen.

Als Jahreseinkommen ist das Einkommen im Bewilligungszeitraum zu Grunde zu legen, das im Zeitpunkt der Antragstellung zu erwarten ist.

Wohngeld-Einkommensgrenzen

Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder	Grenzen für das monatliche Gesamteinkommen in Euro gemäß Wohngeldformel für Wohnraum in Gemeinden der Mietstufe					
	I	II	III	IV	V	VI
1	790	810	820	840	860	870
2	1080	1110	1120	1140	1170	1190
3	1340	1360	1380	1410	1430	1450
4	1760	1790	1810	1850	1880	1900
5	2010	2050	2080	2110	2150	2180

Was müssen Sie tun?

Antrag stellen

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

Information

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

Nähere Informationen über das geltende Wohngeldrecht finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung unter www.bmvbs.de/wohngeld.

Der Bewilligungszeitraum

Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate bewilligt. Dieser Zeitraum kann jedoch über- oder unterschritten werden. Wohngeld wird erst ab dem Monat geleistet, in dem der Antrag bei der Wohngeldbehörde eingegangen ist. Daran sollten Sie denken, wenn Sie Wohngeld beantragen wollen.

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

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Wohngeldgesetz, das durch die Wohngeldverordnung ergänzt wird.

Internationale Sozialversicherung

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

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

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

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

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

- Bosnien-Herzegowina,
- Kroatien,
- Mazedonien,
- Serbien,
- Montenegro.

Sozialversicherungsabkommen bestehen auch mit folgenden Ländern:

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

Die mit China und Indien bestehenden Sozialversicherungsabkommen regeln lediglich die Vermeidung der Doppelversicherung bei Beschäftigung im anderen Vertragsstaat.

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

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

In all diesen Regelungen geht es nicht darum, die Systeme der Sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Sie sollen lediglich koordiniert werden.

Grundsätzliches

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

Die internationalen Regelungen gehen von zwei Voraussetzungen aus:

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

Wichtig:

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

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

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

Gesetze

Grundlage des Sozialversicherungsschutzes innerhalb der EU ist die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Diese gilt auch im Verhältnis zu Norwegen, Island, Liechtenstein und der Schweiz. Sie wird ab 1. Mai 2010 von der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 abgelöst, mit der die gemeinschaftsrechtliche Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit modernisiert wird.

Sozialversicherungsabkommen bestehen auch mit einigen Ländern innerhalb und außerhalb Europas.

Krankenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

Übrigens haben Sie auch als Tourist Anspruch auf die ärztlichen Leistungen in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, die bis zu Ihrer beabsichtigten Rückkehr nicht zurückgestellt werden können. Sofern Sie sich in einem EU-Mitgliedsstaat begeben, um dort ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, können sie von Ihrer deutschen Krankenkasse Erstattungen der von Ihnen verauslagten Kosten bis zur Höhe verlangen, wie sie in Deutschland entstanden wären. Für Krankenhausbehandlungen ist dagegen eine vorherige Genehmigung durch Ihre Krankenkasse erforderlich. Diese Regelungen gelten nicht in Australien, Chile, China, Indien, Israel, Japan, Kanada, Marokko, Südkorea und den USA.

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

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

Was müssen Sie tun?

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

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

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

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse sowie beim GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung-Ausland (DVKA) in 53134 Bonn, Postfach 200 464.

Unfallversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Was müssen Sie tun?

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

Was müssen Sie tun?

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

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in 53757 Sankt Augustin, Alte Heerstraße 111.

Rentenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie für alle EU-/EWR-Mitgliedstaaten und Vertragsländer

- bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)
- bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de)

und bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung

- für Griechenland, Zypern, Liechtenstein und die Schweiz: Baden-Württemberg (www.deutsche-rentenversicherung-baden-wuerttemberg.de)
- für Polen: Berlin Brandenburg (www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de)
- für Japan und Südkorea: Braunschweig-Hannover (www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de)
- für Ungarn und Bulgarien: Mitteldeutschland (www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de)
- für die Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Serbien, Montenegro, Kosovo: Bayern-Süd (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de)
- für Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien, Irland, Lettland, Litauen, Norwegen, Schweden, China, Kanada und die USA: Nord (www.deutsche-rentenversicherung-nord.de)

- für Österreich: Bayern-Süd (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de)
- für Portugal, Rumänien und die Türkei: Nordbayern (www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de)
- für Australien: Oldenburg-Bremen (www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de)
- für Belgien, Spanien, Chile und Israel: Rheinland (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de)
- für Frankreich und Luxemburg: Rheinland-Pfalz (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland-pfalz.de)
- für Italien, Malta, Marokko und Tunesien: Schwaben (www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de)
- für die Niederlande und Island: Westfalen (www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de)

Kindergeld

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Was müssen Sie tun?

Stellen Sie Ihren Antrag auf Leistungen bitte bei der örtlich zuständigen Familienkasse oder bei ihrem öffentlichen Arbeitgeber. Haben Sie einen ausländischen Anspruch, so wenden Sie sich bitte an die zuständige ausländische Stelle. Nähere Informationen dazu finden Sie in besonderen Merkblättern.

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei der örtlich zuständigen Familienkasse.

Arbeitslosenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Was müssen Sie tun?

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

Sozialgerichtsbarkeit

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

Wann sind die Sozialgerichte zuständig?

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

Wie ist die Sozialgerichtsbarkeit organisiert?

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

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

Was ist bei der Klageerhebung zu beachten?

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

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

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

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

Wie läuft das Gerichtsverfahren ab?

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

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

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

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

Kann man ein Urteil gerichtlich überprüfen lassen?

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

Mit der Berufung kann prinzipiell jedes Urteil des Sozialgerichts angefochten werden; ausgenommen sind lediglich Streitigkeiten, bei denen der Beschwerdewert nicht mehr als 750 EUR beträgt. In diesem Fall muss die Berufung ausdrücklich zugelassen werden. Der Beschwerdewert ist die Differenz zwischen dem, was der Berufungskläger in dem Verfahren vor dem Sozialgericht erhalten hat und dem, was er mit seiner Berufungsklage weiter verfolgt. Das Landessozialgericht prüft im Berufungsverfahren noch einmal alle tatsächlichen und rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Gegen ein Urteil des Landessozialgerichts kann Revision eingelegt werden. Anders als bei der Berufung muss aber die Revision in jedem Fall ausdrücklich vom Landessozialgericht zugelassen werden. Die Revision muss vom Landessozialgericht vor allem zugelassen werden, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat – also z.B. bislang noch nicht vom Bundessozialgericht entschieden worden ist und ein Interesse der Allgemeinheit berührt – oder das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts abweicht. Wenn die Revision nicht durch das Landessozialgericht zugelassen werden sollte, kann hiergegen eine Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt werden. Im Revisionsverfahren prüft das Bundessozialgericht nicht mehr die tatsächlichen Aspekte, sondern nur noch die rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Was kostet die Durchführung eines sozialgerichtlichen Verfahrens?

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

Sozialdatenschutz

Prinzipien des Sozialdatenschutzes

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

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

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

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

Datenübermittlung

Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur zulässig, wenn der Betroffene eingewilligt oder wenn eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach dem Sozialgesetzbuch vorliegt. Übermitteln ist nach der gesetzlichen Definition das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Sozialdaten an einen Dritten in der Weise, dass die Daten an den Dritten weitergegeben werden oder der Dritte zur Einsicht oder zum Abruf bereitgehaltene Daten einsehbar oder abrufbar sind.

Wichtige Übermittlungsfälle:

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

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

Beispiele:

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



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

NEU | Ausgabe 2010/2011

Übersicht über das Sozialrecht

- Fachleute aus Ministerien und Behörden stellen das gesamte Sozialrecht ausführlich und verständlich dar
- Aktuelle Informationen zum Elektronischen Entgeltnachweis (ELENA), zum Kindergeld und den Elternfreibeträgen, zum Kurzarbeitergeld
- Zahlreiche Berechnungsbeispiele zu den Renten, zum Wohngeld, zur Ausbildungsförderung und vielen anderen Leistungen
- Mit englischen Summaries zu allen Kapiteln
- Inklusive CD-ROM mit dem vollständigen Inhalt des Buches und der Broschüre „Soziale Sicherung im Überblick“

Übersicht über das Sozialrecht
Ausgabe 2010/2011
ca. 1.100 Seiten, mit CD-ROM
ISBN: 978-3-8214-7246 -1, € 36,00

„... ein absolut aktuelles, solides und umfassendes Nachschlagewerk mit vielfältigem Material bis hin zu Tabellen und Grafiken.“
Marburger Bund Zeitung





BW Bildung und Wissen
Verlag und Software GmbH



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Bestellschein kopieren und faxen an: 09 11/96 76-195 Oder ganz einfach online bestellen: www.bwverlag.de

BW Bildung und Wissen
Verlag und Software GmbH
-Serviceteam-
Südwestpark 82
90449 Nürnberg

Telefon: 09 11/96 76-175
Fax: 09 11/96 76-195
Internet: www.bwverlag.de
E-Mail: serviceteam@bwverlag.de

Anzahl	ISBN 978-3-8214-	Titel	Preis in €
.....	7246 -1	Übersicht über das Sozialrecht, Ausgabe 2010/2011	36,00
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte nur ankreuzen, wenn gewünscht Ich bestelle ab 2011 die „Übersicht über das Sozialrecht“ zur jährlichen Fortsetzung – Sie werden automatisch bei Erscheinen des Buches beliefert. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.	36,00
.....	7283-6	Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht, Ausgabe 2010/2011	36,00
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte nur ankreuzen, wenn gewünscht Ich bestelle ab 2011 die „Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht“ zur jährlichen Fortsetzung – Sie werden automatisch bei Erscheinen des Buches beliefert. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.	36,00



TIPP

„Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht Ausgabe 2010/2011“
erklärt in acht Kapiteln das gesamte deutsche Arbeitsrecht: Arbeitsvertragsrecht, kollektives Arbeitsrecht,
sozialer, technischer und medizinischer Arbeitsschutz sowie Arbeitsgerichtsbarkeit. Dabei werden die jüngsten
Entwicklungen in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und der Arbeitsgerichte berücksichtigt.

Übersicht über das Arbeitrecht/Arbeitsschutzrecht
Ausgabe 2010/2011
ca. 850 Seiten, mit CD-ROM
ISBN: 978-3-8214-7283-6, € 36,00

Absender:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Datum/Unterschrift	Telefonnummer

Alle Preise verstehen sich inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer zzgl. Versandkosten. Die Versandkosten richten sich nach dem Gewicht der Sendung. Hierbei gelten die jeweils gültigen Gebühren der Deutschen Post AG für Päckchen und Pakete. Jeder Lieferung liegt eine Rechnung bei, die innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Ware zu begleichen ist.

Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente:	0 18 05 6767-10
Unfallversicherung/Ehrenamt:	0 18 05 6767-11
Arbeitsmarktpolitik und -förderung:	0 18 05 6767-12
Arbeitsrecht:	0 18 05 6767-13
Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:	0 18 05 6767-14
Infos für behinderte Menschen:	0 18 05 6767-15
Ausbildungsförderung/Ausbildungsbonus:	0 18 05 6767-18
Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:	0 18 05 6767-19
Mitarbeiterkapitalbeteiligung:	0 18 05 6767-20
Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service: info.gehoerlos@bmas.bund.de	
Schreibtelefon:	0 18 05 6767-16
Fax:	0 18 05 6767-17
Gebärdentelefon:	gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

(Festpreis 14 Cent/Min. aus den Festnetzen und maximal 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen.)

Gebärdensprach-Telefon

Seit Januar 2007 haben gehörlose und hörgeschädigte Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit, über gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de online mittels der Gebärdensprache und Videophonie (Video over IP, SIP) Informationen zu den Themenbereichen des BMAS zu erhalten. Auch Bestellungen von Publikationen oder Auskünfte zu Ansprechpartnern zuständiger Behörden und Institutionen sind möglich. Die gehörlosen Beraterinnen stehen von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 14.00 bis 18.00 Uhr zur Verfügung, um online die Anfragen in Gebärdensprache entgegenzunehmen und zu bearbeiten. Die Mitarbeiterinnen verfügen bereits über langjährige Erfahrung bei der Bearbeitung von Anfragen gehörloser und hörgeschädigter Bürgerinnen und Bürger per Schreibetelefon, Mail und Fax im Rahmen des Bürgertelefons des BMAS.

Der neue Service kann mit einem IP-Video-Telefon mit SIP/Internet-Telefonie-Server oder über einen PC mit Softphone über DSL angewählt werden.

Wie funktioniert das Gebärdensprach-Telefon genau?

Informationen und technische Voraussetzungen für das Gebärdentelefon

Adresse:

Die Adresse des Gebärdentelefons ist keine E-Mail-Adresse und auch keine Internetseite, sondern die Zieladresse, die Sie in Ihr Endgerät eingeben müssen.

Bitte geben Sie folgende Adresse in das Endgerät ein:

gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Endgeräte:

Für die Kommunikation benötigen Sie entweder ein VoIP- und videofähiges Endgerät, das mit dem Signalisierungsprotokoll SIP umgehen kann (IP-Video-Telefon) oder einen PC mit einer entsprechenden Software (Softclient bzw. Softphone).

- VoIP- und videofähiges Endgerät:
Über Fachhandel erhältlich
- Softclient/Softphones:
werden von verschiedenen Herstellern angeboten. Bitte achten Sie auf die Kompatibilität mit dem SIP-Protokoll sowie der Videofähigkeit mit den Videocodecs H.263 oder H.264
Beispiele: X-Lite (Windows); Linephone (für Linux); Kphone (für Unix/Linux)

Netzwerkanschluss mit ausreichender Bandbreite:

Für die Verbindung benötigen Sie einen ausreichend schnellen Netzanschluss. Wir empfehlen einen DSL-Anschluss. Eine Verbindung kann auch über ISDN erfolgen, allerdings benötigen Sie wenigstens beide ISDN-Kanäle (128 kBit/s). Bei zu geringer Bandbreite ist die Bildqualität möglicherweise unzureichend.

Firewall-Einstellungen:

Es kann notwendig werden, die Einstellungen der eigenen Firewall zu prüfen:

Ausgehende Ports:

SIP: Port 5060 (TCP oder UDP)

RTP: 10000 (UDP)

Eingehende Ports:

RTP: Port 8000 (UDP)

RTCP: Port 8001 (TCP)

Für Fragen und Hinweise zum neuen Serviceangebot können Sie sich auch über das Schreibetelefon 01805/676716 (0,14 EUR/Min. aus dem deutschen Festnetz) oder E-Mail info.gehoerlos@bmas.bund.de an uns wenden.

Video

Wir haben ein Video für das Internet erstellt. Hier wird dargestellt, wie Sie die Software installieren und mit dem Bürgertelefon Kontakt aufnehmen können. Gehen Sie bitte auf die Internetseite des BMAS: www.bmas.bund.de und dann zum Bürgertelefon oder auf die Seite : <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Service/buergertelefon.html>

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Publikation, Redaktion
53107 Bonn

Stand: Januar 2010



Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 721
Telefon: 01805 778090*
Telefax: 01805 778094*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 481009 · 18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Schreibtelefon: 01805 676716*

Fax: 01805 676717*

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

*Festpreis 14 Cent/Min. aus den Festnetzen und maximal 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen.

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn

Druck: Bonifatius Druckerei, Paderborn

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.