

Vorsitzender: Theo Eichberg – Offenbachstr. 23– 53332 Bornheim
Tel.: 02227-911076 Fax: 02227 -911078
E - Mail: t.eichberg@gmx.de

Info

für Eltern- und Betreuerbeiräte
in Werkstätten und Wohnstätten

Geschäftsstelle:

L V E B
Schlaunweg 20
59394 Nordkirchen
Tel.: 02596 -98451
Fax: 02596 - 529886
E-Mail:
buero@lveb-nrw.de

April 2014

Ausgabe

36

Liebe Eltern, Angehörige und Betreuer,

seit dem Erscheinen unserer letzten INFO (Nr.35) ist schon eine längere Zeit vergangen. Vieles hat sich im sozialpolitischen Bereich seither ereignet. Das aber, was für die Zukunft unserer betreuten Menschen mit Behinderung von großer Bedeutung sein wird, bleibt die Wahl des neuen Bundestages und die Bildung der großen Koalition aus CDU/CSU und SPD. Der Koalitionsvertrag enthält wichtige Aussagen zur Behindertenpolitik. Wer in die Vergangenheit zurückschaut, vielleicht die Möglichkeit hat, sich der letzten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts zu erinnern, wird sich des großen Wandels bewusst, der sich in dieser Zeit vollzogen hat. Das ist an vielen Sachverhalten nachweisbar. Nehmen wir nur als Beispiel die strafrechtliche Behandlung von Sexualdelikten gegenüber Menschen mit Behinderung (Strafgesetzbuch § 179) Diese Delikte wurden geringer geahndet als die gegen widerstandsfähige Menschen ohne Behinderung. Und es hat Druck auf das Parlament ausgeübt werden müssen, um diesen Sachverhalt zu ändern. Dagegen wird ausdrücklich im Koalitionsvertrag klargestellt, „dass ein sexueller Übergriff gegen den faktisch entgegenstehenden Willen eines behinderten oder sonst widerstandsunfähigen Opfers als besonders schwerer Fall des sexuellen Missbrauchs anzusehen ist.“ (Koalitionsvertrag S. 100) Dass dies heute selbstverständlich ist und keiner Anfechtung mehr ausgesetzt werden kann, ist wesentlich der UN-Behindertenrechtskonvention zu verdanken, die am 24. Februar 2009 von der BRD ratifiziert wurde und somit geltendes Recht der Bundesrepublik ist. Dem folgt nun auch der Koalitionsvertrag. Er nimmt z. B. die von der Konvention geforderte Durchführung der Barrierefreiheit als Ziel auf (S. 46), dazu die Schaffung von medizinischen Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren (S.76). Ein Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz) soll erarbeitet werden (S. 95). Auf den Seiten 110/111 wird ein ganzer Abschnitt dem Verhältnis „Menschen mit und ohne Behinderung“ gewidmet. Da ist die Rede von Menschen mit Behinderung, die „Experten in eigener Sache“ sind, von mehr Teilhabe, Selbstbestimmung, leichterem Zugang für Menschen mit Behinderung zu Transportmitteln,

(angemessene) Information und Kommunikation, von Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt, von der Prüfung (leider nur „Prüfung“) der Einführung eines Bundesteilhabegeldes, vom Wunsch- und Wahlrecht im Sinne der UN-Konvention, von der Einbeziehung der Menschen mit Behinderung und ihrer Verbände in den Gesetzgebungsprozess. Leistungen sollen möglichst aus einer Hand erfolgen können und Weiteres mehr. Da ist nichts mehr zu lesen von der „Liste des Grauens“ der Bundesfinanzkommission wie der „Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts (A.d.R: der behinderten Werkstattbeschäftigten), Umstellung des Bruttoprinzips auf das Nettoprinzip, stärkere Kostenbeteiligung der Eltern an den in Einrichtungen erbrachten Kosten des Lebensunterhalts, Änderung (A.d.R.= Verschlechterung) des Betreuungsschlüssels in § 9 Abs. 3 und in § 10 Abs.3 der Werkstätten Verordnung und Weiteres mehr (Werkstattdialog 1.2011 S.10f).

Erfreulich ist, dass die Beauftragten des Bundes und der Länder demgegenüber in der Düsseldorfer Erklärung vom 11.06.13 einen entschiedenen Kurswechsel in der Behindertenpolitik fordern. Am 17.02.14 diskutierten die Landesbehindertenbeauftragten gemeinsam mit der neuen Bundesbeauftragten Verena Bentele über das Bundesteilhabegesetz. Sie sehen in diesem Gesetz eines der zentralen behindertenpolitischen Themen der neuen Legislaturperiode. Wesentliche Einzelforderungen für die Menschen mit Behinderung sind hier erhoben worden. Wir alle warten auf den notwendigen Gesetzgebungsprozess. Ob alle Vorschläge der neuen Gesetze für jeden Menschen mit Behinderung geeignet sind, werden wir prüfen müssen. Denn ein großes Problem bildet ja die Unterschiedlichkeit der einzelnen Arten der Behinderung. Nicht selten werden gerade die Möglichkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung überschätzt. Eines ist deshalb bei den Gesetzesvorhaben unabdingbar: **Die Beteiligung und Vertretung der Menschen mit Behinderung, die sich selbst nicht vertreten oder sich nicht artikulieren können, muss gesichert sein.** Ihre Belange müssen mehr als bisher Beachtung finden.

Kommen wir nun zu den einzelnen Themen der INFO. Einiges, was zur Sprache kommt, wird manchen bereits bekannt sein. Es wird hier aufgegriffen, weil daran erinnert werden muss. Anderes wird aus gegebenem Anlass in größerer Breite dargelegt. Der Vorstand hofft, mit der neuen INFO Ihnen Hilfen an die Hand gegeben zu haben.

Änderung der Zahlungen der behinderten Wohnstätten Bewohner/innen an den LVR – Lohnanteil

Hier: Anpassung an die Regelung nach § 88 Abs. 2 SGB XII zum 01.01.2014.

Alle behinderten Werkstattbeschäftigten, die nicht im Elternhaus, sondern in Wohneinrichtungen leben, die vom LVR und LWL finanziert werden (und hierfür Eingliederungshilfe erhalten), müssen einen Teil ihres Lohnes an den LVR bzw. LWL zur Finanzierung der Kosten abtreten. Die Höhe dieses Anteils richtet sich nach der Regelbedarfsstufe 1 der Grundsicherung und der Höhe ihres Lohnes bzw. Einkommens. Da die Regelbedarfsstufen der Grundsicherung zum 1. Januar dieses Jahres erhöht worden sind, änderte sich auch die Höhe des abzutretenden Lohnanteils.

Gesetzliche Vorschrift hierfür ist § 88 Abs. 1/2 SGB XII. Grundlage der Berechnung ist das Nettoeinkommen, das als Gegenleistung für eine Beschäftigung gezahlt wird (z.B. Lohn, Arbeitsprämien, nicht aber Rente, Kranken- oder Arbeitslosengeld, desgleichen nicht das Arbeitsförderungsgeld oder das Ausbildungsgeld)

Gemäß § 88 Abs.2 SGB XII bleibt zunächst 1/8 der Regelbedarfsstufe 1 (Grundsicherung) von € 391.- (= € 48.88) vom Lohn frei. Bei einem monatlichen Lohn bzw. Einkommen von

beispielsweise € 120,- bleibt dann ein Rest von € 71,12. Von diesem Betrag verbleiben dem Werkstattbeschäftigten nochmals 25 % (= € 17,78) Somit beläuft sich sein Netto - Lohn nach Berücksichtigung dieser beiden Beträge bei diesem Beispiel auf € 66,66.

Regelbedarfsstufe 1	€ 391.--
davon 1/8	€ 48,88
Einkommen/Lohn	€ 120,-
nach Abzug von 48,88	€ 71,12
davon 25 %	€ 17,78
Summe:	€ 66,66

Die Rechengrößen der Sozialversicherung für das Jahr 2014

Nr.	Übersicht über einige Rechengrößen 2014	Alte Bundesländer
1	Durchschnittsentgelt für die Rentenversicherung (Bemessungsgrundlage)	33.180,- Euro im Jahr
2	Bezugsgröße in der Sozialversicherung (1/12 von 1)	2.765,- Euro im Monat
3	Bezugsgröße für Kranken- und Pflegeversicherung (§ 18 Abs. 1 SGB IV)	2.765,- Euro im Monat
4	80 % von 1 (Bemessungsbetrag für den Rentenbeitrag der behinderten Werkstattbeschäftigten)	2.212,- Euro im Monat
5	20 % von 1 (Betrag für den Krankenkassenbeitrag der behinderten Werkstattbeschäftigten)	553,- Euro im Monat
6	Zuschlag bei der Pflegeversicherung: 0,25 % von Nr. 5 (von den Werkstattbeschäftigten zu tragen)	1.38 Euro im Monat

7	Beitragsbemessungsgrenze bei der Rentenversicherung für normal Versicherte	5.950.- Euro im Monat
8	Jahresentgeltgrenze für normal Versicherte (Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung)	53.550.- Euro im Jahr

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurden die Beträge in der Sozialversicherung zum 01.01.2014 erhöht. Ursache hierfür ist das höhere Durchschnittsentgelt aller Beschäftigten in der BRD (Nr.1). im Jahre 2012. So errechnet sich auch eine höhere monatliche Summe für die Bezugsgrößen. Für behinderte Werkstattbeschäftigte bilden 80% dieser Summe (Nr. 1) die Bemessungsgrundlage für den Rentenversicherungsbeitrag, 20% (von Nr.1) wiederum für den Krankenkassenbeitrag. **Beide Beiträge trägt der übergeordnete Sozialhilfeträger (LVR bzw. LWL).**

(Die entsprechenden Summen für die Ostgebiete sind hier nicht aufgeführt.)

Erhöhung der Regelbedarfsstufen ab 01.01.2014 bei Grundsicherung im Alter- und bei Erwerbsminderung

Regelbedarfsstufen und Zuschläge in 2013 und ab 01.01.2014			
	%	2013	2014
Regelbedarfsstufe 1			
Alleinstehende und Alleinerziehende	100	€ 382,--	€ 391,--
Mehrbedarf wegen Merkzeichen G	17	€ 64,94	€ 66,47
Regelbedarfsstufe 2			
Volljährige Partner in Bedarfsgemeinschaft (Paare)	90	€ 345,--	€ 353,--
Mehrbedarf wegen Merkzeichen G	17	€ 28,64	€ 60,--
Regelbedarfsstufe 3			
Erwachsene Person, die keinen eigenen Haushalt führt	80	€ 306,--	€ 313,--

Mehrbedarf wegen Merkzeichen G	17	€ 52,02	€ 53,--
--------------------------------	----	---------	---------

Mehrbedarf (MB) bei Kostenaufwendiger Ernährung 2013/2014

Art der Erkrankung	Krankenkost/Kostform	2013	2014
Niereninsuffizienz (Nierenversagen)	Eiweißdefinierte Kost	€ 38.20	€ 39.10
Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät	€ 76.40	78.20
Zöliakie/Sprue	Glutenfreie Kost	€ 76.40	€ 78.20
Colitis Ulcerosa	MB wegen verzehrender Krankheit	€ 38.20	€ 39.10
HIV- Infektion/Aids	MB wegen verzehrender Krankheit	€ 38.20	€ 39.10
Krebs	MB wegen verzehrender Krankheit	€ 38.20	€ 39.10
Leberinsuffizienz	MB wegen verzehrender Krankheit	€ 38.20	€ 39.10
Morbus Crohn	MB wegen verzehrender Krankheit	€ 38.20	€ 39.10
Multiple Sklerose	MB wegen verzehrender Krankheit	€ 38.20	€ 39.10

Das SG Berlin erkennt bei Laktose Intoleranz einen Mehrbedarf an Krankenkosten von € 13.- an. Wenn die Voraussetzungen für die Gewährung **mehrerer Krankenkostenzulagen** gleichzeitig vorliegen, muss nach den individuellen Besonderheiten entschieden werden.

Unterkunfts- und Heizungskosten bei der Grundsicherung

Unterkunfts- und Heizungskosten sowie Kosten der Warmwasserversorgung gehören zu den Leistungen der Grundsicherung. Bei Menschen mit Behinderung, die im Haushalt ihrer Eltern leben, unterscheidet das Sozialamt nach verschiedenen Fallkonstellationen:

- a) Die Eltern beziehen selbst Sozialleistungen z.B. nach SGB II oder SGB XII.:
Das Sozialamt teilt die Kosten für Unterkunft, Heizung und Warmwasserversorgung nach der Zahl der Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft. Bei Kosten von insgesamt 600.-€ und drei Personen gewährt das Sozialamt für das Kind 200.-€ Unterkunftskosten.
- b) Die Eltern beziehen keine Sozialhilfe:
Wenn die Eltern Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit oder einer Rente beziehen, darf das Sozialamt nach Urteilen des Bundessozialgerichts nur dann Unterkunftskosten

übernehmen, wenn die Eltern mit ihrem Kind einen Miet- oder Untermietvertrag abgeschlossen haben. Das gilt sowohl für Eigenheime wie für Eigentums- und Mietwohnungen.

(Siehe BSG – Urteile vom 25.08.2011 (Az. B8 SO 29/10 R) und 14.04.2011 (Az. B8 SO 18/09 R).

Zu beachten ist dabei Folgendes:

1. Die Miete muss tatsächlich gezahlt werden. Um einen Nachweis hierfür vorlegen zu können, ist es nötig, einen Mietvertrag mit dem Kinde abzuschließen und die Miete von einem eigenen Konto des Kindes überweisen zu lassen.
2. Sind die Eltern gesetzliche Betreuer, so muss das Betreuungsgericht dafür einen **Ergänzungsbetreuer** bestellen; denn Eltern können als gesetzliche Betreuer mit sich selbst keinen Mietvertrag abschließen. Dies wäre ein „Insichgeschäft“. Solche Geschäfte aber sind ungültig. Die Ergänzungsbetreuung wird anschließend vom Gericht wieder aufgehoben. Sie gilt nur für dieses Rechtsgeschäft.
3. Die Ernsthaftigkeit der Mietverträge wird von Sozialämtern nicht selten angezweifelt. Es darf sich nicht herausstellen, dass das Kind nach Erreichen der Volljährigkeit sein altes Kinder- oder Jugendzimmer bewohnt, das wie bisher von allen Familienmitgliedern genutzt wird. Widersprüche und Klagen gegen eine Ablehnung der Kostenansprüche müssen daher sorgfältig begründet werden
4. Es muss weiterhin bedacht werden, dass die Mietzahlungen des Kindes für die Eltern Einkünfte sind und daher versteuert werden müssen.
5. Des Weiteren kann man die Unterkunftskosten nicht mehr als Sonderleistung zum Nachweis der Aufwendungen bei der Begründung des Kindergeldanspruchs anführen.

Erhöhung der Barbeiträge in stationären Einrichtungen

Der Barbetrag in einer stationären Einrichtung (das sog. Taschengeld) steigt durch die Erhöhung der Regelsätze der Bedarfsstufen. Er beträgt 27 % der Regelbedarfsstufe 1. Deshalb haben die Bewohner/innen monatlich ab 1. Januar Anspruch auf € 105,57. Der Zusatzbarbetrag, den nur diejenigen erhalten, die ihn bereits im Dezember 2004 bekommen haben, wird dabei nicht erhöht. (§ 27 Abs. 2 SGB XII)

Befreiung von Zuzahlungen bei Medikamenten – die Belastungsgrenzen

Für Versicherte und ihre im Haushalt lebenden Angehörigen beträgt die Belastungsgrenze **2 % des jährlichen Bruttoeinkommens**.

Für leistungsberechtigte Sozialhilfeempfänger nach SGB II und SGB XII beträgt der Jahresbeitrag 2 % des Jahresbetrags des Regelsatzes der Bedarfsstufe 1 = 93,84 € **Für chronisch Kranke** – und dazu gehören in der Regel alle, die ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich wegen derselben Krankheit behandelt werden und dazu eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen II oder III vor.
- Der Grad der Behinderung (GdB) oder der Erwerbsminderung beträgt mindestens 60 %.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist notwendig, weil sich andernfalls der Gesundheitszustand stark verschlechtert.

Für diese Personen beläuft sich die Belastungsgrenze auf 1 % des Jahresbetrags der Regelbedarfsstufe 1 = 46,92 €. Es empfiehlt sich, diese Summe im Voraus, mindestens zu Anfang des Jahres an die jeweilige Krankenkasse einzuzahlen. Die Kasse stellt darüber eine Befreiungsbescheinigung bzw. -karte aus. Auf diese Weise vermeidet man das Sammeln, Aufbewahren und Einreichen von Quittungen bei der Kasse. Im Übrigen gilt die 1% Regelung dann für alle im Familienhaushalt lebenden Angehörigen, auch wenn nur eine Person schwerwiegend chronisch krank ist.

Die Härtefallregelung bei Zahnersatz

Die Krankenkasse übernimmt im Jahre 2014 die Kosten für die gesamte Zuzahlung, wenn in diesem Jahre das monatliche Brutto – Einkommen des Kassenmitglieds und der in der Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen folgende Beträge **nicht** übersteigt:

für Alleinstehende (40 % der Bezugsgröße 2.765.- €)	1.106,00 €
für Ehepaare bzw. zwei Haushaltsangehörige (+ 15 % = 414.75 €)	1.520,75 €
für Ehepaare mit einem Kind bzw. drei Haushaltsangehörige (+ 10 % von 2.765.- € = 276.50 €)	1.797,25 €
für jeden weiteren Haushaltsangehörigen (+ 10 %)	276,50 €

Zum neuen Patientenrechtsgesetz

- a) Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird in einem Behandlungsvertrag festgelegt. Alle Rechte und Pflichten, die sich zwischen Arzt und Patient bei einer ärztlichen Behandlung ergeben, finden sich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), u. a. **die Verpflichtung zu einem Aufklärungsgespräch und das Recht auf Einsicht in die Patientenakte**. Damit ist es dem Patienten zukünftig besser möglich, seine Rechte geltend zu machen.
- b) In Zukunft sind Krankenhäuser wie auch niedergelassene Ärzte verpflichtet, **Behandlungsfehler**, die unterlaufen sind oder fast unterlaufen wären, schriftlich festzuhalten (zu dokumentieren) und auszuwerten, um Risiken zu erkennen und in Zukunft möglichst zu vermeiden.
- c) Länder und die ärztliche Selbstverwaltung sind gehalten, **Schlichtungsverfahren** bei strittigen Behandlungsfehlern zugunsten der Patienten zu vereinfachen. Für Prozesse gibt es bei den Landgerichten Arzthaftungskammern, die für das Arzthaftungsrecht zuständig sind. Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler sind die Krankassen verpflichtet, ihre Mitglieder zu unterstützen.

- d) Für das Verfahren bei **Arzthaftung** wurden Mittel und Wege im BGB festgelegt, wie und welche Beweise betroffene Ärzte und Patienten zu erbringen haben. Bisher war die Frage, ob ein festgestellter Fehler als Ursache für einen erlittenen Schaden infrage kommt und dies zu beweisen, mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Die nun im BGB aufgeführten Regeln für die Beweisführung bieten größere Rechtssicherheit.

Folgendes ist daher verpflichtend:

- Der Patient muss rechtzeitig vor der Behandlung über die Diagnose und die Behandlung umfassend und verständlich unterrichtet werden. Dies hat in einem **persönlichen Gespräch zu erfolgen**.
- Der Patient ist berechtigt, die **Patientenakte** einzusehen.
- Der Patient muss zunächst nachweisen, dass ein **Behandlungsfehler** vorliegt und dieser Behandlungsfehler Ursache für den Gesundheitsschaden ist. Bei schweren Behandlungsfehlern muss der Arzt bzw. der Behandelnde beweisen, dass der festgestellte Fehler den Gesundheitsschaden nicht verursacht hat.

Stärkung der Stellung des Versicherten - Mehr Rechte gegenüber den Krankenkassen

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V, der im Februar eingeführt wurde, müssen die Krankenkassen über einen **Leistungsantrag** innerhalb von **drei Wochen** entscheiden. Benötigt die Krankenkasse hierzu ein **Gutachten des Medizinischen Dienstes**, so verlängert sich die Frist auf **fünf Wochen**, bei zahnärztlichen Leistungen **auf sechs Wochen**. Wenn die Krankenkasse **die Frist nicht einhält**, muss sie dies dem Versicherten **schriftlich** mitteilen und dafür **hinreichende Gründe** nennen, andernfalls gilt der Leistungsantrag als genehmigt. Was ein hinreichender Grund ist, ist nicht näher bestimmt. Die Krankenkasse kann jedoch keinen beliebigen Grund anführen. Die Angaben der Krankenkasse werden überprüft, wenn es zu einem gerichtlichen Verfahren kommt.

Mögliche Gründe, die eine Verzögerung durch den Leistungsberechtigten oder Dritte verursacht werden, sind in dem o.g. Paragraphen im Einzelnen angeführt. Des Weiteren finden Sie dort auch nähere Angaben über die mögliche Selbstbeschaffung der Leistung, wenn die Frist abgelaufen sowie die von dem Leistungsberechtigten einzuhaltenden Pflichten.

Erhöhung des steuerlichen Freibetrags - Kindergeld

Für das Jahr 2014 wurde der steuerliche Freibetrag von EUR 8.124.- im Jahre 2013 auf EUR 8.354.- erhöht. Damit kann sich für die Menschen mit Behinderung und deren Eltern, die wegen der Überschreitung der für sie geltenden Grenze bisher kein Kindergeld erhalten konnten, die Möglichkeit ergeben, erneut das Kindergeld bei den zuständigen Behörden mit Erfolg zu beantragen.

Viele Nachteilsausgleiche, die Eltern und Angehörige wegen der Behinderung ihrer behinderten Tochter oder ihres behinderten Sohnes erhalten können, sind davon abhängig, ob der betreffende behinderte Mensch im Sinne des Einkommensteuergesetzes (EStG) im Hinblick auf das Kindergeld berücksichtigungsfähig ist.

Ohne altersmäßige Begrenzung können Personen berücksichtigt werden, **die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten**. Voraussetzung ist, dass die Behinderung **vor Vollendung des 27. Lebensjahres** eingetreten ist. Jemand ist „außerstande, sich selbst zu unterhalten“, wenn es ihm infolge seiner Behinderung unmöglich ist, seinen Lebensbedarf durch eigene Einkünfte zu bestreiten. Davon geht man aus, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „H“ oder der GdB von 50 % oder mehr eingetragen ist und besondere Umstände eine übliche Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zulassen. Der behinderte Mensch darf auch finanziell (z. B. durch ein Vermögen) nicht imstande sein, sich selbst zu unterhalten. Es muss besonders geprüft werden, ob bei Bezug der Erwerbsminderungsrente (früher: Erwerbsunfähigkeitsrente) die Einkünfte den Bedarf übersteigen. Auf die Berechnung des notwendigen Bedarfs und die Gegenüberstellung von Einkünften und Bedarf soll in einer späteren INFO näher eingegangen werden.

(siehe hierzu auch das Merkblatt des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf: „Kindergeld für Erwachsene Menschen mit Behinderung“ mit vielen Beispielrechnungen und einem Musterwiderspruch)
Telefon; 0211/64004-0
email: info@bvkm.de
www.bvkm.de

Ausschluss vom Wohngeldbezug für stationär lebende Menschen mit Behinderung

Zum Teil wenig beachtet ist mit dem 1. Januar 2013 ist ein neues Wohngeldgesetz (WoGG) in Kraft getreten. Nach § 7 Abs.1 Nr.7 sind nun vom Wohngeld ausgeschlossen Empfänger und Empfängerinnen von

- a) „ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt oder
- b) **anderen Hilfen in einer stationären Einrichtung, die den Lebensunterhalt umfassen, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt....“**

Das Wohngeld ist für manche Bewohner/innen von den örtlichen Sozialämtern in 2013 weiter an den überörtlichen Sozialhilfeträger gezahlt worden. Die örtlichen Sozialämter fordern nun das in 2013 gezahlte Wohngeld vom überörtlichen Sozialhilfeträger zurück und berufen sich dabei wegen Unwirksamkeit des Wohngeldbescheids auf § 50 Abs. 2 SGB X. Von Eltern und gesetzlichen Betreuern ist hierzu nach Auskunft örtlicher Sozialbehörden nichts weiter zu veranlassen.

Allerdings wurde in der Praxis unseres Wissens nach bisher kein Unterhaltsbeitrag von den Eltern gefordert, wenn der Unterhaltsberechtigte mit seinen Einkünften, dem Lohnanteil und der Erwerbsminderungsrente seinen Unterhalt ohne Wohngeld nicht mehr selbst bestreiten konnte. Ohne das Wohngeld werden manche Bewohner/innen in Zukunft die Kosten für den Unterhalt nicht mehr voll aufbringen können.

Es ist jedoch noch nicht klar, welche Folgen dies für die Leistungen der Eltern an den überörtlichen Sozialhilfeträger hat. Nach dem bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) haben nämlich volljährige Personen, die behindert im Sinne von § 53 SGB XII sind, gegenüber ihren Eltern wegen Sozialleistungen für die Eingliederungshilfe (6. Kapitel SGB XII) und den Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) Unterhaltsansprüche. Diese Ansprüche gehen an den überörtlichen Sozialhilfeträger (LVR u. LWL) über (§ 94 Abs. 2 S. 1 SGB XII). Sie beliefen sich (nach § 94 Abs.2 S.1 SGB XII) ursprünglich für die Eingliederungshilfe auf € 26,- für den Unterhalt auf € 20,-, erhöhten sich jedoch im Laufe der Jahre gleichzeitig mit der Erhöhung des Kindergeldes. Seit 2010 liegen die

Beiträge bei € 23,90 für den Unterhalt und bei € 31,07 für die Eingliederungshilfe, insgesamt also bei € 54,97 monatlich. Wird nach dem Wegfall für das fehlende Wohngeld von den Sozialhilfeträgern in Zukunft Grundsicherung zusätzlich gezahlt, müsste sich der Unterhaltsbeitrag der Eltern an den überörtlichen Sozialhilfeträger erübrigen.

Neue Verträge zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG)

Auf Grund eines letztinstanzlichen Urteils des Berliner Kammergerichts vom 17.05.2013 hat die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. die eigene Praxishilfe unter dem Titel „Musterverträge für stationäre Einrichtungen und Anbieter ambulanten Leistungen nach dem WVBG“ der neuen rechtlichen Entwicklung angepasst. In einer Presseerklärung vom 16.07.13 weist die Lebenshilfe darauf hin, dass das WVBG die Stellung von Menschen mit Behinderung als eigenständige Verbraucher stärke und die Pflichten der Träger von Wohnformen als Unter-nehmer ausbaue. Für stationäre Einrichtungen und zunehmend für viele Anbieter ambulanten Leistungseinrichtungen seien die Verträge mit Bewohner bzw. Nutzern anzupassen.

Wenn auch die Musterverträge zunächst für Anbieter von Wohneinrichtungen gedacht sind, so empfiehlt es sich dennoch für Angehörige und rechtliche Betreuer, bei den eigenen Verträgen mit Hilfe dieser Musterverträge zu überprüfen, ob sie mit den gesetzlichen Bestimmungen übereinstimmen.

Auf der Seite <http://www.lebenshilfe.de/de/themen-fachliches/artikel/WVBG.php> bietet die Bundesvereinigung diesen Ratgeber mit den Musterverträgen für Einrichtungen und ambulante Anbieter nach dem WVBG Juni 2013 als pdf- Datei an.

Trotz abschlagsfreier Altersrente Arbeit in einer WfbM?

Keine ausdrückliche geregelte Altersgrenze für eine Beschäftigung in einer WfbM!

Das Sozialgericht Konstanz beschäftigte sich in einem Verfahren (Urteil vom 11.12.12 – Az: S 8 SO 1344/12) mit der Frage, ob behinderte Werkstattbeschäftigte weiter in einer WfbM beschäftigt werden können und Eingliederungshilfe geleistet werden müsse, obwohl dem Beschäftigten abschlagsfrei Altersrente zustehe. Der zuständige Sozialhilfeträger war nämlich der Ansicht, dass wegen des Anspruchs auf abschlagsfreie Altersrente der Anspruch auf Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff SGB XII entfalle.

Das Sozialgericht Konstanz hat der Klage nach erfolglosem Widerspruch stattgegeben. Nach den Ausführungen in der Begründung des Urteils sei der Anspruch auf Eingliederungshilfeleistung in der Form einer (*Weiter-*)beschäftigung in der WfbM **nicht** durch einen Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente **ausgeschlossen**. Ausdrücklich stellte das Gericht fest, dass es für die Beschäftigung in einer WfbM keine gesetzlich geregelte Altersgrenze gebe. Ein Ausschluss von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor dem 65. Lebensjahr könne (*daher*) nicht angenommen werden. (Anm. d. R.: Durch das Rentenversicherungs- Altersanpassungsgesetz wurde die Regelaltersgrenze um zwei Jahre - auf das 67., für Schwerbehinderte auf das 65. Lebensjahr angehoben. s.u.) Daher führe auch die vorzeitige abschlagsfreie Rente nicht zum Wegfall des Anspruchs auf Beschäftigung in einer WfbM. Diese Möglichkeit habe die Klägerin nur auf Grund ihrer Behinderung. Menschen ohne Behinderung könnten nur bei Erreichen der Regelaltersgrenze eine abschlagsfreie Altersrente erhalten.

Der Beginn des Rentenalters für einen behinderten Werkstattbeschäftigten

Nach § 236a Abs. 1 SGB VI

haben schwerbehinderte Versicherte z. Z. frühestens Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente, wenn sie

1. das 63. Lebensjahr vollendet haben,
2. bei Beginn der Altersrente als schwerbehinderte Menschen (nach § 2 Abs. SGB IX) anerkannt sind und
3. die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Nach § 236a Abs. 2 SGB VI

haben Versicherte, die **vor dem 1. Januar 1952** geboren sind, Anspruch auf diese Altersrente nach Vollendung des 63. Lebensjahres, für sie ist die **vorzeitige Inanspruchnahme nach Vollendung des 60. Lebensjahres** möglich.

Für Versicherte, die **nach dem 31. Dezember 1951** geboren sind, werden die Altersgrenze von 63 Jahren und die Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme zunächst monatlich, ab dem Geburtsjahr 1953 jährlich jeweils um einen Monat, ab 1958 jährlich um zwei Monate erhöht.

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	Anhebung um Monate	auf Alter		Vorzeitige Inanspruchnahme möglich ab Alter	
		Jahr	Monat	Jahr	Monat
1952					
Januar	1	63	1	60	1
Februar	2	63	2	60	2
März	3	63	3	60	3
April	4	63	4	60	4
Mai	5	63	5	60	5
Juni - Dezember	6	63	6	60	6
1953	7	63	7	60	7
1954	8	63	8	60	8
1955	9	63	9	60	9
1956	10	63	10	60	10
1957	11	63	11	60	11
1958	12	64	0	61	0
1959	14	64	2	61	2
1960	16	64	4	61	4
1961	18	64	6	61	6
1962	20	64	8	61	8
1963	22	64	10	61	10
1964		65		62	

Nun ist in einem Verfahren vor dem SG Konstanz der Wunsch einer behinderten Werkstattbeschäftigten, wenigstens bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres weiter in der WfbM arbeiten zu dürfen, verhandelt worden. Als die zuständige Sozialbehörde von der Möglichkeit erfuhr, dass die Klägerin eine abschlagsfreie Altersrente beziehen könne, hatte sie ihr die weitere Gewährung der Eingliederungshilfe verweigert und sie auf eine Tagesbetreuung für Senioren verwiesen. Nach Ansicht dieses Sozialhilfeträgers entfalle bei Anspruch auf eine abschlagsfreie Altersrente der Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Das Gericht folgte dieser Ansicht nicht. Der Anspruch auf Eingliederungshilfeleistung in Form der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) werde **nicht durch einen Anspruch auf eine abschlagsfreie Altersrente ausgeschlossen**. Es gebe auch **keine ausdrücklich geregelte Altersgrenze** für eine **Beschäftigung in einer WfbM**. Daher führe auch eine vorzeitige abschlagsfreie Altersrente nicht zum Wegfall des Anspruchs auf Beschäftigung in einer WfbM. Diese Möglichkeit habe die Klägerin nur auf Grund ihrer Behinderung. Menschen **ohne** Behinderung könnten erst mit Erreichen der Regelaltersgrenze eine abschlagsfreie Altersrente erhalten. Die Klägerin wünschte jedoch bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres weiter in der Werkstatt zuarbeiten.

Behinderte Werkstattbeschäftigte haben also nach diesem Urteil z.Zt. das Recht, (zumindest) bis zur Regelaltersgrenze für Schwerbehinderte (Vollendung des 65. Lebensjahres) in der Werkstatt tätig zu sein.

(Urteil vom 11.12. 2012 Az: S 8 SO 1344/12)

Es ist zu empfehlen: Bei einem auf die Vollendung des 65. Lebensjahres befristeten Bewilligungsbescheid sollte man frühzeitig einen Antrag auf Verlängerung stellen, wenn man eine Weiterbeschäftigung in der WfbM wünscht.

Haben Teilzeitbeschäftigte weniger Urlaub in der Werkstatt?

1. Urlaubsanspruch für Teilzeitbeschäftigte

Teilzeitbeschäftigte haben Urlaub unter den gleichen Voraussetzungen und in entsprechendem Umfang wie vollbeschäftigte Arbeitnehmer. Man unterscheidet dabei zwischen teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern, die an **allen Arbeitstagen** und solchen, die nur an **wenigen Arbeitstagen** der Woche beschäftigt sind.

Wenn ein Arbeitnehmer zwar täglich, aber in einer **geringeren als der üblichen** Stundenzahl tätig ist, so beläuft sich dennoch die Urlaubszeit auf die gleiche Zeit wie die des Vollzeitbeschäftigten. Das Urlaubsrecht geht nämlich von **der tageweisen Freistellung** von der zu leistenden Arbeitszeit aus. Allein der Umstand, dass ein Arbeitnehmer zwar an jedem Arbeitstag, aber mit einer geringeren Stundenzahl arbeitet, bewirkt keine Verkürzung seines nach Tagen berechneten Urlaubsanspruchs.

Die entsprechende Berechnung erfolgt nach der Formel

$$\begin{aligned} \text{Urlaubsanspruch: Zahl der wöchentlichen Arbeitstage} &= \text{Zahl der Urlaubswochen} \\ \text{Urlaubswochen} \times \text{persönliche wöchentliche Arbeitstage} &= \text{Urlaub in Tagen} \end{aligned}$$

Beispiel 1: tariflicher Anspruch

$$30 \text{ Tage} : 5 \text{ Arbeitstage} = 6 \text{ Urlaubswochen}$$

$$6 \text{ (Urlaubswochen)} \times 3 \text{ persönliche Arbeitstage in der Woche} = 18 \text{ Arbeitstage Urlaub}$$

Beispiel 2: tariflicher Anspruch

$$30 \text{ Tage} : 5 \text{ Arbeitstage} = 6 \text{ Urlaubswochen}$$

$$6 \text{ (Urlaubswochen)} \times 2 \text{ persönliche Arbeitstage in der Woche} = 12 \text{ Arbeitstage Urlaub}$$

Die 18 bzw. 12 Arbeitstage Urlaub sind immer nur auf die Tage der Woche anzurechnen, an denen der Arbeitnehmer arbeiten müsste (also Fall 1: Di + Do, Fall 2 Di, Mi + Do).

Die übrigen Tage sind ohnedies frei. In beiden Fällen haben die Arbeitnehmer 6 Wochen Urlaub wie ein Vollbeschäftigter.

2. Zusatzurlaub für schwerbehinderte Werkstattbeschäftigte

Grundsätzlich haben schwerbehinderte Werkstattbeschäftigte wie jeder andere schwerbehinderte Arbeitnehmer einen Anspruch auf bezahlten Zusatzurlaub von fünf Tagen (§ 47 SGB VI/ §125 SGB IX). Verteilt sich die regelmäßige Arbeitszeit in der Kalenderwoche auf mehr oder weniger als fünf Tage, so erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Wenn tariflich oder betrieblich ein längerer Zusatzurlaub vorgesehen ist, bleibt dieser von einer Einschränkung unberührt.

Schwerbehinderte Arbeitnehmer, die regelmäßig an 6 Arbeitstagen in der Woche arbeiten, haben also Anspruch auf 6 Tage Zusatzurlaub. Beträgt die individuelle regelmäßige Arbeitszeit 3 oder 4 Tage je Woche, hat der behinderte Werkstattbeschäftigte auch nur 3 bzw. 4 Tage Zusatzurlaub,

Die Aufwandsentschädigung wurde erhöht

- (1) Mit dem zweiten Kostenrechtsmodernisierungsgesetz (KostRMoG) wurde auch die Aufwandsentschädigung für jeden ehrenamtlichen Betreuer nach § 1835a BGB von 323 €.- auf 399.- € erhöht. Sie betrug seit dem 1. Juli 2004 jährlich 323.-€ Jeder, der diese Steigerung erfährt, fragt sich, wie kommt man ausgerechnet auf 399.- € Hätte man nicht gleich auf 400.-€ erhöhen können? Nun, dies liegt an der Berechnungsgrundlage. Die Aufwandsentschädigung richtet sich nämlich nach dem Höchstbetrag der Zeugenentschädigung. Diese steigt im Rahmen des o.g. Gesetzes von 17.- € auf 21.-€. Damit ergibt sich auf der Grundlage von § 1835a Abs.1 S. 1 BGB der neue Betrag, wonach die Vergütung für ein Jahr dem Neunzehnfachen dessen entspricht, was einem Zeugen als Höchstbetrag einer Entschädigung für eine Stunde versäumter Arbeitszeit zusteht. Die Entschädigung eines rechtlichen Betreuers hat der Gesetzgeber eben an die Zeugenentschädigung für einen Prozesszeugen gekoppelt.

Nach § 1835a BGB sind wie bisher folgende Bestimmungen bei der Aufwandsentschädigung zu beachten:

- (2) „Die Aufwandsentschädigung ist jährlich zu zahlen, erstmals ein Jahr nach Bestellung des Vormunds
- (3) Ist das Mündel (der Betreute) mittellos, so kann der Vormund (Betreuer) die Aufwandsentschädigung aus der Staatskasse verlangen.
- (4) Der Anspruch auf Aufwandsentschädigung erlischt, wenn er nicht binnen drei Monate nach Ablauf des Jahres, in dem der Anspruch entsteht, geltend gemacht wird...“

Wir erinnern daran, dass ein Betreuer als mittellos gilt, wenn sein Vermögen die Grenze von 2.600.- EUR nicht übersteigt und er ansonsten „außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.“ Andernfalls wird das Vormundschafts-(Betreuungs-)gericht die Zahlung an den Betreuer verweigern und die Begleichung der Aufwandsentschädigung aus dem Vermögen oder dem Einkommen des Betreuten nahelegen.

Das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“: 0800 116 016

Nur teilweise oder in seinem Umfang unvollständig ist das Hilfetelefon bekannt. Seit März 2013 bietet dieses Telefon auf Grund des Hilfetelefontgesetzes umfassende Hilfe für Frauen:

- Das Hilfetelefon ist täglich 24 Stunden erreichbar.

- Der Anruf ist kostenlos. Die Nummer erscheint nicht auf der Telefonrechnung.
- Das Angebot ist barrierefrei und mehrsprachig. Bei Bedarf werden Dolmetscherinnen zugeschaltet.
- Die Beratung wird vertraulich behandelt und erfolgt individuell, auf Wunsch anonym.
- Man kann auch eine Chat- und E-Mail Beratung erhalten über die Webseite www.hilfetelefon.de

Zu welchen Problemen kann man Hilfe erfahren?

Alle Formen von Gewalt gegen Frauen umfasst das Angebot, vor allem Gewalt in der Ehe und Partnerschaft, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, sexuelle Belästigung, Zwangsverheiratung, Stalking, Menschenhandel und Zwangsprostitution.

Wer kann sich Rat holen?

Zunächst einmal alle Frauen, die von Gewalt betroffen sind, aber auch das soziale Umfeld wie die mitbetroffenen Kinder, dazu Leute, die auf Grund ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit beraten und unterstützen oder mit Interventionen befasst sind und dazu Fragen haben. (nach Information des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, Referat 3o5, 5o964 Köln)

Verena Bentele – neue Behindertenbeauftragte der Bundesregierung

Zur Nachfolgerin für den Behindertenbeauftragten der letzten Legislaturperiode, Herrn Hubert Hüppe, hat die Bundesministerin, Frau Andrea Nales am 14. Januar Frau Verena Monika Bentele als neue Beauftragte für die Belange der Menschen mit Behinderung bei der Bundesregierung in Ihr Amt eingeführt. Frau Bentele stammt aus Lindau am Bodensee. Sie ist 32 Jahre alt und blind. Frau Bentele ist Skilangläuferin und Biathletin. Sie ist 12fache Paralympics – Siegerin und vierfache Weltmeisterin. Fünf der 12 Goldmedaillen gewann sie bei den 1o. Paralympics – Winterspielen 2o1o in Vancouver.

Aus Protest gegen das Vorgehen Russlands in der Ukraine boykottierte die Bundesregierung mit Frau Bentele die Olympischen Winterspiele in Sotchi. Dies sei, so äußerte sie sich, ein klares politisches Zeichen an Russland.

Wir danken Herrn Hüppe für seinen Einsatz für die Belange der Menschen mit Behinderung. Frau Bentele wünschen wir eine gute Hand in der Behandlung der Fragen um die Probleme der Menschen mit Behinderung sowie viel Kraft bei der Arbeit in ihrem Amte.

Die Behindertenbeauftragten der Bundestagsfraktionen

Nach der Konstituierung der neuen Bundesregierung haben alle Bundestagsfraktionen ihre behindertenpolitischen Sprecher/innen gewählt und zwar

CDU/CSU	Uwe Schummer, Viersen
SPD	Katja Mast, Pforzheim
Bündnis 9o/Die Grünen	Corinna Rüffer, Trier
Die Linke	Katrin Werner, Trier

Behindertenbeauftragte diskutierten über Bundesteilhabegesetz

Am 17.02.14 trafen sich die Landesbehindertenbeauftragten mit der neuen Bundesbehindertenbeauftragten, Frau Verena Bentele in Berlin zur einer Erörterung der zukünftigen Behindertenpolitik.

Die Behindertenbeauftragten waren sich darüber einig, dass das Bundesteilhabegesetz eines der zentralen behindertenpolitischen Aufgaben der Legislaturperiode sei. Es sei dabei besonders wichtig, „Menschen mit Behinderung von Beginn an in den Gesetzgebungsprozess mit einzubeziehen“ (Infodienst 02/2014 des Landesbehindertenbeauftragten). Die Leistungen sollten sich nach dem persönlichen Bedarf des Menschen mit Behinderung richten und nicht wie bisher an den Institutionen *orientiert* sein.

Gemäß UN – Behindertenrechtskonvention sei es außerdem erforderlich, im Teilhaberecht auf die Anrechnung von Einkommen und Vermögen zu verzichten.

Bei einer weiteren Fachtagung am gleichen Tag vereinbarten die Landesbehindertenbeauftragten, die Bundesbehindertenbeauftragte und der Vorsitzende der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS), Matthias Münning, konkrete Schritte zur Begleitung eines neuen Teilhaberechts: die Bildung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe. Sie soll den Umsetzungsprozess sowie die Regelung eines neuen Teilhaberechts im SGB IX begleiten. Dieses Recht soll spätestens in 2016 beschlossen werden. Weiterhin soll die Teilhabe von Menschen mit Behinderung bei (*bei der Verbesserung*) der Hilfe zur Pflege und der Pflegeversicherung ermöglicht werden sowie die Beratung künftig aus einer Hand erfolgen.

Kostenlose Familienversicherung ohne Altersbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Behinderte Kinder bleiben ohne Altersbegrenzung in der Krankenversicherung ihrer Eltern familienversichert, solange sie außerstande sind, sich selbst zu unterhalten (§ 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V). Dabei sind die konkreten Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu berücksichtigen.

Zu dieser Entscheidung kommt das Sozialgericht Dortmund in einem Urteil vom 27.06.2013 (S 39 KR 490/10)

Bei dem verhandelten Fall lehnte es die beklagte Krankenkasse ab, einer 27jährigen geistig behinderten Frau über das 23. Lebensjahr hinaus **kostenlose Familienversicherung** über ihren Vater zu gewähren. Die Kasse begründet dies mit der Ansicht, dass die Tochter sich nunmehr selbst unterhalten könne.

Demgegenüber urteilte das Gericht, dass es nach medizinischer Beweisaufnahme feststehe, dass die junge Frau wegen ihrer seit Geburt bestehenden geistigen Behinderung „außerstande sei, sich selbst zu unterhalten“. Dabei seien der erschwerte Zugang geistig behinderter Menschen zum allgemeinen Arbeitsmarkt und die Lohnstrukturen zu berücksichtigen. (*die ja keine Tätigkeit mit ausreichender Entlohnung für solche Menschen bietet. Anmerk. der Redaktion*). Weitere Voraussetzung für **die kostenlose Familienversicherung** sei, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach anderen Vorschriften **familienversichert war**. Die genannten Tatbestände seien hier erfüllt. Möglich erscheine allenfalls eine gering qualifizierte Tätigkeit im Niedriglohnsektor. Sie mache eine Aufstockung der Grundsicherungsleistung erforderlich. Das aber reiche nicht aus, um sich selbst unterhalten zu können.

Angesichts dieses Urteils muss sich wohl jeder Betroffene wohl fragen, ob eine eigene Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse für Menschen mit geistiger Behinderung in seinem Fall notwendig ist, wenn er außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, und eine Familienversicherung bereits über einen Elternteil vor dem Eintritt in die Werkstatt bestanden hat.

Ambulant betreutes Wohnen auch bei hohem Hilfebedarf?

In einem Verfahren vor dem SG Freiburg klagte ein wesentlich geistig behinderter Bewohner eines Wohnheims einer sozialtherapeutischen Lebens- und Arbeitsgemeinschaft, weil man ihm den Wechsel in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft verweigerte. Die Mutter hatte als gesetzliche Betreuerin den Wohnheimplatz gekündigt. Zur Begründung hatte sie u.a. angegeben, sie sei von der Betreuung, der Pflege und der Kommunikation enttäuscht. Auch ihr Sohn (Kläger) wolle die Wohnstätte verlassen.

Der Einrichtungsträger war jedoch der Ansicht, dass man dem Bedarf des Klägers in einer ambulant betreuten Wohnform nicht genügen könne. Der medizinisch – pädagogische Dienst sprach sich ebenfalls für eine Fortführung der stationären Maßnahme aus. Der Kläger benötige die ständige Anwesenheit einer Betreuungsperson. Der beklagte Sozialhilfeträger lehnte mit dem Hinweis auf die fehlende Eignung einer ambulanten Betreuung den Antrag ab. Der Sozialhilfeträger lehnte auch den Widerspruch nach einem offenbar geglückten Probewohnen ab, da der Kläger zu einem Mindestmaß an eigenständiger Lebensführung nicht fähig sei. Deshalb bestehe auch kein Wahlrecht.

Das Gericht gab dem Kläger Recht. Die vom Kläger gewünschte ambulant betreute Wohnform sei objektiv für ihn förderlich. Eine bestimmte Leistungsart der Eingliederungshilfe sei nicht deshalb unangemessen, weil durch sie die Ziele der Eingliederungshilfe nicht optimal erfüllt würden. Deshalb müsse bereits (nach § 9 Abs. 2 S.1 SGB XII) mangels geeigneter und zumutbarer Alternativen dem angemessenen Wunsch des Klägers entsprochen werden.

Anzumerken ist hierzu noch, dass nach § 13 Abs. 1 S. 2 SGB XII ambulante Leistungen vorrangig sind gegenüber stationären. Der Mehrkostenvorbehalt ist als einzige gesetzliche Ausnahme vorgesehen. Danach dürfen die Mehrkosten nicht unverhältnismäßig höher sein als bei der Unterbringung in einer stationären Einrichtung. Bei diesem Fall hatte der beklagte Sozialhilfeträger seine Ablehnung auch damit begründet, dass die vom Kläger gewählte Wohnform über 40% teurer sei.

Geldabheben durch die Pflegeperson - unfallversicherte Tätigkeit?

In einem Verfahren vor dem Bayrischen Landessozialgericht wurde das Geldabheben als eine nach dem SGB VII (§ 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII) versicherte Tätigkeit anerkannt. Die Klägerin hatte geltend gemacht, dass sie unbedingt Einkäufe für ihre Pflegeperson, die an schwerer Inkontinenz leide, habe machen müssen. Dazu habe sie Geld der Pflegeperson von der Bank abheben müssen und sei auf diesem Wege gestürzt. Das Gericht beschied, dass nach SGB VII der Gang zur Bank eine versicherte Tätigkeit darstelle. Als versicherte Pfllegetätigkeiten gelten im Bereich der Körperpflege und – soweit diese Tätigkeiten überwiegend dem Pflegebedürftigen zugute kämen – Pfllegetätigkeiten in den Bereichen Ernährung, Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Durch den ausdrücklichen Verweis auf diesen Paragraphen werde klargestellt, dass die **hauswirtschaftliche Versorgung insbesondere auch das Einkaufen** umfasse. Zwar sei höchstrichterlich noch nicht ausreichend geklärt, ob das Abheben von Geld als Vorbereitungshandlung zum Einkaufen anzusehen sei. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG fielen Vorbereitungshandlungen, die einer versicherten Tätigkeit vorangingen und ihre Durchführung erleichterten oder ermöglichten, auch dann unter Versicherungsschutz, wenn sie **einen engen sachlichen, örtlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der eigentlich versicherten Tätigkeit** hätten, so dass beide bei natürlicher Betrachtungsweise eine Einheit bilden würden.

Die „100 000.-“ Euro – Grenze beim Einkommen der Eltern

In § 43 Abs. 2 S. 1 SGB XII heißt es: „Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegenüber ihren Kindern und Eltern bleiben unberücksichtigt, sofern deren jährliches Gesamteinkommen ...unter einem Betrag von 100 000.- Euro liegt...“ Aus diesem Satz geht nicht eindeutig hervor, ob es sich bei diesem Gesamteinkommen um das Einkommen beider Ehegatten zusammen oder nur um das Einkommen eines Ehegatten handelt.

Vor dem diesbezüglichen Prozess hatte der Kläger zunächst dem Sozialhilfeträger mitgeteilt, dass seine Eltern jährlich **zusammen** ein Einkommen von über 100 000.- Euro erreichten. Darauf hatte der Sozialhilfeträger die Zahlung der Grundsicherung eingestellt.

Hier hat nun das BSG Rechtssicherheit geschaffen. Nach dem Urteil vom 25.04.13 (Az.: B 8 SO 21/11 R) wird die sog. „100 000.-“ Euro - Grenze erst dann wirksam, wenn **ein Elternteil** im Jahr ein Einkommen von über 100.000.- Euro erzielt.

Prozesskostenhilfe – ein Grundrecht

Ein immer wieder vorgebrachter Einwand der Eltern und Angehörigen gegen die Erhebung einer berechtigten Klage ist die Frage, ob sie die anfallenden Gerichts- und Anwaltskosten aufbringen können.

Allgemein gilt, dass derjenige oder diejenige Partei auf Antrag Prozesskostenhilfe erhält, die auf Grund der wirtschaftlichen oder den persönlichen Verhältnissen die Kosten für die Prozessführung nicht oder nur zum Teil aufbringen können. Bei Menschen mit geistiger und schwerst-mehrfach Behinderung werden in der Regel die Prozesse für die behinderten Menschen von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern geführt. **Der eigentliche Kläger aber ist der behinderte Mensch.** Da der überwiegende Teil dieser Personen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und das Vermögen 2.600 Euro nicht übersteigt, werden sie Prozesskosten erhalten können. Die Prozesskostenhilfe ist ein **Grundrecht**. Ohne diese Hilfe könnten manche Bürger ihr Recht nicht durchsetzen **Bedingung aber ist**, dass die Verfolgung oder die Verteidigung des Rechts hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet. Ein Anspruch auf Prozesskostenhilfe besteht nicht, wenn für den Fall eine **Rechtsschutzversicherung** besteht oder eine **andere Stelle** die Kosten übernehmen würde-

Einwilligungsvorbehalt – kann eine Bank an einen Betreuten auszahlen?

Eine Bank wurde verklagt, weil sie ohne Beachtung einer Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt an den Inhaber der Konten - ein betreuter Mensch mit Behinderung - erhebliche Beträge ausgezahlt hatte. Der Betreuer strengte darauf einen Prozess auf Rückerstattung einer größeren Summe an den Betreuten an mit der Begründung, die Zahlungen an den Betreuten seien unwirksam, weil sie ohne seine Einwilligung erfolgt seien. Die Auszahlungen hielt die Bank jedoch für wirksam, denn sie habe erst zwei Jahre nach Beginn der Zahlungen durch ein Schreiben des Betreuers von der Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt erfahren.

Das LG Oldenburg gab der Bank Recht. Die Bank habe ihre Pflicht zur Auszahlung durch die Abhebungen erfüllt, die von dem Kläger vorgenommen worden seien. Bei Minderjährigen fehle es an der der Fähigkeit, für die Entgegennahme einer solchen Leistung zuständig zu sein. Bei Volljährigen aber, die unter Betreuung stünden, könne dies nicht ohne weiteres angenommen werden. Es sei daher nötig, dass der Bank die Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt mitgeteilt werde. Eine Empfangszuständigkeit könne nur dann dem Abhebenden abgesprochen werden, wenn der Leistende (*hier die Bank*) die Betreuung kenne bzw. kennen müsse.

Für einen Betreuer ist es also wichtig, dass er **unmittelbar nach der Anordnung der Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt**, alle, die möglicherweise Geldleistungen an den Betreuten erbringen wie Banken, Rentenversicherungsträger und andere Kassen, über das Bestehen einer solchen Betreuung informiert werden. Nur so verhindert der Betreuer, dass er für Leistungen haftet, die ohne seine Einwilligung vorgenommen wurden.

(LG Oldenburg: Urteil vom 11.06.2013 –Az.: 4 O 3137/12)

Zugriffsmöglichkeit des Sozialhilfeträgers auf geerbtes Vermögen?

In einem Behindertentestament hatten die verstorbenen Eltern ihre behinderte Tochter als befreite Vorerbin eingesetzt. Nach dem Ableben der Eltern wurde ein Testamentsvollstrecker bestimmt. Auf Grund eines beabsichtigten Möbelkaufs zur Einrichtung eines Zimmers in einer stationären Einrichtung und zur Bestreitung von Freizeiten überwies der Testamentsvollstrecker eine größere Summe auf das Taschengeldkonto der Erbin mit dem Vermerk „Erbschaft“. Sowohl der beabsichtigte Kauf wie auch die Teilnahme an den Freizeiten unterblieben. Das Konto der Erbin wies daher bei der Überprüfung der Vermögensverhältnisse, die der Kostenträger aus Anlass der Verlängerung der Kostenzusage vornahm, einen Betrag auf, der erheblich über das Schonvermögen von 2.600.- Euro hinausging. Der Sozialhilfeträger verlangte daraufhin den Vermögenseinsatz des Erbschaftsteils, der das Schonvermögen überstieg.

Das Hessische Landesgericht wies die Klage hiergegen in einem Urteil vom 26.06.2013 (Az.: L.6.SO 165/10) ab. Durch die Überweisung auf das Taschengeldkonto mit dem Hinweis „Erbschaft“ (ohne Spezifizierung des Verwendungszwecks) gab der Testamentsvollstrecker dieses Vermögen frei und ermöglicht so den Zugriff des leistungspflichtigen Sozialhilfeträgers.

Um den Zugriff des Sozialhilfeträgers zu vermeiden, empfiehlt es sich, nur **kleinere Beträge**, die der Bestreitung des täglichen Bedarfs dienen, auf das Taschengeldkonto zu überweisen. Desgleichen sollte man **größere Zahlungen** für Anschaffungen oder Urlaubsfahrten entweder über ein Sonderkonto oder direkt mit dem Anbieter abrechnen, nicht aber über das Taschengeldkonto.

Zuwendungen an Träger von Wohneinrichtungen

Es kommt vor, dass Eltern und Angehörige, bisweilen auch Außenstehende Erbverfügungen zugunsten einer Wohnstätte oder einer anderen Behinderteneinrichtung machen. Als Adressaten einer solchen Verfügung kommen Stiftungen oder Fördervereine infrage, wenn man die Zuwendung nicht direkt an den Träger der Behinderteneinrichtung richten möchte. Sofern der Erblasser nicht unmittelbarer Angehöriger ist, kann in der Regel eine Zuwendung an den Träger der Einrichtung ohne Schwierigkeiten erfolgen.

Wenn jedoch ein Angehöriger in der begünstigten Einrichtung lebt, darf der Träger keine Kenntnis von der Zuwendung haben (Urteil des BGH vom 26.10.2011 Az.: IV ZB 33/10 und Urteil des OLG Stuttgart Az.: 8 W 253/11 vom 21.03.2013). In dem vorliegenden Fall musste allerdings das OLG Stuttgart darüber entscheiden, ob der als Erbe eingesetzte Träger über die Einsetzung als Erbe informiert war. Der Landesverband des Trägers kannte das vorliegende Testament.

Das OLG war nun der Auffassung, dass dies nicht automatisch bedeute, dass der Träger ebenfalls davon Kenntnis hatte. Das Gericht war davon überzeugt, dass über das Erbe und über die Begünstigung zwischen Erblasser und dem Begünstigten kein Einvernehmen bestanden habe, wenn der Träger bedacht wurde, **ohne dass er bis zum Eintritt des Erbfalls Kenntnis davon erlangt habe**. Im vorliegenden Fall könne daher keine Unwirksamkeit der letztwilligen Verfügung über die Einsetzung des Trägers als Erbe festgestellt werden.

Zu den beiden Urteilen finden sich nähere Ausführungen in Rechtsdienst der Lebenshilfe 1/2012 (S 38/39) und Nr.3/2013 (142/43).

Bestattungsvorsorge und Schonvermögen

In der Information 1/2014 S.5 des BAbdW (Bundesverband von Angehörigen- und Betreuerververtretungen in diakonischen Wohneinrichtungen und Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigung) wird über eine Anfrage über „Bestattungsvorsorge und Schonvermögen“ an die Landschaftsverbände LVR und LWL berichtet. Der LWL hat inzwischen geantwortet. Wir geben Auszüge der Antwort wieder, weil sie von Vorstellungen geprägt sind, die so nicht kritiklos hingenommen werden können.

Der LWL schreibt u. a. und zitiert dabei seine „Empfehlungen zum Sozialrecht Westfalen – Lippe“:

Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit dem Grunde nach sind insbesondere Lebensalter, Gesundheitszustand und Lebenserwartung der leistungsberechtigten Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bzw. des erstmaligen Bedarfs.

i.d.R. ist eine vertragliche Absicherung vor dem 50. Lebensjahr dem Grunde nach nicht angemessen, da dies nicht Ausdruck eines vernünftigen, sondern eines überzogenen und damit unangemessenen Absicherungsbedürfnisses ist.

Kriterien für die Beurteilung der angemessenen Höhe der vertraglichen Absicherung sind insbesondere die örtlichen Verhältnisse (Gepflogenheiten und Kosten der Bestattung/Grabpflege) sowie die bisherige Lebensführung und Lebensstellung der leistungsberechtigten Person. Verträge bis zu 3.500,- € gelten der Höhe nach grundsätzlich als angemessen; Verträge ab 7.000,- € gelten grundsätzlich nicht mehr als der Höhe nach angemessen.

Zur Angemessenheit werden noch weitere Ausführungen zu einzelnen Fragen gemacht. Die oben angeführten Äußerungen rufen beim aufmerksamen Leser teils Unverständnis, teils aber auch Entrüstung hervor. Jeder Mensch, auch wenn er behindert ist, kann in einem jüngeren Alter als nach Vollendung seines 50. Lebensjahres sterben. Ob man für diesen Fall nicht auch Vorsorge treffen muss? Denn die Erfahrung bei Menschen mit Behinderung zeigt, dass sie nicht selten eine geringere Lebenserwartung haben als Menschen ohne solche Behinderungen. Will man dazu die Sterbeversicherung zu einem bestimmten Zeitpunkt beitragsfrei weiterführen können, so muss man mit dem Ansparen früh beginnen.

Die Feststellung aber, dass die „bisherige Lebensführung und Lebensstellung der leistungsberechtigten Person“ auch zu den Kriterien für die Bemessung der angemessenen Höhe des Versorgungsbetrages zählt, verschlägt dem Leser den Atem. Offenbar ist der Mensch mit Behinderung gesellschaftlich betrachtet von geringerem Ansehen und geringerer Würde. Inzwischen hat auch der LVR zu dieser Frage geantwortet. Darüber soll in der nächsten INFO berichtet werden.

Kindergeldabzweigung, wenn das Kind im Haushalt der Eltern lebt?

Indem vom BFH behandelten Fall hatte ein Sozialhilfeträger von einer Familienkasse verlangt, das Kindergeld, das sie der Mutter wegen der schweren Behinderung des Sohnes zahlte, zu Gunsten des Sozialhilfeträgers abzuzweigen.

Der Sohn lebte im Haushalt der Mutter. Sie selbst bezog **keine** Sozialleistungen. Der Sozialhilfeträger begründete seine Forderung damit, dass er Grundsicherung an den behinderten Sohn zahle und dadurch den Lebensbedarf des Sohnes abdecke.

In erster Instanz wies das Finanzgericht die Klage des Sozialhilfeträgers ab. Das Gericht hielt der Klage entgegen, dass die Abzweigung von Kindergeld an den Sozialhilfeträger ausscheide, wenn das Kind im Haushalt der Eltern lebe und Grundsicherung erhalte. Es sei zu unterstellen, dass die Eltern, die selbst keine Sozialhilfe bezögen, mindestens den Kindergeldbetrag für den Unterhalt aufwenden. Die Zahlung von Grundsicherung lasse nicht den Schluss zu, dass die Eltern keinen Unterhalt leisten.

Das Bundesfinanzhof (BFH) wies die Revision des Klägers zurück. Der BFH führte u.a. aus, dass eine Abzweigung nicht in Betracht komme, wenn die Eltern durch Übernahme eines Kostenbeitrags und durch Gewährung von Unterkunft Unterhaltsleistungen in Höhe des Kindergeldbeitrags für ihr Kind leisteten. Die Unterhaltspflicht der Eltern umfasse den gesamten Lebensbedarf und knüpfe an die Lebensstellung des Berechtigten an. Sie gehe daher weiter als die Leistungen zur Grundsicherung, die sich nur auf den **notwendigen** Lebensunterhalt erstreckten.

Wie bisher weisen wir darauf hin, dass bei Überprüfungen stets mit Belegen nachgewiesen werden kann, dass Aufwendungen für den behinderten Sohn bzw. behinderte Tochter monatlich geleistet werden, die die Höhe des Kindergeldes erreichen bzw. übersteigen. Sollte dennoch die Familienkasse eine Abzweigung vornehmen, sollte man sich unter Hinweis auf die Entscheidung des BFH an die Familienkasse wenden und um Überprüfung der Abzweigungsentscheidung nachsuchen.

(Urteil des BFH vom 18.04.2013 – Az.: V R 48/11)

Neue Festbeträge für Hörgeräte

Die Festbeträge für Hörgeräte für Versicherte ab 18 Jahren sind von den Krankenkassen ab 1. November 2013 von 421,28 € auf 784,94 € erhöht worden.

Mag die Erhöhung ungefähr doppelt so hoch ausgefallen sein wie der vorausgehende Betrag, so sind die Krankenkassen jedoch deutlich unter der Vorgabe des Bundessozialgerichts geblieben. Wenn aber der Festbetrag für ein notwendiges Gerät auch dann noch nicht ausreicht, ist die Kasse verpflichtet, auch ein teureres Gerät zu finanzieren. Dazu ist sie nach **§ 70 SGB V**, in dem die Versorgung der Versicherten geregelt ist, gesetzlich verpflichtet:

- „(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine **bedarfsgerechte** und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Die Krankenkassen und Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken....“

Das gilt auch für die Versorgung mit Hörgeräten. Eine Versorgung mit Hörgeräten ist dann ausreichend, wenn die Schwerhörigkeit des Betroffenen **nach dem derzeitigen Stand der Technik** bestmöglich ausgeglichen ist.

Ein Merkblatt „Empfehlung zur vollen Kostenübernahme der Hörgerätesysteme bei gesetzlich Krankenversicherten“ hat die Selbsthilfevereinigung von Menschen mit Netzhautdegenerationen PRO RETINA herausgegeben. Es enthält Tipps und Hinweise zur Auswahl des richtigen Hörgeräts und informiert über Unterlagen, die man für eine vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkasse benötigt, und darüber hinaus, was bei einer Ablehnung zu tun ist. (PDF PRO RETINA)

Besuchsfahrten -Tagegelder nach § 53ff SGB XII

Die für Besuchsfahrten maßgebende Vorschrift findet sich in § 54 Abs.2:

„Erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, **können** ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist...“

Wie aus dem Text hervorgeht, ist die „Beihilfe“ eine „Kann –Leistung“ und somit in das Ermessen des Sozialhilfeträgers gestellt. Einen Rechtsanspruch daraus abzuleiten, dürfte schwer sein. Infolgedessen kann der Sozialhilfeträger seine Leistungen selbst bemessen und auch ändern. Zurzeit gewährt der LVR für jährlich 49 Tage Abwesenheit aus der stationären Einrichtung sog. Tagegelder, die er wie folgt berechnet (Beispiel):

monatlicher Regelsatz der Grundsicherung Regelstufe 3 (in 2013)	306.- -€
zuzüglich bei Merkzeichen G - 17% der Regelstufe 3	<u>52,02 €</u>
Summe:	358,02 €
abzüglich des schon gewährtem Barbetrags	<u>103,14 €</u>
verbleibender Betrag	254,88 €
Tagessatz (bei Berücksichtigung von 30 Tagen 254.88 : 30)	8,49 €

Anders als bei den Tagessätzen der Pflegeversicherung wird der An- wie der Abreisetag nur als halber Tag gewertet. Bei allen, die am 31. Dezember 2004 den Zusatzbarbetrag bezogen haben, zieht der LVR auch diesen Betrag bei der Berechnung von der Grundsicherung ab. Somit erhält dieser Bewohner einen geringeren Tagessatz. Die Fahrtkosten werden nur für eine Besuchsfahrt (Hin- und Rückreise) im Monat mit 0,30 € pro km bezuschusst. Für Besuchsfahrten über 200 km und in andere Bundesländer erhält man nur alle drei Monate diesen Zuschuss.

Soweit die INFO 36. Der LVEB hofft, dass Ihnen mit diesen Informationen Hilfen geboten werden konnte.

Ihr LVEB

Abkürzungen:	BA	Bundesagentur für Arbeit
	BABdW	Bundesverband von Angehörigen- und Betreuervertretungen in diakonischen Wohneinrichtungen und Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigungen
	BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger
	BBB	Berufsbildungsbereich
	BMAS	Bundesarbeits- und sozialministerium
	BFH	Bundesfinanzhof
	BGH	Bundesgerichtshof
	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
	bvkm	Bundesverband der Körper- und mehrfach Behinderten
	DAESTG	Dienstanweisung zum Einkommensteuergesetz
	EABB	Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeirat
	ESiG	Einkommensteuergesetz
	GEZ	Gebühreneinzugszentrale
	GSiG	Grundsicherungsgesetz

LG	Landgericht
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	Pflegerversicherungsgesetz
PNG	Pflegen - Neuausrichtungsgesetz
PflWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
RdL	Rechtsdienst der Lebenshilfe
SG	Sozialgericht
SGB a.F./n.F.	Sozialgesetzbuch alte Fassung bzw. neue Fassung:
SGB III	Sozialgesetzbuch: Arbeitsförderung
SGB IV	Sozialgesetzbuch: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherungen
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
VO	Verordnung
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz NRW
WVO	Werkstätten Verordnung

Die Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen erarbeitet worden. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Es wird deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen. Insbesondere wird die Haftung für sachliche Fehler und deren Folgen ausgeschlossen