



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

SOZIALE SICHERUNG IM ÜBERBLICK 2014

**SOZIALE SICHERUNG
IM ÜBERBLICK
2014**

Einleitung

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“

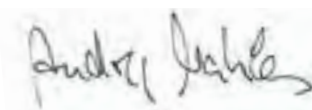
Artikel 20, Abs. 1 des Grundgesetzes



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 lebenswert und hat in der Welt einen guten Klang. Ich will, dass das auch in Zukunft so bleibt.



Andrea Nahles
Bundesministerin für Arbeit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Inhaltsverzeichnis	7
Kindergeld, Bundeselterngeld	9
<i>Die Elternzeit</i>	12
<i>Der Unterhaltsvorschuss</i>	14
<i>Der Kinderzuschlag</i>	14
<i>Das Bundeselterngeld</i>	16
Mutterschutz	19
Arbeitsförderung	25
Grundsicherung für Arbeitsuchende	49
Arbeitsrecht	57
Betriebsverfassung	65
Mitbestimmung	73
Mindestlohn	83
Arbeitsschutz, Unfallverhütung	87
<i>Typische Arbeitsschutzvorschriften</i>	89
Unfallversicherung	99
Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen	105
Initiative Inklusion	115
Krankenversicherung	117
<i>Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte</i>	128
Pflegeversicherung	131

Rentenversicherung	147
<i>Altersrenten</i>	152
<i>Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</i>	160
<i>Hinzuverdienst</i>	162
<i>Rentenberechnung</i>	166
<i>Die Rentenformel</i>	169
Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge	173
Soziale Entschädigung	179
<i>Kriegsopferversorgung</i>	180
<i>Opfer von Gewalttaten</i>	185
Sozialhilfe	187
Wohngeld	197
Internationale Sozialversicherung	201
<i>Krankenversicherung</i>	203
<i>Unfallversicherung</i>	204
<i>Rentenversicherung</i>	204
<i>Kindergeld</i>	206
<i>Arbeitslosenversicherung</i>	206
Sozialgerichtsbarkeit	207
Sozialdatenschutz	211
Gebärdensprach-Telefon	217
Bürgertelefon	219
Impressum	221



Kindergeld, Bundeselterngeld

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 unter engen Voraussetzungen Väter und Mütter erhalten, die, etwa wenn sie für einige Zeit aus beruflichen Gründen entsandt sind, im Ausland leben. Allerdings zahlt der Staat das Kindergeld nur für Kinder, die im Bundesgebiet oder einem Mitgliedstaat der EU oder der Schweiz leben (wobei es auch hier, wie überall, Ausnahmen gibt).

Wichtig:

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

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

Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld?

Um Kindergeld zu bekommen, müssen Sie einen Antrag stellen.

Kindergeld erhalten Sie auch für

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

Die Altersgrenze liegt bei 25 Jahren, wenn der junge Mensch

- noch zur Schule geht oder einen Beruf erlernt. Ein volljähriges Kind kann dann grundsätzlich bis zum Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums berücksichtigt werden. Darüber hinaus besteht für ein Kind Anspruch auf Kindergeld, wenn es z. B. weiterhin für einen Beruf ausgebildet wird und keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, die 20 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit übersteigt. Zur Ausbildung zählt auch eine kurzfristige Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten.
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen Freiwilligendienst im Aktionsprogramm „Jugend in Aktion“ der EU oder einen anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 5 des Bundesfreiwilligengesetzes oder einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst „weltwärts“ im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 leistet oder einen Freiwilligendienst aller Generationen im Sinne von § 2 Abs. 1a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch oder einen Internationalen Jugendfreiwilligendienst im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 20. Dezember 2010 (GMBL. S. 1778) oder einen Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes.
- eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatzes nicht beginnen oder fortsetzen kann.
- bis zum vollendeten 21. Lebensjahr wird ein Kind berücksichtigt, das ohne Beschäftigung und bei einer Agentur für Arbeit als Arbeitssuchender gemeldet ist.

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

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 zu viel gezahlte Steuer damit zurückgezahlt wurde). Ist dies nicht der Fall, wird der Kinder- sowie der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung vom Einkommen abgezogen und das gezahlte Kindergeld verrechnet. Beim Kindergeld verbleibt es, wenn das für die Eltern günstiger ist.

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

Regelungen für Sonderfälle

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

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.

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.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Einkommensteuergesetz und im Bundeskindergeldgesetz.

Information

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

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

Der Kinderfreibetrag und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung

Wird mit der Zahlung des Kindergeldes das Existenzminimum des Kindes nicht steuerlich freigestellt, sind ein Kinderfreibetrag (4.368 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

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

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

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

Mit Zustimmung des Arbeitgebers kann bis zu ein Jahr der Elternzeit auf die Zeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes übertragen werden. Diese Übertragungsmöglichkeit steht ebenfalls beiden Elternteilen offen.

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

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

Für die Dauer der angemeldeten Elternzeit besteht Kündigungsschutz, der mit der Anmeldung der Elternzeit, frühestens jedoch acht Wochen vor ihrem Beginn, einsetzt.

Gesetze

Die Grundlagen zum Elterngeld 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 9.00 bis 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 030 201 791 30.

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 %, übrige Einkommen zu 100 %. In welcher Höhe Einkommen bzw. Vermögen zu berücksichtigen sind, richtet sich grundsätzlich nach den für das ALG II maßgeblichen Bestimmungen.

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

Seit dem 1. Januar 2011 stehen den Empfängern von Kinderzuschlag zukünftig neben der Geldleistung von unverändert maximal 140 EUR auch sieben Leistungen zur Bildung und Teilhabe zu für

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

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

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

Die gesetzlichen Regelungen finden Sie im Bundeskindergeldgesetz.

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

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

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 9 des Gesetzes vom 7. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2592).

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

Das Elterngeld ist eine wichtige Unterstützung für Familien in den ersten 12 bzw. 14 Lebensmonaten ihres Kindes. Es fängt einen Einkommenswegfall nach der Geburt des Kindes auf. Damit macht es das Elterngeld für Mütter und Väter einfacher, ihre Erwerbstätigkeit zu unterbrechen oder vorübergehend einzuschränken, um Zeit für ihr Kind zu haben.

Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Elterngeld haben Mütter und Väter,

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

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

Für angenommene Kinder und mit dem Ziel der Annahme aufgenommener Kinder gibt es ebenfalls Elterngeld 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 Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner einen Anspruch auf Elterngeld.

Keinen Elterngeldanspruch haben Eltern oder sonstige Berechtigtenpaare, die im Kalenderjahr vor der Geburt des Kindes gemeinsam ein zu versteuerndes Einkommen von mehr als 500.000 EUR hatten. Für Alleinerziehende entfällt der Anspruch ab mehr als 250.000 EUR.

Staatsangehörige von Mitgliedstaaten der EU/EWR 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.

Höhe des Elterngeldes und Dauer der Leistung

Das Elterngeld fängt das Erwerbseinkommen des betreuenden Elternteils auf, das dieser im Jahr vor der Geburt des Kindes erzielt hat und das nach der Geburt wegfällt. Bei Voreinkommen von 1.240 EUR und mehr ersetzt das Elterngeld das nach der Geburt wegfallende Einkommen zu 65 %, bei Voreinkommen von 1.220 EUR zu 66 %, bei Voreinkommen zwischen 1.000 und 1.200 EUR zu 67 %. Für Geringverdienende mit einem Einkommen unter 1.000 EUR vor der Geburt des Kindes steigt die Ersatzrate schrittweise auf bis zu 100 %: je geringer das Einkommen, desto höher die Ersatzrate. Das Elterngeld beträgt mindestens 300 EUR und höchstens 1.800 EUR.

Den Mindestbetrag von 300 EUR erhalten alle anspruchsberechtigten Eltern, auch wenn sie vor der Geburt nicht erwerbstätig waren. Mehrkindfamilien können einen Geschwisterbonus in Höhe von 10 % 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. Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 27. Juni 2013 steht Eltern bei einer Mehrlingsgeburt zudem für jedes Mehrlingskind ein eigenständiger Elterngeldanspruch zu. Bitte beachten Sie dazu die Informationen unter www.bmfsfj.de (Suchbegriff: Elterngeld Mehrlinge).

**Mehrlingsgeburten
bedeutet mehr
Elterngeld.**


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).

Das Elterngeld wird beim Arbeitslosengeld II, bei der Sozialhilfe und beim Kinderzuschlag vollständig als Einkommen angerechnet. Einen Elterngeldfreibetrag gibt es jedoch für diejenigen, die vor der Geburt ihres Kindes erwerbstätig waren. Der Elterngeldfreibetrag entspricht dem Voreinkommen und beträgt höchstens 300 EUR. Bis zu dieser Höhe bleibt das Elterngeld bei den genannten Leistungen anrechnungsfrei und steht damit zusätzlich zur Verfügung.

Information

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

**Auskünfte erteilen
Mitarbeiter des Service-
Telefons des Bundes-
ministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und
Jugend von Montag bis
Donnerstag in der Zeit
von 9.00 bis 18.00 Uhr
unter der Telefon-
nummer 030 201 791 30.**

- in Baden-Württemberg die Landeskreditbank,
 - in Bayern das Zentrum Bayern Familie und Soziales,
 - in Mecklenburg-Vorpommern und Hessen die Versorgungsämter,
 - in Berlin und Rheinland-Pfalz die Jugendämter,
 - in Brandenburg die Landkreise und kreisfreien Städte,
 - in Hamburg die Bezirksamter,
 - in Bremen das Amt für Soziale Dienste,
 - in Bremerhaven das Amt für Familie und Jugend,
 - in Niedersachsen die Landkreise bzw. Gemeindeverwaltungen,
 - in Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, die Kreise/Landkreise und kreisfreien Städte,
 - im Saarland die Elterngeldstelle beim Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport,
 - in Schleswig-Holstein die Außenstellen des Landesamtes für Soziale Dienste.
- 



Mutterschutz

Wie können eine schwangere Arbeitnehmerin und ihr Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz geschützt werden? Antworten auf diese Frage geben das Mutterschutzgesetz (MuSchG) sowie die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV), die ein wesentlicher Bestandteil des gesetzlichen Arbeitsschutzes sind. 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 in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis stehen, 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 mindestens acht Wochen nach der Entbindung ermöglichen es Ihnen, sich völlig unbelastet von einer beruflichen Arbeitsleistung auf Ihr Kind einzustellen und sich zu erholen. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten verlängert sich die 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 von der gesetzlichen Krankenkasse und den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld. Bei dem Anspruch auf Mutterschaftsgeld kommt es auf Art und Umfang Ihrer Krankenversicherung an. Ab Geburt des Kindes können die Eltern Elterngeld beantragen und Elternzeit (auf Wunsch auch gleichzeitig) beanspruchen. Nähere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Kapitel „Kindergeld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“.

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

Was leistet das Mutterschutzgesetz?

Finanzielle Leistungen

Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse

Während der Schutzfristen vor und nach der Entbindung erhalten Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse Mutterschaftsgeld, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind (pflichtversichert oder freiwillig versichert mit Anspruch auf Krankengeld).

Weitere Voraussetzungen:

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

Wenn Sie freiwillig gesetzlich krankenversichert und hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, haben Sie nur einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld, wenn Sie gegenüber Ihrer Krankenkasse den Anspruch auf Krankengeld erklärt haben (Wahl-erklärung).

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

Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes

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

Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld

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

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.

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

Einen besonderen Kündigungsschutz genießen Sie weiter, wenn Sie nach der Schutzfrist die Elternzeit in Anspruch nehmen. Der Arbeitgeber darf das Arbeitsverhältnis ab dem Zeitpunkt, von dem an Elternzeit verlangt worden ist, höchstens jedoch acht Wochen 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.

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

Im Gesetz sind daher allgemeine Beschäftigungsverbote genannt, z. B. 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, Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind
- nicht im Akkord arbeiten
- nicht mehr als maximal 8,5 Stunden pro Tag oder 90 Stunden innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Wochen arbeiten. Werdende und stillende Mütter dürfen nicht mit Nacharbeit (zwischen 20 Uhr und 6 Uhr), nicht an Sonn- und Feiertagen und nicht mit Mehrarbeit 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. 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 von Ihrem Arbeitgeber Mutterschutzlohn (zu unterscheiden vom Mutterschaftsgeld und dem Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld während der Mutterschutzfristen) in den meisten Fällen in Höhe Ihres durchschnittlichen Nettolohns erhalten. Dem Arbeitgeber werden die Aufwendungen (Mutterschutzlohn und Arbeitgeberzuschuss) im Rahmen eines Umlageverfahrens voll erstattet.

Wer hat Anspruch auf Mutterschutz?

Das Mutterschutzgesetz gilt für alle (werdenden) Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, also für:

- Vollzeitbeschäftigte,
- Teilzeitbeschäftigte,
- Arbeitnehmerinnen in Familienhaushalten,
- Heimarbeiterinnen,
- Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst,
- geringfügig Beschäftigte,
- Auszubildende.

Welche Staatsangehörigkeit Sie besitzen, spielt dabei keine Rolle. Lediglich Ihr Arbeitsort muss grundsätzlich 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 mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind). Allerdings können sie sehr wohl Elterngeld erhalten (siehe Kapitel „Kindergeld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“). Für Beamtinnen und Soldatinnen gelten besondere Regelungen.

**Sonderregelungen für
Selbständige, Beam-
tinnen und Soldatinnen.**

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Mutterschutzgesetz, der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV) sowie im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Auch das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte enthält Regelungen über das Mutterschaftsgeld. Ob und wie diese Gesetze angewendet und umgesetzt werden, überwachen die zuständigen Aufsichtsbehörden in den Bundesländern (Gewerbeaufsichtsamt oder Arbeitsschutzamt).

Information

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

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

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

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:

- Arbeitsmarktberatung,
- 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.

Einige Leistungen der Bundesagentur für Arbeit können Sie in jedem Fall in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob Sie vorher Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt haben oder nicht. Dazu gehören die 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.

Beratung und Vermittlung

Berufsberatung

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

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

Berufsorientierung

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

Arbeitsmarktberatung

Die Arbeitsmarktberatung der Agentur für Arbeit richtet sich an Arbeitgeber und soll dazu beitragen, die Arbeitgeber bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen 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 Berufsausbildung 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 Arbeits- 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 arbeitssuchend zu melden. Diese Meldung muss spätestens drei Monate vor dem Beendigungszeitpunkt erfolgen. Ist der Zeitraum zwischen der Kenntnis über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem tatsächlichen Ende kürzer als drei Monate, müssen Sie sich innerhalb von drei Tagen nach Kenntnis des Beendigungszeitpunkts bei der Agentur für Arbeit melden. Zur Wahrung der Frist reicht eine fernmündliche Meldung aus, wenn die persönliche Meldung nach terminlicher Vereinbarung nachgeholt wird.



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

Vermittlungsunterstützende Leistungen

Vermittlungsbudget

Mit einer Unterstützung aus dem Vermittlungsbudget sollen flexibel, zielgerichtet und bedarfsorientiert unterschiedliche Hemmnisse beseitigt werden und dabei den spezifischen Bedürfnissen der Arbeit- und Ausbildungssuchenden Rechnung tragen. Die Förderung aus dem Vermittlungsbudget soll Ausbildungssuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose bei der Anbahnung und Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung unterstützen. Das Vermittlungsbudget bietet damit einen großen Spielraum für eine ganz 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 der Agentur für Arbeit oder des Trägers der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist im Einzelfall der konkrete Unterstützungsbedarf und die individuelle Hilfe aus dem Vermittlungsbudget zu klären.

Förderungsfähig sind

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

Leistungsvoraussetzungen

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

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

Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung

Ausbildungssuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Arbeitslose können durch Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung unterstützt werden, die geeignet und angemessen sind, die Eingliederungsaussichten zu verbessern. Sie können 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 heranzuführen oder die Beschäftigungsaufnahme zu stabilisieren.

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

Die Dauer der Maßnahmen 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 sechs Wochen je Arbeitgeber begrenzt.

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

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

Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Gründungszuschuss

Fördervoraussetzungen

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

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

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

Höhe und Dauer der Förderung

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



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

Einstiegsgeld

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

Fördervoraussetzungen/Förderhöhe

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

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

Weitere Hilfen für Selbständige

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

Berufswahl und Berufsausbildung

Förderung nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)

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

Berufsorientierungsmaßnahmen

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

Berufseinstiegsbegleitung

Ein nahtloser Übergang von der Schule in eine Berufsausbildung ist der beste Einstieg in das Berufsleben. Berufseinstiegsbegleiter sollen leistungsschwächere Schülerinnen und Schüler, die einen Förder- oder Hauptschulabschluss anstreben, ab der Vorabgangsklasse bis zu sechs Monate in die Berufsausbildung hinein kontinuierlich und individuell unterstützen. Gelingt der nahtlose Übergang nicht, erfolgt die Begleitung auch im Übergangsbereich, maximal bis zu 24 Monate nach Schulende. Damit möglichst viele junge Menschen diesen Übergang besser meistern, hat die Bundesregierung mit dem Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt die bisher an rund 1.000 Schulen modellhaft erprobte Berufseinstiegsbegleitung entfristet und modifiziert als neue unbefristete Regelung in das SGB III übernommen. Sie kann seitdem an allen Haupt- und Förderschulen durchgeführt werden.

Aufgrund der gemeinsamen Verantwortung von Bund und Ländern für diesen Bereich bedarf es nunmehr einer mindestens 50-%igen Kofinanzierung durch einen Dritten, dabei sind insbesondere die Länder angesprochen. Weil vielen Bundesländern eine Kofinanzierung der Berufseinstiegsbegleitung kurzfristig nicht möglich war, hat der Bund aus den zusätzlichen Mitteln für Bildung für die in den Vorabgangsklassen der Schuljahre 2012/2013 und 2013/2014 beginnenden Maßnahmen als Übergangslösung die Kofinanzierung der Berufseinstiegsbegleitung an den bisherigen rund 1.000 Modellschulen sichergestellt. In der neuen ESF-Förderperiode ist ab dem Schuljahr 2014/15 die Kofinanzierung aus ESF-Mitteln des Bundes geplant. Dabei sollen neben den genannten rund 1.000 Modellschulen ab 2015 zusätzlich auch die rund 1.000 Modellschulen der Bildungsketteninitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung einbezogen werden. In Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden ESF-Mitteln ist nach Bedarfsdeckung an den genannten Schulen eine leichte Ausweitung geplant.



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

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB)

Junge Menschen, 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 Berufsausbildung. Die Maßnahmen dauern in der Regel 10 bis 11 Monate.

Seit dem 1. Januar 2013 hat die Bundesagentur für Arbeit mit der BvB mit produktionsorientiertem Ansatz (BvB-Pro) ein neues, niedrighschwelliges Angebot geschaffen. BvB-Pro unterscheidet sich von den Standard-BvB insbesondere durch das Grundprinzip des produktionsorientierten Ansatzes. Zudem setzen die Maßnahmen eine mindestens 50 %-ige Kofinanzierung durch einen Dritten voraus. Die Regelförderdauer beträgt bis zu 12 Monate, die in begründeten Einzelfällen auf 18 Monate verlängert werden kann. Diese kann in besonderen Ausnahmefällen bei einer Integrationsperspektive um bis zu weitere drei Monate verlängert werden.

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

Einstiegsqualifizierung

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

Art und Umfang der Förderung

Der Arbeitgeber erhält bis zu 216 EUR monatlich zuzüglich des pauschalierten Gesamtsozialversicherungsbeitrags von der zuständigen Agentur für Arbeit, wenn er für 6 - 12 Monate einem jungen Menschen einen Platz für eine Einstiegsqualifizierung bietet.

Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)

Voraussetzungen

Teilnehmende an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und Auszubildende haben Anspruch auf eine Berufsausbildungsbeihilfe, wenn ihnen die erforderlichen Mittel insbesondere zur Deckung des Lebensunterhalts nicht anderweitig zur Verfügung stehen. Diese Leistung ist in Anlehnung an das BAföG konzipiert, wird jedoch aus Beitragsmitteln finanziert. Bei einer betrieblichen Berufsausbildung erfolgt die Förderung nur bei einer notwendigen auswärtigen Unterbringung.

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 Berufsausbildung, 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 Berufsausbildung 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.

Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung behinderter oder schwerbehinderter Menschen

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

Ausbildungsbegleitende Hilfen (abH)

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

Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE)

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

Eine BaE kann auch nach der vorzeitigen Lösung eines betrieblichen oder außerbetrieblichen Berufsausbildungsverhältnisses gefördert werden, wenn eine Eingliederung in betriebliche Berufsausbildung aussichtslos ist. Die oder der Auszubildende braucht in diesem Fall kein benachteiligter junger Mensch zu sein. Soweit dies zur beruflichen Eingliederung erforderlich ist, kann auch eine zweite Berufsausbildung gefördert werden.

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

Jugendwohnheime

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

Förderung der beruflichen Weiterbildung

Voraussetzungen

Arbeitnehmer können bei Teilnahme 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 sogenannten 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 wählen, die eine entsprechende Bildungsmaßnahme anbieten. Die Agentur für Arbeit informiert über berufliche Bildungsangebote (z. B. über die Internet Datenbank KURSNET). Die Auswahl unter den zugelassenen Bildungsanbietern 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 ungelernete Tätigkeit verrichten und ihre erlernte Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Zeiten der Arbeitslosigkeit, Kindererziehung oder Pflege eines Angehörigen werden dabei berücksichtigt.
- ältere Mitarbeiter, wenn sie das 45. Lebensjahr vollendet haben und in einem Betrieb mit weniger als 250 Arbeitnehmern beschäftigt sind und der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt auch während der Weiterbildung fortzahlt.
- befristet bis Ende 2014 auch alle anderen Arbeitnehmer in einem Betrieb mit weniger als 250 Arbeitnehmern, wenn neben der Arbeitsentgeltfortzahlung der Arbeitgeber sich mit mindestens 50 % an den Lehrgangskosten beteiligt.

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 Förderung erfolgt durch volle oder teilweise Übernahme der Weiterbildungskosten. Bei Geringqualifizierten, die unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts freigestellt werden, wird den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ein Zuschuss zum Arbeitsentgelt gewährt.

2. Initiative „Erstausbildung junger Erwachsener“

BMAS und die Bundesagentur für Arbeit haben im Februar 2013 die gemeinsame Initiative „AusBILDUNG wird was – Spätstarter gesucht“ gestartet. Ziel ist, innerhalb von drei Jahren 100.000 jungen Erwachsenen ohne Berufsabschluss in den Rechtskreisen des Zweiten und Dritten Sozialgesetzbuches (SGB II und SGB III) eine zweite Chance zu geben.

Schwerpunkt ist die zielgerichtete, passgenaue Förderung abschlussorientierter beruflicher Weiterbildungen (Voll- und Teilzeitqualifizierungen). Die Initiative richtet sich nicht nur an Erwerbslose, sondern auch an beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die noch nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Auch junge Erwachsene mit Behinderungen können von der Initiative profitieren. Die Initiative leistet damit einen Beitrag zur langfristig wirksamen Integration in Arbeit und zur Deckung des Fachkräftebedarfs.

Arbeitsmarktförderung von Personen mit Migrationshintergrund

Grundsätzlich stehen Personen mit Migrationshintergrund alle Leistungen zur Eingliederung in Erwerbstätigkeit nach dem SGB II und SGB III zur Verfügung, sofern die rechtliche Möglichkeit zur Aufnahme einer Beschäftigung besteht. Um einen verbesserten Zugang von Personen mit Migrationshintergrund zu den arbeitsmarktpolitischen Instrumenten zu erreichen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Bundesagentur für Arbeit das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung – IQ“ seit Mitte 2011 zu einer bundesweiten Struktur regionaler Netzwerke ausgebaut. Eine der wesentlichen Aufgaben der regionalen Netzwerke ist es, die interkulturelle und migrationspezifische Qualifizierung der Beratungsfachkräfte in den Regelinstitutionen vor Ort (insb. Agenturen für Arbeit und Jobcenter) durch Schulungs- und Fortbildungsangebote zu stärken und die in der Region vorhandenen Unterstützungsleistungen im Sinne einer Prozesskette zu verzahnen. Darüber hinaus stellen die regionalen Netzwerke eine Unterstützungsstruktur zur Umsetzung des neuen Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (sog. Anerkennungsgesetz) bereit, das am 1. April 2012 in Kraft getreten ist. Hierzu wurden regionale Erstanlaufstellen eingerichtet, die Erstinformationen zur Verfügung stellen, Anerkennungssuchende bei der Suche nach der zuständigen Anerkennungsstelle unterstützen sowie an weiterführende Beratungsangebote vor Ort verweisen.

Mit dem Sonderprogramm des Bundes zur „Förderung der beruflichen Mobilität von ausbildungsinteressierten Jugendlichen und arbeitslosen jungen Fachkräften aus Europa (MobiPro-EU)“ hat die Bundesregierung Anfang 2013 ein Förderinstrument aufgelegt, mit dem junge Menschen zwischen 18 und 35 Jahren aus der Europäischen Union dabei unterstützt werden, eine betriebliche Berufsausbildung zu absolvieren oder eine qualifizierte Beschäftigung in einem Engpassberuf in Deutschland aufzunehmen.

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. Menschen mit Behinderungen 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.

Das allgemeine Leistungsspektrum des SGB III im Rahmen der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben umfasst

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



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

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

Leistungen an Arbeitgeber zur Eingliederung von behinderten und schwerbehinderten Menschen:

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

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

Menschen, für die behinderungsbedingt eine Ausbildung – auch bei Ausschöpfen aller Hilfen und Nachteilsausgleiche – nicht möglich ist, kann die Unterstützte Beschäftigung zu einem Arbeitsverhältnis führen. Bei der Unterstützten Beschäftigung werden für 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 § 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 Versichertengemeinschaft angehören, die Möglichkeit eröffnet, durch freiwillige Beitragszahlung ihren Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten. Vorausgesetzt ist allerdings die vorherige Zugehörigkeit der Antragsteller zur Versichertengemeinschaft.

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

Das Bruttoentgelt, das sich danach ergibt (Bemessungsentgelt), wird um pauschalierte Abzüge vermindert. Solche Abzüge sind eine Sozialversicherungspauschale in Höhe von 21 % 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 %, die übrigen Arbeitslosen 60 %.



Über die „Grundversicherung für Arbeitssuchende, SGB II“ (A 430) informiert diese **BMAS-Broschüre incl. Gesetzestext.**

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

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld beträgt

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

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

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

Kurzarbeitergeld

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

Kurzarbeitergeld können Sie beziehen,

wenn

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

Der Arbeitsausfall ist erheblich, wenn

- er auf wirtschaftlichen Gründen, insbesondere einer schlechten Konjunkturlage, oder einem unabwendbaren Ereignis (z. B. Flut) beruht.
- er vorübergehend ist.
- er nicht vermeidbar ist und
- in dem betroffenen Betrieb im Anspruchszeitraum (jeweiliger Kalendermonat) mindestens ein Drittel der Beschäftigten wegen des Arbeitsausfalls ein um mehr als 10 % vermindertes Entgelt erzielen. Der Entgeltausfall kann auch jeweils 100 % des monatlichen Bruttoentgelts betragen.

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

Als vermeidbar gilt z. B. ein Arbeitsausfall, der

- überwiegend branchenüblich, betriebsüblich oder saisonbedingt ist oder ausschließlich auf betriebsorganisatorischen Gründen beruht.
- durch bezahlten Erholungsurlaub verhindert werden kann, soweit vorrangige Urlaubswünsche der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Urlaubsgewährung nicht entgegenstehen oder
- durch Nutzung von im Betrieb zulässigen Arbeitszeitschwankungen vermieden werden kann.

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

Das Kurzarbeitergeld berechnet sich nach dem Nettoentgeltausfall. Sie erhalten grundsätzlich 60 % des ausgefallenen pauschalierten Nettoentgelts. Lebt mindestens ein Kind mit Ihnen im Haushalt, beträgt das Kurzarbeitergeld 67 % des ausgefallenen pauschalierten Nettoentgelts. Die Nettoentgeltdifferenz wird dadurch ermittelt, dass dem Bruttoentgelt der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers, das diese/r ohne den Arbeitsausfall ungemindert erzielt hätte (Sollentgelt) und dem infolge des Arbeitsausfalls geminderten Bruttoentgelt (Istentgelt) anhand der Verordnung über die pauschalierten Nettoentgelte für das Kurzarbeitergeld jeweils ein pauschalierter Nettobetrag zugeordnet wird. Die Differenz beider Nettobeträge wird als Kurzarbeitergeld in Höhe von 67 bzw. 60 % gezahlt. Bei der Berechnung bleiben aufgrund von kollektivrechtlichen Beschäftigungssicherungsvereinbarungen durchgeführte Änderungen der vereinbarten Arbeitszeit unberücksichtigt.

Die gesetzliche Bezugsfrist beträgt 6 Monate. Sie kann durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales verlängert werden. Für Ansprüche, die bis zum 31. Dezember 2014 entstehen, beträgt die Bezugsdauer 12 Monate.

Antragstellung

Kurzarbeitergeld wird auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung gezahlt. Der Antrag ist innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten bei der zuständigen Agentur für Arbeit einzureichen. Die Frist beginnt mit Ablauf des Kalendermonats (Anspruchszeitraums), in dem die Tage liegen, für die Kurzarbeitergeld beantragt wird.

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 (2014: monatlich 5.950 EUR/West, 5.000 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

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

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

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

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

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

Als vermeidbar gilt z.B. ein Arbeitsausfall, der

- ausschließlich auf betriebsorganisatorischen Gründen beruht,
- durch bezahlten Erholungsurlaub verhindert werden kann, soweit vorrangige Urlaubswünsche der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Urlaubsgewährung nicht entgegenstehen oder
- durch Nutzung von im Betrieb zulässigen Arbeitszeitschwankungen vermieden werden kann.

Wurden seit der letzten Schlechtwetterzeit Arbeitszeitguthaben, die nicht mindestens ein Jahr bestanden haben, zu anderen Zwecken als zum Ausgleich für einen ver-
stetigten Monatslohn, bei witterungsbedingtem Arbeitsausfall oder der Freistellung
zum Zwecke der Qualifizierung aufgelöst, gelten Arbeitsausfälle im Umfang der auf-
gelösten Arbeitszeitguthaben als vermeidbar. Als nicht vermeidbar gilt ein Arbeitsaus-
fall, der überwiegend branchenüblich, betriebsüblich oder saisonbedingt ist.

Ein witterungsbedingter Arbeitsausfall liegt vor, wenn dieser ausschließlich durch
zwingende Witterungsgründe verursacht ist und an einem Arbeitstag mindestens eine
Stunde der regelmäßigen betrieblichen Arbeitszeit ausfällt.

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

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

Zeiten des Bezugs von Saison-Kurzarbeitergeld werden nicht auf die Bezugsfrist
für das Kurzarbeitergeld angerechnet. Sie gelten allerdings auch nicht als Unter-
brechungszeiten für einen evtl. Beginn einer neuen Bezugsfrist.

Für die Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes gelten die vorstehenden Vorschriften
über das konjunkturelle Kurzarbeitergeld entsprechend.

Saison-Kurzarbeitergeld wird auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung
gezahlt. Der Antrag ist innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten bei der
zuständigen Agentur für Arbeit einzureichen. Die Frist beginnt mit Ablauf des
Kalendermonats, in dem die Tage liegen, für die Saison-Kurzarbeitergeld beantragt
wird. Saison-Kurzarbeitergeld soll möglichst bis zum 15. des Folgemonats beantragt
werden. Zuständig ist die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Lohnabrechnungs-
stelle des Arbeitgebers liegt.

Neben dem Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld haben Arbeitnehmerinnen und
Arbeitnehmer Anspruch auf Wintergeld als Zuschuss-Wintergeld und Mehraufwands-
Wintergeld. Arbeitgeber des Baugewerbes haben Anspruch auf Erstattung der von
ihnen zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung, soweit für diese Zwecke Mittel
aus einer Branchenumlage aufgebracht werden. Die ergänzenden Leistungen werden
nicht aus Beiträgen der Arbeitslosenversicherung gewährt. Die ergänzenden Leis-
tungen werden nur für Arbeitsverhältnisse gewährt, die in der Schlechtwetterzeit
nicht aus witterungsbedingten Gründen gekündigt werden können. Das bedeutet,
dass ergänzende Leistungen an gewerbliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer
gewährt werden können, nicht aber an Angestellte oder Poliere.

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

Mehraufwands-Wintergeld wird in Höhe von 1,00 EUR für jede in der Zeit vom 15. Dezember bis zum letzten Februartag geleistete berücksichtigungsfähige Arbeitsstunde an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewährt, die auf einem witterungsabhängigen Arbeitsplatz beschäftigt sind. Berücksichtigungsfähig sind im Dezember bis zu 90, im Januar und Februar jeweils bis zu 180 Arbeitsstunden.

Die ergänzenden Leistungen werden auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung gezahlt. Der Antrag ist innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten bei der zuständigen Agentur für Arbeit einzureichen. Die Frist beginnt mit Ablauf des Kalendermonats (Anspruchszeitraums), in dem die Tage liegen, für die die ergänzenden Leistungen beantragt werden. Die ergänzenden Leistungen sollen möglichst bis zum 15. des Folgemonats beantragt werden. Zuständig ist die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Lohnabrechnungsstelle des Arbeitgebers liegt.

Transferleistungen

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

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

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

Träger von Transfermaßnahmen und Transfergesellschaften, in denen Transferkurzarbeitergeld gezahlt wird, benötigen eine Zulassung für Träger von Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch. Arbeitgeber, die eine Transfergesellschaft betriebsintern in eigener Regie durchführen, benötigen diese Zulassung nicht.

Transfermaßnahmen

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

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

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

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

Es wird ein Zuschuss in Höhe von 50 % der erforderlichen und angemessenen Maßnahmekosten, jedoch höchstens 2.500 EUR je Förderfall gewährt. Während der Teilnahme an Transfermaßnahmen sind andere Leistungen der aktiven Arbeitsförderung mit gleichartiger Zielsetzung ausgeschlossen. Vom 1. April 2012 bis 31. Dezember 2014 kann als Teil der Maßnahmekosten auch eine erfolgsabhängige Pauschale für die Vermittlung in eine mindestens 6-monatige versicherungspflichtige Beschäftigung vorgesehen werden. Die Pauschale darf den Betrag von 1.000 EUR nicht übersteigen und kann je geförderter Arbeitnehmerin oder geförderten Arbeitnehmer nur einmal gezahlt werden.

Transferkurzarbeitergeld

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

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

Während des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld hat die Transfergesellschaft oder der Arbeitgeber den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Vermittlungsvorschläge zu unterbreiten und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten anzubieten (z.B. Qualifizierungsmaßnahmen). Für die Kosten der Qualifizierungsmaßnahmen ist eine Förderung mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) möglich.

Die Höhe des Transferkurzarbeitergeldes entspricht der Höhe des Kurzarbeitergeldes. Die Bezugsdauer beträgt längstens 12 Monate. Transferkurzarbeitergeld wird in der Regel durch die Transfergesellschaft oder den Betrieb ausgezahlt und auf Antrag des Arbeitgebers oder des Betriebsrates von der zuständigen Agentur für Arbeit erstattet.

Allgemeine Voraussetzungen

Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,

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

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

Persönliche Voraussetzungen

Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die

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

Betriebliche Voraussetzungen

Die betrieblichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn

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

Eingliederung von Arbeitnehmern

Eingliederungszuschuss

Fördervoraussetzungen

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

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

Höhe und Dauer der Förderung

Der Eingliederungszuschuss darf grundsätzlich 50 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts nicht übersteigen und längstens für eine Förderdauer von zwölf Monaten erbracht werden. Für Arbeitnehmer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, kann die Förderdauer bis zu 36 Monate betragen (befristet bis Dezember 2014).

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

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.

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

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

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 (seit 2012: 3 % des Bruttolohns oder -gehalts). Die Höhe des Beitrages wird durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. 2014 liegt sie in den alten Bundesländern bei 5.950 EUR und in den neuen Bundesländern bei 5.000 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.



Grundsicherung für Arbeitsuchende

(Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

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

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind vorrangig auf die Eingliederung in Arbeit gerichtet. Derjenige, der trotz umfassender Bemühungen keine Arbeit finden kann oder mit seiner Arbeit ein Einkommen erzielt, mit dem der Lebensunterhalt nicht gesichert ist, hat bei Vorliegen von Hilfebedürftigkeit einen Rechtsanspruch auf Arbeitslosengeld II, das auch als ergänzende (aufstockende) Leistung zum Einkommen zu gewähren ist.

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

Es gilt der Grundsatz „fördern und fordern“

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



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

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

Von den 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 erbringt die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende?

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

Im Jobcenter arbeiten in der Regel die örtliche Agentur für Arbeit und die Kommune zusammen, die beiden Behörden, die für die Leistungen letztlich verantwortlich sind. Die Arbeitsagenturen verantworten die Zahlungen der Regelbedarfe zur Sicherung des Lebensunterhalts und die Eingliederungsleistungen. Den Kommunen obliegt die Verantwortung, die angemessenen Leistungen für Unterkunft und Heizung sowie besondere einmalige Leistungen wie die Erstausrüstung der Wohnung. Daneben sind sie verantwortlich für die Erbringung der zusätzlichen Bildungs- und Teilhabeleistungen (Bildungspaket) und flankierenden Eingliederungsleistungen (Schuldner- und Suchtberatung, Kinderbetreuungsleistungen). Das Jobcenter zahlt die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Form des Arbeitslosengeldes II (Regelbedarf sowie angemessene Leistungen der Unterkunft) grundsätzlich in einem monatlichen Gesamtbetrag aus. Insgesamt 105 Kreise bzw. kreisfreie Städte nehmen die Aufgaben in alleiniger kommunaler Verantwortung wahr (sog. zugelassene kommunale Träger).



[Weitere Informationen zum Thema finden Sie in der kostenlosen Broschüre „Zum Bildungspaket“ \(A 857b\).](#)

Wer erhält Arbeitslosengeld II?

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

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

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

Haben junge Menschen Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende?

Junge Menschen unter 25 Jahren erhalten eine besondere Betreuung, damit jeder eine Chance für den Einstieg in die Berufswelt bekommt. Wer unter 25 Jahre alt ist und einen Antrag auf Arbeitslosengeld II stellt, ist umgehend in eine Ausbildung, eine Arbeit oder eine Qualifizierung 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.

Welche Leistungen zur Eingliederung in Arbeit können erbracht werden?

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

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

Muss jede Arbeit angenommen werden?

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

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

Für drei Monate können in einer ersten Stufe die Geldleistungen um einen Betrag in Höhe von 30 % des maßgebenden Regelbedarfs – etwa 100 EUR – gekürzt werden. Kommt es innerhalb eines Jahres drei Mal zu einer Pflichtverletzung, entfällt der Leistungsanspruch auf das Arbeitslosengeld II vollständig. Bei jungen Menschen unter 25 Jahren gelten verstärkte Sanktionsmöglichkeiten, da das Arbeitslosengeld II bereits bei der zweiten Pflichtverletzung vollständig gekürzt wird. Erklärt sich der erwerbsfähige Leistungsberechtigte nachträglich bereit, seinen Verpflichtungen nachzukommen, kann die Sanktion abgemildert werden. Bei Jugendlichen bedeutet dies, dass unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls ab diesem Zeitpunkt der Bedarf für die Kosten für Unterkunft und Heizung wieder erbracht werden kann bzw. der Sanktionszeitraum auf sechs Wochen verkürzt werden kann.

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

Höhe, Dauer und Auszahlung des Arbeitslosengeldes II

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

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

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

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

Mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (BGBL Teil I Nr. 12 vom 29.03.2011) wurden die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Regelbedarfe) auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 transparent und nachvollziehbar hergeleitet.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Arbeitsrecht unter 030/221911003.



Die kostenlose Publikation „Alleinerziehende unterstützen - Fachkräfte gewinnen“ (A 858) zeigt Wege in den Beruf für Alleinerziehende auf.

Seit dem 01.01.2014 gilt ein maßgebender Regelbedarf für Alleinstehende, Alleinerziehende und Arbeitsuchende, deren Partner unter 18 ist, in Höhe von 391 EUR pro Monat. Sind beide Partner volljährig, werden jeweils 353 EUR monatlich als maßgebender Regelbedarf berücksichtigt.

Für Kinder und Jugendliche ist der maßgebende Regelbedarf nach Altersstufen ermittelt worden. Für die Altersstufe bis unter 6 Jahre sind 229 EUR, von 6 bis unter 14 Jahren 261 EUR, von 14 bis unter 18 Jahren 296 EUR und von 18 Jahren bis unter 25 Jahren 313 EUR monatlich in Ansatz zu bringen.

Zusätzlich zu den maßgebenden Regelbedarfen für Kinder und Jugendliche werden seit dem 01.01.2011 Bildungs- und Teilhabeleistungen – das sogenannte Bildungspaket – erbracht.

Das Bildungspaket umfasst folgende Leistungen:

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

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

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

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

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

Die Summe der Mehrbedarfe zum Lebensunterhalt nach Punkten 2. bis 4. darf die Höhe des jeweils maßgebenden Regelbedarfs nicht übersteigen.

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

Zusätzlich zum Regelbedarf können gesondert Leistungen erbracht werden für

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

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

Kosten der Unterkunft: 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 als Bedarf anerkannt. Dazu gehören auch die Kosten für Kalt- und Warmwasser und Abwasser. Auch Mietschulden können in Form eines Darlehens übernommen werden, wenn ansonsten Wohnungslosigkeit einzutreten droht. Über die Angemessenheit entscheiden die Kommunen in eigener Zuständigkeit.

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.

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

Jeweils maßgebender Regelbedarf

Alleinstehende/r Alleinerziehende/r	Sonstige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft				
	Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebens- jahres	Kinder ab Beginn des 7. Lebens- jahres bis zur Vollendung des 14. Lebens- jahres	Kinder ab Beginn des 15. Lebens- jahres bis zur Vollendung des 18. Lebens- jahres	Kinder ab Beginn des 19. Lebens- jahres bis zur Vollendung des 25. Lebens- jahres	Partner/in ab Vollendung des 18. Lebens- jahres
391 €	229 €	261 €	296 €	313 €	353 €

Beiträge zur Sozialversicherung

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte werden in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert, soweit für sie nicht bereits im Rahmen einer Familienversicherung Versicherungsschutz besteht oder sie privat krankenversichert sind. Privat krankenversicherte Leistungsberechtigte erhalten einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen. Bezieherinnen und Bezieher von Sozialgeld sind in der Regel als Familienversicherte kranken- und pflegeversichert.

Vermeidung von Hilfebedürftigkeit durch den Kinderzuschlag

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

Der Zuschlag kann pro Kind bis zu 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 % 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>).



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?



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

Darüber hinaus kann der Arbeitsvertrag weitere Rechte und Pflichten festlegen, die die Arbeitsbedingungen insgesamt regeln. 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. Auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) bietet mit seinem Benachteiligungsverbot aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität einen Mindestschutz vor Diskriminierungen in Beschäftigung und Beruf.

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



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

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.

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



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

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

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.

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. Ausnahme: Einzelvertraglich kann in den ersten drei Monaten einer Aushilfstätigkeit auch eine kürzere Kündigungsfrist vereinbart werden. In Kleinbetrieben mit nicht mehr als 20 Arbeitnehmern kann einzelvertraglich die 4-wöchige Grundkündigungsfrist ohne festen Kündigungstermin vereinbart werden (also nicht nur zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats). Die Kündigungsfrist darf jedoch für den Arbeitnehmer nicht länger sein als für den Arbeitgeber.

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.



Die kostenlose Broschüre „Das Arbeitszeitgesetz“ (A 120) gibt einen Überblick über die wesentlichen Regelungen zur Arbeitszeit.

Beispiele für tarifvertragliche Regelungen sind:

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

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

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

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

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

Gesetze

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

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

Wichtig:

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



Betriebsverfassung

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

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

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.

Zusammensetzung des Betriebsrats

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

Betriebe mit 5 bis 20 wahlberechtigten Arbeitnehmern = 1 Person,

- Betriebe mit 21 bis 50 Wahlberechtigten = 3 Mitglieder,
- Betriebe mit 51 bis 100 Wahlberechtigten = 5 Mitglieder.

Größere Betriebe haben mehr Betriebsratsmitglieder.

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

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

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

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

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

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

Besonderheit:

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

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 betrieblichen Qualifizierung von Arbeitnehmern, aber auch zu neuen Formen der Arbeitsorganisation und Änderungen von Arbeitsverfahren und Arbeitsabläufen machen.

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

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

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

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

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

Wichtig:

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

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

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

Alle im Betrieb tätigen Menschen müssen nach den Grundsätzen von Recht und Billigkeit behandelt werden. Darüber haben Arbeitgeber und Betriebsrat zu wachen. Sie müssen vor allem darauf achten, dass niemand im Betrieb aus Gründen seiner Rasse oder wegen seiner ethnischen Herkunft, seiner Abstammung oder sonstigen Herkunft, seiner Nationalität, seiner Religion oder Weltanschauung, seiner Behinderung, seines Alters, seines Geschlechts, seiner sexuellen Identität oder seiner politischen oder gewerkschaftlichen Betätigung oder Einstellung anders behandelt wird als seine Kollegen. So haben z. B. der Betriebsrat sowie die Jugend- und Auszubildendenvertretung 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 Massenentlassungen. Dies entspricht im Wesentlichen den wirtschaftlichen Angelegenheiten i.S.d. § 106 Abs. 3 BetrVG.

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



Die kostenlose CD des
 BMAS informiert über
 die Mitbestimmung in
 deutscher und englischer
 Sprache (C 741).

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

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie

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

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



Mitbestimmung

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

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

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

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

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.

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 Aufsichtsratssitze der Arbeitnehmer beanspruchen, und zwar

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

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.

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 mitzuzentscheiden. Sie erhalten jedoch wichtige Informationen.

Mitbestimmung in der Montanindustrie

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

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.



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

Besonderheit:

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

Gesetze

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

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

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

Organisationsstrukturen

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

Beteiligung der Arbeitnehmer in der SE

Die Beteiligung der Arbeitnehmer in der SE ist im SE-Beteiligungsgesetz (SEBG) normiert. 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 wiederfinden (Vorher-Nachher-Betrachtung).
- 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 ist durch die SE Neuland betreten worden, 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 Mitgliedsstaat 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-Nachher-Prinzip“, Verhandlungs-/Auffanglösung) sind auch auf die SCE anwendbar. Die Umsetzungsgesetze enthalten vielfach dieselben Bestimmungen (dies gilt insbesondere für das Wahlgremium, die Zusammensetzung des BVG und das Verhandlungsverfahren), so dass auf die Ausführungen zum SEBG verwiesen werden kann.

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

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

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

Nicht nur die Struktur des MgVG ist mit der des SEBG und des SCEBG vergleichbar, sondern es sind auch zahlreiche vom SEBG und SCEBG bekannte Regelungen wörtlich oder jedenfalls inhaltsgleich in das MgVG übernommen worden. 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 hervorgehenden 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 kann es nur in den Branchen geben, 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 Mindestlohnvertrag 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 Gesamtarbeitszeit 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 % 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.

Arbeitnehmerüberlassungsgesetz

Auf Vorschlag von Tarifvertragsparteien der Zeitarbeit kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung eine verbindliche Lohnuntergrenze festlegen, unabhängig davon, ob der Verleiher als Arbeitgeber seinen Sitz im In- oder Ausland hat. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben dann Anspruch auf Zahlung von mindestens der in der Lohnuntergrenze festgelegten Beträge. Unterschreitet ein Tarifvertrag in der Zeitarbeit die in der Lohnuntergrenze geregelten Beträge, haben die betroffenen Arbeitnehmer Anspruch darauf, genauso bezahlt zu werden, wie vergleichbare Stammarbeitnehmer des Entleihbetriebs. Die erste Verordnung zur Festsetzung einer Lohnuntergrenze in der Arbeitnehmerüberlassung ist zum 1.1.2012 in Kraft getreten.¹

In welchen Branchen gibt es Mindestlöhne?

Die Höhe der geltenden Mindestlöhne ergibt sich nicht aus den Gesetzen, sondern aus den darauf basierenden Rechtsverordnungen bzw. Allgemeinverbindlich-erklärungen. 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 Mindestarbeitsbedingengesetz sind sie unzulässig.

Wird die Einhaltung der Mindestlöhne kontrolliert?

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

1 Die Zweite Lohnuntergrenzen-Verordnung für die Arbeitnehmerüberlassung soll am 1.4.2014 in Kraft treten.

Gesetzlicher Mindestlohn ab 2015

Im Laufe des Jahres 2014 ist zu erwarten, dass bundesweit ein allgemeiner gesetzlicher Mindestlohn eingeführt wird. Denn der Koalitionsvertrag zwischen den die Bundesregierung der Großen Koalition tragenden Parteien CDU/CSU und SPD sieht vor, dass grundsätzlich zum 1. Januar 2015 ein Mindestlohn in Höhe von 8,50 EUR mit einer Übergangsregelung bis spätestens 1. Januar 2017 in Kraft tritt. Das dazu erforderliche Mindestlohn-Gesetz wird derzeit vom Bundesministerium für Arbeit und Soziale vorbereitet. Seine parlamentarische Beratung im Deutschen Bundestag soll noch vor der Sommerpause 2014 abgeschlossen werden. Bitte beachten Sie deshalb die aktuelle Berichtserstattung.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie in folgenden Gesetzen:

- Arbeitnehmer-Entsendegesetz
- Mindestarbeitsbedingungengesetz
- Arbeitnehmerüberlassungsgesetz.



Arbeitsschutz, Unfallverhütung

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

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

Der Arbeitsschutz betrifft folgende Bereiche, die ineinander greifen:

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

Leistungen/Voraussetzungen

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



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

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 Gewerbebezüge und Berufe als auch auf bestimmte Fabrikationsanlagen, die Gestaltung von Arbeitsplätzen usw. beziehen. Außerdem gibt es beispielsweise

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

Was müssen Sie tun?

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

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

Typische Arbeitsschutzvorschriften

Arbeitsschutzgesetz

Es verpflichtet Ihren Arbeitgeber, die Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu beurteilen und entsprechende Schutzmaßnahmen zu treffen. Darüber muss der Arbeitgeber Sie unterrichten. Er muss Vorkehrungen für besonders gefährliche Arbeitsbereiche und Arbeitssituationen treffen sowie 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.

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

Dieses Gesetz verpflichtet 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, 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 Beratung bei Fragen der Eingliederung und Wiedereingliederung behinderter Menschen zugewiesen. Das Arbeitssicherheitsgesetz wird durch die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) konkretisiert.

Arbeitszeitgesetz

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

Jugendarbeitsschutzgesetz

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



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

Mutterschutzgesetz

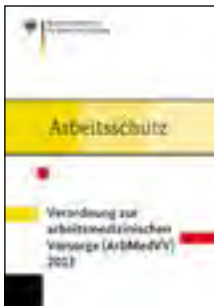
Es legt fest, wie eine im Arbeitsverhältnis stehende schwangere Frau und ihr Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz geschützt werden.

Produktsicherheitsgesetz

In Deutschland dürfen nur Produkte angeboten und verkauft werden, die sicherheitstechnisch einwandfrei sind. Dies gilt gleichermaßen für Verbraucherprodukte als auch für solche Produkte, die von Beschäftigten bei der Arbeit verwendet werden. Das Produktsicherheitsgesetz und die hierzu erlassenen Produktsicherheitsverordnungen sind hierfür die rechtliche Basis. Sie sind auch die nationale Umsetzung europäischer Vorschriften, die nur sicheren Produkten den freien Warenverkehr in der Gemeinschaft erlauben.

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

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge



Betriebsärzte sind die Experten bei der Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Broschüre „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ (A 453) bestellen Sie im BMAS.

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

PSA-Benutzungsverordnung

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

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 Beurteilung der Arbeitsbedingungen, um daraus abgeleitet geeignete Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen.

Baustellenverordnung

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

Bildschirmarbeitsverordnung

Durch die Bildschirmarbeitsverordnung werden notwendige Schutzbestimmungen für die Beschäftigten bei der Arbeit an Bildschirmgeräten zusammengefasst 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 einer fachkundigen Augenuntersuchung einschließlich des Zurverfügungstellens von speziellen Sehhilfen für die Arbeit an Bildschirmgeräten gehört dazu.



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

Betriebssicherheitsverordnung

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

Arbeitsstättenverordnung

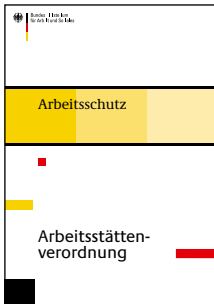
Die Arbeitsstättenverordnung legt fest, wie Arbeitsstätten – das sind Fabriken, Werkstätten, Büros und Verwaltungen, Lager und Verkaufsläden usw. – einzurichten und zu betreiben sind. Die Arbeitgeber müssen darauf achten, dass beim Betreiben der Arbeitsstätten keine Gefährdungen für die Sicherheit und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

Gefahrstoffverordnung

Mit der im Jahr 2010 neu gefassten „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 Gestaltungsspielräume bei der Auswahl konkreter, betriebsbezogener Schutzmaßnahmen, da nur er die Bedingungen in seinem Betrieb im Einzelnen kennt. Regelungen zur Beurteilung der Gefährdung und ein am Ausmaß der Gefährdung orientiertes abgestuftes Schutzmaßnahmenkonzept 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 ist, nimmt der pluralistisch zusammengesetzte Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) diese Präzisierung im Rahmen von „Technischen Regeln für Gefahrstoffe“ (TRGS) vor. Die Technischen Regeln entfalten die sogenannte Vermutungswirkung. Dies bedeutet, dass bei Einhaltung der entsprechenden Regeln von einer Übereinstimmung mit der Verordnung ausgegangen werden kann. Trotzdem steht es dem Arbeitgeber frei, sich für andere als in einer Technischen Regel festgelegte Maßnahmen zu entscheiden, sofern diese geeignet, angemessen und begründbar sind.

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



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



Die kostenlose Broschüre „Gefahrstoffverordnung 2010“ (A 224) erläutert die entsprechende Verordnung und kann im BMAS bestellt werden.

Biostoffverordnung

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

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

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

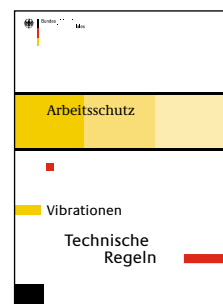
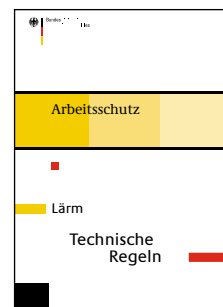
Lärm und Vibrationen am Arbeitsplatz

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

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



Die kostenlose Broschüre „Biostoffverordnung 2013“ (A 227) gibt den Text wieder und kann im [BMAS](#) bestellt werden.



Die „Technische Regeln Lärm“ (A 223) und „Vibration“ (A 221) können im [BMAS](#) bestellt werden.

Arbeitsschutzverordnung zu künstlicher optischer Strahlung

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

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

Gesundheitsgefährdende künstliche optische Strahlung tritt insbesondere bei Schweißarbeiten, bei der Glas- und Quarzverarbeitung, bei der Metallherstellung und -verarbeitung sowie bei den immer häufiger anzutreffenden Laseranwendungen auf. Optische Strahlung aus künstlichen Strahlungsquellen (z. B. Laser oder UV-/IR-Strahlung) kann bei Exposition zu ernsthaften Augen- und Hautschäden führen und damit die Gesundheit und die Sicherheit von Beschäftigten an vielen Arbeitsplätzen gefährden. Kurzfristige Schädigungen zeigen sich beispielsweise in Form von Verbrennungen der Haut und Schädigungen an der Horn-, Binde- sowie der Netzhaut der Augen. Langfristig hohe Expositionen der Haut mit intensiver UV-Strahlung können Spätfolgen in Form von Hautkrebs auslösen.

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

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.

Modellprogramm des BMAS zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Das BMAS fördert seit 1993 gezielt Modellvorhaben im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Ergebnisse der Modellprojekte unterstützen die Arbeitgeber und Beschäftigten bei der praktischen Umsetzung des Arbeitsschutzes und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Betrieb. Durch die Veröffentlichung und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse tragen die Projekte dazu bei, am Standort Deutschland in Produktion, Handwerk und Dienstleistung arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu verhüten und die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe zu verbessern. Für das Jahr 2010 wurde der Förderschwerpunkt "Demografischer Wandel in der Bauwirtschaft" ausgewählt. Es werden modellhafte Lösungen für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern entwickelt, erprobt und nachhaltig als Praxismodelle implementiert.

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit ist im Jahr 2002 als gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften, Stiftungen und Arbeitgebern gestartet. Das Ziel: mehr Arbeitsqualität als Voraussetzung für nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft am Wirtschaftsstandort Deutschland. Die Initiative Neue Qualität der Arbeit vernetzt all diejenigen, die Beschäftigung in Deutschland gestalten möchten. Die Initiative unterstützt sie durch zahlreiche Austauschmöglichkeiten, niedrighschwellige und praxisnahe Beratungs- und Informationsangebote, Praxis-Tools, Förderprogramme sowie einen Internetauftritt samt einer Best-Practice-Datenbank mit inspirierenden Beispielen aus der betrieblichen Praxis.



Unter dem Dach der Initiative beschäftigen sich Vertreterinnen und Vertreter von Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft mit der Frage, wie Arbeitsbedingungen gleichermaßen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern attraktiv und für Unternehmen rentabel zu gestalten sind. Wo sich sonst Interessenlagen konträr gegenüberstehen, bietet die Initiative Neue Qualität der Arbeit als unabhängige, überparteiliche und breit sozialpartnerschaftliche getragene Plattform die Möglichkeit zu einem konstruktiven und an der Unternehmenspraxis orientierten Austausch.

Um diesen Charakter noch zu stärken, wurde im Jahr 2012 ein Steuerkreis als zentrales Entscheidungsgremium der Initiative installiert, der die Schwerpunkte der Initiativen-Arbeit bestimmt und zugleich Impulsgeber für die Aktivitäten des Netzwerkes ist. Vertreterinnen und Vertretern der Wirtschaft und der Gewerkschaften sind darin paritätisch vertreten. Darüber hinaus sind das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Bundesagentur für Arbeit, die Arbeits- und Sozialministerkonferenz sowie vier Themenbotschafterinnen und Themenbotschafter vertreten.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sind Unternehmen und Behörden zunehmend gefragt, Konzepte zur Fachkräftesicherung zu entwickeln, um die eigene Innovationsfähigkeit bzw. die Attraktivität als Arbeitgeber zu steigern, innovative Wege der Personalrekrutierung zu beschreiten und neue Beschäftigungspotenziale zu heben. Von besonderer Bedeutung ist angesichts der Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials jedoch der Ansatz, verstärkt in die Mitarbeiterbindung zu investieren und eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur in der Organisation zu etablieren. Die Gestaltung von guten, gesundheitsförderlichen und motivierenden Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten ist dabei ein wesentliches Element.

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

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

- **Personalführung:** Die Anforderungen an Personalführung und Personalmanagement sind gestiegen und machen eine gute Führungskultur sowie eine auf betriebliche Bedarfe und individuelle Fähigkeiten und Begabungen abgestimmte Personalplanung und -strategie erforderlich.
- **Chancengleichheit & Diversity:** Moderne Personalpolitik setzt auf Vielfalt. Teams, in denen z. B. verschiedene Altersgruppen, Menschen unterschiedlichen Geschlechts sowie unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkunft mit verschiedenen Fähigkeiten, Erfahrungen sowie Voraussetzungen zusammenkommen, können innovativer und erfolgreicher arbeiten.
- **Gesundheit:** Gesundheit und Lebensbalance sind wichtige Faktoren für Motivation, Leistungs- und Innovationsfähigkeit. Zukunftsorientierte Organisationen bauen auf eine kontinuierliche Verhältnisprävention und fördern gleichzeitig individuelle Bewältigungsstrategien. Die physische und psychische Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie die organisationale Resilienz sind ein entscheidender Erfolgsfaktor.
- **Wissen & Kompetenz:** Wissen ist ein Schlüssel zu nachhaltigem Unternehmenserfolg und die Voraussetzung für die Innovationskraft der deutschen Wirtschaft. Kontinuierliche Weiterbildung und lebenslanges Lernen sorgen dafür, dass vorhandenes Know-how erhalten bleibt und bestmöglich genutzt wird.

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

Die Angebote der Initiative Neue Qualität der Arbeit flankierend steht das ESF-Programm „unternehmensWert: Mensch“ zur Verfügung. Mit dem Programm werden kleine und mittlere Unternehmen (KMU) dabei unterstützt, die personellen Anforderungen ihres Unternehmens mit professioneller Beratung aufzudecken und maßgeschneiderte personalpolitische Lösungen zu entwickeln – von Themen wie Gesundheitsförderung, flexible Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf bis hin zu Qualifizierung und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Beratungen werden von erfahrenen Expertinnen und Experten angeboten und an die spezifischen Bedürfnisse eines jeden Unternehmens angepasst. Die Beschäftigten werden dabei obligatorisch in die Veränderungsprozesse eingebunden. Für die teilnehmenden Unternehmen bis 249 Beschäftigte können bis zu 80 % der anfallenden Beratungskosten gefördert werden.



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

Zusammenfassend lässt sich folgendes Fazit ziehen: Die Initiative Neue Qualität der Arbeit hat nach 10 Jahren erfolgreichen Wirkens eine Neujustierung „bei laufendem Betrieb“ vorgenommen. Sie leistet gemeinsam mit den sie tragenden Institutionen und ihren Partnernetzwerken einen wichtigen Beitrag dazu, eine „Neue Qualität der Arbeit“ zu erreichen, die gleichermaßen die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten sowie die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen vor dem Hintergrund des demografie- und strukturbedingten Wandels der Arbeitswelt zu gestalten sucht.

Information

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

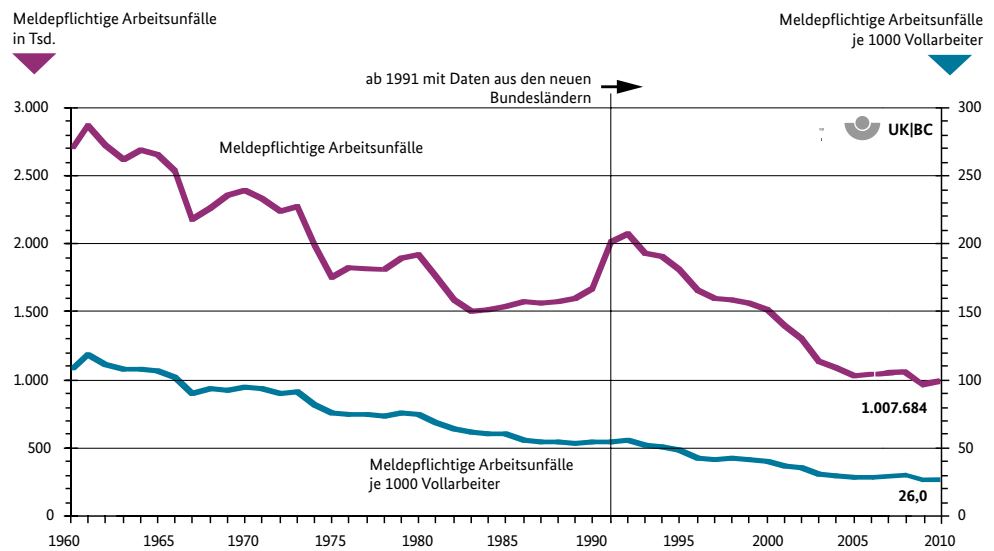
Haben Sie Fragen zum Arbeitsschutz und zur Unfallverhütung? Sie können sich an mehrere Stellen wenden:

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

Die Unfallversicherungsträger verfügen über eigene technische Aufsichtsdienste.

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

Meldepflichtige Arbeitsunfälle – absolut und je 1000 Vollarbeiter – von 1960 bis 2010 –





Unfallversicherung

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

Wer ist versichert?

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

Durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind darüber hinaus:

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten erbringt sie

- umfassende Heilbehandlungsmaßnahmen,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (dazu gehört auch eine Umschulung, wenn sie nötig ist), Leistungen zur 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 müssen nicht entrichtet werden.

Verletztengeld

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

Leistungen zur 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 % über 26 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalls hinaus gemindert wird. (Ausnahme: bei landwirtschaftlichen Unternehmern, ihren Ehegatten/Lebenspartnern sowie im Betrieb mitarbeitenden Familienangehörigen muss die Minderung der Erwerbsfähigkeit mindestens 30 % betragen). Wie hoch die Rente ist, richtet sich danach, wie sehr Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert ist und wieviel Sie in den vollen zwölf Kalendermonaten vor dem Versicherungsfall verdient haben.

Wichtig:

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

Pflegegeld

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

Sterbegeld

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

Hinterbliebenenrente

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

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

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

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

Wichtig:

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

Waisenrente

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

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

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

Wichtig:

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

Rentenabfindung

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

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

Finanzielle Grundlagen

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

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



Rechtsgrundlagen

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

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



Was müssen Sie tun?

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

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




Information

Weitere Informationen erhalten Sie bei den Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (z. B. den Unfallkassen). Als Service bieten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine bundesweit einheitliche Rufnummer für allgemeine Informationen an. Unter der kostenfreien Rufnummer 0800/6050404 werden von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr Fragen zu Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten beantwortet.

Die kostenlosen Broschüren „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im freiwilligen Engagement“ (A 329), „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ (A 401) und „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert in der Schule“ (A 402) informieren über den Unfallversicherungsschutz.

Sie können sich außerdem von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8 bis 20 Uhr unter 030 221 911 002 an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wenden.

Im Internet finden Sie Informationen u.a. unter:
www.dguv.de

The image shows a close-up of a piece of lined paper with handwritten text in blue ink. The text reads "15-00 Physiotherapie". A silver and blue pen tip is visible on the right side of the paper. In the top right corner, there is a small stamp that says "74-291" and a small black mark. In the top left corner, there is a small red circle with the letter "H" inside. The paper has horizontal lines and a red margin line on the right side.

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 Kriegsleidens ebenso notwendig sein wie nach Verkehrs- oder Arbeitsunfällen. Auch Menschen, die durch Krankheit oder Verschleißerscheinungen aus ihrem bisherigen Beruf herausgerissen werden, benötigen möglicherweise Hilfen – und natürlich auch jene Menschen, die von Geburt an behindert sind.

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

Die Bestimmungen des SGB IX sind 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.

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 030/221911006,

Gehörlosen/Hör-geschädigtenservice, E-Mail info.gehoerlos@bmas.bund.de.

Zu den gleichen Zeiten steht Ihnen auch das Gebärdentelefon zur Verfügung. Der Service kann mit einem SIP-IP-Telefon oder über einen PC mit Softphone und Webcam über DSL angewählt werden. gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de



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

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 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, 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 vermittlungunterstützender Leistungen, 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 zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

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

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, 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 % des Arbeitsentgeltes und Arbeitsinkommens, das der Beitragsberechnung zugrunde liegt. Dabei darf es 90 % des Nettoarbeitsentgeltes nicht übersteigen. In der Rentenversicherung wird anstelle des Krankengeldes ein Übergangsgeld gezahlt, das abhängig von den familiären Verhältnissen regelmäßig 75 oder 68 % des letzten Nettoarbeitsentgeltes beträgt.

Beschäftigte beziehen während einer stufenweisen Wiedereingliederung Krankengeld oder Übergangsgeld. Sie gelten auch in dieser Zeit als arbeitsunfähig.

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



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

Persönliches Budget



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

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

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

Berufsförderungswerke

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

Berufliche Trainingszentren

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

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

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.



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.

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 in Ihrem Beschäftigungsverhältnis besonders geschützt.

Der besondere Schutz 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 pro Jahr).

Alle öffentlichen und privaten Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen sind verpflichtet, 5 % der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Bei öffentlichen Arbeitgebern des Bundes gilt teilweise eine Beschäftigungspflichtquote von 6 %. Bei der Berechnung der Zahl der Pflichtarbeitsplätze zählen Stellen, auf denen Auszubildende beschäftigt werden, nicht mit. Für schwerbehinderte Auszubildende werden zwei Pflichtplätze angerechnet. Darüber hinaus kann die Arbeitsagentur einen schwerbehinderten Menschen auf bis zu drei Pflichtplätze anrechnen, wenn seine Eingliederung in das Arbeitsleben besonders schwierig ist.

Die kostenlose CD zum Thema „Behinderung“

(C 720) beinhaltet die Broschüren:

- Ratgeber für Menschen mit Behinderung
- Rat-Geber für Menschen mit Behinderung in Leichter Sprache
- Ich habe meinen Arbeitsplatz gefunden
- den Teilhabebericht
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Rat-Geber Behinderung in Europa in Leichter Sprache.

Außerdem die Adressdatenbanken:

- Berufsförderungswerke
- Berufsbildungswerke
- zur beruflich-medizinischen Rehabilitation
- zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen.

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

- monatlich 115 EUR bei einer Erfüllungsquote von 3 % bis unter 5 %,
- monatlich 200 EUR bei einer Erfüllungsquote von 2 % bis unter 3 %,
- monatlich 290 EUR bei einer Erfüllungsquote von unter 2 %.



Die kostenlose Broschüre „Ich habe meinen Arbeitsplatz gefunden“ (A 735) bestellen Sie im BMAS.

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,
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag.

Schwerbehindertenausweis

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

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



Den kostenlosen Flyer zum Schwerbehindertenausweis (A 747) und die Fassung in Brailleschrift (B 747) bestellen Sie im BMAS.

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), bundesweit.

Voraussetzung ist, dass der Ausweis mit einer Wertmarke versehen ist. Diese erhalten Sie gegen einen Betrag von 72 EUR für ein Jahr bzw. 36 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 Kriegsoffizieren. Ist die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen (Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis), fährt die Begleitperson kostenlos. Das gilt auch im Fernverkehr.

Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

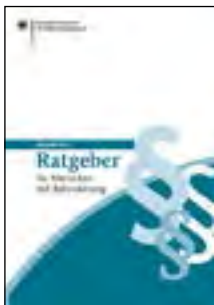
Wichtig:

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

Wer ist für welche Hilfen zuständig?

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 (heute Teil der Knappschaft),
 - Ersatzkassen,
 - Bundesknappschaft,
 - Landwirtschaftliche Krankenkasse.



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

- 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 gewerblichen Berufsgenossenschaften,
 - die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft,
 - die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkassen, Gemeinde-Unfallversicherungsverbände).
- Die Träger der Sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden übernehmen z. B. für Kriegs- und Wehrdienststopfer sowie Opfer von Gewalttaten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Träger sind
 - die örtlichen Versorgungsbehörden,
 - die örtlich zuständigen Fürsorgestellen oder die Hauptfürsorgestellen.



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

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.



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

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 fast 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 Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen unterstützt eine wohnortnahe koordinierte Leistungserbringung und Unterstützung „aus einer Hand“ für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. 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 in allgemeinen Verwaltungsbehörden oder bei Kommunen (nach der landesrechtlich möglichen Organisation), 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 gemeinsamen 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,
- die Beratung und Unterstützung der potenziellen Budgetnehmer über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme insbesondere eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets,
- die umfassende Beratung von Betrieben über die gesetzlichen Grundlagen und die Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements,
- die Unterstützung der Arbeitgeber beim Erarbeiten betrieblicher Lösungen zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

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.



Initiative Inklusion

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes zu der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen wird seit 2011 die Initiative Inklusion durchgeführt. Die Initiative Inklusion ist von der Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern, der Bundesagentur für Arbeit, den Kammern sowie Integrationsämtern entwickelt worden, um die Inklusion schwerbehinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu verbessern. Wie auch das Bundesarbeitsmarktprogramm Job4000 ist die Initiative Inklusion eine besondere Maßnahme der Bundesregierung. Sie ergänzt die Regelleistungen zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben, um für Gruppen schwerbehinderter Menschen mit besonderen Schwierigkeiten die Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Ziele sind:

- schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler umfassend über ihre beruflichen Möglichkeiten zu informieren und zu beraten und ihren Übergang von der Schule in das Arbeitsleben zu unterstützen (Berufsorientierung);
- den erfolgreichen Einstieg schwerbehinderter junger Menschen in eine betriebliche Berufsausbildung durch die Schaffung neuer Ausbildungsplätze zu unterstützen (Ausbildungsplätze in Betrieben und Dienststellen);
- schwerbehinderte Menschen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, vermehrt in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren (Arbeitsplätze in Betrieben und Dienststellen) sowie
- bei Kammern (Handwerks-, Industrie und Handels-, Landwirtschaftskammern) Inklusionskompetenz zur Verbesserung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu implementieren (Implementierung von Inklusionskompetenz bei Kammern).

Wege

Berufsorientierung

Die berufliche Orientierung von bis zu 40.000 schwerbehinderten Schülerinnen und Schülern wird intensiviert. Die berufliche Orientierung wird in Zusammenarbeit zwischen Land und Bundesagentur für Arbeit organisiert.



Den gesamten „Teilhaberbericht“ (A 125-13), in Leichter Sprache (A 125-13/1) und als Hörbuch-Version (C 125-13/2) können Sie im BMAS bestellen.

Ausbildungsplätze in Betrieben und Dienststellen

Förderung von 1.300 neuen betrieblichen Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die besondere Förderung erfolgt im Einzelfall und mit einem Pauschalbetrag von höchstens 10.000 EUR. Um eine anschließende Übernahme in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis anzuregen, werden Teile der maximalen Fördersumme gestaffelt und erst nach Abschluss der Ausbildung und Übernahme in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis an den ausbildenden Betrieb ausbezahlt. Die Umsetzung erfolgt auf Länderebene.

Darüber hinaus sollen von den Ländern Maßnahmen und Strategien erarbeitet und umgesetzt werden, die vorhandene Barrieren zwischen schwerbehinderten Jugendlichen und ausbildungswilligen Betrieben gestalten. Sie sollen vorhandene Instrumente (Berufsvorbereitung, Unterstützte Beschäftigung etc.) nicht ersetzen. Sie sollen vielmehr im Interesse der betroffenen schwerbehinderten und gleichgestellten Jugendlichen das Ziel noch offensiver verfolgen, mehr praktische Nähe zu den Betrieben und Erfahrungen mit den Arbeitsbedingungen in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu schaffen (Heranführung an betriebliche Ausbildung). Dabei sind seitens der Länder insbesondere Träger der Arbeitsvermittlung, Kammern und Sozialpartner einzubeziehen; das Bundesinstitut für Berufsbildung kann bei der Umsetzung der Heranführung an betriebliche Ausbildung beteiligt werden.

Arbeitsplätze in Betrieben und Dienststellen

Förderung von 4.000 neuen Arbeitsplätzen für über 50-jährige arbeitslose schwerbehinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die besondere Förderung erfolgt im Einzelfall als Pauschalzahlung von höchstens 10.000 EUR. Die Umsetzung erfolgt auf Länderebene. Dazu werden vorhandene Netzwerke und Kooperationen genutzt. Die Länder können die besondere Förderung auf die Schaffung von Arbeitsplätzen in Regionen der Länder konzentrieren.

Die durch die Länder gestaltete Umsetzung soll insbesondere sicherstellen, dass sich die geförderten Personen auch nach der Förderphase weiterhin in dem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis befinden. Bei der Umsetzung ist eine enge Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung herzustellen.

Implementierung von Inklusionskompetenz bei Kammern

Insgesamt 140 Millionen EUR von dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Mitteln des Ausgleichsfonds.

Bis zu 50 Kammern sowie ggf. Verbände von Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern sowie Landwirtschaftskammern können eine besondere Förderung zur Implementierung von Inklusionskompetenz beantragen. Diese besondere Förderung besteht in einem Pauschalbetrag in Höhe von bis zu 100.000 EUR pro Kammer. Er wird in Eigenverantwortung der Kammern für die Durchführung von Maßnahmen verwendet, die bei den einzelnen Kammern geeignet sind, die Kompetenz für Inklusion bei den Kammern zu verbessern. Dadurch sollen die Kammern in die Lage versetzt werden, bei ihren Mitgliedsunternehmen mehr Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zu ermöglichen. Die Mittel werden unter der Voraussetzung zur Verfügung gestellt, dass nachhaltige Strukturen für Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geschaffen bzw. gefestigt werden und eine anschließende Weiterfinanzierung ohne Förderung aus dem Ausgleichsfonds/der Ausgleichsabgabe sichergestellt wird.



Krankenversicherung

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

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

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 eine Untersuchung zu Beginn der Pubertät, für Erwachsene ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre). Frauen ab 20 und Männer ab 35 Jahren haben Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen von bestimmten Krebserkrankungen.
- Präventionsorientierte Zahnheilkunde, Kinder und Jugendliche insbesondere auf Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe.
- Schutzimpfungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut festgelegt werden.
- Kieferorthopädische Behandlung für Versicherte in der Regel bis zum 18. Lebensjahr.

- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Sie können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten und Zahnärzten, den ermächtigten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen und den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen frei wählen.
- Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Hilfsmittel, wie Hörgeräte und Rollstühle.
- 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 % des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 % des letzten Nettoarbeitsentgelts. Krankengeld können Sie für höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren bekommen. Als Landwirt erhalten Sie statt des Krankengeldes eine Betriebshilfe.
- Krankengeld bis zu 10 Tagen pro Jahr für jedes versicherte Kind unter 12 Jahren, das nach ärztlichem Zeugnis von Ihnen gepflegt werden muss. Weitere Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Wenn Sie als Versicherter Ihr Kind allein erziehen, verdoppelt sich Ihr Anspruch auf höchstens 20 Tage. Bei mehreren versicherten Kindern ist der Anspruch auf insgesamt 25 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden auf 50 Arbeitstage pro Kalenderjahr begrenzt. Für erkrankte behinderte Kinder, die auf Hilfe angewiesen sind, besteht der Anspruch auch über das 12. Lebensjahr hinaus.
- Darüber hinaus besteht ein unbegrenzter Krankengeldanspruch, wenn das Kind unheilbar erkrankt ist und nur noch eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten besteht.
- Haushaltshilfe, wenn Sie ins Krankenhaus müssen, eine stationäre Maßnahme antreten, ambulante Rehabilitationsleistungen oder häusliche Krankenpflege erhalten und dadurch ihren Haushalt nicht weiterführen können, vorausgesetzt, dass in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- Häusliche Krankenpflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder so die ärztliche Behandlung gesichert wird.
- Häusliche Pflege oder Haushaltshilfe für Frauen, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist.
- Soziotherapie für Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- Mutterschaftsgeld und Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung. Mutterschaftsgeld erhalten Sie als Kassenmitglied regelmäßig für sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt (Schutzfrist) – 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 pflichtversichert, wenn Ihr regelmäßiger Brutto-Arbeitsverdienst mehr als 450 EUR monatlich beträgt und eine bestimmte Höchstgrenze pro Jahr – die sog. Jahresarbeitsentgeltgrenze – nicht übersteigt. Seit dem 1. Januar 2003 ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze, bis zu der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer besteht, formal von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt und in eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze und eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze überführt worden. Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt im Kalenderjahr 2014 53.550 EUR und entspricht damit weiterhin einem Wert von 75 % der Jahresbeitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, gilt aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes eine niedrigere Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 48.600 EUR im Jahr 2014. Dieser Wert ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde die Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze neu geregelt. Die Versicherungsfreiheit tritt seit dem 31. Dezember 2010 wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze ein.

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,
- Menschen mit Behinderung, die in einer anerkannten Werkstätte 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.

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

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.

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

Bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen, sonstigen Präventionsmaßnahmen und zahnärztlichen Prophylaxeleistungen sind keine Zuzahlungen zu entrichten. Zudem können die Krankenkassen Versicherte teilweise oder vollständig von Zuzahlungen befreien, z. B. wenn diese an bestimmten Versorgungsformen teilnehmen.

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

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

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

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

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

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

Für die Absicherung von Sozialhilfeempfängern im Krankheitsfall gilt Folgendes:

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

Personen, die nach dem 1. April 2007 Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII werden und zu diesem Zeitpunkt in der gesetzlichen Krankenversicherung nachrangig versichert sind (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V), bleiben gesetzlich krankenversichert.

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

Bezieher von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII sind versicherungspflichtig in der privaten Krankenversicherung, wenn der Leistungsbezug seit dem 1. Januar 2009 begonnen hat und keine Versicherung oder Versicherungspflicht in der GKV besteht (§ 193 Absatz 3 Satz 2 Nr. 4 VVG). In diesem Fall übernehmen die Sozialhilfeträger den Versicherungsbeitrag, soweit er angemessen ist (§ 32 Absatz 5 SGB XII). Davon ist bis zur Höhe des für Sozialhilfebezieher halbierten Beitrags im Basistarif auszugehen.

Familienversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst auch eine beitragsfreie Familienversicherung. Danach sind Ehegatten und eingetragene Lebenspartner sowie Kinder von Mitgliedern (bis zu bestimmten Altersgrenzen) mitversichert. Voraussetzung ist u. a., dass das Einkommen der Ehe- und Lebenspartner und Kinder 2014 höchstens 395 EUR monatlich beträgt und sie nicht selbst versichert sind. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR.

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

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 innerhalb eines Kalenderjahres
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Stationäre Versorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10 EUR pro Kalendertag für höchstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, zur Krankenhaus- behandlung geleistete Zuzahlungen werden angerechnet
Versorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter	10 EUR pro Kalendertag

* jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels

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

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

Von Zuzahlungen sind befreit:

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

Zuzahlungsbefreiung/Belastungsgrenze:

Die Belastungsgrenze beträgt 2 % (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 2014 4.977 EUR, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10 % der jährlichen Bezugsgröße; im Jahr 2014 sind dies 3.318 EUR. Der Freibetrag für Kinder beträgt 7.008 EUR. 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 Rehabilitationsleistungen.

Besonderheiten bei chronisch Kranken

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

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine geringere Belastungsgrenze von nur 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt. Nach der entsprechenden Chroniker-Richtlinie 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 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 % vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung, zu erwarten ist.

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

Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

Für die Empfänger von Fürsorgeleistungen nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Grundsicherung für Arbeitsuchende bzw. der Sozialhilfe) oder der Kriegsopferfürsorge besteht eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelbedarf für Alleinstehende oder Alleinerziehende berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 SGB V).

Die Hilfeempfänger haben die jeweiligen Zuzahlungen aus dem Regelbedarf selbst zu tragen. Eine Aufstockung des Regelbedarfs erfolgt nicht. Der Regelbedarf beträgt 4.692 EUR im Kalenderjahr. Auf dieser Grundlage haben Sozialhilfe- bzw. Arbeitslosengeld II-Empfänger für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen je Kalenderjahr zu leisten:

Bei 1 % Zuzahlung:	(Chroniker)	ca. 46,92 EUR
Bei 2 % Zuzahlung:	(Normalfall)	ca. 93,84 EUR

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

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 allgemeiner und ermäßigter Beitragssatz.

Wurden diese Beitragssätze zum 1. Januar 2009 noch durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung auf Basis von Berechnungen eines beim Bundesversicherungsamt angesiedelten Schätzerkreises festgelegt, sind sie seit dem 1. Januar 2011 gesetzlich festgeschrieben.

Der allgemeine Beitragssatz, der u. a. für Beiträge aus Arbeitsentgelt und Renten Anwendung findet, beträgt 15,5 %. Er setzt sich zusammen aus einem vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Rentenversicherungsträger und Rentner hälftig zu finanzierenden Beitragssatz in Höhe von 14,6 % sowie einem Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten, der nur von den Mitgliedern der Krankenkassen zu tragen ist.

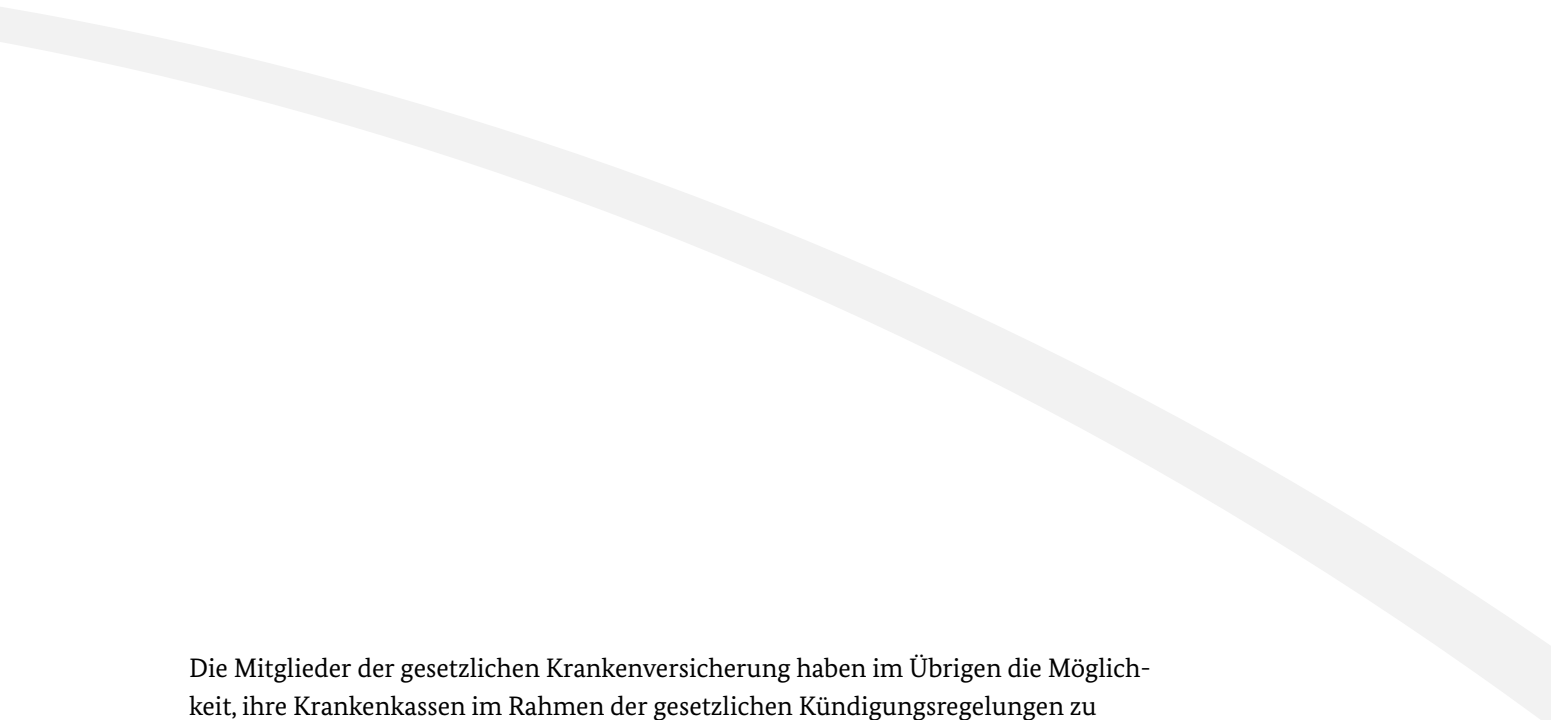
Der ermäßigte Beitragssatz, der grundsätzlich für Mitglieder ohne Krankengeldanspruch Anwendung findet, beträgt 14,9 %. Auch dieser Beitragssatz beinhaltet den mitgliederbezogenen Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 %.

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

Die Krankenkassen wiederum erhalten vom Gesundheitsfonds pauschalisierte 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 einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag. Gleichzeitig wird durch die Einführung eines kassenweiten Sozialausgleichs eine sozial ausgewogene Finanzierung gewährleistet. Der Sozialausgleich garantiert, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unverhältnismäßig belastet werden. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen, so greift automatisch ein vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durchgeführter Sozialausgleich. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen betrug für das Jahr 2011 0 EUR. Daher war die Durchführung des Sozialausgleichs im Jahre 2011 nicht notwendig. Dasselbe gilt für die Jahre 2012 bis 2014.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Gesundheit informiert Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 18.00 Uhr, Freitag von 8.00 bis 15.00 Uhr über die Krankenversicherung unter der Rufnummer 030 340 60 66-01.



Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Übrigen die Möglichkeit, ihre Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Kündigungsregelungen zu wechseln, um Zusatzbeiträge zu vermeiden. Tun sie dies nicht, haben sie diese Zusatzbeiträge allein zu tragen.

Ansonsten gilt, dass der Arbeitgeber bei pflichtversicherten Beschäftigten die Hälfte des paritätisch finanzierten Beitrags zu tragen hat.

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

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

Bei der Beitragsbemessung ist die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze zu beachten (2014: 4.050 EUR). Das bedeutet: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung bemisst sich höchstens bis zu dem vorgenannten Betrag, auch wenn Sie mehr verdienen.

Innerhalb der sogenannten „Gleitzone“ (Verdienste von 450,01 EUR bis 850 EUR) gelten für die entsprechenden Beschäftigungsverhältnisse besondere sozialversicherungsrechtliche Regelungen. Die 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 Qualität der medizinischen Behandlung hängt heute immer mehr davon ab, ob die Ärztin oder der Arzt über alle notwendigen Informationen für die medizinische Versorgung des Patienten verfügt. Mit der elektronischen Gesundheitskarte und einem sicheren, vom Internet getrennten elektronischen Gesundheitsnetz (Telematikinfrastruktur) können Gesundheitsdaten, die für die Behandlung benötigt werden, in Zukunft sicher und schnell elektronisch zur Verfügung gestellt werden, vorausgesetzt der Patient wünscht dies. Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, die Rolle der Patienten zu stärken und Kosten zu senken.

Inzwischen haben fast alle Versicherten ihre persönliche elektronische Gesundheitskarte erhalten. Der GKV-Spitzenverband informiert darüber, dass ab dem 1. Januar 2014 die elektronische Gesundheitskarte als Nachweis für die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen gilt. Jeder, der eine elektronische Gesundheitskarte erhalten hat, muss sie als Berechtigungsnachweis beim Arztbesuch vorlegen. Um zu vermeiden, dass es beim Umstellungsprozess von der Krankenversichertenkarte zur elektronischen Gesundheitskarte in den Praxen zu Problemen kommt, hat sich der GKV-Spitzenverband mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darauf verständigt, dass Ärzte vorübergehend noch die Krankenversichertenkarte akzeptieren können. Sie sind allerdings hierzu nicht verpflichtet. Daher raten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Versicherten, die bisher noch keine elektronische Gesundheitskarte erhalten haben, sich möglichst schnell mit ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen.

Für die Patientinnen und Patienten ändert sich beim Arztbesuch zunächst nichts. Die Erfahrungen zeigen, dass die elektronische Gesundheitskarte genauso problemlos eingelesen wird wie die Krankenversichertenkarte. Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser sind mit modernen Kartenlesegeräten ausgestattet, die von den Krankenkassen finanziert wurden.

Die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte werden schrittweise eingeführt. Zunächst werden administrative Daten der Versicherten, z. B. Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie Angaben zur Krankenversicherung, wie die Krankenversicherungsnummer und der Versichertenstatus (Mitglied, Familienversicherter oder Rentner) gespeichert. Die elektronische Gesundheitskarte enthält ein Lichtbild. Ausnahmen gibt es lediglich für Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr und für Versicherte, die bei der Erstellung des Lichtbildes nicht mitwirken können, wie z. B. immobile pflegebedürftige Patientinnen und Patienten. Das Lichtbild hilft, Verwechslungen zu vermeiden und die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen einzudämmen. Das Lichtbild trägt somit dazu bei, Kosten zu sparen. Neu im Vergleich zur Krankenversichertenkarte ist auch die Angabe zum Geschlecht. Damit sollen neben der Aufnahme des Lichtbildes zusätzlich Verwechslungen vermieden werden. Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte kann für die „Europäische Krankenversicherungskarte“ verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

Im nächsten Schritt ist ein Online-Abgleich der auf der Gesundheitskarte gespeicherten Versichertenstammdaten mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten des Versicherten vorgesehen. So können Veränderungen, die der Versicherte bereits an seine Krankenkasse gemeldet hat, z. B. eine Adressänderung, beim nächsten Arztbesuch automatisch per Knopfdruck auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisiert werden. Die Krankenkassen sparen, weil sie keine neuen Karten ausgeben müssen. Gleichzeitig können ungültige sowie verloren oder gestohlen gemeldete Karten besser als bisher erkannt werden. Missbrauch zu Lasten der Versichertengemeinschaft kann so weiter reduziert werden. Eine aktuelle elektronische Gesundheitskarte sorgt automatisch für aktuelle Daten in der Arztpraxis.

Für die Kommunikation der Ärzte untereinander wird heute meistens der Postweg genutzt. Das führt häufig dazu, dass einem Mitbehandler wichtige Informationen nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Wenn der Arztbrief dann in der Praxis ankommt, muss er zusätzlich aufwändig digitalisiert werden, damit die Daten in die Praxis-EDV übernommen werden können. Deshalb fordern Ärztinnen und Ärzte schon lange, dass die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Befunde schnell und sicher elektronisch von Arzt zu Arzt übermittelt und digitalisiert übernommen werden können. Die für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zuständigen Organisationen der Selbstverwaltung (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken) haben mit den Umsetzungsvorbereitungen hierzu begonnen.

Im Notfall kann es lebensrettend sein, dass die Ärztin oder der Arzt Informationen, z. B. über bestehende Vorerkrankungen oder Allergien des Versicherten, erhält. In der nächsten Ausbaustufe ist daher vorgesehen, dass der Versicherte diese Informationen als Notfalldaten auf der Gesundheitskarte speichern lassen kann, wenn er dies wünscht. Im Notfall können diese Daten von Ärzten bzw. Notfallsanitätern dann auch ohne Mitwirkung der Patienten ausgelesen werden. Im Unterschied zu den anderen medizinischen Anwendungen ist für das Auslesen der Notfalldaten keine PIN des Versicherten erforderlich.

Jeder Versicherte wird zu gegebener Zeit selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang er von den neuen Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte zur Speicherung von medizinischen Daten Gebrauch machen möchte. Er bestimmt auch, ob und in welchem Umfang er eine Anwendung wie die Notfalldaten nutzen wird, ob er die Karte zur Dokumentation seiner Organspendebereitschaft einsetzt oder später einmal die elektronische Patientenakte nutzt. Voraussetzung ist, dass die Anwendungen sich in Praxistests bewähren und die strengen Sicherheitsregeln einhalten.

Darüber hinaus können Patienten ihre Daten einsehen bzw. sich ausdrucken oder auch wieder löschen lassen. Nur die Verwaltungsdaten der Versicherten werden – wie bei der Krankenversichertenkarte – verpflichtend auf der Gesundheitskarte gespeichert.

Datenschutz und Praktikabilität haben höchste Priorität und werden durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt. Die Kommunikation von sensiblen Gesundheitsinformationen ist über ein eigens zu diesem Zweck zu errichtendes sicheres Gesundheitsnetz vorgesehen. Dieses ist nicht vergleichbar mit dem öffentlichen Internet. Medizinische Daten werden bereits verschlüsselt, bevor sie die Arztpraxis verlassen. Sie können – wenn der Patient den Zugriff auf diese Daten einem mitbehandelnden Arzt ermöglichen möchte – nur durch das gleichzeitige Stecken seiner Gesundheitskarte und des Heilberufsausweises des Arztes in das Kartenlesegerät entschlüsselt werden. Daher ist eine „Entschlüsselung“ durch Dritte ausgeschlossen. Diese „Ende-zu-Ende-Verschlüsselung“ entspricht den Vorgaben des Bundesamtes für die Sicherheit in der Informationstechnik. Darüber hinaus müssen die Patientin bzw. der Patient einem Zugriff auf medizinische Daten jeweils durch die Eingabe einer PIN zustimmen. Eine Ausnahme bilden die Notfalldaten; hier ist für einen Zugriff zwar ein Heilberufsausweis, situationsbedingt jedoch keine PIN-Eingabe des Patienten erforderlich.

Mit der elektronischen Gesundheitskarte erhalten die Patientinnen und Patienten ein technisches Werkzeug, um ihre Gesundheitsdaten wirksam vor unberechtigten Zugriffen zu schützen. Sie bestimmen selber, wer wann welche Daten speichern, einsehen und ändern kann. Die Maßnahmen zum Datenschutz stellen ein Höchstmaß an Schutz für die sensiblen Gesundheitsdaten dar. Sie werden laufend technisch weiterentwickelt und sind eng mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit abgestimmt.





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 2,55 Millionen Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen – eine Zahl, die größer als die Einwohnerzahl von Hamburg ist. Rund 0,77 Millionen Pflegebedürftige leben in Heimen. Die übrigen rund 1,77 Millionen Pflegebedürftigen werden zuhause versorgt. Familienangehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer und hauptberufliche Pflegekräfte kümmern sich um sie. Diese hunderttausende Pflegerinnen und Pfleger leisten Tag für Tag einen anerkennungswürdigen und häufig aufopferungsvollen Dienst für diejenigen, die sich selbst nicht helfen können.

Was müssen Sie tun?

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

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

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

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

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

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

Unterhaltsberechtigter Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind in der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher ist als 395 EUR bzw. bei geringfügig Beschäftigten 450 EUR.

Leistungen/Voraussetzungen

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

Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung?

Dies ist genau festgelegt: Pflegebedürftige sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen sind.

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.

Die Hilfeleistung kann darin bestehen, 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 aber, so weit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person, im Sinne einer aktivierenden Pflege zu erreichen.

Welche unterschiedlichen Pflegestufen gibt es?

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I, II oder III) zugeordnet. Darüber hinaus gibt es die sogenannte Pflegestufe 0. Je nach Pflegestufe unterscheidet sich auch die Höhe der Leistungen. Bei einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand kann in der Pflegestufe III auch ein Härtefall vorliegen.

Sogenannte Pflegestufe 0

Menschen jeder Altersgruppe mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein, auch wenn der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung noch nicht ausreicht, um die Pflegestufe I zu erreichen.

Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Wann gilt die Härtefallregelung?

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

- dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist; oder
- dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines qualitativ und quantitativ weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes. Zusätzlich muss in jedem Fall ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Wo müssen Pflegeleistungen beantragt werden?

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung kann auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter übernehmen, wenn er oder sie dazu bevollmächtigt wird. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt wird, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt fünf Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt oder eine Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber vereinbart, gilt eine Bearbeitungsfrist von zwei Wochen.

Zu beachten ist: Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Zudem ist die Pflegekasse verpflichtet, dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln. Das geschieht in der Regel bei einem – zuvor angemeldeten – Hausbesuch eines Gutachters (Pflegefachkraft oder Arzt). Der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die persönliche Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung. Privatversicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen, die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

Bei Kindern ist die Prüfung der Pflegebedürftigkeit in der Regel durch besonders geschulte Gutachter des Medizinischen Dienstes mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderarzt vorzunehmen. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird das hilfebedürftige Kind mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf.

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 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 dem Pflegegeld (mit dem der Pflegebedürftige die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt, z. B. durch Angehörige).

Außerdem kann im Rahmen des Sachleistungsanspruchs die häusliche Pflege auch durch Einzelpersonen (Einzelpflegekräfte) erfolgen. Die Pflegekassen müssen mit einzelnen geeigneten Pflegekräften Verträge schließen, soweit dem keine konkreten Gründe entgegenstehen. Der Einsatz der Einzelperson kann dem Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, oder zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe besser Rechnung tragen.

Seit dem 1.1.2013 können auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sog. Pflegestufe 0 Sachleistungen oder Pflegegeld erhalten. 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 Anspruchsberechtigte, 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, wenn andere Finanzierungsmöglichkeiten ausscheiden. Auch Versicherte der sog. Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können diesen Zuschuss erhalten. Der Zuschuss kann bis zu viermal 2.557 EUR – also maximal 10.228 EUR – betragen, wenn mehrere Pflegebedürftige oder Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusammen wohnen,
- unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

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. Privatpflegeversicherte Beamte erhalten alle genannten Leistungen entsprechend ihrem Beihilfeanspruch anteilig von ihrer privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III, die Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen beziehen, erhalten, wenn sie mit anderen Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung leben, in der sie ambulant pflegerisch versorgt werden und in der eine Pflegekraft organisatorisch, verwaltend oder pflegerisch tätig ist, zusätzlich zu den sonstigen Leistungen eine Pauschale in Höhe von 200 EUR im Monat. Voraussetzung hierfür ist, dass regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige zusammen wohnen, dass die Wohngemeinschaft den Zweck verfolgt, gemeinschaftlich eine pflegerische Versorgung für die Wohngruppe zu organisieren, und dass die Pflegebedürftigen bzw. die Wohngemeinschaft unabhängig darüber entscheiden können, welche Pflege- und Betreuungsleistungen für die Bewohner erbracht werden sollen und welche Anbieter dafür ausgewählt werden.

Pflegevertretung

Bei Urlaub oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson besteht ein Anspruch auf eine Pflegevertretung bis zu vier Wochen im Gesamtwert von bis zu 1.550 EUR pro Jahr. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, wie z. B. Verdienstausfall und Fahrkosten, übernommen werden. Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.550 EUR nicht übersteigen. Auch Versicherte in der sog. Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Während der Verhinderungspflege wird bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

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 450, 1.100 bzw. 1.550 EUR monatlich und für die Kurzzeitpflege bis zu 1.550 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.

Während der Kurzzeitpflege wird bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Die Kurzzeitpflege ist für pflegebedürftige Kinder unter 25 Jahren auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen möglich.

Zusatzleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (psychisch kranke, behinderte oder demenziell erkrankte Menschen) haben, wenn sie zu Hause gepflegt werden, Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag bis zu 100 EUR monatlich (Grundbetrag) oder bis zu 200 EUR monatlich (erhöhter Betrag), also bis zu 1.200 bzw. bis zu 2.400 EUR jährlich. Auch Versicherte in der sog. Pflegestufe 0 können diesen zusätzlichen Betreuungsbetrag 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 pflegfachliche 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 niedrighwelligen Betreuungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Menschen, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer sowie Familienentlastende Dienste).

Stationärer Bereich:

In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kann zusätzliches Betreuungspersonal für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. für Pflegegäste mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden, um gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zu bieten. Für rund 24 demenziell erkrankte Bewohnerinnen bzw. Bewohner ist zusätzlich eine Betreuungskraft vorgesehen. 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



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

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 Pflege Tätigkeit auch in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung (Broschüre zum Unfallversicherungsschutz: siehe Kapitel Unfallversicherung).

Wer einen anderen Menschen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegt und nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist, wird in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung hat. Ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten bei zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ist möglich. 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.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung leistet die Pflegeversicherung – mit Ausnahme während der Pflegezeit – nicht. Seit dem 1. Februar 2006 besteht unter bestimmten Voraussetzungen jedoch die Möglichkeit, sich freiwillig weiter zu versichern und damit den Versicherungsschutz der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten. Nähere Auskünfte erteilt die Bundesagentur für Arbeit.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf - Unterstützende Maßnahmen

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, sodass 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.

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 Pfl egetätigkeit - von der Pflegeversicherung übernommen.

Familienpflegezeit

Die Familienpflegezeit ist eine weitere Möglichkeit, wie Beruf und Pflege miteinander vereinbart werden können. Das Familienpflegezeitgesetz sieht seit dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit vor, zur Pflege eines nahen Angehörigen die Wochenarbeitszeit für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten auf bis zu 15 Stunden zu reduzieren. Während der Pflegephase wird das Gehalt vom Arbeitgeber um die Hälfte des durch die pflegebedingte Teilzeit reduzierten Arbeitsentgelts aufgestockt. Nach dem Ende der Familienpflegezeit wird in der Nachpflegephase solange das reduzierte Gehalt weiter gezahlt, bis der Gehaltsvorschuss ausgeglichen ist. Während der Familienpflegezeit besteht Kündigungsschutz - das gilt für die Pflege- und die Nachpflegephase. Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nicht. Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, müssen Beschäftigte mit ihrem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung schließen.

Weitere Informationen sind zu finden unter www.familien-pflege-zeit.de

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 - 1.550 EUR. Um Härtefälle zu vermeiden, stehen für Schwerstpflegebedürftige ausnahmsweise bis zu 1.918 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 % des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Der Versicherte muss also mindestens 25 % des Heimentgelts selbst tragen.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige haben einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, also auf Hilfe und Unterstützung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens, wo sie oder er versichert sind. Deren Aufgabe ist es insbesondere,

- den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) systematisch zu erfassen und zu analysieren,
- einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
- auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
- die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
- bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Die Pflegeberatung hat alle an der pflegerischen Versorgung Beteiligten einzubinden.

Sofern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, erfolgt dort die Beratung über alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und den Rat und Hilfe suchenden Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat entsprechende Empfehlungen sowohl zur Anzahl als auch zur Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater abgegeben.

Die Pflegeberatung findet auf Wunsch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen statt, sie ist kostenlos durchzuführen. Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung

- entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
- oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegeversicherung ebenfalls innerhalb der 2-Wochen-Frist eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung kann auch - wenn gewünscht - zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden.

Zudem ist es Aufgabe der Pflegekassen darüber zu informieren, dass ein Anspruch auf die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung besteht.

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

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

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 vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, die keine Pflegeeinrichtungen sind, sondern in erster Linie der Eingliederung des behinderten Menschen dienen. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

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 2014 monatlich 4.050 EUR sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern.

Seit dem 1. Januar 2013 beträgt der Beitragssatz 2,05 % 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 2,05 % tragen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils 1,025 %. In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wurde, trägt der Arbeitnehmer 1,525 % und der Arbeitgeber 0,525 %.

Kinderlose Mitglieder haben – unabhängig von den Gründen für die Kinderlosigkeit – seit dem 1. Januar 2005 einen Zuschlag in Höhe von 0,25 % zu tragen, d. h. der Beitragssatzanteil z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers/einer kinderlosen Arbeitnehmerin erhöht sich von 1,025 auf 1,275 %. Damit wird der vom Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kinder bei gleichem Einkommen hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin ausgenommen sind auch Bezieher und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende.

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

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

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld 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 Sozialleistungsträger die Beiträge.

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 % des Höchstbeitrages zur sozialen Pflegeversicherung betragen. Diese Ehegattenermäßigung gilt nicht für Personen, die erst nach Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 privat versichert wurden. Kinder sind wie in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert.

Weitere Informationen

Beim Bundesministerium für Gesundheit ist ein Bürgertelefon zur Pflegeversicherung eingerichtet. Unter der Rufnummer 030 3406066-02 werden dort von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 bis 18.00 Uhr, freitags von 8.00 bis 15.00 Uhr Fragen zur Pflegeversicherung beantwortet.

Im Bundesministerium für Gesundheit können Sie die kostenlosen Broschüren „Ratgeber zur Pflege“, „Pflegen zu Hause“ und „Wenn das Gedächtnis nachlässt“ bestellen.

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



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, Personen, die den freiwilligen Wehrdienst oder den Bundesfreiwilligendienst leisten sowie Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr.

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt im Jahr 2014 bei monatlich 5.950 EUR in den alten und 5.000 EUR in den neuen Bundesländern. Sie ist nicht gleichzeitig Versicherungspflichtgrenze. Das bedeutet: Auch wer mehr verdient, bleibt versicherungspflichtig. Beitragsbemessungsgrenze heißt: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung bemisst sich höchstens an diesen Beträgen, auch wenn Sie mehr verdienen.

Arbeitnehmer, die ab dem 1. Januar 2013 eine Beschäftigung mit einem monatlichen Verdienst von bis zu 450 EUR aufnehmen, sind als geringfügig Beschäftigte pflichtversichert. Der Arbeitgeber entrichtet einen Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung in Höhe von 15 % (bei gewerblichem Minijob) bzw. 5 % (bei Minijob in Privathaushalten), der Arbeitnehmer trägt (entsprechend dem RV-Beitragssatz von 18,9 % im Jahr 2014) einen Eigenanteil in Höhe von 3,9 % (bei gewerblichem Minijob), bzw. 13,9 % (bei einem Minijob in privaten Haushalten).

Für Arbeitnehmer mit Verdiensten von 450,01 EUR bis 850 EUR gelten die beitragsrechtlichen Regelungen der sogenannten Gleitzone (Progressionszone), durch die der Arbeitnehmer entsprechend seines Verdienstes anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Bei Arbeitsentgelten innerhalb der Gleitzone steigt der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung von z. Z. durchschnittlich 20 %) abhängig vom Verdienst im Ergebnis linear von rund 11 % am Anfang der Gleitzone (450,01 EUR) bis zum vollen Arbeitnehmeranteil bei 850 EUR an. Der Arbeitgeber trägt dagegen für das gesamte Arbeitsentgelt grundsätzlich seinen vollen Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Regelungen gelten jedoch nicht bei Auszubildenden.

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.¹ Die Beiträge hierfür werden vom Bund bezahlt.

Bitte informieren Sie sich aktuell im Internet unter www.bmas.de

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 Entgeltersatzleistungen sind versicherungspflichtig, ausgenommen Arbeitslosengeld II-Empfänger, während sie diese Leistungen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren. Trifft dies nicht zu, muss die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt werden. Zu den Entgeltersatzleistungen gehören zum Beispiel Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld und Arbeitslosengeld. Die Beitragszahlung erfolgt vom Träger der jeweiligen Sozialleistung.

Wer ist versicherungsfrei?

Versicherungsfrei sind Personen, für die keine Versicherungspflicht besteht. Dazu gehören geringfügig Beschäftigte und geringfügig selbständig Tätige, wenn sie die Beschäftigung oder Tätigkeit vor dem 1. Januar 2013 aufgenommen haben. Des Weiteren sind Personen, die aufgrund ihres Status und einer anderweitigen Absicherung nicht zum Kreis der Versicherten zählen (zum Beispiel Beamte, Richter oder Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen) sowie Personen, die bereits eine Altersrente beziehen, versicherungsfrei.



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

Versicherungsfrei sind auch kurzfristig Beschäftigte. Eine kurzfristige Beschäftigung liegt vor, wenn die Beschäftigung von vornherein auf nicht mehr als zwei Monate oder insgesamt 50 Arbeitstage im Kalenderjahr begrenzt ist und nicht berufsmäßig ausgeübt wird. Die Höhe des Verdienstes ist dabei unerheblich. Für kurzfristige Beschäftigungen sind grundsätzlich keine Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen, auch keine Pauschalbeiträge durch den Arbeitgeber.

Wer kann sich von der Versicherungspflicht befreien lassen?

Ab 2013 können sich geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigte von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 450 EUR nicht übersteigt. Bis Ende 2012 lag die Geringfügigkeitsgrenze bei 400 EUR monatlich und Beschäftigte waren bei Verdiensten bis zu dieser Grenze automatisch versicherungsfrei. Der Arbeitgeber zahlt einen Pauschalbetrag von 15 % zur gesetzlichen Rentenversicherung, für Minijobs in privaten Haushalten als einer besonderen Form der geringfügigen Beschäftigung gilt eine geringere Pauschale in Höhe von 5 % zur gesetzlichen Rentenversicherung.

¹ Ab dem 1. Juli 2014 soll die Kindererziehungszeit für vor 1992 geborene Kinder (sog. Mütterrente) um 1 Entgeltentpunkt pro Kind ausgeweitet werden (geplante Änderung durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung - RV-Leistungsverbesserungsgesetz).

Der geringfügig Beschäftigte muss den Pauschalbetrag des Arbeitgebers zur Rentenversicherung auf den vollen Beitrag aufstocken. (Der volle Beitrag beträgt im Jahr 2014 18,9 %. Geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten haben den Pauschalbeitrag von 5 % also um 13,9 % aufzustocken, alle anderen geringfügig Beschäftigten haben den Pauschalbeitrag von 15 % um 3,9 % 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 175 EUR monatlich, ist ein Mindestbeitrag auf der Basis von 175 EUR zu zahlen, auf den der Arbeitgeberbeitrag angerechnet wird. Lässt sich der geringfügig Beschäftigte von der Versicherungspflicht befreien, muss nur der Arbeitgeber die Pauschalbeiträge zahlen, der Beschäftigte muss diese nicht mehr aufstocken. Die Befreiung ist beim Arbeitgeber zu beantragen, der den Befreiungsantrag der Rentenversicherung weiterzuleiten hat.



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

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

Mehrere Beschäftigungen

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

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

Neben einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung kann eine geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigung ausgeübt werden, ohne dass durch Zusammenrechnung mit der Hauptbeschäftigung das Befreiungsrecht in der Rentenversicherung entfallen würde. Jede weitere geringfügige Beschäftigung wird mit der sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnet und unterfällt damit der vollen Sozialversicherungspflicht ohne Befreiungsrecht in der Rentenversicherung (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 Menschen mit Behinderung, bestehen Sonderregelungen. Sie sind auch dann versicherungspflichtig ohne Befreiungsrecht, 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.

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.² Auf die Wartezeit von 35 Jahren für die Altersrente für langjährig Versicherte und die Altersrente für schwerbehinderte Menschen werden auch beitragsfreie Zeiten sowie Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung angerechnet. Für die Altersrente für besonders langjährig Versicherte ist die Wartezeit von 45 Jahren zu erfüllen. Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung, ausgenommen der Bezug von Arbeitslosengeld, sowie die Berücksichtigungszeiten sind anrechenbar. Zu den beitragsfreien Zeiten gehören beispielsweise bestimmte Ausbildungszeiten, Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit.

Bitte informieren Sie sich
aktuell im Internet unter
www.bmas.de

² Ab dem 1. Juli 2014 sollen auch Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld für die Wartezeit von 45 Jahren zählen (geplante Änderung durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung - RV-Leistungsverbesserungsgesetz). Zeiten des Bezugs der früheren Arbeitslosenhilfe oder Arbeitslosengeld II bleiben weiterhin ausgenommen.

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 vom 65. auf das 67. Lebensjahr vom Jahr 2012 an bis zum Jahr 2029 und entsprechende Anhebungen bei anderen Renten vor. Vertrauensschutz ist bei der Altersgrenzenanhebung im Wesentlichen dadurch gegeben, dass die bereits 2007 beschlossene Anhebung erst 2012 begonnen hat und in sehr moderaten Schritten erfolgt. Durch eine Vorlaufzeit von mehreren Jahren hatten 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. Außerdem ist durch eine Anpassung der arbeitsrechtlichen Schutzvorschrift des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sichergestellt, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis auf einen Zeitpunkt befristet ist, in dem sie vor Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen Alters haben, entsprechend den Anhebungsschritten bis zum Alter 67 weiter arbeiten können.

Eine zusammenfassende Übersicht über die Altersgrenzenanhebung finden Sie am Ende dieses Abschnitts.

1. Regelaltersrente

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

Bei der Regelaltersrente wird die Altersgrenze ab Geburtsjahrgang 1947 stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben. Die Stufen der Anhebung betragen zunächst einen Monat pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 65 auf 66 Jahre) und dann ab Geburtsjahrgang 1959 zwei Monate pro Jahrgang (Regelaltersgrenze von 66 auf 67 Jahre). Für alle vor 1947 Geborenen verbleibt es bei der Regelaltersgrenze von 65 Jahren, für alle nach 1963 Geborenen gilt die Regelaltersgrenze von 67 Jahren.

Versicherte des Jahrgangs 1949 erreichen die Regelaltersgrenze im Jahr 2014 mit 65 Jahren und drei Monaten.

2. Altersrente für besonders langjährig Versicherte

Mit Beginn der stufenweisen Anhebung der Regelaltersgrenze zum 1. Januar 2012 wurde für besonders langjährig Versicherte eine neue Altersrente eingeführt. Anspruch auf einen abschlagsfreien Renteneintritt nach Vollendung des 65. Lebensjahres 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.³ Diese Rente kann nicht vorzeitig, d.h. vor Erreichen der Altersgrenze und unter Inkaufnahme von Abschlägen, bezogen werden.

Bitte informieren Sie sich
aktuell im Internet unter
www.bmas.de

3. Altersrente für langjährig Versicherte

Versicherte können diese Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze, das heißt mit Abschlägen, in Anspruch nehmen, wenn sie

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

Die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang wird ab Geburtsjahrgang 1949 stufenweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben. Die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Altersrente ist weiterhin frühestens mit 63 Jahren unter Inkaufnahme von Rentenminderungen möglich. Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1947 geboren sind und für die Vertrauensschutz gilt, können diese Rente mit Abschlägen bereits vor dem 63. Lebensjahr beziehen. Die Rentenminderung durch Abschläge beträgt 0,3 % der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme.

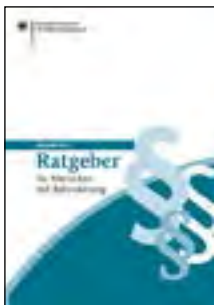
³ Ab dem 1. Juli 2014 soll bei der Altersrente für besonders langjährig Versicherte vorübergehend – für Geburtsjahrgänge vor 1953 – die Altersgrenze von 63 Jahren gelten. Das Eintrittsalter wird für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1952 geboren sind, wieder stufenweise auf die derzeit geltende Altersgrenze von 65 Jahren angehoben. Die Anhebung erfolgt pro Jahrgang in Schritten von jeweils 2 Monaten. Für den Geburtsjahrgang 1964 ist die Altersgrenze von 65 Jahren wieder erreicht. (geplante Änderung durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung – RV-Leistungsverbesserungsgesetz).

4. Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Anspruch auf diese Altersrente ohne Abschläge haben Versicherte,

- die die maßgebliche Altergrenze (s.u.) erreicht haben,
- bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen wird die Altersgrenze für einen abschlagsfreien Rentenzugang ab Geburtsjahrgang 1952 stufenweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr und für die vorzeitige Inanspruchnahme stufenweise vom 60. auf das 62. Lebensjahr angehoben. Die Rentenminderung beträgt 0,3 % der Rente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme. Damit verbleibt es bei einem maximalen Abschlag in Höhe von 10,8 %.



Besonderen Vertrauensschutz haben bei dieser Anhebung Versicherte

- der Geburtsjahrgänge 1954 und älter, wenn sie bereits vor dem 1. Januar 2007 verbindlich Altersteilzeitarbeit vereinbart haben und
- am 1. Januar 2007 schwerbehindert gemäß § 2 Abs. 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch waren.

Für sie werden die Altersgrenzen von 63 Jahren bzw. 60 Jahren bei vorzeitiger Inanspruchnahme nicht angehoben.

Weitere Information zum Thema Behinderung finden Sie in der BMAS-Publikation „Ratgeber für Menschen mit Behinderung“ (A 712).

Aus Gründen des Vertrauensschutzes können außerdem 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.

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.

5. 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 abschlagsfreie Rente liegt bei 65 Jahren. Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1948 geboren sind, können diese Altersrente vorzeitig, d.h. mit Abschlägen, ab Alter 63 beziehen. Einen Vertrauensschutz genießen 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 liegt die Altersgrenze für die frühestmögliche Inanspruchnahme bei 60 Jahren.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über die Rente unter 030/221911001.

Die Altersgrenze von 60 (mit Vertrauensschutz) bzw. 63 Jahren (ohne Vertrauensschutz) für die vorzeitige Inanspruchnahme und die Altersgrenze von 65 Jahren für die reguläre Inanspruchnahme der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit bleibt unverändert und wird auch im Rahmen der Altersgrenzenanhebung 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.

6. 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.

Die Altersgrenze für die abschlagsfreie Rente liegt bei 65 Jahren. Die Altersgrenze von 60 Jahren für die vorzeitige Inanspruchnahme und die Altersgrenze von 65 Jahren für die reguläre Inanspruchnahme der Altersrente für Frauen bleibt unverändert und wird auch im Zuge der Altersgrenzenanhebung nicht angehoben.

Anhebung der Altersgrenzen

Geburts- jahrgang	Regelalters- rente	AR für besonders langjährig Versicherte		AR für langjährige Versicherte		
	abschlags- frei	abschlags- frei	abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab		
	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %	
1945	65			65	63	7,2
1946	65			65	63	7,2
1947	65/1	65		65	63	7,2
1948	65/2	65		65	63	7,2
1/1949	65/3	65		65/1	63	7,5
2/1949	65/3	65		65/2	63	7,8
3-12/1949	65/3	65		65,3	63	8,1
1950	65/4	65		65/4	63	8,4
1951	65/5	65	63	65/5	63	8,7
01/1952	65/6	65	63	65/6	63	9
02/1952	65/6	65	63	65/6	63	9
03/1952	65/6	65	63	65/6	63	9
04/1952	65/6	65	63	65/6	63	9
05/1952	65/6	65	63	65/6	63	9
06-12/1952	65/6	65	63	65/6	63	9

* Ab dem 1. Juli 2014 soll bei der Altersrente für besonders langjährig Versicherte vorübergehend - für Geburtsjahrgänge vor 1953 - die Altersgrenze von 63 Jahren gelten. Das Eintrittsalter wird für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1952 geboren sind, wieder stufenweise auf die derzeit geltende Altersgrenze von 65 Jahren angehoben. Die Anhebung erfolgt pro Jahrgang in Schritten von jeweils 2 Monaten. Für den Geburtsjahrgang 1964 ist die Altersgrenze von 65 Jahren wieder erreicht. (geplante Änderung durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung - RV-Leistungsverbesserungsgesetz)

AR für schwerbehinderte Menschen			AR wegen Arbeitslosigkeit/ Altersteilzeitarbeit (unverändert)			AR für Frauen (unverändert)		
abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab		abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab		abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab	
Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %
63	60	10,8	65	60	18	65	60	18
63	60	10,8	65	60-61	17,7-14,4	65	60	18
63	60	10,8	65	61-62	14,1-10,8	65	60	18
63	60	10,8	65	62-63	10,5-7,2	65	60	18
63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
63	60	10,8	65	63	7,2	65	60	18
63/1	60/1	10,8	Beide Altersrenten entfallen nach geltendem Recht ab Jahrgang 1952.					
63/2	60/2	10,8						
63/3	60/3	10,8						
63/4	60/4	10,8						
63/5	60/5	10,8						
63/6	60/6	10,8						

Geburts- jahrgang	Regelalters- rente	AR für besonders langjährig Versicherte		AR für langjährige Versicherte		
		abschlags- frei		abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab	
		Alter Jahr/Monat	Alter Jahr/Monat	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %
1953	65/7	65	63/2	65/7	63	9,3
1954	65/8	65	63/4	65/8	63	9,6
1955	65/9	65	63/6	65/9	63	9,9
1956	65/10	65	63/8	65/10	63	10,2
1957	65/11	65	63/10	65/11	63	10,5
1958	66	65	64	66	63	10,8
1959	66/2	65	64/2	66/2	63	11,4
1960	66/4	65	64/4	66/4	63	12
1961	66,6	65	64/6	66/6	63	12,6
1962	66/8	65	64/8	66/8	63	13,2
1963	66/10	65	64/10	66/10	63	13,8
1964	67	65	65	67	63	14,4

AR für schwerbehinderte Menschen			AR wegen Arbeitslosigkeit/ Altersteilzeitarbeit (unverändert)			AR für Frauen (unverändert)		
abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab		abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab		abschlags- frei	vorzeitiger Bezug ab	
Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %	Alter Jahr/ Monat	Alter Jahr/ Monat	Abschlag in %
63/7	60/7	10,8						
63/8	60/8	10,8						
63/9	60/9	10,8						
63/10	60/10	10,8						
63/11	60/11	10,8						
64	61	10,8						
64/2	61/2	10,8						
64/4	61/4	10,8						
64/6	61/6	10,8						
64/8	61/8	10,8						
64/10	61/10	10,8						
65	62	10,8						

Beide Altersrenten entfallen
nach geltendem Recht
ab Jahrgang 1952.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Diese Renten ersetzen das Einkommen, wenn der Versicherte eingeschränkt oder gar nicht mehr erwerbsfähig ist. Dabei gelten folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Der Versicherte muss in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung (ggf. verlängert um Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung) mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Ausnahme: Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Umstandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit als erfüllt gilt.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind ebenfalls erfüllt, wenn die allgemeine Wartezeit vor 1984 erfüllt und ab 1984 jeder Monat bis zum Eintritt der Erwerbsminderung mit rentenrechtlichen Zeiten belegt ist.


Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt – anschließend hat der Versicherte einen Anspruch auf Regelaltersrente in mindestens gleicher Höhe.

Im Einzelnen gibt es folgende Leistungsarten:



Weitere Information finden Sie in der BMAS-Broschüre „Erwerbsminderungsrente“ (A 261).

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

Zeitrenten

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

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

Hinzuverdienst

Die Versichertenrenten stellen den Ersatz für ausgefallene Verdienste dar. Wird neben der Rente zusätzlich Erwerbseinkommen bezogen, so bestehen für vorgezogene Versichertenrenten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze bestimmte Hinzuverdienstgrenzen. Als Hinzuverdienst berücksichtigt werden Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen. Nicht als Arbeitsentgelt gilt das Entgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn es den entsprechenden Pflegegeldbetrag nicht übersteigt oder Entgelt, das ein Behinderter in einer Werkstatt für behinderte Menschen erhält. Bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird auch bestimmtes Erwerbsersatz Einkommen als Hinzuverdienst berücksichtigt.

1. 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.

2. 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.

3. 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 450 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.

4. 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 450 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 oder der Witwer das 45. Lebensjahr vollendet hat oder erwerbsgemindert ist oder ein Kind unter 18 Jahren erzieht oder für ein Kind sorgt, das aufgrund einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Die Altersgrenze von 45 Jahren für die große Witwen-/Witwerrente wird im Zuge der stufenweisen Altersgrenzenanhebung ebenfalls schrittweise vom 45. auf das 47. Lebensjahr angehoben. Unverändert bleiben aber die Regelungen für den Anspruch auf diese Rente wegen aktueller Kindererziehung oder beim Vorliegen einer Erwerbsminderung.

Zur Witwen-/Witwerrente wird zusätzlich für das erste Kind, das erzogen wurde, ein Zuschlag von 2 Entgeltpunkten gezahlt. Für das zweite und jedes weitere Kind beträgt der Zuschlag jeweils 1 Entgeltpunkt. Ist keine der oben genannten Voraussetzungen erfüllt, wird eine kleine Witwenrente für einen Zeitraum von längstens 24 Monaten (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 Bundesfreiwilligendienst) 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, Halbwaisen ein Zehntel der vollen Versichertenrente. Hierzu wird noch ein Zuschlag gezahlt. Waisenrenten an über 18-jährige Waisen unterliegen der Einkommensanrechnung.

3. Erziehungsrente

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

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-, Erwerbsersatz- sowie Vermögenseinkünfte) wird, soweit es den Freibetrag überschreitet, zu 40 % auf die Hinterbliebenenrente angerechnet. Dies gilt entsprechend bei Leistungsansprüchen aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Für Witwen-/Witwerrenten und Erziehungsrenten betragen die Freibeträge zurzeit

Alte Länder	742,90 EUR
Neue Länder	679,54 EUR

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

Alte Länder	157,58 EUR
Neue Länder	144,14 EUR

Die Freibeträge bei Waisenrenten an über 18-jährige Waisen betragen zurzeit

Alte Länder	495,26 EUR
Neue Länder	453,02 EUR

Die Freibeträge sind an den aktuellen Rentenwert gekoppelt und damit dynamisch.

Die Einkommensanrechnung nach altem Recht – Anrechnung von Erwerbs- und Erwerbsersatz Einkommen – gilt aus Vertrauensschutzgründen für Ehepaare, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und wenn mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist, weiter.

5. Rentensplitting unter Ehegatten

Zum Ausbau der eigenständigen Alterssicherung der Frauen wird jüngeren Ehegatten die Möglichkeit eingeräumt, ihre in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche partnerschaftlich hälftig aufzuteilen. Anstelle der herkömmlichen Versorgung von Verheirateten und Verwitweten (zu Lebzeiten beider Ehegatten erhält jeder seine eigene Versichertenrente und beim Tod des ersten Ehegatten wird dem/der Überlebenden zusätzlich zu seiner/ihrer eigenen Rente eine subsidiäre abgeleitete Hinterbliebenenrente gewährt) kann durch eine übereinstimmende Erklärung beider Ehegatten ein Rentensplitting der gemeinsam in der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften erreicht werden. Die Wirkung dieser partnerschaftlichen hälftigen Teilung tritt regelmäßig bereits zu Lebzeiten beider Ehegatten (nämlich bei der Gewährung einer Vollrente wegen Alters auch für den zweiten Ehegatten) ein. Das Rentensplitting führt regelmäßig zu höheren eigenständigen Rentenleistungen für die Frau, die auch im Hinterbliebenenfall nicht der Einkommensanrechnung unterliegen und bei Wiederheirat nicht wegfallen.

Ein Splitting wird allerdings nur durchgeführt, wenn bei beiden Ehegatten jeweils 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten vorhanden sind.

Die Leistungsansprüche gelten entsprechend auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Rentenberechnung

Beitragszeiten

Wie hoch die Rente ist, richtet sich in erster Linie nach 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 das jährliche Bruttoarbeitsentgelt zum Durchschnittsentgelt aller Versicherten steht. Sonderregelungen existieren beispielsweise für Zeiten der beruflichen Ausbildung, der Kindererziehung und nicht erwerbsmäßigen Pflege.

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 Pfl egetätigkeit nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und nach dem Umfang der Pfl egetätigkeit. 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.

Kindererziehungszeiten

Kindererziehungszeiten betragen für Geburten bis 1991 ein Jahr⁴ 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 verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Alters angerechnet werden. Eine Regelaltersrente 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.

Bitte informieren Sie sich
aktuell im Internet unter
www.bmas.de

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 im Jahr 2014 ein Rentenertrag von rd. 28 EUR in den alten bzw. rd. 26 EUR in den neuen Bundesländern monatlich für jedes Jahr der Kindererziehung. Darüber hinaus werden Berücksichtigungszeiten angerechnet.

Erziehung in der Berücksichtigungszeit

Die Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung beginnt mit dem Tag der Geburt des Kindes und endet am Tag der Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes. Sie wirkt sich nicht wie andere rentenrechtliche Zeiten direkt auf die Höhe der Leistung aus. Sie hat eine rentenrechtliche Bedeutung für die Erfüllung der Wartezeit von 45 Jahren für die Altersrente für besonders langjährig Versicherte, für die Wartezeiten von 35 Jahre für die Altersrente für langjährig Versicherte, für den erweiterten Versicherungsschutz bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, sowie für die Gesamtleistungsbewertung für beitragsfreie Zeiten.

Für Erziehungspersonen, die während der ersten 10 Lebensjahre des Kindes erwerbstätig sind, diese Tätigkeit aber wegen der Kindererziehung vor allem in Form von Teilzeitarbeit ausüben und regelmäßig unterdurchschnittlich verdienen, wird die Rente aufgewertet. Dabei erfolgt für Zeiten ab 1992 eine Erhöhung der individuellen Entgelte um 50 % auf maximal 100 % des Durchschnittseinkommens, wenn insgesamt 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (auch Kinderberücksichtigungszeiten zählen hierbei mit) vorliegen.

Bei gleichzeitiger Erziehung von mindestens zwei Kindern unter 10 Jahren werden nicht mit Kindererziehungszeiten belegte Zeiten durch eine Gutschrift von 0,33 Entgeltpunkten jährlich begünstigt. Dies gilt für Zeiten ab 1992, wenn 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten (einschl. Kindererziehungszeiten und Kinderberücksichtigungszeiten) vorliegen.

4 Ab dem 1. Juli 2014 soll die Kindererziehungszeit für vor 1992 geborene Kinder (sog. Mütterrente) um 1 Entgeltpunkt pro Kind ausgeweitet werden (geplante Änderung durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung - RV-Leistungsverbesserungsgesetz).

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.⁵

Rente nach Mindesteinkommen

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

Aufwertung bestimmter Pflichtbeitragszeiten

- **Berufsausbildung:**
Zeiten einer 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.

⁵ Bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Renten wegen Todes mit einem Rentenbeginn ab dem 1. Juli 2014 wird die Zurechnungszeit um zwei Jahre - vom 60. auf das 62. Lebensjahr - verlängert (geplante Änderung durch das Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung - RV-Leistungsverbesserungsgesetz). Zudem wird die Bewertung der Zurechnungszeit bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit geändert: Künftig wird geprüft, ob gegebenenfalls die letzten vier Jahre bis zum Eintritt der Erwerbsminderung die Bewertung der Zurechnungszeit negativ beeinflussen, etwa weil in dieser Zeit wegen Einschränkungen bereits Einkommenseinbußen zu verzeichnen waren. Mindern die letzten vier Jahre bis zum Eintritt der Erwerbsminderung die Bewertung der Zurechnungszeit und damit den Rentenanspruch, fallen sie künftig aus der Berechnung heraus (Günsterprüfung).

- Niedrige Pflichtbeiträge von Behinderten in anerkannten Werkstätten:
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 2014 beträgt sie monatlich 2.765 EUR in den alten und 2.345 EUR in den neuen Bundesländern.
- Pflichtbeiträge von Wehr- und Zivildienstleistenden:
Beitragsbemessungsgrundlage für Pflichtbeiträge bei Wehr- und Zivildienstleistenden ist ein fiktiver Verdienst in Höhe von 60 % der Bezugsgröße. Die Beiträge zahlt der Bund.

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.

Drei Faktoren bestimmen die Höhe einer Rente:

PEP	Persönliche Entgeltpunkte Versichertes Arbeitsentgelt (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) für jedes Kalenderjahr geteilt durch das Durchschnittsentgelt aller Versicherten für dasselbe Kalenderjahr, aufsummiert für das gesamte Versicherungsleben und multipliziert mit dem Zugangsfaktor (ZF).
RF	Rentenartfaktor Ein nach dem Sicherungsziel der zu berechnenden Rente festgelegter Faktor
AR	Aktueller Rentenwert Betrag, der einer monatlichen Rente wegen Alters entspricht, die sich aus Beiträgen aufgrund eines Durchschnittsentgelts für ein Kalenderjahr ergibt (z. Zt. 28,14 EUR (West), 25,74 EUR (Ost))

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

Gesamtleistungsbewertung

Bei der Rentenberechnung werden auch bestimmte beitragsfreie oder beitragsgeminderte Zeiten berücksichtigt. Zu den beitragsfreien Zeiten gehören Anrechnungs-, Zurechnungs- und Ersatzzeiten. Eine beitragsgeminderte Zeit liegt vor, wenn eine Beitragszeit (z.B. aus Beschäftigung) und eine beitragsfreie Zeit (z. B. eine Anrechnungszeit wegen Mutterschutz) in einem Kalendermonat zusammentreffen. Für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten wird ein Wert für die Rentenberechnung ermittelt, der sich aus allen Beitragszeiten (Pflicht- und freiwillige Beiträge) als Durchschnittswert der sogenannten Gesamtleistungsbewertung ergibt. Dieser Wert wird zwar grundsätzlich durch Lücken in der Versicherungsbiografie gemindert, dies gilt jedoch nicht, wenn in dieser Lücke eine beitragsfreie oder beitragsgeminderte Zeit liegt. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung steigern die Werte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten.

Rentenanpassung

Die Rentenanpassung 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 Rentenanpassung 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 Rentenanpassung 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 Rentenanpassung weder durch die Dämpfungsfaktoren (Altersvorsorgeanteil, Nachhaltigkeitsfaktor noch durch eine negative Lohnentwicklung) zu einer Verringerung des bisherigen Monatsbetrages der Rente („Bruttorente“) kommt (sogenannte Rentengarantie).

Die aufgrund der Schutzklausel nicht realisierten Anpassungsdämpfungen (sogeannter Ausgleichsbedarf) werden seit dem Jahr 2011 mit positiven Rentenanpassungen 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 Rentenanpassung. Nach Vollendung des 55. Lebensjahres erhalten Versicherte anstelle der Renteninformation alle drei Jahre eine Rentenauskunft, die noch detailliertere Informationen über die bisherige Versicherungsbiografie enthält.

Über das Rentenrecht informiert das Bürger-telefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr unter 030/221911001.

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.

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 2014 18,9 %) grundsätzlich je zur Hälfte. Wie hoch der Beitrag ist, richtet sich bei abhängig Beschäftigten nach dem Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 5.950 EUR monatlich in den alten und 5.000 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.

Die betriebliche Altersversorgung

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

Die betriebliche Altersversorgung hat gegenüber der privaten Altersvorsorge einige Vorteile:

- 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 2014 können so grundsätzlich 4.656 EUR steuerfrei in eine betriebliche Altersversorgung investiert werden. Die umgewandelten Entgeltbestandteile sind darüber hinaus bis zu einer Höhe von 2.856 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.

Die private Altersvorsorge

Seit 2002 fördert der Staat unter bestimmten Bedingungen den Aufbau einer privaten kapitalgedeckten Altersvorsorge. Die sogenannte Riester-Förderung erfolgt auf zwei Wegen: mit finanziellen Zuschüssen (Zulagen) und Extra-Steuerersparnissen (zusätzlicher Sonderausgabenabzug). Im Einzelnen gibt es folgende förderfähige Anlagemöglichkeiten:

- Banksparpläne
- Private Rentenversicherungen
- Fondssparpläne
- Eigenheimrente.

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Thema Rente unter 030/221911001.

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 Banksparrplänen und Fondssparplänen kann das angesparte Kapital bis zum Beginn der Restverrentungsphase (ab 85. Lebensjahr) vererbt werden. Bei einer privaten Rentenversicherung ist dies in der Regel nicht möglich. Sie können aber eine Garantizeit 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.



Weitere Information erhalten Sie in der **BMAS-Broschüre „Zusätzliche Altersvorsorge“ (A 817)**.

Die Riester-Förderung erhalten Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Rentenversicherung, Pflichtversicherte in der Alterssicherung der Landwirte und Beamte, Empfänger von Amtsbezügen sowie Bezieher von Erwerbsminderungsrenten. Bei Verheirateten genügt es, wenn ein Ehegatte die Voraussetzungen erfüllt; dann erhält auch der andere die Förderung. Dazu schließt auch der zweite Ehegatte einen eigenen Altersvorsorgevertrag ab und zahlt einen Eigenbeitrag von mindestens 60 EUR jährlich.

Die staatliche Förderung

Basis der Förderung 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, wenn sie mindestens 60 EUR jährlich einzahlen.

Die Altersvorsorgezulage ist von einem bestimmten Mindesteigenbetrag abhängig. Wird dieser nicht in voller Höhe erbracht, wird die Zulage gekürzt. Zusätzlich können die Sparbeiträge zugunsten eines Riester-Vertrages als Sonderausgaben bis zu einem Höchstbetrag (siehe Tabelle am Ende des Kapitels) geltend gemacht und 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,
- oder für die Entschuldung von selbstgenutztem Wohneigentum.

Nachgelagerte Besteuerung bedeutet, dass Alterseinkünfte erst versteuert werden, wenn sie dem Steuerpflichtigen ausgezahlt werden im Alter. Dafür bleiben Beiträge zur Altersvorsorge in der Erwerbsphase bis zu einem jährlichen Höchstbetrag unbesteuerter.

Die erste Neuregelung gilt für eine nach dem 31.12.2007 begonnene wohnungswirtschaftliche Verwendung. Die anderen Varianten sind auch auf selbstgenutzte Objekte anwendbar, die vor 2008 angeschafft oder hergestellt wurden.

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 % des gesamten in der Immobilie gebundenen geförderten Kapitals.

Information

Sie sollten immer beides im Blick haben: Die betriebliche Altersversorgung und die private Altersvorsorge. Prüfen Sie, welche Variante in Ihrer persönlichen Situation am günstigsten ist. Die Entgeltumwandlung mit Steuer- und Sozialabgabenfreiheit und das Altersvorsorgesparen mit Riester-Förderung durch Zulagen und zusätzlichen Sonderausgabenabzug können auch gleichzeitig betrieben werden.

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

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

Nähere Informationen finden Sie im Internet unter http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Alter_und_Vorsorge/Altersvorsorge

Informationen erhalten Sie u.a. über www.deutsche-rentenversicherung.de, www.bundesfinanzministerium.de, www.warentest.de, www.vzbv.de.

Übersicht über die Riester-Förderung

Sonderausgabenabzug (neben den Vorsorgeaufwendungen)	bis zu 2.100 EUR
Grundzulage	154 EUR 200 EUR ¹
Kinderzulage je Kind	185 EUR 300 EUR ²
Mindesteigenbeitrag	4 % abzügl. Zulagen ³
Höchstens	2.100 EUR abzügl. Zulagen

1 einmaliger Berufseinsteiger-Bonus für alle unter 25-jährige

2 für ab dem 01.01.2008 geborene Kinder

3 Mindestens aber 60 EUR (Sockelbetrag)



Soziale Entschädigung

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

Die Soziale Entschädigung umfasst:

- Kriegsoffer (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 Bundesvertriebenen-gesetzes genannten Gebieten aus politischen Gründen inhaftiert wurden und dadurch gesundheitlich beeinträchtigt worden sind,
- Personen, die aufgrund eines SED-Unrechtsurteils inhaftiert waren und dadurch Gesundheitsschäden erlitten haben, die noch heute fort dauern sowie
- Personen, die aufgrund einer Verwaltungsentscheidung einer deutschen behördlichen Stelle in der ehemaligen DDR Gesundheitsschäden erlitten haben, die noch heute fort dauern.



Die kostenlose CD „Bundesversorgungsgesetz“ (C 752) mit allen relevanten Gesetzen können Sie im BMAS bestellen.

Gesetze

Grundlagen für das Soziale Entschädigungsrecht finden Sie im

- Bundesversorgungsgesetz (BVG),
- Opferentschädigungsgesetz (OEG),
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG),
- Zivildienstgesetz (ZDG),
- Infektionsschutzgesetz (IfSG),
- Häftlingshilfegesetz (HHG),
- 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 oder Beschädigter im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts haben Sie Anspruch auf Heilbehandlung für anerkannte Folgen der Schädigung, wie:

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

Wichtig für Schwerbeschädigte

Wenn bei Ihnen ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 50 anerkannt worden ist, erhalten Sie auch für alle weiteren nicht schädigungsbedingten 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. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt für das Jahr 2014 53.550 EUR. Das entspricht 4.462,50 EUR monatlich.

Zudem haben Sie Anspruch auf Versorgungskrankengeld, wenn Sie durch die Folgen der Schädigung arbeitsunfähig sind sowie auf Krankenbehandlung.

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 (Leistungen der Kriegsopferfürsorge, siehe Folgeseite).



Die kostenlose Broschüre „Kriegsopferfürsorge“ (A 105) erklärt alle Fürsorgeleistungen.

Rentenleistungen erhalten Beschädigte, Witwen und Witwer, eingetragene Lebenspartnerinnen und -partner sowie Waisen und Eltern. Wie hoch die Beschädigtenrente ist, richtet sich nach der Höhe des festgestellten GdS. Ab einem GdS von 25 werden Rentenleistungen erbracht. Folgende Leistungen gibt es:

- Grundrente, gestaffelt nach GdS. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres erhöht sich die Grundrente bei Schwerbeschädigten.
- Schwerstbeschädigtenzulage in sechs Stufen.
- Pflegezulage bei Hilflosigkeit ebenfalls in sechs Stufen.
- Ersatz für Mehrverschleiß an Kleidung und Wäsche.
- Blinde erhalten eine Beihilfe zu den Aufwendungen für fremde Führung.
- Berufsschadensausgleich, um den Einkommensverlust auszugleichen, den 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.

Leistungen der Kriegsopferversorge

Zusätzlich gibt es ergänzende Leistungen der Kriegsopferversorge, zum Beispiel:

- Hilfe zur Pflege,
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts,
- Altenhilfe,
- Erholungshilfe,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen, u. a. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Beschädigte,
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt.

Leistungen der Kriegsopferversorge werden nachrangig und zur Ergänzung der übrigen Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz als besondere Hilfen im Einzelfall erbracht. Sie sind grundsätzlich einkommens- und vermögensabhängig, es sei denn, der Bedarf wurde ausschließlich durch die Schädigung verursacht.

Gesetze

Gesetzliche Grundlage für die Kriegsopferversorgung und -fürsorge ist das Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Information

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

Zuständig für die Kriegsopferversorge sind die örtlichen und überörtlichen Träger der Kriegsopferversorge. Rechtsschutz im Bereich der Kriegsopferversorge gewähren die Gerichte der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Übersicht über die finanziellen Leistungen der Kriegsopferversorgung (Stand: ab 1.7.2013)

Empfängerkreis/Leistungen	GdS*	Leistungswerte pro Monat EUR
Führzulage (Leistung für Blinde)		151
Grundrente für Beschädigte**	30	127
	40	174
	50	234
	60	296
	70	410
	80	496
	90	596
	100	668
Alterserhöhung zur Grundrente	50, 60	26
	70, 80	32
	90, 100	39
Schwerstbeschädigtenzulage	Stufe I	77
	Stufe II	159
	Stufe III	237
	Stufe IV	317
	Stufe V	395
	Stufe VI	476
Ausgleichsrente für Beschädigte	50, 60	410
	70, 80	496
	90	596
	100	668
Ehegattenzuschlag		74
Pflegezulage	Stufe I	282
	Stufe II	482
	Stufe III	685
	Stufe IV	678
	Stufe V	1.142
	Stufe VI	1.404
Grundrente für Witwen/Witwer		401
Ausgleichsrente für Witwen/Witwer		443
Grundrenten für Halbwaisen Vollwaisen		113
		211
Ausgleichsrenten für Halbwaisen Vollwaisen		199
		276
Elternrente für Elternpaar Elternteil		543
		379
Erhöhungsbetrag nach § 51 Abs. 2 BVG für Elternpaar Elternteil		99
		74
Erhöhungsbetrag nach § 51 Abs. 3 BVG für Elternpaar Elternteil		308
		223
Bestattungsgeld Voll Halb		1.613
		808
Kleiderverschleißpauschale (Multiplikator)		19***

*) Grad der Schädigungsfolgen

**) Aufgrund des Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) werden die Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz in den neuen Ländern angehoben.

***) Der genaue Eurobetrag ist abhängig von der Beeinträchtigung.

Opfer von Gewalttaten

Leistungen/Voraussetzungen

Wenn Sie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder auf einem deutschen Schiff bzw. Luftfahrzeug das Opfer einer Gewalttat geworden sind und hierdurch gesundheitlichen Schaden erlitten haben, werden Sie im gleichen Umfang wie Kriegsoffer versorgt.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) von 1993 sind in diese Entschädigungsregelung auch die übrigen Ausländer, die rechtmäßig längerfristig in der Bundesrepublik leben, in angemessener Weise einbezogen worden. Wie sie entschädigt werden, hängt u. a. von der Aufenthaltsdauer, d. h. dem Ausmaß ihrer Integration, ab. Entschädigt werden auch Ausländer, deren Aufenthalt in der Bundesrepublik aus humanitären Gründen oder erheblichem öffentlichen Interesse als rechtmäßig anzusehen ist. Für ausländische Touristen und Besucher gilt eine Härtefallregelung. Deutsche und rechtmäßig in Deutschland lebende Ausländer, die während eines Aufenthaltes von weniger als sechs Monaten im Ausland Opfer einer Gewalttat werden, können seit dem 1. Juli 2009 ebenfalls Leistungen erhalten, wenn die Tat nach dem 1. Juli 2009 begangen wurde. Da hier nicht mehr die besondere Verantwortung des deutschen Staates, sondern der Fürsorgegedanke im Vordergrund steht, erhalten diese Personen nur Leistungen, wenn vom Täter keine Entschädigung erfolgt und wenn keine anderen Sicherungssysteme 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.

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.



„Hilfe für Opfer von Gewalttaten“ (A 719) lautet die kostenlose Broschüre des BMAS mit weitergehenden Informationen.

Information

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

Wichtig:

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

Sind Sie in einem anderen Mitgliedstaat der EU Opfer einer Gewalttat geworden, können Sie sich an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wenden. Dieses ist sogenannte Unterstützungsbehörde im Sinne der EU-Richtlinie 2004/80/EG und leitet Ihren Entschädigungsantrag an die zuständige Behörde im jeweiligen Land des Tatorts weiter.

Weitere Informationen erhalten Sie u. a. auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Hinweis: Die Entschädigung der sogenannten Contergan-Opfer ist unabhängig vom Sozialen Entschädigungsrecht geregelt, und zwar im Gesetz über die 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 und Mitteln 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 das menschenwürdige Existenzminimum, 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 bereitstellt 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 aufgehoben zugunsten einer Differenzierung in sieben Kapitel, die Leistungen für jeweils näher bestimmte Lebenslagen regeln.

Ein zentrales Ziel der Sozialhilfe ist es, die Selbsthilfekräfte zu stärken:

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

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 der Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens der 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 § 39 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 Zahl 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 Arbeitssuchende). 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 an 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 Arbeitssuchende im Alter von 15 bis 64 Jahren das SGB II geschaffen, die nun Leistungen der neu eingeführten Grundsicherung für Arbeitssuchende erhalten. Dieser Personenkreis ist von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII grundsätzlich ausgeschlossen (§ 21 SGB XII).

Wie die Sozialhilfe umfasst auch die Grundsicherung für Arbeitssuchende Dienst-, Geld- und Sachleistungen. Ihre Leistungen berücksichtigen ebenfalls die individuelle Lebenslage des Leistungsberechtigten. Im Vordergrund steht dort der Grundsatz der Überwindung dieser Situation durch eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt (unter Einsatz der Instrumente der Arbeitsförderung) oder eine Beschäftigungsmaßnahme mit Mehraufwandsentschädigung. Wenn sie anderweitig nicht abgesichert sind, erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 64 Jahren „Arbeitslosengeld II“ zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 19 SGB II); sofern in deren Haushalt auch nicht erwerbsfähige Personen leben, haben diese einen Anspruch auf Sozialgeld (§ 23 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). Mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – verkündet am 29. März 2011 – sind die Regelbedarfe verfassungskonform ermittelt worden

In Umsetzung eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts werden nunmehr die Regelbedarfe für Kinder und Jugendliche, die die Höhe der pauschalierten Leistungen des Existenzminimums bestimmen, unmittelbar und dabei nach Altersabschnitten differenziert. Eine prozentuale Ableitung von ehemaligen Eckregelsatz – jetzt Regelbedarfsstufe 1 – gibt es nicht mehr.

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 46b),
- Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52),
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60),
- Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66),
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69),
- Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74)

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Darstellung der bereichsbezogenen Kapitel des SGB XII in Grundzügen

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

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen überwiegend in Privathaushalten lebende Personen, wobei zusammenwohnende Partner sowie im Haushalt lebende minderjährige Kinder als sog. Einstandsgemeinschaft betrachtet werden. Der notwendige Lebensunterhalt umfasst nach § 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 menschenwürdiges Existenzminimum, das 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:

- Seit dem 1.1.2011 gelten neue Regelbedarfsstufen (RBS); die EUR-Beträge gelten ab dem 1.1.2013:
 - Regelbedarfsstufe 1 (RBS 1; 391 EUR):
Für eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die als alleinstehende oder allein-erziehende Person einen eigenen Haushalt führt; dies gilt auch dann, wenn in diesem Haushalt eine oder mehrere weitere erwachsene Personen leben, die der Regelbedarfsstufe 3 zuzuordnen sind.
 - Regelbedarfsstufe 2 (RBS 2; 353 EUR):
Für jeweils zwei erwachsene Leistungsberechtigte, die als Ehegatten, Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führen.
 - Regelbedarfsstufe 3 (RBS 3; 313 EUR):
Für eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die weder einen eigenen Haushalt führt, noch als Ehegatte, Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft einen gemeinsamen Haushalt führt.
 - Regelbedarfsstufe 4 (RBS 4; 296 EUR):
Für eine leistungsberechtigte Jugendliche oder einen leistungsberechtigten Jugendlichen vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
 - Regelbedarfsstufe 5 (RBS 5; 261 EUR):
Für ein leistungsberechtigtes Kind vom Beginn des siebten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
 - Regelbedarfsstufe 6 (RBS 6; 299 EUR):
Für ein leistungsberechtigtes Kind bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres.
- Mit den neuen Bildungs- und Teilhabebedarfen für Kinder und Jugendliche wird deren menschenwürdiges Existenzminimum sowie das der Schülerinnen und Schüler im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe sichergestellt. Die Bedarfe werden als eigenständige Bedarfe neben dem Regelbedarf anerkannt, um durch zielgerichtete Leistungen eine stärkere Integration hilfebedürftiger Kinder und Jugendlicher in die Gemeinschaft zu erreichen.
- Werden Unterkunft in Höhe der angemessenen Mietkosten 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) (§ 35 SGB XII).
- Heizkosten in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit sie angemessen sind. Leistungen für die zentrale Warmwassererzeugung werden nun in tatsächlicher Höhe erbracht; eine Warmwasserpauschale wird nicht mehr beim Regelbedarf in Abzug gebracht. Soweit Warmwasser durch in die Unterkunft installierte Vorrichtungen erzeugt wird (dezentrale Warmwassererzeugung; z.B. Boiler), wird ein Mehrbedarf anerkannt (§ 30 Abs. 7 SGB XII).

Die Mehrbedarfs-
pauschalen betragen
zukünftig nur noch bis
zu 36 %, beziehen sich
aber jetzt auf den
höheren Regelbedarf,
der die einmaligen
Leistungen weitgehend
enthält. Die Zuschläge
fallen für allein
Erziehende etwas
günstiger aus. Für die
übrigen Personen-
gruppen ergeben sie den
gleichen Betrag wie
bisher. Auch allein
Erziehende mit einem
Kind ab 7 Jahren erhalten
nun einen Zuschlag
(in Höhe von 12 %).

- Zur Vermeidung von Wohnungsnotfällen sollen darüber hinaus Mietschulden übernommen werden (§ 36 SGB XII).
- Pauschalierungen der Unterkunfts- und Heizkosten werden den Sozialhilfeträgern unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht.
- Zusätzliche Aufwendungen (Mehrbedarf), die nicht vom Regelbedarf abgedeckt sind, werden für bestimmte Lebenssituationen und besondere Umstände übernommen, sofern die persönlichen Voraussetzungen vorliegen.
- Einmalige Leistungen werden für Erstausrüstung des Haushalts, für Erstausrüstung an Bekleidung (einschließlich Sonderbedarf bei Schwangerschaft und Geburt) erbracht. Vom Regelbedarf umfasster, jedoch im Einzelfall unabweisbar gebotener Sonderbedarf soll als Darlehen gewährt werden (§ 37 SGB XII).
- Weiterhin können Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden sowie Beiträge für die Altersvorsorge (§§ 32 und 33 SGB XII).

Die Regelbedarfe und die Leistungen für einmalige Bedarfe sind als pauschale Leistungen konzipiert. Die übrigen Komponenten werden in der Regel in der Höhe übernommen, in der sie tatsächlich anfallen. Weiterer, vom Regelbedarf umfasster, jedoch unabweisbar gebotener Sonderbedarf kann nicht als „einmalige Leistung“, sondern nur in Form eines Darlehens gewährt werden, das auch während des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt zurück zu zahlen ist.

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 % der Regelbedarfsstufe 1 beträgt (§ 27b SGB XII).

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

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

Nach dem Vierten Kapitel haben Personen mit Erreichen der Altersgrenze 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 EUR kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

Das neue Bildungspaket

Das neue Bildungspaket (Bedarfe für Bildung und Teilhabe) für Schülerinnen und Schüler, die eine allgemein- oder berufsbildende Schule besuchen, umfasst folgende Leistungen:

- Kosten für eintägige Schul- bzw. Kitaausflüge,
- Leistungen für mehrtägige Klassenfahrten,
- Leistungen für den Schulbedarf i. H. v. 70 EUR für das erste Schulhalbjahr und 30 EUR für das zweite Schulhalbjahr,
- Kosten der Schülerbeförderung, soweit sie erforderlich sind und nicht bereits von Dritten getragen werden,
- Leistungen für eine schulnahe Lernförderung unter bestimmten Voraussetzungen,
- Mehrkosten für ein gemeinschaftliches Schulmittagessen und
- ein monatliches Teilhabebudget im Wert von 10 EUR für soziale und kulturelle Teilhabe.

Die Bedarfe zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben gelten selbstverständlich auch ergänzend für behinderte Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe.

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 kostenlose Broschüre „Bildungspaket“ (A 857b) des BMAS informiert über die unterschiedlichen Leistungen .

Die zum Januar 2003 als vorrangige Leistung eingeführte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 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 nicht die Vermutung, dass Berechtigte, die mit Verwandten oder Verschwägerten in Haushaltsgemeinschaft leben, von diesen auch Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten. Tatsächliche Leistungen sind wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt auf den Bedarf anzurechnen. Ansonsten gelten im Wesentlichen gleiche Regelungen wie für die Hilfe zum Lebensunterhalt.

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 Kostenersatzung. Der nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger wählt eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers aus.

Diese Krankenkasse stellt dem Sozialhilfeempfänger eine Krankenversichertenkarte zur Inanspruchnahme der erforderlichen Gesundheitsleistungen aus. Bei Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern tritt der Betroffene wie ein Kassenpatient auf, ohne tatsächlich Krankenkassenmitglied zu sein.

Das zuständige Sozialamt erstattet der Krankenkasse die Kosten für erbrachte Gesundheitsleistungen im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit. Die Gleichbehandlung von nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern und Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zur Folge, dass auch Sozialhilfeempfänger die im Krankenversicherungsrecht vorgesehenen Zuzahlungen im Rahmen vorgesehener Belastungsgrenzen leisten müssen.

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.

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 wurden 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 (§ 57 SGB XII). Mit dem Persönlichen Budget können behinderte und pflegebedürftige Menschen eigenständig bestimmen, welche Dienstleistungen sie in welcher Form und von welchem Anbieter in Anspruch nehmen.

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.

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.

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

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

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

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

Weitere Regelungen

Die weiteren Teile des SGB XII enthalten:

- Zehntes Kapitel: Einrichtungen und Dienste (§§ 75 – 81 SGB XII)
- Elftes Kapitel: Einsatz des Einkommens und Vermögens; Übergang von Ansprüchen (§§ 82 – 96 SGB XII)
- Zwölftes Kapitel: Zuständigkeitsregelung (§§ 97 – 101 SGB XII)
- Dreizehntes Kapitel: Kostenersatz und Kostenerstattung (§§ 102 – 115 SGB XII)
- Vierzehntes Kapitel: Verfahrensbestimmungen (§§ 116 – 120 SGB XII)
- Fünfzehntes Kapitel: Statistik (§§ 121 – 129 SGB XII)
- Sechzehntes Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen.

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 der Regelbedarfsstufe 1 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 eine Einkommensgrenze in Höhe des Zweifachen der Regelbedarfsstufe 1 zuzüglich 70 % der Regelbedarfsstufe 1 für weitere Familienmitglieder und der Kosten der Unterkunft.

Unterhaltsansprüche eines erwachsenen behinderten oder pflegebedürftigen Menschen gehen (abgesehen von wenigen Ausnahmen) in pauschalierter Form auf den Sozialhilfeträger über, und zwar in Höhe von bis zu 31,07 EUR für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Pflege und in Höhe von bis zu 23,90 EUR für Leistungen zum Lebensunterhalt. Die Festlegung der Beträge erfolgt durch die Länder. Für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt regelmäßig kein Rückgriff.



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.

Leistungen/Voraussetzungen

Mietzuschuss gibt es für

- Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers,
- Untermieter,
- Inhaber einer Genossenschafts- oder Stiftswohnung,
- mietähnlich Nutzungsberechtigte, insbesondere Inhaber eines mietähnlichen Dauerwohnrechts,
- Eigentümer eines Hauses mit drei oder mehr Wohnungen,
- Bewohner eines Heimes,

wenn sie diesen Wohnraum selbst nutzen.

Lastenzuschuss gibt es für

- Eigentümer eines Hauses (mit bis zu zwei Wohnungen),
- Eigentümer einer Eigentumswohnung,
- Erbbauberechtigte,
- Inhaber eines eigentumsähnlichen Dauerwohnrechts, eines Wohnungsrechts oder eines Nießbrauches,
- diejenigen, die einen Anspruch auf Bestellung oder Übertragung eines der vorgenannten Rechte haben,

wenn sie diesen Wohnraum selbst nutzen.

Ausschluss vom Wohngeld

Kein Wohngeld erhalten die Empfänger und Empfängerinnen 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.

Ein Ausschluss vom Wohngeld besteht allerdings dann nicht, wenn durch das Wohngeld die Hilfebedürftigkeit vermieden oder beseitigt werden kann und eine der vorgenannten Leistungen entweder noch nicht erbracht wurde oder erbracht wird, aber gegenüber dem Wohngeld nachrangig ist.

Rechtsanspruch

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

Bewilligungsvoraussetzungen

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

- wie viele Haushaltsmitglieder zu berücksichtigen sind (hierzu zählen im Wesentlichen die wohngeldberechtigte Person, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer sonstigen Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft, Eltern und Kinder – auch Pflegekinder –, Verwandte sowie Schwager und Schwägerin),
- wie hoch die zuschussfähige Miete oder Belastung durch den Wohnraum ist; Miete oder Belastung werden jedoch nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen in Abhängigkeit von der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder und der Mietenstufe berücksichtigt und,
- wie hoch das monatliche Gesamteinkommen aller Haushaltsmitglieder ist.

Insbesondere die Haushaltsmitglieder haben der Wohngeldbehörde Auskunft über ihre für das Wohngeld maßgebenden Verhältnisse zu geben.

Ermittlung des Gesamteinkommens

Die wohngeldrechtliche Einkommensermittlung orientiert sich am Einkommensteuerrecht. Das heißt: maßgebend sind 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 für Steuern und Sozialversicherungsbeiträge und Freibeträge für bestimmte Personengruppen (z. B. schwerbehinderte Haushaltsmitglieder). Die Höhe der Einkommen ist nachzuweisen.

Als Jahreseinkommen ist das Einkommen im Bewilligungszeitraum zu Grunde zu legen, das im Zeitpunkt der Antragstellung zu erwarten ist.

Wohngeld-Einkommensgrenzen

Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder	Grenzen für das monatliche Gesamteinkommen in EUR gemäß Wohngeldformel für Wohnraum in Gemeinden der Mietenstufe					
	I	II	III	IV	V	VI
1	780	790	800	820	840	860
2	1050	1070	1100	1120	1140	1170
3	1310	1340	1350	1380	1410	1430
4	1710	1750	1780	1810	1850	1880
5	1980	2010	2040	2080	2110	2150

Nähere Informationen über das geltende Wohngeldrecht finden Sie auf der Internetseite des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit.

Was müssen Sie tun?

Um Wohngeld zu erhalten, müssen Sie bei der zuständigen Wohngeldbehörde Ihrer Gemeinde, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung einen Antrag stellen und die Voraussetzungen nachweisen. Die Formulare erhalten Sie u. a. bei Ihrer Wohngeldbehörde und ggf. auch im Internetauftritt der zuständigen kommunalen Verwaltung.

Information

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

Der Bewilligungszeitraum

Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate bewilligt. Dieser Zeitraum kann jedoch über- oder unterschritten werden. Wohngeld wird frühestens erst ab dem Monat geleistet, in dem der Antrag bei der Wohngeldbehörde eingegangen ist. Daran sollten Sie denken, wenn Sie Wohngeld beantragen wollen.

Damit Sie auch nach Ablauf des Bewilligungszeitraums weiterhin Wohngeld erhalten, ist es erforderlich, einen erneuten Antrag zu stellen. Ein Tipp: Stellen Sie den Antrag möglichst zwei Monate vor Ablauf Ihres Bewilligungszeitraums, damit das Wohngeld möglichst ununterbrochen weitergezahlt wird.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Wohngeldgesetz, das durch die Wohngeldverordnung ergänzt wird.



Internationale Sozialversicherung

Die deutschen Gesetze über die Sozialversicherung sehen vielfach 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 wichtig, 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, Kroatien, 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 allen 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 Staaten, mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat. Dazu gehören u.a.:

- Australien,
- Bosnien-Herzegowina,
- Brasilien (Rentenabkommen),
- Chile (Rentenabkommen),
- China (Entsendeabkommen),
- Indien (Entsendeabkommen),
- Israel,
- Japan (Rentenabkommen),
- Kanada (Rentenabkommen),
- Marokko,
- Mazedonien,
- Montenegro,
- Serbien,
- Südkorea (Rentenabkommen),
- Tunesien,
- Türkei,
- USA (Rentenabkommen).

Die mit China und Indien bestehenden Sozialversicherungsabkommen regeln die Vermeidung der Doppelversicherung bei Beschäftigung im anderen Vertragsstaat.

In all diesen Regelungen geht es nicht darum, die Systeme der Sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Sie sollen koordiniert werden.

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 gleichgestellt.
2. Der Aufenthalt in dem einen Mitglieds- bzw. Vertragsland ist dem Aufenthalt in dem anderen Mitglieds- bzw. Vertragsland grundsätzlich gleichgestellt.

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 zum Beispiel, wenn Sie nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten versichert sind oder waren. Außerdem müssen Sie Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates 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, des EWR und der Schweiz ist die Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung sind die o.g. Sozialversicherungsabkommen maßgebend.

Sozialversicherungsabkommen bestehen mit den o. g. 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-Mitgliedstaat, die bis zu Ihrer beabsichtigten Rückkehr nicht zurückgestellt werden können. Sofern Sie sich in einem EU-Mitgliedstaat begeben, um dort ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, können sie von Ihrer deutschen Krankenkasse Erstattungen der von Ihnen verauslagten Kosten bis zur Höhe verlangen, wie sie in Deutschland entstanden wären. Für Krankenhausbehandlungen ist dagegen eine vorherige Genehmigung durch Ihre Krankenkasse erforderlich. Diese Regelungen gelten nicht in Australien, Brasilien, 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.

Was müssen Sie tun?

Als Tourist sind Sie gut beraten, wenn Sie sich vor Ihrer Abreise bei Ihrer Krankenkasse eine Europäische Krankenversicherungskarte besorgen, die Sie mitnehmen. Bei Aufenthalt in Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien sollten Sie sich eine besondere Anspruchsbescheinigung besorgen. Diese wird außerhalb der EU auch in Mazedonien akzeptiert. 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.

Was müssen Sie tun?

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

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in 53757 Sankt Augustin, Alte Heerstraße 111.



Die Publikation „Sozialkompass Europa“ (A 801) können Sie bestellen unter www.bmas.de.

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.

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 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-bw.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 Österreich, 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 Brasilien, 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 für den Zeitraum von drei Monaten bis maximal sechs Monaten beziehen. Falls Sie vor Ablauf dieses Zeitraumes zurückkehren, kann Ihr vor der Ausreise erworbener Arbeitslosengeldanspruch, sofern er nicht verbraucht und nicht erloschen ist, erneut bewilligt werden. In Bosnien-Herzegowina, Serbien, Montenegro und Mazedonien erhalten Arbeitslose, die in Deutschland beschäftigt gewesen sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Leistungen der dortigen Versicherung.

Was müssen Sie tun?

Damit Sie in einem anderen 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 Mitgliedstaates, in den Sie sich begeben, als Arbeitssuchender melden.

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



Sozialgerichtsbarkeit

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

Wann sind die Sozialgerichte zuständig?

Die Sozialgerichte entscheiden zum einen über Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung. Dieses sind beispielsweise die Kranken- und Unfallversicherung oder die Rentenversicherung. Zum anderen sind die Sozialgerichte auch in Angelegenheiten der Arbeitslosenversicherung, des sozialen Entschädigungsrechts mit Ausnahme der Kriegsopferversorge oder des Schwerbehindertenrechts zuständig. Seit dem 1. Januar 2005 ist die Sozialgerichtsbarkeit auch für Streitigkeiten in Angelegenheiten der Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“) und 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 entscheidet das Bundessozialgericht. Bei den Sozialgerichten werden Kammern gebildet, die sich jeweils mit bestimmten Rechtsgebieten aus dem Zuständigkeitsbereich der Sozialgerichtsbarkeit befassen. Jede Kammer ist mit einem Berufsrichter als Vorsitzendem und zwei ehrenamtlichen Richtern als Beisitzer tätig. Die Landessozialgerichte entscheiden insbesondere über Berufungen gegen Urteile. Die Senate der Landessozialgerichte sind jeweils mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt. Beim Bundessozialgericht, das über die Revisionen entscheidet, sind die Senate ebenfalls mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt.

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

Was ist bei der Klageerhebung zu beachten?

Die Klage muss schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim zuständigen Gericht erhoben werden. Zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle bedeutet, dass der Kläger die Klage auch erheben kann, indem er den streitigen Sachverhalt dem zuständigen Mitarbeiter des Gerichts schildert und dieser hiervon eine Niederschrift anfertigt. In der Klageschrift müssen Kläger und Beklagter benannt werden. Außerdem muss in der Klageschrift angegeben werden, was mit der Klage begehrt wird. Falls ein Bescheid vorliegt, soll er beigefügt werden. 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 grundsätzlich 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 Widerspruch gegen den Verwaltungsakt einlegen. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach der Bekanntgabe des Verwaltungsaktes schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle eingelegt werden, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Die Behörde prüft dann in einem Widerspruchsverfahren erneut die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsaktes. Wenn die Behörde den Widerspruch für begründet hält, hebt sie den angefochtenen Verwaltungsakt auf und erlässt gegebenenfalls den begehrten Verwaltungsakt. Andernfalls erlässt die zuständige Widerspruchsbehörde einen ablehnenden Widerspruchsbescheid, mit dem der angefochtene Verwaltungsakt bestätigt wird. In diesem Fall kann dann Klage beim Sozialgericht erhoben werden.

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

Wie läuft das Gerichtsverfahren ab?

Im sozialgerichtlichen Verfahren findet grundsätzlich eine mündliche Verhandlung statt. Bereits vor der mündlichen Verhandlung kann der Vorsitzende Urkunden, elektronische Dokumente und Krankenunterlagen anfordern. Er kann auch Auskünfte einholen, Zeugen und Sachverständige vernehmen, Begutachtungen durch Sachverständige anordnen, andere beiladen und in einem Termin mit den Beteiligten den Sachverhalt persönlich erörtern, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung erledigen zu können. Die mündliche Verhandlung findet öffentlich statt und wird vom Vorsitzenden geleitet. Zunächst ruft dieser die Sache auf, dann werden – soweit welche geladen sind – die Zeugen belehrt. Bis zu ihrer Vernehmung verlassen die Zeugen wieder den Gerichtssaal. Anschließend führt der Vorsitzende in den Sach- und Streitstand ein. Nun erfolgt – falls notwendig – die Beweisaufnahme, im Anschluss äußern sich Kläger und Beklagter zur Sache. Wenn die Streitsache erörtert worden ist, erklärt der Vorsitzende die mündliche Verhandlung für geschlossen.

Eine wesentliche Rolle spielt im sozialgerichtlichen Verfahren die Beweisaufnahme. Im Rahmen der Beweisaufnahme werden beispielsweise Zeugen oder Sachverständige – z.B. ein Arzt – gehört. Es können aber auch Dokumente, die einen bestimmten Sachverhalt beweisen, vorgelegt werden. Bei der Beweisaufnahme ist das Gericht nicht an die Beweisanträge der Beteiligten gebunden. Denn im sozialgerichtlichen Verfahren gilt der sogenannte Amtsermittlungsgrundsatz. 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 nur vor dem Bundessozialgericht. 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 Streitigkeiten, bei denen der Beschwerdewert nicht mehr als 750 EUR beträgt. In diesem Fall muss die Berufung ausdrücklich zugelassen werden. Der Beschwerdewert ist die Differenz zwischen dem, was der Berufungskläger in dem Verfahren vor dem Sozialgericht erhalten hat und dem, was er mit seiner Berufungsklage weiter verfolgt. Das Landessozialgericht prüft im Berufungsverfahren noch einmal alle tatsächlichen und rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Gegen ein Urteil des Landessozialgerichts kann Revision eingelegt werden. Anders als bei der Berufung muss aber die Revision in jedem Fall ausdrücklich vom Landessozialgericht zugelassen werden. Die Revision ist vom Landessozialgericht zum Beispiel zuzulassen, wenn die 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 wurde, kann hiergegen eine Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt werden. Im Revisionsverfahren prüft das Bundessozialgericht nicht mehr die tatsächlichen, sondern nur noch die rechtlichen Aspekte des Sachverhalts.

Berufung und Revision sind innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils einzulegen.

Was kostet die Durchführung eines sozialgerichtlichen Verfahrens?

Für Versicherte, Leistungsempfänger und Menschen mit Behinderung ist das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gerichtskostenfrei, es sei denn, es geht um ein Verfahren wegen eines überlangen Gerichtsverfahrens. Soweit der Kläger oder der Beklagte nicht zu dieser Gruppe gehört – beispielsweise ein Träger der Sozialversicherung – hat er eine Pauschgebühr zu entrichten. Gehören weder der Kläger noch der Beklagte den bereits genannten Personengruppen an, werden, wie in Verfahren bei anderen Gerichtsbarkeiten auch, Gerichtskosten in Abhängigkeit vom Streitwert erhoben.



Sozialdatenschutz

Prinzipien des Sozialdatenschutzes

Die Gewährleistung sozialer Rechte durch die sozialen Sicherungssysteme ist ohne den Umgang mit personenbezogenen Daten der Bürger nicht denkbar. Die 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. Deshalb gelten dafür besonders strenge Regeln.

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 zum Schutz von Sozialdaten als besonders schutzwürdige personenbezogene Daten zu erlassen. Diese Regelungen gewährleisten ein hohes Schutzniveau und sichern zugleich die Funktionsfähigkeit der Sozialverwaltung.

Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlicher 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. Für besonders sensible personenbezogene Daten, beispielsweise Gesundheitsdaten, gelten teilweise besondere Regelungen.

Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten ist nur zulässig, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht oder der Betroffene eingewilligt hat (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt). Es muss also gesetzlich genau festgelegt sein, welche Informationen ein Sozialleistungsträger über einen Versicherten erheben, verarbeiten oder nutzen darf. Der Schutz personenbezogener Daten ist außerdem von dem zentralen Prinzip geprägt, dass Daten grundsätzlich nur dann erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der verantwortlichen Stelle – in der Regel ein Sozialleistungsträger wie z. B. ein Rentenversicherungsträger oder eine Krankenkasse – erforderlich ist. So dürfen Krankenkassen beispielsweise Informationen über einzelne Personen erheben, soweit diese für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft dieser Personen erforderlich sind. Zudem dürfen die Daten nur für die Zwecke verarbeitet oder genutzt werden, für die die Daten erhoben worden sind (Grundsatz der Zweckbindung).

Die Vorschriften über das Sozialgeheimnis und den Sozialdatenschutz gelten unabhängig davon, ob das SGB von Bundes- oder Landesbehörden angewandt wird.

Datenübermittlung

Die Übermittlung von Sozialdaten ist als eine besondere Form der Datennutzung nur zulässig, wenn der Betroffene eingewilligt hat oder eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach dem Sozialgesetzbuch besteht. Übermitteln ist nach der gesetzlichen Definition das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Sozialdaten an einen Dritten in der Weise, dass die Daten an den Dritten weitergegeben werden oder der Dritte zur Einsicht oder zum Abruf bereitgehaltene Daten einsieht oder abrufen.

Wichtige Übermittlungsfälle:

- Übermittlung bestimmter enumerativ genannter Angaben wie z.B. Namen oder Anschrift für Aufgaben der Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften,
- Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben,
- Übermittlung für die Durchführung des Arbeitsschutzes,
- Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Aufgaben und Mitteilungsbefugnisse,
- Übermittlung für die Forschung und Planung.

Besondere praktische Bedeutung kommt der Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben zu.

Beispiele:

- Eine Berufsgenossenschaft teilt einem Rentenversicherungsträger Angaben zu einer Verletztenrente mit, damit dieser prüfen kann, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe Leistungen der Rentenversicherung nach § 93 SGB VI angerechnet werden dürfen.
- Personen und Stellen, an die Sozialdaten übermittelt wurden, haben die Daten in demselben Umfang geheim zu halten, wie die unmittelbar dem Sozialgeheimnis unterliegenden Stellen.

Rechte des Betroffenen

Der Sozialdatenschutz kennt verschiedene besondere Rechte des Betroffenen. Ist jemand der Ansicht, bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten in seinen Rechten verletzt worden zu sein, kann er sich u. a. an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz bzw. die nach Landesrecht zuständigen Stellen (in der Regel die Datenschutzbeauftragten des jeweiligen Bundeslandes) wenden. Außerdem sind im SGB X verschiedene Informations-, Auskunfts- und Berichtigungsmöglichkeiten für betroffene Bürger vorgesehen.



NEU | Ausgabe 2014/2015

Übersicht über das Sozialrecht

- Fachleute aus Ministerien und Behörden stellen das gesamte Sozialrecht ausführlich und verständlich dar
- Die neue Ausgabe informiert u. a. über die neuen Rentenleistungen: Rente mit 63, Mütterrente, Erwerbsminderungsrente und höheres Reha-Budget
- Zahlreiche Berechnungsbeispiele zu sozialen Leistungen mit Rechtsstand 1. 1. 2014
- Mit englischen Summaries zu allen Kapiteln
- Inklusive CD-ROM mit dem vollständigen Inhalt des Buches



Übersicht über das Sozialrecht
Ausgabe 2014/2015
ca. 1.200 Seiten, mit CD-ROM
ISBN: 978-3-8214-7250-8
€ 36,00

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 €
<input type="checkbox"/>	7250-8	Übersicht über das Sozialrecht, Ausgabe 2014/2015	36,00
<input type="checkbox"/>		Bitte nur ankreuzen, wenn gewünscht	
Jährlicher Abo-Service	<input type="checkbox"/>	Ich bestelle ab 2014 die „Übersicht über das Sozialrecht“ zur jährlichen Fortsetzung – Sie werden automatisch bei Erscheinen des Buches beliefert. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.	36,00
<input type="checkbox"/>	7287-4	Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht, Ausgabe 2014/2015	36,00
<input type="checkbox"/>		Bitte nur ankreuzen, wenn gewünscht	
Jährlicher Abo-Service	<input type="checkbox"/>	Ich bestelle ab 2014 die „Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht“ zur jährlichen Fortsetzung – Sie werden automatisch bei Erscheinen des Buches beliefert. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.	36,00



„Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht Ausgabe 2014/2015“ informiert kompakt, aktuell und praxisnah über das gesamte deutsche Arbeitsrecht: Arbeitsvertragsrecht, kollektives Arbeitsrecht, sozialer, technischer und medizinischer Arbeitsschutz sowie Arbeitsgerichtsbarkeit. Dabei werden die jüngsten Entwicklungen in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und der Arbeitsgerichte berücksichtigt.

Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht
Ausgabe 2014/2015
ca. 900 Seiten, mit CD-ROM
ISBN: 978-3-8214-7287-4, € 36,00

Tipp

Firma	
Abteilung	Name, Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Fax, E-Mail
Datum	Unterschrift

Alle Preise verstehen sich inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer zzgl. Versandkosten. Die Versandkosten richten sich nach dem Gewicht der Sendung. Hierbei gelten die jeweils gültigen Gebühren der Deutschen Post AG für Päckchen und Pakete. Jeder Lieferung liegt eine Rechnung bei, die innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Ware zu begleichen ist.

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 Schreibletelefon, 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 Schreibtelefon 030/221 911-016 oder E-Mail info.gehoerlos@bmas.bund.de an uns wenden.

Video

Wir haben einen 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.de/DE/Service/buergertelefon/inhalt.html>

Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente:	030 221 911 001
Unfallversicherung/Ehrenamt:	030 221 911 002
Arbeitsmarktpolitik und -förderung:	030 221 911 003
Arbeitsrecht:	030 221 911 004
Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:	030 221 911 005
Infos für behinderte Menschen:	030 221 911 006
Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:	030 221 911 007
Mitarbeiterkapitalbeteiligung:	030 221 911 008
Informationen zum Bildungspaket:	030 221 911 009
Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:	
E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de	
ISDN-Bildtelefon:	030 221 911 015
Fax:	030 221 911 017
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de	

Impressum



Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Publikation, Redaktion
53107 Bonn

Stand: Januar 2014

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 721
Telefon: 030 18 272 272 1
Telefax: 030 18 10 272 272 1
Schriftlich: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:
E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn
Fotos: colourbox.com; iStockphoto.com
Druck: Baumann Druck GmbH, Kulmbach

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.

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation – gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist – nicht zum Weiterverkauf bestimmt.