

Info

für Eltern- und Betreuerbeiräte
in Werkstätten und Wohnstätten

Geschäftsstelle:

L V E B

Schlaunweg 20
59394 Nordkirchen
Tel.: 02596 - 667035
Fax: 02596 - 529886
E-Mail:
buero@lveb-nrw.de

Frühjahr 2010

Ausgabe

31

Liebe Eltern, Angehörige und Betreuer,

die UNO – Behindertenkonvention ist nun für die Bundesrepublik Deutschland geltendes Recht. Sie löste und löst noch immer unter den Befürwortern einer absoluten Gleichstellung der Menschen mit Behinderungen mit den übrigen Bundesbürgern eine große Euphorie aus. Vielfach hat man den Eindruck, als ob sie glaubten, dass nun das Paradies für Menschen mit Behinderungen anbreche. Man müsse nur die Vorschriften dieser Konvention für jeden Menschen mit Behinderungen in gleicher Weise umsetzen.

Dabei wird häufig nicht bedacht, dass die Arten und Formen von Behinderungen sehr zahlreich und unterschiedlich sind.

Die landläufige Unterscheidung von körperlich, psychisch und geistig behinderten Menschen kann nur als eine grobe Gruppierung angesehen werden. Gibt es bereits innerhalb dieser Gruppierungen eine Menge von verschiedenen Arten der Behinderungen, so wächst die Zahl der Unterschiede noch mehr durch die nicht selten auftretenden Formen von mehrfachen Behinderungen behinderter Menschen beträchtlich. Kommt hinzu, dass die Individualität der Menschen mit Behinderungen auf Grund ihrer genetischen Veranlagung, ihres Temperaments und Charakters, ihrer Biographie und ihres Umfeldes oft genug grundverschieden ist, so wird deutlich, dass Hilfe, wenn sie sich je nach dieser Individualität ausrichtet, sehr unterschiedlich gestaltet werden muss.

Nun wird man sagen: Das ist doch eine Binsenwahrheit! Aber wird das auch bei der Ausgestaltung von Gesetzen, von praktischen Maßnahmen, von personeller und materieller Hilfe bedacht? Wird bedacht, dass die Maßnahmen und Hilfen, die für den einen behinderten Menschen gut sind, dem anderen schaden können? Nicht umsonst weist die Konvention allenthalben darauf hin, dass alle „Maßnahmen“ „geeignet“ sein sollen (siehe z.B. Artikel 4 „Allgemeine Verpflichtungen“). Geeignet kann aber für den einzelnen Menschen mit Behinderungen nur das sein, was ihm wirklich dient, nicht immer das, was andere für ihn ausgedacht haben.

So ist Personenzentrierung nur da dienlich, wo sie die Person des Menschen mit Behinderungen mit seinen spezifischen Bedarfen im Auge hat und nicht von einer Feindlichkeit gegen Institutionen oder gar finanziellen Erwägungen bestimmt ist. Es kann nicht sinnvoll und nicht Ziel aller Entwicklung sein im sozialen Bereich: „Jedem das Gleiche“, sondern nur „Jedem das Seine“ zukommen zu lassen.

Inhaltsverzeichnis

Neue Rechengrößen bei der Sozialversicherung	S. 2
Zusatzbeiträge zu Krankenversicherung	S. 3
Gebührenfreiheit für Autoradios in Fahrzeugen von Behinderteneinrichtungen	S. 4
Deckung laufender Beträge unabweisbarer Bedarfe	S. 4
Anwendungsfälle	S. 5
Nichtverschreibungspflichtige Arzneien	
Putz- und Haushaltshilfe	
Wahrnehmung des Umgangsrechts	
Kein Sonderbedarf	S. 5
Praxisgebühr	
Bekleidung/Schuhe	
Ernährungsaufwand bei Krankheit	
Zum Wohn- und Teilhabegesetz	S. 6
Übernahme von Fahrtkosten durch die Unfallversicherung	S. 7
Volle Erwerbsminderung im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich	S. 7
Anschaffungskosten für Spezialschuhe	S. 7
Anspruch auf Versorgung mit digitalen Hörgeräten	S. 8
Umbaumaßnahme auf Grund einer Behinderung ist außergewöhnliche Belastung	S. 8
Zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz	S. 9
Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen	S. 10
Lichtsignalgeräte bei Schwerhörigkeit	S. 11
Erben des Menschen mit Behinderung haften für Sozialleistungen	S. 11
Schwerbehindertenurlaub zum Ende des Arbeitsverhältnisses	S. 11
Das BSG lehnt Zuschläge bei Hartz IV – Empfängern ab	S. 12
Glossar zu Arbeit und Förderung in Werkstätten	S. 12
Abkürzungsverzeichnis	S. 12

Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung

Sie haben sicher die Lohnzettel unserer BMA von 2009 und 2010 verglichen und dabei bemerkt, dass die Bruttobeträge für die Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung von € 504,- auf € 511,- gestiegen sind. Dies hängt zusammen mit einer Verordnung (VO) über die Rechengrößen in der Sozialversicherung. Die auf Grund dieser VO festgelegten Rechengrößen sind Grundlage für die Beträge, die für das Versicherungs-, Beitrags- und Leistungsrecht maßgeblich sind, u.a. die Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Renten- (RV) und Krankenversicherung (KV). Diese maßgeblichen Rechengrößen für das Jahr 2010 sind mit dem 1. Januar 2010 in Kraft getreten.

Bei der Festsetzung dieser Beträge lässt sich die Bundesregierung vom Durchschnittseinkommen aller Arbeitnehmer leiten. Als vorläufiges Durchschnittseinkommen aller Arbeitnehmer in 2010 wird die Summe von € 32.003,- angenommen. (Die Bezugsgrößen für die alten und neuen Bundesländer sind unterschiedlich. Im Folgenden werden nur die Beträge für die alten Länder angegeben.)

Maßgebliches Durchschnittsentgelt für die Rentenversicherung	€ 32.003,- /Jahr
Bezugsgröße in der Sozialversicherung	€ 2.555,- /Monat
• davon 20 % (wichtig für KV in den Werkstätten)	€ 511,-/Monat
• davon 80 % (Bemessungsgrundlage für die RV – Beiträge) (vom überörtlichen Sozialhilfeträger zu zahlen)	€ 2.044,-/Monat
• von € 511,- 0,25 % in der Pflegeversicherung (von den Werkstattbeschäftigten zu zahlen, sofern nicht von der Werkstatt übernommen)	€ 1,28/Monat
Beitragsbemessungsgrenze bei der gesetzlichen KV	€ 5.500,-/Monat
Beitragsbemessungsgrenze bei der knappschaftlichen Rentenversicherung	€ 6.800,-/Monat
Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung)	€ 49.950,-/Jahr

Die Beitragsbemessungsgrenzen geben den Betrag an, bis zu dem Beiträge erhoben werden. Alle Arbeitnehmer, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt, sind verpflichtet, sich in einer gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Hat jemand ein höheres Einkommen, so kann er sich privat versichern.

Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung

Den gesetzlichen Krankenversicherungen fehlen in diesem Jahr vermutlich 4 Milliarden Euro. Dies bedeutet, dass für jeden der 51 Millionen Kassenmitglieder ein monatlich durchschnittlicher Betrag von 6,54 Euro fehlt. Zwar entscheidet die einzelne Kasse über die Beitragshöhe. Der Gesetzgeber

hat aber für einen Zusatzbeitrag die Höchstgrenze von 1% des beitragspflichtigen Monatseinkommens festgelegt, als Höchstbetrag jedoch **37,50 Euro**.

Um den Aufwand an Prüfungen der Einkommen zu verringern, darf die Kasse allerdings monatlich nur bis zu **8,- Euro ohne Einkommensprüfung** verlangen.

Wenn der Versicherte den Zusatzbeitrag nicht zahlen möchte, darf er der Kasse kündigen.

(Sonderkündigungsrecht). Er braucht dann den Zusatzbeitrag nicht zu zahlen, muss aber dann innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe des Zusatzbeitrags die Kasse wechseln.

Ob ein Wechsel der Kassen empfehlenswert ist, hängt davon ab, wann die neue Kasse einen Zusatzbeitrag und in welcher Höhe sie ihn verlangt. Wenn flächendeckend Zusatzbeiträge erhoben werden, ist die Ersparnis sicher gering. Außerdem ist zu bedenken, dass einzelne Kassen Zusatzangebote anbieten, die bei einem Wechsel möglicherweise wegfallen.

Der Zusatzbeitrag – und das darf nicht übersehen werden – ist Teil des Kassenbeitrags. Für die Kassenmitglieder besteht infolgedessen Zahlungspflicht. (Für die mitversicherten Kinder und nicht berufstätigen Ehegatten wird kein Zusatzbeitrag erhoben.) Diejenigen, die nicht zahlen, werden kostenpflichtig gemahnt. Gegebenenfalls treiben Inkassounternehmen den Beitrag ein.

Der Zusatzbeitrag ist grundsätzlich vom Mitglied der Krankenkasse zu zahlen. Nach dem Sozialgesetzbuch V (§ 251 Abs.6 Satz 2) sind davon schwerbehinderte Menschen ausgenommen, die nach dem Schwerbehindertengesetz in anerkannten Werkstätten arbeiten oder in Wohneinrichtungen leben (SGB V § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8) und deren Arbeitsentgelt und Einkünfte den maßgeblichen Mindestbetrag (SGB V § 235 Abs.3) von 20 % der Bezugsgröße (für 2010 20 % von 2.555.- € = 511.- €) nicht übersteigen. In diesen Fällen ist der Zusatzbeitrag vom Träger der Einrichtung zu zahlen. Der Beitrag ist dem Einrichtungsträger vom zuständigen Leistungsträger (Sozialhilfeträger) zu erstatten (nach § 251 Abs. 6 i.V. § 251 Abs. 2 Satz 2) Sollte ein schwerbehinderter Werkstattbeschäftigter eine Zahlungsaufforderung einer Krankenkasse erhalten, so sollte er sich an die Personalabteilung oder den Sozialen Dienst wenden.

Autoradios in Fahrzeugen von Behinderteneinrichtungen

Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat den Klagen von zwei gemeinnützigen Behinderteneinrichtungen am 28.04.2010 stattgegeben. Mit diesem Urteil hat das Gericht gegen das Urteil des OVG Münster entschieden, dass Autoradios in Fahrzeugen, die nur dem Transport von Menschen mit Behinderungen dienen, gebührenfrei sind.

Deckung unabweisbarer laufender Bedarfe

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 09.02.2010 (1 BVL. 1. 3 und 4/09) müssen unabweisbare, laufende nicht nur einmalige Bedarfe gedeckt werden.

Ab Verkündung des o. g. Urteils sind laufende, nicht nur einmalige Bedarfe im **Einzelfall** zu decken, **bevor eine gesetzliche Grundlage hierfür geschaffen ist.**

Der Anspruch auf einen solchen „Sonderbedarf“ entsteht nach der Entscheidung des BVerfG, wenn es sich zeigt, dass „der Bedarf so erheblich ist, dass die Gesamtsumme der dem Hilfebedürftigen gewährten Leistungen – einschließlich der Leistungen Dritter und unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten – das menschenwürdige Existenzminimum nicht mehr gewährleistet.“

Das BVerfG geht davon aus, dass dieser zusätzliche Anspruch infolge der strengen Voraussetzungen an den Tatbestand nur in seltenen Fällen eintritt. Der Anspruch auf Übernahme eines „Sonderbedarfs“ entsteht nämlich nur dann, wenn es sich um einen längerfristigen oder dauerhaften, zumindest regelmäßig wiederkehrenden, unabweisbaren atypischen Bedarf handelt.

Bei dem „Sonderbedarf“ handelt es sich nicht um einmalige und kurzfristige Bedarfsspitzen, z.B. Brillen, orthopädische Schuhe, Zahnersatz usw. Atypische Bedarfe, die nicht zum Lebensunterhaltsbedarf gehören, werden über die Härteklausel gedeckt. Dies schreibt das SGB XII in § 73 vor.

Daneben können Bedarfe unter die Härteklausel fallen, die zwar zum Lebensunterhalt zählen, aber im konkreten Einzelfall den Durchschnitt erheblich übersteigen. Dies regelt § 28 Abs.1 Satz 2: „Die Bedarfe werden anderweitig festgelegt, wenn im Einzelfall ein Bedarf...unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht.“

Anwendungsfälle

Als Anwendungsfälle werden insbesondere gesehen:

- **Nicht verschreibungspflichtige Arznei-/Heilmittel**

Bei bestimmten besonderen – auch chronischen – Krankheiten werden laufend Arznei- bzw. Heilmittel zur Gesundheitspflege benötigt, die häufig nicht verschreibungspflichtig sind, z.B. Hautpflegeprodukte bei Neurodermitis, Hygieneartikel bei ausgebrochener HIV – Infektion, die Kosten werden - da nicht verschreibungspflichtig - nicht von den Krankenkassen übernommen.

- **Putz- und Haushaltshilfe für Rollstuhlfahrer**

Auf Grund der eingeschränkten Bewegungsfreiheit können Rollstuhlfahrer gewisse Tätigkeiten im Haushalt ohne fremde Hilfe nicht ausführen. Wenn ihnen keine andere Hilfe zur Verfügung steht, z. B. durch Angehörige, kann ihnen ein menschenwürdiges Leben nur mit einer Haushalts- bzw. Putzhilfe gesichert werden. Ein solcher laufender Bedarf wird als Sonderbedarf in erforderlichem Umfang übernommen.

- **Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts**

Wenn einem geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteil regelmäßig Fahrt- und/ oder Übernachtungskosten entstehen, um das Umgangsrecht mit seinen Kindern wahrzunehmen, können diese in angemessenem Umfang übernommen werden, sofern diese Kosten nicht aus dem evt. vorhandenem Einkommen oder durch Leistungen Dritter bestritten werden können. Dies gilt für die Kinder entsprechend, wenn ihnen anstelle ihrer Eltern Kosten entstehen.

Bei der Prüfung der Angemessenheit muss berücksichtigt werden, dass bereits nach der Rechtsprechung des BSG keine unbeschränkte Übernahme der Folgekosten einer Scheidung möglich ist. So wird nicht notwendigerweise das Umgangsrecht in dem Umfang finanziert, in dem es die Eltern vereinbart haben.

Zu beachten ist dabei stets, dass im Rahmen des Selbstbehalts, der dem Unterhaltspflichtigen zusteht, grundsätzlich die mit dem Umgang verbundenen Kosten des umgangsberechtigten Elternteils enthalten sind, wenn es sich um Fahrtkosten für Fahrten bei überschaubaren Entfernungen handelt.

In folgenden Fällen liegt kein Sonderbedarf vor, der zu übernehmen ist:

- **Die Praxisgebühr**

Die Regelleistungen umfassen auch die Praxisgebühr.

- **Bekleidung/Schuhe in Übergrößen**

Die Notwendigkeit und Angemessenheit sind in der Regel schwer zu beurteilen. Die Kosten hierfür sind aus den Regelleistungen zu bestreiten, ggf. muss ein Darlehen beantragt werden.

- **Durch Krankheit bedingter Ernährungsaufwand**

Dieser Aufwand ist nach dem Urteil des BVerfG kein atypischer Bedarf und ist daher im Rahmen der für die in der Regelleistung berücksichtigten Vollkost zur Deckung des physischen Existenzminimums zu bestreiten.

Zum Wohn- und Teilhabegesetz (WTG)

Das WTG ist in den letzten INFOs bereits mehrfach Thema von Besprechungen gewesen. Zu einzelnen Fragen ist hier Stellung genommen worden. Die seit dem 18. Dezember 2008 geltenden Regelungen tragen inzwischen erheblich dazu bei, dass die Bewohner von Betreuungseinrichtungen soweit wie möglich ein Leben wie zu Hause führen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Dazu zählt auch, dass die Gestaltung der Interessenvertretung der Bewohner in Einrichtungen der Altenpflege und der Behindertenhilfe weiterentwickelt wurden.

Leider wird von den Möglichkeiten der Interessenvertretung nicht immer sachgerechter Gebrauch gemacht. Vielfach wird nicht verstanden, dass eine funktionierende Interessenvertretung deren Unabhängigkeit von Träger und Personal voraussetzt. Dies ist um so dringlicher, je schwerer Bewohner ihre eigenen Wünsche selbst erfassen und artikulieren können. Was liegt da näher, ihnen Hilfe zur Seite zu stellen, von der sie am ehesten zu erwarten ist, nämlich ihren Eltern und Angehörigen, die ihnen am nächsten stehen! Aus diesem Grunde sieht das Gesetz vor, dass zunächst Eltern und Angehörige als ihre Interpreten bestellt werden, darüber hinaus unabhängige Berater, denen sie Vertrauen schenken.

Leider wird häufig von Einrichtungsleitungen und Trägern diese Konstellation als Ausdruck des Misstrauens angesehen. Man muss aber bedenken, dass eine ungeschützte Äußerung eines Bewohners oft nur in einem neutralen Umfeld erfolgen kann und sich der Bewohner oft nur in einem freien Raum offen äußert. Es ist ein Zeichen von innerer Gelassenheit und Souveränität, dies anzuerkennen und ohne Betroffenheit zuzulassen.

Um deutlich zu machen, dass gerade dies für die Bewohner die Unabhängigkeit zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins beiträgt, hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) in einer kürzlich erschienenen Broschüre noch einmal eindringlich und unmissverständlich die Rolle des Beratungsgremiums beschrieben, wenn es S.36 Kapitel IX („Mitreden, mitbestimmen“ hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Düsseldorf, November 2009) u.a. heißt:

„Das Beratungsgremium hat die Aufgabe, den Beirat bei seinen Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und Mitbestimmung zu unterstützen. Es berät den Beirat, aber auch die Einrichtungsleitung mit Stellungnahmen und Vorschlägen....Indem das Wohn- und Teilhabegesetz bestimmt, ein Beratungsgremium soll gebildet werden können, macht es deutlich: Immer dann,

wenn sich Eltern, Angehörige und rechtliche Betreuer zum ehrenamtlichen Engagement in einer Betreuungseinrichtung zusammenfinden, darf diese ehrenamtliche Tätigkeit **im Interesse der Bewohner nicht verhindert werden.**“

Das komplette Medienpaket (Broschüre und DVD) ist für die Arbeit eines Beratungsgremiums mit dem Beirat nur zu empfehlen und kann kostenlos beim MAGS bezogen werden.

Übernahme der Fahrtkosten durch die Unfallversicherung

Bei der Übernahme von Fahrtkosten für Werkstattbeschäftigte durch die „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV) gab es in der Vergangenheit häufig Unklarheiten.

Nach einer Besprechung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) WfbM mit den zuständigen Vertretern der DGUV sind die Fragen nun geklärt:

Da die Leistungen einer Werkstatt für behinderte Menschen zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gehören, sind die erforderlichen Fahrtkosten zur Rehabilitation des Betroffenen gemäß § 53 Abs. 1 SGB IX zu übernehmen, wenn es heißt:

„Als Reisekosten werden die mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Leistungen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen; hierzu gehören Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlich ist, für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson, einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstaufwandes....sowie für den erforderlichen Gepäcktransport.“

Die Unfallversicherung ist gemäß § 43 Abs. 1 SGB VII zur Leistung verpflichtet, wenn es heißt: „Die im Zusammenhang mit der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Reisekosten werden nach § 53 des Neunten Buches übernommen.“

Nach § 42 Abs. 1 und 2 SGB IX ist die Unfallversicherung verpflichtet, im gegebenen Falle die Kosten für Leistungen sowohl im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich wie auch im Arbeitsbereich zu tragen.

Volle Erwerbsminderung im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich

Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass behinderte Werkstattbeschäftigte im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich als voll erwerbsgemindert anzusehen sind. Dies ist die Voraussetzung für die Gewährung der Grundsicherung nach Kapitel 4 SGB XII „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“. Sozialbehörden haben indessen häufig Leistungsanfragen damit beschieden, dass eine Grundsicherung nach Kapitel 4 nur nach einer entsprechenden Prüfung durch den zuständigen Träger der Rentenversicherung, den der Träger der Sozialhilfe um Prüfung ersuchen muss, gewährt werden könne.

Dazu heißt es in § 45 Abs. 1 Satz 3: „Ein Ersuchen findet nicht statt, wenn...

2. der Fachausschuss einer Werkstatt für behinderte Menschen über die Aufnahme in die Werkstatt oder Einrichtung eine Stellungnahme abgegeben hat (§§ 2 und § 3 der Werkstättenverordnung) und der Leistungsberechtigte....als voll erwerbsgemindert gilt.“, wobei die Werkstättenverordnung in § 3 **ausdrücklich** vom Eingangsverfahren und dem Berufsbildungsbereich spricht. Somit haben behinderte Werkstattbeschäftigte mit der offiziellen Aufnahme in das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich auf Grundsicherung nach Kapitel 4 SGB XII Anspruch.

Anschaffungskosten für Spezialschuhe sind im Mehrbedarf enthalten

Eine Leistungsberechtigte, die Grundsicherungsleistungen wegen Alters bezieht, benötigte orthopädisch bearbeitete Schuhe. Die Krankenkasse übernahm nur die Kosten für die entsprechende orthopädische Bearbeitung, nicht jedoch die Anschaffungskosten. Sozialgericht und Landesgericht gewährten wegen des erhöhten Schuhbedarfs einen vom Regelsatz abweichenden Mehrbedarf. Das BSG folgte dieser Entscheidung nicht (Az.: B 8 SO 5/08 R vom 29.09.09). Das BSG war der Ansicht, dass der erhöhte Schuhbedarf bereits durch die Mehrleistung nach § 30 Abs. 1 SGB XII gedeckt sei, die die Leistungsberechtigte bereits erhalte. Das BSG verwies den Rechtsstreit zur abschließenden Bedarfsfeststellung an das LSG zurück.

Anspruch auf Versorgung mit digitalen Hörgeräten

Geklagt hatte ein an nahezu vollständiger Taubheit leidender Behinderter. Zum Ersatz seines alten Hörgerätes beantragte er die volle Übernahme der Kosten für ein digitales Hörgerät im Werte von € 4.162,06. Die Krankenkasse gewährte jedoch nur die Übernahme der Kosten für die Hörgeräteversorgung zum Kassensatz für die Gruppe 3 (Festbetrag) in Höhe von € 987,31.

Das LSG Baden – Württemberg entschied gegen den Kläger nach positivem Vorentscheid des SG Mannheim, die Krankasse habe ihre Leistungspflicht mit der Gewährung des Festbetrags erfüllt mit der Begründung, dass das Festbetragssystem der Dämpfung der Ausgaben der Krankenkassen für Hilfsmittel und Arzneien diene. Der Schutz der Solidargemeinschaft vor Überforderung könne gerade im Interesse der vordringlich auf Hilfe angewiesenen behinderten Menschen Einschränkungen erforderlich machen.

Dagegen wurde mit Erfolg beim BSG geklagt (Az.: B 3 KR 20/08 R vom 17.12.2009). Für die medizinisch notwendige Versorgung eines nahezu völlig tauben Versicherten mit einem digitalen Hörgerät muss die Krankenkasse auch die Kosten tragen, die den Festbetrag übersteigen. Die Krankassen müssten zum Ausgleich der Hörbehinderungen für solche Hörgeräte aufkommen, die nach Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen eines gesunden Menschen böten und gegenüber anderen Hörhilfen erhebliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben gewährten. Daran müssten auch die Festbeträge der Krankenkassen ausgerichtet werden.

Dieses Grundsatzurteil dürfte nicht nur für hörgeschädigte Menschen von großer Bedeutung sein, denn damit stehen jetzt alle Festbeträge im Bereich der Hilfsmittel auf dem Prüfstand. In der Tat ist nach dieser Rechtsprechung in Zukunft bei jedem Festbetrag zu prüfen, ob nach sachgemäßer Beurteilung die medizinisch notwendige Versorgung bzw. der volle Ausgleich der Behinderung erzielt wird.

Umbaumaßnahme auf Grund einer Behinderung ist außergewöhnliche Belastung

Der Kläger hatte durch einen Schlaganfall erhebliche gesundheitliche Einschränkungen erfahren. Um in seiner gewohnten Umgebung leben zu können und den Aufenthalt in einem Pflegeheim zu vermeiden, hatte er verschiedene Umbaumaßnahmen vornehmen lassen, u.a. den Bau einer Rollstuhlrampe, die Einrichtung eines behindertengerechten Bades, den dazu notwendigen Umbau des Küchenraumes und Neueinrichtung einer Küche im Hauswirtschaftsraum sowie die Umwandlung des Arbeitszimmers in einen Schlafrum.

Nach Abzug der Kosten, die von der Krankenkasse bezuschusst wurden, machte er bei einer Einkommensteuerklärung eine Summe in Höhe von ca. 140.000 DM (ca. 72.000 Euro) geltend.

Die Finanzbehörde lehnte den Antrag auf die Berücksichtigung als außergewöhnliche Belastung ab, gewährte allerdings den Behindertenpauschbetrag in Höhe von 7.200 DM (3.700 Euro) und den Pflegepauschbetrag von 1.800 DM (924 EURO). Einspruch und Klage blieben erfolglos. Das

Hessische Finanzgericht argumentierte, die Rollstuhlrampe und der Umbau des Bades habe den Wert des Grundstücks und der Immobilie erhöht. Ferner seien die Umbaumaßnahmen nicht zwangsläufig entstanden, denn der Kläger hätte mit seiner Ehefrau auch in eine behindertengerechte Wohnung ziehen können.

Der BFH hob das Urteil auf. Bei den Umbaukosten handele es sich um außergewöhnliche Aufwendungen im Sinne des § 33 Abs.1 EStG

Nach § 33 b EStG gelten Behinderten- und Pflegepauschbetrag nur laufende und typische Mehraufwendungen des Betroffenen ab. Zusätzliche Krankheitskosten würden davon nicht erfasst. Eine lange Suche nach einer geeigneten Mietwohnung sei wohl nicht zumutbar, da eine schnelles Handeln in diesem Falle erforderlich gewesen sei. Durch den nicht vorhersehbaren Schlaganfall und die dadurch eingetretene Behinderung seien die Kosten zwangsläufig entstanden. Ein eventueller Mehrwert stehe dem Abzugsverbot ebenfalls nicht im Wege. Wenn nun die durch die Behinderung verursachten Umbaukosten als außergewöhnliche Belastungen anzusehen seien, folge daraus der unmittelbare Sofortabzug. Wirkt sich nur ein Teil der Kosten aus, weil das Einkommen zu gering ist, können die Kosten nach dem Urteil des BFH auch auf mehrere Jahre verteilt werden.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf den Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention der UNO, wonach behinderten Menschen gleichberechtigt die Möglichkeit zugestanden werden muss, ihren Aufenthaltsort zu wählen und selbst zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen.

Bei der Abrechnung zieht das Finanzamt berücksichtigt eine zumutbare Belastung von den Krankheitskosten ab.

Steuerzahler

Prozentsatz vom Gesamtbetrag der Einkünfte wenn dieser so hoch ist *

bis 15340 €

bis 51130 €

über 51130 €

	bis 15340 €	bis 51130 €	über 51130 €
Alleinstehende ohne Kinder	5%	6%	7%
Ehepaare ohne Kinder	4%	5%	6%
Alleinstehende/Ehepaare mit einem Oder zwei Kindern **	2%	3%	4%
Alleinstehende/Ehepaare mit drei Oder mehr Kindern **	1%	1%	2%

*Der Gesamtbetrag der Einkünfte errechnet sich aus der Differenz zwischen steuerpflichtigen Einnahmen und Werbungskosten oder Betriebsausgaben. Von den Kapitaleinnahmen gehen außerdem Sparerpauschbetrag und Altersentlastungsbetrag, ferner den Entlastungsbetrag für Alleinstehende sowie für Land- und Forstwirte ab.

** Mit Kindern, für die es im Jahr mindestens einen Monat Kindergeld oder Kinderfreibeträge (ganz oder zur Hälfte) gab.

Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)

Mit Inkrafttreten der Föderalismusreform ist die Zuständigkeit für das Heimrecht auf die Länder übergegangen (GG Art. 74 Abs.1 Nr.7), soweit nicht die Gesetzgebungskompetenz dem Bund zusteht. Dies ist der Fall bei Teilen des alten Heimgesetzes, dem Vertragsrecht. Der Bund hat daher das Vertragsrecht im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz für die gesamte Bundesrepublik einheitlich geregelt. Das Gesetz will ausdrücklich besonders dem Verbraucherschutz dienen, d. h. den **Nutzern** von entsprechenden Wohn- und Betreuungseinrichtungen.

Dieses Gesetz ist am 1.10.2009 in Kraft getreten. Alle Mietverträge, die nach dem 1.10.2009 geschlossen werden, müssen nach dem neuen Gesetz gestaltet werden. Mietverträge aus der Zeit vor diesem Termin bleiben in der Fassung bis 1.05.2010 gültig. Sie werden nach dem 1.05.2010 durch neue Verträge ersetzt bzw. nach dem neuen Gesetz interpretiert.

Bei dem Abschluss eines neuen Vertrags nach dem WBVG sollte man auf einige Punkte des Vertrages besonders achten:

- **Vorvertragliche Informationspflicht**
Nach § 3 hat der Betreiber die Pflicht, vor Vertragsabschluss den Interessenten detailliert über sein Angebot zu unterrichten. Die hierzu verlangten Angaben sind im genannten Paragraphen im Einzelnen aufgeführt. Kommt der Betreiber seiner Informationspflicht nicht nach, kann der Verbraucher jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen (§ 6).
- **Ausschluss der Angebotspflicht zur Vertragsanpassung**
Wenn der Betreiber einer Wohn- und Betreuungseinrichtung die **Pflicht (§ 8 Abs.4)**, bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs des Mieters (=Verbrauchers) eine Anpassung des Vertrags zu vermeiden, so muss er den Ausschluss mit dem Verbraucher im Erstvertrag vereinbaren. Der Betreiber hat die Pflicht, den Interessenten über Umfang und Folgen eines Ausschlusses der Angebotspflicht zu unterrichten (§ 8 Abs. 4 WBVG). Dem Ausschluss sollte der Verbraucher bei Abschluss des Vertrags nur nach Abwägung aller Konsequenzen zustimmen.
Der Ausschluss ist bei Menschen mit Behinderungen vom Gesetz besonders erschwert. Die Belange der behinderten Menschen will der Gesetzgeber dadurch besonders schützen, dass er die Berechtigung solcher Anpassungen durch den Betreiber nur dann als gerechtfertigt ansieht, wenn sie den Interessen des behinderten Menschen dienen.
Handelt es sich um einen Umzug in der gleichen Einrichtung, wenn das Wohl des Bewohners/der Bewohnerin nicht auf andere Weise gewährleistet werden kann, so ist auch hier der Betreiber verpflichtet, dem Verbraucher durch eine Gegenüberstellung der bisherigen und der angebotenen Leistungen und der dafür jeweils zu leistenden Entgelte schriftlich darzustellen und zu begründen.
- Der Unternehmer kann seinerseits den Vertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Außer den in § 12 angegebenen Gründen sind zur Zeit keine weiteren „wichtigen“ Kündigungsgründe bekannt.
- Abweichungen von den Vorschriften des Gesetzes sind gemäß § 16 unwirksam!

- **Datenschutz**

Die Weitergabe von persönlichen Daten des Nutzers durch den Betreiber ist ohne schriftliche Einwilligung des Betroffenen mit genauer Angabe des Adressaten der Weitergabe nicht statthaft.

Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen

Nach § 44 Abs. 1 S. 1 SGB XI entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflegepflichtversicherung durchgeführt wird, Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Rentenversicherungspflicht unterliegen **nicht erwerbsmäßig tätige Personen**, die eine Zeitaufwand von mindestens **14 Stunden wöchentlich** für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erreichen. Darunter fallen nur Tätigkeiten, die bei der Beurteilung des Pflegebedürftigkeitsgrades (durch den MdK) im Rahmen der Pflegeversicherung von Bedeutung sind. (Urteil des BSG vom 05.05.2010 – Az.: B 12 R 6/09 R; siehe auch B 12 R 9/09 R; B 12 R 12/09 R)

Lichtsignale bei Schwerhörigkeit

Nach § 33 SGB V bzw. § 31 SGB IX haben Menschen mit Behinderung gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln. Sie müssen geeignet und erforderlich sein, ihre Behinderung und deren Folgen auszugleichen. Das BSG hat hierzu entschieden (Urteil des BSG vom 29.04. 2010 B 3 KR 5/09), dass Menschen mit Behinderung, wenn sie an einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit leiden, so dass sie z.B. die Klingel ihrer Wohnung auch trotz eines vorhandenen Hörgeräts nicht hören, grundsätzlich die Versorgung mit einer Lichtsignalanlage beanspruchen können, durch die akustische Signale der Türklingel in optische Signale umgewandelt werden können.

Erben des Menschen mit Behinderung haften für Sozialhilfeleistungen

Mit Urteil vom 23.03.2010 hat das BSG entschieden, dass die Erben eines contergangeschädigten Kindes, das Sozialhilfe in Form der Hilfe zur Pflege in einem Heim erhalten hatte, auch dann für Ersatz der Sozialhilfe nach § 92c BSHG bzw. ab 01.01.2005 haften, wenn das Vermögen des verstorbenen behinderten Kindes auf Grund eines Gesetzes über Errichtung einer Stiftung, hier Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“ (StiftG), wegen dessen Conterganschädigung nicht bei der Gewährung von Sozialhilfeleistungen berücksichtigt werden durfte.

Nach Ansicht des BSG fehlt eine gesetzliche Regelung dafür, dass das gegenüber dem Sozialhilfeträger geschützte Vermögen des Kindes auch für den Erben geschützt ist. Es müsse allerdings vorausgesetzt sein, dass die Sozialhilfegewährung rechtmäßig erfolgt ist.

Schwerbehindertenurlaub bei Krankheit zum Ende des Arbeitsverhältnisses

Wenn ein Arbeitnehmer bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig krank ist, muss nach neuerer Rechtsprechung der vierwöchige gesetzliche Urlaub finanziell abgegolten werden. Auch der Anspruch auf Abgeltung des Schwerbehindertenzusatzurlaubs besteht bei Arbeitsunfähigkeit.

Die Tarifvertragsparteien können allerdings festsetzen, dass der tarifliche über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehende Urlaubsanspruch, (also nicht der Schwerbehindertenzusatzurlaub,

denn er ist ja gesetzlich festgelegt? erlischt, wenn der Urlaubsanspruch wegen der Krankheit des Arbeitnehmers nicht wahrgenommen werden kann.

Das Bundessozialgericht lehnt Hartz IV – Zuschlag ab

Nach einem Urteil des BSG (Az.: B14 AS 3/09 R) haben schwerbehinderte Kinder von Hartz IV Empfänger keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen. Die Klage einer Familie, die für ihren sechsjährigen Sohn Mehrbedarf wegen dessen Schwerbehinderung geltend gemacht hatte, wurde abgewiesen. Dabei können sich die Eltern auf die Härtefallregelung, die das BVerfG in seinem Hartz IV Urteil angemahnt hatte, nicht berufen.

Wird dieser Zuschlag bewilligt, erhält der betreffende Leistungsberechtigte eine Erhöhung der Leistungen um 17 %.

Glossar: Arbeit und Förderung in den Werkstätten für behinderte Menschen

Bereits im Mai des Jahres 2005 erschien die erste Auflage eines Glossars über „Arbeit und Förderung in den Werkstätten für behinderte Menschen“. Dieses Glossar ist nun aktualisiert und um zusätzliche Fachbegriffe erweitert worden. In knapper Form haben hier Fachleute der Lebenshilfe wichtige Fachbegriffe aus dem Bereich der Arbeits- und Berufsförderung zusammengestellt. Es ist für all diejenigen interessant, die sich schnell und unkompliziert einen Überblick über die wichtigsten Fachbegriffe verschaffen möchten. Das Glossar dürfte vor allem für Elternbeiräte eine gute Hilfe sein.

Bestell – Nr. 11

ISBN 3-931106-25-X

Preis € 8.- (80 Seiten)

10 Exemplare € 7.50

50 Exemplare € 7.-

Die Bestellung kann per e – Mail, telefonisch oder per Fax auf Rechnung erfolgen.

Adresse: Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung

Landesverband NRW e.V.

Anna Schnau

Mit freundlichen Grüßen

Ihr LVEB

Abkürzungen:	ARGE	Arbeitsgemeinschaft der Kommune und der Arbeitsagentur
	AG	Arbeitsagentur
	BA	Bundesagentur für Arbeit
	BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger
	BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen
	BBB	Berufsbildungsbereich
	BFH	Bundesfinanzhof
	BGH	Bundesgerichtshof
	BSG	Bundessozialgericht
	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
	EABB	Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeirat
	EStG	Einkommensteuergesetz
	GEZ	Gebühreneinzugszentrale
	GSiG	Grundsicherungsgesetz
	LSG	Landessozialgericht
	LT	Landtag
	LVA	Landesversicherungsanstalt
	LVEB	Landesverband der Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeiräte
	LVR	Landschaftsverband Rheinland
	LWL	Landschaftsverband Westfalen – Lippe
	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
	PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
	PfWiG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
	RdL	Rechtsdienst der Lebenshilfe
	SG	Sozialgericht
	SGB III	Sozialgesetzbuch: Arbeitsförderung
	SGB V	Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung
	SGB VII	Sozialgesetzbuch VII: Gesetzliche Unfallversicherung
	SGB IX	Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
	SGB XI	Sozialgesetzbuch XI: Pflegeversicherung
	SGB XII	Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilferecht
	WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
	VO	Verordnung
	WTG	Wohn- und Teilhabegesetz NRW
	WVO	Werkstättenverordnung

Stand 15. Juni 2010