



Soziale Sicherung

Im Überblick

Kindergeld, Mutterschutz,
Rentenversicherung, Eltern-
Förderung der
zusätzlichen Altersvor
Krankenversicherung
Mitbestimmung, Arbeitsför
Pflegeversicherung, Unfa
Rehabilitation und Teil
von Menschen mit Behin
Arbeitsrecht, Soz
Wohngeld, sozialhi
internationale Sozialversich



„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“

Artikel 20, Abs. 1 des Grundgesetzes



Unser Land ist stark, weil es sozial ist. Das Soziale ist Auftrag des Grundgesetzes, es ist politische Verpflichtung, und es ist menschliche Selbstverständlichkeit. Aber es ist auch ein Standortfaktor, eine Grundlage des Erfolges in unserem Land. Unsere sozialen Sicherungssysteme gehören zu den leistungsfähigsten der Welt. Sie stärken unsere Wirtschaftskraft und erhöhen die Chancen auf Arbeit und auf Teilhabe.

Für dieses soziale Netzwerk haben Frauen und Männer über viele Generationen hinweg gekämpft. Ich will, dass es fest und dicht geknüpft bleibt. Dazu müssen wir es immer wieder erneuern und den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen anpassen. Viele wirken dabei mit: Gesetzgeber, Parteien, Rechtsprechung, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände und die zahlreichen Verbände und Organisationen mit sozialpolitischer Zielrichtung.

Der Sozialstaat, die soziale Marktwirtschaft, unsere soziale Ordnung – das sind Markenzeichen der Bundesrepublik Deutschland, die in der Welt einen guten Klang behalten sollen und die das Leben in unserem Land lebenswerter machen. Ich will, dass wir gemeinsam daran arbeiten, dass das auch in Zukunft so bleibt. Die soziale Sicherung in unserem Land braucht Vertrauen – und sie verdient Vertrauen.

A handwritten signature in black ink that reads "Franz Müntefering". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Franz Müntefering
Bundesminister für Arbeit
und Soziales

Kindergeld, Erziehungsgeld, Elternzeit,
Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag

Mutterschutz

Arbeitsförderung

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Arbeitsrecht

Betriebsverfassung

Mitbestimmung

Arbeitsschutz, Unfallverhütung

Unfallversicherung

Rehabilitation und Teilhabe
von Menschen mit Behinderung

Jobs ohne Barrieren

Krankenversicherung und
elektronische Gesundheitskarte

Pflegeversicherung

Rentenversicherung

Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge

Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung

Sozialhilfe

Wohngeld

Internationale Sozialversicherung

Sozialgerichtsbarkeit

Sozialdatenschutz

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

Ihre Rechte

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

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

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

Für welche Kinder erhalten Sie Kindergeld?

Kindergeld erhalten Sie auch für

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

Die „Altersgrenze“ liegt bei 27 Jahren, wenn der junge Mensch

- noch zur Schule geht oder einen Beruf erlernt und seine Einkünfte und Bezüge nicht mehr als 7.680 EUR im Kalenderjahr betragen. Von den Einkünften und Bezügen sind besondere Ausbildungskosten abzuziehen. Hierzu zählen u. a. Aufwendungen für Wege zwischen Wohnung und Ausbildungsstätte, für bei der Ausbildung benötigte Bücher und Arbeitsmittel und für Studiengebühren. Da während des gesamten Kalenderjahres Einkünfte und Bezüge bis insgesamt 7.680 EUR ohne Verlust des Kindergeldanspruchs erzielt werden können, haben Einkünfte von Studenten während der Semesterferien in vielen Fällen keine Auswirkung. Zur Ausbildung zählt auch eine kurzfristige Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten.
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr nach den jeweiligen Förderungsgesetzen oder einen Freiwilligendienst im Aktionsprogramm „Jugend“ der EU oder einen anderen Dienst im Ausland im Sinne von § 14b des Zivildienstgesetzes leistet,

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

Regelungen für Sonderfälle

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

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

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

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

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Einkommensteuergesetz und im Bundeskindergeldgesetz.

Information

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

Der Kinderfreibetrag und der Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung

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

Die Kinderzulage

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

Wie kommen Sie an das Kindergeld?

Um Kindergeld zu bekommen, müssen Sie einen Antrag stellen.

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

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

Das Bundeserziehungsgeld

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

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

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

Wie hoch ist das Kindergeld?

Sie erhalten pro Monat

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

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

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

Bundeserziehungsgeldgesetz

Leistungen/Voraussetzungen

Als Mutter oder Vater können Sie Erziehungsgeld erhalten, wenn Sie

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

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

Bürger der Europäischen Union oder eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraums in Deutschland sind den Deutschen gleichgestellt. Andere ausländische Mitbürger erhalten Erziehungsgeld, wenn sie eine Aufenthaltserlaubnis oder Niederlassungserlaubnis besitzen zum Zwecke der Erwerbstätigkeit oder nach §§ 25, 31, 37, 38 des Aufenthaltsgesetzes oder zum Zwecke des Familiennachzugs in bestimmten Fällen.

Finanzielle Grundlagen

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

Für das Erziehungsgeld gelten Einkommensgrenzen.

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

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

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

Information

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

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

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

Die Elternzeit

Die Elternzeit setzt ein bestehendes Arbeitsverhältnis voraus.

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

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

Gesetze

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

Der Unterhaltsvorschuss

Leistungen/Voraussetzungen

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

Unterhaltsvorschuss wird bis zu einem Kindesalter von 12 Jahren und längstens für insgesamt 72 Monate geleistet. Unterhaltsvorschuss bedeutet: Regelbetrag minus der Hälfte des Erstkindergeldes (also minus 77 EUR). Danach beträgt der Unterhaltsvorschuss je nach Alter des Kindes ab 1.7.2005 monatlich

- für Kinder in den alten Bundesländern: - unter 6 Jahren 127 EUR,
- vom 6. Jahr bis unter 12 Jahren 170 EUR,
- für Kinder in den neuen Bundesländern: - unter 6 Jahren 111 EUR,
- vom 6. Jahr bis unter 12 Jahren 151 EUR.

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

Der Kinderzuschlag

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

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

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

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

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

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

Gesetze

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

Information

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

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

Mutterschutz im Überblick

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

Während dieser Zeit erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Mutterschaftsgeld; dabei kommt es auf Art und Umfang Ihrer Krankenversicherung an. Anschließend können die Eltern Bundeserziehungsgeld und Elternzeit beanspruchen, die Elternzeit auf Wunsch auch gleichzeitig. Nähere Informationen zu diesem Thema finden Sie im Kapitel „Kindergeld, Erziehungsgeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag“.

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

Was leistet das Mutterschutzgesetz?

Kündigungsschutz

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

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

Seit 1997 gilt der Kündigungsschutz uneingeschränkt auch für alle Hausangestellten.

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

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

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

Gestaltung des Arbeitsplatzes

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

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

Mutterschutz hat Vorrang

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

Im Gesetz sind daher allgemeine Beschäftigungsverbote genannt:

Grundsätzlich dürfen werdende und stillende Mütter

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

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

Wer hat Anspruch auf Mutterschutz?

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

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

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

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

Für Beamtinnen gelten besondere Regelungen.

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

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

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

Sonderregelungen zu den Beschäftigungsverboten

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

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

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

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

Schutzfrist

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

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

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

Mutterschutzlohn

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

Mutterschaftsgeld

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

Ärztliche Pflege und Betreuung

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

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

Voraussetzungen für das Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie,

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

Höhe der Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

Gesetze

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

Information

Fragen zum Mutterschutz, insbesondere zu den Schutzfristen und zum Mutterschaftsgeld, beantwortet Ihnen Ihre Krankenkasse. Beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn, erhalten Sie kostenlos den Leitfaden zum Mutterschutz. Darüber hinaus erteilen die Mitarbeiter des Service-Telefons des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter der Telefonnummer 01801/90 70 50 von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 7.00 bis 20.00 Uhr Auskünfte zum Mutterschutzgesetz.

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

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

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

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.

Leistungen/Voraussetzungen

Die Bundesanstalt für Arbeit hat u. a. folgende wesentlichen Aufgaben:

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

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

Leistungen gibt es

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

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

Arbeitslosengeld

Sobald Sie Kenntnis über das Ende Ihres Beschäftigungsverhältnisses haben, sind Sie schon im Vorhinein verpflichtet, sich persönlich bei der Agentur für Arbeit arbeitsuchend zu melden. Diese Meldung muss spätestens drei Monate vor dem Beendigungszeitpunkt erfolgen. Ist der Zeitraum zwischen der Kenntnis über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem tatsächlichen Ende kürzer als drei Monate, müssen Sie sich innerhalb von drei Tagen nach Kenntnis des Beendigungszeitpunkts bei der Agentur für Arbeit melden.

Anspruch auf Arbeitslosengeld haben Sie,

- wenn Sie arbeitslos sind,
- sich persönlich arbeitslos gemeldet und
- die Anwartschaftszeit erfüllt haben.

Arbeitslos ist, wer nicht oder nur in einem Umfang von weniger als 15 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig ist. Arbeitslosigkeit setzt weiter voraus, dass der Betreffende sich selbst um Arbeit bemüht und sich den Vermittlungsbemühungen der Agenturen für Arbeit zur Verfügung stellt.

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.

Vom 01. Februar 2006 an, wird für Personen, die einen Angehörigen pflegen, für Personen, die eine selbstständige 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 geringe Beitragszahlung ihren Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten.

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

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

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

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.

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.

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld richtet sich nach der Dauer der Versicherungszeiten innerhalb der letzten drei Jahre vor der Arbeitslosmeldung und dem Lebensalter des Betroffenen. Sie beträgt

nach Versicherungszeit von insges. mind. ... Monaten	und nach Vollendung des ... Lebensjahres	... Monate
12		6
16		8
20		10
24		12
30	55.	15
36	55.	18

Kurzarbeitergeld

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

Kurzarbeitergeld können Sie beziehen, wenn

-
-
- Sie wegen des Arbeitsausfalls ein vermindertes oder gar kein Arbeitsentgelt erhalten und
 - der Arbeitsausfall erheblich ist.

Der Arbeitsausfall ist erheblich, wenn in einem Kalendermonat mindestens ein Drittel der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von jeweils mehr als 10 Prozent ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen ist.

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

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

Sie erhalten

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

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 Netto-entgelt, wenn das Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze (2006: monatlich 5250 €/West, 4.400 €/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.

Winterausfallgeld

Wenn in Betrieben des Baugewerbes aus Witterungsgründen in der gesetzlichen Schlechtwetterzeit (1. November bis 31. März) nicht gearbeitet werden kann, zahlt die Agentur für Arbeit frühestens ab der 101. Ausfallstunde das aus dem Beitragsaufkommen zur Bundesagentur für Arbeit finanzierte Winterausfallgeld. Winterausfallgeld wird gezahlt, um die Arbeitsplätze zu erhalten.

Winterausfallgeld können Sie beziehen, wenn

- Ihr Arbeitsverhältnis in der Schlechtwetterzeit aus witterungsbedingten Gründen nicht gekündigt werden kann,
- Sie nicht Bezieher von Krankengeld sind und
- ein für die ersten mindestens 100 Ausfallstunden durch Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung oder Arbeitsvertrag geregelter Anspruch auf Leistungen, die das Arbeitsentgelt in angemessener Höhe ersetzen (Winterausfallgeld-Vorausleistung), erschöpft ist.

In Zweigen des Baugewerbes, in denen die Winterausfallgeld-Vorausleistung vereinbarungsgemäß nach der 30. Ausfallstunde erschöpft sein kann, kann die Bundesagentur für Arbeit bereits ab der 31. Ausfallstunde ein durch Arbeitgeberumlage finanziertes Winterausfallgeld zahlen.

Winterausfallgeld wird in der Regel durch den Betrieb ausgezahlt und auf Antrag des Arbeitgebers oder des Betriebsrates von der zuständigen Agentur für Arbeit erstattet. Winterausfallgeld wird auf der Grundlage des Differenzbetrages zwischen dem Brutto-Kurzlohn bei Arbeitsausfall und dem Bruttolohn bei Vollarbeit und der sich hieraus ergebenden Nettoentgeltdifferenz ermittelt.

Wintergeld

Zum Ausgleich für witterungsbedingte Erschwernisse der Bauarbeiter zahlt die Agentur für Arbeit für geleistete Arbeitsstunden in der Förderungszeit (15. Dezember bis zum letzten Kalendertag des Monats Februar) Mehraufwands-Wintergeld. Das Mehraufwands-Wintergeld beträgt 1,03 € je Arbeitsstunde und wird nicht für Überstunden gezahlt.

Zur Minderung des Einkommensverlustes bei witterungsbedingten Arbeitsausfällen in der Schlechtwetterzeit (1. November bis 31. März) zahlt die Agentur für Arbeit Wintergeld als Zuschuss zu der Winterausfallgeld-Vorausleistung, wenn diese geringer ist als das Arbeitsentgelt für die ausgefallenen Arbeitsstunden.

Das Zuschuss-Wintergeld beträgt 1,03 € je Ausfallstunde. Dieses Zuschuss-Wintergeld erhalten Dachdecker, Gerüstbauer und Garten- und Landschaftsbauer. Ein Zuschuss-Wintergeld von 1,03 € erhalten auch Bauarbeiter ab der 31. Ausfallstunde für Ausfallstunden, die mit Guthabenstunden aus einem Arbeitszeitkonto ausgeglichen werden.

Das Mehraufwands-Wintergeld und das Zuschuss-Wintergeld werden durch die Bundesagentur für Arbeit aus der arbeitgeberfinanzierten Winterbau-Umlage gezahlt.

Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM)

Die Bundesagentur für Arbeit fördert die Schaffung zusätzlicher Stellen mit im öffentlichen Interesse liegenden Arbeiten für arbeitslose Arbeitnehmer. Träger von ABM-Stellen können natürliche oder juristische Personen sein, die die Maßnahme selbst durchführen oder durch Dritte durchführen lassen.

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

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

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

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

ABM-Träger erhalten für die zugewiesenen Arbeitnehmer Lohnkostenzuschüsse. Diese Zuschüsse werden in pauschalierter Form erbracht. Die Höhe des Zuschusses bemisst sich nach der Art der Tätigkeit des geförderten Arbeitnehmers in der Maßnahme.

Der Zuschuss beträgt bei Tätigkeiten, für die in der Regel erforderlich ist

- eine Hochschul- oder Fachhochschulausbildung höchstens 1300 €,
- eine Aufstiegsfortbildung höchstens 1200 €,
- eine Ausbildung in einem Ausbildungsberuf höchstens 1100 €,
- keine Ausbildung höchstens 900 €
monatlich.

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

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

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

Förderung der Berufsausbildung

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

- Berufsorientierung: In den Berufsinformationszentren (BIZ) der Agenturen für Arbeit stehen umfangreiche Materialien zur Selbstinformation über Ausbildung, Studium und Beruf zur Verfügung.
- Berufsberatung für Ratsuchende in Fragen der Berufsausbildung,
- Vermittlung von Ausbildungsplätzen.
- Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen: Für Jugendliche, die aus den verschiedensten Gründen noch keine Berufsausbildung antreten konnten, organisieren die Agenturen für Arbeit berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen. Sie dienen der beruflichen Orientierung, der Berufsfindung oder der gezielten Vorbereitung auf eine Ausbildung.
- Ausbildungsbegleitende Hilfen (abH): Während einer betrieblichen Ausbildung können Auszubildende zusätzliche Lernunterstützung erhalten.
- Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen: Für junge Menschen, die aufgrund individueller Schwierigkeiten keine betriebliche Ausbildung absolvieren können, besteht die Möglichkeit, eine anerkannte Ausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung zu beginnen und ggf. auch bis zum Abschluss fortzuführen. Als zusätzliche Hilfen können gewährt werden:

Übergangshilfen:

Nach Abbruch oder erfolgreicher Beendigung einer Ausbildung können Auszubildende zusätzliche Lernunterstützung erhalten.

Aktivierungshilfen:

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

Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen:

Zuschüsse an Träger, wenn förderungsbedürftigen Arbeitnehmern durch zusätzliche Hilfen die betriebliche Eingliederung ermöglicht und die Aussichten auf dauerhafte berufliche Eingliederung verbessert werden.

Sozialpädagogische Begleitung bei Berufsausbildungsvorbereitung nach dem Berufsbildungsgesetz:

Arbeitgeber können durch Übernahme der Kosten für eine notwendige sozialpädagogische Begleitung während einer Berufsausbildungsvorbereitung nach dem Berufsbildungsgesetz gefördert werden.

Sonderprogramm des Bundes zur Einstiegsqualifizierung Jugendlicher (EQJ-Programm):

Jugendlichen mit eingeschränkten Vermittlungschancen werden Perspektiven für den Einstieg in die berufliche Ausbildung eröffnet.

Dafür stehen 25.000 Plätze für eine betrieblich durchgeführte Einstiegsqualifizierung zur Verfügung. Im Rahmen des Programms erhalten Arbeitgeber auf Antrag als Zuschuss des Bundes zum Unterhalt des Jugendlichen eine monatliche Vergütung der Einstiegsqualifizierung bis zu 192 Euro zuzüglich des pauschalisierten Gesamtsozialversicherungsbeitrages erstattet.

Sach- und Personalkosten sind durch die Betriebe selbst zu tragen.

Förderung der beruflichen Weiterbildung

Voraussetzungen:

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

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

Art und Umfang der Förderung

Seit 2003 erhalten förderungsberechtigte Personen einen so genannten Bildungsgutschein. Der Gutschein wird im Regelfall für ein bestimmtes Bildungsziel und einen bestimmten räumlichen Geltungsbereich ausgestellt. Mit diesem Bildungsgutschein können die Weiterbildungsinteressierten frei unter den zugelassenen Bildungsträgern und –maßnahmen wählen. Die Agentur für Arbeit informiert über Angebote (z.B. über die Internet Datenbank KURS). Die Auswahl des Bildungsanbieters obliegt jedoch allein dem Gutscheininhaber selbst. Der Bildungsgutschein ist dem Bildungsträger auszuhandigen, 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 € monatlich je Kind).

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

Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – berufliche Rehabilitationen

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

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

Leistungen an Arbeitgeber zur Eingliederung von behinderten und schwerbehinderten Menschen

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

Maßnahmen der Eignungsfeststellung

Trainingsmaßnahmen

Hierunter versteht man Schulungen oder praktische Tätigkeiten, die geeignet und angemessen sind, die Eingliederungsaussichten von . Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Sie können auch dazu eingesetzt werden um zu überprüfen, ob Interesse an einer Arbeitsaufnahme besteht oder Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Die Maßnahmen sind in ihrer Dauer gestaffelt, je nach Art der Maßnahme von zwei bis acht, maximal zwölf Wochen.

Gefördert werden Maßnahmen der Eignungsfeststellung, in denen die Kenntnisse und Fähigkeiten, das Leistungsvermögen und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden sowie

sonstige, für die Eingliederung bedeutsame Umstände ermittelt werden und unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage festgestellt wird, für welche berufliche Tätigkeit oder Leistung der aktiven Arbeitsförderung er geeignet ist. Eine solche Maßnahme der Eignungsfeststellung dauert in der Regel vier Wochen.

Ferner werden Trainingsmaßnahmen zur Unterstützung der Selbstsuche durch Bewerbertraining sowie gezielte Beratung bis zu zwei Wochen, ferner zur Vermittlung von notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten bis zu acht Wochen gefördert, um eine Vermittlung in Arbeit oder einen erfolgreichen Abschluss einer beruflichen Aus- oder Weiterbildung erheblich zu erleichtern.

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

Die Förderung umfasst die Übernahme von Maßnahmekosten, bei Arbeitslosen außerdem die Leistung von Arbeitslosengeld soweit sie diese Leistungen erhalten oder beanspruchen können. Die Förderung von Arbeitslosen kann auf die Weiterleistung von Arbeitslosengeld beschränkt werden.

Auch können Maßnahmen gefördert werden, die unter finanzieller Beteiligung der Europäischen Gemeinschaft in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen europäischen Staat durchgeführt werden, mit dem die Europäische Gemeinschaft ein Assoziierungsabkommen abgeschlossen hat. Außerdem können auch Maßnahmen gefördert werden, die in Grenzregionen der an die Bundesrepublik Deutschland angrenzenden Staaten durchgeführt werden.

Unterstützung der Beratung und Vermittlung

Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende sowie Ausbildungssuchende können zur Beratung und Vermittlung unterstützende Leistungen von der Agentur für Arbeit erhalten. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber, an den sich die Bewerbung richtet, gleichartige Leistungen nicht gewährt

Gefordert werden folgende Kosten:

- Bewerbungskosten bis zu 260 € pro Jahr für die Erstellung und Versendung von Bewerbungsunterlagen.
- Reisekosten in Höhe der Fahrtkosten üblicher öffentlicher Verkehrsmittel im Zusammenhang mit Fahrten zur Berufsberatung, Vermittlung, Eignungsfeststellung und zu Vorstellungsgesprächen. Bei mehrtägigen Fahrten können Tage- und Übernachtungsgelder gewährt werden.

Mobilitätshilfen

Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, können durch Mobilitätshilfen gefördert werden, wenn dies zur Aufnahme der Beschäftigung notwendig ist.

Diese Hilfen umfassen:

- Leistungen für den Lebensunterhalt bis zur ersten Lohnzahlung (Übergangsbeihilfe) bis zu 1000 € als Darlehen.
- Leistungen für Arbeitskleidung und Arbeitsgerät (Ausrüstungsbeihilfe) bis zu 260 €.

Bei auswärtiger Arbeitsaufnahme:

- Kosten für tägliche Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle (Fahrtkostenbeihilfe) für die ersten sechs Monate.
- Kosten für getrennte Haushaltsführung (Trennungskostenbeihilfe) für die ersten sechs Monate.

-
-
- Kosten eines Umzugs (Umzugskostenbeihilfe), für das Befördern des Umzugsgutes, wenn der Umzug innerhalb von zwei Jahren nach Aufnahme der Beschäftigung stattfindet.
 - Kosten für die Fahrt zum Antritt einer Arbeitsstelle (Reisekostenbeihilfe).

Bezieher von Arbeitslosengeld können Mobilitätshilfen auch zur Aufnahme einer Beschäftigung im Ausland erhalten.

Ausbildungssuchende, die bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind und in eine Ausbildung eintreten, können diese Leistungen teilweise auch erhalten.

Eingliederungszuschüsse

Förderungsvoraussetzungen

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

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

Höhe und Dauer der Förderung

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

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

Eingliederungszuschuss für besonders betroffene schwer behinderte Menschen

Förderungsvoraussetzungen

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

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

Höhe und Dauer der Förderung

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

Bei der Entscheidung über die Förderhöhe und –dauer soll eine geförderte befristete Vorbeschäftigung beim Arbeitgeber angemessen berücksichtigt werden. In die Entscheidung fließt ebenso ein, ob der schwer behinderte Mensch ohne gesetzliche Verpflichtung oder über die Beschäftigungspflicht nach dem Teil 2 SGB IX hinaus eingestellt und beschäftigt wird. Nach Ablauf von zwölf Monaten (bei besonders betroffenen älteren schwer behinderten Menschen nach 24 Monaten) wird der Eingliederungszuschuss entsprechend der zu erwartenden Zunahme der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers um mindestens zehn Prozentpunkte jährlich vermindert.

Einstellungszuschuss bei Neugründungen

Voraussetzungen für Arbeitgeber

Arbeitgeber, die vor nicht mehr als zwei Jahren eine selbstständige Tätigkeit aufgenommen haben, können für die unbefristete Beschäftigung eines zuvor arbeitslosen förderungsbedürftigen Arbeitnehmers auf einem neu geschaffenen Arbeitsplatz einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt erhalten. Damit soll die Gründungsphase unterstützt und erleichtert werden. Wegen wettbewerbsrechtlicher Bedenken der EU-Kommission ist eine Förderung in sog. sensiblen Bereichen, insbesondere der Landwirtschaft und dem Verkehrssektor, nicht möglich. In dem geförderten Betrieb dürfen nicht mehr als fünf Arbeitnehmer beschäftigt sein.

Voraussetzungen für Arbeitnehmer

Für den geförderten Arbeitnehmer gilt, dass er vor der Einstellung mindestens drei Monate

- Arbeitslosengeld oder Transferkurzarbeitergeld bezogen hat,
- in einer von der Agentur für Arbeit geförderten ABM beschäftigt war,
- an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilgenommen hat oder
- die Voraussetzungen erfüllt, um Entgeltersatzleistungen bei beruflicher Weiterbildung oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten

und ohne diese Leistung nicht oder nicht dauerhaft in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann.

Der Eingliederungszuschuss kann höchstens für zwei Arbeitnehmer gleichzeitig geleistet werden. Er kann dann nicht gewährt werden, wenn derselbe Arbeitnehmer bereits mit einem anderen Lohnkostenzuschuss gefördert wird.

Höhe und Dauer der Förderung

Der Zuschuss zum Arbeitsentgelt beträgt 50 % des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts einschließlich des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung und kann für höchstens zwölf Monate geleistet werden. Die Bundesagentur für Arbeit kann nähere Einzelheiten über Voraussetzung, Art, Umfang und Verfahren dieser Förderung bestimmen.

Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Überbrückungsgeld

Wenn Sie eine selbstständige Existenz gründen und dadurch Ihre Arbeitslosigkeit beenden oder eine drohende Arbeitslosigkeit vermeiden, haben Sie zur Sicherung des Lebensunterhaltes und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung Anspruch auf Überbrückungsgeld.

Förderungsvoraussetzungen

Das Überbrückungsgeld wird geleistet, wenn Sie in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit oder der Teilnahme an einer vorgeschalteten Maßnahme zu deren Vorbereitung, Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III (z. B. Arbeitslosengeld) bezogen haben oder einen Anspruch darauf hatten.

Eine vorherige Förderung in einer ABM ist ebenfalls berücksichtigungsfähig.

Sie müssen eine Stellungnahme einer fachkundigen Stelle über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorlegen. Die Tragfähigkeitsbescheinigungen können unter anderem die Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, Fachverbände oder Kreditinstitute ausstellen.

Überbrückungsgeld kann nicht gewährt werden, solange Ruhestatbestände nach den §§ 142 – 143a SGB III vorliegen. Geförderte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, haben vom Beginn des folgenden Monats an keinen Anspruch auf Überbrückungsgeld. Ausgeschlossen ist die Förderung auch, wenn nach Beendigung einer Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht 24 Monate vergangen sind.

Höhe und Dauer der Förderung

Das Überbrückungsgeld wird für sechs Monate geleistet. Es wird in Höhe der Entgeltersatzleistung gewährt, die der Arbeitnehmer zuletzt bezogen hat oder hätte beziehen können. Bestandteil des Überbrückungsgeldes sind auch die pauschalierten Sozialversicherungsbeiträge (2006: 69,5 %).

Existenzgründungszuschuss

Seit dem 1. Januar 2003 besteht eine weitere Möglichkeit, die Beendigung von Arbeitslosigkeit durch Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit mit Fördermitteln der Arbeitslosenversicherung zu unterstützen. Neben dem Überbrückungsgeld können Existenzgründungen Arbeitsloser auch mit einem Existenzgründungszuschuss gefördert werden. Beide Leistungen haben die gleiche Zielsetzung, aber unterschiedliche Zwecke und Förderungsvoraussetzungen. Gründungswillige Arbeitslose können also im Einzelfall abwägen, ob das Überbrückungsgeld oder der Existenzgründungszuschuss die für sie besser geeignete Förderung ist.

Das Überbrückungsgeld wird zur Sicherung des Lebensunterhalts und der sozialen Sicherung in den ersten sechs Monaten nach Gründung gewährt. Der Existenzgründungszuschuss kann dagegen bis zu drei Jahre nach der Existenzgründung geleistet werden und soll die neuen Selbstständigen in der Übergangsphase bei der sozialen Sicherung unterstützen, die ansonsten wie bei den anderen Selbstständigen auch, eigenverantwortlich zu erfolgen hat. Die Bezieher des Existenzgründungszuschusses sind allerdings in den Schutz der gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen und haben als Selbstständige Zugang zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Förderungsvoraussetzungen

Der Existenzgründungszuschuss wird den Arbeitslosen gewährt, die in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit Entgeltersatzleistungen (z.B. Arbeitslosengeld) bezogen haben, oder die zuvor als Arbeitnehmer in einer ABM nach dem SGB III beschäftigt waren.

Vor Bewilligung der Förderleistung muss eine Stellungnahme einer fachkundigen Stelle über die Tragfähigkeit des künftigen Geschäftsvorhabens vorgelegt werden. Die Tragfähigkeitsbescheinigungen können unter anderem die Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, Fachverbände oder Kreditinstitute ausstellen.

Der Existenzgründungszuschuss wird nur gewährt, so lange nach Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit das Jahreseinkommen die Summe von 25.000 € nicht übersteigt. Das Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn. Zusätzliches Arbeitsentgelt aus (Neben-) Beschäftigungen wird bei der förderrechtlichen Obergrenze entsprechend berücksichtigt.

Geförderte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, haben vom Beginn des folgenden Monats an keinen Anspruch auf Existenzgründungszuschuss. Liegen die Voraussetzungen für ein Ruhen des Anspruchs bei Sperrzeit nach § 144 SGB III vor, verkürzt sich die Dauer der Förderung um die Dauer der Sperrzeit.

Diese Leistung der Arbeitsförderung ist zeitlich befristet. Die Förderung kann nur gewährt werden, wenn die Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit bis einschließlich 30. Juni 2006 erfolgt ist. Der Existenzgründungszuschuss ist ausgeschlossen, wenn Überbrückungsgeld gewährt wird oder nach Beendigung einer Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht 24 Monate vergangen sind.

Höhe und Dauer der Förderung

Der Existenzgründungszuschuss wird bis zu drei Jahre gewährt. Der pauschale Zuschuss sinkt in seiner Höhe jeweils nach Ablauf eines Jahres. Er beträgt

- monatlich 600 € im ersten Jahr
- monatlich 360 € im zweiten Jahr und
- monatlich 240 € im dritten Jahr.

Die Bewilligung erfolgt für jeweils ein Jahr und nur solange, wie die Fördervoraussetzungen noch vorliegen. Bei Überschreiten der Einkommensobergrenze fällt der Zuschuss für die Zukunft weg. Der für die zurückliegende Zeit gewährte Zuschuss muss nicht zurückgezahlt werden. Dies gibt Planungssicherheit für die Gründerinnen und Gründer und vermeidet aufwändige Verwaltungsverfahren.

Sozialrechtlicher Schutz

Die soziale Sicherung der Bezieher des Existenzgründungszuschusses folgt den gleichen Grundsätzen wie bei allen Existenzgründern bzw. selbständig Tätigen. Es gelten aber zwei Besonderheiten:

- Während des Bezugs des Existenzgründungszuschusses besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Beitrag wird für alle Selbstständigen für drei Jahre nach der Existenzgründung als halber Regelbeitrag erhoben oder - auf Antrag - auf der Basis des tatsächlichen niedrigeren (mind. 400 € monatlich) oder höheren Arbeitseinkommens.
- In der gesetzlichen Krankenversicherung können die neuen Selbstständigen bei Vorliegen der Vorbeschäftigungszeit eine freiwillige Mitgliedschaft eingehen. Die Beiträge richten sich nach den tatsächlichen Einnahmen des freiwilligen Mitglieds. Ein Mindestbeitrag muss allerdings auch bei Nachweis von niedrigen Einkünften gezahlt werden.

Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer

Die Beschäftigungschancen von älteren Arbeitnehmern müssen verbessert werden. Seit dem 1. Januar 2003 wird für Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr ein zusätzlicher Anreiz geboten - möglichst früh - wieder aus Arbeitslosigkeit in ungeforderte Beschäftigung zu gehen oder die Arbeitslosigkeit zu vermeiden.

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

Ältere Arbeitnehmer ab dem 50. Lebensjahr, die mit einer neuen voll sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung Arbeitslosigkeit beenden oder vermeiden, haben einen Anspruch auf die beiden Leistungen der Entgeltsicherung:

- Zuschuss zum Arbeitsentgelt
- zusätzlicher Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung.

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

Förderungsvoraussetzungen

Die Entgeltsicherung wird den älteren Arbeitnehmern gewährt,

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

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

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

Höhe und Dauer der Förderung

Der Zuschuss zum Arbeitsentgelt gleicht die Nettoentgeltdifferenz zwischen der vorherigen Beschäftigung und der neuen Beschäftigung zur Hälfte aus. Die Entgeltsicherung wird nicht gewährt, falls diese Nettoentgeltdifferenz weniger als 50 € beträgt. Die Berechnung erfolgt anhand der pauschalierten Nettoentgelte, die für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld aus der jeweiligen Beschäftigung maßgeblich wären.

Die pauschalierten Nettoentgelte werden anhand der Leistungsentgelt-Verordnung (LVO) des SGB III bestimmt; in die Berechnung einbezogen sind auch Einmalzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld. Der Zuschuss zum Arbeitsentgelt ist steuerfrei und wird jeweils monatlich nachträglich ausgezahlt.

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

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

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

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

Freie Förderung

Mit der Freien Förderung nach § 10 SGB III steht der Arbeitsverwaltung ein Instrument der aktiven Arbeitsförderung zur Verfügung, mit dem die Agenturen für Arbeit über den gesetzlichen Rahmen der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen hinausgehen und so flexibel auf neue Anforderungen in ihrer Region reagieren können. Dabei können die Agenturen für Arbeit bis zu 10 % der im Eingliederungstitel enthaltenen Mittel zur Eingliederung von Ausbildungssuchenden, arbeitslosen und von der Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitnehmern in das Ausbildungs- und Berufsleben einsetzen.

Die Agenturen für Arbeit entscheiden in eigener Gestaltungs- und Verantwortungskompetenz über die Leistungen der Freien Förderung im Rahmen der Ziele und Grundsätze des SGB III.

Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung

Öffentlich-rechtliche Träger können von der Agentur für Arbeit durch einen angemessenen Zuschuss zu den Kosten von Arbeiten zur Verbesserung der Infrastruktur und zur Verbesserung der Umwelt gefördert werden, wenn der Träger mit der Durchführung der Arbeiten ein Wirtschaftsunternehmen beauftragt, das sich verpflichtet, für eine zwischen der Agentur für Arbeit und dem Träger festgelegte Zeit eine bestimmte Zahl von Arbeitslosen zu beschäftigen, die von der Agentur für Arbeit zugewiesen werden. Neben den Stammarbeitnehmern des Wirtschaftsunternehmens sollen höchstens 35 Prozent zuvor Arbeitslose beschäftigt werden. Die Fördermittel müssen zusätzlich eingesetzt werden. Der Förderanteil soll nicht höher als 25 Prozent der Gesamtkosten der Maßnahme betragen.

Mit der Maßnahme sollen

- zusätzliche Infrastrukturmaßnahmen finanziert werden,
- die Erhaltung und Verbesserung der Umwelt gefördert werden,

-
-
- die geförderten Arbeitnehmer unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes in Wirtschaftsunternehmen beschäftigt werden,
 - insbesondere der notleidenden Bauwirtschaft und den betroffenen Arbeitnehmern zu zusätzlichen Aufträgen verholfen werden.

Finanzielle Grundlagen

Die Bundesagentur für Arbeit finanziert sich überwiegend aus Beiträgen. Weitere Einnahmen erhält sie aus Mitteln, die im Umlageverfahren von Arbeitgebern bzw. Berufsgenossenschaften aufgebracht werden. Beitragspflichtig sind sowohl Arbeitnehmer (Angestellte, Arbeiter, zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte und Heimarbeiter) als auch Arbeitgeber. Sie teilen sich die Beiträge entsprechend dem jeweils gültigen Beitragssatz (2006 6,5 Prozent des Bruttolohns oder -gehalts). Die Höhe des Beitrages wird durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. 2006 liegt sie in den alten Bundesländern bei 5.250 € und in den neuen Bundesländern bei 4.400 € pro Monat.

Gesetze

Die rechtlichen Grundlagen finden Sie im SGB III.

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

Benötigen Sie weitere Informationen ?

Die Agenturen für Arbeit, die Regionaldirektionen und die Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg helfen Ihnen weiter. Auch im Internet finden sie unter <http://www.arbeitsagentur.de> umfangreiche Informationen.

Altersteilzeit

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

Wer in Altersteilzeit geht macht einen Teilarbeitsplatz für einen Arbeitnehmer frei, der sonst arbeitslos wäre. Wenn der Arbeitgeber den freiwerdenden Arbeitsplatz mit einem Arbeitslosen wiederbesetzt, erhält er einen Teil der Aufwendungen, die er zu Finanzierung der Altersteilzeit erbringt, von der Agentur für Arbeit erstattet. Wiederbesetzer kann auch ein Arbeitnehmer nach Abschluss einer Ausbildung sein. Kleinunternehmer können stattdessen auch einen Auszubildenden einstellen.

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

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

Für die Altersteilzeit müssen folgende wesentliche Voraussetzungen erfüllt werden:

Frauen und Männer müssen mindestens 55 Jahre alt sein, wenn sie in Altersteilzeit gehen wollen.

Anspruch besteht nur für diejenigen, die fünf Jahre vor Beginn der Altersteilzeit wenigstens drei Jahre lang einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind oder entsprechende der versicherungspflichtigen Beschäftigung gleichgestellte (Versicherungs-)Zeiten nachweisen können.

Darüber hinaus darf kein Anspruch auf eine ungeminderte gesetzliche Altersrente bestehen.

Leistungen

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

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

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

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

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

Gesetze

Grundlage für die Altersteilzeitarbeit ist das Altersteilzeitgesetz vom 23. Juli 1996 (BGBl. I S. 1078), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 23. Juli 2004 (BGBl. I S. 1842) geändert worden ist. Weitere Regelungen enthalten u.a. das Erste, Dritte, Vierte und Sechste Buch Sozialgesetzbuch.

Informationen

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

Detaillierte Informationen über die Altersteilzeitarbeit enthält auch die Broschüre "ALTERSTEILZEIT ab 55" vom September 2004. Diese Broschüre können Sie kostenlos bestellen beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Grundsicherung für Arbeitsuchende

(Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

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

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

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

Arbeitsgemeinschaften (ARGEn)

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

Zugelassene kommunale Träger

Das BMWA hat mit Rechtsverordnung die 69 kommunalen Träger mit Wirkung ab 1. Januar 2005 als Träger der Leistungen nach SGB II zugelassen. Die Verordnung ist am 28. September 2004 in Kraft getreten.

Grundsatz „fördern und fordern“

Aufgabe und Ziel des neuen Leistungsrechts ist es, die schnelle und passgenaue Vermittlung der Hilfebedürftigen in Arbeit sicherzustellen. Die ehemals erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosenhilfebezieher erhalten im neuen System der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ aus einer Hand gleichen Zugang zu erforderlichen Beratungs-, Vermittlungs- und Integrationsleistungen. Den Beziehern von Arbeitslosengeld II stehen die wesentlichen Eingliederungsleistungen des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) zur Verfügung. Eine verbesserte Betreuung durch persönliche Ansprechpartner trägt dazu bei, dass personenbezogene Dienstleistungen zur Aktivierung der Hilfebedürftigen umfassend greifen können. Mit einer Eingliederungsvereinbarung werden von dem Arbeitsuchenden und der Agentur für Arbeit verbindliche Festlegungen über die gemeinsamen Bemühungen um die Eingliederung getroffen, wobei auch die besonderen Lebensumstände des Hilfebedürftigen und seiner Angehörigen zu berücksichtigen sind.

Weil das Arbeitslosengeld II aus Steuern finanziert wird, hat die Gemeinschaft ein Interesse an bestmöglichen Eingliederungshilfen, aber auch einen Anspruch auf konsequente Eigeninitiative und aktive Mitwirkung der Arbeitsuchenden selbst. Fördern und Fordern gehen gleichberechtigt Hand in Hand.

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

Wer erhält Arbeitslosengeld II?

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.

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

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

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

Haben Jugendliche Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende?

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

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

Muss jede Arbeit angenommen werden?

Grundsätzlich ist die Aufnahme jeder Arbeit zumutbar. Dies ist in § 10 SGB II geregelt. Ausnahmen gelten zum Beispiel, wenn der Beschäftigung körperliche, geistige oder seelische Gründe entgegen stehen 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, einen Zusatzjob, ein Praktikum oder eine Eingliederungsmaßnahme ablehnt, obwohl die zumutbar ist, muss mit Kürzungen des Arbeitslosengeldes II rechnen. Dies gilt für alle Arbeitsuchenden, die von den Leistungen der Grundsicherung leben, und besonders für junge Menschen unter 25 Jahren. Auch fehlende Eigeninitiative bei der Job-Suche kann ein Grund für Kürzungen sein.

Für drei Monate können in diesem Fall die Geldleistungen um etwa 100 € gekürzt werden. Der befristete Zuschuss, der beim Übergang von Arbeitslosengeld zum Arbeitslosengeld II gezahlt wird, entfällt dann ebenso.

Höhe, Dauer und Auszahlung des Arbeitslosengeldes II

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

Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten als Arbeitslosengeld II:

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung.
- Unter bestimmten Voraussetzungen einen befristeten Zuschlag.

Das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen mindert die Geldleistung.

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

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

Da nun alle Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft Regelleistungen erhalten, heißt dies auch, dass viele Arbeitsuchende, bei denen die Arbeitslosenhilfe bisher nicht für den Lebensunterhalt gereicht hat, nun nicht mehr wie früher aufstockende Sozialhilfe beantragen müssen, sondern eine einheitliche, bedarfsdeckende Leistung bekommen.

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

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

Die Regelleistungen des ALG II

	Allein-stehende/r oder Allein-erziehende/r	Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	sonstige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft, Kinder ab Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	Partner ab Beginn des 19. Lebensjahres
	100 %	jeweils 60 % RL	jeweils 80 % RL	jeweils 90 % RL
Alte Länder einschl. Berlin	345 €	207 €	276 €	311 €
Neue Länder	331 €	199 €	265 €	298 €

RL = Regelleistung

Die Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft erhalten je nach Bedarf die Grund-sicherung; Kinder bekommen entsprechend weniger als Erwachsene

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

Mit der Regelleistung wird der laufende Bedarf sichergestellt. Über die Regelleistung hinaus können einmalig

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

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 Bedarf voll abzudecken.

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

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

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

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

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

Der Zuschlag beträgt im ersten Jahr:

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

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

Beiträge zur Sozialversicherung

Erwerbsfähige Hilfebedürftige werden in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert, soweit für sie nicht bereits im

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

Rahmen einer Familienversicherung Versicherungsschutz besteht. Bezieherinnen und Bezieher von Sozialgeld werden in der Regel als Familienversicherte kranken- und pflegeversichert.

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

Vermeidung von Hilfebedürftigkeit durch den Kinderzuschlag

Eltern mit geringem Einkommen waren für den Lebensunterhalt ihrer Kinder bislang oft auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen. Jetzt können Eltern, die mit ihrem Einkommen oder Vermögen zwar ihren eigenen Unterhalt sicherstellen können, nicht aber den Unterhalt für ihre Kinder, den so genannten Kinderzuschlag für diese erhalten, wenn durch den Kinderzuschlag verhindert wird, dass die Familie allein wegen des Unterhalts der Kinder Arbeitslosengeld II/Sozialgeld beantragen müsste.

Der Zuschlag kann pro Kind bis zu 140 € 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 Mehrbedarf ab.

Übersteigt das Einkommen der Eltern den eigenen Bedarf, werden nur 70 Prozent des Überschusses auf den Kinderzuschlag angerechnet. Der Kinderzuschlag wird längstens 36 Monate pro Kind gezahlt.

Weitergehende Informationen erhält die Broschüre „Hartz IV – Menschen in Arbeit bringen –“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Arbeitnehmer sind wirtschaftlich und – im Rahmen des Arbeitsvertrags – persönlich vom Arbeitgeber abhängig. Deshalb benötigen sie Schutz, den ihnen das Arbeitsrecht gewährt. Dieses Sonderrecht gilt für alle Arbeitnehmer – sprich: Arbeiter und Angestellte. Für in Heimarbeit Beschäftigte, die in besonderem Maße wirtschaftlich von ihren Auftraggebern abhängig sind, gelten die arbeitsrechtlichen Vorschriften entsprechend – teilweise kraft besonderer gesetzlicher Regelung, teilweise analog.

Dabei unterscheidet man zwischen zwei Unterformen des Arbeitsrechts: Das Individual-Arbeitsrecht regelt das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Das kollektive Arbeitsrecht regelt das Recht der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände auf betrieblicher und vor allem überbetrieblicher Ebene.

Was leistet das Individual-Arbeitsrecht?

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

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

Darüber hinaus kann der Arbeitsvertrag weitere Rechte und Pflichten festlegen, die die Arbeitsbedingungen insgesamt regeln. Diese Rechte und Pflichten können sowohl Sie als Arbeitnehmer als auch Ihren Arbeitgeber betreffen. Bestimmte Mindestrechte haben Sie als Arbeitnehmer durch verschiedene gesetzliche Regelungen. Dazu gehören beispielsweise das Bundesurlaubsgesetz und das Entgeltfortzahlungsgesetz, durch das Sie bei Krankheit für bis zu sechs Wochen Anspruch auf finanzielle Absicherung durch Ihren Arbeitgeber haben.

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

Gesetzlich geregelt sind auch die Kündigungsfristen. Die Grundkündigungsfrist – die Arbeitnehmer und Arbeitgeber einhalten müssen – beträgt vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats. Je länger ein Arbeitnehmer einem Betrieb angehört, desto länger ist auch die Kündigungsfrist, die der Arbeitgeber einhalten muss. So beträgt die vom Arbeitgeber einzuhaltende Kündigungsfrist einen Monat zum Ende eines Kalendermonats, wenn der Arbeitnehmer bereits zwei Jahre in einem Betrieb arbeitet. Sie erhöht sich nach 5-, 8-, 10-, 12- und 15-jähriger Betriebszugehörigkeit um jeweils einen Monat. Nach 20-jähriger Betriebszugehörigkeit beträgt die Kündigungsfrist sieben Monate zum Ende eines Kalendermonats. Die Betriebszugehörigkeit wird ab Vollendung des 25. Lebensjahres des Arbeitnehmers berücksichtigt.

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

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

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

Anspruch auf Jahresurlaub

1980	–	
1903	3 Tage	nur Metallindustrie, Brauereien
1930	3 - 15 Tage	nach Dauer der Betriebszugehörigkeit in verschiedenen Branchen
1946	12 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub
1963 ¹⁾	15 - 18 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub
1974 ¹⁾	18 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub
1995	24 Werktage	gesetzlicher Mindesturlaub

¹⁾ In den Altländern der Bundesrepublik

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

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

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

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. Eine fristgemäße Kündigung des befristeten Arbeitsvertrags vor Ablauf der vereinbarten Zeit ist zulässig, wenn die Kündigungsmöglichkeit im Arbeitsvertrag oder anwendbaren Tarifvertrag vereinbart ist.

Seit 1. Mai 2000 ist die Schriftform von Kündigungen, Auflösungsverträgen sowie der Befristung von Arbeitsverträgen Voraussetzung für deren Wirksamkeit.

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. 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.

Was leistet das kollektive Arbeitsrecht?

Das kollektive Arbeitsrecht gliedert sich in zwei Ebenen:

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

Das Tarifvertragsrecht

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

Was müssen Sie tun?

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

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

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

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

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

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

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

1) Schutzfunktion

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

2) Ordnungsfunktion

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

3) Friedensfunktion

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

Beispiele für tarifvertragliche Regelungen sind:

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

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

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

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

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“.

Tarifliche Wochenarbeitszeit nach Arbeitsklassen

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

¹⁾ In den Altländern der Bundesrepublik

Gesetze

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

- Bürgerliche Gesetzbuch,
- Kündigungsschutzgesetz,
- Bundesurlaubsgesetz,
- Mutterschutzgesetz,
- Entgeltfortzahlungsgesetz,
- Nachweisgesetz,
- Jugendarbeitsschutzgesetz,
- Tarifvertragsgesetz,
- Teilzeit- und Befristungsgesetz,
- Betriebsverfassungsgesetz,
- Sprecherausschussgesetz,
- Montan-Mitbestimmungsgesetz,
- Drittelbeteiligungsgesetz,
- Mitbestimmungsgesetz.

Das Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Arbeitsrecht unter 01805 6767-13, für 12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

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

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.

Am 28. Juli 2001 ist das Gesetz zur Reform des Betriebsverfassungsgesetzes in Kraft getreten. Das Gesetz passt die betriebliche Mitbestimmung den Bedingungen der Arbeits- und Wirtschaftswelt von heute an und sorgt dafür, dass die betriebliche Mitbestimmung auch zukünftig ein tragfähiges Modell zum Nutzen der Sozialpartner darstellt. Die Neuerungen schaffen moderne und anpassungsfähige Betriebsratsstrukturen, erleichtern die Bildung von Betriebsräten, beziehen besondere Beschäftigungsformen wie Leiharbeiter in die betriebliche Mitbestimmung ein, verbessern die Arbeitsbedingungen des Betriebsrats und der Jugend- und Auszubildendenvertretung, stärken die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats im Bereich Beschäftigungssicherung und Qualifizierung, vereinfachen das Wahlverfahren in Betrieben mit bis zu 50 (bzw. 100 im Konsens mit dem Arbeitgeber) wahlberechtigten Arbeitnehmern, treiben die Gleichstellung von Frauen und Männern im Betrieb voran und geben die überholte Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten auf.

Rechte

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

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

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

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

In welchen Betrieben gibt es einen Betriebsrat?

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

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

Gehören zu einem Unternehmen mehrere Betriebe, ist ein Gesamtbetriebsrat zu bilden; auf Konzernebene kann ein Konzernbetriebsrat errichtet werden.

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

Leitende Angestellte – etwa Prokuristen oder vergleichbare Angestellte in hervorgehobener Position – werden nicht vom Betriebsrat vertreten. Gibt es mindestens zehn leitende Angestellte im Betrieb, können sie einen Sprecherausschuss nach dem Sprecherausschussgesetz wählen. Auf Unternehmensebene kann ein 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.

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;

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 muss ein Wirtschaftsausschuss gebildet werden. Der Wirtschaftsausschuss hat umfangreiche Unterrichts- und Beratungsrechte in wirtschaftlichen Fragen. Seine Mitglieder werden vom Betriebsrat bestimmt.

Wichtig: Wenn der Betriebsrat aus mindestens drei Mitgliedern besteht, muss das Geschlecht, welches in der Belegschaft in der Minderheit ist, in ihm mindestens so vertreten sein, wie es seinem zahlenmäßigen Verhältnis im Betrieb entspricht.

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.

-
-
- im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften bei Regelungen, die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten verhüten sollen oder Fragen des Gesundheitsschutzes betreffen;
 - wenn Werkmietwohnungen zugewiesen oder gekündigt werden sollen;
 - wenn es um Fragen der Lohngestaltung geht, Grundsätze für die Entlohnung aufgestellt oder Akkord- und Prämiensätze sowie vergleichbare Leistungsentgelte festgelegt werden;
 - bei der Festlegung von Grundsätzen über die Durchführung von Gruppenarbeit.

Darüber hinaus wirkt und bestimmt der Betriebsrat weitgehend mit

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

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

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

In Unternehmen mit mehr als 20 wahlberechtigten Beschäftigten muss der Arbeitgeber bei allen personellen Einzelmaßnahmen die Zustimmung des Betriebsrates 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 wegen seiner Abstammung, Religion, Nationalität, Herkunft, seines Geschlechts 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 im 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.

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie

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

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

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

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

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

Rechte

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

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

So kann der Aufsichtsrat beispielsweise

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

Mitbestimmung in größeren Unternehmen nach dem Mitbestimmungsgesetz

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

Wahl der Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitnehmer

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

-
-
- In Unternehmen mit bis zu 8.000 Arbeitnehmern ist die Urwahl die gesetzliche Regel. Allerdings können die Arbeitnehmer mit Mehrheit beschließen, dass ihre Vertreter durch Delegierte gewählt werden.
 - In Unternehmen mit mehr als 8.000 Arbeitnehmern ist es genau umgekehrt: Hier ist die Wahl durch Delegierte die gesetzliche Regel. Allerdings können die Arbeitnehmer mit Mehrheit die Urwahl beschließen.

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.

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.

Wenn es dennoch nicht zur absoluten Mehrheit reicht, kann der Aufsichtsratsvorsitzende die Wahl entscheiden: Er hat bei einer weiteren Abstimmung eine zweite Stimme.

Nach dem selben Verfahren wird ein Arbeitsdirektor als gleichberechtigtes Mitglied der Unternehmensleitung gewählt. Der Arbeitsdirektor erhält ein eigenes Ressort mit Aufgaben vor allem im Personal- und Sozialbereich.

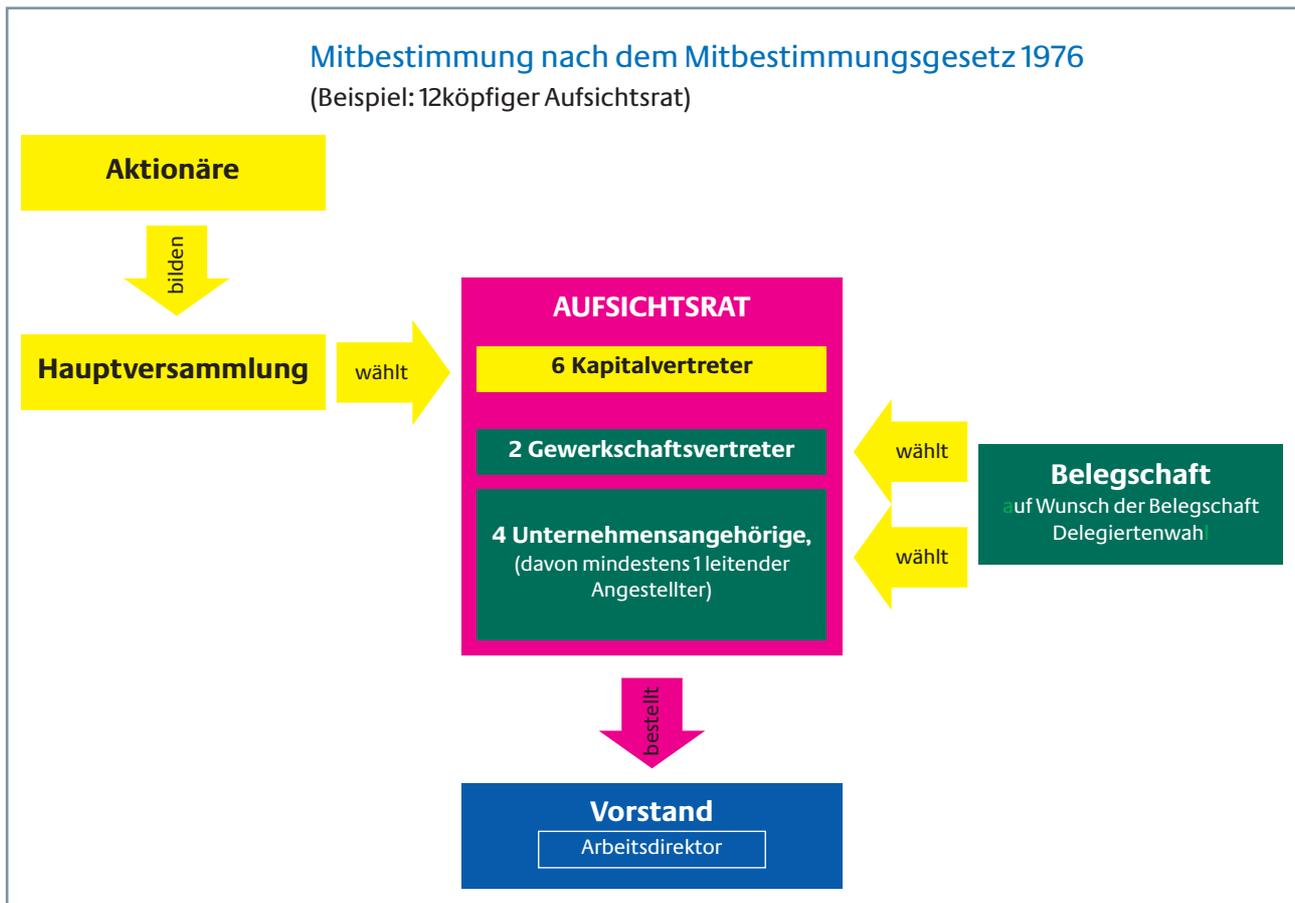
Mitbestimmung in kleineren Unternehmen nach dem Drittelbeteiligungsgesetz

Bei Kapitalgesellschaften mit 500 bis 2.000 Arbeitnehmern muss der Aufsichtsrat zu einem Drittel mit Vertretern der Arbeitnehmer besetzt sein.

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

Mitbestimmung nach dem Mitbestimmungsgesetz 1976

(Beispiel: 12köpfiger Aufsichtsrat)



Mitbestimmung in kleineren Unternehmen nach dem Drittelbeteiligungsgesetz

Bei Kapitalgesellschaften mit 500 bis 2.000 Arbeitnehmern muss der Aufsichtsrat zu einem Drittel mit Vertretern der Arbeitnehmer besetzt sein.

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

Mitbestimmung in der Montanindustrie

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

Der Aufsichtsrat

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.

In einem elfköpfigen Aufsichtsrat werden die Anteilseigner und die Arbeitnehmer durch je fünf Mitglieder vertreten. Zwei der fünf Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitnehmer müssen im Unternehmen beschäftigt sein. Die übrigen drei Vertreter gehören nicht dem Unternehmen an. Sie werden dem Betriebsrat vielmehr von den Spitzenorganisationen der Gewerkschaften, die im Unternehmen vertreten sind, vorgeschlagen.

Der Betriebsrat wählt alle Vertreter der Arbeitnehmer zunächst aus und schlägt sie der Anteilseignerversammlung (bei Aktiengesellschaften der Hauptversammlung) zur Wahl in den Aufsichtsrat vor. Die Anteilseignerversammlung kann diesen Vorschlag nicht ablehnen. Daher ist die Wahl nur ein formeller Akt.

Der Aufsichtsrat schlägt dann eine neutrale Person, das so genannte „11. Mitglied“, vor. Dessen Stimme gibt bei Patt-Situationen im Aufsichtsrat den Ausschlag.

Vorstand, Arbeitsdirektor

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

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

Gesetze

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

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

Durch das am 29. Dezember 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Einführung der Europäischen Gesellschaft (SEEG) sind die europäische Verordnung über das Statut der SE und die ergänzende Richtlinie über die Beteiligung der Arbeitnehmer in deutsches Recht übertragen worden. Die Europäische Gesellschaft (Societas Europaea, kurz: SE) tritt als neue europäische Rechtsform neben die bekannten nationalen Rechtsformen der Aktiengesellschaft und GmbH. Mit Einführung der SE sollen zukünftig 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.

Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer in der SE

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

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 bestimmen, dass der Aufsichtsrat größer ist als im Gesetz vorgesehen. Wenn dem Aufsichtsrat nach dem Gesetz zwölf Mitglieder angehören sollen, kann ihre Zahl auf 16 oder 20 erhöht werden. Ist ein Aufsichtsrat aus 16 Mitgliedern zu bilden, kann ihre Zahl kraft Satzung auf 20 Vertreter erhöht werden.

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

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

-
-
- Der bei den Gründungsgesellschaften vorhandene Bestand an Beteiligungsrechten der Arbeitnehmer soll sich grundsätzlich auch in der SE wieder finden (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 wird durch die SE Neuland betreten, denn die Beteiligung der Arbeitnehmer wird in einer SE grundsätzlich im Verhandlungswege festgelegt. Die Verhandlungslösung gibt den Beteiligten weitgehende Verhandlungsfreiheit.

Die Verhandlungen werden auf Unternehmenseite von den Leitungs- oder Verwaltungsorganen der Gründungsgesellschaften geführt. Auf Arbeitnehmerseite ist das BVG zu errichten, das die Arbeitnehmer aller Gründungsgesellschaften vertritt. Dabei steht nach den Vorgaben der Richtlinie den Arbeitnehmern in jedem Mitgliedstaat je angefangene 10% der Gesamtarbeitnehmerzahl ein Sitz im BVG zu. Um den Aufwand für die Bestellung der Mitglieder des BVG gering zu halten, sieht das SEBG für die auf Deutschland entfallenden Mitglieder des BVG keine generelle Urwahl oder Delegiertenwahl vor, sondern eine Wahl durch ein Wahlgremium, das die vorhandenen Betriebsratsstrukturen nutzt. Die gewählten Arbeitnehmervertreter auf der jeweils obersten Ebene (Gesamtbetriebsrat, Konzernbetriebsrat) sollen über die inländischen Mitglieder 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 inländischen Mitglieder des BVG 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-Betrach-

tung“. Die Zahl der Arbeitnehmervertreter im Aufsichts- oder Verwaltungsrat bemisst sich nach dem höchsten Anteil an Arbeitnehmervertretern, der 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.

Gesetze

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

Mitbestimmungsgesetz 1976

Drittelbeteiligungsgesetz

Montan-Mitbestimmungsgesetz

Mitbestimmungsergänzungsgesetz und

SE-Beteiligungsgesetz.

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 verpflichten die staatlichen Arbeitsschutzvorschriften, insbesondere das Arbeitsschutzgesetz, und Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger.

Der Arbeitsschutz betrifft folgende Bereiche, die ineinander greifen:

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

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

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

Rechtsgrundlagen

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

Schutzvorschriften können sich sowohl auf einzelne 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.

Information

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

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

Die Unfallversicherungsträger verfügen über eigene technische Aufsichtsdienste. (Satz gestrichen)

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

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

Typische Arbeitsschutzvorschriften

Arbeitszeitgesetz

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

Jugendarbeitsschutzgesetz

Dieses Gesetz schützt Kinder und Jugendliche vor Überlastungen. So regelt es beispielsweise, wie alt ein junger Mensch mindestens sein muss, um arbeiten zu dürfen, wie lange er maximal arbeiten darf und wie viel Jahresurlaub er erhalten muss. Die Kinderarbeitsschutzverordnung vom 23.6.98 konkretisiert die nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz für Kinder ab 13 Jahre und Vollzeit schulpflichtige Jugendliche ausnahmsweise zulässigen leichten und für sie geeigneten Arbeiten.

Mutterschutzgesetz

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

Arbeitsschutzgesetz

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

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.

PSA-Benutzungsverordnung

Mit der PSA-Benutzungsverordnung gibt es jetzt eine einheitliche Regelung 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, gestaltet der Arbeitgeber die Arbeit so, dass diese Tätigkeiten möglichst sicher und mit möglichst geringer Gesundheitsgefährdung der Beschäftigten vonstatten gehen. Dazu erfolgt eine Bewertung der Arbeitsbedingungen, um daraus abgeleitet geeignete Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen.

Baustellenverordnung

Am 1. Juli 1998 ist die Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen (Baustellenverordnung) in Kraft getreten. Ihre Instrumente sollen maßgeblich dazu beitragen, das im Baubereich im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen besonders hohe Unfall- und Gesundheitsrisiken zu reduzieren und die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern. Kernelemente der Verordnung sind die nach Maßgabe der Verordnung zu übermittelnde Vorankündigung, der Sicherheits- und Gesundheitsschutzplan und die Bestellung eines Koordinators. Alle diese Elemente sind geeignet, den Bauablauf besser zu planen und zu koordinieren, so dass Gefährdungen für die Beschäftigten frühzeitig erkannt und beseitigt werden können.

Bildschirmarbeitsverordnung

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

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

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

Gerätesicherheitsgesetz

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

Von Arbeitsmitteln, Geräten, sonstigen technischen Anlagen und Konsumgütern dürfen keine Unfallgefahren ausgehen.

Diese Verpflichtungen gelten schon dann, wenn Produkte vermarktet werden. Das bedeutet: Nicht erst der Verwender ist dafür verantwortlich, dass Geräte und Produkte aus sicherheitstechnischer Sicht einwandfrei beschaffen sind. Die gleiche Verantwortung tragen bereits alle, die technische Erzeugnisse in den Verkehr bringen, zum Beispiel Hersteller und Importeure – eine Maßnahme, die dem Verbraucher den Kauf sicherer Produkte ermöglicht.

Gefahrstoffverordnung

Mit der am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen und auf der Basis des EG-Rechts novellierten „Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen“ (Gefahrstoffverordnung) steht nun ein modernes, flexibel anwendbares Instrumentarium zum Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, also insbesondere gefährlichen Chemikalien, zur Verfügung.

Die Verordnung enthält auch ein grundlegend überarbeitetes Konzept für die arbeitsmedizinische Vorsorge.

Die neue Verordnung gibt dem Arbeitgeber zusätzliche Gestaltungsspielräume für konkrete, betriebsbezogene Schutzmaßnahmen, da nur er die Bedingungen in seinem Betrieb im Einzelnen kennt. Regelungen zur Beurteilung der Gefährdung und ein Schutzstufenkonzept in der Verordnung leiten den Arbeitgeber im Hinblick auf seine Entscheidungsfindung an. Die stärkere Übertragung der Verantwortung auf den Arbeitgeber ist begleitet von klar formulierten Vorgaben zum Vorgehen. Dieses Konzept ist ein Beitrag zur Rechtsvereinfachung und entspricht den Anforderungen an eine moderne Verordnung.

In den Fällen, in denen eine Präzisierung der Verordnungsvorgaben erforderlich erscheint, wird der pluralistisch zusammengesetzte Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) diese Präzisierung im Rahmen von „Technischen Regeln für Gefahrstoffe“ (TRGS) vornehmen. Die Technischen Regeln entfalten die so genannte Vermutungswirkung. Dies bedeutet, dass bei Einhaltung der entsprechenden Regeln von einer Übereinstimmung mit der Verordnung ausgegangen werden kann. Trotzdem steht es dem Arbeitgeber frei, sich für andere als in einer Technischen Regel festgelegte Maßnahmen zu entscheiden, sofern diese geeignet und angemessen sind. Der Grundsatz der unternehmerischen Verantwortung gilt somit auch für das Technische Regelwerk.

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

Biostoffverordnung

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

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

Mit Themen wie BSE oder Vogelgrippe ist auch der Schutz der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit diesen Erregern in den Mittelpunkt des Tagesgeschehens gerückt. Die Biostoffverordnung regelt in diesem Zusammenhang den Gesundheitsschutz der Beschäftigten, z. B. in der landwirtschaftlichen Tierhaltung, bei der Tötung von Tieren oder in Forschungs- und Kontrolllaboratorien.

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

Dieses Gesetz verpflichtet den Arbeitgeber Fachleute zu bestellen, die ihn in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit unterstützen. Zu den Aufgaben der Arbeitsschutzexperten gehört es beispielsweise, den Arbeitgeber im gesamten Spektrum der sicherheits- und gesundheitsrelevanten Faktoren bei der Arbeit umfassend zu beraten. Dies beginnt bei der Planung von Betriebsanlagen, betrifft die Beschaffung von Arbeitsmitteln sowie die Gestaltung der Arbeitsplätze und umfasst auch die Beratung des Arbeitgebers bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Den Betriebsärzten ist unter anderem die Aufgabe zugewiesen, die Arbeitnehmer arbeitsmedizinisch zu untersuchen und zu beraten. Das Arbeitssicherheitsgesetz wird durch Unfallverhütungsvorschriften der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) konkretisiert. Mit der aktuellen Reform der Kleinbetriebsbetreuung und der neuen Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A 2) konnten flexible, praxisnahe und am tatsächlichen Gefährdungspotential orientierte Regelungen geschaffen werden.

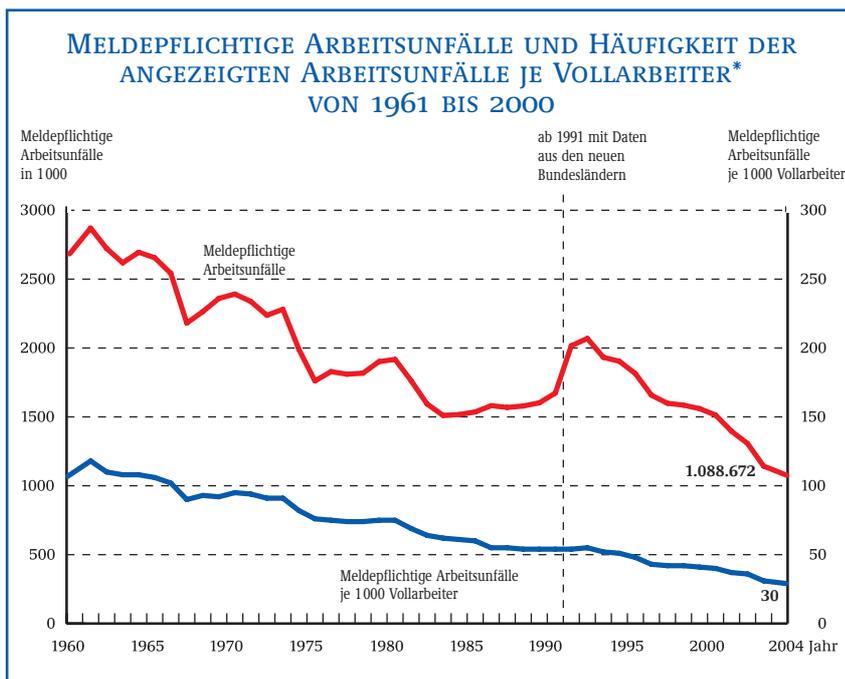
Modellprogramm des BMAS zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen

Im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen schreibt das BMAS jährlich Förderschwerpunkte zu aktuellen Themen des Arbeitsschutzes aus. Die modellhaften Projekte unterstützen den Arbeitgeber bei der praktischen Umsetzung des Arbeitsschutzes im Betrieb. Durch die Veröffentlichung und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse tragen die Projekte dazu bei, am Standort Deutschland in Produktion, Handwerk und im Dienstleistungssektor arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu verringern. Im Jahr 2005 flankiert der Förderschwerpunkt die aktuelle Reform der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung kleiner Betriebe. Hier werden Projekte gefördert, die dem Unternehmer bei der Umsetzung des neuen, bedarfsorientierten Modells der Regelbetreuung für Kleinbetriebe praktische Hilfe leisten sollen. Von besonderem Interesse ist dabei die modellhafte Entwicklung und Erprobung von sog. Poolmodellen.

Der Förderschwerpunkt 2004 lautet „LANGE LEHREN – Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Lehrerberuf erhalten und fördern“. Das BMAS legt besonderen Wert auf die Entwicklung eines innovativen und praxistauglichen Präventionskonzepts, das auch auf andere Berufsgruppen mit vergleichbarem Belastungsprofil übertragbar ist.

Siebtes Buch Sozialgesetzbuch

Es verpflichtet die Berufsgenossenschaften, mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe in den Betrieben und Verwaltungen zu sorgen. Die Berufsgenossenschaften erlassen aufgrund des Gesetzes 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.



* Die Zahl der „Vollarbeiter“ ist eine statistische Rechengröße und dient zur Berechnung von Unfallhäufigkeiten. Die verschiedenen zeitlichen Beschäftigungsverhältnisse (z. B. Teilzeitbeschäftigung, Überstunden) der Versicherten, werden zur Ermittlung der Zahl der Vollarbeiter auf Beschäftigungsverhältnisse mit normaler ganztägiger Arbeitszeit umgerechnet. In die Zahl der Vollarbeiter fließen anteilig z. B. auch ehrenamtlich Tätige, Blutspender und Arbeitslose ein, die ebenfalls in der Unfallversicherung versichert sind.

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

Wer ist versichert?

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

Durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt sind darüber hinaus:

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten erbringt sie

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

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

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

tel sowie für Aufenthalte im Krankenhaus bzw. in einer Rehabilitationseinrichtung. Dabei spielt es keine Rolle, wie lange Sie die Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

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

Verletztengeld

Das Verletztengeld, das Sie während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit erhalten, beträgt 80 vom Hundert 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 nicht mehr in Ihrem bisherigen Beruf arbeiten können, besteht Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese umfassen in erster Linie Leistungen zur Erhaltung des alten Arbeitsplatzes oder zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes. Sollten diese Leistungen nicht zum Erfolg führen, können Sie sich umschulen oder in einem anderen Beruf anlernen lassen. Während dieser Ausbildungszeit besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld. Sofern gleichzeitig Arbeitsentgelt gezahlt wird, ist dieses anzurechnen.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

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

Rente an Versicherte

Eine Versichertenrente erhalten Sie, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit um mindestens 20 vom Hundert über 26 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles hinaus gemindert wird. Wie hoch die Rente ist, richtet sich danach, wie sehr Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert ist und 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 Versicherungsfalles 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 vom Hundert des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, wenn Sie

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

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

Wichtig: Haben Sie als Hinterbliebener eigenes Einkommen (z. B. weil Sie selbst arbeiten oder andere Renten beziehen), so wird es mit 40 vom Hundert 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 vom Hundert des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, bei Vollweisen 30 vom Hundert. Die Waisenrente wird über das 18. Lebensjahr der Waisen hinaus bis zum 27. Lebensjahr gezahlt, wenn

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

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

Wichtig: Witwen- und Waisenrente dürfen zusammen maximal 80 vom Hundert 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 vom Hundert und der Abfindung sog. „großer“ Renten ab einer MdE von 40 vom Hundert. 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 vom Hundert oder mehr gemindert ist und Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben, kann auf Antrag die halbe Rente als Abfindung für 10 Jahre ausgezahlt werden. Ein besonderer Verwendungsnachweis ist nicht erforderlich. Die Abfindung kann maximal neunmal so hoch sein wie die halbe Jahresrente. In diesem Fall erhalten Sie neben der Abfindung für einen Zeitraum von 10 Jahren weiterhin die Hälfte Ihrer Rente. Mit Beginn des 11. Rentenjahres zahlt die Unfallversicherung dann wieder die volle Rente.

Finanzielle Grundlagen

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

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

Rechtsgrundlagen

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

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

Information

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

Sie können sich außerdem von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8 bis 20 Uhr unter 01805/676711 (0,12 EUR/Min. aus dem deutschen Festnetz) an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wenden.

Im Internet finden Sie Informationen u. a. unter:

www.hvbg.de

www.unfallkassen.de

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

Was müssen Sie tun?

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

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

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Thema Behinderung unter 01805 6767-15, Gehörlosen/Hörgeschädigten-service 01805 6767-16 (Schreibtelefon) für 12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz.

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

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

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

Leistungen zur Teilhabe

Folgende Hilfen kommen in Betracht:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere:

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

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

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

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

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Hierzu zählen beispielsweise:

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

Finanzielle Leistungen

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

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

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

Einrichtungen

Berufsbildungswerke

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

Berufsförderungswerke

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

Berufliche Trainingszentren

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

Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

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

Werkstätten für behinderte Menschen

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

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

Sonderregelungen für schwerbehinderte Menschen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schwerbehindertenausweis

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

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

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

Freie Fahrt im Nahverkehr

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

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

Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

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

Wer ist für welche Hilfen zuständig?

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

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

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

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

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

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

Versorgungsämter und Integrationsämter

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

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

Gesetze

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen finden Sie

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

Information

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

Zu den Aufgaben der Servicestellen zählen z. B.

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

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

Inhalt der Initiative

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

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

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

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

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

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

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



„Wir beteiligen uns schon“:

Engagement von Unternehmen, Verbänden und Organisationen im Rahmen der Initiative

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

Entstehungsgeschichte

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

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

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

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

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

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

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

Das Gremium kommt Anlass bezogen, in der Regel aber alle drei Monate zusammen. Es hat bisher Beschlüsse zur Förderung von einunddreißig Projekten gefasst.

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

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

Die Projekte sollen

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

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

Grundsätzlich können Anträge laufend eingereicht werden. Aufgrund der begrenzten Dauer der Initiative bis zum 31.12.2006 sind Projektanträge mit einer Laufzeit von einem halben Jahr letztmalig bis spätestens zum 30. April 2006 einzureichen.

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

Weitere Informationen zu der Initiative

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

Sollten Sie Fragen haben, so können Sie sich aber auch schriftlich an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter dem Stichwort „job-Projekt“, Referat V a 2, Rochusstraße 1, 53123 Bonn, wenden.

Krankenversicherung und elektronische Gesundheitskarte

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

Welcher Krankenkasse Sie angehören, hing bis Ende 1995 von Ihrem Beruf oder der Betriebszugehörigkeit ab. Seit dem 1. Januar 1996 können Sie jedoch als Mitglied einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie einer Ersatzkasse frei wählen, bei welcher Kasse Sie sich versichern lassen möchten, wobei Betriebs- und Innungskrankenkassen nur wählbar sind, wenn sie sich durch Satzungsbeschluss für Betriebsfremde geöffnet haben. Für andere gesetzliche Krankenkassen wie zum Beispiel die Knappschaft oder die See-Krankenkasse gelten besondere Wahlrechte. Ein Vergleich der Beitragssätze der Krankenkassen lohnt sich.

Was leistet die gesetzliche Krankenversicherung?

Als Versicherter haben Sie Anspruch auf:

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

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

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

Wer ist versichert?

Als Arbeitnehmer sind Sie automatisch pflichtversichert, wenn Ihr regelmäßiger Brutto-Arbeitsverdienst mehr als 400 Euro monatlich beträgt und eine bestimmte Höchstgrenze pro Jahr nicht übersteigt. Seit dem 1. Januar 2003 ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze, bis zu der Versicherungspflicht als Arbeitnehmer besteht, formal von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt und in eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze und eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze für privat krankenversicherte Arbeitnehmer überführt worden. Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze beträgt im Kalenderjahr 2006 47.250 Euro und entspricht damit weiterhin einem Wert von 75 v. H. der Jahresbeitragsbemessungsgrenze (West) in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, enthält das neue Recht eine aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes niedrigere Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 42.750 Euro im Jahr 2006. Dieser Wert ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

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

- Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen,

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

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

- als bislang Versicherungspflichtiger, wenn die Versicherungspflicht endet und Sie bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben,
- als Arbeitnehmer, wenn Ihr Jahresarbeitsverdienst nach der Ausbildung bereits bei Ihrer ersten Stelle oberhalb der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt,

- als Schwerbehinderter (unter bestimmten Voraussetzungen),
- nach Beendigung der Mitversicherung als Familienangehöriger, wenn Sie bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Beitrittsfrist von 3 Monaten um eine Ausschlussfrist handelt, so dass ein späterer Beitritt grundsätzlich nicht mehr möglich ist.

Freiwillige Mitglieder verlieren ihren Krankenversicherungsschutz kraft gesetzlicher Regelung mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Beendigung der Mitgliedschaft nicht entrichtet wurden. Weitere Voraussetzung ist, dass das Mitglied darauf hingewiesen wurde, dass nach dem Ende der Mitgliedschaft eine freiwillige Versicherung auch bei jeder anderen gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen ist sowie darauf, dass unter den Voraussetzungen des 12. Buches Sozialgesetzbuch die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Träger der Sozialhilfe möglich ist. Bitte stellen Sie bei Zahlungsschwierigkeiten ggf. rechtzeitig einen Antrag auf Stundung der fälligen Mitgliedsbeiträge bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

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

Übersicht über die Zuzahlung in der GKV:

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

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

Familienversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst auch eine beitragsfreie Familienversicherung. Danach sind Ehe- und eingetragene Lebenspartner und Kinder (bis zu bestimmten Altersgrenzen) mitversichert. Voraussetzung ist u. a., dass das Einkommen der Ehe- und Lebenspartner und Kinder 2006 höchstens 350 EUR monatlich beträgt und sie nicht selbst versichert sind. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

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

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

Zuzahlungen der Versicherten

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

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

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

Von Zuzahlungen sind befreit:

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

Zuzahlungsbefreiung/Belastungsgrenze:

Die Belastungsgrenze beträgt 2% der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen - denn für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt. Für Kinder wird ein erhöhter Freibetrag berücksichtigt. Diese Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus. Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15% der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dies sind im Jahr 2006 4.410,- EUR, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10% der jährlichen Bezugsgröße; im Jahr 2006 sind dies 2.940,- EUR. Der Freibetrag für Kinder beträgt 3.648,- EUR. Bei Alleinerziehenden gilt das Kind als erster Angehöriger, so dass der höhere Freibetrag (4.410 EUR) in Abzug gebracht wird. Der Anwendungsbereich der 10%-Regelung für weitere Angehörige hat nur noch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte Bedeutung.

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

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

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

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

Besonderheiten bei chronisch Kranken

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

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

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

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

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

Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

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

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

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

Diese Sonderregelung gilt auch für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis (Sozialhilfeempfänger, bei denen die Gesundheitsversorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen wird und Empfänger von laufenden Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes). D. h., dass als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Regelsatzverordnung maßgeblich ist. Für die in stationären Einrichtungen lebenden Sozialhilfeempfänger hat der Gesetzgeber einen speziellen Darlehenanspruch im Sozialhilferecht geschaffen. Dieses Darlehen deckt die Zuzahlungsverpflichtung ab. Die Rückzahlung erfolgt durch Verrechnung mit den monatlichen auszuzahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

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

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

Besondere Überforderungsklausel bei Zahnersatz:

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

Information

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

Finanzielle Grundlagen

Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert ihre Ausgaben durch Beiträge.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen die Beiträge grundsätzlich zur Hälfte. Gleiches gilt für pflichtversicherte Rentner und den Rentenversicherungsträger. Ab dem

Gesetze

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist der älteste Zweig der Sozialversicherung.

Grundlagen dazu finden Sie in verschiedenen Gesetzen, beispielsweise

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

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

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

Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, zahlen ihre Krankenversicherungsbeiträge allein. Sie erhalten jedoch von ihrem Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei dieser Krankenkasse zu zahlen wäre, begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags als Beitragszuschuss. Auch Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert sind, erhalten vom zuständigen Rentenversicherungsträger einen Beitragszuschuss.

Wie hoch Ihr Beitrag tatsächlich ist, hängt von Ihrem Einkommen und dem Beitragssatz Ihrer Krankenkasse ab.

Dabei gilt jedoch die so genannte Beitragsbemessungsgrenze. Sie liegt 2006 bei 3.562,50 EUR. Das bedeutet: Ihr Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung bemisst sich höchstens nach diesen Beträgen, auch wenn Sie mehr verdienen.

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

Die elektronische Gesundheitskarte

Im Jahr 2006 beginnt die Feldtestphase der elektronischen Gesundheitskarte, die schrittweise die bisherige Krankenversichertenkarte ablösen wird. Die Gesundheitskarte wird technisch so weiterentwickelt sein, dass sie in der Lage ist, neben ihren administrativen Funktionen auch medizinische Daten verfügbar zu machen. Hierfür ist es erforderlich, die Gesundheitskarte als Mikroprozessorkarte auszugestalten. Zusätzlich ist sie geeignet, Authentifizierung (elektronische Identitätsprüfung), Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen. Damit kann eine größtmögliche Sicherheit der Daten gewährleistet werden. Die elektronische Gesundheitskarte wird zur Identifikation des Karteninhabers mit einem Lichtbild ausgestattet sein (Ausnahme: z. B. Kinder unter 16 und Schwerpflegebedürftige).

Der medizinische Teil der Gesundheitskarte soll nur auf freiwilliger Basis genutzt werden können. Das bedeutet, dass alle Versicherten zwar eine Gesundheitskarte

erhalten, mit der sie administrative Funktionalitäten wie die Abwicklung des elektronischen Rezepts erledigen, es darüber hinaus aber jedem Versicherten freigestellt wird, ob er die zusätzlichen Funktionen, also den medizinischen Teil, nutzen möchte oder nicht. Darüber hinaus wird die elektronische Gesundheitskarte mit einer „europäischen Rückseite“ ausgestattet sein, die die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedstaaten der EU ermöglicht.

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

Ziele der elektronischen Gesundheitskarte

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

Rechtliche Grundlage

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, das am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, bildet die rechtliche Grundlage für die elektronische Gesundheitskarte. Ergänzt worden sind diese Regelungen durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz, das am 30.03.2005 in Kraft getreten ist.

Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Administrativer Teil (verpflichtend):

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

Medizinischer Teil (freiwillig):

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

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

Die möglichen Funktionalitäten werden schrittweise verwirklicht. Eine erste verpflichtende Anwendung wird die elektronische Übermittlung der Verordnungsdaten sein (elektronisches Rezept). Darüber hinaus steht zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung zunächst die Speicherung der Notfalldaten und der Arzneimitteldokumentation im Vordergrund.

Datenschutz

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

- Die Datenhoheit der Patienten und der Grundsatz der Freiwilligkeit der Speicherung von Gesundheitsdaten sind gewahrt.
- Die Patienten entscheiden darüber, welche ihrer Gesundheitsdaten aufgenommen und welche gelöscht werden und welcher Leistungserbringer Zugriff auf die Daten erhält.
- Die Umsetzung der bestehenden Rechte der Patientinnen und Patienten, Daten einzusehen und Ausdrücke zu erhalten, wird erleichtert.
- Ein umfassendes Sicherheitskonzept garantiert den Schutz der besonders sensiblen Daten. Mit wenigen Ausnahmen ist die Gesundheitskarte grundsätzlich nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis (Health Professional Card), der über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, nutzbar.

Vorteile der elektronischen Gesundheitskarte

Vorteile für Patientinnen und Patienten:

- Wichtige Gesundheitsdaten sind besser verfügbar (z. B. im Notfall und beim Arztwechsel). Dadurch wird eine qualitativ bessere Behandlung erreicht und die Verschreibung ungeeigneter Arzneimittel reduziert.
- Sie bekommen einen besseren Überblick über ihren eigenen Gesundheitsstatus (z. B. Impfungen, Allergien, Verlauf chronischer Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen).
- Sie können entscheiden, ob und welche ihrer Gesundheitsdaten aufgenommen bzw. gelöscht werden sowie wer auf die Daten zugreifen darf.
- Die letzten 50 Zugriffe werden zu ihrer Sicherheit protokolliert und gespeichert.

Vorteile für Leistungserbringer:

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

Verbesserte Nutzung von Arzneimittelinformationssystemen und Fachdatenbanken.

Gematik

Zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte hat die gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Januar 2005 eine Gesellschaft

(gematik GmbH) gegründet. Aufgabe der gematik ist es, die technischen Vorgaben, einschließlich eines Sicherheitskonzeptes zu erstellen, Inhalt und Struktur der Datensätze festzulegen sowie die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen. Mit dem am 28. Juni 2005 in Kraft getretenen Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen wurde der rechtliche Rahmen für die Arbeiten der gematik geschaffen.

Testphase

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

Da die gematik die für die Durchführung der Testphase notwendigen Beschlüsse nicht fristgerecht getroffen hat, hat das Bundesministerium für Gesundheit die entsprechenden Inhalte in der "Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte" festgelegt. Sie ist am 9. November 2005 in Kraft getreten und veröffentlicht worden (www.bmg.bund.de). Sie legt die Rahmenbedingungen der Testmaßnahmen fest und regelt u. a., dass die Testphase hinsichtlich des zu testenden Funktionsumfangs in einzelnen Abschnitten und hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden Versicherten in einzelnen Stufen durchzuführen ist. Komponenten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sollen nach Labortests bei der gematik und praktischen Anwendertests zunächst in Regionen mit bis zu 10.000 Versicherten erprobt werden. Anschließend werden Tests mit bis zu 100.000 Versicherten durchgeführt, um insbesondere die Belastbarkeit der technischen Infrastruktur zu testen. Damit hat das BMG die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Vorbereitung und Durchführung der Testphase zügig voran getrieben werden kann.

Bereits am 15. Dezember 2005 hat die Testphase mit dem Beginn der Labortests begonnen. In den Labortests ist u. a. die Frage zu beantworten, ob die Karte dem geforderten Datenschutzniveau entspricht.

Mit einhelliger Zustimmung der Länder hat das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt, in welchen Ländern Feldtests mit bis zu 10.000 Versicherten starten sollen. Es sind: Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein. Die Einbeziehung aller acht Bundesländer, die bereits mit Vorbereitungen für die Testphase begonnen haben, ist eine wertvolle Grundlage für die Vorbereitung der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Die Feldtests sollen im ersten Halbjahr 2006 beginnen.

Projektstand und bisherige Zwischenergebnisse:

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

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 gut 2 Millionen Menschen in der Bundesrepublik ständig auf Pflege angewiesen – eine Zahl, die der Einwohnerzahl von Hamburg entspricht. Rund 0,67 Mio. Pflegebedürftige leben in Heimen. Die übrigen rund 1,38 Millionen Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Familienangehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer und hauptberufliche Pflegekräfte kümmern sich um sie. Diese hunderttausende Pflegerinnen und Pfleger leisten Tag für Tag einen anerkennungswürdigen und häufig aufopferungsvollen Dienst für diejenigen, die sich selbst nicht helfen können.

Was müssen Sie tun?

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

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

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

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

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

Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ambulante oder stationäre Pflege

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

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

Die ambulante Pflege

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

die Bedingungen für die häusliche Pflege verbessern und die Pflegenden entlasten.

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

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

Als weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind vorgesehen:

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

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

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

Urlaubs-Pflegevertretung

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

Die teilstationäre und Kurzzeitpflege

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

Zusätzliche Betreuungsleistung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

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

Die soziale Sicherung der Pflegepersonen

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

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

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

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

Die stationäre Pflege

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

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

Behinderte Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe

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

Finanzen

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert. Wie hoch die Beiträge sind, hängt von Ihrem Einkommen ab. Dabei gilt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung. Das sind in 2006 monatlich 3.562,50 EUR sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern.

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

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

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

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

Unterhaltsberechtigter Kinder und Ehegatten sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches Gesamteinkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Diese Geringfügigkeitsgrenze beläuft sich seit 1. Januar 2006 auf 350 EUR monatlich. Personen, die einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen, können bis zu einem Verdienst von 400 EUR monatlich beitragsfrei versichert sein.

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

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

Private Pflegepflichtversicherung

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

Die Beiträge gelten einheitlich für Männer und Frauen. Für Verheiratete, bei denen nur ein Ehepartner erwerbstätig ist oder ein Ehepartner mit seiner Erwerbstätigkeit die Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreitet, darf der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages zur sozialen Pflegeversicherung betragen. Diese Ehegattenermäßigung gilt nicht für Personen, die erst nach

Information

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

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

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

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

Beim Bundesministerium für Gesundheit ist ein Bürgertelefon eingerichtet. Unter der Rufnummer 01805 9966-03 (0,12 €/Minute aus dem deutschen Festnetz) werden dort von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 bis 20.00 Uhr Fragen zur Pflegeversicherung beantwortet.

Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 privat versichert wurden. Kinder sind wie in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert.

Versicherungsschutz gilt für alle

Seit dem 1. Januar 1995 ist die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen: Seither gibt es die Pflegeversicherung. Sie wird im Rahmen einer sozialen Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (5. Säule) und im Rahmen einer privaten Pflegepflichtversicherung durchgeführt. Damit haben die rund 82 Millionen Bürger einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit erhalten, den es vorher nicht gab. Dabei gilt der Grundsatz: Wer in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört der sozialen Pflegeversicherung an. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss seitdem eine private Pflegeversicherung abschließen.

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

Wer ist versichert?

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

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt im Jahr 2006 bei monatlich 5.250 EUR in den alten und 4.400 EUR in den neuen Bundesländern. Sie ist nicht gleichzeitig Versicherungspflichtgrenze. Das bedeutet: Auch wer mehr verdient, bleibt versicherungspflichtig. Beitragsbemessungsgrenze heißt: Ihr Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung bemisst sich höchstens an diesen Beträgen, auch wenn Sie mehr verdienen.

Für Arbeitnehmer mit geringen Verdiensten (zwischen 400,01 EUR und 800,00 EUR) gelten seit dem 1. April 2003 Besonderheiten bei der Beitragszahlung. Automatisch finden die besonderen beitragsrechtlichen Regelungen der so genannten Gleitzone (Progressionszone) Anwendung, durch die der Arbeitnehmer entsprechend seinem Verdienst anteilig von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet wird. Dies bedeutet, dass für Arbeitsentgelte innerhalb der Gleitzone der Arbeitnehmeranteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung von z. Z. 20,95%) abhängig vom Verdienst im Ergebnis linear von rund 4% am Anfang der Gleitzone (400,01 EUR) bis zum vollen Arbeitnehmeranteil (z. Z. 20,95%) bei 800 EUR ansteigt. Der Arbeitgeber zahlt dagegen für das gesamte Arbeitsentgelt grundsätzlich seinen vollen Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Regelungen gelten jedoch nicht bei Auszubildenden.

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

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

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

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

Die Einführung der Versicherungspflicht ist durch eine Übergangsregelung ergänzt worden, da Angehörige dieses Personenkreises teilweise schon anderweitig für ihr Alter vorgesorgt haben. Danach können sich die betreffenden Personen von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie am 1. Januar 1999 das 50. Lebensjahr vollendet haben oder vor dem 10. Dezember 1998 bereits über eine Lebensversicherung, private Rentenversicherung oder betriebliche Versorgungszusage verfügt haben und diese in leistungs- und beitragsmäßiger Hinsicht bis zum 30. Juni 2000 oder binnen eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht rentenversicherungsäquivalent ausgestaltet haben bzw. ausgestalten. Eine solche Ausgestaltung liegt vor, wenn Leistungen für den Fall der Invalidität und des Erlebens des 60. oder eines höheren Lebensjahres sowie im Todesfall Leistungen an Hinterbliebene erbracht werden und für diese Versicherung mindestens ebenso viel Beiträge aufzuwenden sind wie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wären. Auch eine äquivalente andere Form der Rentenversorgung kann den Befreiungsvoraussetzungen genügen. Die Befreiung ist binnen eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht zu beantragen. Die Frist lief frühestens am 30. Juni 2000 ab. Eine Befreiung wirkt auf den 1. Januar 1999 zurück.

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

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

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

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

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

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

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

Wer ist versicherungsfrei?

a) Geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigung:

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

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

Versicherungspflichtig sind geringfügig Beschäftigte, die durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber auf die Versicherungsfreiheit verzichten. Die Optionsmöglichkeit kann zu Beginn einer geringfügigen Beschäftigung von allen – mit Ausnahme der Altersvollrentner – wahrgenommen werden, die neben ihrer geringfügigen Beschäftigung keine weitere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben. Versicherungspflicht besteht dann bis zum Ende der Beschäftigung. In diesem Fall muss der geringfügig Beschäftigte den Pauschalbetrag des Arbeitgebers zur Rentenversicherung auf den vollen Beitrag aufstocken (Der volle Beitrag beträgt im Jahr 2006 19,5 %. Geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten haben den Pauschalbeitrag von 5 % also um 14,5 % aufzustocken, alle anderen geringfügig Beschäftigten haben den Pauschalbeitrag von 12 % um 7,5 % aufzustocken). Damit können alle Leistungsansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung, also auch Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Wartezeitmonate für vorzeitige Altersrenten sowie Anspruch auf die Förderung nach der sog. Riester-Rente, erworben werden. Liegt das Arbeitsentgelt unter 155 EUR monatlich, ist ein Mindestbeitrag auf der Basis von 155 EUR zu zahlen, auf den der Arbeitgeberbeitrag angerechnet wird. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Möglichkeit der Aufstockung zu informieren.

b) Kurzfristige Beschäftigung:

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

c) Mehrere Beschäftigungen:

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

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

Neben einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung kann eine geringfügig entlohnte Dauerbeschäftigung ausgeübt werden, ohne dass diese durch

Zusammenrechnung mit der Hauptbeschäftigung versicherungspflichtig wird. Jede weitere geringfügige Beschäftigung wird mit der sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnet und unterfällt damit der vollen Sozialversicherungspflicht (Ausnahme: Arbeitslosenversicherung). Das Zusammenrechnungsgebot gilt nicht bei gleichzeitiger Ausübung von kurzfristiger und geringfügiger Dauerbeschäftigung sowie von kurzfristiger Beschäftigung und sozialversicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung.

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

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

Wer kann sich freiwillig versichern?

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

Rehabilitation

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

Wer hat einen Rentenanspruch?

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

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

Grundvoraussetzung: Erfüllung von Wartezeiten

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

Die vorzeitige Erfüllung der Wartezeit

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

Altersrenten

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

Die Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug

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

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

1. Regelaltersrente

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

2. Altersrente für langjährig Versicherte.

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

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

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

3. Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

Anspruch auf diese Altersrente ohne Abschläge haben Versicherte, die

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

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

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

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

4. Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit.

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

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

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

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

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

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

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

5. Altersrente für Frauen

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

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

6. Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute.

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

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

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

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

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

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

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

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

Im Einzelnen gibt es folgende Leistungsarten:

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

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

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

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

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

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

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

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

Zeitrenten

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

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

Hinzuverdienst

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

A. Altersrenten

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

1. Regelaltersrenten

Allein bei Bezug der Regelaltersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres darf unbeschränkt hinzuverdient werden. Wer bereits eine Altersrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres bezogen hat, darf ab dem Monatsersten nach Vollendung des 65. Lebensjahres ebenfalls unbegrenzt hinzuverdienen. Allerdings müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auch für über 65-jährige Rentnerinnen und Rentner, die bei ihnen beschäftigt sind, aus Gleichbehandlungsgründen den jeweiligen Arbeitgeberbeitrag zahlen.

2. Altersrenten vor Vollendung des 65. Lebensjahres

Bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres darf neben einer Altersrente nur eingeschränkt hinzuverdient werden. Wer eine Vollrente erhält, darf im Jahr 2006 nur bis zu 350 Euro brutto monatlich hinzuverdienen. Innerhalb eines Kalenderjahres ist ein zweimaliges Überschreiten dieses Betrages bis zum Doppelten (zum Beispiel durch Urlaubs- und Weihnachtsgeld) zulässig. Wird die Hinzuverdienstgrenze überschritten, führt dies aber nicht automatisch zum Wegfall der Rente. Die Rente kann dann in eine Teilrente umgewandelt werden, die einen höheren Hinzuverdienst erlaubt.

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

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

Hinzuverdienstgrenzen 1. Halbjahr 2006

Rentenarten	Hinzuverdienstgrenze pro Monat in €	
	West	Ost

Altersrenten

Regelaltersrenten ab dem 65. Lebensjahr **keine Einschränkung**

Bis zur Vollendung

des 65. Lebensjahres

*(bei Rentenbeginn ab 2000)**

- Vollrente	350,00	350,00
- Teilrente von 2/3	458,58	403,12
- Teilrente von 1/2	685,91	602,96
- Teilrente von 1/3	913,24	802,80

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

(bei Rentenbeginn ab 2001)

Rente wegen voller Erwerbsminderung

- in voller Höhe	350,00	350,00
- in Höhe von 3/4	611,44	537,50
- in Höhe von 1/2	811,34	713,22
- in Höhe von 1/4	1.011,23	888,94

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

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

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

(bei Rentenbeginn vor 2001)

Erwerbsunfähigkeitsrente 350,00 350,00

Berufsunfähigkeitsrente

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

Mit Ausnahme der auf 350 EUR festgesetzten Hinzuverdienstgrenzen handelt es sich um allgemeine Hinzuverdienstgrenzen, bis zu denen mindestens hinzuverdient werden kann. Für Versicherte, die zuletzt mehr als die Hälfte des Durchschnittsverdienstes versichert haben, gelten höhere, individuelle Hinzuverdienstgrenzen, die sich nach dem letzten Verdienst richten.

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

B. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Auch Bezieherinnen und Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit können während des Rentenbezugs bis zu einer bestimmten Grenze Geld hinzuverdienen. Wer eine Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe bezieht, darf im Jahr 2006 nur bis zu 350 Euro brutto monatlich hinzuverdienen. Für die weiteren Leistungsansprüche gibt es – ähnlich wie bei den Altersteilrenten – allgemeine, für alle Versicherten mindestens geltende, und individuelle, vom zuletzt versicherten Entgelt abhängige Hinzuverdienstgrenzen. Ein zweimaliges Überschreiten der Hinzuverdienstgrenzen im Kalenderjahr (zum Beispiel durch Urlaubs- und Weihnachtsgeld) ist bis zum Doppelten zulässig.

Wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht, ist verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger jede Aufnahme einer Beschäftigung mitzuteilen. Wird eine Beschäftigung ausgeübt, weil sich der Gesundheitszustand der Rentnerin oder des Rentners grundsätzlich gebessert hat, muss der Leistungsträger überprüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen für den Rentenbezug noch vorliegen. Unter Umständen kann eine Rente wegen Erwerbsminderung entzogen werden, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen, die zur Berentung geführt haben, behoben sind. Die Entscheidung hierüber trifft der Rentenversicherungsträger.

Renten wegen Todes

1. Witwen-/Witwerrenten

Anspruch auf Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht für überlebende Ehegatten, die nach dem Tode des Ehegatten nicht wieder geheiratet haben, wenn die verstorbene Ehegatten die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre. Die große Witwenrente wird in Höhe von 55 v. H. der Rente des verstorbenen Versicherten (nach altem Recht 60 % der Versichertenrente des Verstorbenen ohne Kinderzuschlag) gezahlt, wenn die Witwe/Witwer das 45. Lebensjahr vollendet hat oder erwerbsgemindert ist oder ein Kind unter 18 Jahren erzieht oder wenn sie für ein Kind sorgt, das aufgrund einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Zusätzlich wird für das erste Kind, das erzogen wurde, ein Zuschlag von zwei Entgeltpunkten gezahlt. Für das zweite und jedes weitere Kind beträgt der Zuschlag jeweils ein 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 v. H. 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.

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 Ab-

schnitten (zum Beispiel Ausbildung und gesetzlicher Wehr- oder Zivildienst oder eines freiwilligen Dienstes) befindet oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet, oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Vollwaisen erhalten ein Fünftel, 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-, Erwerbssersatz- sowie Vermögenseinkünfte) wird, so weit es den Freibetrag überschreitet, zu 40 % auf die Hinterbliebenenrente angerechnet. Die Einkommensanrechnung nach altem Recht – Anrechnung von Erwerbs- und Erwerbssatzeinkommen – gilt aus Vertrauensschutzgründen für Ehepaare, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist, weiter. Für Witwen-/Witwerrenten und Erziehungsrenten betragen die Freibeträge zur Zeit

Alte Länder 689,83 EUR

Neue Länder 606,41 EUR

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

Alte Länder 146,33 EUR

Neue Länder 128,63 EUR

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

Alte Länder 459,89 EUR

Neue Länder 404,27 EUR

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

5. Rentensplitting unter Ehegatten

Zum Ausbau der eigenständigen Alterssicherung der Frauen wird jüngeren Ehegatten die Möglichkeit eingeräumt, ihre in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche

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

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

Rentenberechnung

Beitragszeiten

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

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

Ersatzzeiten

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

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 Pflegetätigkeit nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und nach dem Umfang der Pflegetätigkeit. Die Pflegeversicherung übernimmt für diejenigen, die einen pflegebedürftigen Angehörigen im häuslichen Bereich pflegen, die Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dies gilt auch für Pflegepersonen, deren gleichzeitige Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer 30 Stunden in der Woche nicht übersteigt. Ausgeschlossen von der Anrechnung der Pflegepflichtbeitragszeit sind bestimmte versicherungsfreie Personengruppen, z.B. Bezieher einer Vollrente wegen Alters. Der monatliche Rentenertrag für ein Jahr Pflegetätigkeit kann bis zu etwa 20 Euro betragen.

Kindererziehungszeiten

Kindererziehungszeiten betragen für Geburten bis 1991 ein Jahr und sind für Geburten ab 1992 auf die ersten drei Lebensjahre ausgedehnt worden.

Kindererziehungszeiten wirken rentenbegründend und rentensteigernd. Das bedeutet u. a., dass sie auch auf die Wartezeit für die Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Alters angerechnet werden. Eine Altersrente erhält deshalb bei Geburten vor 1992 auch die Frau, die 5 Kinder erzogen hat oder die 2 Kinder erzogen und für 3 Jahre Beiträge entrichtet hat. Bei Geburten ab 1992 reicht die Erziehung von zwei Kindern aus, um diese Wartezeit zu erfüllen.

Die Kindererziehungszeit wird rentenrechtlich wie eine Pflichtbeitragszeit aufgrund einer Erwerbstätigkeit bewertet, und zwar vom 1. Juli 2000 an mit 100 % des Durchschnittseinkommens. Daraus ergibt sich derzeit ein Rentenertrag von rund 26 € in den alten bzw. rund 23 € in den neuen Bundesländern monatlich für jedes Jahr der Kindererziehung. Darüber hinaus werden Berücksichtigungszeiten angerechnet.

Erziehung in der Berücksichtigungszeit

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

Für Erziehungspersonen, die während der ersten 10 Lebensjahre des Kindes erwerbstätig sind, diese Tätigkeit aber wegen der Kindererziehung vor allem in Form von Teilzeitarbeit ausüben und regelmäßig unterdurchschnittlich verdienen, wird die Rente aufgewertet. Dabei erfolgt 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 rentenrechtliche Jahre (einschl. Kindererziehungs- und -berücksichtigungszeiten) erfüllt sind.

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 rentenrechtliche Jahre (einschl. Kindererziehungs- und -berücksichtigungszeiten) erfüllt sind.

Anrechnungszeiten

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

Zurechnungszeiten

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

Die Rentenformel

Drei Faktoren bestimmen die Höhe einer Rente:

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

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

Rente nach Mindesteinkommen

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

Aufwertung bestimmter Pflichtbeitragszeiten

• Berufsausbildung:

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

• Niedrige Pflichtbeiträge von Behinderten:

Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, nach der für Behinderte in anerkannten Werkstätten und vergleichbaren Einrichtungen Beiträge gezahlt werden, beträgt 80 % der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße wird jährlich neu festgelegt. Im Jahr 2006 beträgt sie monatlich 2.450 EUR in den alten und 2.065 EUR in den neuen Bundesländern.

• Pflichtbeiträge von Wehr- und Zivildienstleistenden:

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

Die Rentenformel

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

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

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

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

Gesamtleistungsbewertung

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

Rentenanpassung

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

Ab dem Jahr 2005 wird die Rentenanpassung jeweils wieder zum 1. Juli durchgeführt. Für die Anpassung der Renten ist auch weiterhin die Entwicklung des Einkommens der aktiven Rentenversicherten unter der Einbeziehung ihrer Aufwendungen für die gesetzliche und private Altersvorsorge maßgebend. Allerdings wird künftig durch einen Nachhaltigkeitsfaktor auch die Entwicklung des zahlenmäßigen Verhältnisses von Rentnern und Beitragszahlern bei der 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. Auf diese Weise tragen die Rentnerinnen und Rentner, die auch weiterhin langfristig an der Wohlstandsentwicklung teilhaben werden, dazu bei, die Funktionsfähigkeit unseres Rentensystems zu erhalten.

Renteninformation

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

Fremdrentenrecht

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

Organisation

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 landwirtschaftlichen Alterskassen bleiben bestehen.

Die Rentenversicherungsträger werden vom Staat beaufsichtigt.

Finanzielle Grundlagen

Die Ausgaben der Rentenversicherung werden im Wesentlichen durch Beiträge gedeckt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen die Beiträge entsprechend dem jeweils gültigen Beitragssatz (ab 1. Januar 2005 19,5 % des Bruttolohns oder -gehalts) grundsätzlich je zur Hälfte. Wie hoch der Beitrag ist, richtet sich nach dem Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 5.250 EUR monatlich in den alten und 4.400 EUR in den neuen Bundesländern. Der Bund leistet Zuschüsse zu den Ausgaben der Rentenversicherung.

Information

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

Über das Rentenrecht informiert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53107 Bonn.

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

Welche Möglichkeiten gibt es?

1. Die betriebliche Altersversorgung

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

Die betriebliche Altersversorgung hat gegenüber der privaten Altersvorsorge einige Vorteile:

- Sie ist häufig günstiger, weil Abschluss- und Verwaltungskosten auf eine größere Personengruppe verteilt werden können („Mengenrabatt“).
- Sie ist aus Sicht der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen einfach zu handhaben, weil sie sich nicht um die Auswahl des Anbieters kümmern müssen – dies übernimmt der Arbeitgeber – und ihnen viele Formalitäten erspart bleiben.
- Die Arbeitgeber beteiligen sich häufig auch finanziell an der betrieblichen Vorsorge ihrer Beschäftigten (das ist in vielen Tarifverträgen so geregelt).
- Und nicht zuletzt: Der Staat fördert betriebliche Altersversorgung durch Steuer- und Beitragsersparnisse beziehungsweise mit finanziellen Zuschüssen (Zulagen). Auch im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge ist also die Riester-Förderung möglich.

Die staatliche Förderung der Entgeltumwandlung

Sie erfolgt über die Steuer- und Beitragsfreiheit der Aufwendungen. Im Jahr 2006 können grundsätzlich 4.320 Euro steuerfrei in eine betriebliche Altersversorgung investiert werden. Die umgewandelten Entgeltbestandteile sind darüber hinaus bis zu einer Höhe von 2.520 Euro frei von Sozialabgaben.

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales informiert von Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 20.00 Uhr über das Thema Rente unter 01805/676710 für 12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz

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.

II. Die private Altersvorsorge

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

- Banksparrpläne
- Private Rentenversicherungen
- Fondssparpläne

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

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

- **die Situation im Erbfall:**

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

Wer bekommt eine staatliche Förderung?

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

Zu den Pflichtversicherten gehören im Einzelnen:

- Arbeitnehmer und Auszubildende
- Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige
- Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (einschließlich Berechtigter, deren Leistungen aufgrund der Anrechnung von Einkommen oder Vermögen ruht), Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Vorruhestandsgeld
- bestimmte Gruppen von Selbstständigen – z. B. Handwerker, Hebammen, Künstler und Selbstständige mit einem Auftraggeber
- Wehr- und Zivildienstleistende

- Kindererziehende während der gesetzlichen Kindererziehungszeiten
- nicht gewerbsmäßig tätige Pflegepersonen
- geringfügig Beschäftigte („Mini-Jobs“), die auf die Versicherungsfreiheit verzichtet haben

Nicht gefördert werden:

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

Übersicht über die Riester-Förderung

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

¹⁾ vom Vorjahreseinkommen,

²⁾ mindestens aber 60 Euro (Sockelbeitrag)

Wie funktioniert die staatliche Förderung ?

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

Die Altersvorsorgezulage ist von einem bestimmten Mindesteigenbetrag (Tabelle) abhängig. Wird dieser nicht in voller Höhe erbracht, wird die Zulage gekürzt. Zusätzlich können die Sparbeiträge zugunsten eines Riester-Vertrages als **Sonderausgaben** bis zu einem Höchstbetrag (s. Tabelle) geltend gemacht und Steuervorteile gewährt werden.

Mit dem seit Beginn des Jahres 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).

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.

Nachgelagerte Besteuerung

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

Informationen

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

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:

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

Gesetze

Grundlagen für das Soziale Entschädigungsrecht finden Sie im

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

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

Kriegsoferversorgung

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

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

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

Wichtig für Schwerbeschädigte

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

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

Diesen Anspruch haben

- Schwerbeschädigte für ihre Ehepartner und ihre Kinder sowie für sonstige Angehörige,
- Pflegezulageempfänger für Personen, die sie unentgeltlich pflegen,
- Hinterbliebene.

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

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

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

Übersicht über die finanziellen Leistungen der Kriegsopferversorgung (Stand: 1.7.2005)

Empfängerkreis	MdE* / %	in den	in den
		Altländern pro Monat	neuen Ländern pro Monat
Blinde (Führzulage)		141	124
Grundrente für Beschädigte**	30	118	104
	40	161	142
	50	218	192
	60	275	242
	70	381	336
	80	461	406
	90	553	487
	100	621	547
Alterserhöhung zur Grundrente	50, 60	24	21
	70, 80	30	26
	90, 100	37	33
Schwerstbeschädigtenzulage	Stufe I	71	63
	Stufe II	147	130
	Stufe III	221	195
	Stufe IV	294	259
	Stufe V	367	323
	Stufe VI	442	389
Ausgleichsrente für Beschädigte	50, 60	381	336
	70, 80	461	406
	90	553	487
	100	621	547
Ehegattenzuschlag Pflegezulage		68	60
	Stufe I	262	231
	Stufe II	448	395
	Stufe III	635	559
	Stufe IV	816	719
	Stufe V	1.060	934
Stufe VI	1.304	1.149	
Grundrente für Witwen		372	328
Ausgleichsrente für Witwen		412	363
Grundrenten für			
	- Halbweisen	105	93
- Vollweisen		196	173
Ausgleichsrenten für			
	- Halbweisen	184	162
- Vollweisen		256	226
Elternrente für			
	- Elternpaar	504	444
- Elternteil		351	309
Erhöhungsbetrag nach §51 Abs.2 BVG für			
	- Elternpaar	92	81
- Elternteil		68	60
Erhöhungsbetrag nach §51 Abs.3 BVG für			
	- Elternpaar	285	251
- Elternteil		207	182
Bestattungsgeld			
	- Voll	1.498	1.320
- Halb		751	662
Kleiderverschleißpauschale		18-115	16-101

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

Zusätzlich gibt es ergänzende Leistungen der Kriegsopferversorgung, zum Beispiel:

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

*) Minderung der Erwerbsfähigkeit

**) Nach dem Urteil des BVerfG vom 14.3.2000 und der nachfolgenden Rechtssprechung des BSG wird mit Wirkung vom 1.1.1999 die Beschädigtengrundrente der Kriegsofper und der SED-Opfer einschließlich der Alterserhöhung und der Schwerstbeschädigtenzulage in den neuen Ländern in Höhe des Westniveaus gezahlt.

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

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

Gesetze

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

Information

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

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

Opfer von Gewalttaten

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Gesetze

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

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

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

Information

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

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

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

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

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

Ziele des neuen Rechts und Grundsätze der Sozialhilfe

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

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

Die grundlegenden Merkmale der sozialhilferechtlichen Leistungserbringung sind:

- Die Leistungen werden auf den individuellen Bedarf abgestimmt und berücksichtigen dabei die Lebenslage, die Wünsche und die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB XII).
- Die Sozialhilfe ist eine nachrangige Leistung und wird daher in der Regel erst dann erbracht, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, so etwa das Einkommen und Vermögen des Leistungsberechtigten und ggf. der zu seinem Unterhalt verpflichteten Personen, seine eigene Arbeitskraft, seine Ansprüche gegenüber vorrangigen Sicherungssystemen (§ 2 SGB XII).
- Die Sozialhilfe muss nicht beantragt werden, sondern setzt unmittelbar ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Eine Ausnahme bilden lediglich die Leistungen der Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel (§ 18 i.V.m. § 41 SGB XII).
- Die Leistungen werden als Dienstleistung, Geldleistung oder Sachleistung erbracht, wobei Geldleistungen grundsätzlich Vorrang gegenüber Sachleistungen haben (§ 10 SGB XII). Die Leistungserbringung beschränkt sich aber nicht auf finanzielle Unterstützung, sondern umfasst immer auch Beratung, Aktivierung und weitere Unterstützungsformen, die auf eine Unabhängigkeit von der Sozialhilfe hinwirken (§ 11 SGB XII).
- Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe wird durch verschiedene Regelungen verstärkt, so etwa dadurch, dass die Leistung stationärer Hilfe erst nach

Prüfung von Bedarf, möglichen Alternativen (insbesondere ambulanter Hilfemöglichkeiten) und Kosten erfolgt, dass ferner die Vermutung der Bedarfsdeckung in § 36 SGB XII ausdrücklich Ausnahmen für Schwangere und behinderte sowie pflegebedürftige Personen vorsieht. Durch weitere Regelungen wie die Streichung des Zusatzbarbetrages für Personen, die ab dem 1.1.2005 erstmalig einen Barbetrag erhalten, wird eine Gleichstellung der Bezieher ambulanter und stationärer Leistungen garantiert.

- Durch zusätzliche Leistungen wie eine umfangreiche Beratung, Aufklärung sowie Unterstützung (Vorbereitung von Kontakten, Begleitung zu sozialen Diensten, Möglichkeiten zur weitergehenden Beratung etc.) wird eine Stärkung der Selbsthilfekräfte und Aktivierung ermöglicht.

Entwicklung der Sozialhilfe: Veränderte Problemlagen und gesetzliche Ausgliederung

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

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

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

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

Wie die Sozialhilfe umfasst auch die Grundsicherung für Arbeitsuchende Dienst-, Geld- und Sachleistungen. Ihre Leistungen berücksichtigen ebenfalls die individuelle Lebenslage des Leistungsberechtigten. Im Vordergrund steht dort der Grundsatz der Überwindung dieser Situation durch eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt (unter Einsatz der Instrumente der Arbeitsförderung) oder eine Beschäftigungsmaßnahme mit Mehraufwandsentschädigung. Wenn sie anderweitig nicht abgesichert sind, erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 64 Jahren „Arbeitslosengeld II“ zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 19 SGB II); sofern in deren Haushalt auch

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 Leistungsbe-rechtigte (im Sinne des § 8 SGB II) von 15 bis 64 Jahren und deren Angehörige nicht mehr in den Leistungs-bereich der Sozialhilfe, sondern haben bei Bedarf einen Leistungsanspruch nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende). Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist als Viertes Kapitel in das SGB XII integriert worden.

nicht erwerbsfähige Personen leben, haben diese einen Anspruch auf Sozialgeld (§ 28 SGB II). Beide Leistungsarten entsprechen nach Höhe und Struktur der Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII, werden aber nur auf Antrag geleistet (§ 37 SGB II).

Systematik der Sozialhilfeleistungen

Die Sozialhilfe in der neuen Form umfasst die Bereiche:

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

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

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

Darstellung der bereichsbezogenen Kapitel des SGB XII in Grundzügen

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

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

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

- Die **Regelsätze** betragen in den alten Bundesländern 345 € und in den neuen Bundesländern 331 €. Die Länder können abweichende Regelsätze bestimmen (§ 28 SGB XII). Der Regelsatz für den Haushaltsvorstand beträgt 100 % des Eckregelsatzes, für Kinder unter 14 Jahren 60% und für die übrigen Haushaltsangehörigen 80% des Eckregelsatzes.
- **Unterkunft** in Höhe der tatsächlichen Mietkosten; werden diese als „unangemessen hoch“ betrachtet, sind sie so lange zu erbringen, wie ein Wechsel in eine günstigere Wohnung nicht möglich oder zumutbar ist (regelmäßig maximal 6 Monate).
- **Heizkosten** in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, soweit sie angemessen sind (§ 29 SGB XII).
- Bestimmten Personengruppen wird ein **Mehrbedarf** zugestanden (§ 30 SGB XII); diese Personengruppen werden im Wesentlichen wie im BSHG definiert, nur die Leistungen für allein Erziehende wurden erweitert. Der Mehrbedarf wird als prozentualer Zuschlag zum Regelsatz geleistet.
- **Einmalige Leistungen** werden für Erstaussstattung des Haushalts, für Erstaussstattung an Bekleidung (einschließlich Sonderbedarf bei Schwangerschaft und Geburt) sowie mehrtägige Klassenfahrten erbracht. Vom Regelsatz umfasst, jedoch im Einzelfall unabweisbar gebotener Sonderbedarf soll als Darlehen gewährt werden (§ 37 SGB XII).

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

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

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

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

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

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

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

Information

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

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

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

Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) sind grundsätzlich alle nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten mit Wirkung vom 1. Januar 2004 gleichgestellt

worden und werden nunmehr wie „Kassenpatienten“ behandelt. Alle Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen der Belastungsgrenzen nunmehr zu Zuzahlungen herangezogen. Die übrigen nicht krankenversicherten (kurzfristigen) Sozialhilfeempfänger können weiterhin Hilfen zur Gesundheit erhalten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Regelungen

Die weiteren Teile des SGB XII enthalten:

- Zehntes Kapitel: Einrichtungen und Dienste (§§ 75 – 81 SGB XII)
- Elftes Kapitel: Einsatz des Einkommens und Vermögens; Übergang von Ansprüchen (§§ 82 – 96 SGB XII)

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

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

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

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

-
-
- Zwölftes Kapitel: Zuständigkeitsregelung (§§ 97 – 101 SGB XII)
 - Dreizehntes Kapitel: Kostenersatz und Kostenerstattung (§§ 102 – 115 SGB XII)
 - Vierzehntes Kapitel: Verfahrensbestimmungen (§§ 116 – 120 SGB XII)
 - Fünfzehntes Kapitel: Statistik (§§ 121 – 129 SGB XII).
 - Sechzehntes Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen.

Hinweise zu den Regelungen zur Einkommensanrechnung:

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

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

Bei den Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel kennt das SGB XII statt der allgemeinen (§ 79 BSHG) und der besonderen Einkommensgrenze (§ 81 BSHG) nur noch eine Einkommensgrenze in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes zuzüglich 70% des Eckregelsatzes für weitere Familienmitglieder und der Kosten der Unterkunft.

Unterhaltsansprüche eines erwachsenen behinderten oder pflegebedürftigen Menschen gehen (abgesehen von wenigen Ausnahmen) in pauschalierter Form auf den Sozialhilfeträger über, und zwar in Höhe von bis zu 26 € für Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Pflege und in Höhe von bis zu 20 € für Leistungen zum Lebensunterhalt. Für Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt regelmäßig kein Rückgriff.

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

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

Leistungen/Voraussetzungen

Mietzuschuss gibt es für

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

Lastenzuschuss gibt es für Eigentümer

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

Wohngeldänderungen zum 1. Januar 2005

Ab 1. Januar 2005 erhalten kein Wohngeld die Empfänger von

- Leistungen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II),
- Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII),
- Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
- Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt oder anderer Hilfen in einer Einrichtung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt,
- Leistungen in besonderen Fällen und Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz,

- Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Haushalten, zu denen ausschließlich Empfänger dieser Leistungen gehören

und ihre bei der Berechnung der Leistung berücksichtigten Angehörigen, wenn dabei die Kosten der Unterkunft einbezogen wurden.

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

Rechtsanspruch

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

Bewilligungsvoraussetzungen

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

- wie viele Familienmitglieder zu Ihrem Haushalt gehören (dazu zählen der Haushaltsvorstand, Ehepartner, Eltern und Kinder – auch Adoptiv- und Pflegekinder –, Geschwister, Onkel, Tante, Schwiegereltern, Schwager und Schwägerin sowie weitere Angehörige, die das Gesetz nennt),

- wie hoch das Gesamteinkommen ist,

- wie hoch die zuschussfähige Miete oder die Belastung durch den Wohnraum ist. Miete oder Belastung werden jedoch nur bis zu bestimmten Höchstgrenzen berücksichtigt. Als Miete für Bewohner von Wohn- oder Altenheimen ist der jeweils einschlägige Betrag der Miethöchstbetragstabelle zu Grunde zu legen.

Wohngeld-Einkommensgrenzen

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

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

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

Errechnen des Gesamteinkommens

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

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

Was müssen Sie tun?

Antrag stellen

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

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

Der Bewilligungszeitraum

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

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

Gesetze

Die gesetzlichen Grundlagen finden Sie im Wohngeldgesetz und in der Wohngeldverordnung.

Information

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

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

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

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

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

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

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

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

Sozialversicherungsabkommen bestehen auch mit folgenden Ländern außerhalb Europas:

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

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

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

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

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

Grundsätzliches

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

Die internationalen Regelungen gehen von zwei Voraussetzungen aus:

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

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

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

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

Gesetze

Grundlage des Sozialversicherungsschutzes innerhalb der EU ist die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Diese gilt auch im Verhältnis zu Norwegen, Island, Liechtenstein und der Schweiz.

Sozialversicherungsabkommen bestehen auch mit einigen Ländern innerhalb und außerhalb Europas.

Krankenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

Übrigens haben Sie auch als Tourist Anspruch auf die ärztlichen Leistungen in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, die bis zu Ihrer beabsichtigten Rückkehr nicht zurückgestellt werden können. Sofern Sie sich in einem EU-Mitgliedsstaat begeben, um dort ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, können sie von Ihrer deutschen Krankenkasse Erstattungen der von Ihnen verauslagten Kosten bis zur Höhe verlangen, wie sie in Deutschland entstanden wären. Für Krankenhausbehandlungen ist dagegen eine vorherige Genehmigung durch Ihre Krankenkasse erforderlich. Diese Regelungen gelten nicht in Bulgarien, Australien, Chile, China, Israel, Japan, Kanada, Marokko, Südkorea und den USA.

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

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

Was müssen Sie tun?

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

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

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

Information

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

Unfallversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Was müssen Sie tun?

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

Information

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

Rentenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

Information

Beratung und Informationen erhalten Sie für alle EU-/EWR-Mitgliedstaaten und Vertragsländer

- bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (www.driv-bund.de)
- bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (www.driv-kbs.de)

und bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung

- für Griechenland, Zypern, Liechtenstein und die Schweiz; Baden-Württemberg (www.driv-bw.de)
- für Polen; Berlin Brandenburg (www.driv-berlin-brandenburg.de)
- für Japan und Südkorea; Braunschweig-Hannover (www.driv-bsh.de)
- für Ungarn und Bulgarien; Mitteldeutschland (www.driv-md.de)
- für die Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Serbien-Montenegro; Niederbayern-Oberpfalz (www.driv-landshut.de)
- für Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien, Irland, Lettland, Litauen, Norwegen, Schweden, China, Kanada und die USA; Nord (www.driv-nord.de)
- für Österreich; Oberbayern (www.driv-oberbayern.de)
- für die Türkei; Oberfranken und Mittelfranken (www.driv-bayreuth.de)
- für Australien; Oldenburg-Bremen (www.driv-oldenburg-bremen.de)
- für Belgien, Spanien, Chile und Israel; Rheinland (www.driv-rheinland.de)
- für Frankreich und Luxemburg; Rheinland-Pfalz (www.driv-rlp.de)
- für Italien, Malta, Marokko und Tunesien; Schwaben (www.driv-schwaben.de)
- für Portugal und Rumänien; Unterfranken (www.ufr.de)
- für die Niederlande und Island; Westfalen (www.driv-westfalen.de)

Was müssen Sie tun?

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

Kindergeld

Leistungen/Voraussetzungen

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

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

Was müssen Sie tun?

Stellen Sie Ihren Antrag auf Leistungen bitte bei der Familienkasse ihrer Agentur für Arbeit oder ihres öffentlichen Arbeitgebers. Haben Sie einen ausländischen Anspruch, so wenden Sie sich bitte an die zuständige ausländische Stelle. Nähere Informationen dazu finden Sie in besonderen Merkblättern.

Information

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

Arbeitslosenversicherung

Leistungen/Voraussetzungen

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

Was müssen Sie tun?

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

Information

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

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

Wann sind die Sozialgerichte zuständig?

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

Wie ist die Sozialgerichtsbarkeit organisiert?

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

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

Was ist bei der Klageerhebung zu beachten?

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

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

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

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

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

Wie läuft das Gerichtsverfahren ab?

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

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

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

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

Kann man ein Urteil gerichtlich überprüfen lassen?

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

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

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

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

Was kostet die Durchführung eines sozialgerichtlichen Verfahrens?

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

Prinzipien des Sozialdatenschutzes

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

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

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

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

Datenübermittlung

Die **Übermittlung von Sozialdaten** ist nur zulässig, wenn der Betroffene **eingewilligt** oder wenn eine **gesetzliche Übermittlungsbefugnis** nach dem Sozialgesetzbuch vorliegt. **Übermitteln** ist nach der gesetzlichen Definition das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverar-

beutung 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 abruft.

Wichtige Übermittlungsfälle:

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

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

Beispiele:

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



SPI IM INTERNET WWW.BMAS.BUND.DE

HERAUSGEBER

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Referat Öffentlichkeitsarbeit und Internet
Mohrenstraße 62
10117 Berlin
Internet: www.bmas.bund.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Carola Brückner
Redaktion: Rolf Fischer
Satz/Grafik: cantaloupe graphics, Berlin
Druck: Variograph GmbH, Bad Liebenwerda

BESTELLDRESSE

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Postfach
53108 Bonn
Fax: 01888/5272254
E-Mail: spi.abo@bmas.bund.de

Fax-Antwort

An das Bundesministerium für Arbeit und Soziales
01888 5272254

Ich bestelle Exemplare der SPI an folgende Adresse:

Herr/Frau/Firma/Organisation

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort



Bundesministerium
für Gesundheit

Informationen zur Gesundheitspolitik erhalten Sie künftig vom Bundesministerium für Gesundheit. Zur Zeit kann kein Postversand angeboten werden. Aber Sie können auf dem Internetportal www.bmg.bund.de (unter Serviceleistungen/Newsletter) den BMG- Newsletter bestellen, der Ihnen alle 14 Tage per E-Mail zugesandt wird. Er enthält Neuigkeiten und Informationen rund um die Themen Gesundheit, Pflege, und gesundheitliche Prävention.
www.bmg.bund.de

Herausgeber:

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

Stand: Januar 2006 (jz)

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: A 721

Telefon: 0180 / 51 51 510*

Fax: 0180 / 51 51 51 1*

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

E-Mail: info@bmas.bund.de

Internet: <http://www.bmas.bund.de>

Schreibtelefon / Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 01805 / 99 66 07*

Fax: 01805 / 22 11 28*

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de / info.deaf@bmas.bund.de

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

Layout/Satz:

Grafischer Bereich des BMAS

Fotos:

Reiner Diart, Köln

Druck:

Johler Druck, Neumünster

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier