



HANDBUCH

für Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter in der
Gemeinsamen Servicestelle
für Rehabilitation



Herausgeber: BAR e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main
ab 01.12.2009:
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon 069.605018-0
Telefax 069.605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

2. Auflage, Frankfurt am Main – Mai 2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	9
1. SGB IX – Grundlagen	10
Rehabilitationsbegriff	10
Behinderungsbegriff	10
Gesetzliche Grundlagen	11
Frauenspezifische Belange im SGB IX.....	12
Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX	13
Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX.....	13
Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX.....	15
Zuständigkeitsklärungsverfahren nach § 14 SGB IX.....	16
Trägerübergreifende Aufgaben der Rehabilitationsträger	18
Gemeinsame Empfehlungen	19
2. Gemeinsame Servicestellen nach dem SGB IX (§§ 22 ff SGB IX).....	20
Aufgaben und Funktion der Gemeinsamen Servicestellen.....	20
Beratung von Kunden in der Gemeinsamen Servicestelle.....	22
Zusammenarbeit der Träger.....	23
Dokumentation von Fällen in den Gemeinsamen Servicestellen	23
3. Spezielle trägerübergreifende Verfahren zur Leistungserbringung.....	25
Das Persönliche Budget (§ 17 SGB IX)	25
<i>Wer hat Anspruch auf ein Persönliches Budget?</i>	<i>25</i>
<i>Beteiligte Leistungsträger.....</i>	<i>25</i>
<i>Budgetfähige Leistungen.....</i>	<i>26</i>
<i>Antragsstellung.....</i>	<i>26</i>
<i>Leistungsbewilligung</i>	<i>27</i>
<i>Bestimmung und Rolle des Beauftragten.....</i>	<i>28</i>
<i>Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren</i>	<i>29</i>
<i>Erlass des Gesamtverwaltungsaktes und Leistungserbringung durch den Beauftragten</i>	<i>29</i>
<i>Aufhebung/Widerruf des Gesamtverwaltungsaktes</i>	<i>30</i>
Das betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 SGB IX).....	32
4. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	34
Welche Träger erbringen die Leistungen?	34
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	34
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	34
Die Leistungen im Einzelnen.....	35
<i>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</i>	<i>35</i>
Anschlussrehabilitation.....	37
Medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V)	38
Mutter/Vater-Kind-Leistungen.....	38
<i>Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V).....</i>	<i>38</i>
<i>Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V)</i>	<i>39</i>
Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 43 Abs. 1 SGB V i.V.m.	
§ 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX)	39
Reisekosten (§ 60 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB IX)	39
Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten (§ 54 SGB IX i.V.m. § 38 SGB V)	40
Betriebs- und Haushaltshilfe der landwirtschaftlichen Krankenkassen	41
Patientenschulungen für chronisch Kranke und deren Angehörige	
(§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)	42
Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen (§ 43 Abs. 2 SGB V).....	43

Krankengeld (§§ 44 ff. SGB V).....	43
Früherkennung und Frühförderung § 30 SGB IX i.V.m. Frühförderungsverordnung	44
5. Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	45
Welche Träger erbringen die Leistungen?	45
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	45
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	46
<i>Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI).....</i>	46
<i>Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI).....</i>	47
<i>Persönliche Voraussetzungen (§ 10 SGB VI)</i>	48
Die Leistungen im Einzelnen.....	48
<i>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</i>	48
Allgemeine medizinische Rehabilitation (§§ 26 –31 SGB IX i. V. m. § 15 SGB VI).....	48
Anschlussrehabilitation.....	50
Onkologische Nachsorgeleistungen	50
Kinderrehabilitation.....	50
Abhängigkeitserkrankungen	51
Ambulante Entwöhnungsbehandlung.....	52
Stationäre Entwöhnungsbehandlung.....	52
Kombinationsbehandlungen	52
Stufenweise Wiedereingliederung	53
<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI i. V. m. §§ 33 – 38 SGB IX).....</i>	53
<i>Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen.....</i>	55
Übergangsgeld (§§ 20 ff SGB VI i. V. m. §§ 46 ff SGB IX).....	55
Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten (§ 54 SGB IX).....	56
Betriebs- und Haushaltshilfe der landwirtschaftlichen Alterskassen	56
Reisekosten (§ 28 SGB VI i. V. m. § 53 SGB IX)	58
Reisekosten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	58
Reisekosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (gilt nicht für die landwirtschaftlichen Alterskassen)	59
<i>Nachsorge</i>	60
Rehabilitationssport und Funktionstraining.....	60
Indikationsspezifische Nachsorgeprogramme	61
<i>Sonstiges.....</i>	61
Zuzahlung.....	61
Zuzahlung für längstens 14 Tage	61
Befreiung von der Zuzahlung	62
Gestaffelte Zuzahlung (gilt nicht für die landwirtschaftlichen Alterskassen).....	62
Zuständigkeiten	63
<i>Zuständigkeitsaufteilung innerhalb der Rentenversicherung.....</i>	63
<i>Zuständigkeitsabgrenzung der Regionalträger untereinander</i>	64
<i>Sonderzuständigkeiten.....</i>	64
<i>Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte.....</i>	65
<i>Abgrenzung zu anderen Trägern.....</i>	65
6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit	67
Welche Träger erbringen die Leistungen?	67
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	68
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	68
Die Leistungen im Einzelnen.....	69
<i>Allgemeine Leistungen</i>	69
<i>Besondere Leistungen.....</i>	69
Leistungen an Arbeitgeber; §§ 217 – 239 SGB III i.V.m. § 34 SGB IX.....	70
Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM); §§ 39 – 43 SGB IX i.V.m. § 102 Abs. 2 SGB III	71

<i>Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen; §§ 44 bis 52 SGB IX</i>	71
<i>Ergänzende Leistungen gemäß §§ 53, 54 SGB IX i.V.m. § 109 SGB III</i>	72
Sonstiges	73
<i>Gutachterliche Stellungnahme der BA; § 38 SGB IX</i>	73
7. Besonderheiten nach § 6a SGB IX	74
Aufgaben/Verantwortung des Reha-Trägers BA (§ 6a S. 1 und 3 SGB IX)	74
Aufgaben/Verantwortung der Grundsicherungsstelle (§ 6a S. 2 und 4 SGB IX)	75
8. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	76
Welche Träger erbringen die Leistungen?	76
Zuständigkeiten in der gesetzlichen Unfallversicherung	76
<i>Vorläufige Zuständigkeit</i>	77
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich? - Kreis der versicherten Personen	77
Allgemeine Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung	78
<i>Prävention vor Rehabilitation und Entschädigung</i>	78
<i>Der Grundsatz "Alles aus einer Hand"</i>	79
<i>Beitrag und Ablösung der Unternehmerhaftpflicht</i>	79
Versicherungsfälle	79
<i>Arbeits- und Schulfälle</i>	80
Dienst- und Geschäftsreisen	80
Betriebssport	81
Betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen	81
Arbeiten an Telearbeitsplätzen.....	81
Befördern oder Reparieren von Arbeitsgerät.....	82
<i>Wegeunfall</i>	82
Beginn und Ende des Weges	82
Direkter Weg.....	83
Wegeabweichungen	83
<i>Eigenverschulden</i>	84
<i>Berufskrankheiten</i>	84
<i>Beweisfragen</i>	85
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	85
<i>Leistungen zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation</i>	86
<i>Verletztengeld</i>	86
<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</i>	87
<i>Übergangsgeld</i>	87
<i>Leistungen bei Pflegebedürftigkeit</i>	88
<i>Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen</i>	88
Betriebs- und Haushaltshilfe der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften	88
<i>Versichertenrenten</i>	90
<i>Entschädigung der Hinterbliebenen</i>	91
Verwaltungsabläufe	91
<i>"Alles unter einem Dach"</i>	91
<i>Verwaltungsabläufe im Rahmen der Betreuung der Versicherten in der Leistungsabteilung</i>	92
<i>Abgrenzung zu anderen Trägern</i>	92
Heilbehandlung.....	92
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	93
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	93
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	93
Entschädigung.....	94

9. Leistungen der Träger der Sozialhilfe	95
Welche Träger erbringen die Leistungen?	95
<i>Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit der örtlichen und des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe</i>	96
<i>Abgrenzung der örtlichen Zuständigkeit</i>	96
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	97
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	98
Die Leistungen im Einzelnen	99
<i>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 26 bis 31 SGB IX)</i>	99
<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 33 ff. SGB IX)</i>	100
<i>Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 41 ff. SGB IX)</i>	100
Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).....	100
Arbeitsförderungsgeld (§ 43 SGB IX)	102
<i>Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 55 ff. SGB IX)</i>	103
Versorgung mit anderen als den in § 31 SGB IX genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 SGB IX genannten Hilfen (§ 54 Abs. 1 S.1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX)	103
Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 2 und § 56 SGB IX).....	104
Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX)	105
Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt (§ 54 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 4 und § 57 SGB IX)	106
Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX)	106
Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX)	106
Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 7 und § 58 SGB IX)	107
Sonstiges	107
<i>Besonderheiten der Träger der Sozialhilfe gegenüber anderen Rehabilitationsträgern</i> . 107	
<i>Besondere Regelungen für in teil- oder vollstationärer Form erbrachte Leistungen</i>	107
<i>Besonderheiten bei vollstationären Einrichtungen</i>	108
10. Leistungen der Träger der Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII	109
Welche Träger erbringen die Leistungen?	109
Sachliche und örtliche Zuständigkeit	109
<i>Verhältnis zu anderen Leistungen und Verpflichtungen</i>	109
Welcher Personenkreis gehört in den Zuständigkeitsbereich	109
Leistungsvoraussetzungen – Besonderheit des Verfahrens	110
<i>Die Feststellung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe</i>	110
<i>Steuerungsverantwortung des Jugendamtes gem. § 36a SGB VIII</i>	110
<i>Leistungsumfang</i>	111
Landesrechtliche Regelungen	111

11. Leistungen der Träger der Sozialen Entschädigung/Kriegsopferfürsorge	112
Leistungen der Sozialen Entschädigung	112
Welche Träger erbringen die Leistungen?	112
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	113
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	113
Die Leistungen im Einzelnen.....	114
<i>Heilbehandlung und Krankenbehandlung nach §§ 10 ff. BVG</i>	<i>114</i>
<i>Rentenzahlungen</i>	<i>116</i>
Grundrente (§ 31 BVG)	117
Schwerbeschädigten-Zulage (§ 31 Abs. 5 BVG).....	117
Ausgleichsrente (§ 32 BVG)	117
Berufsschadensausgleich (§ 30 Abs. 2 - 16 BVG)	117
<i>Hinterbliebenenleistungen.....</i>	<i>118</i>
Leistungen der Kriegsopferfürsorge	119
Welche Träger erbringen die Leistungen?	119
Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?	120
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	121
Leistungsvoraussetzungen im Allgemeinen	121
Die Leistungen im Einzelnen.....	122
<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 26, 26a des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), §§ 1 – 17 Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (KFürsV))</i>	<i>122</i>
Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes und zur Förderung der Arbeitsaufnahme	124
Eignungsfeststellung/Berufsvorbereitung	124
Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung.....	125
Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (§ 26 Abs. 1 BVG i.V.m. § 40 SGB IX)	125
<i>Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.....</i>	<i>125</i>
Übergangsgeld nach § 26a BVG, §§ 46 ff. SGB IX.....	125
Unterhaltsbeihilfe § 26a Abs. 3 BVG, § 45 Abs. 5 Nr. 2 SGB IX	126
Ergänzende Leistungen.....	126
<i>Krankenhilfe (§ 26b BVG).....</i>	<i>127</i>
<i>Hilfe zur Pflege (§ 26c BVG)</i>	<i>128</i>
<i>Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes (§ 26d BVG).....</i>	<i>128</i>
<i>Altenhilfe (§ 26e BVG).....</i>	<i>129</i>
<i>Erziehungsbeihilfe (§ 27 BVG)</i>	<i>130</i>
<i>Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27a BVG)</i>	<i>130</i>
<i>Erholungshilfe (§ 27b BVG).....</i>	<i>131</i>
<i>Wohnungshilfe (§ 27c BVG).....</i>	<i>131</i>
<i>Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d BVG).....</i>	<i>132</i>
<i>Abgrenzung zu anderen Trägern.....</i>	<i>133</i>
12. Die Leistungen des Integrationsamtes	134
Ziele und Aufgaben	134
Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe an schwerbehinderte Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber	135
<i>Rechtsgrundlage</i>	<i>135</i>
<i>Leistungen zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen.....</i>	<i>135</i>
<i>Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben</i>	<i>136</i>
Leistungsarten der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben	136
Die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen	138
Weitere persönliche Leistungsvoraussetzungen	139
Leistungen an Arbeitgeber bei außergewöhnlichen Belastungen	139
Prävention und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	141
<i>Prävention</i>	<i>141</i>
<i>Betriebliches Eingliederungsmanagement</i>	<i>141</i>

Behinderte Frauen	142
<i>Frauenförderung im SGB IX</i>	142
Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen gem. §§ 85 ff. SGB IX	142
<i>Allgemeines zum Kündigungsschutz</i>	142
<i>Örtliche Zuständigkeit</i>	144
<i>Geschützter Personenkreis</i>	144
<i>Das Kündigungsschutzverfahren</i>	144
Ordentliche Kündigung §§ 85 ff. SGB IX.....	144
Außerordentliche Kündigung § 91 SGB IX.....	146
Erweiterter Beendigungsschutz § 92 SGB IX.....	147
Änderungskündigung § 89 Abs. 2 SGB IX.....	147
<i>Widerspruch</i>	148
Die Erhebung der Ausgleichsabgabe	148
Die Integrationsfachdienste	149
13. Soziale Pflegeversicherung	151
Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?	151
Die Leistungen im Einzelnen	152
<i>Vorrang der Rehabilitation vor Pflege</i>	153
<i>Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</i>	153
14. Selbsthilfe	154
15. Anhang	155
Materialien	155
<i>Rahmenempfehlungen</i>	155
<i>Gemeinsame Empfehlungen</i>	155
<i>Arbeitshilfen</i>	156
<i>Flyer, Broschüren</i>	156
Weiterführende Informationen	156
Anschriften	178
<i>Anschriften der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	178
<i>Anschriften der gesetzlichen Rentenversicherung</i>	178
<i>Anschriften der gesetzlichen Unfallversicherung</i>	180
<i>Anschriften der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden</i>	183
<i>Anschriften von Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit</i>	186
<i>Anschriften der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen</i>	193
<i>Anschriften der überörtlichen Träger der Sozialhilfe</i>	195
<i>Kommunale Spitzenverbände</i>	197
<i>Anschriften der Landesjugendämter</i>	197
<i>Anschriften der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege</i>	198
<i>Anschriften der Einrichtungen der Berufsbildung, Berufsförderung und der Werkstätten für behinderte Menschen</i>	199
<i>Anschriften von Verbänden behinderter Menschen, Selbsthilfegruppen, Interessenvertretungen behinderter Frauen</i>	199
<i>Mitgliedsverbände der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V.</i>	200
<i>Ausgewählte Institutionen</i>	205
<i>Ansprechpartner auf europäischer Ebene</i>	206
<i>Anschriften der Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen</i>	206

Vorwort

Dieses Handbuch richtet sich in erster Linie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach §§ 22 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) IX tätig sind. Es soll bestehende umfassende Lehrbücher der einzelnen Rechtsgebiete nicht ersetzen, sondern einen Überblick über das Leistungsspektrum aller Leistungsträger nach dem SGB IX geben. Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht daher nicht.

Die Autoren gehen davon aus, dass dieses Handbuch als Nachschlagewerk die Arbeit in den Gemeinsamen Servicestellen unterstützen kann.

Auch wenn das zentrale Thema des Handbuches die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist, sind auch angrenzende Leistungsbereiche wie Leistungen zum Lebensunterhalt aufgenommen worden, die im Sinne der ICF und der ganzheitlichen Betrachtungsweise des SGB IX erforderlich sind, um Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erfolgversprechend durchführen zu können.

Das Handbuch wurde von den Rehabilitationsträgern auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsam auf der Grundlage des „Handbuches für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation in Sachsen-Anhalt“ erarbeitet. In dieser zweiten Auflage des Handbuches wurden neben gesetzlichen Änderungen insbesondere die Erfahrungen und Rückmeldungen aus der Praxis der Gemeinsamen Servicestellen berücksichtigt. Unter anderem wurden Ausführungen über die Belange behinderter Frauen, die Integrationsfachdienste und die Selbsthilfe in das Handbuch integriert.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für sämtliche Aussagen im Text gemeint ist.

Bei Rückfragen zu Inhalt und Gestaltung des Handbuches stehen Ihnen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Frau Labisch (regina.labisch@bar-frankfurt.de) und Herr Lenk (erich.lenk@bar-frankfurt.de) zur Verfügung.



Bernd Petri
Geschäftsführer der BAR e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation

1. SGB IX – Grundlagen

Rehabilitationsbegriff

Moderne Definitionen des Begriffs der Rehabilitation basieren auf dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die es ermöglicht, die Lebenswirklichkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen abzubilden und damit deren gesamten Lebenshintergrund zu berücksichtigen. Für die Durchführung der Rehabilitation sind nicht primär Krankheitsdiagnosen ausschlaggebend, sondern die individuellen Krankheitsauswirkungen, insbesondere im Hinblick auf die Teilhabe des behinderten Menschen in Alltag und Beruf. Wichtiges Element der ICF ist die Einbeziehung so genannter „Kontextfaktoren“ im Sinne von Barrieren oder Förderfaktoren, die die Perspektiven von rehabilitativem Handeln erweitern.

Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass die ICF die Berücksichtigung der Sichtweise der betroffenen Menschen ermöglicht und dadurch auch deren subjektive Einschätzung des Gesundheitsproblems mit seinen Auswirkungen auf das persönliche Lebensumfeld in den Gesamtprozess der Rehabilitation einbezogen werden kann.

Behinderungsbegriff

Dem Begriff der Behinderung werden unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben: Jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit wird in der ICF Behinderung genannt (allgemeiner Behinderungsbegriff). Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (Kontextfaktoren), die den betroffenen Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.¹ Das SGB IX hat sich in seiner Definition von Behinderung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angelehnt. Dabei ist zu beachten, dass der Behinderungsbegriff der WHO weiter gefasst ist als der Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX, der sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht.

¹ Das UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen versteht Behinderung ebenfalls in diesem Sinne.

Der Behinderungsbegriff des SGB IX stellt ab auf eine Einschränkung der Körperfunktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit, die von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert und durch die eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 SGB IX).

Als schwerbehindert gelten Personen, die einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 haben (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Die Feststellung der Behinderung und die Erteilung der Ausweise fällt in die Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung (§ 69 SGB IX). Für eine Übersicht zu den wichtigsten Merkzeichen, die im Schwerbehindertenausweis eingetragen werden können, siehe *Anhang: Übersicht zu Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis, Seite 157*.

Für den Bereich der Arbeitsförderung liegt Behinderung nur vor, wenn die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigung die Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere der Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen (§ 19 SGB III).

Für die Sozialhilfe gilt § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in Verbindung mit § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII. Danach sind Menschen wesentlich behindert, wenn sie durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen Einschränkung bedroht sind.

In den Leistungsgesetzen der anderen Rehabilitationsträger finden sich keine entsprechenden Definitionen.

Gesetzliche Grundlagen

Das Recht behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ergibt sich aus § 1 SGB IX. Die Vorschrift bestimmt, dass Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen unter der Zielstellung zu erbringen sind, „ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“.

Das Primat der Selbstbestimmung und Teilhabe zieht sich wie ein roter Faden durch das SGB IX. Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sollen in die Lage versetzt werden, ihre Belange so weit wie möglich eigenverantwortlich zu bestimmen.

Eigenverantwortung und Mitbestimmung setzen den barrierefreien Zugang zu den Sozialleistungen voraus. Neben den Bestimmungen des SGB IX finden sich einschlägige Vorschriften zur Vermeidung von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren in § 17 SGB I und § 19 Abs. 1 S. 2 SGB X. Danach können Kosten, die z.B. durch den Einsatz eines Gebärdendolmetschers und anderer Kommunikationshilfen entstehen, übernommen werden. Dies gilt auch für Leistungen, die in Form des Persönlichen Budgets (siehe Kapitel: *Das Persönliche Budget*, Seite 25) erbracht werden.

Frauenspezifische Belange im SGB IX

Die Belange behinderter Frauen wurden im SGB IX besonders berücksichtigt. Das SGB IX ist das erste Bundesgesetz, das die Gleichstellung von Frauen mit Behinderung zu einer zentralen Zielsetzung in der Rehabilitation erklärt und verschiedene Beteiligungsrechte von Verbänden und Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderung bei der Umsetzung des Gesetzes vorsieht.

Die Notwendigkeit einer spezifischen Frauenförderung wird in § 1 Satz 3 SGB IX hervorgehoben. Danach ist bei der Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung zu tragen.

Nach § 33 Abs. 2 SGB IX sollen behinderte Frauen die gleichen Chancen im Erwerbsleben haben, sowohl im Vergleich zu nicht behinderten Frauen als auch im Vergleich zu behinderten und von Behinderung bedrohten Männern. Hierzu sollen insbesondere in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote der Teilhabe bereitgestellt werden.

Die Interessenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen behinderter Frauen sind beispielsweise bei der Vereinbarung der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX oder bei den Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX mit einzubeziehen.

Der ärztlich verordnete Rehabilitationssport wurde für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen um Übungen erweitert, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

Darüber hinaus enthält auch das Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) eine Reihe konkreter Bestimmungen zur Frauenförderung, z.B. bei der

- Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber (§ 71 Abs. 1 SGB IX)
- Ausgestaltung der Beschäftigungsquote im Rahmen der Integrationsvereinbarung (§ 83 Abs. 2 und Abs. 2a SGB IX)
- Durchführung von speziellen Arbeitsmarktprogrammen (§ 104 SGB IX)
- Betreuung durch Integrationsfachdienste (§ 112 Abs. 2 und Abs. 3 SGB IX).

Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX

Das SGB IX fasst die Leistungen zur Teilhabe in Gruppen zusammen. Als Leistungen zur Teilhabe werden erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX

Teilhabe setzt auch Teilnahme im Sinne von Beteiligung und Mitwirkung voraus, sowohl bei der Entscheidung über die Leistungen (z.B. Art, Umfang, Ort der Leistungserbringung) als auch bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe (z.B. Art, Umfang, Intensität, Qualität der Leistungen, diagnostische/therapeutische Verfahren oder Methoden).

Hierbei sind die Rehabilitationsträger nach § 9 SGB IX verpflichtet, berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen und dabei u.a. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Insbesondere den Bedürfnissen behinderter Eltern bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrags sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder ist dabei Rechnung zu tragen. Es ist zu beachten, dass Wünsche von allen Leistungsberechtigten geäußert werden können, von Kindern, Jugendlichen und betreuten Menschen. Dazu muss keine Formvorschrift eingehalten

werden. Das Wunsch- und Wahlrecht ist von der Beratung über die Planung des Rehabilitationsprozesses bis zu seiner Umsetzung zu berücksichtigen.

Als „berechtigt“ sind Wünsche anzusehen, wenn sie sich einerseits aus den Besonderheiten des Einzelfalls ergeben und sie andererseits dem gesetzlichen Auftrag der Rehabilitationsträger entsprechen. Die Teilhabeleistungen müssen zielgerichtet, bedarfsgerecht und wirksam sein. Kollidieren die Wünsche nicht mit den Pflichten der Rehabilitationsträger, z.B. Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bzw. dem jeweiligen Leistungsrecht, muss den Wünschen Rechnung getragen werden.

Damit sind die Wünsche der Berechtigten nicht nur ein Faktor unter vielen, sondern eine zentrale Leitlinie im Rehabilitationsprozess.

Wird den Wünschen nicht entsprochen, so muss der Träger dies durch einen Bescheid begründen.

Als weitere Regelungen zur Stärkung von Selbstbestimmung und Teilhabe dienen u.a.

- der Vorrang der Leistungen zur Teilhabe vor Rente und Pflege,
- trägerübergreifende Beratung in den Gemeinsamen Servicestellen,
- Arbeitsassistenz,
- Erstattung selbst beschaffter Leistungen sowie
- die Einführung des Persönlichen Budgets (siehe Kapitel: *Das Persönliche Budget*, Seite 25).

Das SGB IX schafft die Voraussetzung, um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in dem notwendigen Zusammenhang zeitnah und wirkungsvoll zu erbringen. Dabei kommt es entscheidend auf das Engagement eines jeden Einzelnen und die gute Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern, aber auch mit anderen am Gesamtprozess der Rehabilitation beteiligten Stellen an.

Auch wenn das SGB IX das Ziel verfolgt, auf der Basis eines gemeinsamen Rechts eine einheitliche Praxis der Rehabilitation herbeizuführen, löst es das historisch gewachsene gegliederte System nicht auf. Es soll vielmehr bewirken, dass der Anspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf zügige, umfassende und möglichst nahtlose Rehabilitation nicht durch die unvermeidlichen Übergänge und Nahtstellen eines gegliederten Systems beeinträchtigt wird. Die Zuständigkeiten und die Voraussetzungen für die Leistungen richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 SGB IX).

Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX

Folgende Rehabilitationsträger erbringen Leistungen nach dem SGB IX:

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe,
- die Träger der Sozialhilfe.

Welcher Rehabilitationsträger für welche Leistungen im Einzelnen und welchen Personenkreis zuständig ist, wird in den nachfolgenden Ausführungen zu den einzelnen Rehabilitationsträgern umfassend dargestellt. Die nachstehende Tabelle soll eine erste Übersicht geben.

Leistungen zur	Unfall- versicherung	Soziale Entschädi- gung	Kranken- versicherung	Renten- versicherung	Bundes- agentur für Arbeit	Sozial- hilfe	Ju- gend- hilfe
Medizinischen Rehabilitation	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Teilhabe am Arbeitsleben	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	✓	✓				✓	✓

Tabelle 1: Übersicht Rehabilitationsleistungen und zuständige Rehabilitationsträger

Zuständig für die Leistung ist grundsätzlich

1. in Fällen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die gesetzliche Krankenkasse,
2. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die Bundesagentur für Arbeit,
3. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der Träger der Sozialhilfe, der nach den Vorschriften des SGB XII örtlich und sachlich zuständig ist, außer in Fällen seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen, für die eine Leistungszuständigkeit des Trägers der Jugendhilfe nach dem SGB VIII besteht,

4. bei Unklarheit darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

Zuständigkeitsklärungsverfahren nach § 14 SGB IX

Zur Beschleunigung des Antragsverfahrens und der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hat der Gesetzgeber in § 14 SGB IX ein fristengebundenes Zuständigkeitsklärungsverfahren eingeführt. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass der Leistungsberechtigte die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe möglichst schnell erhält. Verzögerungen aufgrund einer im konkreten Einzelfall schwierigen und zeitaufwändigen Abklärung der Leistungszuständigkeit sollen nicht zu Lasten des Antragstellers gehen, sondern im Nachhinein im Rahmen eines Erstattungsanspruchs zwischen den Rehabilitationsträgern gelöst werden.

Wird ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem Rehabilitationsträger gestellt (erstangegangener Träger), hat dieser innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er nach seinem spezifischen Leistungsrecht für die beantragte Leistung sachlich und örtlich zuständig ist (vgl. § 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Nach der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung beginnt die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit am Tag nach Eingang des Antrages bei dem Rehabilitationsträger. Ein die Frist auslösender Antrag liegt vor, wenn sachdienliche Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkrete Leistungsbegehren der Antragstellerin/des Antragstellers erkennbar sind. Wird der Antrag bei einer Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation gestellt, beginnt die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit am Folgetag der Antragsaufnahme bzw. des Antragesingangs mit Wirkung für den Träger, dem die Gemeinsame Servicestelle organisatorisch angehört (erstangegangener Träger).

Hält sich der erstangegangene Träger für unzuständig, leitet er den Antrag einschließlich bereits vorliegender Unterlagen unverzüglich an den aus seiner Sicht zuständigen Träger (zweitangegangener Träger) weiter (vgl. § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX). In den Fällen, in denen die Zuständigkeit von der Ursache einer Behinderung (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit) abhängt und die Klärung der Ursache nicht innerhalb der Zwei-Wochen-Frist möglich ist, hat der erstangegangene Rehabilitationsträger den Antrag dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, der für die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung zuständig wäre (vgl. § 14 Abs. 1 S. 3 SGB IX).

Hält sich der erstangegangene Träger dagegen für zuständig, hat er umgehend den Teilhabebedarf festzustellen und eine ggf. erforderliche Begutachtung einzuleiten (vgl. § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Ist eine Begutachtung erforderlich, hat der Rehabilitationsträger dem Antragsteller in der Regel drei geeignete Sachverständige zur Auswahl zu benennen, die möglichst wohnortnah erreichbar und entsprechend dem individuellen Bedarf barrierefrei zugänglich sind.

Der Rehabilitationsträger hat innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag zu entscheiden, sofern der Teilhabebedarf anhand der vorliegenden Unterlagen ohne ein weiteres Gutachten festgestellt werden kann. Ist ein Gutachten erforderlich, ergeht die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens (vgl. § 14 Abs. 2 S. 2 und 4 SGB IX).

Für den zweitangegangenen Rehabilitationsträger gelten grundsätzlich die gleichen Entscheidungsfristen wie für den erstangegangenen Träger, der sich für zuständig erklärt. Der zweitangegangene Träger kann sich jedoch grundsätzlich nicht auf seine fehlende Zuständigkeit für die beantragte Leistung berufen, da diese mit der Weiterleitung des Antrags an ihn vorläufig gegeben ist. Er hat demnach stets die Leistung zu erbringen, sofern ein Teilhabebedarf besteht (wenn kein Teilhabebedarf besteht, ist der Antrag abzulehnen). Eine erneute Weiterleitung oder Rückgabe des Antrags ist damit grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Ausnahme gilt nur dort, wo der zweitangegangene Träger für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann. In diesen Fällen hat er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu klären, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der maßgeblichen Fristen entschieden wird (vgl. § 14 Abs. 2 S. 5 SGB IX).

Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen zweitangegangenen Rehabilitationsträger festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger (ggf. auch der erstangegangene Träger) für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem zweitangegangenen Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach dem für diesen geltenden Rechtsvorschriften (vgl. § 14 Abs. 4 SGB IX). Ein erstangegangener, unzuständig leistender Träger hat dagegen grundsätzlich keinen Erstattungsanspruch. Ausnahmen von diesem Grundsatz haben die Träger der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung in einer *Verfahrensabsprache zur Anwendung des § 14 Abs. 1 S. 3 und Abs. 4 SGB IX bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten*, Seite 158, geregelt.

Näheres zum Zuständigkeitsklärungsverfahren nach § 14 SGB IX enthält darüber hinaus die „**Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens**“, die von den Rehabilitationsträgern auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbart wurde.

Hinweis: Wenn der Rehabilitationsträger nicht innerhalb der Frist nach § 14 Abs. 2 SGB IX die Leistungen erbringt, kann sich der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 15 SGB IX die Leistung selbst beschaffen.

Trägerübergreifende Aufgaben der Rehabilitationsträger

Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation erfüllen trägerübergreifende Aufgaben, indem sie als „Lotse“ die Leistungen der Rehabilitationsträger für eine behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Person im Sinne einer einheitlichen Leistungserbringung koordinieren. Sie kümmern sich darum, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus Sicht der betroffenen Menschen „wie aus einer Hand“ erbracht und dabei insbesondere die §§ 8, 10, 11 SGB IX berücksichtigt werden:

Vorrang von Leistungen zur Teilhabe (§ 8 SGB IX)

Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über die Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, beispielsweise, ob dadurch Pflegebedürftigkeit vermieden wird. Außerdem haben Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen. Den Gemeinsamen Servicestellen können in Umsetzung des § 8 wichtige Aufgaben der trägerübergreifenden Beratung, Information, Unterstützung und Koordination zukommen.

Koordinierung der Leistungen (§ 10 SGB IX)

Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger oder verschiedener Leistungsgruppen bedürfen einer umfassenden Koordination, die dem nach § 14 SGB IX zuständigen Rehabilitationsträger aufgegeben ist. Die Gemeinsamen Servicestellen können hierbei beratende, unterstützende, informierende, koordinierende und vermittelnde Aufgaben wahrnehmen.

Zusammenwirken der Leistungen (§ 11 SGB IX)

Bereits ab der Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, aber auch während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, prüft der zuständige Rehabilitationsträger, soweit es im Einzelfall geboten ist, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbstätigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden kann.

Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der Arbeitsplatz gefährdet ist, soll gleichzeitig geklärt werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Die Gemeinsamen Servicestellen können beim Zusammenwirken der Leistungen informierende, beratende, unterstützende, koordinierende und vermittelnde Aufgaben wahrnehmen.

Gemeinsame Empfehlungen

Um die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger durch wirksame Instrumente sicherzustellen, sind die Rehabilitationsträger nach § 13 SGB IX u. a. verpflichtet, Gemeinsame Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu vereinbaren. Dabei geht es nicht darum, Voraussetzungen und Inhalte von Leistungen neu zu bestimmen, sondern im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und – bei Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger – eine koordinierte Leistungserbringung zu bewirken. Bislang wurden auf Ebene der BAR folgende **Gemeinsame Empfehlungen** vereinbart:

- **Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“**
- **Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“**
- **Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung**
- **Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“**
- **Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation**
- **Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“**
- **Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“**
- **Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“**
- **Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“**
- **Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe**
- **Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“**

2. Gemeinsame Servicestellen nach dem SGB IX (§§ 22 ff. SGB IX)

Mit der Einrichtung und dem Betrieb Gemeinsamer Servicestellen erfüllen die Rehabilitationsträger gesetzliche Verpflichtungen des SGB IX. Hierbei werden bestehende Strukturen der Rehabilitationsträger in ein Kooperations- und Kompetenznetzwerk einbezogen. Für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sind mit dieser Verzahnung bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote zusätzliche regionale Anlaufstellen für eine trägerübergreifende, umfassende, unverzügliche, neutrale aber verbindliche Beratung und Unterstützung geschaffen worden. Die Rehabilitationsträger verbinden damit insbesondere eine Optimierung und Beschleunigung von Verfahren, einschließlich daraus resultierender möglicher Einsparungen in anderen Leistungsbereichen sowie zusätzliche berufliche Erfahrungen für ihre Mitarbeiter.

Eine Übersicht über alle Gemeinsame Servicestellen im Bundesgebiet findet sich im Internet unter: www.reha-servicestellen.de

Aufgaben und Funktion der Gemeinsamen Servicestellen

Die Rehabilitationsträger stellen mit den Gemeinsamen Servicestellen ein flächendeckendes, trägerübergreifendes und ortsnahe Beratungs- und Unterstützungsangebot zur Verfügung. Die Gemeinsamen Servicestellen gewährleisten umfassende, qualifizierte und individuelle Beratung zu allen Fragen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe.

Bei Bedarf werden nach Abstimmung mit dem zuständigen Rehabilitationsträger durch die Gemeinsame Servicestelle weitere Sachverständige, z.B. Ärzte, Sozialberater oder Fachberater beteiligter Rehabilitationsträger zur Beratung hinzugezogen. Vertreter anderer Institutionen oder Gruppen, z.B. Behindertenorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und Schwerbehindertenvertretungen, sind auf Wunsch des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen hinzuzuziehen. Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch wird auf diese Möglichkeit hingewiesen.

Als Anlaufstelle erfüllt die Gemeinsame Servicestelle nach §§ 22, 84 SGB IX umfassende Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, insbesondere

- Information (z.B. über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung der Zuständigkeit),
- Bedarfsklärung (z.B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe- und Rehabilitationsbedarfs, Antragsstellung und weiterleitung),

- Beratung (z.B. über besondere Hilfen im Arbeitsleben/bei Verwaltungsabläufen, bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Hinwirken auf Entscheidungen),
- unterstützende Begleitung und Koordination (z.B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordinierung und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich ist),
- beim Persönlichen Budget:

Im gegliederten System stellen auch die Gemeinsamen Servicestellen sicher, dass potenzielle Budgetnehmer über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme insbesondere eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets umfassend informiert werden. Sie beraten und unterstützen potenzielle Budgetnehmer dabei in allen Belangen und tragen damit dem erweiterten Aufgabenkatalog nach § 22 Abs. 1 Nr.2 SGB IX Rechnung, der eine Beratung und Unterstützung durch Gemeinsame Servicestellen auch bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets vorsieht.

Der gesetzliche Handlungsrahmen zum Persönlichen Budget ist im SGB IX, der Budgetverordnung und in den Leistungsgesetzen der einzelnen Leistungsträger vorgegeben.

- beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement:

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist als präventive Aufgabe von Arbeitgebern angelegt. Die Gemeinsamen Servicestellen verstehen sich dabei als Partner der Betriebe. Als Anlaufstelle sichern sie die umfassende Beratung von Betrieben über die gesetzlichen Grundlagen und die Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und wirken darauf hin, dass alle erforderlichen Leistungen und Hilfen unverzüglich beantragt und erbracht werden (siehe Kapitel: **Das betriebliche Eingliederungsmanagement**, Seite 32).

Bei Bedarf unterstützen die Gemeinsamen Servicestellen vor Ort die Arbeitgeber beim Erarbeiten betrieblicher Lösungen zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass behinderten Menschen in den Gemeinsamen Servicestellen umfangreiche Beratung und Unterstützung wie aus einer Hand angeboten wird. Dabei werden die ratsuchenden Menschen nicht mehr „weggeschickt“ oder gar von einem Träger zum nächsten verwiesen. So steht der Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestelle weiterhin als fester Ansprechpartner für den betroffenen Menschen zur Verfügung - auch wenn der zuständige Leistungsträger bereits feststeht. Dabei wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen sich grundsätzlich in jeder Gemeinsamen Servicestelle ihres Vertrauens beraten lassen können.

Die Gemeinsamen Servicestellen stehen allen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie deren Angehörigen zur Verfügung. Sie können insbesondere von den Personen in Anspruch genommen werden, die

- Informationen über in Betracht kommende Hilfen suchen,
- nicht wissen, welcher Rehabilitationsträger für welche Leistungen zuständig ist,
- bei denen die Koordination von Leistungen zwischen mehreren Reha-Trägern notwendig ist oder
- bei denen von einem eher komplexen Hilfebedarf ausgegangen werden kann.

Beratung von Kunden in der Gemeinsamen Servicestelle

Grundmaxime der Beratung ist, dass der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch kundenorientiert, sachgerecht und umfassend beraten wird. Da die einzelne Gemeinsame Servicestelle nicht mit Entscheidungskompetenz ausgestattet ist, entscheidet über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe immer der zuständige Rehabilitationsträger (im Rahmen der Frist nach § 14 SGB IX; siehe Kapitel: *Zuständigkeitsklärungsverfahren nach § 14 SGB IX*, Seite 16). Die Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle ist es, die Entscheidung des zuständigen Trägers gut vorzubereiten, um Nachfragen beim Antragsteller zu vermeiden und eine Entscheidung zeitnah herbeizuführen.

Liegen Hinweise darauf vor, dass ein anderer Leistungsträger zuständig sein könnte, klärt dies der Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle z.B. durch telefonische Rückfragen. Steht fest, dass ausschließlich ein anderer Leistungsträger zuständig ist, ist auf Wunsch des Ratsuchenden bei diesem ein Beratungstermin für den behinderten Menschen zu vereinbaren. In dem Beratungsgespräch in der Gemeinsamen Servicestelle wird dem Ratsuchenden z.B. noch mitgeteilt, welche Antragsunterlagen benötigt werden, damit der zuständige Träger zeitnah entscheiden kann.

Wird bei einem Beratungsgespräch in der Gemeinsamen Servicestelle erkennbar, dass u. U. mehrere Rehabilitationsträger nacheinander und/oder nebeneinander Leistungen erbringen können und gibt es deshalb Probleme bei der Fortführung des Verfahrens, organisiert die Gemeinsame Servicestelle unter Einbeziehung des Antragstellers eine „Fachkonferenz“, an der er selbst, ggf. sein Vertreter und alle beteiligten Träger teilnehmen. In der Konferenz werden der Hilfebedarf, die möglichen Leistungsträger und die erforderlichen Leistungen erörtert.

Zusammenarbeit der Träger

Da der Betrieb der Gemeinsamen Servicestellen eine Aufgabe aller Reha-Träger nach dem SGB IX darstellt und nicht nur eine Unterorganisation des Trägers ist, der die Gemeinsame Servicestelle betreibt, sind auch alle übrigen Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit verpflichtet. Durch regelmäßige Teamtreffen und Besprechungen sowie durch fallbezogene Aktivitäten stellen die Gemeinsamen Servicestellen unter Beteiligung der Integrationsämter und der Pflegekassen ihre Zusammenarbeit sicher.

Die Beratungsteams setzen sich aus Vertretern aller Rehabilitationsträger nach dem SGB IX zusammen. Der Rehabilitationsträger, der die Gemeinsame Servicestelle betreibt, stellt die Mitarbeiter für den unmittelbaren Kontakt mit den Ratsuchenden zur Verfügung („front-office“). Alle anderen Rehabilitationsträger benennen namentlich Mitarbeiter für das Team als Ansprechpartner („back-office“). Jedes Team einer Gemeinsamen Servicestelle benennt einen Teamsprecher/Koordinator, der die Teamtreffen organisiert und eine Übersicht der Teammitglieder führt. Für die Arbeit und den Service der Gemeinsamen Servicestelle ist das gesamte Team gemeinsam verantwortlich. Mindestens einmal pro Jahr findet eine Sitzung statt, ansonsten sind die Treffen nach Bedarf einzuberufen.

Neben der Besprechung von Einzelfällen und der Klärung von grundsätzlichen Fragen sind auch organisatorische Probleme, die die Arbeit der Gemeinsamen Servicestelle betreffen, regelmäßig vom Beratungsteam zu erörtern. Zu nennen sind hier insbesondere: „Sand im Getriebe“ in der Zusammenarbeit der Reha-Träger, Öffentlichkeitsarbeit, Inanspruchnahme der einzelnen Gemeinsamen Servicestelle durch Ratsuchende, Vernetzung der Gemeinsamen Servicestellen mit den lokalen Behindertenverbänden bzw. spezifischen Beratungsstellen (Suchtberatungsstellen etc.), Aktualisierung der Ansprechpartnerlisten oder Fortbildung der Mitarbeiter. Zu diesen Sitzungen sind auch Mitglieder der ortsansässigen Behindertenverbände als Fachleute in eigener Sache einzuladen.

Dokumentation von Fällen in den Gemeinsamen Servicestellen

Als zu dokumentierender Fall gilt jede Beratung, die durch eine Gemeinsame Servicestelle unter Einschaltung eines Teammitgliedes eines anderen Trägers geleistet wird und inhaltlich mindestens eine der vorstehend genannten Aufgaben und Funktionen erfüllt.

Die Erhebung und Erfassung von Daten (Falldokumentation) erfolgt bundesweit einheitlich mit dem als Anlage zur Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen beigefügten BAR-Dokumentationsbogen. Die Auswertung erfolgt in anonymisierter Form.

Für den Bericht nach § 24 Abs. 2 SGB IX teilen die Rehabilitationsträger, die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung über ihre Spitzenverbände der Bundesarbeitsgemein-

schaft für Rehabilitation im Abstand von drei Jahren, ihre Erfahrungen über die Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen, die Durchführung und Erfüllung ihrer Aufgaben, die Einhaltung des Datenschutzes und mögliche Verbesserungen mit.

3. Spezielle trägerübergreifende Verfahren zur Leistungserbringung

Das Persönliche Budget (§ 17 SGB IX)

Mit dem Persönlichen Budget wird behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Seit dem 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus. Der behinderte Mensch hat die Möglichkeit und das Recht, diese Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Als Budgetnehmer erhält der behinderte Mensch die ihm bewilligten Leistungen als Geldbetrag und kann damit auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden. Damit soll für behinderte Menschen die Grundlage dafür geschaffen werden, im stärkeren Maße ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in eigener Verantwortung zu führen. Dies gilt auch bei einer Vertretung durch einen rechtlichen Betreuer oder einen Erziehungsberechtigten.

Wer hat Anspruch auf ein Persönliches Budget?

Anspruch auf ein Persönliches Budget haben Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX, die leistungsberechtigt im Sinne des SGB IX sind. Dies gilt unabhängig vom Alter des Leistungsberechtigten und unabhängig von der Art, der Schwere und der Ursache der Behinderung. Anspruchsberechtigt sind somit auch Kinder und Jugendliche. Die Notwendigkeit bei der Verwendung bzw. der Verwaltung des Persönlichen Budgets auf Beratung und Unterstützung durch Dritte (z. B. Familienangehörige oder rechtliche Betreuer) angewiesen zu sein, steht diesem Anspruch nicht entgegen.

Beteiligte Leistungsträger

Das Persönliche Budget kann von allen Rehabilitationsträgern (siehe § 6 SGB IX) sowie den Pflegekassen und Integrationsämtern bewilligt werden. Sind dabei mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, welches als Komplexleistung und „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Mit dem im Wesentlichen in der Budget-

verordnung verankerten Verfahren wird ein Rehabilitationsträger zum Beauftragten, der dem Budgetnehmer als Ansprechpartner in allen Fragen zu seinem Persönlichen Budget zur Verfügung steht, alle daran beteiligten Leistungen koordiniert und im Auftrag der beteiligten Leistungsträger handelt.

Budgetfähige Leistungen

Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig. Dies gilt für alle in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen und damit für

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Neben den Leistungen zur Teilhabe sind nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch die weiteren erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe budgetfähig, wenn sie sich auf

- alltägliche und
- regelmäßig wiederkehrende

Bedarfe beziehen und als

- Geldleistungen oder durch
- Gutscheine

erbracht werden können.

Für die Ausführung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets ist grundsätzlich die Auszahlung in Geld vorzusehen. Die Verwendung von Gutscheinen sollte nur in begründeten Einzelfällen und in Absprache mit dem Budgetnehmer erfolgen.

Bestimmte Leistungen z. B. der sozialen Pflegeversicherung sind durch gesetzliche Regelungen auf die Erbringung durch Gutscheine beschränkt. Einzulösen sind die Gutscheine bei den zugelassenen Pflegeeinrichtungen (vgl. § 35a SGB XI).

Antragsstellung

Anträge auf Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets kann die Antrag stellende Person bei allen genannten Leistungsträgern oder bei einer Gemeinsamen Service-stelle schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung stellen.

Die Antrag aufnehmende Stelle (i.d.R. der Beauftragte) informiert und berät die Antrag stellende Person umfassend über die Leistungsvoraussetzungen und Zielbestimmungen des Persönlichen Budgets sowie über die damit verbundenen Verfahrensabläufe. Sie weist auf die Mitwirkungspflichten der Antrag stellenden Person hin und holt deren Einverständniserklärung für die Weiterleitung der personenbezogenen Daten an die beteiligten Leistungsträger ein.

Damit sich später die anderen am trägerübergreifenden Persönlichen Budget beteiligten Rehabilitationsträger ein Bild von der Zielrichtung des Antrages machen können, ist es notwendig, dass bei der Antragstellung folgende Informationen dokumentiert werden:

- die Antragsituation mit Aussagen zu eventuell notwendiger Unterstützung der Antrag stellenden Person und zur Einbeziehung weiterer Personen,
- die unter trägerübergreifenden Aspekten notwendigen persönlichen Daten,
- beantragte Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden sollen, möglichst mit Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung und unterteilt nach den jeweiligen Leistungsbereichen,
- mögliche beteiligte Leistungsträger, konkret benannt mit Adresse und Ansprechpartner,
- bereits vorliegende Leistungsbescheide, die möglichst auch in Kopie dem Antrag beigefügt werden sollten,
- die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes (z.B. in Bezug auf die Form der Leistungsbeschaffung) durch die Antrag stellende Person und Hinweise zu weiteren Leistungsansprüchen, die neben dem Persönlichen Budget bestehen,
- das weitere Procedere und
- die Einverständniserklärung und das Widerspruchsrecht der Antrag stellenden Person im Zusammenhang mit dem Sozialdatenschutz.

Der Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget verbleibt beim Beauftragten, die beteiligten Leistungsträger und die Antrag stellende Person erhalten eine Kopie.

Leistungsbewilligung

Wie vor jeder Leistungsbewilligung ist auch vor der Bewilligung einer Leistung in Form des Persönlichen Budgets vom Kostenträger u.a. zu prüfen, ob der Antragsteller einen rechtlichen Anspruch auf die Leistung hat. Dieser besteht, wenn der Antragsteller die Voraussetzungen für die Leistungsbewilligung, die sich aus den Vorschriften des jeweiligen Leistungsgesetzes ergeben, erfüllt.

Das Persönliche Budget ist so zu bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt werden kann. Um den Bedarf im Einzelfall feststellen, muss von den notwendig werdenden Sachleistungen ausgegangen werden. Es ist also zu prüfen, auf welche Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, auf welche Pflegeleistungen und auf welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Antragsteller angewiesen ist.

Bestimmung und Rolle des Beauftragten

Nach § 17 Abs. 4 SGB IX ist der nach § 14 SGB IX zuständige der beteiligten Leistungsträger grundsätzlich Beauftragter und damit für die trägerübergreifende Koordinierung der Leistungserbringung verantwortlich.

Diese Regelung gilt auch für Anträge auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets, die bei einer Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation gestellt werden. Hier ist im Grundsatz der Rehabilitationsträger der Beauftragte, dem die Gemeinsame Servicestelle zugeordnet ist. Dies gilt aber nur dann, wenn dieser Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX zuständig und mit einer Teilleistung am Persönlichen Budget beteiligt ist. Ist dies nicht der Fall, leitet der Rehabilitationsträger bzw. die Gemeinsame Servicestelle den Antrag nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX innerhalb von zwei Wochen an den aus seiner/ihrer Sicht zuständigen Leistungsträger weiter mit der Folge, dass dieser zweitangegangene Träger Beauftragter wird, das Bedarfsfeststellungsverfahren durchführt, den Gesamtverwaltungsakt erlässt und die Leistung erbringt.

Die Rolle des Beauftragten umfasst im gesamten Verfahren von der Beantragung bis zum Bescheid und ggf. einschließlich Widerspruch und Klage sowohl die Erstellung des Bescheides (auf der Grundlage der Stellungnahmen der beteiligten Träger; vgl. auch § 89 Abs. 5 SGB X) über noch festzustellende Grundansprüche auf Leistungen (das „ob“ der Leistung) als auch die Funktion der Ermittlung, Ausführung und Koordination der Leistungsform des Persönlichen Budgets (das „wie“ der Leistung). Ausgenommen davon sind insbesondere Statusfeststellun-

gen durch Dritte (z.B. bei einem Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung). Hier berät und unterstützt der Beauftragte die Antrag stellende Person.

Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren

Trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren sind so zu gestalten, dass sie eine umfassende, nahtlose, zügige, einheitliche und wirtschaftliche Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ermöglichen. Das Bewilligungsverfahren für ein Persönliches Budget wird in der Budgetverordnung (BudgetV) näher geregelt. Nach der Budgetverordnung kommen dem mit dem Bewilligungsverfahren beauftragten Leistungsträger folgende Aufgaben zu:

- er unterrichtet unverzüglich die an der Komplexeleistung beteiligten Leistungsträger,
- er holt von ihnen Stellungnahmen zum Bedarf und zur Höhe des Budgets, zum Inhalt der Zielvereinbarung sowie zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf ein,
- gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten, und falls erforderlich mit den an der Komplexeleistung beteiligten Leistungsträgern, werden die Ergebnisse der getroffenen Feststellungen besprochen,
- er schließt mit dem Leistungsberechtigten eine Zielvereinbarung ab.

Die Zielvereinbarung dient dazu, die Verwendung des Persönlichen Budgets so zu steuern, dass die festgelegten Teilhabeziele erreicht werden. In der Zielvereinbarung sind deshalb nach § 4 BudgetV mindestens Regelungen zu treffen über

- die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele
- die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie
- die Qualitätssicherung.

Erlass des Gesamtverwaltungsaktes und Leistungserbringung durch den Beauftragten

Der zuständige und nach § 17 Abs. 4 SGB IX Beauftragte der am Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger erlässt den Gesamtverwaltungsakt im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger und erbringt die Leistung (§ 17 Abs. 4 SGB IX).

Dabei gelten die Regelungen über den gesetzlichen Auftrag in § 93 i.V.m. § 89 Abs. 3 und 5 sowie § 91 Abs. 1 und 3 SGB X.

Zwingende Voraussetzung für den Erlass des Gesamtverwaltungsaktes durch den Beauftragten ist nach § 3 Abs. 5 Satz 1 BudgetV der Abschluss einer Zielvereinbarung im Sinne des § 4 BudgetV (vgl. Kapitel 7).

Erlässt der Beauftragte den Gesamtverwaltungsakt im Ausnahmefall, ohne dass zuvor eine Zielvereinbarung abgeschlossen wurde, handelt es sich um einen rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsakt (nicht etwa um einen nichtigen nach § 40 SGB X), der nach Maßgabe der Vorschriften des § 45 SGB X zurückzunehmen ist.

Der Gesamtverwaltungsakt enthält neben den persönlichen Daten mindestens

- die im Rahmen des Persönlichen Budgets bewilligten Leistungen,
- die Angabe der beteiligten Leistungsträger,
- die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen,
- die Höhe des monatlichen Zahlbetrages,
- den (jeweiligen) Leistungs-/Zahlungsbeginn,
- die Dauer der Zahlung (ggf. Befristung bzw. unterschiedliche Leistungsdauer einzelner Leistungen),
- die Bankverbindung,
- den Hinweis, dass mit der Auszahlung oder Ausgabe des Gutscheins an den Budgetnehmer dessen Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insoweit erfüllt ist,
- die Auflage, die Maßnahmen der Zielvereinbarung einzuhalten,
- Hinweise zum Recht auf Kündigung der Zielvereinbarung,
- Hinweise zum Leistungsende bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses und Ende von Grundansprüchen,
- die Rechtsbehelfsbelehrung.

Der Beauftragte erbringt die festgestellte Gesamtleistung in Form eines Persönlichen Budgets. Der Budgetnehmer erhält damit seine Leistungen „wie aus einer Hand“. Laufende Geldleistungen werden monatlich im Voraus an den Budgetnehmer ausgezahlt (§ 3 Abs. 5 S. 3 BudgetV).

Aufhebung/Widerruf des Gesamtverwaltungsaktes

Der Budgetnehmer ist für die Dauer von sechs Monaten an seine Entscheidung, Leistungen in Form des Persönlichen Budgets in Anspruch zu nehmen, gebunden (§ 17 Abs. 2 S. 5 BudgetV). Allerdings können der Budgetnehmer und der Beauftragte die Zielvereinbarung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung nicht

zumutbar ist (§ 4 Abs. 2 BudgetV). Ein wichtiger Grund kann für den Budgetnehmer insbesondere in der persönlichen Lebenssituation liegen. Für den Beauftragten kann ein wichtiger Grund dann vorliegen, wenn der Budgetnehmer die Vereinbarung, insbesondere hinsichtlich des Nachweises der Bedarfsdeckung und der Qualitätssicherung, nicht einhält (§ 4 Abs. 2 S. 3 BudgetV).

Im Falle der Kündigung wird der Verwaltungsakt über die Bewilligung des Persönlichen Budgets aufgehoben. Unabhängig von der Kündigung der Zielvereinbarung durch einen Vereinbarungspartner und damit der Beendigung der Leistungsform Persönliches Budget besteht der Leistungsanspruch weiter und wird dann in der Regel als Sachleistung erfüllt.

Weitere Details zum dargestellten Prozedere sowie Beispiele für budgetfähige Leistungen finden sich in den auf Ebene der BAR erarbeiteten Handlungsempfehlungen *„Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“* vom 1. April 2009.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (§ 84 SGB IX)

Alle Arbeitgeber in Deutschland sind durch Gesetz aufgefordert, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Diese Regelung eröffnet frühzeitig präventive Handlungsmöglichkeiten für alle Beschäftigten. Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen einschließlich der Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderungen nachhaltig zu sichern. Wenn auch § 84 im 2. Teil des SGB IX – Schwerbehindertenrecht – verortet ist, gilt er nicht nur für Schwerbehinderte, sondern für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sind, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und damit die Lebensarbeitszeit von Arbeitnehmern zu verlängern, Schwierigkeiten bei der Beschäftigung zu vermeiden bzw. frühzeitig zu beheben sowie langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und damit der Gefahr einer Ausgliederung entgegen zu wirken. Dafür klären der Arbeitgeber, die betriebliche Interessenvertretung, die Schwerbehindertenvertretung und der Werks- oder Betriebsarzt gemeinsam mit der betroffenen Person, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Reichen betriebsinterne Maßnahmen nicht aus, kommen Unterstützungsleistungen durch einen Rehabilitationsträger im Betrieb (z.B. Zuschüsse für Arbeitshilfen), außerbetriebliche Maßnahmen (z.B. medizinische Leistungen zur Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie etwa berufliche Qualifizierungsmaßnahmen etc.) oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht.

In diesen Fällen werden vom Arbeitgeber die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Die Gemeinsamen Servicestellen verstehen sich dabei als Partner der Betriebe im Sinne einer Lotsenfunktion. Als Anlaufstelle vermitteln sie die umfassende Beratung von Betrieben über die gesetzlichen Grundlagen und die Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und wirken darauf hin, dass alle erforderlichen Leistungen und Hilfen unverzüglich beantragt und erbracht werden. Bei Bedarf unterstützen die Gemeinsamen Servicestellen vor Ort die Arbeitgeber beim Erarbeiten betrieblicher Lösungen zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

Wie läuft ein betriebliches Eingliederungsmanagement ab?

1. Handlungsbedarf besteht nach § 84 SGB IX spätestens nach der im Gesetz genannten Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Klärungsbedarf besteht allerdings darüber hinaus in allen Fällen, in denen erkennbar wird, dass der Arbeitsplatz aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr angemessen ist.
2. Der Arbeitgeber nimmt Kontakt mit dem betroffenen Mitarbeiter/der Mitarbeiterin auf, um die Möglichkeiten für deren/dessen weiteren Einsatz abzuklären.
3. Besteht Handlungsbedarf, schaltet der Arbeitgeber die betriebliche Arbeitnehmervertretung ein, bei schwerbehinderten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern die Schwerbehindertenvertretung.
4. Nach Erfassung der Ausgangssituation werden die erforderlichen Maßnahmen bzw. Leistungen für eine schnelle Rückkehr in den Betrieb bzw. für eine langfristige Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit eingeleitet.

Weitere Informationen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement können Sie dem Flyer der BAR „*Hilfestellung für Unternehmen zum BEM*“ bzw. der „*Handlungsempfehlung des Landschaftsverbandes Rheinland*“ entnehmen.

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat umfangreiche Handlungshilfen und edv-gestützte Materialien zum Gesundheitsmanagement für Betriebe mit mehr als 50 Mitarbeitern auf ihrer *Homepage* zusammengestellt. Darüber hinaus sind praxisorientierte Arbeitshilfen/Handlungsanleitungen u.a. über das Internet zu erhalten bei dem Zentrum Bayern Familie und Soziales, beim Landschaftsverband Rheinland oder dem DGB-Bundesverband.

4. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind:

- die Ortskrankenkassen,
- die Betriebskrankenkassen,
- die Innungskrankenkassen,
- die Ersatzkassen,
- die landwirtschaftlichen Krankenkassen und
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt sich aus §§ 5 ff. SGB V.

Versicherte Person in der GKV ist man aufgrund

- Versicherungspflicht kraft Gesetzes (§ 5 SGB V),
- Versicherungsberechtigung (Freiwillige Versicherung) (§ 9 SGB V),
- Familienversicherung (§ 10 SGB V).

Die Versicherungsfreiheit ergibt sich für Personen nach §§ 6 - 8 SGB V.

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können nach §§ 173 ff. SGB V ihre Krankenkasse wählen. Die jeweilige gesetzliche Krankenkasse ist grundsätzlich für alle Menschen zuständig, die bei ihr versichert sind. Eine Wartezeit wird nicht gefordert. Der Leistungsanspruch endet mit dem Ende der Versicherung. Ggf. besteht noch ein nachgehender Leistungsanspruch für längstens einen Monat.

Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung gelten nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG1989) abweichende Sonderbestimmungen zur

Versicherungspflicht und Krankenkassenwahl. Für nähere Einzelheiten wird im Bedarfsfall die Kontaktaufnahme mit der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse empfohlen.

Die Krankenkassen haben für bestimmte nicht krankenversicherte Leistungsempfänger nach dem SGB VIII und SGB XII sowie AsylbLG auftragsweise die Krankenbehandlung zu übernehmen (§ 264 Abs. 2 SGB V), vgl. "*Gemeinsame Erläuterungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16.12.2003 zu der Ersten Gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V vom 13.11.2003*", Seite 162.

Die Leistungen im Einzelnen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sofern diese notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V, § 4 Abs. 1 SGB IX). Der Anspruch umfasst in diesem Zusammenhang auch unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation handelt es sich um Komplexleistungen im Sinne des § 26 Abs. 2 SGB IX, die sowohl ambulant (einschließlich mobil) oder stationär durchgeführt werden können. Sie können indikationsspezifisch, d.h. krankheitsbezogen z.B. als kardiologische oder orthopädische Rehabilitation oder indikationsübergreifend typischerweise als geriatrische Rehabilitation erbracht werden. Für die Zielgruppen Mütter/Väter, Mutter/Vater-Kind, Kinder und Jugendliche stehen spezielle Rehabilitationsangebote zur Verfügung.

Nähere Informationen siehe z.B.

- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation,*
- *Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation,*
- *Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation,*

- *RPK-Empfehlungsvereinbarung,*
- *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker,*
- *Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche,*
- *Anforderungsprofile für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V erbringen.*

Die medizinischen Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung sind gegenüber den Leistungen der Rentenversicherung und der Unfallversicherung nachrangig (vgl. § 11 Abs. 5, § 40 Abs. 4, § 41 Abs. 2, § 42 SGB V). Ausnahmen bestehen zu Leistungen der Rentenversicherung nach § 31 SGB VI (Kinder-Heilbehandlung, Ca-Nachsorge).

Voraussetzungen:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Positive Rehabilitationsprognose bezogen auf das angestrebte Rehabilitationsziel (kann das Rehabilitationsziel durch die Maßnahme erreicht werden?)

vgl. *Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005*

Leistungsumfang:

Die Krankenkasse bestimmt aufgrund der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls – ggf. nach Einholung eines Gutachtens durch den Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) (§ 275 SGB V) – Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung sowie die Rehabilitationseinrichtung. Der Leistungsanspruch umfasst Behandlung, Verpflegung und ggf. Unterkunft in bzw. ambulant durch eine Rehabilitationseinrichtung. (Wählt der Versicherte eine andere stationäre zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.) Zeitgleich können ergänzende Leistungen erbracht werden, z.B. Krankengeld, Reisekosten (§§ 44 ff. SGB V, § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 53 Abs. 1 bis 3 SGB IX), Haus-haltshilfe (§ 38 SGB V, § 54 SGB IX).

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann eine Begleitperson bei der An- und Abreise oder die Mitaufnahme einer Begleitperson gem. § 11 Abs. 3 SGB V erforderlich sein.

vgl. *Kapitel 5.4. der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005*

Leistungsdauer (§ 40 Abs. 3 S. 1 bis 3 SGB V):

Leistungen sollen bei der stationären Rehabilitation längstens für drei Wochen bzw. bei der ambulanten Rehabilitation längstens für 20 Behandlungstage erbracht werden. Bei Kindern bis

zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt die Leistungsdauer in der Regel vier bis sechs Wochen. Wenn es aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist, ist auch eine Verlängerung der Leistungsdauer möglich. Bei bestimmten Erkrankungen ist grundsätzlich von einer längeren Dauer auszugehen, z.B. bei Abhängigkeitserkrankungen.

Wiederholung der Maßnahme (§ 40 Abs. 3 S. 4 SGB V):

Die Leistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden. Eine Ausnahme dieser Regelung besteht, wenn die Leistung aus medizinischen Gründen vor Ablauf von vier Jahren dringend erforderlich ist. Auf die 4-Jahres-Frist sind Leistungen anzurechnen, die unter derselben Zielsetzung erbracht wurden, insbesondere medizinische Rehabilitationsleistungen nach §§ 40 und 41 SGB V durch die Krankenversicherung, medizinische Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherung (§ 15 SGB VI) einschließlich sonstiger Rehabilitationsleistungen nach § 31 SGB VI und Heilbehandlungen der Unfallversicherung. Medizinische Vorsorgeleistungen sind dagegen nicht auf die 4-Jahres-Frist anzurechnen.

Zuzahlung (§ 40 Abs. 6 SGB V):

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen grundsätzlich Zuzahlungen in Höhe von 10,00 € je Kalender- bzw. Behandlungstag leisten. Bei der Anschlussrehabilitation müssen die Versicherten längstens für 28 Tage eine Zuzahlung leisten (§ 40 Abs. 6 SGB V). Hierbei sind die im laufenden Kalenderjahr gezahlten Zuzahlungsbeträge an die Rentenversicherungsträger und an eine Krankenkasse anzurechnen. Wenn die besonderen Voraussetzungen nach § 40 Abs. 7 SGB V erfüllt sind (Indikationen für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gem. § 40 Abs. 7 SGB V vom 16.10.1997), ist eine Zuzahlung auch für längstens 28 Tage zu erbringen. Die Höhe der Zuzahlung ist begrenzt durch die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V.

Anschlussrehabilitation

Von einer Anschlussrehabilitation (AR) ist unabhängig von der Indikation auszugehen, wenn die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung beginnt und ein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen beiden Maßnahmen besteht.

Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn aus medizinischen Gründen und/oder aus zwingenden tatsächlichen Gründen (z.B. Kapazitätsgründe) eine unmittelbare Aufnahme zur Rehabilitation noch nicht möglich ist; dabei soll ein Zeitraum von sechs Wochen nicht überschritten werden.

Rehabilitationsmaßnahmen, die im Rahmen von gesondert vereinbarten Anschlussrehabilitations- oder Anschlussheilbehandlungsverfahren (AR-/AHB-Verfahren) auf der Grundlage der AHB-Indikationsliste durchgeführt werden, zählen auch zur Anschlussrehabilitation.

Medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V)

Für in aktueller Erziehungsverantwortung stehende Mütter und Väter besteht ein spezielles Rehabilitationsangebot.

Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 41 SGB V unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken, Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe von Müttern/Vätern im Rahmen stationärer Rehabilitationsleistungen unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) besonders berücksichtigt werden.

Nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 Abs. 4 SGB V ist auch bei Leistungen nach § 41 SGB V die vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers zu prüfen.

Mutter/Vater-Kind-Leistungen

Die Leistungen nach § 41 SGB V können auch als Mutter/Vater-Kind-Leistung erbracht werden.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)

Ziel der Arbeitstherapie (Leistungsstraining durch Elemente der Ergotherapie) ist die Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden. Wichtige Faktoren dieses Leistungsstrainings sind Arbeitsqualität und Arbeitstempo. Bei der Arbeitstherapie werden insbesondere die Belastbarkeit und Konzentration, die Anpassungs- und Ausdauerfähigkeit, die Teamfähigkeit, die Gewöhnung an feste Zeitstrukturen und das Erfassen von komplexen Arbeitsvorschriften gefördert. Die Arbeitstherapie kommt in Betracht nach schweren Unfallverletzungen, bei Mehrfachbehinderten und psychisch Kranken, sofern das körperliche, psychische und intellektuelle Leistungsvermögen so gravierend gestört ist, dass eine berufliche Wiedereingliederung noch nicht möglich ist.

Die Belastungserprobung dient in der Regel nach Abschluss der Arbeitstherapie der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen und sozialen Leistungs- bzw. Anpassungsfähigkeit des Patienten. Beurteilt werden hierdurch auch die Chancen einer beruflichen Eingliederung sowie die dauerhafte Belastbarkeit im Arbeitsleben.

Wenn eine Belastungserprobung oder Arbeitstherapie im Rahmen einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation stattfindet, ist sie Bestandteil dieser Maßnahme. Die Belastungserprobung oder Arbeitstherapie durch die Krankenkasse ist nachrangig gegenüber den Rehabilitationsleistungen anderer Sozialleistungsträger.

Die Belastungserprobung und Arbeitstherapie sind von der Ergotherapie, die vom Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnet werden kann, zu unterscheiden (vgl. *Heilmittelrichtlinien des G-BA*).

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V)

Ergänzende Leistungen werden „neben“ oder im „Anschluss“ an eine Haupt-Rehabilitationsleistung (z.B. ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistung) erbracht.

Ergänzende Leistungen sind:

Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX)

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten des ärztlich verordneten Rehabilitationssports für 50 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten, bei bestimmten Indikationen für 120 Übungseinheiten innerhalb von 36 Monaten. Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen werden 90 Übungseinheiten innerhalb von 30 Monaten finanziert. Unter bestimmten Voraussetzungen sind im Einzelfall Folgeverordnungen möglich.

Für das ärztlich verordnete Funktionstraining übernehmen die Krankenkassen in der Regel die Kosten für zwölf Monate, bei bestimmten Indikationen für 24 Monate. Ggf. kommen auch beim Funktionstraining im Einzelfall Folgeverordnungen in Betracht.

vgl. *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.10.2003 i.d.F. vom 01. Januar 2007*

Reisekosten (§ 60 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 53 SGB IX)

Im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation werden erforderliche Reisekosten übernommen. Hierzu gehören die

- Fahr- und Transportkosten,
- Kosten für Verpflegung und Übernachtung innerhalb festgesetzter Beträge,
- Kosten für Transport von 2 Gepäckstücken,
- Kosten für monatlich 2 Familienheimfahrten nach Ablauf einer Rehabilitationsdauer von acht Wochen.

Die Kostenübernahme gilt für Patienten sowie gegebenenfalls für eine wegen einer Behinderung erforderliche Begleitperson. Die Versicherten haben hierzu keine Zuzahlungen zu leisten. Die Entfernungspauschale nach § 53 Abs. 4 SGB IX gilt nicht, da § 60 Abs. 5 SGB V nur Leistungen nach § 53 Abs. 1-3 SGB IX vorsieht.

Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten (§ 54 SGB IX i.V.m. § 38 SGB V)

Nach § 38 SGB V wird Haushaltshilfe geleistet, wenn

- dem Leistungsempfänger wegen der Teilnahme an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
- eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Darüber hinaus kann Haushaltshilfe auch in anderen, speziell in der Satzung aufgeführten Fällen erbracht werden. Die Erbringung der Leistung erfolgt grundsätzlich als Dienstleistung (Haushaltshilfekraft) durch Vertragspartner der Krankenkasse. Wenn der Versicherte keine von der Krankenkasse gestellte Haushaltshilfe wünscht, erfolgt eine Erstattung der für die Ersatzkraft aufgewendeten Kosten in angemessener Höhe. Bei Verwandten und Verschwägerten Ersatzkräften bis zum 2. Grad kann eine Kostenerstattung nur für den Verdienstaufschlag und Fahrkosten erfolgen, wenn diese in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr haben eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Haushaltshilfekosten, je Tag aber mindestens 5,00 € und höchstens 10,00 € zu tragen.

Kommt eine Mitnahme des Kindes an den Rehabilitationsort in Betracht, weil eine anderweitige Betreuung nicht sicher gestellt werden kann, kann die Krankenkasse an Stelle der Haushaltshilfe die Kosten der Unterbringung am Rehabilitationsort bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernehmen (§ 54 Abs. 2 SGB IX).

Kinderbetreuungskosten gem. § 54 Abs. 3 SGB IX kommen nur in Betracht, wenn Haushaltshilfe nicht erbracht wird. Sie können übernommen werden, wenn aufsichtsbedürftige Kinder

betreut werden müssen, weil ansonsten eine Teilnahme an der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht möglich ist. Hierfür können bis zu 130,00 € monatlich je Kind übernommen werden.

Betriebs- und Haushaltshilfe der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Betriebs- und Haushaltshilfe ist in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine der wichtigsten Sozialleistungen. Für landwirtschaftliche Unternehmer ist es unerlässlich, dass bei ihrem Ausfall das Unternehmen weiterläuft. Mit der Stellung einer Ersatzkraft wird, soweit möglich, die Weiterführung des landwirtschaftlichen Unternehmens und damit die Erhaltung der Einkommensgrundlage sichergestellt. Da der Haushalt in der Landwirtschaft eng mit dem Betrieb verknüpft ist, dient die Haushaltshilfe ebenfalls der Aufrechterhaltung des Betriebes. Betriebs- oder Haushaltshilfe wird dann erbracht, wenn die Hilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist und keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden; die Leistungen sind an den Ausfall des landwirtschaftlichen Unternehmers oder seines versicherten mitarbeitenden Ehegatten gebunden. Das Unternehmen muss grundsätzlich die Mindestgröße im Sinne der Alterssicherung der Landwirte erreichen.

Die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) kann Betriebs- oder Haushaltshilfe erbringen bei Ausfall

- des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
- des versicherten mitarbeitenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners oder
- des versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er die Aufgaben des landwirtschaftlichen Unternehmers, des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners des Unternehmers ständig wahrnimmt.

Betriebs- oder Haushaltshilfe kommt in Betracht:

- Während einer von der LKK übernommenen Krankenhausbehandlung, einer ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung für längstens drei Monate. Die Satzung der LKK kann vorsehen, dass Betriebs- oder Haushaltshilfe bei Krankenhausbehandlung oder stationärer Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung auch darüber hinaus erbracht wird, wenn besondere Verhältnisse im Unternehmen dies erfordern.
- Bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit in der Regel bis zur Dauer von vier Wochen. Bei besonderen Verhältnissen im Unternehmen kann die Leistungsdauer verlängert werden.
- Während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht, bei Mehrlings- oder Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung. Bis zum Beginn

von sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung ist weitere Voraussetzung, dass Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist.

Die LKK erbringt außerdem Haushaltshilfe für sonstige Versicherte (z.B. freiwillig Versicherte oder Rentner), wenn z.B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind unter zwölf Jahren oder ein behindertes Kind lebt. Ferner wird Haushaltshilfe erbracht, wenn wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Satzung der LKK kann Haushaltshilfe in weiteren Fällen vorsehen. In bestimmten Fällen ist für jeden Tag der Inanspruchnahme eine Zuzahlung an die LKK zu entrichten. Eine Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung kommt nur bei Überschreiten der persönlichen Belastungsgrenze in Betracht.

Grundsätzlich wird von der LKK eine Ersatzkraft gestellt. Dabei kann es sich um Beschäftigte der landwirtschaftlichen Sozialversicherung handeln oder aber um Ersatzkräfte anderer Stellen, mit denen die landwirtschaftliche Sozialversicherung eine Vereinbarung geschlossen hat (z.B. Maschinenring). Wenn keine Ersatzkraft gestellt werden kann oder ein Grund besteht, davon abzusehen (z.B. Sonderkulturen, mit deren Pflege die zur Verfügung stehenden Ersatzkräfte nicht vertraut sind oder wenn nur ein stundenweiser Einsatz erforderlich ist), können die Kosten für eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft erstattet werden. Hierbei gelten Höchstbeträge. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad werden Einsatzkosten nicht erstattet; nachgewiesene Fahrkosten und Verdienstausschlag (z.B. unbezahlter Urlaub) können in begrenztem Umfang erstattet werden.

Anträge auf Betriebs- oder Haushaltshilfe müssen vor Einsatzbeginn gestellt werden. Es genügt, wenn der Antrag zunächst formlos vorab gestellt wird, z.B. telefonisch oder per Telefax. In diesem Fall müssen die notwendigen Unterlagen – Formularantrag, ggf. ärztliche Bescheinigung (z.B. bei Arbeitsunfähigkeit) – innerhalb von 14 Tagen nach Einsatzbeginn bei der landwirtschaftlichen Alterskasse vorliegen. Bei verspätetem Antrag entstehen Nachteile. So werden Kosten für den Einsatz einer Ersatzkraft vor der (ggf. formlosen) Antragstellung nicht und – falls die vorgenannte 14 Tage Frist versäumt wird – erst ab Eingang der notwendigen Unterlagen erstattet

Patientenschulungen für chronisch Kranke und deren Angehörige (§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)

Krankenkassen können medizinisch erforderliche Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen. Dabei handelt es sich um interdisziplinäre, informations-, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahmen, die grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden. Patientenschulungen sind indikationsbezogen und dienen der Verbesserung des Selbstmanagements, um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu vermeiden, z.B. bei Adiposi-

tas, Neurodermitis, Asthma/COPD. Die Leistungsanbieter haben die Wirksamkeit und Effizienz ihrer Programme gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen.

Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen (§ 43 Abs. 2 SGB V)

Bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern, in besonders schwerwiegenden Fällen auch bei Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sind nach Krankenhausbehandlung oder stationärer Rehabilitation notwendige Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen zu erbringen, wenn dadurch die Krankenhausbehandlung verkürzt oder die anschließende ambulante Behandlung gesichert werden kann. Notwendigkeit besteht bei schwerer Beeinträchtigung und komplexem, schwer zu organisierendem Hilfebedarf, wenn andernfalls eine familiäre Überlastungssituation droht.

Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen umfassen die erforderliche

- Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung
- Koordination der verordneten Leistungen
- Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

vgl. *"Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V" vom 01.04.2009*

Krankengeld (§§ 44 ff. SGB V)

Krankengeld wird für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bzw. während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gezahlt, wenn die Krankenkasse Leistungsträger ist. Es wird für jeden Kalendertag gezahlt. Das Krankengeld wird wegen derselben Krankheit längstens für 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch ruht z.B. während der Entgeltfortzahlung oder des Bezuges von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld.

Das Krankengeld berechnet sich ausschließlich aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt oder bei Selbstständigen mit Anspruch auf Krankengeld aus dem Arbeitseinkommen (§ 47 SGB V, §§ 14, 15 SGB IV). Die Höhe des Krankengeldes entspricht bei Arbeitslosengeld-(1)-Beziehern dem Arbeitslosengeld; ansonsten beträgt es 70 % des Regelentgeltes und ist bei Arbeitnehmern zusätzlich auf 90% des Nettoarbeitsentgeltes begrenzt.

Vom Krankengeld sind ggf. Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zu entrichten. Der Versicherte erhält seinen Beitragsanteil vom Auszahlungsbetrag abgezogen.

Bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen kann die Berechnung des Krankengeldes und die Höchstanspruchsdauer aufgrund besonderer gesetzlicher Bestimmungen (KVLG1989) abweichen; für nähere Einzelheiten wird im Bedarfsfall die Kontaktaufnahme mit der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse empfohlen.

vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger "Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes" vom 29.11.2005*

Früherkennung und Frühförderung (§ 30 SGB IX i.V.m. Frühförderungsverordnung)

Bei entsprechendem Bedarf werden medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung nach § 30 SGB IX erbracht, dabei anteilig zu Lasten der Krankenkassen. Die Komplexleistung Frühförderung umfasst

- Beratung der Erziehungsberechtigten,
- Leistungen unter ärztlicher Verantwortung, auch nichtärztlicher sozialpädagogischer Art, wenn sie erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen (§ 43a SGB V)
- Medizinische Leistungen, insbesondere ärztliche Behandlung, Heilmittel (§§ 28 ff. SGB V)
- Heilpädagogische Leistungen (§ 56 SGB IX).

Einzelheiten ergeben sich aus der *Frühförderungsverordnung*

5. Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Zum 01.01.2005 trat die Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung in Kraft. Durch die Organisationsreform wurden u.a. die Zuständigkeiten innerhalb und außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung neu organisiert. Des Weiteren wurden die Träger neu benannt und teilweise zusammengelegt.

bis zum 30.09.2005:	seit 01.10.2005:
Landesversicherungsanstalten	Regionalträger der deutschen Rentenversicherung
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte/Verband Deutscher Rentenversicherungsträger	Deutsche Rentenversicherung Bund
Bundesknappschaft	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft - Bahn - See
Seekasse	
Bahnversicherungsanstalt	
Landwirtschaftliche Alterskassen.	Landwirtschaftliche Alterskassen.

Tabelle 2: Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher „Berufsförderung“) (nicht: landwirtschaftliche Alterskassen),
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
- Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI (Nachsorgeleistungen, stationäre Heilbehandlung für Kinder, Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen).

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Versicherte Person in der gesetzlichen Rentenversicherung wird man aufgrund

- Versicherung kraft Gesetzes
 - Beschäftigte (§ 1 SGB VI),
 - Selbstständig Tätige (§ 2 SGB VI),
 - Sonstige Versicherte (§ 3 SGB VI),
 - Versicherung auf Antrag (§ 4 SGB VI),
- Freiwillige Versicherung auf Antrag (§ 7 SGB VI),
- Nachversicherung, Versorgungsausgleich, Rentensplitting (§ 8 SGB VI).

Welche Personen versicherungsfrei bzw. von der Versicherungspflicht befreit sind, ergibt sich aus §§ 5, 6 SGB VI.

Die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung ist gegeben, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) sowie die persönlichen Voraussetzungen (§10 SGB VI) erfüllt sind und keine Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI vorliegen.

Für die landwirtschaftlichen Alterskassen gelten systemspezifische Besonderheiten.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur *medizinischen Rehabilitation* liegen vor, wenn der Versicherte:

- die Wartezeit von 15 Jahren mit Beitrags- und Ersatzzeiten (§ 244 Abs. 2 SGB VI) oder Zeiten aus einem Versorgungsausgleich oder Zuschläge aus pauschal versicherten 400 €-Jobs erfüllt hat oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht oder
- in den letzten zwei Jahren vor Antragsstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit hat oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat oder
- nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist oder
- vermindert erwerbsfähig oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist und die allgemeine Wartezeit (fünf Jahre mit Beitrags- und Ersatzzeiten, Zeiten aus einem Versorgungsausgleich, Zuschläge aus pauschal versicherten 400 €-Jobs - § 244 SGB VI -) erfüllt ist.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur *Teilhabe am Arbeitsleben* liegen vor, wenn der Versicherte:

- die Wartezeit von 15 Jahren mit Beitrags- und Ersatzzeiten (§ 244 Abs. 2 SGB VI) oder Zeiten aus einem Versorgungsausgleich oder Zuschläge aus pauschal versicherten 400 €-Jobs erfüllt hat oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht oder
- ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- für eine voraussichtliche erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an die medizinische Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom Träger der Rentenversicherung benötigt.

Die Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten dann als Versicherte.

Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI)

Leistungen zur Teilhabe werden nicht zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht für Versicherte, die

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,
- eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben,
- eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
- als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind,
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird (z.B. Vorruhestandsgeld, Altersteilzeit in der Freistellungsphase),
- sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind. Dies gilt nicht für Versicherte im erleichterten Strafvollzug bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitig Leistungen aus medizinischen Gründen dringend erforderlich sind.

Persönliche Voraussetzungen (§ 10 SGB VI)

Leistungen zur Teilhabe erhält ein Versicherter oder Bezieher einer Erwerbsminderungsrente, wenn eine Krankheit oder Behinderung und dadurch bedingt eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht und zu erwarten ist, dass

- die erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Die Leistungen im Einzelnen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Allgemeine medizinische Rehabilitation (§§ 26 –31 SGB IX i. V. m. § 15 SGB VI)

Die häufigste Rehabilitationsleistung ist die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (stationäre Heilbehandlung). Sie dauert in der Regel drei Wochen; Verlängerungen oder Verkürzungen sind im Hinblick auf das Rehabilitationsziel möglich. Eine Wiederholung ist im Abstand von vier Jahren möglich. Wenn es aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, kann eine erneute Rehabilitation aber auch schon früher durchgeführt werden.

Abgestimmt auf das individuelle Krankheitsbild wird in einer Spezialklinik eine gezielte Behandlung durchgeführt. Hierfür stehen eigene Kliniken der Rehabilitationsträger und zahlreiche weitere Vertragshäuser zur Verfügung.

Oft sind es chronische Erkrankungen, die Rehabilitationsleistungen erforderlich machen. Hierzu zählen körperliche und psychosomatische, aber auch Abhängigkeitserkrankungen. Sie alle

können im Rahmen der Rehabilitation erfolgreich therapiert werden. Voraussetzung ist dabei immer die aktive Mitarbeit des Patienten.

Zur Behandlung während des Reha-Aufenthaltes gehören insbesondere aktive Bewegungstherapie sowie Massagen, Bäder und eine besondere Betreuung, alles individuell auf die Erkrankung abgestimmt. Die Patienten werden zur Eigeninitiative motiviert. Sie lernen - angeleitet von Ärzten und Therapeuten - einen neuen gesünderen Lebensstil und Freude an der Bewegung. Ziel ist es, die Krankheit zu bewältigen, oder zumindest zu lernen, besser mit ihr umzugehen. Die Krankheit soll die berufliche Zukunft nicht zerstören.

Neben der Möglichkeit, die Heilbehandlung stationär durchzuführen, kann die gesetzliche Rentenversicherung auch ganztägig-ambulante Leistungen erbringen. Die Leistungen stehen unter dem Motto "Übernachtet wird zu Hause". Damit ist der wesentliche Unterschied zur stationären Behandlung auch schon deutlich: Die Rehabilitanden halten sich tagsüber im Therapiezentrum auf, wo ihnen auch eine Mittagsmahlzeit angeboten wird. Sie übernachten aber zu Hause und verpflegen sich zum Teil auch selbst. Ambulante Reha-Leistungen kommen in Betracht, wenn der Rehabilitand das Therapiezentrum in max. 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln von seinem Zuhause aus erreichen kann.

Die ärztlichen und therapeutischen Leistungen sind mit denen der stationären Rehabilitation vergleichbar, da auch im ambulanten Bereich auf eine ganzheitliche Behandlung geachtet wird. Das bedeutet unter anderem:

- Betrieb des Reha-Zentrums unter ständiger Verantwortung und Anwesenheit eines Arztes,
- ausreichende Häufigkeit und Intensität der Behandlungen und Anwendungen,
- Behandlung an einem Ort (Reha-Zentrum),
- tägliche mehrstündige intensive Therapie mit den dazugehörigen Ruhepausen,
- medizinische Verlaufskontrollen und abschließende sozialmedizinische Beurteilung,
- Training zur Schmerzbewältigung bzw. Entspannung.
- Weitere Informationen zur ambulanten Rehabilitation:
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation,*
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen,*
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation,*
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen,*
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation,*
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation,*
 - *Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation.*

Anschlussrehabilitation

Eine Anschlussrehabilitation (AHB) ist die in unmittelbarem Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erforderliche weitere Behandlung einer Patientin/eines Patienten in einer besonders spezialisierten Rehabilitationseinrichtung. Mit der AHB soll die ärztlich überwachte Wiederanpassung der Patientin/des Patienten an die Belastungen des Alltags und des Berufslebens erreicht werden. Zwischen der Beendigung des Krankenhausaufenthaltes und dem Antritt der AHB sollen nicht mehr als 14 Tage liegen.

AHB'en können ebenso ganztägig ambulant erbracht werden.

Die gesetzliche Rentenversicherung führt AHB'en nur bei bestimmten Indikationen durch. Der aktuelle AHB-Indikationskatalog ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung abzurufen.

Onkologische Nachsorgeleistungen

Die gesetzliche Rentenversicherung führt gleichberechtigt neben den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung auch Leistungen bei Krebserkrankungen durch. Sie werden als Nach- und Festigungskuren oder onkologische Nachsorgeleistungen bezeichnet und sowohl für Versicherte als auch für Rentner und deren Angehörige (Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder gem. § 3 der Ca-Richtlinien) durchgeführt. Insoweit können auch Leistungen für Nichtversicherte erbracht werden.

Kinderrehabilitation

Die gesetzliche Rentenversicherung führt gleichberechtigt neben den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung auch für nichtversicherte Kinder von Versicherten und Rentnern sowie für nichtversicherte Empfänger einer Waisenrente stationäre Kinderrehabilitation durch. Diese sollen zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung einer beeinträchtigten Gesundheit der Kinder und damit zur Leistungsfähigkeit im Alltag, in der Schule und im späteren Beruf beitragen. Mit geeigneten medizinischen Angeboten sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Kinder später ihre eigene Lebenschance wahrnehmen können. Dazu gehört, dass gerade chronische Erkrankungen im Kindesalter angemessen behandelt werden, um den Kindern später die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu erleichtern. Die wichtigsten Indikationen sind Krankheiten der Atemwege und des Bewegungsapparates. Auch Übergewicht wird sinnvoll bereits im Kindesalter bekämpft, zumal dann, wenn bereits Haltungsschäden oder weitere Folgeerkrankungen eingetreten sind. Aber auch bei schwerwiegenden Erkrankungen - wie beispielsweise Krebs - bieten die Rentenversicherungsträger ihre Hilfe an.

Zur sachgerechten Therapie der Erkrankungen steht ein großes Spektrum gut ausgestatteter Häuser in vielen Regionen Deutschlands zur Verfügung. Kinderrehabilitationen dauern in der

Regel vier Wochen. Wenn es medizinisch notwendig ist, können sie über diesen Zeitraum hinaus verlängert werden. In vielen Kinderrehabilitationseinrichtungen ist auch eine schulische Betreuung durch Schul- oder Stützunterricht sichergestellt; ein zusätzliches Argument, Kinderrehabilitation auch außerhalb der Schulferien durchzuführen. Gerade in der Frühjahrs-, Herbst- und Winterzeit sprechen Ärzte der Kinderrehabilitation einen besonderen therapeutischen Effekt zu.

Machen es das Alter und die Erkrankung des Kindes erforderlich, ist es den Rentenversicherungsträgern möglich, die Kosten für die Mitaufnahme einer Begleitperson (Unterbringung und Verpflegung) in der Einrichtung zu übernehmen; daneben werden auch die Fahrkosten erstattet.

Bei Kinderrehabilitationen besteht keine Zuzahlungspflicht, das gilt auch für die Begleitperson.

Kinderrehabilitationen können bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen bis zum 18. Lebensjahr erbracht werden. Bei weiterer Schul- oder Berufsausbildung oder wenn sie bei körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten bis zum vollendeten 27. Lebensjahr.

Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen ist eine Krankheit, die die Erwerbsfähigkeit bedroht. Bei guten Erfolgsaussichten übernimmt die gesetzliche Rentenversicherung die Kosten für Rehabilitationsleistungen. Eine Entwöhnungsbehandlung kann ambulant in Beratungsstellen durchgeführt werden, wenn sie vom Rentenversicherungsträger als Behandlungsstellen anerkannt sind. Ebenso ist eine stationäre Behandlung in einer Spezialklinik möglich.

Die Dauer eines Klinikaufenthaltes kann im Voraus nicht genau festgelegt werden. Sie richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen. Ziel ist es, mit der Erkrankung so umzugehen, dass ein selbstständiges und abstinentes Leben möglich wird. Dafür ist die aktive Mitarbeit des Versicherten vom ersten bis zum letzten Tag der Behandlung erforderlich. Der feste Wille, ab Beginn der Entgiftung (im Krankenhaus) abstinent zu leben, ist unabdingbar. Ohne Hilfe ist dies schwer durchzuhalten. Deshalb wird von den Patienten erwartet, dass sie sich noch vor einer Entgiftungsbehandlung von einer Beratungsstelle oder der betrieblichen Suchtkrankenhilfe, die dann auch bei der Antragstellung behilflich sein kann, unterstützen zu lassen.

Ob es zu einem stationären Klinikaufenthalt kommt oder ob eine ambulante Behandlung das Richtige ist, richtet sich nach den persönlichen Umständen. Dabei können sich unter Umstän-

den ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Therapieeinheiten abwechseln und ergänzen. In aller Regel schließt sich an die Entwöhnungsbehandlung eine Nachsorge durch Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker) an.

Ambulante Entwöhnungsbehandlung

Zunächst wird immer geprüft, ob eine ambulante Therapie ausreichend ist. Dies besprechen die Suchtberatungsstellen oder die betrieblichen Suchtberatungen mit den Patienten und schlagen es entsprechend vor. Kommt eine ambulante Therapie in Frage, wird diese mindestens sechs und maximal 18 Monate dauern. In dieser Zeit finden wöchentlich ein bis zwei Therapieeinheiten (Einzelgespräche und Gruppenangebote) statt. Ziel ist dabei auch, berufliche Perspektiven zur Wiedereingliederung zu erarbeiten und den Versicherten angemessene Unterstützung und Hilfestellung anzubieten. Weiterführende Informationen können dem *„Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“* entnommen werden.

Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Normalerweise dauert diese Behandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen drei Monate, bei Therapiewiederholungen eventuell auch nur acht Wochen. An eine stationäre Behandlung sollte sich nach Möglichkeit eine ambulante Weiterbehandlung von sechs Monaten Dauer anschließen.

Für Drogenabhängige dauert die stationäre Therapie regelmäßig sechs Monate in der Stammhausphase und bis zu vier Monaten in der Adaptionsphase. Hierbei stehen in der zweiten Phase der Behandlung (Adaption) Aspekte der Integration in das gesellschaftliche und berufliche Leben im Vordergrund. Auch für Drogenabhängige gibt es - zum Beispiel bei Wiederholungsbehandlungen - in geeigneten Fällen die Möglichkeit einer kürzeren Behandlung. Sie dauert dann zwei bis fünf Monate (Stammhaus zuzüglich Adaptionsphase). Nach dem Ende der stationären Therapie sollte auch hier die Behandlung möglichst im ambulanten Rahmen mindestens für ein halbes Jahr fortgesetzt werden.

In geeigneten Fällen können Entwöhnungsbehandlungen auch so durchgeführt werden, dass die Betroffenen abends und am Wochenende nach Hause zurückkehren („ganztägig ambulante“ Therapie). Hierbei muss natürlich die Möglichkeit des Einhaltens der Abstinenz außerhalb der Therapiezeiten gegeben sein. Außerdem ist es erforderlich, dass die Betroffenen eine stabile Wohnsituation nachweisen können.

Kombinationsbehandlungen

Im Übrigen sind alle Formen von kombinierter Therapie (ambulant, ganztägig ambulant und stationär) möglich. Die Therapiedauer und -form soll sich nach den individuellen Erfordernissen richten.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ergibt sich während der Teilnahme an einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation der Rentenversicherung, die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung und schließt diese unmittelbar (innerhalb von 14 Tagen) daran an oder wird die stufenweise Wiedereingliederung während einer ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers begonnen, ist die Rentenversicherung auch für die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zuständig.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI i. V. m. §§ 33 – 38 SGB IX)

Zum gesetzlichen Aufgabenbereich der Rentenversicherung (aber nicht der Alterssicherung der Landwirte) gehören neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufsförderung), um leistungsgeminderte Versicherte dauerhaft in das Erwerbsleben zu integrieren. Eine Standardleistung gibt es dabei allerdings nicht. Vielmehr wird für jeden Einzelfall abhängig vom Alter des Versicherten, von Eignung, Neigung und dem individuellen Leistungsprofil unter Berücksichtigung der konkreten Leistungseinschränkung nach einem geeigneten Weg gesucht.

Das Spektrum der denkbaren Leistungen reicht von Fortbildungsmaßnahmen - aufbauend auf dem bisherigen beruflichen Erfahrungswissen - über Umschulungen in neue Berufe bis hin zu besonderen Integrationsmaßnahmen für ältere Versicherte mit dem Ziel, über die Einbeziehung von betreuten Praktika geeignete Arbeitsplätze zu finden. Auch wird eine Vermittlung in ein neues Arbeitsverhältnis unterstützt, beispielsweise durch Eingliederungszuschüsse an den Arbeitgeber für die Zeit, in der der Versicherte angelernt wird und keine vollwertige Leistung erbringen kann. Während einer bis zu dreimonatigen Probebeschäftigung können auch die gesamten Entgelte einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge übernommen werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es nicht nur für Arbeitslose. Haben Versicherte gesundheitliche Schwierigkeiten und können ihre bisherige Erwerbstätigkeit bei ihrem Arbeitgeber nicht mehr ausüben, kann die Rentenversicherung ebenfalls Hilfestellung leisten. So werden nicht nur Fortbildungslehrgänge für einen Arbeitsplatz mit leichteren Arbeitsbedingungen finanziert. Mit Zuschüssen für Arbeitshilfen oder Spezialeinrichtungen im Betrieb kann der Arbeitsplatz so umgestaltet werden, dass die Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit

higkeit reduziert werden. Dabei ist es auch denkbar, Arbeitsausrüstungen und technische Hilfen, wie beispielsweise Stehhilfen, orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe und ähnliches zu finanzieren.

Wenn Versicherte gesundheitlich beeinträchtigt sind, sollte frühzeitig bei der gesetzlichen Rentenversicherung ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt werden, damit eine ungeeignete Erwerbstätigkeit die Gesundheit nicht noch stärker beeinträchtigt oder das Lebensalter so weit fortgeschritten ist, dass eine Umorientierung in zukunftssträchtige Berufsfelder nicht mehr möglich ist.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Überblick:

- Arbeitsassistenz
- Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen
- Mobilitätshilfen (Reisekosten-, Ausrüstungs-, Fahrkosten-, Trennungskosten-, Übergangs-, Umzugskostenbeihilfe)
- Gründungszuschuss für die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Trainingsmaßnahmen
- Zuschüsse für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang bei berufsbezogener Notwendigkeit
- Kfz-Hilfen:
 - Zuschuss zu den Beförderungskosten
 - Zuschuss zum Erwerb eines Führerscheins
 - Zuschuss zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs einschließlich der Übernahme der Kosten für eine behinderungsbedingt erforderliche Zusatzausrüstung
- Arbeitsplatzvermittlungen und -umsetzungen
- Betriebliche Einarbeitungsmaßnahmen:
 - Beteiligung an Ausbildungs- und Umschulungskosten
 - Eingliederungszuschüsse
 - Zuschüsse für eine befristete Probebeschäftigung
 - Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb
- Abklärung der beruflichen Eignung / Arbeitserprobung
- Berufsvorbereitung:
 - Fernunterricht
 - Vorförderung/Vorschulung
- Anpassung, Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung
- Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (§ 38 a Abs. 2 SGB IX)
- Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (§§ 39, 40, 42 SGB IX):

- Eingangsverfahren (für drei Monate, kann im Einzelfall auf bis zu vier Wochen verkürzt werden)
- Berufsbildungsbereich (bis zu zwei Jahren)
- Ergänzende Leistungen
- Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte
- Prüfungsgebühren, Lernmittel

Link zum Projekt der DRV Bund, in dem modellhaft Beratungsangebote zum Generationenmanagement im Betrieb erprobt werden: *Praxistest: Generationenmanagement im Betrieb*.

Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen

Übergangsgeld (§§ 20 ff. SGB VI i. V. m. §§ 46 ff. SGB IX)

Damit die Rehabilitanden auch während der Rehabilitationsleistung ihren Lebensunterhalt bestreiten können, wird ein Übergangsgeld gezahlt. Es wird grundsätzlich nach den individuellen Verhältnissen (Beitragszahlung zur Rentenversicherung) berechnet. Wenn bis zum Beginn der Rehabilitation oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitslosengeld bezogen wurde, wird das Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen grundsätzlich in Höhe des Arbeitslosengeldes weitergezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II kann Übergangsgeld nur dann gezahlt werden, wenn zuvor Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und daraus Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden. Ist dies nicht der Fall, wird während der Rehabilitationsleistung weiter Arbeitslosengeld II gezahlt.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird das Übergangsgeld wie bei medizinischen Leistungen (mit Ausnahme der Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder aus dem Tarifentgelt ermittelt (Vergleichsberechnung). Fehlt es an einem Tarifentgelt, wird das ortsübliche Entgelt der Vergleichsberechnung zugrunde gelegt.

Die Höhe des Auszahlungsbetrages hängt vom vorhergehenden Nettoeinkommen oder der Entgeltersatzleistung und der familiären Situation ab. Wenn für den Unterhalt von Kindern gesorgt werden muss oder wenn der Rehabilitand pflegebedürftig ist, so dass der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner keine Erwerbstätigkeit ausüben kann oder wenn der Ehepartner pflegebedürftig ist, fällt das Übergangsgeld höher aus. Andere Einkünfte werden angerechnet und können das Übergangsgeld auch mindern.

Dem „Gemeinsamen Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld“ können ausführliche Informationen zum Anspruch und zur Berechnung des Übergangsgeldes entnommen werden.

Das Übergangsgeld gehört nicht zum Leistungsspektrum der Alterssicherung der Landwirte. Um die Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Betriebes und damit auch den Lebensunterhalt sicherzustellen, stellt die Alterskasse unter bestimmten Voraussetzungen eine Betriebs- oder Haushaltshilfe bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft oder bei Tod des Landwirts zur Verfügung.

Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten (§ 54 SGB IX)

Haushaltshilfe wird geleistet, wenn:

- dem Leistungsempfänger wegen der Teilnahme an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist,
- eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Dem „Gemeinsamen Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zur Haushaltshilfe“ können ausführliche Informationen zum Anspruch der Haushaltshilfe entnommen werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Kind auch in die Rehabilitationseinrichtung mitgenommen werden. Außerdem können Kinderbetreuungskosten in Höhe von bis zu 130 € je Kind und Monat gezahlt werden, sofern diese Kosten unvermeidbar durch die Leistung zur Teilhabe entstehen. Kinderbetreuungskosten werden jedoch nicht neben einer Haushaltshilfe übernommen.

Betriebs- und Haushaltshilfe der landwirtschaftlichen Alterskassen

Betriebs- und Haushaltshilfe ist in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine der wichtigsten Sozialleistungen. Für landwirtschaftliche Unternehmer ist es unerlässlich, dass bei ihrem Ausfall das Unternehmen weiterläuft. Mit der Stellung einer Ersatzkraft wird, soweit möglich, die Weiterführung des landwirtschaftlichen Unternehmens und damit die Erhaltung der Einkommensgrundlage sichergestellt. Da der Haushalt in der Landwirtschaft eng mit dem Betrieb verknüpft ist, dient die Haushaltshilfe ebenfalls der Aufrechterhaltung des Betriebes. Betriebs- oder Haushaltshilfe wird dann erbracht, wenn die Hilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist und keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden; die Leistungen sind an den Ausfall des

landwirtschaftlichen Unternehmers oder seines versicherten mitarbeitenden Ehegatten gebunden. Das Unternehmen muss grundsätzlich die Mindestgröße im Sinne der Alterssicherung der Landwirte erreichen.

Betriebs- oder Haushaltshilfe kommt in Betracht:

- Als ergänzende Leistung zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, einer Nach- und Festigungskur oder einer Kinderheilbehandlung (auch für Nebenerwerbslandwirte, wenn ein anderer Kostenträger als die landwirtschaftliche Alterskasse eine Rehabilitationsmaßnahme durchführt) für längstens drei Monate und für eine begrenzte Zeit bei sich anschließender ärztlich verordneter Schonungszeit.
- Während der Arbeitsunfähigkeit wird dem Landwirt, der im Zeitpunkt der Antragstellung pflichtversichert ist, Betriebshilfe in der Regel bis zur Dauer von vier Wochen erbracht, sofern
 1. die Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist und
 2. die Hilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist.

Haushaltshilfe kann in entsprechender Anwendung erbracht werden, wenn die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und dies auf andere Weise nicht sicherzustellen ist. Die Betriebs- oder Haushaltshilfe ist ausgeschlossen, wenn sie durch eine LKK oder LBG erbracht oder nur deshalb nicht erbracht wird, weil diese Träger in ihrer Satzung die Möglichkeiten zur Ausweitung der Leistungsansprüche nicht ausgeschöpft haben oder soweit die Haushaltshilfe von anderen als diesen Trägern der Sozialversicherung kraft Gesetzes oder infolge satzungsmäßiger Ausweitung der Leistungsverpflichtung erbracht wird. Die Dauer ist während einer Arbeitsunfähigkeit bei ambulanter Behandlung auf vier Wochen beschränkt. In Ausnahmefällen besteht eine Verlängerungsmöglichkeit.

Bei Tod des Landwirts kann der hinterbliebene Ehegatte innerhalb von zwei Jahren nach dem Todestag bis zu zwölf Monate Betriebs- oder Haushaltshilfe erhalten, wenn er das Unternehmen als versicherungspflichtiger Landwirt weiterbewirtschaftet. Je nach Höhe des Einkommens ist eine Selbstbeteiligung an den Kosten einer Ersatzkraft zu leisten, die jedoch höchstens 50 v. H. der entstehenden Aufwendungen beträgt. Betriebs- oder Haushaltshilfe kann in vorgenanntem Umfang auch in Todesfällen erbracht werden, wenn es sich bei dem Verstorbenen um einen alleinstehenden Landwirt oder eine Person, die dauerhaft wie ein Landwirt tätig war, handelt.

Grundsätzlich wird von der landwirtschaftlichen Alterskasse eine Ersatzkraft gestellt. Dabei kann es sich um Beschäftigte der landwirtschaftlichen Sozialversicherung handeln oder aber

um Ersatzkräfte anderer Stellen, mit denen die landwirtschaftliche Sozialversicherung eine Vereinbarung geschlossen hat (z.B. Maschinenring). Wenn keine Ersatzkraft gestellt werden kann oder ein Grund besteht, davon abzusehen (z.B. Sonderkulturen, mit deren Pflege die zur Verfügung stehenden Ersatzkräfte nicht vertraut sind oder wenn nur ein stundenweiser Einsatz erforderlich ist), können die Kosten für eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft erstattet werden. Hierbei gelten Höchstbeträge. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad werden Einsatzkosten nicht erstattet; nachgewiesene Fahrkosten und Verdienstausfall (z.B. unbezahlter Urlaub) können in begrenztem Umfang erstattet werden.

Anträge auf Betriebs- oder Haushaltshilfe müssen vor Einsatzbeginn gestellt werden. Es genügt, wenn der Antrag zunächst formlos vorab gestellt wird, z.B. telefonisch oder per Telefax. In diesem Fall müssen die notwendigen Unterlagen – Formularantrag, ggf. ärztliche Bescheinigung (z.B. bei Arbeitsunfähigkeit) – innerhalb von 14 Tagen nach Einsatzbeginn bei der landwirtschaftlichen Alterskasse vorliegen. Bei verspätetem Antrag entstehen Nachteile. So werden Kosten für den Einsatz einer Ersatzkraft vor der (ggf. formlosen) Antragstellung nicht und – falls die vorgenannte 14-Tage-Frist versäumt wird – erst ab Eingang der notwendigen Unterlagen erstattet.

Reisekosten (§ 28 SGB VI i. V. m. § 53 SGB IX)

Ergänzend zu Leistungen zur Teilhabe werden Reisekosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben entstehen.

Zu den Reisekosten gehören die erforderlichen:

- Fahr- und Transportkosten
- Kosten für Verpflegung und Übernachtung innerhalb festgesetzter Beträge
- Gepäckkosten (in der Regel für zwei Gepäckstücke).

Die Kostenübernahme gilt für Patienten sowie gegebenenfalls für eine wegen einer Behinderung erforderlichen Begleitperson.

Reisekosten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Es werden die Fahrkosten zwischen Wohnung und Behandlungsstätte übernommen. Die Höhe richtet sich dabei nach dem benutzten Verkehrsmittel (z.B. Pkw, Zug). Hierbei sind mögliche Fahrpreisermäßigungen und die günstigste Verkehrsverbindung zu nutzen. Bei der An- und Abreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden die Kosten der 2. Klasse einschließlich der Zuschläge für IC, ICE und EC erstattet. Dabei werden die den Rentenversicherungsträgern eingeräumten Vergünstigungen berücksichtigt. Bei einer Teilnahme an einer (ganztägig)

ambulant durchgeführten Rehabilitationsleistung sind bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel die Fahrkosten zu erstatten, die unter Berücksichtigung eventueller Fahrpreisermäßigungen, wie z.B. Sammel-/Monatskarten, entstehen.

Bei Benutzung eines privaten Pkw werden die Fahrkosten im Rahmen einer Entfernungspauschale gemäß § 53 Abs. 4 SGB IX erstattet:

Die Entfernungspauschale beträgt für die An- und Abreise sowie für ggf. zustehende Familienheimfahrten 0,40 € für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen dem Ort des eigenen Hausstandes und dem Ort der Ausführung der Leistung (also für die einfache Entfernung). Bei der Teilnahme an einer (ganztägig) ambulanten Rehabilitationsleistung ist für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und Rehabilitationseinrichtung 0,36 € für die ersten 10 Kilometer und 0,40 € für jeden weiteren Kilometer anzusetzen.

Für die Bestimmung der Entfernung ist die kürzeste Straßenverbindung maßgebend. Erfolgt die An- und Abreise nicht alleine (z.B. mit dem Ehegatten), so sind die Kosten des Mitfahrers bereits durch die Entfernungspauschale mit abgegolten.

Die Übernahme von Fahrkosten bei Pendelfahrten ist begrenzt. Als Orientierungshilfe wird der sich aus § 111 SGB III ergebende Höchstbetrag in Höhe von 269,00 € monatlich herangezogen.

Dauert die Leistung zur medizinischen Rehabilitation länger als acht Wochen (z.B. Entwöhnungsbehandlung), können ab der 9. Woche Reisekosten für zwei Familienheimfahrten pro Monat übernommen werden.

Für die landwirtschaftlichen Alterskassen gelten abweichende Reisekosten-Richtlinien; Einzelheiten können den Richtlinien entnommen werden bzw. bei der zuständigen landwirtschaftlichen Alterskasse erfragt werden.

Reisekosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (gilt nicht für die landwirtschaftlichen Alterskassen)

Der Aufwand für die An- und Abreise sowie für Familienheimfahrten bzw. für tägliche Fahrten vom Wohnort zum Ort des Bildungsträgers wird vom Rentenversicherungsträger übernommen. Bei einer internatsmäßigen Unterbringung am Ausbildungsort werden die Kosten für zwei Familienheimfahrten pro Monat übernommen.

Bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln übernimmt die Rentenversicherung die Kosten nach dem günstigsten Tarif der 2. Klasse gegen Aushändigung der Fahrausweise.

Fahrpreisvergünstigungen in Form von Monatskarten oder sonstigen Sparpreisen sind zu nutzen. Sofern eine Schwerbehinderung und ein Ausweis mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ vorliegt und unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr gegen Kauf einer Wertmarke in Anspruch genommen werden kann, werden während der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Kosten der Wertmarke (anteilig nach Monaten) erstattet, sofern sonst höhere Kosten entstehen würden. Wurde anstelle der unentgeltlichen Beförderung die Kraftfahrzeugsteuerermäßigung gewählt, werden die nachgewiesenen Kosten für öffentliche Verkehrsmittel übernommen.

Sofern die An- und Abreise mit einem Pkw erfolgt, wird eine Entfernungspauschale gezahlt. Bei einer erforderlichen auswärtigen (internatsmäßigen) Unterbringung beträgt die Entfernungspauschale hierfür sowie für Familienheimfahrten 0,40 € für jeden vollen Kilometer zwischen dem Wohnort und dem Ort der Bildungseinrichtung.

Bei täglichen Pendelfahrten ist für jeden Tag der Teilnahme an der Rehabilitationsleistung, für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und der Bildungseinrichtung/dem Betrieb eine Entfernungspauschale (einfache Strecke) in Höhe von 0,36 € für die ersten 10 Kilometer und 0,40 € für jeden weiteren Kilometer zu erstatten.

Für die Bestimmung der Entfernung ist die kürzeste Straßenverbindung maßgebend.

Die Auszahlung der Fahrkosten wird bei Pendelfahrten begrenzt. Hierbei dient der sich aus § 111 SGB III ergebende Höchstbetrag in Höhe von 269,00 € monatlich als Orientierungshilfe.

Nachsorge

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Mit der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung ist die Rehabilitation oft noch nicht beendet. Bei Bedarf kann die gesetzliche Rentenversicherung Rehabilitationssport und Funktionstraining übernehmen, wenn der behandelnde Arzt in der Rehabilitationsklinik die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für empfehlenswert hält und eine entsprechende Verordnung ausstellt. Die gesetzliche Rentenversicherung übernimmt dann die Kosten der Übungsstunden im Rahmen der geltenden *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining*.

Das Training sollte innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der ambulanten bzw. stationären Heilbehandlung aufgenommen werden. Die Kostenübernahme erfolgt in der Regel für

sechs Monate. Eine Verlängerung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers ist nicht möglich.

Indikationsspezifische Nachsorgeprogramme

Die von einigen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung angebotene ambulante Nachsorge baut auf der Leistung zur medizinischen Rehabilitation auf und schließt sich direkt an sie an. Mit dieser Nachsorgeleistung können die Patienten ihre zuvor erlernten Kenntnisse und Fertigkeiten vertiefen. Das Leistungsangebot wird durch den Rentenversicherungsträger konkret geregelt. Einzelheiten können den entsprechenden Informationsblättern entnommen werden bzw. können beim zuständigen Rentenversicherungsträger erfragt werden.

Sonstiges

Zuzahlung

Versicherte und Rentner müssen sich gemäß § 32 SGB VI unter bestimmten Voraussetzungen an den Aufwendungen für stationäre medizinische Leistungen mit einer Zuzahlung beteiligen. Dies gilt auch, wenn ein Versicherter oder Rentner für seinen Ehegatten eine onkologische Nachsorgeleistung in Anspruch nimmt.

Die Zuzahlung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beträgt 10,00 € kalendertäglich; sie ist längstens jedoch für sechs Wochen zu erbringen. Im laufenden Kalenderjahr bereits gezahlte Zuzahlungsbeträge an einen Rentenversicherungsträger und an eine Krankenkasse sind dabei anzurechnen.

Aber nicht jeder hat die volle Zuzahlung von 10,00 € je Tag zu leisten, denn in vielen Fällen verringert sich der Zuzahlungsbetrag auf 8,00 bis 9,50 € oder die Zuzahlung entfällt sogar ganz. Dies ist abhängig von den Einkünften des Versicherten.

Bei ambulanter Rehabilitation ist keine Zuzahlung zu leisten.

Zuzahlung für längstens 14 Tage

Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation).

Dies gilt für:

- eine durchgeführte Anschlussrehabilitation
- eine durchgeführte stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Befreiung von der Zuzahlung

In folgenden Fällen erfolgt eine vollständige Befreiung von der Zuzahlung:

- bei Versicherten, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- bei Versicherten/Rentnern, die Übergangsgeld beziehen,
- bei Versicherten/Rentnern, deren monatliche verfügbare (Netto)-Einnahmen 40 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht übersteigen; für die landwirtschaftlichen Alterskassen erfolgt die Ermittlung des Jahreseinkommens nach § 32 Abs. 2 bis 6 ALG,
- bei Versicherten/Rentnern, die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder Leistungen zur Grundsicherung nach dem SGB II beziehen, unabhängig von Art und Höhe dieser Leistungen.

Gestaffelte Zuzahlung (gilt nicht für die landwirtschaftlichen Alterskassen)

Bei einem oder mehreren Kindern kann eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung in Betracht kommen. Berücksichtigt werden Kinder, für die Kindergeld gezahlt wird (wie beispielsweise eigene Kinder, Pflegekinder, die im Haushalt aufgenommen sind oder Kinder in Schul- oder Berufsausbildung), mit Ausnahme der Stiefkinder. Hierbei sind bestimmte Einkommensgrenzen zu beachten.

Eine Ermäßigung ist außerdem vorgesehen, wenn der Ehegatte/eingetragener Lebenspartner, mit dem der Rehabilitand in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann, weil er den Rehabilitanden pflegt oder selbst pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.

Ohne Kind oder Pflegebedürftigkeit ist eine teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht nicht möglich.

Weitere Information zur Höhe der Zuzahlungen (nach Jahr der Antragstellung) und zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung und können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de abrufen.

Zuständigkeiten

Zuständigkeitsaufteilung innerhalb der Rentenversicherung

Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) zum 01.01.2005 ist die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten aufgegeben worden und die Zuständigkeit zwischen den Bundes- und Regionalträgern der Rentenversicherung wurde neu geregelt.

Die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger richtet sich im Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach den §§ 125 bis 137 SGB VI.

Ab 01.01.2005 wird die Zuständigkeit innerhalb der Rentenversicherung im Rahmen der Vergabe der Versicherungsnummer nach einer Quote von 55 % (Landesversicherungsanstalten/Regionalträger), 40 % (BfA/Deutsche Rentenversicherung Bund) und 5 % (Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse/Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) festgelegt. Damit wird der gravierende Versichertenwechsel von den Regionalträgern und den drei kleinen Bundesträgern (Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse) zum Bundesträger (ehemals BfA) gestoppt. Die neue Versichertenzuordnung vollzieht sich überwiegend elektronisch über die Datenstelle der Rentenversicherungsträger.

Neue Versicherte werden seit Januar 2005 von der Datenstelle der Rentenversicherung anhand der Versicherungsnummer, die bei Eintritt in die Rentenversicherung vergeben wird, nach der o.g. Verteilungsquote dem jeweiligen Rentenversicherungsträger zugeordnet.

Ist für Versicherte bis zum 31.12.2004 eine Versicherungsnummer bereits vergeben worden (so genannte Bestandsversicherte), ändert sich durch die Organisationsreform praktisch nichts. Die überwiegende Anzahl dieser Versicherten bleibt bei dem Versicherungsträger, bei dem sie am 31.12.2004 versichert waren. Lediglich 5 % dieses Personenkreises werden im Rahmen eines Ausgleichsverfahrens in einem Zeitraum von 15 Jahren einem anderen Versicherungsträger zugeordnet. Von diesem Ausgleichsverfahren ausgenommen sind alle Versicherten der Geburtsjahrgänge vor 1945 sowie alle Rentnerinnen und alle Rentner.

Grundsätzlich bleibt der ab dem 01.01.2005 zugeordnete bzw. bei Neuversicherten durch die Datenstelle ermittelte Versicherungsträger während der gesamten Versicherungszeit und während des Rentenbezuges für den jeweiligen Versicherten zuständig.

Ausnahmen von dieser Zuordnung bestehen, wenn Versicherte in eine Branche des Sonderträgers (Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt oder Seekasse) wechseln oder im Regionalbereich ein anderer Regionalträger (z.B. bei Wohnortwechsel, Verzug ins Ausland) zuständig wird.

Hinweis: Bei jedem RV-Träger gibt es eine Hotline, unter der der zuständige Rentenversicherungsträger erfragt werden kann.

Zuständigkeitsabgrenzung der Regionalträger untereinander

Die örtliche Zuständigkeit der Regionalträger richtet sich nach folgender Reihenfolge:

- Wohnsitz,
- Gewöhnlicher Aufenthalt,
- Beschäftigungsort,
- Tätigkeitsort,

wobei bei Leistungsansprüchen der Zeitpunkt der Antragstellung maßgebend ist (§ 128 SGB VI).

Sonderzuständigkeiten

Die Zuständigkeiten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ergeben sich aus den §§ 130 und 136 SGB VI. Hiernach ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für Leistungen zuständig, wenn ein Beitrag auf Grund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist. In diesen Fällen führt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auch die Versicherung durch.

Nach § 129 SGB VI ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auch zuständig für Versicherte des Bundeseisenbahnvermögens, der Deutschen Bahn AG sowie den ausgegliederten Aktiengesellschaften der Deutschen Bahn, der Bahn-Versicherungsträger, der Seefahrt (Seeschifffahrt und Seefischerei). Außerdem ist sie zuständig bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und dem Bahnsozialwerk. In die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See fallen auch selbstständig Tätige, die als Seelotse, Küstenschiffer und Küstenfischer versicherungspflichtig sind.

Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte

Grundsätzlich sind für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung und die landwirtschaftliche Alterskasse gleichrangig zuständig, wenn ein behinderter Mensch in beiden Versicherungszweigen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Die sachliche Zuständigkeit richtet sich also danach, welcher Versicherungsträger zuerst angegangen wird.

Im Interesse des behinderten Menschen erfolgt bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in beiden Versicherungszweigen die Weiterleitung durch den erstangegangenen Träger an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn dieser weitergehende Leistungen erbringen kann (z.B. Übergangsgeld, Mitnahmekosten/Betreuungskosten für Kinder i.S. von § 54 Abs. 2 und 3 SGB IX).

Für behinderte Menschen, die nur bei einer landwirtschaftlichen Alterskasse versichert sind und bei denen die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI nicht vorliegen, erfolgt die Weiterleitung an die landwirtschaftliche Alterskasse.

Abgrenzung zu anderen Trägern

Zur Abgrenzung von den Arbeitsagenturen, die auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finanzieren können, ist die gesetzliche Rentenversicherung für die Personen zuständig, die bereits 15 Jahre bei der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Außerdem ist die gesetzliche Rentenversicherung für den Personenkreis, der im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berufliche Hilfestellungen braucht oder aber so schwer beeinträchtigt ist, dass ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bestehen würde, zuständig.

Die Unfallversicherung ist für die Leistungen zur Teilhabe zuständig, die als Folgen eines Arbeitsunfalls, eines Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit notwendig werden. Die Feststellung des Kausalzusammenhanges zwischen der Erkrankung und den vorgenannten Fallgestaltungen nimmt in der Regel Zeit in Anspruch. Hier erbringt die gesetzliche Rentenversicherung – bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und wenn kein Ausschlussgrund vorliegt – zunächst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und macht dann einen Erstattungsanspruch nach § 14 SGB IX geltend.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist insbesondere für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig, wenn bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen abgewendet oder wesentlich gebessert bzw. wiederhergestellt oder hierdurch eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Darüber hinaus müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein und es dürfen keine Ausschlussgründe vorliegen. Ansonsten ist die gesetzliche Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig.

Ausnahme: bei Kinderheilbehandlungen und onkologischen Nachsorgeleistungen sind beide Träger gleichrangig zuständig (§ 40 Abs. 4 SGB V).

Die Träger der Kriegsopferfürsorge (KOF) sind für Leistungen zur Teilhabe zuständig, wenn eine Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), dem Zivildienstgesetz (ZDG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) oder dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) anerkannt ist und aufgrund der anerkannten Schädigungsfolge die Leistung erforderlich ist.

Auch hier nimmt die Feststellung des Kausalzusammenhangs in der Regel Zeit in Anspruch. Wenn die Leistungspflicht des KOF-Trägers noch nicht feststeht und die Leistungsvoraussetzungen des Rentenversicherungsträgers vorliegen, kann eine Leistung durch den Rentenversicherungsträger erfolgen. Nach Feststellung des Kausalzusammenhangs durch den KOF-Träger werden dem Rentenversicherungsträger die Leistungen erstattet.

6. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist als Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX für Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation - § 19 Abs. 1 Nr. 3e SGB I; § 33 SGB IX, §§ 97 ff. SGB III) zuständig. Die BA ist auch Rehabilitationsträger für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige im Sinne des SGB II, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6a SGB IX). Die Zuständigkeit der ARGE n und des zugelassenen kommunalen Trägers (Leistungsverantwortung) für die Leistungen zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen nach § 16 Abs. 1 SGB II werden hiervon nicht berührt.

Die Leistungen der BA als zuständiger Rehabilitationsträger umfassen neben den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 5 Nr. 2, 3 SGB IX). Die BA darf solche Leistungen nur erbringen, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (Nachrangigkeit der BA, § 22 Abs. 2 SGB III). Somit ist vor einer Einschaltung der BA bzw. Weiterleitung eines Förderbegehrens an die BA zu prüfen, ob die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers gegeben ist.

Ein anderer Rehabilitationsträgers ist dann zuständig, wenn nach den vorliegenden Unterlagen und Angaben

- im Zeitpunkt der Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) oder
- im Zeitpunkt der Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) oder
- sich die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus einer unmittelbar vorangegangenen medizinischen Rehabilitation ergibt (§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI), oder
- die Behinderung auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen ist (§ 8 i.V.m. §§ 2, 3 oder 6 SGB VII),
- die Behinderung auf eine Berufskrankheit i.S.v. § 9 SGB VII zurückzuführen ist,
- die Behinderung auf einer Wehrdienstbeschädigung (§ 80 SVG i.V.m. § 26 BVG) beruht,
- die Behinderung auf einen Impfschaden zurückzuführen ist (§ 60 Infektionsschutzgesetz - IfSG),

- Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferversorge besteht (§ 25 Abs. 3, § 26 i.V.m. § 27f. BVG) oder
- die Behinderung auf einer gesundheitlichen Schädigung infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs beruht (§ 1 OEG).

Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung sind keine Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI (ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wäre Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen) zu treffen (§ 14 Abs. 1 S. 4 SGB IX).

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

Art und Umfang der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben richten sich im Wesentlichen nach den Regelungen des SGB III (§ 7 SGB IX). Danach können behinderten Menschen jene Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen (§ 97 Abs. 1 SGB III). Bei der Auswahl der Leistungen sind Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen (§ 97 Abs. 2 SGB III).

Das SGB III gliedert die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt (Leistungen an Arbeitnehmer) nach allgemeinen und besonderen Leistungen; besondere Leistungen werden nur erbracht, wenn nicht bereits durch allgemeine Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann (§ 98 SGB III).

Hinzu kommen Leistungen an Arbeitgeber (§§ 217 – 239 SGB III).

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Behindert im Sinne des SGB III sind Menschen, deren Aussichten am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich der lernbehinderten Menschen (§ 19 Abs. 1 SGB III). Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den vorstehend genannten Folgen droht.

Im Ergebnis sind die Agenturen für Arbeit (Reha-Teams) insbesondere zuständig für

- behinderte Schulabgänger und Jugendliche, die vor der ersten Ausbildungs- oder Beschäftigungsaufnahme stehen (Ersteingliederung),
- Arbeitnehmer, die aufgrund einer Behinderung ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können (Wiedereingliederung).

Die Leistungen im Einzelnen

§ 98 SGB III bestimmt, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als

- allgemeine Leistungen sowie
- besondere Leistungen zur Teilhabe

und diese ergänzende Leistungen erbracht werden.

Besondere Leistungen werden gemäß § 98 Abs. 2 SGB III nur erbracht, soweit nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann.

Allgemeine Leistungen

Gemäß § 100 SGB III umfassen die allgemeinen Leistungen:

- vermittlungsunterstützende Leistungen (§§ 45 und 46 SGB III),
- Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (§ 57 SGB III),
- Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung (§§ 59 bis 75 SGB III),
- Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 bis 87 SGB III) i.V.m. § 101 Abs. 2, 5 SGB III.

Besondere Leistungen

Besondere Leistungen sind gemäß § 102 SGB III anstelle der allgemeinen Leistungen insbesondere zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung einschließlich Berufsvorbereitung sowie blindentechnischer und vergleichbarer Grundausbildungen zu erbringen, wenn Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben

- die Teilnahme an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen (z.B. Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Reha-Einrichtungen für psychisch kranke Menschen) oder

- einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme

unerlässlich machen.

Gemäß § 103 SGB III umfassen die besonderen Leistungen neben den unterhaltssichernden Leistungen – Übergangsgeld und Ausbildungsgeld – auch die Übernahme von Teilnahmekosten für eine Maßnahme. Die Teilnahmekosten bestimmen sich gemäß 109 SGB III nach den §§ 33, 44, 53 und 54 SGB IX. Sie beinhalten auch weitere Aufwendungen, die wegen Art und Schwere der Behinderung unvermeidbar entstehen, sowie Sonderfälle der Unterbringung und Verpflegung gem. § 111 SGB III.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. §§ 33 - 37 und 39 - 43 SGB IX – diese entsprechen den besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB III – sind mit Inkrafttreten des SGB IX für alle Kostenträger grundsätzlich einheitlich geregelt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den Leistungskatalog im Kapitel der Rentenversicherung: *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI i. V. m. §§ 33 – 38 SGB IX)*, Seite 53, verwiesen.

Leistungen an Arbeitgeber; §§ 217 – 239 SGB III i.V.m. § 34 SGB IX

Des Weiteren können durch die BA Leistungen an Arbeitgeber für die Eingliederung von Arbeitnehmern gem. §§ 217 – 234 SGB III (Fünftes Kapitel, Erster Abschnitt) erbracht werden.

Gemäß § 218 Abs. 2 SGB III können für Arbeitgeber Zuschüsse für die Eingliederung behinderter und schwerbehinderter Menschen aufgrund erswerter Vermittlung erbracht werden. Für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen sind im § 219 SGB III spezielle Fördermodalitäten für die Erbringung von Eingliederungszuschüssen verankert, wobei Höhe und Dauer der Förderung den Rahmen der Regelförderung überschreiten.

Die betriebliche Aus- und Weiterbildung schwerbehinderter Menschen kann auf der Grundlage des § 235a SGB III mit Zuschüssen zur Ausbildungsvergütung gefördert werden. Arbeitgeber, die eine betriebliche Einstiegsqualifizierung durchführen, können durch Zuschüsse zur Vergütung zuzüglich eines pauschalierten Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag gefördert werden (§ 235b SGB III). Als Vermittlungshilfe zur Begründung eines betrieblichen Aus- und Weiterbildungsverhältnisses ermöglicht § 236 SGB III die Erbringung von Zuschüssen zur Ausbildungsvergütung für den Personenkreis der behinderten Menschen im Sinne des § 19 SGB III.

Um eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen, können Arbeitgebern für die behindertengerechte Ausgestaltung von Ausbildungs- oder Arbeitsplätzen Zuschüsse für entsprechende Arbeitshilfen gem. § 237 SGB III erbracht werden. Voraussetzung ist allerdings, dass eine diesbezügliche Verpflichtung des Arbeitgebers entsprechend dem Teil 2 des SGB IX (ehemals Schwerbehindertengesetz) nicht besteht. Der Umfang der erforderlichen Hilfen wird ggf. vom Technischen Berater festgestellt.

§ 238 SGB III eröffnet die Möglichkeit, Arbeitgebern die Kosten für eine befristete Probebeschäftigung behinderter, schwerbehinderter und ihnen gleichgestellter Menschen im Sinne des § 2 SGB IX bis zu einer Dauer von drei Monaten zu erstatten.

Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM); §§ 39 – 43 SGB IX i.V.m. § 102 Abs. 2 SGB III

Gemäß § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX i.V.m. § 102 Abs. 2 SGB III erbringt die BA Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen.

Die hier zu erbringende Rehabilitationsleistung entspricht den Vorgaben des § 40 SGB IX. Gemäß §§ 103 S. 1, § 109 SGB III und §§ 33, 44, 53, 54 SGB IX können durch die BA für Maßnahmen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer WfbM neben den Teilnahmekosten Übergangsgeld oder Ausbildungsgeld übernommen werden.

Für Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM sind die in § 42 Abs. 2 SGB IX aufgezählten Rehabilitationsträger zuständig.

Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen; §§ 44 bis 52 SGB IX

Die Leistungen zur Teilhabe umfassen auch Leistungen zum Lebensunterhalt gem. § 45 Abs. 2 SGB IX. Danach zahlt die Bundesagentur für Arbeit als besondere Leistung Übergangsgeld gem. §§ 160 bis 162 SGB III sowie nach Maßgabe des SGB IX.

Anspruch auf Übergangsgeld nach § 160 S. 1 SGB III besteht, wenn der behinderte Mensch

- die Vorbeschäftigungszeit erfüllt hat und
- er an einer Maßnahme der Berufsausbildung oder Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung oder an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilnimmt, für welche die besonderen Leistungen erbracht werden.

Die Vorbeschäftigungszeit im Sinne von § 161 SGB III ist erfüllt, wenn der behinderte Mensch innerhalb der letzten drei Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme

- mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat oder
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosenhilfe erfüllt und diese Leistungen beantragt hat.

Unter bestimmten Bedingungen (z.B. für Berufsrückkehrer) verlängert sich die Frist von drei Jahren um die Dauer einer Auslandsbeschäftigung, längstens jedoch um zwei Jahre. Für Berufsrückkehrer entfällt diese Frist (§ 161 Abs. 2 SGB III).

Nach § 104 SGB III haben behinderte Menschen Anspruch auf Ausbildungsgeld während

- einer beruflichen Ausbildung oder berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme einschließlich einer Grundausbildung und
- einer Maßnahme im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen,

wenn kein Übergangsgeld erbracht werden kann.

Die genannten Leistungen werden gem. § 44 SGB IX durch Beiträge und Beitragszuschüsse zur Kranken-, Unfall-, Renten, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ergänzt.

Behinderte Menschen, die an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilnehmen und mit allgemeinen Leistungen nach dem SGB III gefördert werden, können als Leistung zum Lebensunterhalt Arbeitslosengeld gem. § 124a SGB III erhalten.

Ergänzende Leistungen gemäß §§ 53, 54 SGB IX i.V.m. § 109 SGB III

Zu den Leistungen zur Teilhabe, die trägerübergreifend durch das SGB IX geregelt sind, gehören auch die Reisekosten gem. § 53 SGB IX sowie Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten gem. § 54 SGB IX (ergänzende Ausführungen zu diesen Leistungen siehe Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten (§ 54 SGB IX), Seite 56 im Kapitel der Rentenversicherung), die von der BA nur im Rahmen der besonderen Leistungen gewährt werden können.

Sonstiges*Gutachterliche Stellungnahme der BA; § 38 SGB IX*

Gemäß § 38 SGB IX nimmt die BA auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit Stellung. Dabei orientiert sich die gutachterliche Stellungnahme der BA an dem konkreten Auftrag des anderen Trägers.

7. Besonderheiten nach § 6a SGB IX

In § 6a SGB IX wird zwischen der Verantwortlichkeit (Prozessverantwortung) des Rehabilitationsträgers Bundesagentur für Arbeit (BA) (§ 6a S. 1 und 3 SGB IX) und der Verantwortlichkeit (Leistungsverantwortung) der Grundsicherungsstelle (§ 6a S. 2 und 4 SGB IX) unterschieden.

Aufgaben/Verantwortung des Reha-Trägers BA (§ 6a S. 1 und 3 SGB IX)

- Ausgabe und Entgegennahme des Reha-Antrags und Prüfung nach § 14 SGB IX, ob ein anderer Rehabilitationsträger (z.B. die Rentenversicherung) für die Leistungen zuständig ist, einschließlich ggf. Weiterleitung des Antrags innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang,
- Entscheidung nach § 19 SGB III (Behinderte Menschen),
- Erarbeitung eines Eingliederungsvorschlages,
- Schriftliche Unterrichtung der Grundsicherungsstelle über den festgestellten Reha-Bedarf und Übersendung des Eingliederungsvorschlages,
- Bei Einwendungen der Grundsicherungsstelle gegen den Eingliederungsvorschlag schnellstmögliche Klärung mit der Grundsicherungsstelle ggf. unter Berücksichtigung der Belange des Rehabilitanden,
- Beratung der Grundsicherungsstelle bei Fragen zur Umsetzung des Eingliederungsvorschlages einschließlich Maßnahmeabbruch/Erreichung des Maßnahmeziels,
- Erbringung der Teilhabeleistungen, die nicht von der Grundsicherungsstelle zu erbringen sind (insbesondere Erstausbildung behinderter Menschen, Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich WfbM, Unterstützte Beschäftigung) und einige Leistungen nach § 33 SGB IX (Eignungsabklärung, Arbeitserprobung, Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Beteiligung von Integrationsfachdiensten, KfZ-Hilfe, Verdienstausschuss, Arbeitsassistenz, Hilfsmittel, technische Arbeitshilfen und Wohnungshilfe).

Aufgaben/Verantwortung der Grundsicherungsstelle (§ 6a S. 2 und 4 SGB IX)

- Entscheidung über den Eingliederungsvorschlag der Agentur für Arbeit,
- Bei Zustimmung zum Vorschlag der Agentur für Arbeit Bescheiderteilung an Rehabilitanden für alle nach § 16 Abs. 1 SGB II zu erbringenden Leistungen. Hierzu zählen insbesondere alle Leistungen nach § 16 Abs. 1 SGB II, die dem Leistungsverbot der Agentur nach § 22 Abs. 4 SGB III unterliegen,
- Ausführung (Zahlbarmachung) der bewilligten Leistungen,
- Entscheidung über Maßnahmeabbruch/-verlängerung/-unterbrechung,
- Integrationsverantwortung während des gesamten Verfahrens.

Es wurde von der BA ein Ablaufschema zur „*Zusammenarbeit der Agenturen als Reha-Träger mit den ARGEen/zugelassenen kommunalen Trägern bei SGB II-Berechtigten*“ sowie eine Übersicht über Leistungskonkurrenzen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erstellt.

8. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Zuständigkeiten in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Unfallversicherungsträger lassen sich zunächst drei großen Wirtschafts- und Verwaltungsbereichen zuordnen: der Landwirtschaft mit den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, dem öffentlichen Bereich mit den verschiedenen Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand und dem Bereich der Wirtschaft mit den gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Unfallversicherungsträger		
§ 114 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII <ul style="list-style-type: none"> gewerbliche Berufsgenossenschaften 	§ 114 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII <ul style="list-style-type: none"> landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften 	§ 114 Abs. 1 Nr. 3 - 9 SGB VII <ul style="list-style-type: none"> Unfallkasse des Bundes Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse Post und Telekom Unfallkassen der Länder Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden Feuerwehr-Unfallkasse gemeinsame Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich

Tabelle 3: Überblick über die Zuständigkeiten in der gesetzlichen Unfallversicherung

Anknüpfungspunkt der Zuständigkeit ist immer ein bestimmtes Unternehmen. Im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften bestimmt sich die Zuständigkeit nach dem Unternehmensgegenstand, z.B. Baugewerbe, und damit nach Gewerbszweigen. Dadurch wird gewährleistet, dass jede gewerbliche Berufsgenossenschaft besondere Fachkompetenz für den zu betreuenden Gewerbszweig aufbaut.

Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gliedern sich in Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände, Feuerwehr-Unfallkassen sowie die Eisenbahn-Unfallkasse, die Unfallkasse Post und Telekom und die Unfallkasse des Bundes. Die Zustän-

digkeiten ergeben sich aus den §§ 125 ff. SGB VII. Danach ist z.B. die Unfallkasse des Bundes zuständig für die Unternehmen des Bundes, für die Bundesagentur für Arbeit und für Personen, die als Meldepflichtige nach dem SGB III oder dem SGB XII versichert sind.

Die landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträger sind mit Ausnahme der Gartenbau-Berufsgenossenschaft regional gegliedert, z.B. landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Niedersachsen-Bremen, landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Nordrhein-Westfalen. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind beispielsweise für die Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Garten- und Weinbaues, der Fischzucht, Teichwirtschaft, Seen-, Bach- und Fluss-Fischereien und der Imkerei zuständig (§ 123 SGB VII).

Außerdem ist die gesetzliche Unfallversicherung regional in sechs Landesverbände gegliedert. Die Landesverbände übernehmen gemeinsame regionale Aufgaben ihrer Mitglieder, vor allem die Zulassung von Ärzten und Kliniken für das Heilverfahren der Unfallversicherungen.

Bei den Berufsgenossenschaften als auch bei den UV-Trägern der öffentlichen Hand sind weitere Fusionen geplant. Eine aktuelle Liste ist auf der [Homepage der DGUV](#) zu finden.

Vorläufige Zuständigkeit

Ist die Zuständigkeit unter den Unfallversicherungsträgern nicht sofort zu klären, ergibt sich die vorläufige Zuständigkeit aus § 139 SGB VII.

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich? - Kreis der versicherten Personen

Es besteht Versicherungspflicht

- kraft Gesetz (§ 2 SGB VII), vor allem für Arbeitnehmer, Schüler, Studierende, ehrenamtlich Tätige und Hilfeleistende oder
- kraft Satzung einer Berufsgenossenschaft gemäß § 3 SGB VII.

Darüber hinaus haben bestimmte Personengruppen, z.B. der Unternehmer selbst, die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts (§ 6 SGB VII). Hierbei entsteht der Versicherungsschutz erst aufgrund eines Antrages bei der Berufsgenossenschaft.

Dagegen entsteht bei Versicherungspflicht der Versicherungsschutz mit der Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses oder einer gleichgelagerten Tätigkeit, d. h. auf die Zahlung von Beiträgen oder den Willen des Versicherten kommt es nicht an.

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind gemäß § 2 Abs. 2 SGB VII auch Personen versichert, die in keinem Arbeitsverhältnis stehen, aber wie Versicherte tätig sind. Voraussetzung ist, dass

- es sich um eine ernstliche, dem fremden Unternehmen zu dienen bestimmte Tätigkeit handelt,
- die Tätigkeit dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Unternehmers entspricht,
- die Tätigkeit ihrer Art nach von Personen verrichtet werden können muss, die in einem dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnenden Arbeitsverhältnis stehen und
- die Tätigkeit unter solchen Umständen geleistet werden muss, dass sie bei objektiver Betrachtung arbeitnehmerähnlich erscheint. Eine Tätigkeit ist nicht arbeitnehmerähnlich, wenn sie
 - unternehmerähnlich ist,
 - aufgrund familiärer, freundschaftlicher oder nachbarschaftlicher Beziehungen geleistet wird, sofern es sich um einen auf Grund der konkreten sozialen Beziehungen geradezu selbstverständlichen Hilfsdienst handelt,
 - auf mitgliedschaftlicher Verpflichtung zu einem Verein beruht, z.B. auf der Satzung, auf Beschlüssen der zuständigen Vereinsorgane, auf allgemeiner Übung.

Versicherungsfrei sind u.a. Unternehmer, die aber freiwillig beitreten können (s.o.), sowie Beamte und ihnen gleichgestellte Personen (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII).

Allgemeine Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung

Prävention vor Rehabilitation und Entschädigung

Wichtigste Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren (§ 1 Nr. 1 SGB VII). Daher verfügen die Unfallversicherungsträger über einen umfangreichen Präventionsbereich. So werden die Mitgliedsunternehmen durch Technische Aufsichtspersonen regelmäßig besucht, auf Unfall- und Gesundheitsgefahren hin überprüft und beraten. Prävention und Rehabilitation/Entschädigung werden also "Unter einem Dach" des Unfallversicherungsträgers vereinigt. Beide Bereiche sind miteinander verzahnt, indem angezeigte Berufskrankheiten und

Arbeitsunfälle nicht nur bezüglich der Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten und der Entschädigung bearbeitet werden; die Versicherungsfälle werden darüber hinaus aus präventiven Gründen analysiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in vielfältiger Form in der Präventionsarbeit umgesetzt.

Der Grundsatz "Alles aus einer Hand"

Für die Leistungen aufgrund eines Versicherungsfalles ist allein der Unfallversicherungsträger zuständig. Dies bedeutet, dass mit der Meldung eines Versicherungsfalles (z.B. durch Durchgangsarzt-Bericht) die notwendigen und gesetzlich vorgesehenen Leistungen von einem Leistungsträger erbracht werden. So hat der Unfallversicherungsträger das Heilverfahren zu steuern und zu überwachen, die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu erbringen und den Versicherten im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beruflich und durch Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft sozial wieder einzugliedern. Im Gegensatz zu anderen Versicherungszweigen werden alle Leistungen aus einer Hand erbracht.

Beitrag und Ablösung der Unternehmerhaftpflicht

Die Beiträge werden in der gesetzlichen Unfallversicherung allein von den Mitgliedsunternehmen erbracht. Dafür wird die an sich bestehende Unternehmerhaftpflicht abgelöst. Dies bedeutet, dass der Unternehmer gegenüber seinen Beschäftigten bei Eintritt von Versicherungsfällen, die er selbst herbeigeführt hat, nur bei Vorsatz und bei Wegeunfällen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 - 4 SGB VII in Regress genommen werden kann. Darüber hinaus wird auch die Haftung der Betriebsangehörigen untereinander durch die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung abgelöst. Damit wird ein wichtiger Beitrag für die Erhaltung des Betriebsfriedens erbracht, weil ansonsten die Geschädigten gegen andere Betriebsangehörige ihre zivilrechtlichen Schadenersatzansprüche verfolgen müssten.

Versicherungsfälle

Versicherungsfälle in der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeits- und Schulunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Arbeits- und Schulunfälle

Ein Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein plötzliches, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden führt.

Ein Arbeitsunfall ist dann anzunehmen, wenn eine versicherte Person infolge einer versicherten Tätigkeit einen Unfall erleidet. Im Bereich des Bildungswesens wird als Arbeitsunfall auch der Unfall im Zusammenhang mit dem Besuch der Bildungseinrichtung bezeichnet.

Den Schwerpunkt bilden diejenigen Unfälle, von denen ein Versicherter an seinem Arbeitsplatz bei der arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeit betroffen wird. Eignet sich der Unfall während der Arbeit, beispielsweise im Lager, im Büro, beim Be- und Entladen eines Lastkraftwagens oder bei einem Kunden, liegt ein innerer Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit unzweifelhaft vor. Zur zeitlichen und räumlichen Nähe zum Betrieb kommt entscheidend hinzu, dass die Betätigung, bei der das Unfallereignis eintritt, objektiv nachvollziehbar betrieblichen Zwecken zu dienen bestimmt war.

Ein Arbeitsunfall liegt demzufolge nicht schon vor, wenn lediglich irgendein zeitlicher oder räumlicher Zusammenhang zum Betrieb besteht. Ein Versicherter kann auch während der Arbeitszeit im Betrieb privaten Tätigkeiten, wie z.B. Nahrungsaufnahme, Rauchen oder Spaziergehen in der Mittagspause nachgehen. Diese so genannten "eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten" dienen allein privaten und nicht betrieblichen Zwecken und unterliegen regelmäßig nicht dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Außer bei der eigentlichen Arbeitstätigkeit im Betrieb können versicherte Personen aber auch beispielsweise

- auf Dienst- und Geschäftsreisen,
- beim Betriebssport,
- bei betrieblichen Gemeinschaftsveranstaltungen,
- beim Arbeiten an Telearbeitsplätzen, beim Befördern oder Reparieren von Arbeitsgeräten

den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz genießen.

Dienst- und Geschäftsreisen

Unfallversicherungsschutz besteht immer dann, wenn die Versicherten den Tätigkeiten nachgehen, die für den Antritt der Dienstreise maßgeblich waren. Es handelt sich dann um betriebsdienliche Tätigkeiten unabhängig davon, zu welcher Zeit die Versicherten "arbeiten".

Nicht versichert sind sie bei Tätigkeiten, die eindeutig der Privatsphäre zuzuordnen sind, wie Besichtigungen, denen man sich beliebig zuwenden kann.

Aber auch bei an sich privaten Tätigkeiten, z.B. Schlafen, Duschen usw., kann Versicherungsschutz bestehen, wenn die Versicherten einer besonderen Gefahr erliegen, der sie notwendigerweise durch den dienstreisebedingten Aufenthalt am fremden Ort ausgesetzt waren.

Betriebssport

Auch als Teilnehmer am Betriebssport genießen Versicherte den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Da bis auf den Profibereich sportliche Übungen nicht Gegenstand des Beschäftigungsverhältnisses und damit keine geschuldete Arbeitsleistung sind, kann die Betriebsbezogenheit nur hergestellt werden, wenn durch die sportliche Betätigung ein Ausgleich zur einseitigen beruflichen Belastung geschaffen werden soll. Dies setzt weiter einen zeitlichen Zusammenhang mit der Arbeit und eine gewisse Regelmäßigkeit voraus. Erforderlich sind zusätzlich eine betriebsbezogene Organisation und ein im Wesentlichen auf den Betrieb bezogener Teilnehmerkreis. Bei der einzelnen Betätigung darf der Wettbewerbscharakter nicht im Vordergrund stehen, deshalb ist die Teilnahme von Betriebssportgemeinschaften am allgemeinen Wettkampfbetrieb auch nicht versichert.

Betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen

Auch bei der Teilnahme an einer betrieblichen Gemeinschaftsveranstaltung stehen Versicherte unter Versicherungsschutz und zwar bei allen Tätigkeiten, die vom Zweck der Veranstaltung getragen bzw. im Programm vorgesehen sind. Eine versicherte Betriebsgemeinschaftsveranstaltung kann nur angenommen werden, wenn sie der Pflege der Verbundenheit zwischen Betriebsleitung und Belegschaft dient. Dies drückt sich dadurch aus, dass sie von der Autorität des Unternehmens getragen wird, indem es entweder selbst Veranstalter ist oder die Veranstaltung z.B. durch den Betriebsrat fördert. Dem Charakter einer Betriebsgemeinschaftsveranstaltung entspricht es, dass allen Betriebsangehörigen die Teilnahmemöglichkeit gegeben ist und auch ein wesentlicher Teil (mindestens 25 %) der Belegschaft teilnimmt. Bei größeren Unternehmen kommen auch Teilveranstaltungen, die allen Mitarbeitern z.B. einer größeren Abteilung offen stehen, in Betracht.

Arbeiten an Telearbeitsplätzen

Die moderne Informationsgesellschaft bringt es mit sich, dass Angestellte nicht mehr im vom Betrieb vorgehaltenen Büro, sondern zu Hause, an den so genannten Telearbeitsplätzen, ihrer Tätigkeit nachgehen. Der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung beschränkt sich in diesen Fällen auf Unfälle im Arbeitsraum, d. h. Unfälle im übrigen Bereich der Wohnung sind

nicht versichert. Der Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich mit dem Durchschreiten der Eingangstür des Arbeitsraumes und endet mit dessen Verlassen.

Ereignet sich der Unfall in Räumen, die gleichzeitig privaten und beruflichen Zwecken dienen, spricht die Vermutung so lange gegen einen Arbeitsunfall, als nicht festzustellen ist, dass der Unfall tatsächlich bei einer beruflichen Arbeit geschehen ist. Die Abgrenzung des Versicherungsschutzes ist in solchen Fällen schwierig.

Eine verbindliche Entscheidung über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls kann nur unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalls erfolgen.

Befördern oder Reparieren von Arbeitsgerät

Als Beschäftigte genießen Versicherte auch dann den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn sie im Zusammenhang mit ihrer versicherten Tätigkeit ein Arbeitsgerät oder eine Schutzausrüstung verwahren, befördern, in Stand halten und erneuern oder sich ein Arbeitsgerät oder eine Schutzausrüstung auf Veranlassung durch den Unternehmer erstmals beschaffen.

Es handelt sich um die Erweiterung des Versicherungsschutzes außerhalb der eigentlichen Arbeitstätigkeit, denn auf der Arbeitsstelle wären diese Tätigkeiten bereits unter dem Aspekt der "unmittelbaren Arbeitstätigkeit" versichert.

Wegeunfall

Versichert sind auch Unfälle, die beim Zurücklegen eines mit der Tätigkeit im Unternehmen zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von der Stätte der versicherten Tätigkeit, in der Regel der Weg von der Wohnung zur Arbeit und zurück, auftreten.

Beginn und Ende des Weges

Beginn und Ende des Weges sind im Regelfall durch die Wohnung und den Betrieb gekennzeichnet. Bei der Wohnung, dem häuslichen Bereich, beginnt auch bei Mehrfamilienhäusern der Versicherungsschutz nicht bereits mit dem Verlassen der Wohnung, also dem Durchschreiten der Wohnungstür, sondern erst mit dem Durchschreiten der Außentür des vom Versicherten bewohnten Gebäudes. Beim Rückweg endet er bereits auch hier. Beim Erreichen des Betriebes endet der Wegeunfallversicherungsschutz grundsätzlich mit dem Durchschreiten des Betriebs-/Werkstores, er geht dann in den eigentlichen Arbeitsunfallversicherungsschutz über.

schutz über. Diese Unterscheidung ist für den Versicherten uninteressant, sie gewinnt lediglich Bedeutung für das Beitragszuschlagsverfahren (Belastung nicht auf Wegeunfälle).

Direkter Weg

Der Versicherungsschutz ist nicht an die Benutzung eines bestimmten Beförderungsmittels gebunden. Die Versicherten können den Weg zu Fuß, mit dem Fahrrad oder Motorrad zurücklegen, öffentliche Verkehrsmittel – hierzu zählen auch Taxen – oder ein eigenes, gemietetes oder auch geliehenes Kraftfahrzeug benutzen.

Grundsätzlich ist der – bezogen auf das jeweilige Verkehrsmittel – kürzeste Weg zwischen Wohn- und Beschäftigungsort versichert. Es kann jedoch vernünftige Gründe dafür geben, einen anderen, längeren Weg zu wählen. Hier können beispielsweise bessere Verkehrsverbindungen, Witterungsverhältnisse, Verkehrsdichte und Gefährlichkeit der zurückzulegenden Wegstrecke eine Rolle spielen. Entscheidend für den Versicherungsschutz auf dem eingeschlagenen Weg sind nämlich die Motive des Versicherten, die zur Wahl gerade dieses Weges geführt haben. Gibt es vernünftige, in der Wegezurücklegung liegende Gründe dafür, zum Erreichen des Wohn- oder Beschäftigungsortes eine bestimmte Wegstrecke zu wählen, dann ist dieser Weg als verkehrsgerechter versicherungsrechtlich geschützt, auch wenn er nicht der kürzeste ist.

Wegeabweichungen

Der Versicherungsschutz geht nicht dadurch verloren, dass Versicherte den unmittelbaren Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte verlassen, um ihr Kind dorthin zu bringen oder dort abzuholen, wo es während der beruflich bedingten Abwesenheit der Eltern versorgt wird, z.B. ein Kindergarten oder eine Kindertagesstätte.

Gleiches gilt bei Abweichungen, die durch die gemeinsame Benutzung eines Kraftfahrzeugs durch mehrere Versicherte für den Weg nach und von der Stätte der versicherten Tätigkeit verursacht werden (Fahrgemeinschaft).

Der Versicherungsschutz entfällt aber auf diesen Abweichungen dann, wenn aus privaten Gründen vom notwendigen Weg abgewichen wird, z.B. wegen eines privaten Einkaufs. Wird nach der privaten Unterbrechung der direkte Weg zwischen Arbeitsstätte und Wohnung wieder aufgenommen, besteht wiederum Versicherungsschutz. Sollten Versicherte auf einem Heimweg den versicherten Weg mehr als 2 Stunden unterbrechen, stehen sie auf dem restlichen Weg nicht mehr unter Versicherungsschutz.

Eigenverschulden

Ein Eigenverschulden (Fahrlässigkeit und grobe Fahrlässigkeit) des Versicherten ist in der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Annahme eines Versicherungsfalls ohne Bedeutung. Auch bei eigenem Verschulden liegt ein Wegeunfall dann vor, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. War jedoch Trunkenheit, Rauschgift- oder Tablettenmissbrauch die rechtlich allein wesentliche Ursache des Unfalls, entfällt der Versicherungsschutz.

Berufskrankheiten

Nicht jede Erkrankung, die sich ein Versicherter bei der Arbeit zuzieht, ist eine Berufskrankheit. Der Begriff ist vielmehr im Gesetz definiert. Danach sind Berufskrankheiten diejenigen Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet hat und die ein Versicherter durch seine versicherte Tätigkeit erleidet.

Die Frage, welche Krankheit der Verordnungsgeber als Berufskrankheit anerkennen darf, ist ebenfalls gesetzlich geregelt: Nur diejenigen Krankheiten, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind, also keine Allgemeinerkrankungen wie z.B. Rheuma. Die einzelnen Krankheiten, die als Berufskrankheiten anerkannt werden können, sind in der Berufskrankheiten-Liste, die eine Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung ist, erschöpfend aufgelistet (so genanntes "Listensystem"). In der zurzeit gültigen Liste sind die Berufskrankheiten in folgende sechs Gruppen eingeteilt:

- durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten,
- durch physikalische Einwirkungen verursachte Erkrankungen,
- durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten,
- Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, des Rippen- und Bauchfells,
- Hautkrankheiten,
- Krankheiten sonstiger Ursache.

Um der schnellen Entwicklung von Arbeitsverfahren, Einführung neuer Arbeitsstoffe und Gewinnung neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse Rechnung zu tragen, ist auch eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit unter folgenden Voraussetzungen wie eine Berufskrankheit zu entschädigen:

- der Versicherte muss einer bestimmten Personengruppe angehören, die durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt ist,
- diese Einwirkungen müssen nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geeignet sein, Krankheiten solcher Art zu verursachen,
- diese medizinischen Erkenntnisse müssen bei der letzten Ergänzung der Berufskrankheiten-Liste noch nicht in ausreichendem Maße vorgelegen haben oder ungeprüft geblieben sein,
- der ursächliche Zusammenhang der Erkrankung mit der versicherten Tätigkeit muss im Einzelfall wahrscheinlich sein.

Beweisfragen

In der gesetzlichen Unfallversicherung müssen die Voraussetzungen für die Ansprüche der Versicherten nachgewiesen, d. h. festgestellt werden. Sollte sich nicht feststellen lassen, dass ein Arbeitsunfall vorgelegen hat, so geht nach dem im Sozialrecht geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast diese Nichtbeweislichkeit zu Lasten der Versicherten bzw. der Hinterbliebenen. Festzustellen sind Tatsachen u.a. auch medizinischer Art. Man unterscheidet dabei zwischen Kausalzusammenhängen und anderen Tatsachen.

Während für die Beantwortung der Frage, ob ein Stoß an den Kopf die Hirnblutung verursacht hat (Kausalfrage), die hinreichende Wahrscheinlichkeit als Beweismaßstab ausreicht, muss im Hinblick auf die Frage, ob überhaupt ein Stoß und eine Hirnblutung vorgelegen haben, der sog. Vollbeweis geführt werden.

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

Die gesetzliche Unfallversicherung verfolgt das Ziel, den durch den Versicherungsfall eingetretenen Gesundheitsschaden mit allen geeigneten Mitteln zu beseitigen oder zumindest zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhindern und seine Folgen zu mildern (§ 26 Abs. 2 SGB VII).

Leistungen zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger übernehmen nach einem Versicherungsfall die Kosten für die Erstversorgung, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, für die erforderlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie für Aufenthalte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Es spielt dabei keine Rolle, wie lange die Versicherten diese Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

Die medizinische Betreuung der Unfallverletzten und Berufserkrankten erfolgt nach hohen Qualitätsstandards. Zur Umsetzung der in § 34 SGB VII genannten Ziele haben die Unfallversicherungsträger besondere Heilverfahrensarten vereinbart, z.B. das Durchgangsarztverfahren und das Verletzungsartenverfahren (VAV). Die Heilbehandlung wird im Interesse einer optimalen Versorgung durch die Unfallversicherungsträger gesteuert und überwacht. Daneben wird in besonderen Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken, Sonderstationen und den Fachkliniken für Berufskrankheiten eine erstrangige fachmedizinische Behandlung der Versicherten durch entsprechende personelle und technische Ausstattung sichergestellt. Zugleich können dort geeignete krankengymnastische, arbeitstherapeutische und sonstige Maßnahmen der Rehabilitation durchgeführt sowie Verletzte mit Körperersatzstücken, Hilfsmitteln und dergleichen versorgt werden.

Es werden nur besonders qualifizierte Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen von den Landesverbänden zur medizinischen Versorgung Unfallverletzter zugelassen.

Verletztengeld

Als ergänzende Leistung zur Heilbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation wird eine Entgeltersatzleistung in Form von Verletztengeld erbracht. Zusätzlich werden Beiträge zu den übrigen Sozialversicherungssystemen gezahlt.

Das Verletztengeld, das Versicherte während der Zeit ihrer durch den Versicherungsfall bedingten, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit erhalten, beträgt 80 v. H. des entgangenen Bruttoentgelts bis maximal zur Höhe ihres Nettolohnes, soweit und solange vom Arbeitgeber kein Entgelt gezahlt wird. Dieser Anspruchsbetrag vermindert sich um die vom Versicherten anteilig zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gelten Besonderheiten; Einzelheiten können bei der zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft erfragt werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Zu den wesentlichen Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung zählen die berufsfördernden Leistungen. Sie sind Bestandteil einer umfassenden Rehabilitation und werden (wie die Heilbehandlung und die medizinische Rehabilitation) mit allen geeigneten Mitteln durchgeführt. Zielsetzung ist, die Versicherten unter Berücksichtigung der Schwere der Folgen des Versicherungsfalles möglichst auf Dauer wieder in das Arbeitsleben einzugliedern. In eine zukunftsorientierte Rehabilitation fließen technische Fortschritte und betriebswirtschaftliche Neuerungen ein, damit die Rehabilitanden entsprechend ihrer Eignung, Neigung und persönlichen Leistungsfähigkeit dem Arbeitsmarkt wieder wettbewerbsfähig zur Verfügung stehen. Über Art, Umfang und Durchführung der in Betracht zu ziehenden Rehabilitationsleistungen hat der Unfallversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden.

Ein von allen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung organisiertes Besuchsverfahren (Regel- und Anlassbesuche) stellt sicher, dass jeder Versicherte in Krankenhausbehandlung möglichst schnell und unabhängig vom zuständigen UV-Träger umgehend aufgesucht wird.

Mit § 38a SGB IX wurde im Januar 2009 als neue Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die „Unterstützte Beschäftigung“ eingeführt. Ziel ist, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen oder zu erhalten. Die Unterstützte Beschäftigung gliedert sich in eine individuelle betriebliche Qualifizierung und – bei Bedarf – in die Berufsbegleitung. Die gesetzliche Unfallversicherung ist für beide Leistungen zuständig.

Übergangsgeld

Während Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Versicherte in der Regel Übergangsgeld, soweit sie kein Arbeitsentgelt erzielen. Diese Leistung ist niedriger als ein etwaig vorher bezogenes Verletztengeld und entspricht in der Höhe dem **Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung**, Seite 55. Neben dem Übergangsgeld wird – soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen – Versichertenrente gezahlt.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Den Versicherten wird Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt, solange sie infolge des Versicherungsfalles so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im erheblichen Umfang der Hilfe bedürfen.

Für das Pflegegeld sind Mindest- und Höchstbeträge festgesetzt. Innerhalb dieser Grenzen wird das Pflegegeld nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens und den damit verbundenen Funktionsausfällen bemessen.

Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

Sofern Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft als Folgen eines Versicherungsfalles erforderlich werden, erbringen die Unfallversicherungsträger Leistungen für

- besondere Hilfsmittel,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten und zur Verständigung mit der Umwelt sowie,
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Bei den ergänzenden Leistungen handelt es sich insbesondere um

- Kraftfahrzeug- und Wohnungshilfe,
- Haushaltshilfe,
- psychosoziale Betreuung und Rehabilitationssport,
- Reisekosten,
- Beiträge und Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung.

Sie werden neben der Heilbehandlung und den Leistungen zur Teilhabe erbracht, soweit Art und Schwere der Verletzungs- bzw. Erkrankungsfolgen dies erforderlich machen.

Betriebs- und Haushaltshilfe der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

Betriebs- und Haushaltshilfe ist in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine der wichtigsten Sozialleistungen. Für landwirtschaftliche Unternehmer ist es unerlässlich, dass bei ihrem Ausfall das Unternehmen weiterläuft. Mit der Stellung einer Ersatzkraft wird, soweit möglich, die Weiterführung des landwirtschaftlichen Unternehmens und damit die Erhaltung der Einkommensgrundlage sichergestellt. Da der Haushalt in der Landwirtschaft eng mit dem Be-

trieb verknüpft ist, dient die Haushaltshilfe ebenfalls der Aufrechterhaltung des Betriebes. Betriebs- oder Haushaltshilfe wird dann erbracht, wenn die Hilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist und keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden; die Leistungen sind an den Ausfall des landwirtschaftlichen Unternehmers oder seines versicherten mitarbeitenden Ehegatten gebunden. Das Unternehmen muss grundsätzlich die Mindestgröße im Sinne der Alterssicherung der Landwirte erreichen. Die Satzung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft kann vorsehen, dass auch Unternehmen, in denen mehr als ein Arbeitnehmer oder mitarbeitender Familienangehöriger ständig beschäftigt werden, Betriebs- oder Haushaltshilfe erhalten, wenn ohne den Einsatz einer Ersatzkraft die Aufrechterhaltung des Unternehmens oder des Haushalts nicht sichergestellt ist.

Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft erbringt bei stationärer Behandlung aufgrund eines landwirtschaftlichen Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit für den

- landwirtschaftlichen Unternehmer Betriebs- und Haushaltshilfe,
- im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner Haushaltshilfe.

Betriebs- oder Haushaltshilfe wird für längstens drei Monate erbracht.

Darüber hinaus kann die Satzung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft insbesondere bestimmen, dass

- Betriebshilfe an den mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner eines landwirtschaftlichen Unternehmers erbracht wird,
- Betriebs- oder Haushaltshilfe an den landwirtschaftlichen Unternehmer, seinen Ehegatten oder Lebenspartner bei Arbeitsunfähigkeit erbracht wird,
- Betriebs- oder Haushaltshilfe bei stationärer Behandlung länger als drei Monate erbracht wird, wenn besondere Verhältnisse im Unternehmen dies erfordern.

Für jeden Tag der Leistungserbringung (=Einsatztag) ist unabhängig von der Höhe der entstehenden Kosten eine Selbstbeteiligung an die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zu entrichten. Neben Betriebs- oder Haushaltshilfe besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Verletzengeld.

Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft kann eine Ersatzkraft stellen oder die Kosten für eine selbst beschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe erstatten – beide Leistungsformen sind gleichrangig. Die Entscheidung, in welcher Form die Leistung gewährt wird, trifft die

landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft unter sachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten.

Dabei können auch begründete Wünsche berücksichtigt werden, es besteht jedoch kein Wahlrecht. Wenn alle Voraussetzungen für die Gestellung einer Ersatzkraft oder eine Kostenerstattung erfüllt sind, diese Leistung aber nicht in Anspruch genommen wird, kann die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft ausnahmsweise auf Antrag Verletztengeld zahlen.

Anträge auf Betriebs- oder Haushaltshilfe müssen vor Einsatzbeginn gestellt werden. Es genügt, wenn der Antrag zunächst formlos vorab gestellt wird, z.B. telefonisch oder per Telefax. In diesem Fall müssen die notwendigen Unterlagen – Formularantrag, ggf. ärztliche Bescheinigung (z.B. bei Arbeitsunfähigkeit) – innerhalb von 14 Tagen nach Einsatzbeginn bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft vorliegen. Bei verspätetem Antrag entstehen Nachteile. So werden Kosten für den Einsatz einer Ersatzkraft vor der (ggf. formlosen) Antragstellung nicht und – falls die vorgenannte 14-Tage-Frist versäumt wird – erst ab Eingang der notwendigen Unterlagen erstattet.

Versichertenrenten

Versicherte erhalten eine Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles länger als 26 Wochen gemindert ist und diese Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der Regel mindestens 20 v. H. beträgt. Die Rente beginnt regelmäßig mit dem Tage nach dem Ende der Zahlung des Verletztengeldes. Sind berufsfördernde Leistungen zu erbringen, wird Rente neben dem Übergangsgeld gezahlt.

Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit vollständig verloren haben, erhalten die Vollrente. Diese beträgt 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes. Der Jahresarbeitsverdienst ergibt sich aus der Addition des in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Versicherungsfalle erzielten Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens. Für diejenigen Zeiträume, in denen der Betroffene im Kalenderjahr vor dem Versicherungsfalle nicht gearbeitet hat, erfolgt in der Regel eine Auffüllung.

In den Fällen, in denen Versicherte ihre Erwerbsfähigkeit nicht vollständig, sondern teilweise verloren haben, wird der Teil der Vollrente gezahlt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

Die Renten aus der Unfallversicherung werden analog der Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst.

In der freiwilligen Unternehmensversicherung tritt an die Stelle des Jahresarbeitsverdienstes die Versicherungssumme.

Für landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften gelten folgende Besonderheiten:

- Für den Personenkreis der landwirtschaftlichen Unternehmer und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner gibt es eine Wartezeit auf die Verletztenrente von 26 Wochen.
- Für landwirtschaftliche Unternehmer und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner sowie im Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige entsteht der Anspruch auf Verletztenrente erst ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit ab 30 v. H..

Nähere Einzelheiten können bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft erfragt werden.

Entschädigung der Hinterbliebenen

Die Hinterbliebenen werden u.a. mit folgenden Leistungen entschädigt:

- Sterbegeld,
- Witwer- und Witwenrente,
- Waisenrente,
- Rente an Eltern und Großeltern (§ 69 SGB VII).

Verwaltungsabläufe

"Alles unter einem Dach"

Durch gesetzliche Regelungen, z.B. die Anzeigepflicht des Arbeitgebers, und die besonderen Heilverfahrensarten mit Berichtspflicht des Arztes wird gewährleistet, dass die Unfallversicherungsträger von den Versicherungsfällen Kenntnis erlangen. Eines Antrags des Versicherten bedarf es regelmäßig nicht.

Ersteingänge von Anzeigen über Arbeitsunfälle werden direkt der Entschädigungsabteilung zugeleitet. Der Arbeitsunfall wird dann ggf. von der Präventionsabteilung im Einzelnen untersucht und daraufhin analysiert, ob im betroffenen Mitgliedsunternehmen besondere Maßnahmen zur Vermeidung künftiger Arbeitsunfälle aufzugeben sind.

Meldepflichtige Unfälle (Arbeitsunfähigkeit länger als drei Tage) eines jeden Mitgliedsunternehmens werden von den UV-Trägern erfasst und können bei überdurchschnittlicher Unfallbelastung sich auf den Beitrag auswirken. Überdurchschnittlich belastete Mitgliedsunternehmen werden hinsichtlich der Arbeitssicherheit besonders betreut.

Bei Berufskrankheiten ist zudem über die Einzelfalluntersuchung im Mitgliedsunternehmen hinaus die Arbeitsvorgeschichte mit zum Teil sehr lang zurückliegenden Expositionen zu klären.

Verwaltungsabläufe im Rahmen der Betreuung der Versicherten in der Leistungsabteilung

Nach dem Grundsatz „Alles aus einer Hand“ werden die Versicherten von Amt wegen (Amtsermittlungsprinzip) ganzheitlich betreut.

Die Unfallversicherungsträger setzen für die Betreuung der Versicherten in der Regel Reha-Manager bzw. Berufshelfer ein. Diese versuchen schnellstmöglich festzustellen, ob und ggf. welche weiteren Leistungen frühzeitig vorbereitet und erbracht werden müssen.

So wird zum Beispiel schon während der Heilbehandlung geprüft, ob und ggf. welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden. Bei Berufskrankheiten ergeben sich Besonderheiten, weil die Leistungspflicht der Unfallversicherungsträger auf Anhieb nicht beurteilbar ist.

Abgrenzung zu anderen Trägern

Es können sich – unbeschadet der Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers – folgende Berührungspunkte zu anderen Sozialleistungsträgern ergeben:

Heilbehandlung

Im Rahmen der Heilbehandlung ergeben sich folgende Schnittstellen/Berührungspunkte zur gesetzlichen Krankenversicherung:

- Unfallfremde Erkrankungen sind mitbehandelt worden, für die die gesetzliche Krankenversicherung einzutreten hat.

- Die Abgrenzung, ob ein Gesundheitsschaden rechtlich-wesentlich durch den Versicherungsfall verursacht worden oder aber als unfallunabhängig einzustufen ist, gestaltet sich gelegentlich als schwierig.
- Der Krankenversicherungsträger zahlt das Verletztengeld aufgrund entsprechender Verwaltungsvereinbarungen im Auftrage der Unfallversicherungsträger aus.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation liegt eine Schnittstelle zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung vor. So kann im Einzelfall fraglich sein, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund der Unfallfolgen erforderlich geworden sind oder eine Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 15 SGB VI besteht. Dies betrifft Maßnahmen hinsichtlich der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ist fraglich, ob der Versicherte aufgrund der Unfallfolgen beruflich wieder eingegliedert werden kann, ergibt sich eine Schnittstelle zur Arbeitsförderung. So ist im Einzelfall im Verhältnis zueinander festzustellen, ob der Bedarf für die Teilhabe am Arbeitsleben tatsächlich durch die Folgen des Versicherungsfalles erforderlich geworden ist oder unfallunabhängige Gründe maßgebend sind. Eine Schnittstelle ergibt sich weiter durch die Arbeitsvermittlung, die auch unabhängig von der Betreuung durch den Unfallversicherungsträger erforderlich sein kann und durch die Bundesagentur für Arbeit durchgeführt wird.

Im Einzelfall ist ebenfalls abzuklären, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Folgen des Versicherungsfalles verursacht worden sind. Sollte dies nicht der Fall sein, kommt die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 16 SGB VI in Betracht. Beide Leistungsträger haben also frühzeitig abzuklären, wer von ihnen leistungspflichtig ist.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Als Leistungserbringer für die in §§ 55 ff. SGB IX vorgesehenen Leistungen kommt zunächst das Sozialamt in Betracht.

Soweit die Versicherten anerkannte Schwerbehinderte sind, können entsprechende Leistungen auch, soweit der Unfallversicherungsträger nicht leistungspflichtig ist, durch die Integrationsämter in Betracht kommen.

Entschädigung

Schnittstellen zur Gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich bezüglich der verschiedenen Einkommensanrechnungen, sei es nun bei Verletzten (§ 93 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) oder bei Hinterbliebenen (§ 93 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI).

Soweit Arbeitslosengeld II geleistet wird, kommt eine Anrechnung der Entschädigungsleistung (Verletztenrente, Witwen-/Witwerrente, Waisenrente) bei der Agentur für Arbeit in Betracht.

Soweit Hilfe zum Lebensunterhalt geleistet wird, sind andere Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung anzurechnen.

9. Leistungen der Träger der Sozialhilfe

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Sozialhilfe wird von örtlichen und überörtlichen Trägern geleistet (§ 3 Abs. 1 SGB XII). Örtliche Träger der Sozialhilfe sind die Landkreise und kreisfreien Städte, sofern die Zuständigkeit nicht durch Landesrecht auf andere Träger, z.B. kreisangehörige Städte und Gemeinden übertragen wurde. Wer überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist, ist je nach Landesrecht unterschiedlich geregelt.

Bundesland	Überörtlicher Träger der Sozialhilfe
Baden-Württemberg	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
Bayern	Bezirke (Mittelfranken, Oberfranken, Unterfranken, Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Schwaben)
Berlin	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin
Brandenburg	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
Bremen	Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz - Amt für Soziales und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg
Hessen	Landeswohlfahrtsverband Hessen
Mecklenburg-Vorpommern	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie - Landessozialamt
Nordrhein-Westfalen	Landschaftsverbände (Rheinland, Westfalen-Lippe)
Rheinland-Pfalz	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
Saarland	Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz
Sachsen	Kommunaler Sozialverband Sachsen
Sachsen-Anhalt	Sozialagentur Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
Thüringen	Thüringer Landesverwaltungsamt

Tabelle 4: Zuständigkeiten der überörtlichen Träger der Sozialhilfe in den Bundesländern

Wenn Personen aus anderen Bundesländern bei Gemeinsamen Servicestellen Rat suchen, empfiehlt es sich daher, einen Träger der Sozialhilfe aus dem jeweiligen Bundesland nach den dort bestehenden besonderen Regelungen zu fragen.

Bei seelisch behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres ist im Übrigen immer die Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers nach §§ 10 Abs. 2, 35a, 41 SGB VIII zu prüfen (siehe Kapitel: *Leistungen der Träger der Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, Seite 109*).

Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit der örtlichen und des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Nach § 97 Abs. 1 SGB XII sind grundsätzlich die örtlichen Träger für die Sozialhilfe sachlich zuständig. Der überörtliche Träger ist nur dann zuständig, wenn er aufgrund spezieller Regelungen im SGB XII oder aufgrund von Landesrecht für bestimmte Materien zuständig erklärt wird.

Der örtliche Träger ist damit, wie der Umkehrschluss aus § 97 Abs. 3 SGB XII ergibt, insbesondere für folgende Sachbereiche umfassend sachlich zuständig, soweit das jeweilige Landesrecht keine abweichenden Regelungen trifft:

- Hilfen zum Lebensunterhalt (§§ 27 – 40 SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41- 45 SGB XII),
- Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 – 52 SGB XII),
- die meisten Hilfen in anderen Lebenslagen, nämlich Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII), die Altenhilfe (§ 71 SGB XII), die Hilfen in sonstigen Lebenslagen (§ 73 SGB XII) und die Übernahme von Bestattungskosten (§ 74 SGB XII).

Die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe bestimmt sich gemäß § 97 Abs. 2 SGB XII nach dem jeweiligen Landesrecht. Diese landesrechtlichen Regelungen sind sehr unterschiedlich. Häufig werden den örtlichen Trägern sämtliche Hilfearten oder nahezu sämtliche Hilfearten zugewiesen, so dass dem überörtlichen Trägern neben spezialgesetzlichen Aufgabenzuweisungen (§ 24 Abs. 4 S. 2 SGB XII) lediglich punktuelle Zuständigkeiten verbleiben. Für den zurzeit nicht gegebenen Fall, dass landesrechtliche Regelungen zur sachlichen Zuständigkeit des überörtlichen Träger der Sozialhilfe fehlen, ist dieser nach § 97 Abs. 3 SGB XII zuständig für

- die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53-60 SGB XII),
- die Hilfe zur Pflege (§§ 61-66 SGB XII),
- die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67-69 SGB XII),
- die Blindenhilfe (§ 72 SGB XII).

Abgrenzung der örtlichen Zuständigkeit

Örtlich zuständig ist nach § 98 Abs. 1 S. 1 SGB XII grundsätzlich der Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich sich die Leistungsberechtigten tatsächlich aufhalten.

Für die stationären Leistungen ist nach § 98 Abs. 2 S. 1 SGB XII der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, in dessen Bereich die Leistungsberechtigten ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Aufnahme haben oder in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hatten. Die danach einmal begründete örtliche Zuständigkeit bleibt gemäß § 98 Abs. 2 S. 2 SGB XII auch erhalten, wenn die Leistungsberechtigten aus einer vollstationären Einrichtung in eine andere vollstationäre Einrichtung überwechseln, die im Bereich eines anderen Trägers der Sozialhilfe liegt.

Bei einem Wechsel von stationärer Betreuung in eine ambulant betreute Wohnform bleibt für diese Leistungen der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt örtlich zuständig war (§ 98 Abs. 5 SGB XII).

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

Die Träger der Sozialhilfe erbringen gemäß § 8 SGB XII folgende Leistungen:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 - 40 SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 - 46 SGB XII),
- Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 - 52 SGB XII),
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 - 60 SGB XII),
- Hilfe zur Pflege (§§ 61 - 66 SGB XII),
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 - 69 SGB XII),
- Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 - 74 SGB XII),
- sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Im Zusammenhang mit dem SGB IX spielen vor allem die Hilfen nach den §§ 47 – 74 SGB XII und hier insbesondere die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 ff. SGB XII) eine Rolle.

Als Leistungen der Eingliederungshilfe werden erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 54 Abs. 1 S.1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 33, 41 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 S.1 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX).

Neben diesen Leistungen der Rehabilitation im Sinne des SGB IX umfasst die Eingliederungshilfe insbesondere noch folgende Leistungen, die nicht unter die Bestimmungen des SGB IX fallen:

- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (§ 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII),
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule (§ 54 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII),
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 54 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII),
- Hilfe in einer den Werkstätten für behinderte Menschen vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätte (§ 54 Abs. 1 Nr. 4 SGB XII),
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben (§ 54 Abs. 1 Nr. 5 SGB XII).

Der Katalog des § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 5 SGB XII ist keine abschließende Aufzählung der Leistungen der Eingliederungshilfe. Bei den nicht in diesem Katalog aufgeführten Leistungen der Eingliederungshilfe (sog. „sonstige Eingliederungshilfe“) handelt es sich jedoch nicht um Leistungen der Teilhabe im Sinne des SGB IX.

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Eingliederungshilfe erhalten nach § 53 Abs. 1 SGB XII Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 S. 1 des SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Weitere Voraussetzung ist, dass nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Eingliederungshilfe nach dem SGB XII wird ohne Ansehen der Ursache der Behinderung erbracht. Gemäß § 2 SGB XII ist sie aber gegenüber allen von anderen Rehabilitationsträgern im Sinne des § 6 Nr. 1 bis 6 SGB IX erbrachten Leistungen nachrangig.

Die Leistungen im Einzelnen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 26 bis 31 SGB IX)

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechen nach § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII jeweils in vollem Umfang den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. In Zusammenwirken mit § 2 SGB XII hat dies unter anderem zur Folge, dass für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Träger der Sozialhilfe kein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehen kann. Dies gilt auch in den Fällen, in denen eine echte Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht besteht, jedoch die Krankenbehandlung im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V erfolgt. Somit kommt eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX in erster Linie mangels Krankenversicherungsschutz (§ 32 SGB XII) in Betracht. Soweit Versicherungsleistungen trotz grundsätzlich bestehenden Versicherungsschutzes begrenzt sind, erbringt der Sozialhilfeträger ggf. ergänzende Leistungen.

Hinsichtlich des Umfangs der Leistungen wird auf die Ausführungen zur gesetzlichen Krankenversicherung im Kapitel *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*, Seite 35 verwiesen.

In Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen für Kinder werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation als Leistungen der Frühförderung und Früherkennung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX i.V.m. § 30 SGB IX gemäß § 30 Abs. 1 S. 2 SGB IX und § 56 Abs. 2 SGB IX als Komplexleistungen erbracht.

Zu den gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen als Komplexleistungen erbrachten Angeboten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe für sprachbehinderte Kinder wird verwiesen auf den Abschnitt *Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind*, Seite 104 im Kapitel Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Zu beachten ist, dass der Rehabilitationsprozess nicht die anfängliche (akut-) medizinische Behandlung umfasst. Diese Leistung fällt im Recht der Sozialhilfe unter die Hilfen bei Krankheit nach § 48 SGB XII und entspricht der Krankenbehandlung im Bereich der Krankenversicherung.

Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX ist das Einkommen und Vermögen gemäß § 92 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB XII nur für die Kosten der während der Maßnahme entstehenden Leistungen des Lebensunterhaltes in Höhe der häuslich ersparten Aufwendungen einzusetzen, während bei der Hilfe nach § 48 SGB XII das Einkommen und Vermögen auch für die Kosten der Maßnahme einzusetzen ist. Der Leis-

tungsberechtigte ist aber nach § 92 Abs. 2 S. 6 SGB XII zum Ersatz der für die Maßnahme entstehenden Kosten verpflichtet, wenn er sich grob fahrlässig oder vorsätzlich nicht ausreichend gegen entsprechende Risiken versichert hatte.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 33 ff. SGB IX)

Die vom Träger der Sozialhilfe zu erbringenden Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben sind gemäß § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII auf den Leistungsumfang der Bundesagentur für Arbeit beschränkt. Dies bedeutet im Zusammenwirken dieser Vorschrift mit § 2 SGB XII, dass Personen, die Leistungsansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit besitzen, in keinem Fall vom Träger der Sozialhilfe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten können.

Für einen Teil der in §§ 33 ff. SGB IX genannten Leistungen ist der Träger der Sozialhilfe nicht zuständig, weil insoweit bereits in den entsprechenden Vorschriften des SGB IX ausdrücklich nur eine Zuständigkeit anderer Leistungsträger begründet wird. Dies gilt z.B. für die Arbeitsassistenz (§ 33 Abs. 8 S. 2 SGB IX), die Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 Abs. 1 SGB IX), die Überbrückungshilfe (§ 33 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX) und Verdienstaufschlag (§ 33 Abs. 8 Nr. 2 SGB IX).

Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 41 ff. SGB IX)

Die Leistungen an behinderte Menschen zur Beschäftigung in einer anerkannten Werkstatt gehört zu den Schwerpunkten des Leistungsspektrums der Eingliederungshilfe in Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben.

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Aufgaben der Werkstätten für behinderte Menschen und Aufnahmevoraussetzungen sowie die Rechtsstellung und das Arbeitsentgelt behinderter Menschen ergeben sich aus den §§ 136 bis 139 SGB IX sowie der **Werkstättenverordnung**. Mit Einführung des SGB IX sind die WfbM darauf ausgerichtet worden, verstärkt das Ziel einer Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu verfolgen.

Es gibt neben WfbM, die allen Gruppen von behinderten Menschen offen stehen, auch WfbM, die sich auf die besonderen Bedürfnisse bestimmter Gruppen von behinderten Menschen ausgerichtet haben (z.B. Werkstatt für seelisch behinderte Menschen).

Gemäß § 42 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX ist der Träger der Sozialhilfe für Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen im Sinne des § 41 SGB IX zuständig. Als weitere Träger dieser Leistungen, die gegenüber dem Träger der Sozialhilfe gemäß § 2 SGB XII vorrangig verpflichtet wären, kommen nach § 42 Abs. 2 SGB IX die Träger der Unfallversicherung, Träger der Kriegsopferfürsorge (§§ 26, 26a BVG) sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§ 35a SGB VIII) in Betracht.

Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen erhalten Personen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Weiterbildung oder berufliche Ausbildung wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen (§ 41 SGB IX). Für Personen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, siehe Kapitel *Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten*, Seite 105.

Die Leistungen im Arbeitsbereich sollen auf die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des behinderten Menschen entsprechenden Beschäftigung gerichtet sein. Durch arbeitsbegleitende Maßnahmen sollen die Leistungsfähigkeit erhalten oder verbessert und die Persönlichkeit weiterentwickelt werden.

Die Verantwortung für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (§ 40 SGB IX) dagegen liegt grundsätzlich bei der Bundesagentur für Arbeit. Diese kann aber auch für die Träger der Unfallversicherung, der Rentenversicherung und der Kriegsopferfürsorge in Betracht kommen (§ 42 Abs. 1 SGB IX). In Ausnahmefällen kann sich auch die Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe, z.B. bei dienstunfähigen Beamten ergeben, wenn kein anderer Rehabilitationsträger vorhanden ist. Bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, bei denen sich für die Leistungen im Eingangsverfahren und/oder Berufsbildungsbereich kein anderer Rehabilitationsträger findet, kann unterstellt werden, dass ausländerrechtliche Gesichtspunkte vorliegen, die auch der Erbringung von Leistungen durch den Träger der Sozialhilfe entgegen stehen.

Vor einer Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen werden in der Regel das Eingangsverfahren sowie daran anschließend der Berufsbildungsbereich durchlaufen.

Im Eingangsverfahren sind Feststellungen darüber zu treffen, ob die WfbM die geeignete Einrichtung für die Teilhabe am Arbeitsleben ist, welche Bereiche der WfbM und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen. Es ist zwingend ein Eingliederungsplan zu erstellen. Das Eingangsverfahren dauert in der Regel drei Monate und kann im Einzelfall auf bis zu vier Wochen verkürzt werden.

Der Berufsbildungsbereich dient der Entwicklung, Steigerung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich dauern in der Regel zwei Jahre und werden in Zeitabschnitten von jeweils einem vollen Jahr bewilligt. Die Bewilligung für das 2. Jahr ist auszusprechen, solange noch (auch minimale) Fortschritte erreicht werden können.

Die Beschäftigten der Werkstätten für behinderte Menschen haben gemäß § 92 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 und § 92 Abs. 2 S. 4 ff. SGB XII lediglich aus ihrem Einkommen und Vermögen zu den Kosten des in der Werkstatt eingenommenen Mittagessens beizutragen. Ansonsten wird die fachliche Hilfe vom Träger der Sozialhilfe ohne Kostenbeteiligung der Leistungsempfänger und ihrer Angehörigen erbracht.

Arbeitsförderungsgeld (§ 43 SGB IX)

Nach § 43 SGB IX wird den im Arbeitsbereich der WfbM beschäftigten behinderten Menschen von der Werkstatt zusätzlich zu ihrem Arbeitsentgelt ein Arbeitsförderungsgeld in Höhe von 26,00 € monatlich ausgezahlt, solange das in der Werkstatt gezahlte Arbeitsentgelt nicht höher als 299 € im Monat ist. Das den Betrag von 299 € übersteigende Arbeitsentgelt wird auf das Arbeitsförderungsgeld angerechnet. Das Arbeitsförderungsgeld wird der Werkstatt vom zuständigen Rehabilitationsträger erstattet.

Das Arbeitsförderungsgeld ist bei der Bereinigung des im Sozialhilferecht zu berücksichtigenden Einkommens nach § 82 Abs. 2 Nr. 5 SGB XII abzusetzen.

Einkommen und Vermögen ist gemäß § 92 Abs. 2 S.2 Nr. 6 SGB XII nur für die Kosten des während der Maßnahme gewährten Lebensunterhaltes, nicht aber zu den Kosten der Maßnahme selbst einzusetzen. Die Leistungsberechtigten sind aber nach § 43 Abs. 2 S. 6 SGB XII zum Ersatz der für die Maßnahme entstehenden Kosten verpflichtet, wenn sie sich grob fahrlässig oder vorsätzlich nicht ausreichend gegen entsprechende Risiken versichert hatten.

Als nach § 2 SGB XII vorrangig verpflichtete Rehabilitationsträger kommen bei dieser Leistung gemäß § 6 Nr. 2 bis 6 SGB IX die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und Alterssicherung der Landwirte, die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe in Betracht.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. §§ 55 ff. SGB IX)

Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder sichern sollen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen.

Mit der Hilfe soll für behinderte Menschen

- ein Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile vorgenommen,
- die Integration in die Gesellschaft,
- der Umgang und die Begegnung mit anderen Menschen,
- der Kontakt zu Angehörigen,
- die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen,
- das Erledigen von persönlichen Angelegenheiten,
- die Unterrichtung über das Zeitgeschehen und über kulturelle Ereignisse,
- das Wahrnehmen von Freizeitinteressen sowie
- die Vorbereitung auf Maßnahmen der Eingliederung in das Arbeitsleben

ermöglicht oder erleichtert werden.

Die Leistungen umfassen insbesondere Maßnahmen, die geeignet sind, die Begegnung und den Umgang mit anderen Menschen zu ermöglichen oder zu erleichtern. Dazu gehören Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen in dem Umfang, in dem es üblicherweise auch nicht behinderte Menschen tun, sowie die Mitgliedschaft in Vereinen, Selbsthilfegruppen usw.

Für alle Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kommen als nach § 2 SGB XII vorrangig verpflichtete Rehabilitationsträger gemäß § 6 Nr. 3, 5 und 6 SGB IX die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe in Betracht.

Versorgung mit anderen als den in § 31 SGB IX genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 SGB IX genannten Hilfen (§ 54 Abs. 1 S.1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX)

Die Anspruchsgrundlagen für die Versorgung mit Hilfen und Hilfsmitteln finden sich in § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII. Hilfsmittel sind alle Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können (§ 31 Abs. 1 Halbs. 1 SGB IX). Hilfen sind alle anderen möglichen Leistungen unter Einschluss insbesondere Beratungs-, Schulungs-, Therapie- und sonstigen persönlichen Leistungen nach § 33 SGB IX.

Bei der Versorgung mit Körperersatzstücken sowie orthopädischen und anderen Hilfsmitteln nach § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX sind die §§ 9, 10 der Eingliederungshilfe-Verordnung zu beachten. Danach kann unter Umständen ein Anspruch auf andere Hilfsmittel bestehen, der über den Umfang der Leistungen der Krankenversicherung hinausgeht. So können z.B. im Gegensatz zum Recht der Krankenversicherung nach § 9 Abs. 2 Nr. 12 Eingliederungshilfe-Verordnung auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens finanziert werden, wenn der behinderte Mensch wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf diese Gegenstände angewiesen ist.

Leistungen können auch

- zur Beschaffung eines Kfz (§ 8 Eingliederungshilfe-Verordnung),
- zur Beschaffung von besonderen Bedienungseinrichtungen und Zusatzgeräten für ein Kfz (§ 9 Abs. 2 Nr. 11 Eingliederungshilfe-Verordnung) und/oder als Betriebskostenpauschale für den eigenen Pkw (§ 10 Abs. 6 Eingliederungshilfe-Verordnung),
- für die Erlangung der Fahrerlaubnis (§ 10 Abs. 6 Eingliederungshilfe-Verordnung) erbracht werden.

Sofern Körperersatzstücke und Hilfsmittel nicht als medizinische Rehabilitationsleistung oder im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht werden, ist die Leistung vom Einsatz des Einkommens und Vermögen abhängig.

Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 2 und § 56 SGB IX)

Heilpädagogische Leistungen erhalten Kinder (§ 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX), die noch nicht eingeschult sind, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch eine drohende Behinderung i. S. des § 53 Abs. 1 SGB XII abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können (§ 56 SGB IX).

Heilpädagogische Leistungen umfassen alle pädagogischen Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit anregen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten.

In Einzel- oder Gruppenbetreuung kommen dazu unter anderen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Einüben der üblichen Handgriffe bei Verrichtungen des täglichen Lebens (An- und Auskleiden, Einnehmen der Mahlzeiten, Erlernen und Erhalten der Sauberkeit),
- Entwicklung und Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit des Kindes,
- Entwicklung der Antriebskräfte des Kindes,
- Förderung der Konzentration und der Ausdauer,
- Erziehung zu wenigstens geringer Arbeitshaltung.

Diese Maßnahmen sollen so frühzeitig wie möglich einsetzen, um damit einen nachhaltigen Erfolg der Leistungen der Eingliederungshilfe zu erreichen.

Nach § 56 SGB IX werden heilpädagogische Leistungen in Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30 SGB IX) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger als Komplexleistung erbracht. Einzelheiten hierzu regelt § 30 SGB IX i.V.m. der Frühförderungsverordnung.

Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX)

Durch Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, soll den behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Diese Leistungen kommen insbesondere in Betracht, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung eine Schul- oder Berufsausbildung nicht möglich ist. Sie umfassen auch die Hilfen in einer Tagesförderstätte für den Personenkreis, der die Mindestbedingungen für die Aufnahme in eine WfbM (siehe Kapitel Werkstätten für behinderte Menschen, Seite 100) nicht erfüllt und nicht der stationären Betreuung bedarf.

Des Weiteren fallen hierunter z.B.

- hauswirtschaftliche Lehrgänge für behinderte Menschen, die einen Haushalt zu versorgen haben,
- Lehrgänge und ähnliche Maßnahmen, die erforderlich und geeignet sind, den behinderten Menschen zu befähigen, sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen.

Diese Leistungen sind gemäß § 92 Abs. 2 S. 1 Nr. 8 SGB XII einkommens- und vermögensabhängig, wenn sie nicht in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden. Besondere Einrichtungen i.S. der Nr. 8 sind solche, in denen die dort erbrachte Hilfe im Zusammenhang mit der „Teilhabe am Arbeitsleben“ steht. Wenn Leistungen in derartigen Einrichtungen – z.B. Tagesförderstätten – erbracht werden, ist das Einkommen und Vermögen nur für die Kosten des in der Einrichtung gewährten Mittagessens einzusetzen (§ 92 Abs. 2 S. 3 ff. SGB XII).

Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 4 und § 57 SGB IX)

Hörbehinderte Menschen oder behinderte Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit haben Anspruch auf Stellung einer Hilfe durch andere Personen oder Übernahme der dafür erforderlichen Kosten in angemessener Höhe, soweit sie aus einem besonderen Anlass aufgrund ihrer Behinderung zur Verständigung mit der Umwelt die Hilfe Anderer benötigen.

Dieser Anspruch erfasst nicht das Verwaltungsverfahren der Sozialleistungsträger, für das § 19 SGB X gilt, oder die Ausführung von Sozialleistungen insbesondere ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, für die § 17 SGB I gilt.

Die Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX umfassen auch eine blinden-technische Grundausbildung, Kurse und ähnliche Maßnahmen, die eine Verständigung des behinderten Menschen ermöglichen oder erleichtern.

Diese Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig.

Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX)

Zu diesen Leistungen zählt z.B. die Beratung und Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung oder einem Wohnheimplatz.

Die Hilfe zur Wohnungserhaltung umfasst u.a. notwendige Umbauten zur behindertengerechten Gestaltung einer Wohnung, wenn der behinderte Mensch bereits eine Wohnung besitzt. Hierzu gehört z.B. die rollstuhlgerechte Änderung der Wohnung – etwa durch Verbreiterung der Türen, Beseitigung von Schwellen, der Einbau behindertengerechter Toiletten und Bäder sowie die Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zur Wohnung.

Diese Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig.

Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX)

Diese Vorschriften beinhalten nicht nur die Rechtsgrundlage für Hilfen in ambulanter Form (z.B. ambulant betreutes Wohnen) sondern auch für Hilfen im Rahmen von stationärer Betreuung (z.B. Wohnstätten an WfbM). Wenn eine Unterbringung in einem Internat erforderlich wird, um dem behinderten Menschen den Besuch einer Schule zu ermöglichen, ist diese Leistung allerdings Bestandteil der Hilfe zur angemessenen Schulbildung und somit nicht Bestandteil einer Maßnahme der Rehabilitation im Sinne des SGB IX.

Diese Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig. Ein Unterhaltsanspruch des volljährigen Rehabilitanden gegen seine Eltern geht bei vollstationär erbrachten Leistungen allerdings nach Maßgabe des § 94 Abs. 2 SGB XII auf den Träger der Sozialhilfe über.

Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

(§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 7 und § 58 SGB IX)

Die Leistungen umfassen Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nicht behinderten Menschen, z.B.

- Volkshochschulkurse, Vereinsmitgliedschaft, Gemeinschaftsreisen,
- Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen,
- die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist.

Diese Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig.

Sonstiges

Besonderheiten der Träger der Sozialhilfe gegenüber anderen Rehabilitationsträgern

Es sind insbesondere die nachstehenden verfahrenstechnischen Besonderheiten von Bedeutung.

- Sozialhilfe ist, mit Ausnahme der Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 - 46 SGB XII), nicht von einem Antrag abhängig, sondern wird erbracht, wenn der Träger der Sozialhilfe von einem entsprechenden Bedarf Kenntnis erhält (§ 18 SGB XII). Dies ist insbesondere im Hinblick auf § 14 Abs. 3 SGB IX zu beachten.
- § 18 Abs. 2 SGB XII geht als speziellere Regelung § 16 Abs. 2 SGB I vor.
- Der Träger der Sozialhilfe besitzt für die Planung und Koordinierung der Hilfe mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XII ein eigenständiges Instrument, das in seinem Verfahren den entsprechenden Regelungen im SGB IX vorgeht.

Das SGB XII enthält hinsichtlich der Ausgestaltung und des Umfangs der zu erbringenden Hilfe erhebliche Ermessensspielräume. Da jeder Träger der Sozialhilfe ein eigenständiger Rehabilitationsträger ist, der im Rahmen seiner Zuständigkeit diese Ermessensspielräume auch selbst ausfüllt, gibt es zwischen diesen Trägern hinsichtlich der Leistungen Unterschiede.

Besondere Regelungen für in teil- oder vollstationärer Form erbrachte Leistungen

Der Träger der Sozialhilfe ist nach § 9 Abs. 2 und § 76 Abs. 2 SGB XII nur verpflichtet, die Kosten von Leistungen zu tragen, die in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung erbracht werden, wenn er mit dem Träger dieser Einrichtung oder dessen Verband Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen abgeschlossen hat.

Ein Teil der Träger der Sozialhilfe lassen in der Regel auch Vereinbarungen, die andere Träger der Sozialhilfe abgeschlossen haben, gegen sich gelten und übernehmen auch Kosten, wenn ein anderer Rehabilitationsträger mit dieser Einrichtung für die zu erbringende Reha-Leistung nach seinem Recht einen Versorgungsvertrag geschlossen hat.

In den Teilen von Einrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI oder eine Leistungsvereinbarung über die Erbringung von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII besteht, können vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe nur Leistungen der Hilfe zur Pflege und nicht Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden.

Es ist also besonders wichtig, dass Rehabilitanden sich vor einer Aufnahme in eine teilstationäre oder vollstationäre Einrichtung vergewissern, ob die bestehende Leistungsvereinbarungen bzw. Versorgungsverträge die Erbringung der gewünschten Leistung vorsehen.

Die vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen sehen regelmäßig vor, dass die Einrichtungen den gesamten Bedarf der Hilfesuchenden abzudecken haben. Dies bedeutet, dass in aller Regel neben einer in Einrichtungen erbrachten Leistung der Eingliederungshilfe kein Bedarf an ambulanter Hilfe entstehen kann.

Besonderheiten bei vollstationären Einrichtungen

Zu beachten ist, dass Sozialhilfe nach § 13 SGB XII grundsätzlich so weit wie möglich außerhalb von vollstationären Einrichtungen erbracht werden soll.

Weitere Leistungen für vollstationär betreute Rehabilitanden:

In gewissem Umfang können auch die Kosten für Familienheimfahrten und die Kosten der Besuche von Angehörigen bei den behinderten Menschen übernommen werden (§ 54 Abs. 2 SGB XII).

10. Leistungen der Träger der Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Sachliche und örtliche Zuständigkeit

Für die Erbringung von Leistungen und die Erfüllung von anderen Aufgaben nach dem SGB VIII ist im Wesentlichen der öffentliche Jugendhilfeträger (Jugendamt) bzw. dessen Kommune (kreisfreie Stadt oder Landkreis) zuständig.

Die örtliche Zuständigkeit für Leistungen richtet sich nach den §§ 86 ff. SGB VIII.

Verhältnis zu anderen Leistungen und Verpflichtungen

Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen wie auch die Leistungen nach dem SGB XII dem Grundsatz des Nachrangs: Sie werden nur erbracht, wenn für die Leistungen kein anderer Träger zuständig ist. Erbringt die Jugendhilfe Leistungen, weil ein vorrangig zuständiger Träger nicht rechtzeitig leistet, kann sie bei dieser Kostenerstattung geltend machen (§ 10 SGB VIII i.V.m. §§ 102 ff. SGB X). Außerdem sind auch hier etwaige Verpflichtungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen zu berücksichtigen.

Welcher Personenkreis gehört in den Zuständigkeitsbereich

Kinder und Jugendliche (bzw. junge Volljährige im Sinne des § 41 Abs. 1 SGB VIII), die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht sind im Sinne des SGB VIII Kinder und Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Leistungsvoraussetzungen – Besonderheit des Verfahrens

Die Feststellung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe

Die Feststellung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe erfolgt zweigliedrig.

- Feststellung des Zustands der seelischen Gesundheit/Abweichung vom Lebensalter typischen Gesundheitszustand:

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
- eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen (§35a Abs. 1a SGB VIII).

Für die Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit muss die Diagnostik auf der Grundlage der ICD-10 in deutscher Fassung erfolgen. Die diagnostizierende Institution soll nicht an der Leistungserbringung beteiligt sein.

- Feststellung der (zu erwartenden) Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit durch Fachkräfte des Jugendamtes:

Die Abweichung der seelischen Gesundheit allein begründet noch keinen Eingliederungshilfebedarf. Jugendhilfeleistungen kommen nur in Betracht, wenn daraus eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft resultiert. Die Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit und des Eingliederungshilfebedarfs, sowie die Ausgestaltung der Hilfe erfolgt im Rahmen eines Hilfeplanungsprozesses durch Fachkräfte des Jugendamtes (gem. der §§ 35a, 36, 36a SGB VIII).

Steuerungsverantwortung des Jugendamtes gem. § 36a SGB VIII

Aufgrund der im Gesetz festgeschriebenen Steuerungsverantwortung (§ 36a SGB VIII) ist das Jugendamt zur Übernahme der Kosten nur verpflichtet, wenn auf der Grundlage des SGB VIII und der dort vorgesehenen Verfahrensregelungen die Notwendigkeit und Geeignetheit der Hilfe entschieden wird.

Eine *Selbstbeschaffung* von Leistungen ist *nur* in ganz besonderen *Ausnahmesituationen* möglich:

- wenn die Voraussetzungen für die Erbringung der Hilfe vorlagen,
- der Träger der öffentlichen Jugendhilfe *vor* der Selbstbeschaffung über den Hilfebedarf in Kenntnis gesetzt wurde,
- der Jugendhilfeträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringt oder
- eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Leistungsumfang

Gemäß § 35a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach § 53 Abs. 3 und 4 S. 1, den §§ 54, 56 und 57 SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können über das SGB VIII in besonders gelagerten Einzelfällen ausnahmsweise erbracht werden, wenn keine Krankenversicherung besteht und auch die erforderlichen Vorversicherungszeiten der Rentenversicherung nicht erfüllt sind.

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall (§§ 36, 36a SGB VIII) erbracht und kann in

- ambulanter,
- teilstationärer (Tageseinrichtungen oder Tagesgruppen),
- vollstationärer Form (z.B. Heim) oder durch geeignete Pflegepersonen

ausgeführt werden.

Landesrechtliche Regelungen

In den einzelnen Bundesländern sind die Zuständigkeiten für bestimmte Bereiche der Sozial- und Jugendhilfe unterschiedlich geregelt (z.B. Frühförderung behinderter Kinder). Diese landesrechtlichen Regelungen sind im Einzelfall entsprechend zu beachten.

11. Leistungen der Träger der Sozialen Entschädigung/Kriegsopferfürsorge

Leistungen der Sozialen Entschädigung

Soziale Entschädigung in der Bundesrepublik Deutschland bedeutet: Wer einen gesundheitlichen Schaden erleidet, für dessen Folgen die Gemeinschaft in besonderer Weise einsteht, hat Anspruch auf Versorgung. Damit sollen beispielsweise besondere Opfer zumindest finanziell abgegolten werden.

Kernstück der sozialen Entschädigung ist die Kriegsopferversorgung. Wer durch eine militärische oder militärähnliche Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des militärischen oder militärähnlichen Dienstes oder durch die im Dienst eigentümlichen Verhältnisse eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung auf Antrag Versorgung (§ 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG)).

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Träger der Leistungen der sozialen Entschädigung sind die Versorgungsämter. Die Zuständigkeit in den Ländern können sie aus folgender Tabelle entnehmen:

Bundesland	Träger der sozialen Entschädigung
Baden-Württemberg	Regierungspräsidium Stuttgart – Landesversorgungsamt
Bayern	Zentrum Bayern Familie und Soziales
Berlin	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - Versorgungsamt
Brandenburg	Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg - Versorgungsamt
Bremen	Versorgungsamt Bremen
Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz - Versorgungsamt
Hessen	Hessisches Landesamt für Versorgung und Soziales - Landesversorgungsamt
Mecklenburg-Vorpommern	Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern - Versorgungsamt
Niedersachsen	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie - Landesversorgungsamt
Nordrhein-Westfalen	Landschaftsverbände
Rheinland-Pfalz	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz - Landesversorgungsamt
Saarland	Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

Sachsen	Kommunaler Sozialverband Sachsen - Landesversorgungsamt
Sachsen-Anhalt	Landesverwaltungsamt - Landesversorgungsamt
Schleswig-Holstein	Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein
Thüringen	Thüringer Landesverwaltungsamt

Tabelle 5: Leistungen der sozialen Entschädigung

Auf der [Homepage des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie](#) können Sie mit Hilfe der Postleitzahl oder des Ortes erfragen, welches Versorgungsamt bzw. welche Landessozialverwaltung örtlich zuständig ist.

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

Die Versorgung umfasst:

- Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung (§§ 10 - 24a BVG),
- Leistungen der Kriegspferfürsorge (§§ 25 - 27i BVG),
- Beschädigtenrenten und Pflegezulagen (§§ 29 - 35 BVG),
- Bestattungs- und Sterbegeld (§§ 36 - 37 BVG),
- Hinterbliebenenrente (§§ 38 - 52 BVG),
- Bestattungsgeld beim Tod von Hinterbliebenen (§§ 53 - 53a BVG),
- Orthopädische Versorgung.

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Neben den Opfern des Krieges erhalten geschädigte Personen und deren leistungsberechtigte Hinterbliebenen Leistungen der Kriegspferversorgung in entsprechender Anwendung des BVG. Im Einzelnen handelt es sich dabei um

- Bundeswehrsoldaten nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG),
- Zivildienstleistende nach dem Zivildienstgesetz (ZDG),
- Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG),
- Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG),
- Opfer rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG),

- Betroffene rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen im Beitrittsgebiet und die daran anknüpfenden Folgeansprüche nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitationsgesetz (VwRehaG),
- Impfgeschädigte nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG),
- Bundesgrenzschutzbeschäftigte nach dem Bundesgrenzschutzgesetz (BGG).

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist bei allen Gesetzen, dass

- ein Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen gestellt wird und über den Antrag positiv entschieden worden ist.
- Rentenleistungen als Witwen- oder Waisenrente oder -beihilfe oder Elternrente zur Versorgung von Hinterbliebenen gezahlt werden.

Auch die Hinterbliebenen solcher Beschädigten können eine Versorgung beanspruchen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Die Leistungen im Einzelnen

Die Träger der Sozialen Entschädigung und der Kriegsopferversorgung sind gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX Rehabilitationsträger, von denen Leistungen zur Teilhabe nach § 5 Nr. 1 bis 4 SGB IX zu erbringen sind.

Heilbehandlung und Krankenbehandlung nach §§ 10 ff. BVG

Beschädigte erhalten nach § 10 Abs. 1 BVG Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind.

Schwerbeschädigten (Grad der Schädigungsfolgen (GdS) mindestens 50 v.H.) wird Heilbehandlung auch für Gesundheitsstörungen, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind, geleistet, sofern die Heilbehandlung nicht bereits durch Ansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. eine Krankenkasse) sichergestellt ist oder das Einkommen über der Jahresentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (siehe Ausschlussgründe § 10 Abs. 7 BVG).

Der Heilbehandlungsanspruch nach § 11 Abs. 1 S. 1 BVG umfasst im Wesentlichen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation, es sei denn, im Bundesversorgungsgesetz ist ausdrücklich etwas Abweichendes geregelt

(§ 11 Abs. 1 S. 2 BVG). Insofern kann auf die Ausführungen im Kapitel Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Seite 34 verwiesen werden.

Des Weiteren umfasst der Heilbehandlungsanspruch:

- Stationäre Behandlungen in einer Kureinrichtung (Badekur) (§ 11 Abs. 2 BVG),
- Versehrtenleibesübungen in Übungsgruppen (§ 10 Abs. 3 BVG),
- Versorgungskrankengeld als Lohnersatzleistung bei Arbeitsunfähigkeit (§§ 16 - 16f BVG) (beträgt 80 v. H. des erzielten regelmäßigen Entgelts und darf das regelmäßig erzielte Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen; Sonderregelungen siehe § 16b BVG),
- Entrichtung der Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung für Zeiten des Bezugs von Versorgungskrankengeld (§ 22 BVG),
- Haushaltshilfe (§ 11 Abs. 4 BVG),
- Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 10 Abs. 6 BVG),
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 11 Abs. 5 BVG),
- Ersatzleistungen in Ergänzung der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 11 Abs. 3 BVG),
- Meldung zur sozialen Pflegeversicherung und Übernahme der Beiträge, falls kein versicherungsrechtlicher (gesetzlich oder privat) Pflegeversicherungsanspruch besteht,
- Reisekosten, wenn die Heilbehandlung oder Badekur durch den Träger der sozialen Entschädigung durchgeführt wird (§ 24 BVG).

Krankenbehandlung nach § 10 Abs. 4 BVG wird

- dem Schwerbeschädigten für den Ehegatten oder Lebenspartner und für die Kinder sowie für sonstige Angehörige,
- dem Pflegezulagenempfänger für seine Pflegeperson und
- Witwen, Waisen und versorgungsberechtigten Eltern

geleistet. Der Umfang der Krankenbehandlung entspricht im Wesentlichen dem der Heilbehandlung (§ 12 Abs. 1 i.V.m. § 11 Abs. 1 BVG).

Abweichend vom Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten die Berechtigten im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts bis auf wenige im Gesetz genannte Ausnahmen alle medizinischen Rehabilitationsleistungen als Sachleistung (vgl. § 18 Abs. 1 S. 1 BVG). Das bedeutet, dass von Ärzten, Apothekern und Behandlern in der Regel keine Zuzahlungen (z.B. zur Arznei- oder Heilmitteln) bzw. Eigenbeteiligungen (z.B. stationären Behandlungen, Praxisgebühr) erhoben werden dürfen.

Hinweis: Das Sachleistungsprinzip erfordert, dass Maßnahmen der Heil- und Krankenbehandlung grundsätzlich vor Durchführung beantragt werden müssen und insbesondere nicht privatärztlich durchgeführt werden dürfen!

Die nachfolgenden Leistungen werden direkt von den Trägern der sozialen Entschädigung erbracht und sind dort zu beantragen:

- Badekuren nach § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 BVG,
- Zahnersatz,
- Bewegungstherapien, Sprachtherapien, Beschäftigungstherapien, Belastungserprobungen und Arbeitstherapien,
- Versorgung mit Hilfsmitteln und Ersatzleistungen in Form von Zuschüssen
 - zur Beschaffung, Instandhaltung und Änderung von Motorfahrzeugen anstelle bestimmter Hilfsmittel und deren Instandsetzung,
 - für Abstellmöglichkeiten für Rollstühle und für Motorfahrzeuge,
 - zur Unterbringung von Blindenführhunden,
 - zur Beschaffung und Änderung bestimmter Geräte,
 - zu den Kosten bestimmter Dienst- und Werkleistungen (§ 11 Abs. 3 BVG),
- Versehrtenleibesübungen.

Alle übrigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden direkt von der gesetzlichen Krankenkasse erbracht, bei der der Versorgungsberechtigte versichert ist bzw. von der er im Auftrage der Versorgungsverwaltung betreut wird (§ 18c Abs. 1 S. 3 BVG).

Rentenzahlungen

Werden dauernd bestehende Gesundheitsstörungen als Schädigungsfolge anerkannt, kommen verschiedene Einzelleistungen in Betracht. Das BVG sieht als schädigungsabhängige Leistungen

- die Grundrente (§ 31 BVG),
- die Schwerstbeschädigtenzulage (§ 31 Abs. 5 BVG),
- die Führzulage (§ 14 BVG),
- die Kleider- und Wäscheverschleißpauschale (§ 15 BVG),
- die Pflegezulage (§ 35 BVG)

und als einkommensabhängige Leistungen

- die Ausgleichsrente (§ 32 BVG),
- Ehegatten- und Kinderzuschlag (§§ 33a, 33b BVG),
- Berufsschadensausgleich (§ 30 Abs. 2 - 16 BVG)

vor.

Grundrente (§ 31 BVG)

Die Grundrente soll dafür entschädigen, dass die körperliche Unversehrtheit beeinträchtigt ist. Die Höhe der Grundrente ist einkommensunabhängig und richtet sich nach dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS). Der GdS muss mindestens 30 v.H. betragen. Bei einem Grad der Schädigungsfolgen um mehr als 90 v.H. liegt Erwerbsunfähigkeit vor. Schwerbeschädigte (GdS mindestens 50 v.H.), die das 65. Lebensjahr vollendet haben, erhalten eine um die sog. Alterserhöhung erhöhte Grundrente.

Schwerbeschädigten-Zulage (§ 31 Abs. 5 BVG)

Wenn Schwerbeschädigte nicht erwerbstätig sein können und durch die anerkannten Schädigungsfolgen „gesundheitlich außergewöhnlich betroffen“ sind, können sie zusätzlich zur Grundrente eine Schwerbeschädigten-Zulage erhalten. Voraussetzung ist, dass die betroffene Person gesundheitlich so schwer geschädigt ist, dass selbst die maximale Grundrente (GdS um 100 %) unzureichend erscheint. Die Schwerbeschädigten-Zulage wird einkommensunabhängig gezahlt und ist in sechs Stufen gestaffelt.

Ausgleichsrente (§ 32 BVG)

Ausgleichsrente wird Schwerbeschädigten gezahlt und hängt in ihrer Höhe von dem GdS und dem sonstigen Einkommen des Beschädigten ab, wobei Beschädigte mit einer GdS um 50 und 60 v.H. sowie Beschädigte mit einem GdS um 70 und 80 v.H. jeweils gleichgestellt sind. Die Ausgleichsrente ist für den Fall gedacht, dass der Schwerbeschädigte seinen Lebensunterhalt nicht durch Arbeit oder andere Einkünfte sicherstellen kann. Nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ kommt eine Ausgleichsrente erst dann in Betracht, wenn eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben nicht mehr zumutbar und erfolgsversprechend ist (§ 29 BVG). Grundsätzlich wird jegliches Einkommen auf die Ausgleichsrente angerechnet; für Einzelheiten siehe **Ausgleichsrentenverordnung**.

Berufsschadensausgleich (§ 30 Abs. 2 - 16 BVG)

Personen, die durch eine Schädigung beruflich so beeinträchtigt sind, dass ihr Einkommen gemindert ist, können einen finanziellen Ausgleich (Berufsschadensausgleich) erhalten. Grundvoraussetzung ist zunächst das ein schädigungsbedingter Einkommensverlust vorliegt. Um die Höhe des notwendigen Ausgleichs zu ermitteln, wird das tatsächliche Einkommen des Betroffenen verglichen mit dem Einkommen, das er ohne Schädigungsfolgen wahrscheinlich erzielt hätte (sog. Vergleichseinkommen). Von diesem Vergleichseinkommen, das spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres auf 75 v.H. zu kürzen und als fiktives Bruttoeinkommen des einzelnen Beschädigten zu sehen ist, werden dessen derzeitiges Bruttoeinkommen und die Ausgleichsrente abgezogen. Von dem sich so ergebenden Einkommensverlust werden derzeit 42,5 v.H. als Berufsschadensausgleich gezahlt.

Hinterbliebenenleistungen

Die Hinterbliebenenversorgung umfasst

- Für Witwen/Witwer:
 - Krankenbehandlung, wobei Art und Umfang den Leistungen für Angehörige von Schwerbeschädigten entsprechen.
 - Unter die Witwenrente/Witwenbeihilfe fallen die Grundrente, die einkommensabhängige Ausgleichsrente und Schadensausgleich. Ergänzend kann ein Pflegeausgleich gewährt werden, wenn die Witwe eines Beschädigten mit Pflegezulage mindestens nach Stufe II diesen während der Ehezeit länger als zehn Jahre gepflegt hat. Die Grundrente und die Ausgleichsrente für Witwen/Witwer dienen grundsätzlich dem Unterhalt.
- Für Waisen:
 - Neben der Grundrente ist eine einkommensabhängige Ausgleichsrente möglich. Waisenrente wird grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr geleistet. Befindet sich die Waise in Schul- oder Berufsausbildung kann längstens bis zum 27. Lebensjahr gezahlt werden.
- Für Eltern:
 - Die Elternrente ist insgesamt einkommensabhängig.
- Bestattungsgeld
- Sterbegeld

Leistungen der Kriegsofferfürsorge

Die Kriegsofferfürsorge – als Teilbereich des Sozialen Entschädigungsrechts - hat keinen eigentlichen Versorgungscharakter. Neben der entschädigungsrechtlich begründeten Schadensausgleichsfunktion dienen die Leistungen der Kriegsofferfürsorge der Befriedigung eines sozial-typischen, gegenwärtigen Bedarfs. Ziel der Kriegsofferfürsorge ist es, insbesondere dann, wenn die sonstigen Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz nicht ausreichen, durch individuelle Hilfen eine angemessene wirtschaftliche Versorgung zu sichern, ohne dabei vollen Schadensausgleich anzustreben.

Welche Träger erbringen die Leistungen?

Träger der Kriegsofferfürsorge sind die Landkreise und kreisfreien Städte (örtliche Träger der Kriegsofferfürsorge) sowie die Hauptfürsorgestelle (überörtlicher Träger der Kriegsofferfürsorge). In Bayern sind überörtliche Träger der Kriegsofferfürsorge die Hauptfürsorgestellen und Bezirke.

Die Hauptfürsorgestellen sind in den einzelnen Bundesländern kommunal oder staatlich organisiert. In einzelnen Ländern (z.B. Schleswig-Holstein) werden die Aufgaben der Hauptfürsorgestelle zum Teil von örtlichen Fürsorgestellen wahrgenommen.

Bundesland	Überörtlicher Träger der Kriegsofferfürsorge
Baden-Württemberg	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg - Hauptfürsorgestelle
Bayern	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Hauptfürsorgestelle
Berlin	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin – Hauptfürsorgestelle
Brandenburg	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg - Hauptfürsorgestelle
Bremen	Versorgungsamt Bremen - Hauptfürsorgestelle
Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz – Hauptfürsorgestelle
Hessen	Landeswohlfahrtsverband Hessen – Hauptfürsorgestelle
Mecklenburg-Vorpommern	Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg Vorpommern - Hauptfürsorgestelle
Niedersachsen	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie - Hauptfürsorgestelle
Nordrhein-Westfalen	Landschaftsverbände (Rheinland, Westfalen-Lippe) - Hauptfürsorgestelle
Rheinland-Pfalz	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz - Hauptfürsorgestelle

Saarland	Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz - Hauptfürsorgestelle
Sachsen	Kommunaler Sozialverband Sachsen - Hauptfürsorgestelle
Sachsen-Anhalt	Landesverwaltungsamt – Hauptfürsorgestelle
Schleswig-Holstein	Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein - Hauptfürsorgestelle
Thüringen	Thüringer Landesverwaltungsamt mit Hauptfürsorgestelle

Tabelle 6: Träger der Kriegsofopferfürsorge

Erster Ansprechpartner und zuständig für die Entgegennahme und Prüfung von Anträgen sind die örtlichen Träger der Kriegsofopferfürsorge (Fürsorgestellen für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene), in deren Bereich der Antragsteller seinen Wohnsitz hat. Sind die örtlichen Träger nicht selbst für die Entscheidung über einen Antrag zuständig, leiten sie ihn an den überörtlichen Träger zur Entscheidung weiter.

Welche Leistungen werden grundsätzlich erbracht?

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge sind:

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 26, 26a BVG),
- Krankenhilfe (§ 26b BVG),
- Hilfe zur Pflege (§ 26c BVG),
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 26d BVG),
- Altenhilfe (§ 26e BVG),
- Erziehungsbeihilfe (§ 27 BVG),
- Ergänzende Hilfen zum Lebensunterhalt (§ 27a BVG),
- Erholungshilfe (§ 27b BVG),
- Wohnungshilfe (§ 27c BVG),
- Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d BVG).

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge gibt es in Form von persönlichen Hilfen, Sachleistungen und Geldleistungen.

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Anspruch auf Leistungen der Kriegsofopferfürsorge haben

- Beschädigte, die Grundrente nach § 31 BVG beziehen oder Anspruch auf Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 BVG haben und
- Hinterbliebene (Witwen, Witwer, Waisen, Eltern), die Leistungen nach §§ 38 ff. BVG beziehen.

Neben Opfern des Krieges erhalten auch Personen und ihre leistungsberechtigten Angehörigen, denen Versorgung in entsprechender Anwendung des BVG, z.B. Soldatenversorgungsgesetz (SVG) gezahlt wird, Leistungen der Kriegsofopferfürsorge. Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch die Familienmitglieder der Beschädigten erfasst.

Leistungsvoraussetzungen im Allgemeinen

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge werden erbracht, wenn und soweit die Beschädigten infolge der Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes des „Ernährers“ nicht in der Lage sind, einen bestehenden Bedarf aus den übrigen Leistungen nach dem BVG und dem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken (wirtschaftliche Kausalität vgl. § 25a Abs. 1 BVG).

Bei folgenden Personengruppen wird dieser Zusammenhang stets angenommen:

- Beschädigte, die Beschädigtenrente eines Erwerbsunfähigen und Berufsschadensausgleich oder die eine Pflegezulage erhalten,
- bei Schwerbeschädigten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben,
- bei Hinterbliebenen, die voll erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig sind oder das 60. Lebensjahr vollendet haben.

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge sind bedarfsorientierte Einzelfallhilfen. Die Hilfen sind zweckbestimmt; die zweckentsprechende Verwendung von gewährten Geldleistungen ist vom Leistungsempfänger nachzuweisen. Sie werden grundsätzlich auf Antrag geleistet.

Anzuerkennen ist nur ein notwendiger und angemessener Bedarf. Leistungen der Kriegsofopferfürsorge sind auf die Sicherung eines angemessenen Schadensausgleichs – nicht auf völlige Schadloshaltung – gerichtet. Die Leistungen der Kriegsofopferfürsorge dienen der Deckung eines gegenwärtigen Bedarfs, das heißt, zum Zeitpunkt der Antragstellung muss noch ein ungedeckter Bedarf zur Überwindung einer gegenwärtigen Notlage vorliegen. Ist ein Bedarf bereits gedeckt, – auch z.B. durch Auftragserteilung oder Schuldenaufnahme – scheidet Geldleistungen aus.

Die Leistungen sind in der Regel *einkommens- und vermögensabhängig*.

Zum Einkommen zählen Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, aus selbstständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte, z.B. Renten, Pensionen. Es gelten jeweils die Nettobeträge. Die Höhe der Einkommensgrenzen ist unterschiedlich und richtet sich nach der beantragten Hilfe, den individuellen Aufwendungen für die Unterkunft und der Anzahl der überwiegend unterhaltenen Personen (vgl. §§ 25c, 25d BVG).

In der Kriegsofopferfürsorge wird auf das verwertbare Vermögen abgestellt, das verbraucht, übertragen oder belastet werden könnte. Vermögensbestandteile, die nicht verwertet werden müssen, z.B. angemessener Hausrat, kleinere Barbeträge, werden Schonvermögen genannt. Die Höhe des jeweils geltenden Vermögensschonbetrages richtet sich ebenfalls nach der beantragten Hilfe, der Anzahl der überwiegend unterhaltenen Personen, der Lebensstellung des Leistungsberechtigten sowie der Art und Schwere der Schädigung (vgl. §§ 25f. BVG).

Ausnahme:

Geldleistungen für einen ausschließlich schädigungsbedingten Bedarf werden ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen gewährt (§ 25c Abs. 3 S. 2 BVG/§ 25f Abs. 1 BVG).

Die Vorschriften für die Erstattung selbst beschaffter Leistungen gem. § 15 Abs. 1 S. 1 bis 3 SGB IX gelten nicht für die Träger der Kriegsofopferfürsorge.

Die Leistungen im Einzelnen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 26, 26a des Bundesversorgungsgesetzes (BVG), §§ 1 – 17 Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (KFürsV))

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge stellen insbesondere bei den beschädigten Versorgungsberechtigten nach dem SVG, ZDG, OEG und IfSG die wichtigste Hilfe nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation dar. Sie soll den Willen zur Selbsthilfe stärken und die Fähigkeiten vermitteln, (wieder) einen angemessenen Arbeitsplatz im Wirtschaftsleben einzunehmen und so eine ausreichende und angemessene Existenzgrundlage zu schaffen.

Nach § 26 BVG erhalten Beschädigte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 33 bis 38 SGB IX und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX. Leistungen nach § 26 BVG sind darauf auszurichten, durch Hilfen zur Er-

haltung oder Erlangung einer der Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit des Beschädigten entsprechenden beruflichen Tätigkeit die Folgen der Schädigung angemessen auszugleichen oder zu mildern.

Mit Ausnahme des Übergangsgeldes und der Unterhaltsbeihilfe sowie der sonstigen Hilfen zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationsziels werden sie ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen geleistet.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere

- Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes und einschließlich Hilfen zur Förderung der Arbeitsaufnahme sowie Leistungen an Arbeitgeber,
- Eignungsfeststellung/Berufsvorbereitung,
- Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung,
- Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Voraussetzungen der Leistung sind,

- dass die Schädigungsfolgen – unbeachtlich ist hierbei die Höhe des GdS – durch Bescheid eines Versorgungsamtes anerkannt sind oder eine Aussage des zuständigen Versorgungsamtes vorliegt, dass mit der Anerkennung konkret genannter Schädigungsfolgen zu rechnen ist,
- dass der Beschädigte seinen erlernten Beruf bzw. einen seiner erlernten Berufe oder seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr auf Dauer wettbewerbsfähig mit Nichtbehinderten ausüben kann oder bei Verbleib in seiner Tätigkeit eine Verschlimmerung der anerkannten Schädigung droht und hierfür die Schädigungsfolge mindestens gleichwertige Mitursache ist,
- wenn noch kein Beruf erlernt wurde: dass der Beschädigte infolge der Schädigung eine Berufsausbildung nicht beginnen, fortsetzen oder beenden konnte oder das Ausbildungsziel ändern muss und ihm durch die Änderung Mehraufwendungen entstehen oder wenn die angestrebte Ausbildung infolge der Schädigung nicht ohne besondere Maßnahmen durchgeführt werden kann.

Eine individuelle Prüfung zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit ist erforderlich.

Gemäß § 56 KFÜrsV sind die Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit vor Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beteiligen, weswegen in jedem Fall eine gutachterliche Stellungnahme gem. § 38 SGB IX anzufordern ist.

Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes und zur Förderung der Arbeitsaufnahme

Leistungen an den *Beschädigten*, insbesondere

- persönliche Hilfen (auch Beratung der Vorgesetzten und Mitarbeiter) (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 KFÜrsV),
- Arbeitsausrüstung (Arbeitskleidung und Arbeitsgerät), wenn die Kosten sonst üblicherweise vom Arbeitnehmer zu tragen sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 KFÜrsV),
- technische Arbeitshilfen, die in das Eigentum des Beschädigten übergehen, soweit sie nicht nach § 81 Abs. 4 S. 1 Nr. 5 SGB IX vom Arbeitgeber zu stellen sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 KFÜrsV),
- Übernahme der Umzugskosten (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 KFÜrsV),
- Ausgleich des Minderverdienstes des Beschädigten während der Einarbeitungszeit bis zu sechs Monaten (§ 2 Abs. 2 KFÜrsV),
- Hilfe zur Gründung und Erhaltung einer selbstständigen Existenz (§ 26 Abs. 2 BVG, § 11 KFÜrsV).

Leistungen an den *Arbeitgeber*, insbesondere

- Zuschüsse zu betrieblichen Ausbildungs- und Umschulungskosten (§ 2 Abs. 3 Nr. 1 KFÜrsV),
- Eingliederungshilfe bis 60 % des Arbeitsentgeltes bis zu zwei Jahren (§ 2 Abs. 3 Nr. 2 KFÜrsV),
- Hilfe zur Errichtung und Unterhaltung eines schädigungsgerechten Arbeitsplatzes, soweit nicht der Arbeitgeber hierzu nach § 81 Abs. 4 S. 1 Nr. 4 des SGB IX verpflichtet ist (§ 2 Abs. 3 Nr. 3 KFÜrsV),
- Übernahme der Kosten für eine befristete Probebeschäftigung (§ 2 Abs. 3 Nr. 4 KFÜrsV).

Eignungsfeststellung/Berufsvorbereitung

- Abklärung der beruflichen Eignung/Berufsfindung und Arbeitserprobung nach § 3 KFÜrsV,
- Berufsvorbereitung nach § 4 KFÜrsV,
- schädigungsbedingter Mehraufwand für einen für die Berufsausbildung erforderlichen schulischen Abschluss (§ 9 KFÜrsV).

Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung

- berufliche Anpassung nach § 5 KFürsV,
- berufliche Fortbildung zum Ausgleich der schädigungsbedingten Wettbewerbsnachteile gegenüber Nichtbeschädigten nach § 6 KFürsV,
- schädigungsbedingte Mehraufwendungen für die berufliche Ausbildung nach § 7 KFürsV,
- berufliche Umschulung zu einem dem erlernten oder ausgeübten Beruf gleichwertigen Beruf nach § 8 KfürsV.

Ist aufgrund der Schädigung die Unterbringung in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation gem. § 35 SGB IX erforderlich, werden die dort entstehenden Aufwendungen getragen (§ 26 Abs. 2 BVG).

Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (§ 26 Abs. 1 BVG i.V.m. § 40 SGB IX)

- Eingangsverfahren (bis zu vier Wochen, im Einzelfall bis zu drei Monaten)
- Berufsbildungsbereich (bis zu zwei Jahren)

Siehe hierzu auch *Werkstätten für behinderte Menschen*, Seite 100.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Übergangsgeld nach § 26a BVG, §§ 46 ff. SGB IX

Zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes während einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben und während einer Maßnahme zur Eignungsfeststellung oder Arbeitserprobung, wegen der kein oder geringes Arbeitsentgelt erzielt wird (§ 45 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX), wird Übergangsgeld gezahlt, wenn der Beschädigte vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beruflich tätig gewesen ist.

Für Beschädigte, die Versorgung auf Grund einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung erhalten, wird Übergangsgeld auch dann gezahlt, wenn sie vor der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kein Arbeitseinkommen erzielt haben. Die Berechnung erfolgt dann auf Grundlage der während des Wehrdienstes bzw. Zivildienstes bezogenen Einkünfte (§ 26a Abs. 2a BVG).

Für die Berechnung des Übergangsgeldes gemäß 26a BVG gelten die Vorschriften über die Berechnung des Versorgungskrankengeldes gemäß §§ 16a, 16b und 16f BVG entsprechend.

Höhe des Übergangsgeldes:

- unter Voraussetzung des § 46 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX 80% des Regelentgeltes,
- in den übrigen Fällen 70 % des Regelentgelts,
- begrenzt durch höchstens das Nettoentgelt,
- wird bis zur Höhe der Leistungsbemessungsgrenze berücksichtigt,
- zur Anpassung und Weiterzahlung gelten §§ 50, 51 SGB IX.

Unterhaltsbeihilfe § 26a Abs. 3 BVG, § 45 Abs. 5 Nr. 2 SGB IX

Beschädigte, die zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beruflich nicht tätig gewesen sind (erstmalige berufliche Ausbildung, Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen) erhalten Unterhaltsbeihilfe (§ 26a Abs. 3 BVG).

Für die Bemessung der Unterhaltsbeihilfe sind die Vorschriften über Leistungen für den Lebensunterhalt bei Erbringung von Erziehungsbeihilfe entsprechend anzuwenden. Bei minderjährigen Beschädigten ist das Einkommen von unterhaltspflichtigen Personen zu berücksichtigen (§ 25c bis 25e BVG, §§ 30 - 47 KFürsV). Höchstbetrag ist das Übergangsgeld eines ehemaligen wehrpflichtigen Soldaten der Wehrsoldgruppe 1 (§ 16 Abs. 2 KFürsV). Bei Unterbringung in einer Rehabilitationseinrichtung ist der Berechnung lediglich ein angemessener Betrag zur Abgeltung zusätzlicher weiterer Bedürfnisse und Aufwendungen aus weiterlaufenden unabweisbaren Verpflichtungen zu Grunde zu legen (§ 16 Abs. 2 KFürsV bis zur Höhe des Taschengeldes nach § 35 Abs. 2 SGB XII).

Ergänzende Leistungen

- Aufwendungen für die Unterbringung in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation gem. § 35 SGB IX werden als Sachleistungen übernommen (§ 26 Abs. 2 BVG).
- Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung/Aufwenderstattung zur Alterssicherung für Zeiten des Bezugs von Übergangsgeld, Erstattung der Aufwendungen zur Alterssicherung von nicht rentenversicherungspflichtigen Beschädigten für freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, für Beiträge zu öffentlich-rechtlichen berufsständischen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen und zu öffentlichen und privaten Versicherungsunternehmen auf Grund von Lebensversicherungsverträgen bis zur Höhe der Beiträge, die zur gesetzlichen Rentenversicherung für Zeiten des Bezugs von Übergangsgeld zu entrichten wären (§ 26 Abs. 4 Nr. 2 BVG)

- Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel (§ 33 Abs. 7 Nr. 2 SGB IX); die Kosten werden gem. § 15 KFürsV i. d. R. in Anlehnung an das bei der Arbeitsverwaltung geltende Verfahren durch Pauschbeträge anhand des sog. Maßnahmebogens abgegolten.
- Haushaltshilfe/Kinderbetreuungskosten gem. § 26 Abs. 4 Nr. 3 BVG, § 54 SGB IX während einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Leistung entspricht der der Rentenversicherung (siehe *Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten*, Seite 56).
- Reisekosten gem. § 26 Abs. 4 Nr. 5 BVG nach § 53 SGB IX
Während einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die An- und Abreisekosten zur Ausbildungsstätte erstattet, bei auswärtiger Unterbringung die Kosten für zwei Familienheimfahrten pro Monat. Die Leistung entspricht der der Rentenversicherung (siehe *Reisekosten (§ 28 SGB VI i. V. m. § 53 SGB IX)*, Seite 58).
- Kfz-Hilfen
Hilfe zu Beschaffung, zur schädigungsbedingten Zusatzausstattung, zum Betrieb, zur Unterhaltung, zum Unterstellen und zum Abstellen eines Kfz sowie zur Erlangung der Fahrerlaubnis, wenn der Beschädigte zur Erreichung seines Arbeitsplatzes oder des Ortes einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben infolge der Schädigung auf ein Kfz angewiesen ist (§ 26 Abs. 4 Nr. 4 u. Abs. 5 BVG). Im Unterschied zu den sonstigen Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben ist hierfür der Einsatz von Einkommen und Vermögen vorgesehen, wovon unter bestimmten Umständen jedoch auch abgesehen werden kann.
Die Leistung richtet sich nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV).
- Sonstige Hilfen, die unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Schädigung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern (§ 26 Abs. 4 Nr. 4 BVG i. V. m. § 10 KFürsV). Hierbei kommt z.B. auch Arbeitsassistenz gem. § 33 SGB IX in Betracht.

Krankenhilfe (§ 26b BVG)

- setzt eine behandlungsbedürftige Krankheit voraus,
- erhalten Beschädigte und Hinterbliebene in Ergänzung der Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung nach dem BVG (§ 26b Abs. 1 BVG),
- soll in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden (§ 26b Abs. 2 S. 2 BVG),
- Somit kommen (aufstockende) Leistungen der Kriegsofopferfürsorge nur in Betracht, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung nicht den medizinisch notwendigen Bedarf voll abdeckt, wie z.B. bei Kuren und Zahnersatz.

vorrangig:

- Heil- und Krankenbehandlung (§§ 10 ff. BVG)
- Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
- Beamtenrechtliche Beihilfe
- Private Krankenversicherung

Hilfe zur Pflege (§ 26c BVG)

- Beschädigte und Hinterbliebene sind wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen
- umfasst häusliche Pflege, Pflegehilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege (§ 26c Abs. 2 S. 1 BVG)

vorrangig:

- Pflegezulage nach § 35 BVG
- Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung (§§ 36 ff. SGB XI)
- Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 44 SGB VII), der Unfallversorgung oder -fürsorge
- Leistungen der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung innerhalb der Behandlungspflege (§ 37 SGB V)
- Beamtenrechtliche Beihilfe
- Private Pflegeversicherung
- bei den Pflegehilfsmitteln außerdem: Sachleistungen nach der Orthopädieverordnung (OrthV)

Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes (§ 26d BVG)

- soll für Beschädigte und Hinterbliebene mit eigenem Haushalt erbracht werden, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung geboten ist (§ 26d Abs.1 S. 1 BVG)
- soll in der Regel nur vorübergehend erbracht werden, es sei denn, es wird durch die Hilfe die Unterbringung in einer Alten- und Pflegeeinrichtung vermieden oder verzögert (§ 26d Abs. 1 S. 2 BVG)

- kann auch für vorübergehende anderweitige Unterbringung von Haushaltsangehörigen erbracht werden, wenn die Unterbringung neben oder anstatt der Weiterführung des Haushaltes geboten ist (§ 26d Abs. 4 BVG)

vorrangig:

- Gesetzliche Krankenversicherung (§ 38 SGB V)
- Rentenversicherung (§ 29 SGB VI)
- Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 26 Abs. 4 Nr. 3 BVG)
- Landessozialverwaltung (§§ 11 Abs. 4, 12 Abs. 3 und Abs. 5 BVG)

Altenhilfe (§ 26e BVG)

- soll für Beschädigte und Hinterbliebene erbracht werden und dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Sie soll älteren Menschen ermöglichen, einen eigenen Haushalt zu führen, Beziehungen zur Umwelt und soziale Kontakte zu erhalten sowie am Leben in der Gemeinschaft und am kulturellen Geschehen teilzunehmen.

Insbesondere kommen nach § 26e Abs. 2 BVG als Hilfen in Betracht:

- Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen älterer Menschen entspricht,
- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Einrichtungsplatzes,
- Hilfen in allen Fragen der Inanspruchnahme besonderer Dienste (z.B. „Essen auf Rädern“, Fußpflege),
- Hilfe zur Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben,
- Hilfe, die älteren Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglicht,
- Hilfe zu einer Betätigung im Alter, wenn sie vom Hilfesuchenden gewünscht wird (z.B. ehrenamtliche Mitarbeit im sozialen Bereich).

Soweit Maßnahmen der Altenhilfe als persönliche Hilfen erbracht werden, sollen das Einkommen und das Vermögen des Hilfesuchenden nicht berücksichtigt werden, ansonsten sind die Leistungen einkommens- und vermögensabhängig.

Erziehungsbeihilfe (§ 27 BVG)

- wird Beschädigten für ihre Kinder oder Kriegerwaisen erbracht, die Rente oder Waisenbeihilfe nach dem BVG erhalten (§ 27 Abs. 1 S. 1 BVG)
- soll eine allgemeine oder berufliche Ausbildung sicherstellen (§ 27 Abs. 1 S. 2 BVG)
- es werden Maßnahmen der Erziehung sowie der Schul-, Hochschul- und Berufsausbildung sowie in begründeten Fällen auch Maßnahmen der beruflichen Fortbildung gefördert (§ 18 KFürsV)
- ist grundsätzlich nur bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres der Waise oder des Kindes des Beschädigten zu erbringen (§ 27 Abs. 4 S. 1 BVG)

nachrangig:

- Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27a BVG)

Laufende ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt

- soll den notwendigen, regelmäßigen Bedarf für das tägliche Leben sicherstellen
- dient einer angemessenen, notwendigen wirtschaftlichen Versorgung
- orientiert sich an den Regelsätzen nach dem SGB XII, wobei die besondere Lage der Beschädigten und Hinterbliebenen zu berücksichtigen ist
- umfasst auch Leistungen für Unterkunft und Heizung

Einmalige Leistungen

- sollen einen einmalig oder unregelmäßig auftretenden Bedarf decken, z.B. Umzugs- und Renovierungskosten
- kommen nur für diejenigen Bedarfssituationen in Betracht, die von den Regelsätzen nicht erfasst werden

Geldleistungen kommen z.B. in Betracht für:

- Erstausstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
- Erstausstattungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt,
- mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen,
- die Sicherung der Unterkunft oder zur Behebung einer vergleichbaren Notlage.

nachrangig:

- Leistungen nach dem SGB XII

Erholungshilfe (§ 27b BVG)

- erhalten Beschädigte für sich und ihren Ehegatten oder Lebenspartner sowie Hinterbliebene zur Erhaltung der Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit (§ 27b Abs. 1 BVG)
- sofern die Notwendigkeit der Mitnahme einer Begleitperson durch amtlichen Ausweis nachgewiesen ist, umfasst die Erholungshilfe auch die dafür entstehenden notwendigen Kosten (§ 27b Abs. 5, § 25 Abs. 2 KFÜrsV).
- die beabsichtigte Form des Erholungsaufenthaltes muss zweckmäßig sein.
- die Dauer des Erholungsaufenthaltes soll drei Wochen betragen, darf jedoch diesen Zeitraum in der Regel nicht übersteigen (§ 27b Abs. 2 S. 1 BVG).
- eine weitere Erholungshilfe soll in der Regel nicht vor Ablauf von zwei Jahren erbracht werden; bei bestimmten Personengruppen reduziert sich dieser Regelzeitraum auf ein Jahr (§ 27b Abs. 2 S. 2 BVG).
- bei Beschädigten muss die Erholungsbedürftigkeit durch die anerkannten Schädigungsfolgen bedingt sein; bei Schwerbeschädigten wird dieser Zusammenhang stets angenommen (§ 27b Abs. 1 BVG).
- die gesundheitlichen Voraussetzungen sind durch ärztliches Zeugnis nachzuweisen.

Wohnungshilfe (§ 27c BVG)

- besteht in der Beratung in Wohnungs- und Siedlungsangelegenheiten sowie in der Mitwirkung bei der Beschaffung und Erhaltung ausreichenden und gesunden Wohnraumes
- Geldleistungen erhalten nur Schwerbeschädigte; Voraussetzung für eine Geldleistung ist, dass die Wohnung mit Rücksicht auf Art und Schwere der Schädigung besonderer Ausgestaltung oder baulicher Veränderung bedarf.

Geldleistungen kommen z.B. in Betracht für:

- Treppenlifte,
- schädigungsbedingte Umgestaltung von Sanitäreinrichtungen,
- Auffahrrampen,
- Verbreiterung von Türen für Rollstuhlfahrer.

vorrangig:

- Orthopädische Versorgungsstelle (§ 18a OrthV)
- Pflegeversicherung (§ 40 Abs. 4 SGB XI)
- Beamtenrechtliche Beihilfe

Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d BVG)

- sollen die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gemeinschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung erleichtern oder ermöglichen
- es kommen in Betracht:
 - Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage (§ 27d Abs. 1 Nr. 1 BVG),
 - Hilfen zur Gesundheit (§ 27d Abs. 1 Nr. 2 BVG),
 - Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (z.B. Betreuung in einer Einrichtung oder Werkstatt für behinderte Menschen, Kraftfahrzeughilfe (§ 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG),
 - Blindenhilfe (§ 27d Abs. 1 Nr. 4 BVG),
 - Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 27d Abs. 1 Nr. 5 BVG). Sie umfasst überwiegend Hilfen für Personen ohne ausreichenden Wohnsitz.
- Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere am öffentlichen und kulturellen Geschehen für Beschädigte, wenn die Notwendigkeit der Hilfe auf der anerkannten Schädigung beruht (§ 27d BVG i.V.m. § 28 Abs. 1 Nr. 1 KFürsV). Hierzu zählen z.B.:
 - laufende Telefonbeihilfen,
 - Hilfen für Fernsehgeräte,
 - laufende Taxikostenbeihilfen.
- Hilfen zur Beschaffung, zum Betrieb, zur Unterhaltung, zum Unterstellen und zum Abstellen eines Kraftfahrzeuges sowie zur Erlangung einer Fahrerlaubnis für Beschädigte wenn die Notwendigkeit der Hilfe auf der anerkannten Schädigung beruht (§ 27 d BVG i. V. m. § 28 Abs. 1 Nr. 2 KFürsV). Hierzu zählen z.B.:
 - Beihilfen und Darlehen zur Anschaffung eines Kraftfahrzeuges (die Bemessung der Leistung richtet sich nach den Kraftfahrzeug-Beschaffungshilfe-Richtlinien KOF vom 20.12.1989 in der jeweils geltenden Fassung),
 - laufende Kfz-Betriebskostenbeihilfen,
 - Beihilfen und Darlehen zum Bau einer Garage.

- laufende Mietkosten für eine Garage.
- Hilfen, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel unter Berücksichtigung des Zweckes der Kriegsofopferfürsorge rechtfertigen (§ 27d Abs. 2 BVG).

vorrangig:

- Heil- und Krankenbehandlung (§§ 10 bis 24a BVG)
- Gesetzliche Krankenversicherung
- bei der Blindenhilfe: wegen Blindheit gezahlte Pflegezulage nach § 35 BVG, anteilige Leistungen der Pflegeversicherung, Pflegegeld für Unfallblinde
- bei der Kfz-Hilfe: Zuschüsse der Orthopädischen Versorgungsstelle (§§ 23 ff. OrthV)

nachrangig:

- Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz

Abgrenzung zu anderen Trägern

Erst nach Anerkennung einer Schädigungsfolge bzw. nach Feststellung des zuständigen Versorgungsamtes, dass mit der Anerkennung konkret genannter Schädigungsfolgen zu rechnen ist, kann die hier erforderliche Kausalitätsprüfung erfolgen. Die Anerkennung der Schädigungsfolgen und die Kausalitätsprüfung nehmen in der Regel geraume Zeit in Anspruch.

Ist die Anerkennung einer Schädigungsfolge bei dem zuständigen Versorgungsamt beantragt, aber darüber noch nicht entschieden und besteht kein weiterer Gesundheitsschaden, liegt auch in diesem Fall die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit gem. § 14 SGB IX vor. Wird nach erfolgter Kausalitätsprüfung die Zuständigkeit im Rahmen der KOF bejaht, werden der Bundesagentur für Arbeit gem. § 14 Abs. 4 SGB IX die dortigen Aufwendungen erstattet. Ist ein nicht schädigungsbedingter Gesundheitsschaden überwiegende Ursache für das Erfordernis von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, kommen auch andere Leistungsträger in Betracht, wenn die dortigen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (Rentenversicherung, Unfallversicherung).

12. Die Leistungen des Integrationsamtes

Ziele und Aufgaben

Ziel der Arbeit des Integrationsamtes ist es, das Recht schwerbehinderter Menschen auf Teilhabe am Arbeitsleben zu verwirklichen. Das Integrationsamt wirkt darauf hin, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können, um sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nicht behinderten Menschen zu behaupten und eine gesellschaftlich akzeptierte Arbeitsleistung zu erbringen.

Ist eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr auf Dauer zu erreichen, unterstützt das Integrationsamt bei der Entwicklung von Beschäftigungsalternativen oder begleitet das sozialverträgliche Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.

Für die Erreichung dieser Ziele und zur Erledigung der Aufgaben steht dem Integrationsamt ein vielfältiges Instrumentarium zur Verfügung. Finanzielle- und Beratungsdienstleistungen richten sich an schwerbehinderte Menschen, deren Arbeitgeber und betriebliche Funktionsträger. Die dem Integrationsamt zur Verfügung stehenden Mittel gehen darüber hinaus an Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, an Integrationsprojekte, an die Träger der Integrationsfachdienste oder werden für Aufklärung und Schulung eingesetzt.

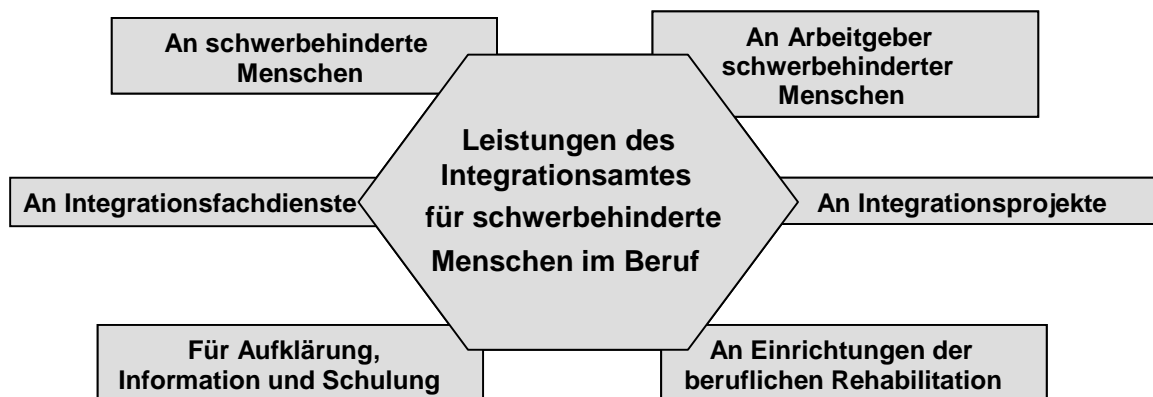


Abb.: Leistungen des Integrationsamtes

Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe an schwerbehinderte Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber

Rechtsgrundlage

Die Leistungen des Integrationsamtes sind im Teil 2 „Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)“ des Sozialgesetzbuches - Neuntes Buch - SGB IX – geregelt.

Dem Integrationsamt stehen für seine Leistungen nur die Mittel der Ausgleichsabgabe zur Verfügung, die Arbeitgeber zahlen, wenn sie ihrer Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen (§ 71 SGB IX) nicht oder nur teilweise nachkommen (siehe hierzu Abschnitt **Ausgleichsabgabe**, Seite 148).

Die Einnahmen dürfen nur zweckgebunden (§ 77 Abs. 5 SGB IX) für besondere Leistungen zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben einschließlich der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) verwendet werden.

Leistungen zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen

Arbeitgeber können nach § 15 **Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung** (SchwbAV) Darlehen oder Zuschüsse bis zur vollen Höhe der entstehenden notwendigen Kosten zu den Aufwendungen für folgende Maßnahmen erhalten:

- Die Schaffung neuer geeigneter, erforderlichenfalls behinderungsgerecht ausgestatteter Arbeitsplätze in Betrieben oder Dienststellen für schwerbehinderte Menschen,
- die Schaffung neuer geeigneter, erforderlichenfalls behinderungsgerecht ausgestatteter Ausbildungsplätze und Plätze zur sonstigen beruflichen Bildung für schwerbehinderte Menschen, insbesondere zur Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX, in Betrieben oder Dienststellen,

wenn gewährleistet wird, dass die geförderten Plätze für einen nach Lage des Einzelfalles zu bestimmenden langfristigen Zeitraum schwerbehinderten Menschen vorbehalten bleiben.

Die Leistungen setzen voraus, dass sich der Arbeitgeber in einem angemessenen Verhältnis an den Gesamtkosten beteiligt. Sie können nur erbracht werden, soweit Mittel für denselben Zweck nicht von anderer Seite zu erbringen sind oder erbracht werden.

Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben

Leistungen zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben können nur nachrangig erbracht werden (§ 102 Abs. 5 SGB IX). Das bedeutet, dass Rehabilitationsträger im Sinne von § 6 SGB IX nicht deshalb eine Leistung ablehnen dürfen, weil im Teil 2 des SGB IX besondere Leistungen für schwerbehinderte Menschen vorgesehen sind. Erbringt ein Rehabilitationsträger Leistungen, dürfen diese durch das Integrationsamt nicht aufgestockt werden.

Die Zuständigkeit des Integrationsamtes ergibt sich insbesondere dann, wenn von einer Maßnahme mehrere schwerbehinderte Menschen betroffen sind, eine Maßnahme nicht wegen gesundheitsbedingter Gefährdung des Arbeitsplatzes oder nicht wegen drohender Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit erforderlich wird und somit lediglich der Erleichterung bei der Ausübung der arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeit dient.

Das Integrationsamt ist daher in erster Linie Ansprechpartner, wenn es um betrieblich veranlasste Maßnahmen geht, die der Modernisierung von Arbeitsplätzen oder der Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen von schwerbehinderten Menschen dienen, oder schwerbehinderte Menschen bezüglich ihrer Teilhabe am Arbeitsleben betroffen sind, für die kein Rehabilitationsträger zuständig ist (z.B. Beamte, Selbstständige).

Die Leistungen in Form der begleitenden Hilfe nach § 102 SGB IX sollen:

- Ein soziales Absinken des schwerbehinderten Arbeitnehmers verhindern, einen Arbeitsplatz sichern, auf dem die schwerbehinderten Menschen ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können,
- Nachteile im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen ausgleichen.

Alle Leistungen der begleitenden Hilfe (an Arbeitgeber und schwerbehinderte Menschen) sind in § 17 SchwbAV aufgezählt. Andere Maßnahmen, die der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben nicht oder nur mittelbar dienen, können nicht erbracht werden. Insbesondere werden medizinische Maßnahmen oder Urlaubs- und Freizeitmaßnahmen nicht gefördert.

Leistungsarten der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben

An schwerbehinderte Menschen

- für technische Arbeitshilfen (§ 19 SchwbAV),
- zum Erreichen des Arbeitsplatzes (§ 20 SchwbAV),
- zur Gründung und Erhaltung einer selbstständigen beruflichen Existenz (§ 21 SchwbAV),
- zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung (§ 22 SchwbAV),

- zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (§ 24 SchwbAV),
- in besonderen Lebenslagen (§ 25 SchwbAV),
- Übernahme der Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz (§ 17 Abs. 1a SchwbAV)
- im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Berufsbegleitung nach § 38a Abs. 3 SGB IX (Unterstützte Beschäftigung).

Besonderheit: Zur Erlangung eines Arbeitsplatzes werden die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für die Dauer von bis zu drei Jahren gemäß § 33 Abs. 8 SGB IX von dem zuständigen Rehabilitationsträger getragen. Die Leistung wird in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger vom Integrationsamt ausgeführt.

Der neue Fördertatbestand der "Unterstützten Beschäftigung" setzt sich aus zwei Abschnitten zusammen. In einer zwei- bis maximal dreijährigen Qualifizierungsphase sollen berufliche Schlüsselqualifikationen gefördert werden. Auf betrieblichen Erprobungsplätzen sollen die Fähigkeiten für die Praxis getestet und weiterentwickelt werden. Ist eine geeignete Tätigkeit gefunden, die auch eine Perspektive zur Übernahme bietet, erfolgt die Einarbeitung auf diesem Arbeitsplatz. Durchgeführt wird diese Qualifizierungsphase von einem Träger der Unterstützten Beschäftigung. Dieser kann ein Integrationsfachdienst sein. Beauftragt und finanziert wird der Träger der Unterstützten Beschäftigung von den zuständigen Rehabilitationsträgern, wobei insbesondere bei den Schulabgängern die Bundesagentur für Arbeit zuständig sein wird. In dem sich anschließenden zweiten Abschnitt, den das Gesetz als „Berufsbegleitung“ bezeichnet, soll nach dem Zustandekommen eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses bei Bedarf eine weitere enge Begleitung am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Stabilisierung der erreichten Erfolge stattfinden. Für diesen zweiten Abschnitt sind dann die Integrationsämter Auftraggeber der externen Träger der Unterstützten Beschäftigung.

Im Unterschied zu den sonstigen Leistungen der Integrationsämter ist die Berufsbegleitung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung in der gleichen Form wie bei der Arbeitsassistenz als Rechtsanspruch und nicht als Ermessensleistung ausgestaltet.

An Arbeitgeber

- zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen (§ 26 SchwbAV),
- für Zuschüsse zu den Gebühren bei der Berufsausbildung besonders betroffener schwerbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener (§ 26a SchwbAV),
- für Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener (§ 26b SchwbAV),

- für Prämien zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 26c SchwbAV) ,
- bei *außergewöhnlichen Belastungen*, Seite 139 im Zusammenhang mit der Behinderung des schwerbehinderten Arbeitnehmers (§ 27 SchwbAV).

Außerdem

- an Träger von Integrationsfachdiensten zu den notwendigen Kosten ihrer Inanspruchnahme (§ 27a SchwbAV) einschließlich freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen zu den Kosten einer psychosozialen Betreuung schwerbehinderter Menschen (§ 28 SchwbAV) sowie an Träger von Integrationsprojekten (§ 28a SchwbAV),
- zur Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen (§ 29 SchwbAV),
- an Einrichtungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben (§ 30 SchwbAV) für ihre Schaffung, Erweiterung, Ausstattung und Modernisierung, sofern diese Leistungen für denselben Zweck nicht von anderer Seite zu erbringen sind oder erbracht werden.

Die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen

- sind in §§ 18 und 31 SchwbAV benannt. Neben der, auch in § 102 Abs. 5 SGB IX geregelten Nachrangigkeit und des Aufstockungsverbotes wird bestimmt, dass Leistungen an schwerbehinderte Menschen zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nur erbracht werden können,
 - wenn die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt und durch die Leistungen ermöglicht, erleichtert oder gesichert werden kann und
 - wenn es dem schwerbehinderten Menschen wegen des behinderungsbedingten Bedarfs nicht zuzumuten ist, die erforderlichen Mittel selbst aufzubringen. In den übrigen Fällen sind seine Einkommensverhältnisse zu berücksichtigen.
- Die Leistungen können - auch wiederholt - als einmalige oder laufende Leistungen erbracht werden. Laufende Leistungen können in der Regel nur befristet gewährt werden.

Weitere persönliche Leistungsvoraussetzungen

Für den schwerbehinderten Menschen, für den Leistungen beantragt werden, müssen folgende Leistungsvoraussetzungen vorliegen:

- die Feststellung eines Grades der Behinderung von wenigstens 50 (durch die Versorgungsverwaltung, § 2 SGB IX),
- die Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX.

Ab einem Grad der Behinderung von 30 können behinderte Menschen den schwerbehinderten Menschen (durch die Arbeitsagentur) gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz gemäß § 73 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können.

Personen, die an Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen nach dem SGB III teilnehmen, sind nicht auf Arbeitsplätzen im Sinne von § 73 SGB IX tätig.

Leistungen der begleitenden Hilfe können auch bei Teilzeitbeschäftigung, jedoch nur für Arbeitsverhältnisse mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden wöchentlich, erbracht werden (§ 102 Abs. 2 SGB IX).

Bei der Erbringung von Leistungen sind die Pflichten des Arbeitgebers gegenüber den schwerbehinderten Menschen zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr, sowie die Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen.

Bei der Durchführung dieser Maßnahmen unterstützen die Arbeitsagenturen und die Integrationsämter die Arbeitgeber (§ 81 Abs. 4 SGB IX) durch fachgerechte Beratung und finanzielle Leistungen.

Leistungen an Arbeitgeber bei außergewöhnlichen Belastungen

Bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen kann dem Arbeitgeber im Einzelfall ein personeller und/oder finanzieller Aufwand entstehen, der das im Betrieb übliche Maß deutlich überschreitet. Die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) sieht vor, dass das Integrationsamt dem Arbeitgeber im Rahmen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben finanzielle Mittel aus der Ausgleichsabgabe zur (teilweisen) Abdeckung dieses besonderen Aufwands gewähren kann (§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2e SGB IX und § 27 SchwbAV). Man unterscheidet vor allem zwischen zwei Arten von außergewöhnlichen Belastungen:

Personelle Unterstützung (besonderer Betreuungsaufwand), d.h. außergewöhnliche Aufwendungen in Form von zusätzlichen Personalkosten anderer Beschäftigter, gelegentlich auch externer Betreuer. Gemeint sind damit Unterstützungs- und Betreuungsleistungen für den schwerbehinderten Menschen bei der Arbeitstätigkeit. Beispiele sind die Vorlesekraft für blinde Menschen, der betriebliche Ansprechpartner für gehörlose oder seelisch behinderte Menschen, aber auch die ständig erforderliche Mithilfe von Arbeitskollegen bei der Arbeitsausführung sowie behinderungsbedingte längere oder wiederkehrende Unterweisungen am Arbeitsplatz, etwa durch den Meister bei einem geistig behinderten Menschen.

Minderleistung/Minderleistungsausgleich, d. h. die anteiligen Lohnkosten von solchen schwerbehinderten Menschen, deren Arbeitsleistung aus behinderungsbedingten Gründen erheblich hinter dem Durchschnitt vergleichbarer Arbeitnehmer im Betrieb zurückbleibt.

Die Bewilligung eines Zuschusses durch das Integrationsamt an den Arbeitgeber zur (teilweisen) Abgeltung dieser außergewöhnlichen Belastungen hängt von folgenden Grundvoraussetzungen ab:

Der schwerbehinderte Mensch muss zu dem im SGB IX genannten besonders betroffenen Personenkreis gehören (§ 72 Abs. 1 Nr. 1a-d und § 75 Abs. 2 SGB IX).

Er erhält das tarifliche bzw. ortsübliche Arbeitsentgelt und ist sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Trotz der Notwendigkeit besonderer Betreuung bzw. der Minderleistung am Arbeitsplatz liegt noch ein wirtschaftliches Verhältnis zwischen Arbeitsentgelt und Arbeitsleistung des schwerbehinderten Menschen vor.

Es sind alle Möglichkeiten ausgeschöpft, den schwerbehinderten Menschen z. B. durch behinderungsgerechte Arbeitsplatzgestaltung oder berufliche Weiterbildung zu befähigen, ohne fremde Hilfe zu arbeiten und/oder eine seinem Arbeitsentgelt entsprechende Arbeitsleistung zu erbringen.

Es kann dem Arbeitgeber nicht zugemutet werden, die außergewöhnlichen Belastungen selbst zu tragen. Dabei sind u. a. die Höhe der Belastung, die Größe des Betriebes, die Erfüllung der Beschäftigungspflicht nach SGB IX, ferner die Dauer der Betriebszugehörigkeit des schwerbehinderten Menschen und Möglichkeiten zur Lohnanpassung zu berücksichtigen. Leistungen zur Abgeltung der personellen Unterstützung (Betreuungsaufwand, besonderer) und der Minderleistung können auch parallel erbracht werden. Näheres – auch zur Zuschusshöhe – regeln Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) sowie entsprechende landesrechtliche Vorschriften (Ministerialerlasse, Verwaltungsrichtlinien).

Prävention und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Prävention

Die Zielsetzung, Schwierigkeiten bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen möglichst erst gar nicht entstehen zu lassen, verfolgt die gesetzliche Vorschrift des § 84 SGB IX. Gemäß § 84 Abs. 1 SGB IX soll der Arbeitgeber bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis, die zu dessen Gefährdung führen können, möglichst frühzeitig reagieren. Er schaltet die Schwerbehindertenvertretung, den Betriebs-/Personalrat und das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Der Gesetzgeber fordert die Unternehmen im § 84 Abs. 2 SGB IX auf, für Mitarbeiter, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein **Betriebliches Eingliederungsmanagement** einzuführen. Dazu gehören alle Maßnahmen, die dazu dienen Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung dauerhaft an einem geeigneten Arbeitsplatz einzusetzen.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement gilt nicht nur für schwerbehinderte Arbeitnehmer, sondern für alle Beschäftigten.

Der Arbeitgeber klärt

- mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person
- mit dem Betriebs- oder Personalrat und
- bei schwerbehinderten und gleichgestellten behinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung

die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen.

Ausführliche Informationen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement finden Sie auch im Kapitel **Spezielle trägerübergreifende Leistungen**, Seite 32.

Behinderte Frauen

Frauenförderung im SGB IX

Das Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) enthält darüber hinaus eine Reihe konkreter Bestimmungen zur Frauenförderung, z. B.:

- Bei der Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber sind schwerbehinderte Frauen besonders zu berücksichtigen (§ 71 Abs. 1 SGB IX).
- Im Rahmen der **Integrationsvereinbarungen** zwischen Schwerbehindertenvertretung, Betriebsrat und Arbeitgeber sind bei der Personalplanung besondere Regelungen zur Beschäftigung eines angemessenen Anteils von schwerbehinderten Frauen vorzusehen (§ 83 Abs. 2 SGB IX).
- Beim **Wunsch- und Wahlrecht** der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX) sind u. a. der persönlichen Lebenssituation, dem Geschlecht, der Familie und den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den Bedürfnissen behinderter Kinder Rechnung zu tragen.
- Die **Integrationsfachdienste**, die individuelle Hilfen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben bereitstellen, sollen insbesondere der Gruppe der schwerbehinderten Frauen und der Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung Rechnung tragen (§ 112 Abs. 2 SGB IX). Dies soll auch bei der personellen Ausstattung der Integrationsfachdienste berücksichtigt werden, d. h. auch, dass ein angemessener Anteil der Stellen mit schwerbehinderten Frauen zu besetzen ist (§ 112 Abs. 3 SGB IX).

Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen gem. §§ 85 ff. SGB IX

Allgemeines zum Kündigungsschutz

Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen durch den Arbeitgeber bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes. Gemäß § 68 Abs. 3 SGB IX gilt dies auch für Personen, die schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden. Die nachträgliche Zustimmung zu einer bereits ausgesprochenen Kündigung ist nicht möglich. Die Geltung des Kündigungsschutzes für schwerbehinderte Arbeitnehmer ist unabhängig von der Größe des Betriebes.

Bevor der Arbeitgeber sich entschließt eine Kündigung auszusprechen, hat er die Verpflichtung das Integrationsamt im Rahmen eines Präventionsverfahrens gemäß § 84 SGB IX bei

der Lösung von Problemen im Zusammenhang mit der Beschäftigung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers einzuschalten.

Eine Kündigung, die ohne Zustimmung des Integrationsamtes ausgesprochen wurde, ist unwirksam. Da sie in diesem Fall gegen ein gesetzliches Verbot verstößt, ist sie gemäß § 134 BGB nichtig. Feststellen kann dies jedoch nur das dafür zuständige Arbeitsgericht. Der schwerbehinderte Arbeitnehmer muss die Unwirksamkeit der Kündigung innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Kündigung vor dem Arbeitsgericht feststellen lassen (Kündigungsschutzklage).

Die Zustimmung des Integrationsamtes ist für jede Art von Kündigung erforderlich, somit für die ordentliche Kündigung, die außerordentliche (fristlose) Kündigung aus wichtigem Grund und auch für die Änderungskündigung.

Die vorherige Zustimmung des Integrationsamtes ist gemäß § 92 SGB IX auch dann erforderlich, wenn die Beendigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen im Falle der teilweisen Erwerbsminderung, der vollen Erwerbsminderung auf Zeit, der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit auf Zeit ohne Kündigung erfolgen soll (z.B. tarifliche Regelungen der § 59 BAT/§ 33 TVöD).

Die Kündigung durch den schwerbehinderten Menschen selbst oder die einvernehmliche Trennung durch Abschluss eines Aufhebungsvertrages ist ohne Beteiligung des Integrationsamtes möglich. Aber dabei ist zu beachten, dass beim Bezug von Arbeitslosengeld eine Sperrfrist von der Agentur für Arbeit verhängt werden kann, wodurch sich der Beginn der Arbeitslosengeldzahlung verzögert und die Bezugsdauer verkürzt. Die Betroffenen sollten sich vor Abschluss eines Aufhebungsvertrages unbedingt von der zuständigen Arbeitsagentur beraten lassen.

Ausnahmen vom besonderen Kündigungsschutz sind in § 90 SGB IX geregelt.

Insbesondere kann danach ein Arbeitsverhältnis mit einem schwerbehinderten Menschen ohne Zustimmung des Integrationsamtes gekündigt werden, wenn das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung noch nicht länger als sechs Monate besteht.

Örtliche Zuständigkeit

Der Antrag auf Zustimmung zur Kündigung ist vom Arbeitgeber bei dem für den Sitz des Betriebes zuständigen Integrationsamt zu stellen. Ist der betroffene Arbeitnehmer in einem Betriebsteil oder einer Zweigniederlassung des Arbeitgebers beschäftigt, so richtet sich die Zuständigkeit des Integrationsamtes danach, ob es sich hierbei um einen selbständigen Betriebsteil im Sinne des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) handelt. Danach gilt ein Betriebsteil als selbständig, wenn die Voraussetzungen des § 1 BetrVG erfüllt werden, d. h. mindestens fünf ständig wahlberechtigte Arbeitnehmer beschäftigt sind und darüber hinaus der Betriebsteil räumlich weit vom Hauptbetrieb entfernt oder durch Aufgabe und Organisation eigenständig ist (§ 4 Abs. 1 BetrVG). Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, wird der Betriebsteil dem Hauptbetrieb zugerechnet und das für den Hauptsitz des Betriebes zuständige Integrationsamt hat die Entscheidung über einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung zu treffen.

Hat ein Arbeitgeber einen Kündigungsantrag bei einem Integrationsamt gestellt, das nicht zuständig ist, wird der Antrag entsprechend weiter geleitet.

Geschützter Personenkreis

Der Kündigungsschutz nach Teil 2 des SGB IX gilt für Arbeitnehmer, denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 von der zuständigen Versorgungsverwaltung zuerkannt wurde sowie für Arbeitnehmer mit einem anerkannten Grad der Behinderung von weniger als 50, aber mindestens 30, die von der zuständigen Arbeitsagentur schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden (§ 68 Abs. 1 u. 2 SGB IX).

Der Kündigungsschutz gilt nur, wenn zum Zeitpunkt der Kündigung die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nachgewiesen ist (§ 90 Abs. 2 a S. 1 SGB IX) oder der Arbeitnehmer bereits vor Zugang der Kündigung die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt hat, und die Versorgungsverwaltung nach Ablauf der Fristen des § 69 Abs. 1 S. 2 SGB IX ohne Verschulden des Antragstellers noch keine Feststellung getroffen hat.

Das Kündigungsschutzverfahren

Ordentliche Kündigung §§ 85 ff. SGB IX

Die Zustimmung zur Kündigung beantragt der Arbeitgeber schriftlich bei dem für den Sitz des Betriebes oder der Dienststelle zuständigen Integrationsamt.

Das Integrationsamt übersendet dem Arbeitnehmer eine Abschrift des Antrages des Arbeitgebers zur Stellungnahme.

Des Weiteren holt das Integrationsamt eine Stellungnahme des Betriebs-/Personalrates und der Schwerbehindertenvertretung (falls im Betrieb vorhanden) ein.

Werden von Seiten des betroffenen Arbeitnehmers Einwände gegen eine Zustimmung des Integrationsamtes zur Kündigung geltend gemacht, kann eine Einigungsverhandlung unter Leitung des Integrationsamtes durchgeführt werden. Sinn dieser Einigungsverhandlung ist, den Sachverhalt ausführlich zu erörtern und eine möglichst gütliche Einigung zu erzielen.

An der Einigungsverhandlung nehmen neben dem Vertreter des Integrationsamtes, der Antragsteller (Arbeitgeber), der betroffene Arbeitnehmer, ggf. deren Interessenvertreter und soweit vorhanden, die Schwerbehindertenvertretung und ein Vertreter des Betriebs-/Personalrates teil. Das Integrationsamt kann bei Bedarf Fachleute, wie z.B. Arbeitsmediziner, Technischer Beratungsdienst, Integrationsfachdienst, Vertreter der Arbeitsverwaltung hinzuziehen.

Ergebnis einer solchen Einigungsverhandlung kann auch sein, dass das Kündigungsschutzverfahren ausgesetzt wird, um bestimmte Sachverhalte zu klären (z.B. die Möglichkeit der Umsetzung des Arbeitnehmers auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz, das Einholen einer ärztlichen/arbeitsmedizinischen Stellungnahme, der Ausgang eines anhängigen Rentenverfahrens, die weitere Entwicklung krankheitsbedingter Fehlzeiten, der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme).

Durch die vielfältigen Möglichkeiten der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben kann das Integrationsamt in vielen Fällen Arbeitsplätze langfristig sichern. Bestehen jedoch keine Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten, kann in einer solchen mündlichen Verhandlung unter Beteiligung eines Vertreters des Integrationsamtes auch eine vergleichsweise Einigung zwischen den Parteien, etwa in Form eines Aufhebungsvertrages, erzielt werden.

Erhebt der betroffene Arbeitnehmer keine Einwände gegen die Zustimmung zur Kündigung, wird diese durch das Integrationsamt erteilt, ohne dass eine vorherige Einigungsverhandlung stattfindet. Für das Integrationsamt gilt der Amtsermittlungsgrundsatz. D.h., bei unklaren Sachverhalten werden weitere Betriebsangehörige, Sachverständige etc. gehört.

Je nach Ausgang des Gespräches/der Sachverhaltsklärung wird durch das Integrationsamt eine Entscheidung getroffen und sowohl dem Arbeitgeber als auch dem Arbeitnehmer bzw. deren Bevollmächtigten zugestellt.

Die zuständige Arbeitsagentur erhält eine Abschrift der Entscheidung.

Das Integrationsamt soll die Entscheidung innerhalb eines Monats vom Tag des Antragseingangs treffen.

Bei ordentlichen Kündigungen aufgrund von Betriebsschließungen und Insolvenzverfahren ist, wenn die Voraussetzungen des § 89 Abs. 1 S. 1 oder Abs. 3 SGB IX erfüllt sind, die Entscheidung innerhalb eines Monats vom Eingang des Antrags an zu treffen. Wird innerhalb dieser Frist eine Entscheidung nicht getroffen, gilt die Zustimmung als erteilt.

Wird die Zustimmung zur Kündigung durch das Integrationsamt erteilt bzw. gilt die Zustimmung als erteilt, kann der Arbeitgeber nur innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides bzw. Eintritts der Fiktion die Kündigung aussprechen.

Die Kündigungsfrist beträgt gemäß § 86 SGB IX mindestens vier Wochen. Darüber hinaus gelten die gesetzlichen, tariflichen oder arbeitsvertraglichen Regelungen.

Außerordentliche Kündigung § 91 SGB IX

Die Zustimmung zur außerordentlichen Kündigung kann nur innerhalb von zwei Wochen beim zuständigen Integrationsamt beantragt werden; maßgebend ist der Tag des Eingangs des Antrags beim Integrationsamt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Arbeitgeber von den für die außerordentliche Kündigung maßgeblichen Tatsachen Kenntnis erhalten hat (§ 91 Abs. 2 SGB IX).

Das Integrationsamt hat innerhalb von zwei Wochen, vom Tag des Antragseingangs an gerechnet, eine Entscheidung zu treffen. Wird die Entscheidung nicht innerhalb dieser Frist getroffen, gilt die Zustimmung als erteilt (§ 91 Abs. 3 SGB IX).

Das Integrationsamt soll die Zustimmung erteilen, wenn die außerordentliche Kündigung aus einem Grunde erfolgen soll, der nicht im Zusammenhang mit der anerkannten Behinderung steht (§ 91 Abs. 4 SGB IX).

Der betroffene Arbeitnehmer sowie der Betriebs-/Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung werden vom Integrationsamt zu dem Antrag des Arbeitgebers gehört.

Auch im außerordentlichen Kündigungsschutzverfahren wird insbesondere wegen der kurzen Bearbeitungsfrist zur Sachverhaltsklärung in der Regel eine Einigungsverhandlung durchgeführt, d. h. ein gemeinsames Gespräch mit Arbeitgeber, betroffenem Arbeitnehmer, ggf. deren Rechtsanwälte, sowie Betriebs-/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung unter Leitung des Integrationsamtes.

Je nach Ausgang des Gespräches wird durch das Integrationsamt eine Entscheidung getroffen. Eine Fristverlängerung oder Aussetzung des Verfahrens ist wegen der einzuhaltenden Entscheidungsfrist nicht möglich.

Gemäß § 91 Abs. 5 SGB IX ist die außerordentliche Kündigung unverzüglich nach Zustimmung des Integrationsamtes auszusprechen.

Erweiterter Beendigungsschutz § 92 SGB IX

Auch wenn das Arbeitsverhältnis mit einem schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen ohne Kündigung beendet werden soll wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit auf Zeit, teilweiser Erwerbsminderung oder voller Erwerbsminderung auf Zeit, ist die vorherige Zustimmung des Integrationsamtes erforderlich.

Der betroffene Arbeitnehmer sowie Betriebs-/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung werden zu dem Antrag des Arbeitgebers gehört.

Im Beendigungsschutzverfahren ist grundsätzlich zu klären, ob der betroffene Arbeitnehmer trotz der gesundheitlichen Einschränkungen bei seinem bisherigen Arbeitgeber weiterbeschäftigt werden kann. Dabei ist zu prüfen, ob eine Weiterbeschäftigung mit verringerter Stundenzahl auf dem bisherigen oder auf einem anderen, den Einschränkungen entsprechenden (leidensgerechtem) Arbeitsplatz möglich ist.

Die Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten werden ggf. im Rahmen eines gemeinsamen Gespräches (Einigungsverhandlung) mit dem Arbeitgeber, dem betroffenen Arbeitnehmer und ggf. deren Rechtsvertretern sowie Betriebs-/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung unter Leitung des Integrationsamtes erörtert.

Änderungskündigung § 89 Abs. 2 SGB IX

Das Integrationsamt soll die Zustimmung erteilen, wenn dem schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen ein anderer angemessener und zumutbarer Arbeitsplatz gesichert ist.

Eine Änderungskündigung beinhaltet immer die Kündigung des bestehenden Arbeitsverhältnisses unter gleichzeitigem Angebot eines anderen/neuen Arbeitsplatzes, ggf. des bisherigen Arbeitsplatzes zu geänderten Bedingungen.

Der betroffene Arbeitnehmer sowie Betriebs-/Personalrat und Schwerbehindertenvertretung werden zu dem Antrag des Arbeitgebers gehört.

Für die Entscheidung des Integrationsamtes ist von Bedeutung, ob der angebotene Arbeitsplatz von der Art der Tätigkeit angemessen und zumutbar ist und ob die damit ggf. verbundenen finanziellen Einbußen dem betroffenen Arbeitnehmer zugemutet werden können bzw. müssen.

Wird die Zustimmung zur Kündigung durch das Integrationsamt erteilt, kann der Arbeitgeber nur innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides die Änderungskündigung aussprechen.

Soll eine außerordentliche Änderungskündigung ausgesprochen werden, sind die Vorschriften des § 91 SGB IX auch in diesem Fall anzuwenden (siehe **Außerordentliche Kündigung § 91 SGB IX**, Seite 146).

Widerspruch

Gegen die Entscheidungen des Integrationsamtes ist das Rechtsmittel des Widerspruchs (§ 118 SGB IX) möglich. Hierüber entscheidet der Widerspruchsausschuss (§ 119 SGB IX) beim Integrationsamt. Gegen die Entscheidung des Ausschusses ist die Klage vor dem Verwaltungsgericht zulässig. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Zustimmung des Integrationsamtes zur Kündigung haben gemäß § 88 Abs. 4 SGB IX keine aufschiebende Wirkung.

Die Erhebung der Ausgleichsabgabe

Die Beschäftigungspflicht ergibt sich aus § 71 SGB IX. Danach sind private und öffentliche Arbeitgeber, die im Jahresdurchschnitt monatlich über mindestens 20 Arbeitsplätze im Sinne von § 73 Abs. 1 SGB IX verfügen, verpflichtet, auf mindestens 5 % der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen.

Wurde die Beschäftigungspflicht nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber zur Zahlung einer Ausgleichsabgabe verpflichtet.

Je nach dem Grad der Erfüllung der jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote müssen zwischen 105 € und 260 € pro Monat für jeden nicht besetzten Pflichtplatz an das örtlich zuständige Integrationsamt entrichtet werden (§ 77 SGB IX).

Durch die Vergabe von Aufträgen an anerkannte Blindenwerkstätten und Werkstätten für behinderte Menschen besteht für die Arbeitgeber die Möglichkeit, den zu entrichtenden Zahlbetrag der Ausgleichsabgabe zu mindern (§§ 140 und 143 SGB IX).

Die Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter und behinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Begriff, Aufgaben, Beauftragung und Finanzierung sind durch das SGB IX (§§ 102 und 109 ff.) sowie die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (§§ 27a und 28 SchwbAV) geregelt.

Auftraggeber und Finanzierung: Neben der Unterstützung der Integrationsämter werden die Integrationsfachdienste auch im Auftrag der Rehabilitationsträger und der Träger der Arbeitsvermittlung, insbesondere der Agenturen für Arbeit tätig, um besonders betroffene schwerbehinderte Menschen in Arbeit zu vermitteln. Die Integrationsämter sind die Hauptauftraggeber der Integrationsfachdienste und finanzieren diese aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. Die Rehabilitationsträger und die Träger der Arbeitsvermittlung erbringen für ihre Aufträge Vergütungen aus ihren Haushaltsmitteln.

Die Integrationsfachdienste stellen damit ein gemeinsames Dienstleistungsangebot von mehreren gesetzlichen Leistungsträgern für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber dar. Insbesondere bei Menschen, die behindert, aber nicht schwerbehindert sind, sind die Rehabilitationsträger Auftraggeber der Integrationsfachdienste.

Zielgruppen der Integrationsfachdienste sind insbesondere

- schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
- Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können und
- schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.

Von einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung ist insbesondere bei Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung, aber auch solchen mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung auszugehen. Die Unterstützung bei diesen Zielgruppen ist auch dann erforderlich, wenn weitere besondere vermittlungshemmende Umstände vorliegen, z.B. Langzeitarbeitslosigkeit, höheres Lebensalter, unzureichende Qualifikation oder Leistungsminderung.

Aufgaben: Zu den Aufgaben der Integrationsfachdienste gehört zunächst generell die Beratung und Unterstützung der betroffenen behinderten Menschen selbst sowie die Information und Hilfestellung für Arbeitgeber bei den unterschiedlichsten Problemsituationen bei der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die Integrationsfachdienste werden an den Aufgaben der gesetzlichen Leistungsträger, von denen sie beauftragt werden, beteiligt. Die Verantwortung für die gesamte Aufgabenerledigung bleibt damit beim jeweiligen Auftraggeber.

Im Einzelnen hat der Integrationsfachdienst die Aufgaben,

- die Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen zu bewerten und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zu erarbeiten;
- die Bundesagentur für Arbeit auf deren Anforderung bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen zu unterstützen;
- die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher zu begleiten;
- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu akquirieren und zu vermitteln;
- die schwerbehinderten Menschen auf die vorgesehenen Arbeitsplätze vorzubereiten;
- die schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz – soweit erforderlich – begleitend zu betreuen;
- die Vorgesetzten und Kollegen im Arbeitsplatzumfeld zu informieren;
- für eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung zu sorgen;
- als Ansprechpartner für die Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen.
- Im Rahmen des neu geschaffenen Fördertatbestandes "Unterstützte Beschäftigung" sind sie ein möglicher Leistungserbringer

Kooperation: Der Integrationsfachdienst arbeitet eng mit der Agentur für Arbeit, dem Integrationsamt, dem zuständigen Rehabilitationsträger, den Berufshelfern der gesetzlichen Unfallversicherung, dem Arbeitgeber, der Schwerbehindertenvertretung, dem Betriebsrat und den abgebenden schulischen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen zusammen.

Flächendeckendes Angebot: Integrationsfachdienste sind im gesamten Bundesgebiet eingerichtet, so dass in jedem Bezirk einer Agentur für Arbeit mindestens ein solcher Dienst vorhanden ist.

Weitere Informationen zum Thema schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben und zu den Leistungsmöglichkeiten der Integrationsämter erhalten Sie auf der Homepage der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)*.

13. Soziale Pflegeversicherung

Als weitere Säule der Sozialversicherung hat die Pflegeversicherung die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 SGB XI). Die Pflegeversicherung gehört nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger und erbringt keine Leistungen zur Rehabilitation. Vielmehr haben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die anderen Leistungsträger ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt ihr auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, indem die Hilfen darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Durch die Regelungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nun auch zu beurteilen, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Welcher Personenkreis fällt in den Zuständigkeitsbereich?

Für Leistungen der Pflegeversicherung müssen, wie auch bei anderen Zweigen der Sozialversicherung, persönliche (§§ 14, 15 SGB XI) und versicherungsrechtliche (§ 33 SGB XI) Voraussetzungen erfüllt sein.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Leistungen der Pflegeversicherung werden bei der häuslichen Pflege ebenso wie bei der stationären Pflege nur auf Antrag erbracht. Ist der Pflegebedürftige Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, dann ist der Antrag bei der dort errichteten Pflegekasse zu stellen. Ist das Krankheitsrisiko bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert, dann muss ein entsprechender Antrag bei dem Unternehmen gestellt werden, bei dem die private Pflege-Pflichtversicherung besteht.

Der Antrag sollte umgehend gestellt werden, wenn der Pflegebedarf eintritt oder vorauszusehen ist. Die Leistungen werden von der Antragstellung an erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erfolgt durch den MDK im Auftrag der Pflegekassen. Hierbei werden die Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Waschen, An- und Ausziehen, Nahrungsaufnahme) festgestellt sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit ermittelt. Auch das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wird geprüft. Die Begutachtung findet im Wohnbereich des Versicherten statt, ggf. auch im Krankenhaus oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, in der er sich bereits befindet. Der Besuch des Gutachters (Arzt, Pflegefachkraft) wird angekündigt.

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bedarf an Grundpflege) sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Bei diesen Verrichtungen muss ein Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung, Anleitung, teilweiser oder vollständiger Übernahme bestehen. Abhängig vom Umfang des Hilfebedarfs wird einer pflegebedürftigen Person eine der drei Pflegestufen (erhebliche Pflegebedürftigkeit, Schwerpflegebedürftigkeit, Schwerstpflegebedürftigkeit, § 15 SGB XI) zuerkannt.

Auf der Grundlage der gutachterlichen Feststellung ergeht durch die Pflegekasse bzw. durch das private Versicherungsunternehmen ein Leistungsbescheid.

Die Leistungen im Einzelnen

Für die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen erforderlich.

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen gemäß der §§ 36 – 45b SGB XI:

- Pflegesachleistungen,
- Pflegegeld,
- Kombination von Geld- und Sachleistung,
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
- Tages- und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Vollstationäre Pflege,
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen,

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen,
- Zusätzlich Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.

Die Leistungen der Pflegeversicherung stellen eine Teilabsicherung dar und sind im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Pflegestufe budgetiert.

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Wird von Seiten der Pflegekasse festgestellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, teilt sie dies dem Versicherten und dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich mit. Hierbei unterstützen die Pflegekassen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung (§ 31 SGB XI).

Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, da sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre (§ 32 SGB XI). Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungserbringung hinzuweisen. Wird dieser nicht rechtzeitig, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung, tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistung vorläufig.

14. Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems. Gerade bei der Aufgabe, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft i.S. des § 1 SGB IX zu ermöglichen und hier insbesondere die Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder nachdrücklich einzubringen, ist die Selbsthilfe ein bedeutender Wirkungsfaktor. Sie ergänzt nicht nur die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, sondern schließt eine Lücke zwischen den Angeboten von Leistungserbringern und Institutionen und den Bedürfnissen der betroffenen Menschen. Sie leistet wertvolle Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Durch gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Gruppen schafft sie Akzeptanz bei betroffenen Menschen und ihren Angehörigen und ermöglicht niederschwellige Hilfestrukturen. Die Selbsthilfe ist daher als Partner im regionalen Netzwerk der Gemeinsamen Servicestelle unverzichtbar.

Die Anzahl der regionalen / örtlichen Selbsthilfegruppen wird auf ca. 50.000 geschätzt. Auf Bundesebene gibt es ca. 300 Selbsthilfeorganisationen, darüber hinaus existieren rund 800 Landesorganisationen und 230 Selbsthilfekontaktstellen.

Für viele Behinderungsarten/Krankheitsbilder gibt es Selbsthilfegruppen im näheren Umkreis. Die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)“ hält im Internet ein umfassendes Anschriftenverzeichnis zu Selbsthilfegruppen bereit. Hier finden sich getrennte Verzeichnisse für bundesweite und lokale Selbsthilfeorganisationen oder auch für seltene Erkrankungen und Probleme.

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen nach § 20c SGB V auf Basis der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe („Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“), die im September 2008 aktualisiert wurden.

Durch die Rentenversicherungsträger können als sonstige Leistungen Zuwendungen für Einrichtungen erbracht werden, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen. Bezogen auf den Bereich der Selbsthilfe bedeutet dies, dass von der Rentenversicherung eine Zuwendung nur dann erbracht werden kann, wenn das Vorhaben, für das eine finanzielle Förderung beantragt wird, einen engen Bezug zur Rehabilitation der Rentenversicherung aufweist.

Die Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung, der Jugendhilfe, der Sozialhilfe sowie das Bundesversorgungsgesetz enthalten keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass einzelnen Versicherten die Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe ermöglicht werden kann.

15. Anhang

Materialien

Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen (mit Falldokumentationsbogen)

Rahmenempfehlungen

Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation

Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation

Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen

Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation

Rahmenempfehlungen zur onkologischen Rehabilitation

Rahmenempfehlung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation

Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation

Rahmenempfehlung zur ambulanten pneumologischen Rehabilitation

Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C

Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F

Rahmenvereinbarung "Rehabilitationssport und Funktionstraining"

RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005

Konzept zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen

Gemeinsame Empfehlungen

Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“

Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“

Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung

Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“

Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation

Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“

Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“

Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“

Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“

Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe

Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“

Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in einem Band

Arbeitshilfen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkrankter (Neufassung)

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten (Neufassung)

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen)

Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Krebskranker

Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten

Arbeitshilfe für die Rehabilitation allergischer Atemwegserkrankungen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Flyer, Broschüren

Flyer „Gemeinsame Servicestellen“

Broschüre des BMAS zum „Persönlichen Budget“

Weiterführende Informationen

Verzeichnis der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation im Bundesgebiet

Bericht nach § 24 SGB IX über die Arbeit Gemeinsamer Servicestellen 2007

Wegweiser - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 12. Auflage

Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 01. April 2009

Übersicht zu Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis

Verfahrensabsprache zur Anwendung von § 14 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 4 SGB IX bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben zur schnellen Leistungserbringung im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Gemeinsame Erläuterungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16.12.2003 zu der Ersten Gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V vom 13.11.2003

Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld

Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zur Haushaltshilfe

Praxisleitfaden - Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

ICF-Praxisleitfaden 1

ICF-Praxisleitfaden 2

Verzeichnis von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Übersicht zu Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis

Die wichtigsten Merkzeichen, die im Schwerbehindertenausweis eingetragen werden können, sind:

„G“	bedeutet „erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr“ (gehbehindert). Das Merkzeichen erhält, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens Wegstrecken bis 2 km bei einer Gehdauer von etwa einer halben Stunde nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren gehen kann. Die Gehbehinderung kann auch durch innere Leiden verursacht sein, durch Anfälle oder Orientierungsstörungen.
„aG“	bedeutet „außergewöhnlich gehbehindert“. Das Merkzeichen erhält, wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann. Hierzu zählen vor allem querschnittgelähmte Menschen, doppel-oberschenkelamputierte, doppel-unterschenkelamputierte Menschen, aber auch Menschen mit schweren Herzscheiden oder starken Beeinträchtigungen der Atmungsorgane.
„B“	bedeutet „Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson“. Die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson ist bei schwerbehinderten Menschen erforderlich, die <ul style="list-style-type: none">• infolge einer Behinderung bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Feststellung bedeutet nicht, dass die schwerbehinderte Person, wenn sie nicht in Begleitung ist, eine Gefahr für sich oder andere darstellt.• Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z.B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) in Anspruch nehmen. Die Eintragung im Ausweis erfolgt allerdings nur, wenn zudem eine erhebliche oder außergewöhnliche Gebehinderung festgestellt ist.
„Bl“	bedeutet „blind“. Blind ist ein Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind ist auch der behinderte Mensch anzusehen, dessen Sehstärke auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 der normalen Sehschärfe beträgt, oder wenn andere nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, die dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichrangig sind.
„H“	bedeutet „hilflos“. Als hilflos ist derjenige anzusehen, der infolge seiner Behinderung nicht nur vorübergehend (also mehr als 6 Monate) für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf (z.B. beim An- und Auskleiden, beim Essen und bei der Körperpflege).
„Gl“	bedeutet „gehörlos“. Gehörlos ist ein Mensch mit Taubheit beiderseits oder mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen vorliegen.
„RF“	bedeutet „Die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebühr liegen vor“. Das Merkzeichen erhalten schwerbehinderte Menschen, die blind oder wesentlich sehbehindert bzw. gehörlos oder erheblich hörbehindert sind oder die einen GdB von wenigstens 80 haben und wegen ihres Leidens allgemein von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen sind.

Verfahrensabsprache zur Anwendung von § 14 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 4 SGB IX bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur schnellen Leistungserbringung im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der Alterssicherung der Landwirte² und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung unterstützen ausdrücklich die Absicht des Gesetzgebers, durch die Regelungen des § 14 SGB IX sicherzustellen, dass die Zuständigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben rasch geklärt wird und die Leistungen für den Leistungsberechtigten zeitgerecht und zügig erbracht werden. Ziel dieser Absprache ist, ein kundenorientiertes Verfahren in den Fällen des § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu entwickeln, in dem in zweifelhaften Einzelfällen nicht vorsorglich Anträge an einen anderen Träger weitergeleitet werden, nur um einen Erstattungsabschluss nach § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX zu vermeiden. Vielmehr soll die erforderliche Reha-Leistung bereits dann ermöglicht werden, wenn die Ursache der Behinderung noch nicht abschließend feststellbar ist. In den hier betrachteten Fällen des § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX ist daher grundsätzlich zunächst der Träger zuständig, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt. Nach der Gesetzesbegründung zielt diese Regelung insbesondere auf das Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung, da hier die Frage nach der beruflichen Verursachung zu klären ist. Leistet der erstangegangene Träger in Fällen, in denen noch geringe Zweifel an seiner Zuständigkeit bestehen, die nicht innerhalb der 2-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX geklärt werden können, ist ein Erstattungsanspruch grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

Die Verfahrensabsprache erfasst Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Im Rahmen der Auslegung des § 14 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 4 SGB IX verpflichten sich die Verfahrensbeteiligten wie folgt zusammenzuarbeiten:

² Im Folgenden wird auf die ausdrückliche Nennung der Träger der Alterssicherung der Landwirte verzichtet; es gelten die Regelungen für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

I. Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Der KV-/RV-Träger ist erstangegangener Reha-Träger.

1.1 Der KV-/RV-Träger hat Zweifel an seiner Zuständigkeit (Ursächlichkeit der Behinderung fraglich und nicht innerhalb von zwei Wochen zu klären).

Verfahren:

Keine Abgabe an den UV-Träger, solange die Ursache der Behinderung nicht geklärt ist. Der Antrag ist an den Reha-Träger weiterzuleiten, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.

Die Weiterleitung erfolgt nach Maßgabe des § 4 der Gemeinsamen Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens.

Wird der Antrag bereits bei dem Rehabilitationsträger gestellt, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt, ist eine Weiterleitung nach dem Sinn und Zweck des § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX nicht notwendig. Stellt sich nachträglich die Zuständigkeit des UV-Trägers heraus, erfolgt eine Erstattung nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX.

1.2 Der KV-/RV-Träger hält sich für unzuständig und gibt den Antrag an den UV-Träger ab – nachträglich stellt sich die Zuständigkeit des KV-/RV-Trägers heraus.

Verfahren:

Der unzuständige UV-Träger kann einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX geltend machen.

1.3 Der KV-/RV-Träger hält sich nach Prüfung der Antragsunterlagen für zuständig und erbringt die Leistung – nachträglich stellt sich die Zuständigkeit des UV-Trägers heraus.

Verfahren:

Der KV-/RV-Träger kann einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger nach § 105 SGB X geltend machen.

Diese Verfahrensregelung gilt im Verhältnis zum Unfallversicherungsträger bei Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen, da in Anlehnung an die Gesetzesbegründung zu § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX die berufliche Verursachung in der Regel erst nach längeren Ermittlungen feststeht.

2. UV-Träger ist erstangegangener Rehabilitationsträger

2.1 Der UV-Träger hält sich für unzuständig oder hat Zweifel an seiner Zuständigkeit, weil die Ursache der Behinderung fraglich und nicht innerhalb von zwei Wochen zu klären ist und gibt den Antrag unverzüglich an den KV-/RV-Träger ab, der die Leistung ohne Rücksicht auf Ursache erbringt.

Die Weiterleitung erfolgt nach Maßgabe des § 4 der Gemeinsamen Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens.

Stellt sich nachträglich die Zuständigkeit des UV-Trägers heraus, erfolgt die Erstattung nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX.

2.2 Es besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Zuständigkeit des UV-Trägers für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben ist. Der Unfallversicherungsträger hält sich für zuständig, hat aber noch geringe Zweifel, die nicht innerhalb von zwei Wochen geklärt werden können.

Verfahren:

Der UV-Träger erbringt die Leistung im Interesse einer schnellen Versorgung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen und kann in den Einzelfällen, in denen sich nachträglich seine Unzuständigkeit herausstellt, einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X geltend machen.

Der UV-Träger weist im Leistungsbescheid darauf hin, dass im Sinne einer zügigen Leistungserbringung die Leistung trotz geringer Zweifel an der eigenen Zuständigkeit erbracht und der Antrag nicht weitergeleitet wird.

3. Klärung der Ursache der Behinderung

Der erstangegangene Rehabilitationsträger kann die Entscheidung, dass die Behinderungsursache innerhalb der 2-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nicht geklärt werden kann, selbst treffen. Dagegen kann die Feststellung, dass die Ursache geklärt ist bzw. innerhalb der Frist geklärt werden kann, nur einvernehmlich mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger erfolgen.

4. Informationspflichten

Die KV-/RV-Träger verpflichten sich einerseits, in den Fällen der Ziff. 1.1 den UV-Träger unverzüglich zu informieren. Die UV-Träger verpflichten sich andererseits, in den Fällen der Ziff. 2.2 den KV-/RV-Träger, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt, unverzüglich zu informieren. Eine verspätete Information führt jedoch nicht zum Ausschluss von Erstattungsansprüchen. Die Regelungen des § 111 SGB X bleiben unberührt.

II. Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Regelungen zu Abschnitt I. gelten mit Ausnahme der Ziffer 2.2 auch im Verhältnis zwischen UV-Trägern, RV-Trägern und der Bundesagentur für Arbeit bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend. Ziff. 1.1 und 2.1 regeln, dass Anträge bei Zweifeln über die Zuständigkeit an den Reha-Träger weiterzuleiten sind, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt. Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

III. In-Kraft-Treten

Die Verfahrensabsprache tritt am 01. Mai 2004 in Kraft.

**AOK-Bundesverband
Bundesverband der Betriebskrankenkassen
IKK-Bundesverband
See-Krankenkasse
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
Bundesknappschaft
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
AEV- Arbeiter- Ersatzkassen- Verband e. V.**

**Gemeinsame Erläuterungen der
Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16.12.2003**

zu der

**Ersten Gemeinsamen Empfehlung
zur Umsetzung der
Leistungserbringung
nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V**

vom 13.11.2003

Präambel

Mit der Umsetzung des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V werden viele grundsätzliche Fragen aufgeworfen. Die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits gemeinsame Umsetzungshinweise im Rahmen der Ersten Gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V vom 13.11.2003 verabschiedet. Durch die derzeit noch bestehenden unterschiedlichen Rechtsauffassungen, u.a. zur Rechtsnatur der Leistungserbringung (auftragsweise Leistungserbringung versus eigenständiger Leistungsanspruch) bzw. zu den Pflichten der Sozialhilfeträger, sind kurzfristig keine weitergehenden gemeinsamen Empfehlungen mit den kommunalen Spitzenverbänden und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe möglich. Um zumindest für die Krankenkassen eine einheitliche Rechtsauslegung zu gewährleisten, geben jedoch die Spitzenverbände der Krankenkassen für die ab 1.1.2004 beginnende auftragsweise Leistungserbringung die folgenden weitergehenden Umsetzungsempfehlungen heraus.

Diese gemeinsamen Erläuterungen bzw. Ergänzungen der Spitzenverbände der Krankenkassen werden nachfolgend im Fettdruck kursiv hervorgehoben.

§ 264 SGB V

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

- (1) **Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom BMGS bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.**
- (2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, Personen, die ausschließlich Leistungen nach §§ 14 und 17 des Bundessozialhilfegesetzes beziehen sowie für die in § 119 des Bundessozialhilfegesetzes genannten Personen.
- (3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.
- (4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie § 61 und § 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Mitglied“, für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Rentner“. Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung „Familienversicherte“.
- (5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes sind, meldet der Sozialhilfeträger diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Sozialhilfeträger die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Sozialhilfeträger zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.
- (6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85 a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

- (7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach Absatz 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgern vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung und oder –gewährung vorliegen, kann der zuständige Sozialhilfeträger von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

§ 51 a KVLG 1989 ³

Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung

Für die Übernahme der Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes, die nicht versichert sind, ist § 264 Abs. 2 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

³ Gilt nur für die Träger der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

1 Allgemeines

Mit den Änderungen in § 264 SGB V durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (BGBl I S. 2190 ff. vom 19.11.2003) werden die Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und von Hilfe in besonderen Lebenslagen sowie die Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (Hilfeempfänger), die bisher nicht gesetzlich krankenversichert sind, leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt.

Durch die Regelungen in § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V wird ein gesetzliches Auftragsverhältnis im Sinne des § 93 SGB X begründet. Für dieses gesetzliche Auftragsverhältnis gelten neben den konkreten Regelungen in § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V die in § 89 Abs. 3 und 5 sowie § 91 Abs. 1 und 3 SGB X enthaltenen Regelungen über die Ausführung des Auftrages und die Erstattung von Aufwendungen.

Die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Spitzenverbände der Krankenkassen wollen mit den nachfolgenden ersten Empfehlungen dazu beitragen und sicherstellen, dass ein kurzfristiger Start und die Übernahme der Leistungserbringung durch die Krankenkassen nach einheitlichen Grundsätzen erfolgen kann, insbesondere die zwingend erforderlichen einheitlichen Kriterien für das zwischen Sozialhilfeträgern und Krankenkassen durchzuführende Meldeverfahren über Beginn und Ende der Leistungserbringung definieren sowie die aufgetretenen leistungsrechtlichen Fragen klarstellen. Weitere Fragen, u.a. zu Art und Inhalt des Abrechnungsverfahrens, werden zwischen den Beteiligten mit dem Ziel erörtert, möglichst bis Jahresende 2003 weitere gemeinsame Empfehlungen herauszugeben.

Die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Spitzenverbände der Krankenkassen sind sich bewusst, dass grundsätzliche Fragen, zu denen derzeit unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten werden, u.a. zur Rechtsnatur der Leistungserbringung (auftragsweise Leistungserbringung versus eigenständiger Leistungsanspruch), schnellstmöglich einer einheitlichen Rechtsinterpretation bedürfen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen wollen mit den ergänzenden Erläuterungen dazu beitragen, dass die Durchführung der auftragsweisen Leistungserbringung für die von den Krankenkassen zu betreuenden Hilfeempfänger nach objektiven, einheitlichen und möglichst ressourcenschonenden Kriterien ab 01.01.2004 sichergestellt werden kann. Sie erwarten von allen beteiligten Krankenkassen und Sozialhilfeträgern, dass sie entsprechend der Maßgabe des § 86 SGB X bei der Erfüllung dieser neuen gesetzlichen Aufgabe eng zusammen arbeiten.

2 Von den Krankenkassen zu betreuender Personenkreis

Nach § 264 Abs. 2 SGB V sind ab 01.01.2004 grundsätzlich alle Hilfeempfänger, die

- laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG),
- Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des BSHG,
- laufende Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG),

erhalten und nicht aufgrund anderer Vorschriften selbst versichert oder familienversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, von den Krankenkassen wie gesetzlich Krankenversicherte mit Leistungen der Krankenbehandlung zu versorgen.

Ausgenommen von dieser leistungsrechtlichen Gleichstellung sind lediglich Empfänger von Leistungen nach dem BSHG, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen sowie Personen, die ausschließlich Leistungen nach den §§ 14 und 17 BSHG beziehen und die in § 119 BSHG genannten Personen.

Auftraggeber für die Leistungserbringung durch die Krankenkassen sind die zuständigen Träger der Sozialhilfe. Dies sind die Kommunen, die Landkreise und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Diese sind verpflichtet, den Krankenkassen die Personen, die auftragsweise mit Leistungen versorgt werden sollen, sowie den Beginn und das Ende der auftragsweisen Leistungserbringung mitzuteilen (Näheres regelt Abschnitt 4).

3 Wahlrecht des betreuten Hilfeempfängers

Zwischen den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestehen unterschiedliche Auffassungen über die im Zusammenhang mit der Wahlausübung nach § 264 Abs. 3 SGB V dem Sozialhilfeträger obliegenden Informations-, Ermittlungs- und Nachweispflichten. Hierzu sind derzeit keine gemeinsamen Empfehlungen möglich. Die beteiligten Spitzenorganisationen werden ggf. eigene Empfehlungen für ihre Mitglieder herausgeben.

Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V können die Hilfeempfänger die für die Durchführung der auftragsweisen Leistungserbringung zuständige Krankenkasse frei wählen; dies gilt auch für geschlossene Betriebskrankenkassen, für diese ist maßgebend der in der Satzung bestimmte Sitz der Betriebskrankenkasse. Im Gesetzestext sind keine Beschränkungen zur Ausübung des Wahlrechts durch den Hilfeempfänger enthalten, insbesondere nicht solche, wie sie z.B. für Versicherte der GKV in § 173 SGB V vorgesehen sind. Daher kann jede Krankenkasse, deren Kassenbezirk sich auf den örtlichen Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Sozialhilfeträgers erstreckt, von den Hilfeempfängern für die auftragsweise Leistungserbringung gewählt werden.

Die Hilfeempfänger sind verpflichtet, unverzüglich eine dieser Krankenkassen zu wählen und dies dem Sozialhilfeträger mitzuteilen. Der Sozialhilfeträger hat eine entsprechende Informationspflicht, um die Hilfeempfänger über ihre Wahlrechte und -möglichkeiten zu informieren. Diese Informationspflicht muss objektiv und neutral erfolgen. Insbesondere darf der Sozialhilfeträger keine Hinweise oder Empfehlungen aussprechen, die die Wahlentscheidung der Hilfeempfänger beeinflussen.

Leben mehrere Hilfeempfänger in häuslicher Gemeinschaft, so ist nach § 264 Abs. 3 Satz 2 SGB V das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und seine Familienangehörigen, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstandes nach § 10 SGB V versichert wären, einheitlich auszuüben

Wählt der Hilfeempfänger für sich und seine ggf. im Familienhaushalt lebenden Angehörigen keine Krankenkasse, so ist der Sozialhilfeträger nach § 264 Abs. 3 Satz 3 SGB V in entsprechender Anwendung des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V verpflichtet, zwei Wochen nach Feststellung der Voraussetzungen nach § 264 Abs. 2 SGB V die zu betreuenden Hilfeempfänger derjenigen Krankenkasse „zuzuweisen“, bei der zuletzt eine Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Dies bedeutet, dass der Sozialhilfeträger verpflichtet ist, beim Hilfeempfänger zu ermitteln, bei welcher Krankenkasse er vor dem Bezug von Leistungen nach dem BSHG bzw. dem AsylBLG zuletzt versichert war. Diese Krankenkasse hat die auftragsweise Leistungserbringung durchzuführen.

Hat der Hilfeempfänger keine Krankenkasse gewählt und bestand vor Bezug von Leistungen nach dem BSHG oder dem AsylBLG zu keinem Zeitpunkt eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder ist eine solche Versicherung nicht mit vertretbaren Mitteln (z.B. Klärung anhand der Aktenlage des Sozialhilfeträgers) feststellbar, so hat der Sozialhilfeträger eine der in seinem Zuständigkeitsbereich für die auftragsweise Leistungserbringung wählbare Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3 erster Absatz) mit der Betreuung des Hilfeempfängers - ggf. auch seiner Haushaltsangehörigen - zu beauftragen. Bei dieser Beauftragung der Krankenkassen haben die Sozialhilfeträger zum Schutz der Überforderung einzelner Krankenkassen für eine faire Verteilung der Betreuungsfälle auf alle wählbaren Krankenkassen Sorge zu tragen und im Zweifelsfalle alle betroffenen Krankenkassen über die Verteilung der Betreuungsfälle zu informieren.

Auf Verlangen der Krankenkasse hat der Sozialhilfeträger der beauftragten Krankenkasse nachzuweisen, aus welchem Grunde ihre Zuständigkeit für die auftragsweise Betreuung (Ausübung des Wahlrechts, letzte Krankenkasse, Zuweisung) angenommen wurde.

4 Grundlagen der Leistungserbringung - Zustandekommen des Auftragsverhältnisses

Der Anspruch der Hilfeempfänger auf die durch die Krankenkassen zu erbringenden Leistungen der Krankenbehandlung nach den §§ 20 bis 60 SGB V beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt, von Hilfe in besonderen Lebenslagen oder laufender Leistungen nach § 2 AsylBLG von voraussichtlich länger als einem Monat vorliegen.

Damit die Krankenkassen die nach § 264 Abs. 2 SGB V anspruchsberechtigten Personen mit Leistungen der Krankenbehandlung versorgen können, müssen die kreisfreien Städte, Landkreise, die für das AsylBLG zuständigen Kommunen und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Sozialhilfeträger) jeden berechtigten Hilfeempfänger bei den Krankenkassen anmelden. Diese Anmeldung muss mindestens folgende personenbezogene Daten des Hilfeempfängers enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsangehörigkeit
- Adresse
- Beginn (ggf. Ende⁴) der auftragsweisen Leistungserbringung durch die Krankenkasse
- Art der Hilfeleistung (Leistungen nach BSHG oder AsylBLG)

sowie die für den Hilfeempfänger ggf. bereits bekannte Rentenversicherungsnummer.

Darüber hinaus ist es erforderlich, für die Hilfeempfänger, die mit einem Haushaltsvorstand in häuslicher Gemeinschaft leben und - bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstandes in der GKV - Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V hätten, den konkreten Bezug zwischen Haushaltsvorstand und seinen Angehörigen zu übermitteln, auch wenn nach Anmeldung des Haushaltsvorstandes erst zu einem späteren Zeitpunkt Angehörige hinzukommen (z.B. Geburt eines Kindes). Dies ist insbesondere wegen den in § 264 Abs. 4 SGB V vorgesehenen Statusunterscheidungen auf der Krankenversichertenkarte sowie für die Vergütung ärztlicher Leistungen (Kopfpauschale für den Haushaltsvorstand) erforderlich.

⁴ Sofern zum Zeitpunkt der Anmeldung bereits feststehend.

Darüber hinaus benötigen die Krankenkassen ein einheitliches Identifizierungsmerkmal für den jeweiligen Sozialhilfeträger. Dieses ist das Institutionskennzeichen (IK).

Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkasse die *Leistungen* für Hilfeempfänger erst ab dem Zeitpunkt durchführen kann, an dem ihr die persönlichen Meldedaten vom Sozialhilfeträger vorliegen. Damit scheidet grundsätzlich eine Leistungserbringung für vergangene Zeiträume aus. Ausnahmen sind nur nach vorheriger Abstimmung zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger möglich.

5 Meldungen des Sozialhilfeträgers an die Krankenkasse

Der Sozialhilfeträger meldet die von den Krankenkassen mit Leistungen der Krankenbehandlung zu versorgenden Hilfeempfänger unverzüglich nach Ausübung des Wahlrechtes bzw. Feststellung der zuständigen Krankenkasse bei einer Krankenkasse an. Er hat dabei die in Abschnitt 4 aufgeführten Daten für den Haushaltsvorstand und ggf. seine im Familienhaushalt lebenden Angehörigen mitzuteilen.

Liegen der Krankenkasse offensichtliche Hinweise vor, nach denen Angehörige, die vom Sozialhilfeträger „zu“ einem Haushaltsvorstand angemeldet wurden, grundsätzlich nicht (mehr) zum Kreis der nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen zählen können, so hat sie den Sozialhilfeträger hierüber zu informieren.

Endet der Bezug von Leistungen nach dem BSHG bzw. dem AsylBLG, so hat der Sozialhilfeträger die Hilfeempfänger bei der Krankenkasse abzumelden.

Für die erforderlichen Meldungen wird empfohlen, die Anmeldungen entsprechend dem beigefügten Mustervordruck zu strukturieren und den Krankenkassen – für den Beginn der Leistungserbringung zum 01.01.2004 möglichst in Tabellenform - zur Verfügung zu stellen.

6 Leistungserbringung durch die Krankenkasse

Die Krankenkasse erbringt die nach den §§ 20 bis 60 SGB V vorgesehenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI werden nicht erbracht.

Für die Hilfeempfänger gelten grundsätzlich die gleichen leistungsrechtlichen Regelungen wie für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind neben den gesetzlichen Vorschriften der §§ 20 ff. SGB V u.a. die entsprechenden Regelungen in den Bundesmantelverträgen-Ärzte/-Zahnärzte und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Stellt die Krankenkasse fest, dass Leistungen wegen eines eventuellen Drittverschuldens erforderlich sind oder andere Sozialleistungsträger zuständig sein könnten, so hat sie den Sozialhilfeträger unverzüglich hierüber zu informieren und ihn darauf hinzuweisen, dass alle weitergehenden Aktivitäten, insbesondere die zur Feststellung und ggf. Durchsetzung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen erforderlichen Schritte von den Krankenkassen wegen der fehlenden Aktivlegitimation (die Krankenkasse ist nicht der letztlich belastete Leistungsträger) nicht im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses nach § 264 Abs. 2 – 7 SGB V durchgeführt werden können. Ist für die Krankenkasse ohne weitere Ermittlungen erkennbar, dass ein anderer Sozialleistungsträger für die beantragte Leistung zuständig ist, so informiert sie den Sozialhilfeträger und leitet den Antrag an den zuständigen Träger weiter. Sofern es sich um Rehabilitationsanträge handelt, bleibt der Sozialhilfeträger erstangegangener Rehabilitationsträger im Sinne des § 14 SGB IX.

7 Krankenversichertenkarte

Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die Krankenkasse jedem einzelnen Hilfeempfänger unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch den Sozialhilfeträger eine Krankenversichertenkarte aus. Es wird empfohlen, die Gültigkeit der Krankenversichertenkarte nicht langfristig über mehrere Jahre hinaus zu befristen, sondern die Gültigkeit auf kürzere Zeiträume bis zu zwei Jahren einzuschränken. Teilt der Sozialhilfeträger gleichzeitig mit der Anmeldung nach Abschnitt 5 das Ende der auftragsweisen Leistungserbringung durch die Krankenkasse mit, soll die Gültigkeit der Krankenversichertenkarte bis zu diesem Tage befristet werden.

Die Krankenversichertenkarte berechtigt den Hilfeempfänger, Leistungen in gleicher Weise wie ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Da zwischen dem Eingang der Anmeldung bei der Krankenkasse und dem postalischen Eingang der Krankenversichertenkarte beim Hilfeempfänger im allgemeinen ein bis zwei Wochen vergehen, ist für den Fall der unmittelbar notwendigen Leistungsanspruchnahme ein schneller Informationsaustausch zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkassen notwendig. In diesen Ausnahmefällen soll der Sozialhilfeträger der Krankenkasse die Anmeldung per Fax unmittelbar zusenden. Dem Hilfeempfänger ist eine Kopie der Anmeldung auszuhändigen, mit der er bei der Krankenkasse direkt einen vorläufigen Behandlungsausweis beantragen kann.

Bei evtl. Verlust der Krankenversichertenkarte ist dem Hilfeempfänger eine neue Krankenversichertenkarte auszustellen. Hierüber ist der Sozialhilfeträger zu informieren. Bei Missbrauchsverdacht, insbesondere wenn zum wiederholten Male wegen Kartenverlust eine neue Karte beantragt wird, kann die Krankenkasse eine Neuversorgung nur in Abstimmung mit dem Sozialhilfeträger vornehmen. Die Gebühr für die Neuausstellung in Höhe von 5 € (§ 15 Abs. 6 SGB V) ist vom Hilfeempfänger zu tragen.

Zahlt der Hilfeempfänger nicht, so hat der Sozialhilfeträger den Betrag zu erstatten.

8 Einzug der Krankenversichertenkarte

Zwischen den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestehen unterschiedliche Auffassungen über die im Zusammenhang mit der Einziehung der Krankenversichertenkarte nach § 264 Abs. 5 SGB V dem Sozialhilfeträger obliegenden Informations-, Übermittlungs- und Nachweispflichten sowie der Konsequenzen für die Erstattung der Aufwendungen. Hierzu sind derzeit keine gemeinsamen Empfehlungen möglich. Die beteiligten Spitzenorganisationen werden ggf. eigene Empfehlungen für ihre Mitglieder herausgeben.

Der Sozialhilfeträger hat nach § 264 Abs. 5 Satz 2 SGB V die Verpflichtung, bei Ende des Betreuungsauftrages die dem Hilfeempfänger von der Krankenkasse zur Verfügung gestellte Krankenversichertenkarte einzuziehen und diese an die Krankenkasse zu übermitteln. Solange die Krankenversichertenkarte nicht übermittelt wurde, hat der Sozialhilfeträger der Krankenkasse alle Leistungsaufwendungen, die ggf. über den Tag der Beendigung des Betreuungsauftrages hinaus entstanden sind, zu erstatten. Entsprechendes gilt für ärztlich veranlasste Leistungen, die auch nach der Übergabe der Krankenversichertenkarte im selben Quartal veranlasst werden. Allerdings gilt die Erstattungspflicht nicht für Leistungsaufwendungen, die für genehmigungspflichtige Leistungen entstanden sind, wenn die für die Genehmigung zuständige Organisationseinheit der Krankenkasse nach dem Eingang der Abmeldung bei ihr noch eine Kostenübernahmeerklärung ausgesprochen hat. Im Zweifelsfalle hat der Sozialhilfe-

träger der Krankenkasse nachzuweisen, dass die Krankenversichertenkarte eingezogen und der Krankenkasse wieder zur Verfügung gestellt wurde.

9 Leistungsansprüche nach § 264 Abs. 2 SGB V

Mit der gesetzlichen Neuregelung werden die Hilfeempfänger den gesetzlich Krankenversicherten leistungsrechtlich nach Art, Umfang, Inhalt und Höhe der Leistung (§§ 20 bis 60 SGB V) grundsätzlich gleichgestellt. Dies gilt auch für die in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse enthaltenen Leistungen, die ggf. über den gesetzlichen Leistungsumfang hinausgehen.

Hilfeempfänger erhalten auch die nach den §§ 196 bis 199 RVO (§§ 26 bis 28 KVLG) vorgesehenen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, Stationäre Entbindung, Häusliche Pflege, Haushaltshilfe).

Die Entgeltersatzleistungen Krankengeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§§ 24 b, 44 bis 51 SGB V) sowie Mutterschaftsgeld (§ 200 RVO, § 29 KVLG) stehen Hilfeempfängern jedoch im Rahmen der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 SGB V nicht zu.

Bei den Leistungsarten, die von der Krankenkasse im Rahmen der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 SGB V nur teilweise finanziert werden (u.a. Künstliche Befruchtung, Kieferorthopädische Behandlung), sollten die Hilfeempfänger darüber informiert werden, dass bereits im Vorfeld der Leistungserbringung die Klärung der weiteren Kostenübernahme mit dem Sozialhilfeträger erfolgen sollte.

Da es sich um Leistungen im Rahmen eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses im Sinne des § 93 SGB X handelt, ist es zwingend erforderlich, dass alle Leistungsausgaben in der Kontengruppe 82 (Betreuung der Sozialhilfeempfänger) gebucht werden.

Sofern in den nachfolgenden Ausführungen zu einzelnen Leistungsarten keine besonderen Hinweise erfolgen, bestehen für die betreuten Hilfeempfänger Ansprüche wie bei gesetzlich Krankenversicherten.

Zu den Leistungen im Einzelnen:

§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V (Kostenerstattung Ausland)

Zur Frage der Kostenerstattung bei im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen bestehen zwischen den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen unterschiedliche Auffassungen. Die beteiligten Spitzenorganisationen werden hierzu ggf. eigene Empfehlungen für ihre Mitglieder herausgeben.

Behandlung/Kostenerstattung für Behandlungen im Ausland

Nach Auffassung der Spitzenorganisationen der Sozialhilfeträger besteht bei einem Auslandsaufenthalt grundsätzlich kein Anspruch auf die BSHG-Leistungen. Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. eine Kostenerstattung für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen können daher derzeit rechtssicher nur nach vorheriger Abstimmung mit dem Sozialhilfeträger abgegeben bzw. erbracht werden.

Für einen Auslandsaufenthalt sind im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses die EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sowie die zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen nicht anwendbar. Daher kommt die Ausstellung eines Auslandskrankenscheins (z.B. E111) durch die Krankenkasse für betreute Hilfeempfänger nicht in Betracht. Diese Fälle sind ggf. an den Sozialhilfeträger zu verweisen.

§ 29 SGB V (Kieferorthopädische Behandlung)

Es bestehen die gleichen Ansprüche wie für gesetzlich Krankenversicherte. Bei dieser Leistung hat der Hilfeempfänger jedoch zunächst einen Eigenanteil zu tragen. Nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung kann ihm der geleistete Eigenanteil von der Krankenkasse auf Antrag erstattet werden.

Sofern der Sozialhilfeträger während der Kieferorthopädischen Behandlung die Eigenanteile des **Hilfeempfängers** übernommen hat, kann er gegenüber der Krankenkasse ein Verrechnungssuchen nach § 52 SGB I geltend machen.

§ 30 SGB V (Zahnersatz)

Für die Leistung Zahnersatz gelten im Jahre 2004 die bis 31.12.2003 maßgebenden Rechtsvorschriften zur Befreiung von Eigenanteilen beim Zahnersatz (§§ 61, 62 Abs. 2 a SGB V) unverändert weiter. Dies bedeutet, dass die Hilfeempfänger Anspruch auf 100 %ige Kostenübernahme haben.

§ 33 SGB V (Hilfsmittel)

Auch für die Hilfsmittelversorgung der Hilfeempfänger gilt die Regelung in § 33 Abs. 5 SGB V, dass Hilfsmittel auch leihweise zur Verfügung gestellt werden. Hilfeempfängern ist nach den gleichen Kriterien wie bei Versicherten in geeigneten Fällen ein Hilfsmittel aus dem Pool der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Die durch die leihweise Überlassung entstehenden Kosten sind vom Sozialhilfeträger zu erstatten.

§ 39 a SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen)

Bei der Ermittlung der Berechnungsgrundlagen für die Förderung der ambulanten Hospizarbeit nach § 39 a Abs. 2 SGB V sind die Hilfeempfänger nicht zu berücksichtigen.

§ 61 SGB V (Zuzahlungen)

Auch für Hilfeempfänger gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen. Für die Leistungserbringer (z.B. Apotheken, Ärzte, Krankenhaus) besteht eine Einzugspflicht der Zuzahlungen. Für die Leistungsarten Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Soziotherapie und Rettungsdiensttransporte ist die Krankenkasse zur Einziehung der Zuzahlung verpflichtet. Dies gilt entsprechend auch für den Einzug dieser Zuzahlungen von Hilfeempfängern. Die Krankenkasse hat die Einziehung dieser Zuzahlungen grundsätzlich nach den gleichen Kriterien wie bei ihren Versicherten zu betreiben.

Bei Zahlungsverzug hat die Krankenkasse eine Zahlungsaufforderung und bei weiterem Zahlungsverzug eine Erinnerung zu versenden. Geht daraufhin keine Zahlung ein, sollte von weiteren Erinnerungen oder Mahn- und Vollstreckungsmaßnahmen abgesehen werden. Dies bedeutet, dass die Krankenkasse in diesen Fällen gegenüber dem Sozialhilfeträger den Bruttobetrag der Leistung (Rechnungsbetrag ohne Abzug der Zuzahlung) abzurechnen hat.

§ 62 SGB V (Belastungsgrenze)

Für Hilfeempfänger gelten grundsätzlich die gleichen Regelungen zur Befreiung von Zuzahlungen wie für gesetzlich Krankenversicherte. Jedoch ist bei der Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft (Haushaltsvorstand und Angehörige) nur der Regelsatz als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen (derzeit monatlich zwischen 282 € und 297 € je nach Landesregelung). Wenn die geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht haben, sind die Hilfeempfänger auf Antrag für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen zu befreien; evtl. über die Belastungsgrenze hinaus bereits entrichtete Zuzahlungen sind zu erstatten.

10 Übergangsregelungen

Grundsätzlich erbringen die Träger der Sozialhilfe für Leistungszeiträume nach dem 31.12.2003 keine Leistungen der Krankenbehandlung mehr. Ab 01.01.2004 sind hierfür die Krankenkassen zuständig. Bei diesem grundsätzlichen Übergang sollen alle vor dem 01.01.2004 bereits begonnenen Leistungsfälle, in denen der Sozialhilfeträger basierend auf dem bis 31.12.2003 geltenden Recht Entscheidungen über Art und Umfang der Krankenbehandlung getroffen hat, von den Krankenkassen für Leistungszeiträume nach dem 31.12.2003 akzeptiert werden. Dies gilt auch für die Übergangsfälle, in denen vor dem 01.01.2004 von den Sozialhilfeträgern Entscheidungen für Leistungsfälle getroffen wurden, die weit in das Jahr 2004 hineinreichen (z.B. Bewilligung einer kieferorthopädischen Behandlung).

Sofern Leistungserbringer auf der Basis von Entscheidungen der Sozialhilfeträger aus dem Jahre 2003 die entstandenen Leistungsaufwendungen noch direkt mit diesen abrechnen, sollen diese Abrechnungen nicht an die Krankenkassen mit der Bitte um Bezahlung weitergegeben werden.

Die Sozialhilfeträger haben sicherzustellen, dass in den Übergangsfällen den Krankenkassen die erforderlichen Festlegungen bzw. Bewilligungen zur Verfügung gestellt werden, damit sie die Leistungserbringung ggf. kontinuierlich fortsetzen können.

Sofern Sozialhilfeträger vor dem 01.01.2004 auf der Grundlage des bis 31.12.2003 geltenden Rechts Entscheidungen über Leistungen der Krankenbehandlung getroffen bzw. Kostenzusagen an Leistungserbringer erteilt haben für Leistungen, die nach dem 31.12.2003 ganz oder teilweise nicht zum Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, können diese nicht auf die Krankenkasse zur weiteren Durchführung übertragen werden. Diese Leistungen sind vom Leistungserbringer – auch bei langdauernden Behandlungsfällen (z.B. Kfo, Psychotherapie) – weiterhin direkt mit dem Sozialhilfeträger abzurechnen.

11 Erstattung der Leistungsaufwendungen

Die den Krankenkassen entstehenden Leistungsaufwendungen sind nach § 264 Abs. 7 SGB V von den Sozialhilfeträgern umgehend nach Eingang der Abrechnung zu erstatten.

Die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Spitzenverbände der Krankenkassen beabsichtigen, zu den Einzelheiten des Erstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern zeitnah weitere gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten.

Die Krankenkasse, die die Leistungen auftragsweise für den Sozialhilfeträger erbringt, rechnet die ihr entstandenen Aufwendungen spätestens nach Abschluss eines Quartals mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger ab.

In der Abrechnung sind die folgenden Abrechnungsdaten je Abrechnungsfall zu übermitteln:

***Abrechnungszeitraum
Leistungsaufwand
Verwaltungskosten***

Die Spitzenverbände der Krankenkassen versuchen kurzfristig, mit den Spitzenorganisationen der Sozialhilfeträger weitere Details zu den Anforderungen an die Abrech-

nungen abzustimmen. Denn insbesondere zu den bisherigen Forderungen der Spitzenorganisationen der Sozialhilfeträger zur personenbezogenen Abrechnung bestehen datenschutzrechtliche Bedenken.

Die Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte etc.) rechnen auf Basis der §§ 294 ff. SGB V die von ihnen erbrachten Leistungen mit der Krankenkasse bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Aufgrund dieser gesetzlichen Regelungen führen die Leistungserbringer und die Krankenkassen ihren Abrechnungs- und Zahlungsverkehr auf maschinellem Wege durch. Originalrechnungen und -verordnungen sind nur noch zum geringen Teil Grundlage dieser Abrechnungen. Diese auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermittelten Abrechnungen stellen zahlungsbegründende Unterlagen dar. Sie sind bei den Krankenkassen vorhanden und können vom auftraggebenden Sozialhilfeträger im begründeten Zweifelsfall eingesehen werden. Bei den quartalsweise erfolgenden Abrechnungen werden keine zahlungsbegründenden Unterlagen versandt.

Aufwendungen, die durch eine medizinische Stellungnahme eines Gutachters, z.B. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, entstehen, sind Leistungsausgaben der Krankenkasse und in entstandener Höhe zu erstatten.

Der Sozialhilfeträger hat den sich aus der Abrechnung ergebenden Betrag innerhalb von sieben Tagen nach Eingang der Abrechnung zu erstatten.

Für die zur Ausführung des Auftrags erforderlichen Aufwendungen hat der Auftraggeber dem Beauftragten nach § 91 Abs. 3 SGB X auf Verlangen einen angemessenen Vorschuss zu zahlen. Diese Vorschüsse sind für die ersten beiden Monate im Quartal zum 15. des jeweiligen Monats vom Sozialhilfeträger an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die Abschlagszahlungen werden bei der Quartalsabrechnung verrechnet.

Die Höhe des Vorschusses ergibt sich grundsätzlich aus den durchschnittlichen Monatsausgaben des vorletzten Halbjahres der jeweiligen Krankenkasse pro Versicherten, multipliziert mit der Anzahl der am Monatsersten Betreuten zuzüglich 5 % Verwaltungskosten. Alternativ kann auf dieser Basis für die Zukunft auch die Zahlung eines Vorschusses in fester Höhe vereinbart werden, der nur dann geändert wird, wenn im Laufe der Zeit auffällige Differenzen zu den tatsächlich aufgewendeten Leistungen zu verzeichnen ist.

Nach § 264 Abs. 7 sind als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach § 264 Abs. 2 SGB V bis zu 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Dies stellt eine Obergrenze für die zu erstattenden Verwaltungskosten dar. Die den Krankenkassen entstehenden Verwaltungskosten werden grundsätzlich nicht unterhalb dieser Grenze liegen. Daher ist prinzipiell jede Krankenkasse verpflichtet einen Verwaltungskostenersatz in Höhe von 5 % zu fordern.

Der Sozialhilfeträger hat die bis zum Zeitpunkt der Abmeldung bzw. Rückgabe der eingezogenen Krankenversichertenkarte und ggf. darüber hinaus (vgl. Abschnitt 8) erbrachten Leistungen inkl. Verwaltungskosten bis zum Zeitpunkt der Abmeldung bzw. der Rückgabe der eingezogenen Krankenversichertenkarte der beauftragten Krankenkasse zu erstatten. Dies gilt auch dann, wenn für die Betreuungsperson ggf. rückwirkend eine Vorrangversicherung bei einer anderen Krankenkasse eingetreten ist. Erforderliche Schritte zur Durchsetzung etwaiger Erstattungsansprüche können die Krankenkassen wegen der fehlenden Aktivlegitimation nicht im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsauftrages nach § 264 Abs. 2 – 7 SGB V durchführen.

12 Widersprüche der Hilfeempfänger gegen Entscheidungen der Krankenkasse

Ist ein Hilfeempfänger mit Entscheidungen der Krankenkasse über Leistungsanträge nicht einverstanden und erhebt Widerspruch und kann die Krankenkasse dem Widerspruch des Hilfeempfängers im Verwaltungswege nicht abhelfen, so ist der Widerspruch dem Sozialhilfeträger zur abschließenden Entscheidung weiterzuleiten. Soweit dieser dem Widerspruch stattgibt und sich die daraus ergebende Leistung im gesetzlichen Leistungsrahmen nach den §§ 20 bis 60 SGB V bewegt, informiert er die betreuende Krankenkasse nach § 89 Abs. 5 SGB X über Art, Umfang und Höhe der zu erbringenden Leistung.

Der Sozialhilfeträger ist bei der Beurteilung des Widerspruchs an den gesetzlichen Leistungsrahmen der Krankenversicherung gebunden. Das schließt über diesen Rahmen hinausgehende Entscheidungen im Widerspruchsverfahren aus. Trägt der gesetzliche Rahmen das Begehren des Hilfebedürftigen nicht, dann hat der Sozialhilfeträger den Widerspruch zurückzuweisen und einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid zuzusenden. Ein sich ggf. anschließendes Klageverfahren richtet sich gegen den letztlich zuständigen Sozialhilfeträger, da für diesen und auf dessen Rechnung die Leistungen von der Krankenkasse im gesetzlichen Auftrag erbracht werden. Die Krankenkassen sind mangels Passivlegitimation nicht die richtigen Klagegegner.

Der Rechtsweg ist gleichwohl zu den Sozialgerichten gegeben, da es sich wegen des gesetzlichen Auftrages um Angelegenheiten der Krankenversicherung nach § 51 SGG handelt. Die Krankenkasse ist von Seiten des Gerichts zum Verfahren beizuladen, was der Sozialhilfeträger anregen sollte.

Mustervordruck Anmeldungen

Bitte folgende Eintragungen unbedingt leserlich und in Druckbuchstaben vornehmen:

Name, Vorname:	Geburtstag:	Geschlecht W/M:	Staatsan- gehörig- keit:	Haushaltsvorstand oder Stellung zum Haushaltsvorstand (Ehegatte/Partner/ Kind):	Rentenversicherungs- nummer:	Adresse (ggf. vom Haus- haltsvorstand abweichende)	Beginn der Leis- tungserbringung

Anschriften

Anschriften der gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-Spitzenverband

Mittelstraße 51
10117 Berlin
☎ 0 30/20 62 88-0
☎ 0 30/20 62 88-88
✉ info@gkv-spitzenverband.de
🌐 www.gkv-spitzenverband.de

AOK-Bundesverband

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
☎ 0 30/3 46 46-0
☎ 0 30/3 46 46-25 02
✉ AOK-Bundesverband@bv.aok.de
🌐 www.aok.de

BKK Bundesverband

Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
☎ 02 01/1 79-01
☎ 02 01/1 79-10 10
✉ info@bkk.de
🌐 www.bkk.de

IKK-Bundesverband, GbR

Friedrich-Ebert-Straße /
TechnologiePark
51429 Bergisch Gladbach
☎ 0 22 04/44-0
☎ 0 22 04/44-1 85
✉ ikk-bundesverband@bv.ikk.de
🌐 www.ikk.de

Knappschaft

Abt. Kranken- und Pflegeversicherung
Königsallee 175
44799 Bochum
☎ 02 34/3 04-0
☎ 02 34/3 04-5 30 50
✉ krankensicherung@kbs.de
🌐 www.knappschaft.de

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weissensteinstraße 70 - 72
34131 Kassel
☎ 05 61/93 59-0
☎ 05 61/93 59-2 17
✉ info@SpV.LSV.de
🌐 www.lsv.de

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
☎ 0 22 41/1 08-0
☎ 0 22 41/1 08-2 48
✉ kontakt@vdek.com
🌐 www.vdek.com

Anschriften der gesetzlichen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund

10704 Berlin
☎ 0 30/86 51
☎ 0 30/86 58 94 00
✉ drv@drv-bund.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Standort Karlsruhe
Gartenstraße 105
76135 Karlsruhe
☎ 07 21/8 25-0
☎ 07 21/8 25-35 03
✉ post@drv-bw.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bw.de

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Standort Stuttgart
Adalbert-Stifter-Straße 105
70437 Stuttgart
☎ 07 21/8 48-0
☎ 07 21/8 44-7 02
✉ post@drv-bw.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bw.de

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Standort Landshut
Am Alten Viehmarkt 2
84028 Landshut
☎ 08 71/81-0
☎ 03 71/81-21 40
✉ service@drv-bayernsued.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Standort München
Thomas-Dehler-Straße 3
81737 München
☎ 0 89/67 81-0
☎ 0 89/67 81-23 45
✉ service@drv-bayernsued.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Standort Berlin
Knobelsdorffstraße 92
14059 Berlin
☎ 0 30/30 02-0
☎ 0 30/30 02-10 09
✉ post@drv-berlin-brandenburg.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Standort Frankfurt (Oder)
Bertha-von-Suttner-Straße 1
15236 Frankfurt/Oder
☎ 03 35/5 51-0
☎ 03 35/5 51-12 95
✉ post@drv-berlin-brandenburg.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Standort Braunschweig
Kurt-Schumacher-Straße 20
38091 Braunschweig
☎ 05 31/70 06-0
☎ 05 31/70 06-4 25
✉ info@drv-bsh.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Standort Laatzen
Lange Weihe 2
30880 Laatzen
☎ 05 11/8 29-0
☎ 05 11/8 29-26 35
✉ info@drv-bsh.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de

<p>Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin ☎ 0 30/8 65-1 ☎ 0 30/8 65-2 72 40 ✉ drv@drv-bund.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bund.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Hessen Städelstraße 28 60596 Frankfurt/Main ☎ 0 69/60 52-0 ☎ 0 69/60 52-16 00 ✉ pressestelle@drv-hessen.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-hessen.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland Standort Erfurt Kranichfelderstraße 3 99097 Erfurt ☎ 03 61/4 82-0 ☎ 03 61/4 82-22 99 ✉ service@drv-md.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de</p>
<p>Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland Standort Halle Paracelsusstraße 21 06114 Halle/Saale ☎ 03 45/2 02-33 14 ☎ 03 45/2 13-10 39 ✉ service@drv-md.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland Standort Leipzig Georg-Schumann-Straße 146 04159 Leipzig ☎ 03 41/5 50-55 ☎ 03 41/5 50-59 00 ✉ service@drv-md.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Nord Standort Hamburg Friedrich-Ebert-Damm 245 22159 Hamburg ☎ 0 40/53 00-0 ☎ 0 40/43 00-29 99 ✉ info@drv-nord.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-nord.de</p>
<p>Deutsche Rentenversicherung Nord Standort Lübeck Ziegelstraße 150 23556 Lübeck ☎ 04 51/4 85-0 ☎ 04 51/4 85-17 77 ✉ info@drv-nord.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-nord.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Nord Standort Neubrandenburg Platanenstraße 43 17033 Neubrandenburg ☎ 03 95/3 70-0 ☎ 03 95/3 70-44 44 ✉ info@drv-nord.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-nord.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Nordbayern Standort Bayreuth Wittelsbacher Ring 11 95444 Bayreuth ☎ 09 21/6 07-0 ☎ 09 21/6 07-3 98 ✉ info@drv-nordbayern.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de</p>
<p>Deutsche Rentenversicherung Nordbayern Standort Würzburg Friedensstraße 12/14 97072 Würzburg ☎ 09 31/8 02-0 ☎ 09 31/8 02-2 43 ✉ info@drv-nordbayern.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen Huntestraße 11 26135 Oldenburg ☎ 04 41/9 27-0 ☎ 04 41/9 27-25 63 ✉ presse@drv-oldenburg-bremen.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Rheinland Königsallee 71 40194 Düsseldorf ☎ 02 11/9 37-0 ☎ 02 11/9 37-30 96 ✉ post@drv-rheinland.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de</p>
<p>Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz Eichendorffstraße 4 - 6 67346 Speyer ☎ 0 62 32/17-0 ☎ 0 62 32/17-25 89 ✉ service@drv-rlp.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Saarland Martin-Luther-Straße 2 - 4 66111 Saarbrücken ☎ 06 81/30 93-0 ☎ 06 81/30 93-1 99 ✉ presse@drv-saarland.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-saarland.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Schwaben Dieselstraße 9 86154 Augsburg ☎ 08 21/5 00-0 ☎ 08 21/5 00-10 00 ✉ info@drv-schwaben.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de</p>
<p>Deutsche Rentenversicherung Westfalen Gartenstraße 194 48125 Münster/Westfalen ☎ 02 51/2 38-0 ☎ 02 51/2 38-29 60 ✉ pressestelle@drv-westfalen.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Referat 0.2 Pieperstraße 14 - 28 44789 Bochum ☎ 02 34/3 04-0 ☎ 02 34/3 04-5 30 50 ✉ rentenversicherung@kbs.de 🌐 www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de</p>	<p>Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Weißensteinstraße 70 - 72 34131 Kassel ☎ 05 61/93 59-0 ☎ 05 61/93 59-2 17 ✉ info@SpV.LSV.de 🌐 www.LSV.de</p>
<p>Land- und forstwirtschaftliche Alterskasse Franken und Oberbayern Dammwäldchen 4 95444 Bayreuth ☎ 09 21/6 03-0 ☎ 09 21/6 03-3 86 ✉ kontakt@fob.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>	<p>Landwirtschaftliche Alterskasse Baden-Württemberg Vogelrainstraße 25 70199 Stuttgart ☎ 07 11/9 66-0 ☎ 07 11/9 66-21 40 ✉ post@bw.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>	<p>Landwirtschaftliche Alterskasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland Bartningstraße 57 64289 Darmstadt ☎ 0 61 51/7 02-0 ☎ 0 61 51/7 01-12 60 ✉ info.da@hrs.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Mittel- und Ostdeutschland**
Hoppegartener Straße 100
15366 Hoppegarten
☎ 0 33 42/36-0
☎ 0 33 42/36-12 30
✉ mail@mod.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Niederbayern/Oberpfalz und
Schwaben**
Dr.-Georg-Heim-Allee 1
84036 Landshut
☎ 08 71/6 96-0
☎ 08 71/6 96-4 88
✉ LSV@landshut.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Niedersachsen-Bremen**
Im Haspelfelde 24
30173 Hannover
☎ 05 11/80 73-0
☎ 05 11/80 73-4 98
✉ info@nb.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Nordrhein-Westfalen**
Hoher Heckenweg 76 - 80
48147 Münster/Westfalen
☎ 02 51/23 20-0
☎ 02 51/23 20-5 54
✉ mailbox@nrw.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Schleswig-Holstein und Hamburg**
Schulstraße 29
24143 Kiel
☎ 04 31/70 24-0
☎ 04 31/70 24-61 20
✉ post@kiel.lsv.de
🌐 www.LSV.de

Alterskasse für den Gartenbau
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel
☎ 05 61/9 28-0
☎ 05 61/9 28-24 86
✉ info@gartenbau.lsv.de
🌐 www.LSV.de

Anschriften der gesetzlichen Unfallversicherung

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung (DGUV)**
Mittelstraße 51
10117 Berlin-Mitte
☎ 0 30/28 87 63-8 00
☎ 0 30/28 87 63-8 08
✉ info@dguv.de
🌐 www.dguv.de

Gewerbliche Berufsgenossenschaften
Bergbau-Berufsgenossenschaft
Hunscheidtstraße 18
44789 Bochum
☎ 02 34/3 16-0
☎ 02 34/3 16-3 00
✉ bbg@bergbau-bg.de
🌐 www.bergbau-bg.de

**Berufsgenossenschaft
der Bauwirtschaft**
Hildegardstraße 28 - 30
10715 Berlin
☎ 0 30/8 57 81-0
☎ 0 30/8 57 81-5 00
✉ info@bgbau.de
🌐 www.bgbau.de

**Berufsgenossenschaft
der chemischen Industrie**
Kurfürsten-Anlage 62
69115 Heidelberg
☎ 0 62 21/5 23-0
☎ 0 62 21/5 23-3 23
✉ info@bgchemie.de
🌐 www.bgchemie.de

**Berufsgenossenschaft
der Straßen-, U-Bahnen
und Eisenbahnen**
Fontenay 1 a
20354 Hamburg
☎ 0 40/4 41 18-0
☎ 0 40/4 41 18-1 40
✉ info@bg-bahnen.de
🌐 www.bg-bahnen.de

**Berufsgenossenschaft
für Fahrzeughaltungen**
Ottenser Hauptstraße 54
22765 Hamburg
☎ 0 40/39 80-0
☎ 0 40/39 80-16 66
✉ info@bgf.de
🌐 www.bgf.de

**Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege**
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg
☎ 0 40/2 02 07-0
☎ 0 40/2 02 07-5 25
✉ info@bgw-online.de
🌐 www.bgw-online.de

**Berufsgenossenschaft
Druck- und Papierverarbeitung**
Rheinstraße 6 - 8
65185 Wiesbaden
☎ 06 11/1 31-0
☎ 06 11/1 31-1 00
✉ info@bgdp.de
🌐 www.bgdp.de

**Berufsgenossenschaft
Energie Textil Elektro**
Gustav-Heinemann-Ufer 130
50968 Köln
☎ 02 21/37 78-0
☎ 02 21/37 78-11 99
✉ info@bgetf.de
🌐 www.bgetf.de

**Berufsgenossenschaft
Handel und Warendistribution**
M 5, 7
68161 Mannheim
☎ 06 21/1 83-0
☎ 06 21/1 83-3 00
✉ direktion-mannheim@bghw.de
🌐 www.bghw.de

**Berufsgenossenschaft
Metall Nord Süd**
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 15
55130 Mainz
☎ 0 61 31/8 02-0
☎ 0 61 31/8 02-1 09 00
✉ service@bgmet.de
🌐 www.bg-metall.de

**Berufsgenossenschaft
Nahrungsmittel und Gaststätten**
Dynamostraße 7 - 11
68165 Mannheim
☎ 06 11/44 56-0
☎ 06 21/44 56-15 54
✉ info@bgn.de
🌐 www.bgn.de

Fleischerei-Berufsgenossenschaft
Lortzingstraße 2
55127 Mainz
☎ 0 61 31/7 85-1
☎ 0 61 31/7 85-3 40
✉ info@fleischerei-bg.de
🌐 www.fleischerei-bg.de

Holz-Berufsgenossenschaft
Am Knie 8
81241 München
☎ 0 89/8 20 03-0
☎ 0 89/8 20 03-1 99
✉ hbg@holz-bg.de
🌐 www.holz-bg.de

**Hütten- und Walzwerks
Berufsgenossenschaft**
Kreuzstraße 45
40210 Düsseldorf
☎ 02 11/82 24-0
☎ 02 11/82 24-4 44
✉ info@mmbg.de
🌐 www.hwbg.de

Lederindustrie-Berufsgenossenschaft

Lortzingstraße 2
55127 Mainz
☎ 0 61 31/7 85-1
☎ 0 61 31/7 85-2 71
✉ tadl@lpz-bg.de
🌐 www.libg.de

Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft

Kreuzstraße 45
40210 Düsseldorf
☎ 02 11/82 24-0
☎ 02 11/82 24-4 44
✉ info@mmbg.de
🌐 www.mmbg.de

Papiermacher-Berufsgenossenschaft

Lortzingstraße 2
55127 Mainz
☎ 0 61 31/7 85-1
☎ 0 61 31/7 85-2 71
✉ pm-bg.tad.mz@lpz-bg.de
🌐 www.pmbg.de

See-Berufsgenossenschaft

Reimerstwiete 2
20457 Hamburg
☎ 0 40/3 61 37-0
☎ 0 40/3 61-37-7 70
✉ support@see-bg.de
🌐 www.see-bg.de

Steinbruchs-Berufsgenossenschaft

Theodor-Heuss-Straße 160
30853 Langenhagen
☎ 05 11/72 57-0
☎ 05 11/72 57-1 00
✉ info@stgb.de
🌐 www.stgb.de

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Deelbögenkamp 4
22297 Hamburg
☎ 0 40/51 46-0
☎ 0 40/51 46-21 46
✉ hv.hamburg@vbg.de
🌐 www.vbg.de

Zucker-Berufsgenossenschaft

Lortzingstraße 2
55127 Mainz
☎ 0 61 31/7 85-1
☎ 0 61 31/7 85-2 71
✉ z-bg.tad.mz@lpz-bg.de
🌐 www.zuckerbg.de

**Unfallversicherungsträger
der öffentlichen Hand
BUNDESWEIT**

Eisenbahn-Unfallkasse
Rödelheimer Straße 49
60487 Frankfurt/Main
☎ 0 69/4 78 63-0
☎ 0 69/4 78 63-1 51
✉ service@euk-info.de
🌐 www.eisenbahn-unfallkasse.de

Unfallkasse des Bundes

Weserstraße 47
26382 Wilhelmshaven
☎ 0 44 21/4 07-4 07
☎ 0 44 21/4 07-4 00
✉ info@uk-bund.de
🌐 www.uk-bund.de

Unfallkasse Post und Telekom

Europaplatz 2
72072 Tübingen
☎ 0 70 71/9 33-0
☎ 0 70 71/9 33-43 98
✉ info@ukpt.de
🌐 www.ukpt.de

REGIONAL**Baden-Württemberg****Unfallkasse Baden-Württemberg**

Augsburger Straße 700
70329 Stuttgart
☎ 07 11/93 21-0
☎ 07 11/93 21-5 00
✉ info@uk-bw.de
🌐 www.uk-bw.de

Bayern**Bayerische Landesunfallkasse**

Ungererstraße 71
80805 München
☎ 0 89/3 60 93-0
☎ 0 89/3 60 93-1 35
✉ post@bayerluk.de
🌐 www.guvv-bayern.de

**Bayerischer Gemeindeunfall-
versicherungsverband**

Ungererstraße 71
80805 München
☎ 0 89/3 60 93-0
☎ 0 89/3 60 93-1 35
✉ post@bayerguvv.de
🌐 www.guvv-bayern.de

Unfallkasse München

Müllerstraße 3
80469 München
☎ 0 89/2 33-2 78 51
☎ 0 89/2 33-2 75 78
✉ info@unfallkasse-muenchen.de
🌐 www.unfallkasse-muenchen.de

Berlin**Unfallkasse Berlin**

Culemeyerstraße 2
12277 Berlin
☎ 0 30/76 24-0
☎ 0 30/76 24-11 09
✉ unfallkasse@unfallkasse-berlin.de
🌐 www.unfallkasse-berlin.de

Brandenburg**Unfallkasse Brandenburg und
Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg**

Müllroser Chaussee 75
15236 Frankfurt/Oder
☎ 03 35/52 16-0
☎ 03 35/54 73 39
✉ info@ukbb.de
🌐 www.ukbb.de

Bremen**Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen**

Walsroder Straße 12 - 14
28215 Bremen
☎ 04 21/3 50 12-0
☎ 04 21/3 50 12-14
✉ office@unfallkasse.bremen.de
🌐 www.unfallkasse.bremen.de

Hamburg**Hanseatische
Feuerwehr-Unfallkasse Nord**

Hopfenstraße 2 d
24114 Kiel
☎ 04 31/6 03-21 12
☎ 04 31/6 03-13 95
✉ info@hfuk-nord.de
🌐 www.hfuknord.de

Unfallkasse Nord

Standort Hamburg
Spohrstraße 2
22083 Hamburg
☎ 0 40/2 71 53-0
☎ 0 40/2 71 53-10 00
✉ ukn@uk-nord.de
🌐 www.uk-nord.de

Hessen**Unfallkasse Hessen**

Leonardo-da-Vinci-Allee 20
60486 Frankfurt/Main
☎ 0 69/2 99 72-0
☎ 0 69/2 99 72-9 04
✉ ukh@ukh.de
🌐 www.unfallkasse-hessen.de

Mecklenburg-Vorpommern**Hanseatische
Feuerwehr-Unfallkasse Nord**

Hopfenstraße 2 d
24114 Kiel
☎ 04 31/6 03-21 12
☎ 04 31/6 03-13 95
✉ info@hfuk-nord.de
🌐 www.hfuknord.de

<p>Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern Wismarsche Straße 199 19053 Schwerin ☎ 03 85/51 81-0 ☎ 03 85/51 81-1 11 ✉ postfach@uk-mv.de 🌐 www.uk-mv.de</p>	<p>Niedersachsen Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband Berliner Platz 1 c (Ring-Center) 38102 Braunschweig ☎ 05 31/2 73 74-0 ☎ 05 31/2 73 74-30 ✉ info@guv-braunschweig.de 🌐 www.guv-braunschweig.de</p>	<p>Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen Aegidientorplatz 2 A 30159 Hannover ☎ 05 11/98 95-4 31 ☎ 05 11/98 95-4 33 ✉ info@fuk.de 🌐 www.fuk.de</p>
<p>Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover Am Mittelfelde 169 30519 Hannover ☎ 05 11/87 07-0 ☎ 05 11/87 07-1 88 ✉ info@guvh.de und info@lukn.de 🌐 www.guvh.de</p>	<p>Gemeindeunfallversicherungsverband Oldenburg Gartenstraße 9 26122 Oldenburg ☎ 04 41/7 79 09-0 ☎ 04 41/7 79 09-50 ✉ info@guv-oldenburg.de 🌐 www.guv-oldenburg.de</p>	<p>Landesunfallkasse Niedersachsen Am Mittelfelde 169 30519 Hannover ☎ 05 11/87 07-0 ☎ 05 11/87 07-1 88 ✉ info@lukn.de 🌐 www.guvh.de</p>
<p>Nordrhein-Westfalen Unfallkasse Nordrhein-Westfalen Sankt Franziskusstraße 146 40470 Düsseldorf ☎ 02 11/90 24-0 ☎ 02 11/90 24-1 80 ✉ info@unfallkasse-nrw.de 🌐 www.unfallkasse-nrw.de</p>	<p>Rheinland-Pfalz Unfallkasse Rheinland-Pfalz Orensteinstraße 10 56626 Andernach ☎ 0 26 32/9 60-0 ☎ 0 26 32/9 60-1 00 ✉ info@ukrlp.de 🌐 www.ukrlp.de</p>	<p>Saarland Unfallkasse Saarland Beethovenstraße 41 66125 Saarbrücken ☎ 0 68 97/97 33-0 ☎ 0 68 97/97 33-37 ✉ poststelle@uks.de 🌐 www.uks.de</p>
<p>Sachsen Unfallkasse Sachsen Rosa-Luxemburg-Straße 17 a 01662 Meißen ☎ 0 35 21/7 24-0 ☎ 0 35 21/7 24-2 22 ✉ sekretariat@unfallkassesachsen.com 🌐 www.unfallkassesachsen.de</p>	<p>Sachsen-Anhalt Feuerwehr-Unfallkasse Mitte Geschäftsstelle Magdeburg Carl-Miller-Straße 7 39112 Magdeburg ☎ 03 91/6 22 48-73 und 03 81/5 44 59-0 ☎ 03 91/5 44 59-22 ✉ Sachsen-Anhalt@fuk-mitte.de 🌐 www.fuk-mitte.de</p>	<p>Unfallkasse Sachsen-Anhalt Käspersstraße 31 39261 Zerbst ☎ 0 39 23/7 51-0 ☎ 0 39 23/7 51-3 33 ✉ mitteilungen@uksa.de 🌐 www.uksa.de</p>
<p>Schleswig-Holstein Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord Hopfenstraße 2 d 24114 Kiel ☎ 04 31/6 03-21 12 ☎ 04 31/6 03-13 95 ✉ info@hfuk-nord.de 🌐 www.hfuknord.de</p>	<p>Unfallkasse Nord Schleswig-Holstein Seekoppelweg 5 a 24113 Kiel ☎ 04 31/64 07-0 ☎ 04 31/64 07-2 50 ✉ ukn@uk-nord.de 🌐 www.uk-nord.de</p>	<p>Thüringen Feuerwehr-Unfallkasse Mitte Geschäftsstelle Thüringen Magdeburger Allee 4 99086 Erfurt ☎ 03 61/55 18-201 ☎ 03 61/55 18-2 21 ✉ thueringen@fuk-mitte.de 🌐 www.fuk-mitte.de</p>
<p>Unfallkasse Thüringen Humboldtstraße 111 99867 Gotha ☎ 0 36 21/7 77-0 ☎ 0 36 21/7 77-1 11 ✉ info@ukt.de 🌐 www.ukt.de</p>	<p>Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Weißensteinstraße 70 - 72 34131 Kassel ☎ 05 61/93 59-0 ☎ 05 61/93 59-2 17 ✉ info@SpV.LSV.de 🌐 www.LSV.de</p>	<p>Land- und forstwirtschaftliche BG Franken und Oberbayern Dammwäldchen 4 95444 Bayreuth ☎ 09 21/6 03-0 ☎ 09 21/6 03-3 86 ✉ kontakt@fob.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>
<p>Land- und forstwirtschaftliche BG Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland Bartningstraße 57 64289 Darmstadt ☎ 0 61 51/7 02-0 ☎ 0 61 51/7 02-12 60 ✉ info.da@hrs.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>	<p>Land- und forstwirtschaftliche BG Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben Dr.-Georg-Heim-Allee 1 84036 Landshut ☎ 08 71/6 96-0 ☎ 08 71/6 96-4 88 ✉ LSV@landshut.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>	<p>Landwirtschaftliche BG Baden-Württemberg Vogelrainstraße 25 70199 Stuttgart ☎ 07 11/9 66-0 ☎ 07 11/9 66-21 40 ✉ post@bw.lsv.de 🌐 www.LSV.de</p>

**Landwirtschaftliche BG
Mittel- und Ostdeutschland**
Hoppegartener Straße 100
15366 Hoppegarten
☎ 0 33 42/36-0
☎ 0 33 42/36-12 30
✉ mail@mod.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche BG
Niedersachsen-Bremen**
Im Haspelfelde 24
30173 Hannover
☎ 05 11/80 73-0
☎ 05 11/80 73-4 98
✉ info@nb.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche BG
Nordrhein-Westfalen**
Hoher Heckenweg 76 - 80
48147 Münster/Westfalen
☎ 02 51/23 20-0
☎ 02 51/23 20-5 54
✉ mailbox@nrw.lsv.de
🌐 www.LSV.de

**Landwirtschaftliche BG
Schleswig-Holstein und Hamburg**
Schulstraße 29
24143 Kiel
☎ 04 31/70 24-0
☎ 04 31/70 24-61 20
✉ Post@Kiel.lsv.de
🌐 www.LSV.de

Gartenbau Berufsgenossenschaft
Frankfurter Straße 126
34121 Kassel
☎ 05 61/9 28-0
☎ 05 61/9 28-24 86
✉ info@gartenbau.lsv.de
🌐 www.LSV.de

Anschriften der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden

Baden-Württemberg
Regierungspräsidium Stuttgart
Landesversorgungsamt
Ruppmanstraße 21
70565 Stuttgart
☎ 07 11/9 04-0
☎ 07 11/9 04-24 08
✉ poststelle@rps.bwl.de
🌐 www.rp.baden-wuerttemberg.de

Bayern
**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Mittelfranken**
Bärenschanzstraße 8 a
90429 Nürnberg
☎ 09 11/9 28-0
☎ 09 11/9 28-24 00
✉ poststelle.mfr@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Niederbayern**
Friedhofstraße 7 a
84028 Landshut
☎ 08 71/8 29-0
☎ 08 71/8 29-1 88
✉ poststelle.ndb@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Oberbayern I**
Richelstraße 17
80634 München
☎ 0 89/1 89 66-0
☎ 0 89/1 89 66-24 89
✉ poststelle.obb1@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Oberbayern II**
Bayerstraße 32
80335 München
☎ 0 89/1 89 66-0
☎ 0 89/1 89 66-14 99
✉ poststelle.obb2@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Oberfranken**
Hegelstraße 2
95447 Bayreuth
☎ 09 21/6 05-1
☎ 09 21/6 05 29 00
✉ poststelle.obf@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Oberpfalz**
Landshuter Straße 55
93053 Regensburg
☎ 09 41/78 09-00
☎ 09 41/78 09-13 04
✉ poststelle.opf@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Schwaben**
Morellstraße 30
86159 Augsburg
☎ 08 21/57 09-01
☎ 08 21/57 09-50 00
✉ poststelle.schw@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

**Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Unterfranken**
Georg-Eydel-Straße 13
97082 Würzburg
☎ 09 31/41 07-01
☎ 09 31/41 07-2 22
✉ poststelle.ufr@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

Berlin
**Landesamt für Gesundheit und
Soziales Berlin**
Versorgungsamt
Albrecht-Achilles-Straße 62 - 65
10709 Berlin
☎ 0 30/90 12-0
☎ 0 30/90 12-32 35
✉ versorgungsamt@lageso.berlin.de
🌐 www.lageso.berlin.de

Brandenburg
**Landesamt für Soziales und
Versorgung**
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus
☎ 03 55/28 93-0
☎ 03 55/28 93-2 11
✉ versorgungsamt@lasv.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

**Landesamt für Soziales und
Versorgung**
Außenstelle Cottbus
Versorgungsamt
Weinbergstraße 10
03050 Cottbus
☎ 03 55/28 93-0
☎ 03 55/28 93-3 99
✉ epost@lasv-c.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

**Landesamt für Soziales und
Versorgung**
Außenstelle Frankfurt/Oder
Robert-Havemann-Straße 4
15236 Frankfurt/Oder
☎ 03 35/55 82-0
☎ 03 35/55 82-2 84
✉ poststelle@lasv-f.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

**Landesamt für Soziales und
Versorgung**
Außenstelle Potsdam
Zeppelinstraße 48
14471 Potsdam
☎ 03 31/27 61-0
☎ 03 31/27 61-4 99
✉ poststelle@lasv-p.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

Bremen
Versorgungsamt Bremen
Friedrich-Rauers-Straße 26
28195 Bremen
☎ 04 21/3 61-55 41
☎ 04 21/3 61-53 26
✉ office@versorgungsamt.bremen.de
🌐 www.bremen.de

Hamburg

**Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz
der Freien und Hansestadt Hamburg
Abteilung Soziale Entschädigung**
Adolph-Schönfelder-Straße 5
22083 Hamburg
☎ 0 40/4 28 63-0
☎ 0 40/4 27 96-10 00
✉ versorgungsamt@bsg.hamburg.de
🌐 www.hamburg.de/versorgungsamt

Hessen

**Hessisches Landesamt für
Versorgung und Soziales
Regierungspräsidium Gießen**
Landgraf-Philipp-Platz 1 - 7
35390 Gießen
☎ 06 41/3 03-0
☎ 06 41/3 03-21 97
✉ rp-giessen@rpgi.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

**Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales Darmstadt**

Schottener Weg 3
64289 Darmstadt
☎ 0 61 51/7 38-0
☎ 0 61 51/7 38-1 33
✉ havs-dar@havs-dar.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

**Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales Frankfurt/Main**

Walter-Möller-Platz 1
60439 Frankfurt/Main
☎ 0 69/15 67-1
☎ 0 69/15 67-2 34
✉ havs-fra@havs-fra.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

**Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales Fulda**

Washingtonallee 2
36041 Fulda
☎ 06 61/62 07-0
☎ 06 61/62 07-2 42
✉ postmaster@havs-ful.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

**Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales Gießen**

Südanlage 14 a
35390 Gießen
☎ 06 41/79 36-0
☎ 06 41/79 36-1 17
✉ postmaster@havs-gie.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

**Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales Kassel**

Frankfurter Straße 84 a
34121 Kassel
☎ 05 61/20 99-0
☎ 05 61/20 99-2 40
✉ info@havs-kas.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

**Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales Wiesbaden**

John-F.-Kennedy-Straße 4
65189 Wiesbaden
☎ 06 11/71 57-0
☎ 06 11/71 57-1 77
✉ postmaster@havs-wie.hessen.de
🌐 www.rp-giessen.de

Mecklenburg-Vorpommern**Landesamt für Gesundheit und
Soziales**

**Mecklenburg-Vorpommern
Landesversorgungsamt**
Erich-Schlesinger-Straße 35
18059 Rostock
☎ 03 81/1 22-2 89
☎ 03 81/1 22-29 10
✉ poststelle.zentral@lagus.mv-
regierung.de
🌐 www.lagus.mv-regierung.de

**Landesamt für Gesundheit und
Soziales**

Versorgungsamt Neubrandenburg
Neustrelitzer Straße 120
12033 Neubrandenburg
☎ 03 95/3 80-0
☎ 03 95/3 80-20 01
✉ poststelle.va.nb@lagus.mv-
regierung.de
🌐 www.lagus.mv-regierung.de

**Landesamt für Gesundheit und
Soziales**

Versorgungsamt Rostock
Erich-Schlesinger-Straße 35
18059 Rostock
☎ 03 81/1 22-15 00
☎ 03 81/1 22-19 95
✉ poststelle.va.hro@lagus.mv-
regierung.de
🌐 www.lagus-mv-regierung.de

**Landesamt für Gesundheit und
Soziales**

Versorgungsamt Schwerin
Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin
☎ 03 85/39 91-0
☎ 03 85/39 91-1 05
✉ poststelle.va.sn@lagus.mv-regierung
🌐 www.lagus-mv-regierung.de

**Landesamt für Gesundheit und
Soziales**

Versorgungsamt Stralsund
Frankendamm 17
18439 Stralsund
☎ 0 38 31/26 97-0
☎ 0 38 31/26 97-2 22
✉ poststelle.va.hst@lagus.mv-
regierung.de
🌐 www.lagus-mv-regierung.de

Niedersachsen**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie**

Domhof 1
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/3 04-0
☎ 0 51 21/3 04-6 11
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie**

Außenstelle Braunschweig
Schillerstraße 1
38102 Braunschweig
☎ 0531/7019-0
☎ 0531/7019-1 99
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie**

Außenstelle Hannover
Am Waterlooplatz 11
30169 Hannover
☎ 05 11/1 06-0
☎ 05 11/1 06-2670
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie**

Außenstelle Lüneburg
Auf der Hude 2
21339 Lüneburg
☎ 04131/15 0
☎ 04131/15-32 95
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie**

Außenstelle Oldenburg
Moselstraße 1
26122 Oldenburg
☎ 04 41/22 29-0
☎ 04 41/22 29-32 70
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie
Außenstelle Osnabrück**

Iburger Straße 30
49082 Osnabrück
☎ 05 41/58 45-0
☎ 05 41/58 45-2 97
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie
Außenstelle Verden**

Marienstraße 8
27283 Verden/Aller
☎ 0 42 31/14-0
☎ 0 42 31/14-1 53
✉
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

Nordrhein-Westfalen

**Landschaftsverband Rheinland (LVR)
Fachbereich Soziales
Entschädigungsrecht**
Boltensternstraße 10
50735 Köln
☎ 02 21/8 09-0
☎ 02 21/8 09-22 00
✉ soziale-entschaedigung@lvr.de
🌐 www.lvr.de

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL - Versorgungsamt Westfalen**

Von-Vincke-Straße 23 - 25
48143 Münster/Westfalen
☎ 02 51/5 91-01
☎ 02 51/5 91-81 97
✉ versorgungsamt@lwl.org
🌐 www.lwl.org

Rheinland-Pfalz

**Landesamt für Soziales, Jugend und
Versorgung Rheinland-Pfalz
Landesversorgungsamt**
Baedekerstraße 2 - 10
56073 Koblenz
☎ 02 61/40 41-1
☎ 02 61/40 41-4 07
✉ poststelle-ko@lsjv.rlp.de
🌐 www.lsjv.de

**Amt für soziale Angelegenheiten
Koblenz**

Baedekerstraße 12 - 20
56073 Koblenz
☎ 02 61/40 41-1
☎ 02 61/40 41-4 07
✉ poststelle-asako@lsjv.rlp.de
🌐 www.lsjv.de

**Amt für soziale Angelegenheiten
Landau**

Reiterstraße 16
76829 Landau i.d.Pf.
☎ 0 63 41/26-0
☎ 0 63 41/26-2 87
✉ poststelle@AsA-Landau.lsjv.rlp.de
🌐 www.lsjv.de

**Amt für soziale Angelegenheiten
Mainz**

Schießgartenstraße 6
55116 Mainz
☎ 0 61 31/2 64-0
☎ 0 61 31/2 64-6 67
✉ poststelle@AsA-Mainz.lsjv.rlp.de
🌐 www.lsjv.de

**Amt für soziale Angelegenheiten
Trier**

Moltkestraße 19
54292 Trier
☎ 06 51/14 47-0
☎ 06 51/2 75 44
✉ poststelle@AsA-Trier.lsjv.rlp.de
🌐 www.lsjv.de

Saarland
**Landesamt für Soziales, Gesundheit
und Verbraucherschutz**

Hochstraße 67
66115 Saarbrücken
☎ 06 81/99 78-0
☎ 06 81/99 78-22 99
✉ poststelle@lsgv.saarland.de
🌐 www.lsgv.saarland.de

Sachsen
**Kommunaler Sozialverband
Sachsen**

Außenstelle Chemnitz
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz
☎ 03 71/5 77-0
☎ 03 71/5 77-2 82
✉ landesversorgungsamt@ksv-
sachsen.de
🌐 www.ksv-sachsen.de

Sachsen-Anhalt

**Landesverwaltungsamt
Referat Versorgungsamt,
Schwerbehindertenrecht**
Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle/Saale
☎ 03 45/5 14-0
☎ 03 45/5 14-31 20
✉ post.gs@lvwa.sachsen.anhalt.de
🌐 www.landverwaltungsamt.sachsen-
anhalt.de

**Landesverwaltungsamt
Referat Versorgungsamt,
Schwerbehindertenrecht**
Halberstädter Straße 39 a
39112 Magdeburg
☎ 03 91/6 27-30 00
☎ 03 91/6 27-32 13
✉ post.hs@lvwa.sachsen-anhalt.de
🌐 www.landverwaltungsamt.sachsen-
anhalt.de

Schleswig-Holstein

**Landesamt für Soziale Dienste
Schleswig-Holstein**
Steinmetzstraße 1 - 11
24534 Neumünster
☎ 0 43 21/9 13-5
☎ 0 43 21/1 33 38
✉ post.nms@lasd-sh.de
🌐 www.lasd-sh.de

**Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein**

Außenstelle Heide
Neue Anlage 9
25746 Heide
☎ 04 81/6 96-0
☎ 04 81/6 96-1 97
✉ post.hei@lasd-sh.de
🌐 www.lasd-sh.de

**Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein**

Außenstelle Kiel
Gartenstraße 7
24103 Kiel
☎ 04 31/98 27-0
☎ 04 31/98 27-25 15
✉ post.ki@lasd-sh.de
🌐 www.lasd-sh.de

**Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein**

Außenstelle Lübeck
Große Burgstraße 4
23552 Lübeck
☎ 04 51/14 06-0
☎ 04 51/14 06-4 99
✉ post.hl@lasd-sh.de
🌐 www.lasd-sh.de

**Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein**

Außenstelle Schleswig
Seminarweg 6
24837 Schleswig
☎ 0 46 21/8 06-0
☎ 0 46 21/2 95 83
✉ post.sl@lasd-sh.de
🌐 www.lasd-sh.de

Thüringen

**Thüringer Landesverwaltungsamt
Abt. VI Versorgung und Integration**
Karl-Liebknecht-Straße 4
98527 Suhl
☎ 0 36 81/73 32 22
☎ 0 36 81/73 32 27
✉ LVAPoststelle@lasf.thueringen.de
🌐 www.thueringen.de/tmsfg

Anschriften von Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit

Bundesagentur für Arbeit

Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
☎ 09 11/1 79-0
☎ 09 11/1 79-21 23
✉ zentrale@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Regionaldirektion Baden-Württemberg

Hölderlinstraße 36
70174 Stuttgart
☎ 07 11/9 41-0
☎ 07 11/9 41-16 40
✉ Baden-
Wuerttemberg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Aalen

Julius-Bausch-Straße 12
73430 Aalen
☎ 0 73 61/5 75-0
☎ 0 73 61/5 75-5 45
✉ Aalen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/aalen

Agentur für Arbeit Balingen

Stingstraße 17
72336 Balingen
☎ 0 74 33/9 51-0
☎ 0 74 33/9 51-91 02 52
✉ Balingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/balingen

Agentur für Arbeit Freiburg i. Br.

Lehener Straße 77
79106 Freiburg i. Br.
☎ 07 61/27 10-0
☎ 07 61/27 10-4 99
✉ Freiburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/freiburg

Agentur für Arbeit Göppingen

Mörikestraße 15
73033 Göppingen
☎ 0 71 61/97 70-0
☎ 0 71 61/97 70-6 06
✉ Goepingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/goepingen

Agentur für Arbeit Heidelberg

Kaiserstraße 69 - 71
69115 Heidelberg
☎ 0 62 21/5 24-0
☎ 0 62 21/5 24-7 39
✉ Heidelberg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/heidelberg

Agentur für Arbeit Heilbronn

Rosenbergstraße 50
74074 Heilbronn
☎ 0 71 31/9 69-0
☎ 0 71 31/9 69-90 04 48
✉ Heilbronn@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/heilbronn

Agentur für Arbeit Karlsruhe

Brauerstraße 10
76135 Karlsruhe
☎ 07 21/8 23-0
☎ 07 21/8 23-20 00
✉ Karlsruhe@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/karlsruhe

Agentur für Arbeit Konstanz

Stromeyersdorfstraße 1
78467 Konstanz
☎ 0 75 31/5 85-0
☎ 0 75 31/5 85-91 05 29
✉ Konstanz@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/konstanz

Agentur für Arbeit Lörrach

Brombacher Straße 2
79539 Lörrach
☎ 0 76 21/1 78-0
☎ 0 76 21/1 78-26 03 24
✉ Loerrach@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/loerrach

Agentur für Arbeit Ludwigsburg

Stuttgarter Straße 53
71638 Ludwigsburg
☎ 0 71 41/1 37-0
☎ 0 71 41/1 37-5 50
✉ Ludwigsburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ludwigsburg

Agentur für Arbeit Mannheim

M 3 A
68161 Mannheim
☎ 06 21/1 65-0
☎ 06 21/1 65-5 30
✉ Mannheim@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/mannheim

Agentur für Arbeit Nagold

Bahnhofstraße 37
72202 Nagold
☎ 0 74 52/8 29-0
☎ 0 74 52/8 29-6 99
✉ Nagold@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/nagold

Agentur für Arbeit Offenburg

Weingartenstraße 3
77654 Offenburg
☎ 07 81/93 93-0
☎ 07 81/93 93-2 23
✉ Offenburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/offenburg

Agentur für Arbeit Pforzheim

Luisenstraße 32
75172 Pforzheim
☎ 0 72 31/3 04-0
☎ 0 72 31/3 04-91 03 39
✉ Pforzheim@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/pforzheim

Agentur für Arbeit Rastatt

Karlstraße 18
76437 Rastatt
☎ 0 72 22/9 30-0
☎ 0 72 22/9 30-2 95
✉ Rastatt@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/rastatt

Agentur für Arbeit Ravensburg

Schützenstraße 69
88212 Ravensburg
☎ 07 51/8 05-0
☎ 07 51/8 05-91 03 70
✉ Ravensburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ravensburg

Agentur für Arbeit Reutlingen

Albstraße 83
72764 Reutlingen
☎ 0 71 21/3 09-0
☎ 0 71 21/3 09-3 06
✉ Reutlingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/reutlingen

Agentur für Arbeit Rottweil

Neckarstraße 100
78628 Rottweil
☎ 07 41/4 92-0
☎ 07 41/4 92-91 01 79
✉ Rottweil@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/rottweil

Agentur für Arbeit Schwäbisch Hall

Bahnhofstraße 18
74523 Schwäbisch Hall
☎ 07 91/97 58-0
☎ 07 91/97 58-2 09
✉ SchwaebischHall@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/schwaebisch-
hall

Agentur für Arbeit Stuttgart

Nordbahnhofstraße 30 - 34
70191 Stuttgart
☎ 07 11/9 20-0
☎ 07 11/9 20-38 83
✉ Stuttgart@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/stuttgart

Agentur für Arbeit Tauberbischofsheim

Pestalozziallee 17
97941 Tauberbischofsheim
☎ 0 93 41/87-0
☎ 0 93 41/87-3 30
✉ Tauberbischofsheim@
arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/tauber-
bischofsheim

Agentur für Arbeit Ulm

Wichernstraße 5
89073 Ulm
☎ 07 31/1 60-0
☎ 07 31/1 60-4 99
✉ Ulm@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ulm

Agentur für Arbeit Villingen-Schwenningen

Lantwattenstraße 2
78050 Villingen
☎ 0 77 21/2 09-0
☎ 0 77 21/2 09-2 00
✉ VillingenSchwenningen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/villingen-schwenningen

Agentur für Arbeit Waiblingen

Mayenner Straße 60
71332 Waiblingen
☎ 0 71 51/95 19-0
☎ 0 71 51/95 19-91 02 66
✉ Waiblingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/waiblingen

Regionaldirektion Bayern

Regensburger Straße 100
90478 Nürnberg
☎ 09 11/1 79-0
☎ 09 11/1 79-42 02
✉ Bayern@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Ansbach

Schalkhäuser Straße 40
91522 Ansbach
☎ 09 81/1 82-0
☎ 09 81/1 82-91 04 56
✉ Ansbach@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ansbach

Agentur für Arbeit Aschaffenburg

Memeler Straße 15
63739 Aschaffenburg
☎ 0 60 21/3 90-0
☎ 0 60 21/3 90-91 02 63
✉ Aschaffenburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/aschaffenburg

Agentur für Arbeit Augsburg

Wertachstraße 28
86153 Augsburg
☎ 08 21/31 51-0
☎ 08 21/31 51-91 04 99
✉ Augsburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/augsburg

Agentur für Arbeit Bamberg

Mannlehenweg 27
96050 Bamberg
☎ 09 51/91 28-0
☎ 09 51/91 28-2 61
✉ Bamberg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bamberg

Agentur für Arbeit Bayreuth

Casselmanstraße 6
95444 Bayreuth
☎ 09 21/8 87-0
☎ 09 21/8 87-91 04 14
✉ Bayreuth@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bayreuth

Agentur für Arbeit Coburg

Kanonenweg 25
96450 Coburg
☎ 0 95 61/93-0
☎ 0 95 61/93-2 83
✉ Coburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/coburg

Agentur für Arbeit Deggendorf

Hindenburgstraße 32/34
94469 Deggendorf
☎ 09 91/31 01-0
☎ 09 91/31 01-2 06
✉ Deggendorf@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/deggendorf

Agentur für Arbeit Donauwörth

Zirgesheimer Straße 9
86609 Donauwörth
☎ 09 06/7 88-0
☎ 09 06/7 88-2 30
✉ Donauwoerth@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/donauwoerth

Agentur für Arbeit Freising

Parkstraße 11
85356 Freising
☎ 0 81 61/1 71-0
☎ 0 81 61/1 71-2 08
✉ Freising@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/freising

Agentur für Arbeit Hof

Äußere Bayreuther Straße 2
95032 Hof
☎ 0 92 81/7 85-0
☎ 0 92 81/7 85-91 03 80
✉ Hof@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hof

Agentur für Arbeit Ingolstadt

Heydeckplatz 1
85049 Ingolstadt
☎ 08 41/93 38-0
☎ 08 41/93 38-9 99
✉ Ingolstadt@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ingolstadt

Agentur für Arbeit Kempten

Rottachstraße 26
87439 Kempten
☎ 08 31/20 56-0
☎ 08 31/20 56-3 56
✉ Kempten@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/kempten

Agentur für Arbeit Landshut

Leinfelder Straße 6
84034 Landshut
☎ 08 71/6 97-0
☎ 08 71/6 97-3 60
✉ Landshut@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/landshut

Agentur für Arbeit Memmingen

Wielandstraße 1
87700 Memmingen
☎ 0 83 31/9 71-0
☎ 0 83 31/9 71-4 95
✉ Memmingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/memmingen

Agentur für Arbeit München

Kapuzinerstraße 26
80337 München
☎ 0 89/51 54-0
☎ 0 89/51 54-66 69
✉ Muenchen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/muenchen

Agentur für Arbeit Nürnberg

Richard-Wagner-Platz 5
90443 Nürnberg
☎ 09 11/2 42-0
☎ 09 11/5 29-29 99
✉ Nuernberg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/nuernberg

Agentur für Arbeit Passau

Innstraße 30
94032 Passau
☎ 08 51/5 08-0
☎ 08 51/5 08-4 40
✉ Passau@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/passau

Agentur für Arbeit Pfarrkirchen

Max-Breiherr-Straße 3
84347 Pfarrkirchen
☎ 0 85 61/9 82-0
☎ 0 85 61/9 82-4 83
✉ Pfarrkirchen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/pfarrkirchen

Agentur für Arbeit Regensburg

Galgenbergstraße 24
93053 Regensburg
☎ 09 41/78 08-0
☎ 09 41/78 08-91 02 22
✉ Regensburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/regensburg

Agentur für Arbeit Rosenheim

Wittelsbacher Straße 57
83022 Rosenheim
☎ 0 80 31/2 02-0
☎ 0 80 31/2 02-4 00
✉ Rosenheim@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/rosenheim

Agentur für Arbeit Schwandorf

Wackersdorfer Straße 4
92421 Schwandorf
☎ 0 94 31/2 00-0
☎ 0 94 31/2 00-91 02 99
✉ Schwandorf@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/schwandorf

Agentur für Arbeit Schweinfurt

Kornacherstraße 6
97421 Schweinfurt
☎ 0 97 21/5 47-0
☎ 0 97 21/5 47-91 06 99
✉ Schweinfurt@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/schweinfurt

Agentur für Arbeit Traunstein

Chiemseestraße 35
83278 Traunstein
☎ 08 61/7 03-0
☎ 08 61/7 03-5 50
✉ Traunstein@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/traunstein

Agentur für Arbeit Weiden

Weigelstraße 24
92637 Weiden
☎ 09 61/4 09-0
☎ 09 61/4 09-55 78
✉ Weiden@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/weiden

Agentur für Arbeit Weilheim
 Karwendelstraße 1
 82362 Weilheim
 ☎ 08 81/9 91-0
 ☎ 08 81/9 91-1 46
 ✉ Weilheim@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/weilheim

Agentur für Arbeit Weissenburg i. Bay.
 Schwaerzgasse 1
 91781 Weissenburg
 ☎ 0 91 41/8 71-0
 ☎ 0 91 41/8 71-4 44
 ✉ Weissenburg@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/weissenburg

Agentur für Arbeit Würzburg
 Schießhausstraße 9
 97072 Würzburg
 ☎ 09 31/79 49-0
 ☎ 09 31/79 49-7 00
 ✉ Wuerzburg@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/wuerzburg

Regionaldirektion Berlin-Brandenburg

Friedrichstraße 34
 10969 Berlin
 ☎ 0 30/5 55 99-0
 ☎ 0 30/55 55 99-49 99
 ✉ Berlin-Brandenburg@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Berlin Mitte
 Charlottenstraße 87 - 90
 10969 Berlin
 ☎ 0 30/5 55 55
 ☎ 0 30/55 55 99-40 60
 ✉ Berlin-Mitte@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/berlin-mitte

Agentur für Arbeit Berlin Nord
 Königin-Elisabeth-Straße 49
 14059 Berlin
 ☎ 0 30/5 55 55
 ☎ 0 30/55 55 70-44 44
 ✉ Berlin-Nord@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/berlin-nord

Agentur für Arbeit Berlin Süd
 Sonnenallee 282
 12057 Berlin
 ☎ 0 30/5 55 55
 ☎ 0 30/55 55 77-44 44
 ✉ Berlin-Sued@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/berlin-sued

Agentur für Arbeit Cottbus
 Bahnhofstraße 10
 03046 Cottbus
 ☎ 03 55/6 19-0
 ☎ 03 55/6 19-19 99
 ✉ Cottbus@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/cottbus

Agentur für Arbeit Eberswalde
 Bergerstraße 30
 16225 Eberswalde
 ☎ 0 33 34/37-0
 ☎ 0 33 34/37-47 01
 ✉ Eberswalde@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/eberswalde

Agentur für Arbeit Frankfurt/Oder
 Heilbronner Straße 24
 15230 Frankfurt/Oder
 ☎ 03 35/5 70-0
 ☎ 03 35/5 70-49 99
 ✉ Frankfurt-Oder@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/frankfurt-oder

Agentur für Arbeit Neuruppin
 Trenckmannstraße 15
 16816 Neuruppin
 ☎ 0 33 91/69-0
 ☎ 0 33 91/69-2 80 42 55
 ✉ Neuruppin@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/neuruppin

Agentur für Arbeit Potsdam
 Horstweg 102 - 108
 14478 Potsdam
 ☎ 03 31/8 80-0
 ☎ 03 31/8 80-44 44
 ✉ Potsdam@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/potsdam

Regionaldirektion Hessen

Saonestraße 2 - 4
 60528 Frankfurt/Main
 ☎ 0 69/66 70-0
 ☎ 0 69/66 70-4 59
 ✉ Hessen@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Bad Hersfeld
 Vitalisstraße 1
 36251 Bad Hersfeld
 ☎ 0 66 21/2 09-0
 ☎ 0 66 21/2 09-2 73
 ✉ BadHersfeld@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/bad-hersfeld

Agentur für Arbeit Darmstadt
 Groß Gerauer Weg 7
 64295 Darmstadt
 ☎ 0 61 51/3 04-0
 ☎ 0 61 51/3 04-6 66
 ✉ Darmstadt@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/darmstadt

Agentur für Arbeit Frankfurt/Main
 Fischerfeldstraße 10 - 12
 60311 Frankfurt/Main
 ☎ 0 69/21 71-0
 ☎ 0 69/21 71-24 30
 ✉ Frankfurt-Main@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/frankfurt

Agentur für Arbeit Fulda
 Rangstraße 4
 36037 Fulda
 ☎ 06 61/17-0
 ☎ 06 61/17-91 03 03
 ✉ Fulda@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/fulda

Agentur für Arbeit Gießen
 Nordanlage 60
 35390 Gießen
 ☎ 06 41/93 93-0
 ☎ 06 41/93 93-4 48
 ✉ Giessen@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/giessen

Agentur für Arbeit Hanau
 Am Hauptbahnhof 1
 63450 Hanau
 ☎ 0 61 81/6 72-0
 ☎ 0 61 81/6 72-6 53
 ✉ Hanau@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/hanau

Agentur für Arbeit Kassel
 Grüner Weg 46
 34117 Kassel
 ☎ 05 61/7 01-0
 ☎ 05 61/7 01-29 10
 ✉ Kassel@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/kassel

Agentur für Arbeit Korbach
 Louis-Peter-Straße 49 - 51
 34497 Korbach
 ☎ 0 56 31/9 57-0
 ☎ 0 56 31/9 57-5 00
 ✉ Korbach@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/korbach

Agentur für Arbeit Limburg
 Ste-Foy-Straße 23
 65547 Limburg/Lahn
 ☎ 0 64 31/2 09-0
 ☎ 0 64 31/2 09-4 44
 ✉ Limburg@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/limburg

Agentur für Arbeit Marburg
 Afföllerstraße 25
 35039 Marburg/Lahn
 ☎ 0 64 21/6 05-0
 ☎ 0 64 21/6 05-3 99
 ✉ Marburg@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/marburg

Agentur für Arbeit Offenbach
 Domstraße 68
 63067 Offenbach/Main
 ☎ 0 69/8 29 97-0
 ☎ 0 69/8 29 97-6 00
 ✉ Offenbach@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/offenbach

Agentur für Arbeit Wetzlar
 Sophienstraße 19
 35576 Wetzlar
 ☎ 0 64 41/9 09-0
 ☎ 0 64 41/9 09-1 06
 ✉ Wetzlar@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/wetzlar

Agentur für Arbeit Wiesbaden
 Klarenthaler Straße 34
 65197 Wiesbaden
 ☎ 06 11/94 94-0
 ☎ 06 11/94 94-4 81
 ✉ Wiesbaden@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de/wiesbaden

Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen

Altenbekener Damm 82
 30173 Hannover
 ☎ 05 11/98 85-0
 ☎ 05 11/98 85-77 77
 ✉ Niedersachsen-Bremen@arbeitsagentur.de
 🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Braunschweig
Cyriaksring 10
38118 Braunschweig
☎ 05 31/2 07-0
☎ 05 31/2 07-18 50
✉ Braunschweig@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/braunschweig

Agentur für Arbeit Bremen
Doventorsteinweg 48 - 52
28195 Bremen
☎ 04 21/1 78-0
☎ 04 21/1 78-24 50
✉ Bremen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bremen

Agentur für Arbeit Bremerhaven
Grimsbystraße 1
27570 Bremerhaven
☎ 04 71/94 49-0
☎ 04 71/94 49-4 49
✉ Bremerhaven@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bremerhaven

Agentur für Arbeit Celle
Georg-Wilhelm-Straße 14
29223 Celle
☎ 0 51 41/9 61-0
☎ 0 51 41/9 61-7 13
✉ Celle@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/celle

Agentur für Arbeit Emden
Schlesierstraße 10/12
26723 Emden
☎ 0 49 21/8 08-0
☎ 0 49 21/8 08-2 00
✉ Emden@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/emden

Agentur für Arbeit Goslar
Robert-Koch-Straße 11
38642 Goslar
☎ 0 53 21/5 57-0
☎ 0 53 21/5 57-4 50
✉ Goslar@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/goslar

Agentur für Arbeit Göttingen
Bahnhofsallee 5
37081 Göttingen
☎ 05 51/5 20-0
☎ 05 51/5 20-5 50
✉ Goettingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/goettingen

Agentur für Arbeit Hameln
Süntelstraße 6
31785 Hameln
☎ 0 51 51/9 09-0
☎ 0 51 51/9 09-2 54
✉ Hameln@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hameln

Agentur für Arbeit Hannover
Brühlstraße 4
30169 Hannover
☎ 05 11/9 19-0
☎ 05 11/9 19-17 02
✉ Hannover@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hannover

Agentur für Arbeit Helmstedt
Magdeburger Tor 18
38350 Helmstedt
☎ 0 53 51/5 22-0
☎ 0 53 51/5 22-1 76
✉ Helmstedt@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/helmstedt

Agentur für Arbeit Hildesheim
Am Marienfriedhof 3
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/9 69-0
☎ 0 51 21/9 69-3 60
✉ Hildesheim@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hildesheim

Agentur für Arbeit Leer
Jahnstraße 6
26789 Leer
☎ 04 91/92 70-0
☎ 04 91/92 70-91 08 00
✉ Leer@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/leer

Agentur für Arbeit Lüneburg
An den Reeperbahnen 2
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/7 49-0
☎ 0 41 31/7 45-3 42
✉ Lueneburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/lueneburg

Agentur für Arbeit Nienburg
Verdener Straße 21
31582 Nienburg/Weser
☎ 0 50 21/9 07-0
☎ 0 50 21/9 07-5 09
✉ Nienburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/nienburg

Agentur für Arbeit Nordhorn
Stadtring 9 - 15
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/8 70-0
☎ 0 59 21/8 70-3 50
✉ Nordhorn@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/nordhorn

Agentur für Arbeit Oldenburg
Stau 70
26122 Oldenburg
☎ 04 41/2 28-0
☎ 04 41/2 28-11 09
✉ Oldenburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/oldenburg

Agentur für Arbeit Osnabrück
Johannistorwall 56
49080 Osnabrück
☎ 05 41/9 80-0
☎ 05 41/9 80-91 07 65
✉ Osnabrueck@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/osnabrueck

Agentur für Arbeit Stade
Am Schwingedeich 2
21680 Stade
☎ 0 41 41/9 26-0
☎ 0 41 41/9 26-3 91
✉ Stade@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/stade

Agentur für Arbeit Uelzen
Lüneburger Straße 72
29525 Uelzen
☎ 05 81/9 39-0
☎ 05 81/9 39-7 21
✉ Uelzen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/uelzen

Agentur für Arbeit Vechta
Rombergstraße 51
49377 Vechta
☎ 0 44 41/9 46-0
☎ 0 44 41/9 46-9 10 13 29
✉ Vechta@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/vechta

Agentur für Arbeit Verden
Lindhoooper Straße 9
27283 Verden/Aller
☎ 0 42 31/8 09-0
☎ 0 42 31/8 09-2 32
✉ Verden@arbeitsamt.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/verden

Agentur für Arbeit Wilhelmshaven
Herderstraße 10
26382 Wilhelmshaven
☎ 0 44 21/2 98-0
☎ 0 44 21/2 98-38 99
✉ Wilhelmshaven@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/wilhelmshaven

Regionaldirektion Nord
Projensdorfer Straße 82
24106 Kiel
☎ 04 31/33 95-0
☎ 04 31/33 95-99 99
✉ Nord@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Bad Oldesloe
Berliner Ring 8 - 10
23843 Bad Oldesloe
☎ 0 45 31/1 67-0
☎ 0 45 31/1 67-4 99
✉ BadOldesloe@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/badoldesloe

Agentur für Arbeit Elmshorn
Bauerweg 23
25335 Elmshorn
☎ 0 41 21/4 80-0
☎ 0 41 21/4 80-5 00
✉ Elmshorn@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/elmshorn

Agentur für Arbeit Flensburg
Waldstraße 2
24939 Flensburg
☎ 04 61/8 19-0
☎ 04 61/8 19-3 45
✉ Flensburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/flensburg

Agentur für Arbeit Hamburg
Kurt-Schumacher-Allee 16
20097 Hamburg
☎ 0 40/24 85-0
☎ 0 40/24 85-25 03
✉ Hamburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hamburg

Agentur für Arbeit Heide

Rungholtstraße 1
25746 Heide
☎ 04 81/98-0
☎ 04 81/98-91 03 24
✉ Heide@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/heide

Agentur für Arbeit Kiel

Adolf-Westphal-Straße 2
24143 Kiel
☎ 04 31/7 09-0
☎ 04 31/7 09-15 61
✉ Kiel@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/kiel

Agentur für Arbeit Lübeck

Hans-Böckler-Straße 1
23560 Lübeck
☎ 04 51/5 88-0
☎ 04 51/5 88-5 00
✉ Luebeck@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/luebeck

Agentur für Arbeit Neubrandenburg

Ponyweg 37 - 43
17034 Neubrandenburg
☎ 03 95/7 66-0
☎ 03 95/7 66-4 90 29 50
✉ Neubrandenburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/neubrandenburg

Agentur für Arbeit Neumünster

Wittorfer Straße 22 - 26
24534 Neumünster
☎ 0 43 21/9 43-0
☎ 0 43 21/9 43-4 76
✉ Neumuenster@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/neumuenster

Agentur für Arbeit Rostock

Kopernikusstraße 1 a
18057 Rostock
☎ 03 81/8 04-0
☎ 03 81/8 04-2 60 40 09
✉ Rostock@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/rostock

Agentur für Arbeit Schwerin

Am Margaretenhof 14 - 16
19057 Schwerin
☎ 03 85/4 50-0
☎ 03 85/4 50-60 00
✉ Schwerin@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/schwerin

Agentur für Arbeit Stralsund

Carl-Heydemann-Ring 98
18437 Stralsund
☎ 0 38 31/2 59-0
☎ 0 38 31/2 59-27 02 03
✉ Stralsund@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/stralsund

Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen

Josef-Gockeln-Straße 7
40474 Düsseldorf
☎ 02 11/43 06-0
☎ 02 11/43 06-3 77
✉ Nordrhein-Westfalen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Aachen

Roermonder Straße 51
52072 Aachen
☎ 02 41/8 97-0
☎ 02 41/8 97-4 10 95 00
✉ Aachen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/aachen

Agentur für Arbeit Ahlen

Bismarckstraße 10
59229 Ahlen
☎ 0 23 82/9 59-0
☎ 0 23 82/9 59-4 70
✉ Ahlen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ahlen

Agentur für Arbeit Bergisch Gladbach

Bensberger Straße 85
51465 Bergisch Gladbach
☎ 0 22 02/93 33-0
☎ 0 22 02/93 33-6 35
✉ BergischGladbach@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bergisch-gladbach

Agentur für Arbeit Bielefeld

Werner-Bock-Straße 8
33602 Bielefeld
☎ 05 21/5 87-0
☎ 05 21/5 87-19 99
✉ Bielefeld@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bielefeld

Agentur für Arbeit Bochum

Universitätsstraße 66
44789 Bochum
☎ 02 34/3 05-0
☎ 02 34/3 05-13 49
✉ Bochum@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bochum

Agentur für Arbeit Bonn

Villemombler Straße 101
53123 Bonn
☎ 02 28/9 24-0
☎ 02 28/9 24-14 37
✉ Bonn@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bonn

Agentur für Arbeit Brühl

Wilhelm-Kamm-Straße 1
50321 Brühl
☎ 0 22 32/94 61-0
☎ 0 22 32/94 61-2 40
✉ Bruehl@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bruehl

Agentur für Arbeit Coesfeld

Holtwicker Straße 1
48653 Coesfeld
☎ 0 25 41/9 19-0
☎ 0 25 41/9 19-2 54
✉ Coesfeld@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/coesfeld

Agentur für Arbeit Detmold

Wittekindstraße 2
32758 Detmold
☎ 0 52 31/6 10-0
☎ 0 52 31/6 10-9 99
✉ Detmold@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/detmold

Agentur für Arbeit Dortmund

Steinstraße 39
44147 Dortmund
☎ 02 31/8 42-0
☎ 02 31/8 42-16 20
✉ Dortmund@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/dortmund

Agentur für Arbeit Duisburg

Wintgensstraße 29 - 33
47058 Duisburg
☎ 02 03/3 02-0
☎ 02 03/3 02-41 03 51
✉ Duisburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/duisburg

Agentur für Arbeit Düren

Moltkestraße 49
52351 Düren
☎ 0 24 21/1 24-0
☎ 0 24 21/1 24-2 88
✉ Dueren@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/dueren

Agentur für Arbeit Düsseldorf

Grafenberger Allee 300
40237 Düsseldorf
☎ 02 11/6 92-0
☎ 02 11/6 92-4 10 16 10
✉ Duesseldorf@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/duesseldorf

Agentur für Arbeit Essen

Berliner Platz 10
45127 Essen
☎ 02 01/1 81-0
☎ 02 01/1 81-44 44
✉ Essen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/essen

Agentur für Arbeit Gelsenkirchen

Vatmannstraße 12
45879 Gelsenkirchen
☎ 02 09/1 64-0
☎ 02 09/1 64-4 63
✉ Gelsenkirchen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/gelsenkirchen

Agentur für Arbeit Hagen

Körnerstraße 98 - 100
58095 Hagen
☎ 0 23 31/2 02-0
☎ 0 23 31/2 02-5 45
✉ Hagen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hagen

Agentur für Arbeit Hamm

Bismarckstraße 2
59065 Hamm
☎ 0 23 81/9 10-0
☎ 0 23 81/9 10-26 26
✉ Hamm@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/hamm

Agentur für Arbeit Herford

Hansastraße 33
32049 Herford
☎ 0 52 21/9 85-0
☎ 0 52 21/9 85-91 05 91
✉ Herford@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/herford

Agentur für Arbeit Iserlohn

Friedrichstraße 59/61
58636 Iserlohn
☎ 0 23 71/9 05-0
☎ 0 23 71/9 05-3 97
✉ Iserlohn@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/iserlohn

Agentur für Arbeit Köln

Luxemburger Straße 121
50939 Köln
☎ 02 21/94 29-0
☎ 02 21/94 29-41 23
✉ Koeln@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/koeln

Agentur für Arbeit Krefeld

Philadelphiastraße 2
47799 Krefeld
☎ 0 21 51/92-0
☎ 0 21 51/92-24 00
✉ Krefeld@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/krefeld

Agentur für Arbeit Meschede

Brückenstraße 10
59872 Meschede
☎ 02 91/2 04-0
☎ 02 91/2 04-6 69
✉ Meschede@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/meschede

Agentur für Arbeit Mönchengladbach

Lürriper Straße 78 - 80
41065 Mönchengladbach
☎ 0 21 61/4 04-0
☎ 0 21 61/4 04-10 15
✉ Moenchengladbach@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/
moenchengladbach

Agentur für Arbeit Münster

Martin-Luther-King-Weg 22
48155 Münster/Westfalen
☎ 02 51/6 98-0
☎ 02 51/6 98-3 00
✉ Muenster@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/muenster

Agentur für Arbeit Oberhausen

Mülheimer Straße 36
46045 Oberhausen
☎ 02 08/85 06-0
☎ 02 08/85 06-8 70
✉ Oberhausen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/oberhausen

Agentur für Arbeit Paderborn

Bahnhofstraße 26
33102 Paderborn
☎ 0 52 51/1 20-0
☎ 0 52 51/1 20-91 06 66
✉ Paderborn@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/paderborn

Agentur für Arbeit Recklinghausen

Görresstraße 15
45657 Recklinghausen
☎ 0 23 61/40-0
☎ 0 23 61/40-29 00
✉ Recklinghausen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/
recklinghausen

Agentur für Arbeit Rheine

Dutumer Straße 5
48431 Rheine
☎ 0 59 71/9 30-0
☎ 0 59 71/9 30-9 00
✉ Rheine@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/rheine

Agentur für Arbeit Siegen

Emilienstraße 45
57072 Siegen
☎ 02 71/23 01-0
☎ 02 71/23 01-4 48
✉ Siegen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/siegen

Agentur für Arbeit Soest

Heinsbergplatz 6
59494 Soest
☎ 0 23 81/9 10-0
☎ 0 29 21/9 10-66 66
✉ Soest@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/soest

Agentur für Arbeit Solingen

Kamper Straße 35
42699 Solingen
☎ 02 12/23 55-0
☎ 02 12/23 55-4 81
✉ Solingen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/solingen

Agentur für Arbeit Wesel

Reeser Landstraße 61
46483 Wesel
☎ 02 81/96 20-0
☎ 02 81/96 20-4 44
✉ Wesel@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/wesel

Agentur für Arbeit Wuppertal

Hünefeldstraße 3 - 17
42285 Wuppertal
☎ 02 02/28 28-0
☎ 02 02/28 28-4 46
✉ Wuppertal@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/wuppertal

Regionaldirektion Rheinland-Pfalz / Saarland

Eschberger Weg 68
66121 Saarbrücken
☎ 06 81/8 49-0
☎ 06 81/8 49-1 80
✉ Rheinland-Pfalz-
Saarland@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Bad Kreuznach

Bosenheimer Straße 16/26
55543 Bad Kreuznach
☎ 06 71/8 50-0
☎ 06 71/8 50-4 85
✉ BadKreuznach@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bad-kreuznach

Agentur für Arbeit Kaiserslautern

AugustasträÙe 6
67655 Kaiserslautern
☎ 06 31/36 41-0
☎ 06 31/36 41-5 35
✉ Kaiserslautern@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/kaiserslautern

Agentur für Arbeit Koblenz

Rudolf-Virchow-StraÙe 3 - 5
56073 Koblenz
☎ 02 61/4 05-0
☎ 02 61/4 05-8 73
✉ Koblenz@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/koblenz

Agentur für Arbeit Landau

Johannes-Kopp-StraÙe 2
76829 Landau i.d.Pf.
☎ 0 63 41/9 58-0
☎ 0 63 41/9 58-4 66
✉ Landau@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/landau

Agentur für Arbeit Ludwigshafen

Berliner Straße 23 a
67059 Ludwigshafen/Rhein
☎ 06 21/59 93-0
☎ 06 21/59 93-4 44
✉ Ludwigshafen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/ludwigshafen

Agentur für Arbeit Mainz

Untere Zahlbacher Straße 27
55131 Mainz
☎ 0 61 31/2 48-0
☎ 0 61 31/2 48-91 02 48
✉ Mainz@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/mainz

Agentur für Arbeit Mayen

Katzenberger Weg 31 - 33
56727 Mayen
☎ 0 26 51/9 50-0
☎ 0 26 51/9 50-5 97
✉ Mayen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/mayen

Agentur für Arbeit Montabaur

Tonnerrestraße 1
56410 Montabaur
☎ 0 26 02/1 23-0
☎ 0 26 02/1 23-2 01
✉ Montabaur@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/montabaur

Agentur für Arbeit Neunkirchen

Ringstraße 1
66538 Neunkirchen/Saar
☎ 0 68 21/2 04-0
☎ 0 68 21/2 04-3 43
✉ Neunkirchen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/neunkirchen

Agentur für Arbeit Neuwied

Julius-Remy-StraÙe 4
56564 Neuwied
☎ 0 26 31/8 91-0
☎ 0 26 31/8 91-91 09 50
✉ Neuwied@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/neuwied

Agentur für Arbeit Pirmasens

Schachenstraße 70
66954 Pirmasens
☎ 0 63 31/1 47-0
☎ 0 63 31/1 47-1 00
✉ Pirmasens@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/pirmasens

Agentur für Arbeit Saarbrücken

Hafenstraße 18
66111 Saarbrücken
☎ 06 81/9 44-0
☎ 06 81/9 44-9 10 50 00
✉ Saarbruecken@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/saarbruecken

Agentur für Arbeit Saarlouis

Ludwigstraße 10
66740 Saarlouis
☎ 0 68 31/4 48-0
☎ 0 68 31/4 48-3 99
✉ Saarlouis@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/saarlouis

Agentur für Arbeit Trier

Dasbachstraße 9
54292 Trier
☎ 06 51/2 05-0
☎ 06 51/2 05-9 10 30 40
✉ Trier@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/trier

Regionaldirektion Sachsen

Paracelsusstraße 12
09114 Chemnitz
☎ 03 71/91 18-6 20
☎ 03 71/91 18-6 29
✉ Sachsen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Annaberg-Buchholz

Paulus-Jenisius-Straße 43
09456 Annaberg-Buchholz
☎ 0 37 33/1 33-0
☎ 0 37 33/1 33-61 33
✉ Annaberg-Buchholz@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/annaberg-buchholz

Agentur für Arbeit Bautzen

Neusalzaer Straße 2
02625 Bautzen
☎ 0 35 91/66-0
☎ 0 35 91/66-24 90
✉ Bautzen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/bautzen

Agentur für Arbeit Chemnitz

Heinrich-Lorenz-Straße 20
09120 Chemnitz
☎ 03 71/5 67-0
☎ 03 71/5 67-21 11
✉ Chemnitz@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/chemnitz

Agentur für Arbeit Dresden

Budapester Straße 30
01069 Dresden
☎ 03 51/4 75-0
☎ 03 51/4 75-14 04
✉ Dresden@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/dresden

Agentur für Arbeit Leipzig

Georg-Schumann-Straße 150
04159 Leipzig
☎ 03 41/9 13-0
☎ 03 41/9 13-44 44
✉ Leipzig@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/leipzig

Agentur für Arbeit Oschatz

Oststraße 3
04758 Oschatz
☎ 0 34 35/9 80-0
☎ 0 34 35/9 80-1 93
✉ Oschatz@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/oschatz

Agentur für Arbeit Pirna

Seminarstraße 9
01796 Pirna
☎ 0 35 01/7 91-0
☎ 0 3501/7 91-3 33
✉ Pirna@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/pirna

Agentur für Arbeit Plauen

Engelstraße 8
08523 Plauen
☎ 0 37 41/23-0
☎ 0 37 41/23-9 11 15 01
✉ Plauen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/plauen

Agentur für Arbeit Riesa

Rudolf-Breitscheid-Straße 35
01587 Riesa
☎ 0 35 25/7 11-0
☎ 0 35 25/7 11-6 32
✉ Riesa@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/riesa

Agentur für Arbeit Zwickau

Pölbitzer Straße 9 a
08058 Zwickau
☎ 03 75/3 14-0
☎ 03 75/3 14-14 44
✉ Zwickau@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/zwickau

**Regionaldirektion
Sachsen-Anhalt / Thüringen**

Frau-von-Selmitz-Straße 6
06110 Halle/Saale
☎ 03 45/13 32-0
☎ 03 45/13 32-5 55
✉ Sachsen-Anhalt-Thüringen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Agentur für Arbeit Altenburg

Fabrikstraße 30
04600 Altenburg
☎ 0 34 47/5 80-0
☎ 0 34 47/5 80-6 55
✉ Altenburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/altenburg

Agentur für Arbeit Dessau

Seminarplatz 1
06846 Dessau-Roßlau
☎ 03 40/5 02-0
☎ 03 40/5 02-29 99
✉ Dessau@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/dessau

Agentur für Arbeit Erfurt

Max-Reger-Straße 1
99096 Erfurt
☎ 03 61/3 02-0
☎ 03 61/3 02-27 00
✉ Erfurt@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/erfurt

Agentur für Arbeit Gera

Reichsstraße 15
07545 Gera
☎ 03 65/8 57-0
☎ 03 65/8 57-21 04 44
✉ Gera@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/gera

Agentur für Arbeit Gotha

Schöne Aussicht 5
99867 Gotha
☎ 0 36 21/42-0
☎ 0 36 21/42-22 55
✉ Gotha@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/gotha

Agentur für Arbeit Halberstadt

Schwanebecker Straße 14
38820 Halberstadt
☎ 0 39 41/40-0
☎ 0 39 41/40-2 22
✉ Halberstadt@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/halberstadt

Agentur für Arbeit Halle/Saale

Schopenhauer Straße 2
06114 Halle/Saale
☎ 03 45/52 49-0
☎ 03 45/52 49-71 00
✉ Halle@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/halle

Agentur für Arbeit Jena

Stadtrodaer Straße 1
07749 Jena
☎ 0 36 41/3 79-0
☎ 0 36 41/3 79-8 88
✉ Jena@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/jena

Agentur für Arbeit Magdeburg

Hohefortestraße 37
39104 Magdeburg
☎ 03 91/2 57-0
☎ 03 91/2 57-14 32
✉ Magdeburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/magdeburg

Agentur für Arbeit Merseburg
Geusaer Straße 81 e
06217 Merseburg
☎ 0 34 61/5 79-0
☎ 0 34 61/5 79-21 05 65
✉ Merseburg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/merseburg

Agentur für Arbeit Nordhausen
Uferstraße 02
99734 Nordhausen
☎ 0 36 31/6 50-0
☎ 0 36 31/6 50-3 88
✉ Nordhausen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/nordhausen

Agentur für Arbeit Sangerhausen
Baumschulenweg 1
06526 Sangerhausen
☎ 0 34 64/5 54-0
☎ 0 34 64/5 54-4 90
✉ Sangerhausen@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/sangerhausen

Agentur für Arbeit Stendal
Stadtseeallee 71
39576 Stendal
☎ 0 39 31/6 40-0
☎ 0 39 31/6 40-6 66
✉ Stendal@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/stendal

Agentur für Arbeit Suhl
Werner-Seelenbinder-Straße 8
98529 Suhl
☎ 0 36 81/82-00
☎ 0 36 81/82-25 96
✉ Suhl@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/suhl

Agentur für Arbeit Wittenberg
Melanchthonstraße 3 a
06886 Wittenberg
☎ 0 34 91/4 38-0
☎ 0 34 91/4 38-91 05 67
✉ Wittenberg@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de/wittenberg

Anschriften der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
Erzbergerstraße 119
76133 Karlsruhe
☎ 07 21/81 07-9 01 und 9 02
☎ 07 21/81 07-9 03
✉ bih@integrationsaemter.de
🌐 www.integrationsaemter.de

Baden-Württemberg
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
Integrationsamt
Erzbergerstraße 119
76133 Karlsruhe
☎ 07 21/81 07-0
☎ 07 21/81 07-9 03
✉ info@kvjs.de
🌐 www.kvjs.de

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart
☎ 07 11/63 75-0
☎ 07 11/63 75-1 08
✉ info@kvjs.de
🌐 www.kvjs.de

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg Regionalbüro Freiburg
Integrationsamt
Kaiser-Joseph-Straße 170
79098 Freiburg i. Br.
☎ 07 61/27 19-0
☎ 07 61/27 19-60
✉ info@kvjs.de
🌐 www.kvjs.de

Bayern
Zentrum Bayern Familie und Soziales
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Hegelstraße 2
95447 Bayreuth
☎ 09 21/6 05-03
☎ 09 21/6 05-39 80
✉ integrationsamt@zbfs.bayern.de
🌐 www.zbfs.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Mittelfranken
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Bärenschanzstraße 8a
90429 Nürnberg
☎ 09 11/9 28-0
☎ 09 11/9 28-23 98
✉ integrationsamt.mfr@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Niederbayern
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Friedhofstraße 7
84028 Landshut
☎ 08 71/8 29-0
☎ 08 71/8 29-1 85
✉ integrationsamt.ndb@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Oberbayern
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Richelstraße 17
80634 München
☎ 0 89/13 06 2-0
☎ 0 89/13 06 2-4 16
✉ integrationsamt.obb@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Oberfranken
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Hegelstraße 2
95447 Bayreuth
☎ 09 21/6 05-1
☎ 09 21/6 05-29 00
✉ integrationsamt.ofr@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Oberpfalz
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Landshuter Straße 55
93053 Regensburg
☎ 09 41/78 09-00
☎ 09 41/78 09-13 75
✉ integrationsamt.opf@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Schwaben
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Morellstraße 30
86159 Augsburg
☎ 08 21/57 09-01
☎ 08 21/57 09-50 00
✉ integrationsamt.schw@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Zentrum Bayern Familie und Soziales Region Unterfranken
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Georg-Eydel-Straße 13
97082 Würzburg
☎ 09 31/41 07-01
☎ 09 31/41 07-2 82
✉ integrationsamt.ufr@zbfs.bayern.de
🌐 www.integrationsamt.bayern.de

Berlin**Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin**

Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Sächsische Straße 28 - 30
10707 Berlin
☎ 0 30/90 12-74 46
☎ 0 30/90 12-39 23
✉ integrationsamt@lageso.berlin.de
🌐 www.lageso.de

Brandenburg**Landesamt für Soziales und Versorgung**

des Landes Brandenburg
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus
☎ 03 55/28 93-0
☎ 03 55/28 93-2 21 und -4 90
✉ integrationsamt@LASV.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

Landesamt für Soziales und Versorgung

Außenstelle Potsdam
Integrationsamt
Zeppelinstraße 48
14471 Potsdam
☎ 03 31/27 61-0
☎ 03 31/27 61-4 97
✉ poststelle@lasv-p.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

Landesamt für Soziales und Versorgung**Außenstelle Frankfurt/Oder**

Integrationsamt
Robert-Havemann-Straße 4
15236 Frankfurt/Oder
☎ 03 35/55 82-0
☎ 03 35/55 82-2 87
✉ poststelle@lasv-f.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

Bremen**Versorgungsamt Bremen**

Hauptfürsorgestelle
Friedrich-Rauers-Straße 26
28195 Bremen
☎ 04 21/3 61-55 41
☎ 04 21/3 61-53 26
✉ office@versorgungsamt.de
🌐 www.bremen.de

Versorgungsamt Bremen

Integrationsamt
Doventorcontrescarpe 172 - Block D
28195 Bremen
☎ 04 21/3 61-51 38
☎ 04 21/3 61-55 02
✉ office@versorgungsamt.bremen.de
🌐 www.bremen.de

Hamburg**Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz**

Integrationsamt
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg
☎ 0 40/42 86 3-0
☎ 0 40/42 86 3-28 47
✉ integrationsamt@bsf.hamburg.de
🌐 www.bsg.hamburg.de

Hessen**Landeswohlfahrtsverband Hessen Fachbereich Kriegsopferfürsorge Haupt- und Regionalverwaltung Kassel**

Kölnische Straße 30
34117 Kassel
☎ 05 61/10 04-26 14
☎ 05 61/10 04-16 14
✉ hauptfuersorgestelle-info@lvw-hessen.de
🌐 www.lvw-hessen.de

Landeswohlfahrtsverband Hessen Regionalverwaltung Darmstadt

Integrationsamt
Steubenplatz 16
64293 Darmstadt
☎ 0 61 51/8 01-0
☎ 0 61 51/8 01-2 34
✉ kontakt-integrationsamt@lvw-hessen.de
🌐 www.integrationsamt-hessen.de

Landeswohlfahrtsverband Hessen Regionalverwaltung Kassel

Integrationsamt
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel
☎ 05 61/10 04-0
☎ 05 61/10 04-26 50
✉ kontakt-integrationsamt@lvw-hessen.de
🌐 www.integrationsamt-hessen.de

Landeswohlfahrtsverband Hessen Regionalverwaltung Wiesbaden

Integrationsamt
Frankfurter Straße 44
65189 Wiesbaden
☎ 06 11/1 56-0
☎ 06 11/1 56-2 09
✉ kontakt-integrationsamt@lvw-hessen.de
🌐 www.integrationsamt-hessen.de

Mecklenburg-Vorpommern**Landesamt für Gesundheit und Soziales**

Mecklenburg-Vorpommern
Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Erich-Schlesinger-Straße 35
18059 Rostock
☎ 03 81/1 22-29 11
☎ 03 81/1 22-28 59
✉ poststelle.ina.hro@lagus.mv-regierung.de
🌐 www.ina-mv-regierung.de

Landesamt für Gesundheit und Soziales**Mecklenburg-Vorpommern Außenstelle Neubrandenburg**

Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Neustrelitzer Straße 120
17033 Neubrandenburg
☎ 03 95/3 80-28 01
☎ 03 95/3 80-28 00
✉ poststelle.ina.nb@lagus.mv-regierung.de
🌐 www.ina-mv-regierung.de

Landesamt für Gesundheit und Soziales**Mecklenburg-Vorpommern Außenstelle Schwerin**

Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin
☎ 03 85/39 91-0
☎ 03 85/39 91-3 05
✉ poststelle.ina.sn@lagus.mv-regierung.de
🌐 www.ina-mv-regierung.de

Niedersachsen**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie**

Integrationsamt und Hauptfürsorgestelle
Domhof 1
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/3 04-0
☎ 0 51 21/3 04-3 10
✉ Poststelle.L.Hildesheim@ls.niedersachsen.de
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

Integrationsamt
Moslestraße 1
26122 Oldenburg
☎ 04 41/22 29 32-00
☎ 04 41/22 29 32 91
✉ IN1LSOldenburg@ls.niedersachsen.de
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

Nordrhein-Westfalen**Landschaftsverband Rheinland**

Integrationsamt
Kennedy-Ufer 2
50679 Köln
☎ 02 21/8 09-0
☎ 02 21/8 09-42 91
✉ integrationsamt@lvr.de
🌐 www.integrationsamt.lvr.de

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Integrationsamt
Warendorfer Straße 21 - 23
48145 Münster/Westfalen
☎ 02 51/5 91-01
☎ 02 51/5 91-58 06
✉ Integrationsamt@lwl.org
🌐 www.lwl.org/LWL/Soziales/Integrationsamt

Rheinland-Pfalz**Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung**

Integrationsamt
Rheinallee 97 - 101
55118 Mainz
☎ 0 61 31/9 67-0
☎ 0 61 31/9 67-5 16
✉ integrationsamt@lsjv.rlp.de
🌐 www.landesjugendamt.de

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung**Zweigstelle beim Amt für soziale Angelegenheiten**

Integrationsamt
Schießgartenstraße 6
55116 Mainz
☎ 0 61 31/2 64-2 59
☎ 0 61 31/2 64-6 68
✉ IntegrationsamtAsA-Mainz@lsjv.rlp.de
🌐 www.landesjugendamt.de

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung**Zweigstelle beim Amt für soziale Angelegenheiten**

Integrationsamt
Moltkestraße 19
54292 Trier
☎ 06 51/14 47-0
☎ 06 51/14 47-2 92
✉ IntegrationsamtAsATrier@lsjv.rlp.de
🌐 www.landesjugendamt.de

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung**Zweigstelle beim Amt für soziale Angelegenheiten**

Integrationsamt
Baedekerstraße 2 - 10
56073 Koblenz
☎ 02 61/40 41-0
☎ 02 61/40 41-3 06
✉ IntegrationsamtAsAKoblenz@lsjv.rlp.de
🌐 www.landesjugendamt.de

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung**Zweigstelle beim Amt für soziale Angelegenheiten**

Integrationsamt
Reiterstraße 16
76829 Landau i.d.Pf.
☎ 0 63 41/26-1
☎ 0 63 41/26-4 63
✉ IntegrationsamtAsALandau@lsjv.rlp.de
🌐 www.landesjugendamt.de

Saarland**Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz**

Integrationsamt
Hochstraße 67
66115 Saarbrücken
☎ 06 81/99 78-0
☎ 06 81/99 78-23 99
✉ integrationsamt@lsgv.saarland.de
🌐 www.integrationsamt-saarland.de

Sachsen**Kommunaler Sozialverband Sachsen****Außenstelle Chemnitz**

FB 4-Integrationsamt
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz
☎ 03 71/5 77-0
☎ 03 71/5 77-2 82
✉ Integrationsamt@ksv-sachsen.de
🌐 www.ksv-sachsen.de

Sachsen-Anhalt**Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt**

Integrationsamt
Ernst-Kamieth-Straße 2
06112 Halle/Saale
☎ 03 45/5 14-16 87
☎ 03 45/5 14-16 09
✉ Renate.Neuhofer@lvwa.sachsen-anhalt.de
🌐 www.landesverwaltungsamt.sachsen-anhalt.de

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt**Nebenstelle Magdeburg**

Integrationsamt
Halberstädter Straße 39 a
39112 Magdeburg
☎ 03 91/6 27-32 33
☎ 03 91/6 27-33 60
✉ Martina.Heitmueller@lvwa.sachsen-anhalt.de
🌐 www.landesverwaltungsamt.sachsen-anhalt.de

Schleswig-Holstein**Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein**

Integrationsamt
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel
☎ 04 31/9 88-0
☎ 04 31/9 88-54 16
✉ poststelle@sozmi.landsh.de
🌐 www.sozialministerium.schleswig-holstein.de

Thüringen**Thüringer Landesverwaltungsamt**

Abt. VI Versorgung und Integration
Karl-Liebknecht-Straße 4
98527 Suhl
☎ 0 36 81/73 36 96
☎ 0 36 81/73-33 66
✉ poststelle.suhl@tlvwa.thueringen.de
🌐 www.thueringen.de/lasf

Anschriften der überörtlichen Träger der Sozialhilfe**Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe**

Warendorfer Straße 26 - 28
48145 Münster/Westfalen
☎ 02 51/5 91-65 30
☎ 02 51/5 91-65 39
✉ bag@lwl.org
🌐 www.bagues.de

Baden-Württemberg**Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg**

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart
☎ 07 11/63 75-0
☎ 07 11/63 75-3 09
✉ info@kvjs.de
🌐 www.kvjs.de

Bayern**Bezirk Mittelfranken - Sozialreferat**

Danziger Straße 5
91522 Ansbach
☎ 09 81/46 64-20 00
☎ 09 81/46 64-20 99
✉ sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de
🌐 www.bezirk-mittelfranken.de

**Bezirk Niederbayern -
Sozialverwaltung**

Gestütstraße 10
84028 Landshut
☎ 08 71/8 08-01
☎ 08 71/8 08-19 39
✉ sozialverwaltung@bezirk-niederbayern.de
🌐 www.bezirk-niederbayern.de

**Bezirk Oberbayern -
Bezirksverwaltung**

Prinzregentenstraße 14
80538 München
☎ 0 89/21 98-01
☎ 0 89/21 98-11 90
✉ poststelle-bv@bezirk-oberbayern.de
🌐 www.bezirk-oberfranken.de

**Bezirk Oberfranken -
Sozialverwaltung**

Cottenbacher Straße 23
95445 Bayreuth
☎ 09 21/78 46-0
☎ 09 21/78 46-1 11
✉ sozialverwaltung@bezirk-oberfranken.de
🌐 www.bezirk-oberfranken.de

**Bezirk Oberpfalz -
Sozialverwaltung**

Ludwig-Thoma-Straße 14
93051 Regensburg
☎ 09 41/91 00-0
☎ 09 41/91 00-1 99
✉ sozialverwaltung@bezirk-oberpfalz.de
🌐 www.bezirk-oberpfalz.de

**Bezirk Schwaben -
Sozialverwaltung**

Hafnerberg 10
86152 Augsburg
☎ 08 21/31 01-0
☎ 08 21/31 01-2 78
✉ vorzimmer.shv@bezirk-schwaben.de
🌐 www.bezirk-schwaben.de

**Bezirk Unterfranken -
Sozialverwaltung**

Silcherstraße 5
97074 Würzburg
☎ 09 31/7 95 91-0
☎ 09 31/7 95 91-9 48
✉ sozialverwaltung@bezirk-unterfranken.de
🌐 www.bezirk-unterfranken.de

Berlin

**Senatsverwaltung für Integration,
Arbeit und Soziales**
Oranienstraße 106
10969 Berlin
☎ 0 30/90 28-0
☎ 0 30/90 28-20 70
✉ poststelle@sengsv.verwalt-berlin.de
🌐 www.berlin.de/sen/guv

Brandenburg

**Landesamt für Soziales und
Versorgung
des Landes Brandenburg**
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus
☎ 03 55/28 93-0
☎ 03 55/28 93-3 79
✉ landessozialamt@lasv.brandenburg.de
🌐 www.lasv.brandenburg.de

Bremen

**Senatorin für Arbeit, Frauen,
Gesundheit,
Jugend und Soziales**
Referat 55
Bahnhofplatz 29
28195 Bremen
☎ 04 21/3 61-0
☎ 04 21/3 61-22 75
✉ Agnes.Wickert@soziales.bremen.de
🌐 www.soziales.bremen.de

Hamburg

**Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz
der Freien und Hansestadt Hamburg**
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg
☎ 0 40/4 28 63-0
☎ 0 40/4 28 63-40 72
✉ poststelle@bsf.hamburg.de
🌐 www.fhh.hamburg.de

Hessen

**Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Sozialhilfeträger
Steuerung für den überörtlichen
Sozialhilfeträger, Recht, Grundsatz**
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel
☎ 05 61/10 04-0
☎ 05 61/10 04-26 50
✉ luK@lwv-hessen.de
🌐 www.lwv-hessen.de

Mecklenburg-Vorpommern

**Kommunaler Sozialverband
Mecklenburg-Vorpommern**
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin
☎ 03 85/3 03 13 80
☎ 03 85/3 03 13 83
✉ glueck@ksv-mv.de
🌐 www.ksv-mv.de

Niedersachsen

**Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie**
Landessozialamt - LS
Domhof 1
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/3 04-2 49
☎ 0 51 21/3 04-6 84
✉ irene.weiss@nlzsa.niedersachsen.de
🌐 www.soziales.niedersachsen.de

Nordrhein-Westfalen

Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Soziales, Integration
Kennedy-Ufer
50679 Köln
☎ 02 21/8 09-0
☎ 02 21/8 09-65 50
✉ soziales@lvr.de
🌐 www.lvr.de

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

LWL-Behindertenhilfe
Warendorfer Straße 26 - 28
48133 Münster/Westfalen
☎ 02 51/5 91-01
☎ 02 51/5 91-2 65
✉ soziales@lwl.org
🌐 www.lwl.org

Rheinland-Pfalz

**Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung**
Am Rodelberg 21
55131 Mainz
☎ 0 61 31/9 67-0
☎ 0 61 31/9 67-5 16
✉ Poststelle-Mz@lsjv.rlp.de
🌐 www.lsjv.de

Saarland

**Landesamt für Soziales, Gesundheit
und Verbraucherschutz**
Hochstraße 67
66115 Saarbrücken
☎ 06 81/99 78-0
☎ 06 81/99 78-2 44
✉ poststelle@ljsv.saarland.de
🌐 www.lsgv.saarland.de

Sachsen

**Kommunaler Sozialverband
Sachsen**
Thomasiusstraße 1
04109 Leipzig
☎ 03 41/12 66-0
☎ 03 41/12 66-7 00
✉ post@ksv-sachsen.de
🌐 www.ksv-sachsen.de

Sachsen-Anhalt

Sozialagentur Sachsen-Anhalt
Neustädter Passage 15
06122 Halle/Saale
☎ 03 45/68 15-8 90
☎ 03 45/68 15-8 03
✉ post@sozag.ms.lsa-net.de
🌐 www.sachsen-anhalt.de

Schleswig-Holstein

**Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein**
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel
☎ 04 31/9 88-0
☎ 04 31/9 88-54 16
✉ Poststelle@SozMi.LandSH.de
🌐 www.schleswig-holstein.de

Thüringen

Thüringer Landesverwaltungsamt
Abt. VII Soziales
Charlottenstraße 2
98617 Meiningen
☎ 0 36 93/4 60-0
☎ 0 36 93-4 60-2 00
✉ poststelle.meiningen@tlwa.thueringen.de
🌐 www.thueringen.de

Kommunale Spitzenverbände

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Ernst-Reuter-Haus
 Straße des 17. Juni 112
 10623 Berlin
 ☎ 0 30/3 77 11-0
 ☎ 0 30/3 77 11-9 99
 ✉ post@kommunale-spitzenverbaende.de
 🌐 www.kommunale-spitzenverbaende.de

Deutscher Landkreistag
Ulrich-von-Hassell-Haus
 Lennéstraße 11
 10785 Berlin
 ☎ 0 30/59 00 97-3 09
 ☎ 0 30/59 00 97-4 00
 ✉ info@landkreistag.de
 🌐 www.landkreistag.de

Deutscher Städte- und Gemeindebund
 Marienstraße 6
 12207 Berlin
 ☎ 0 30/77 30 7-0
 ☎ 0 30/77 30 7-2 22
 ✉ dstgb@dstgb.de
 🌐 www.dstgb.de

Deutscher Städtetag
 Dezernat IV
 Straße des 17. Juni 112
 10623 Berlin
 ☎ 0 30/3 77 11-0
 ☎ 0 30/3 77 11-9 99
 ✉ post@staedtetag.de
 🌐 www.staedtetag.de

Anschriften der Landesjugendämter

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter
 Federführende Stelle ZBFS
 Bayerisches Landesjugendamt
 Winzererstraße 9
 80797 München
 ☎ 0 89/12 61-25 38
 ☎ 0 89/12 61-22 80
 ✉ poststelle@zbfs-blja.bayern.de
 🌐 www.bagljae.de

Baden-Württemberg
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
 Landesjugendamt
 Lindenspürstraße 39
 70176 Stuttgart
 ☎ 07 11/63 75-0
 ☎ 07 11/63 75-1 33
 ✉ info@kvjs.de
 🌐 www.kvjs.de

Bayern
Zentrum Bayern Familie und Soziales
 Bayerisches Landesjugendamt
 Winzerer Straße 9
 80797 München
 ☎ 0 89/12 61-25 38
 ☎ 0 89/12 61-22 80
 ✉ poststelle@zbfs-blja.bayern.de
 🌐 www.blja.bayern.de

Berlin
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport
 Landesjugendamt
 Abt. III Jugend und Familie
 Beuthstraße 6 - 8
 10117 Berlin
 ☎ 0 30/90 26-7
 ☎ 0 30/90 26-50 01
 ✉ briefkasten@senbwf.berlin.de
 🌐 www.berlin.de/sen/jugend

Brandenburg
Landesjugendamt des Landes Brandenburg
 Hans-Wittwer-Straße 6
 16321 Bernau
 ☎ 0 33 38/7 01-8 01
 ☎ 0 33 38/7 01-8 02
 ✉ poststelle@lja.brandenburg.de
 🌐 www.lja.brandenburg.de

Bremen
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
 Abt. Junge Menschen und Familie
 Contrescarpe 72
 28195 Bremen
 ☎ 04 21/3 61-45 82
 ☎ 04 21/3 61-21 55
 ✉ landesjugendamt@soziales.bremen.de
 🌐 www.jugendinfo.de/landesjugendamt

Hamburg
Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung
 -FS 4-
 Hamburger Straße 47
 22083 Hamburg
 ☎ 0 40/4 28 63-0
 ☎ 0 40/4 28 63-34 46
 ✉ pressestelle@bsg.hamburg.de
 🌐 www.hamburg.de

Hessen
Hessisches Sozialministerium
 Landesjugendamt
 Abt. II
 Dostojewskistraße 4
 65187 Wiesbaden
 ☎ 06 11/8 17-0
 ☎ 06 11/8 17-3 26 60
 ✉ jugendgreimienarbeit@hsm.hessen.de
 🌐 www.sozialministerium.hessen.de/
 Ministerium/abt II

Mecklenburg-Vorpommern
Landesjugendamt Mecklenburg-Vorpommern
 Neustrelitzer Straße 120 / Block E
 17033 Neubrandenburg
 ☎ 03 95/3 80-33 01
 ☎ 03 95/3 80-33 02
 ✉ poststelle.lja@lagus.mv-regierung.de
 🌐 www.lagus.mv-regierung.de

Niedersachsen**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Außenstelle Hannover**

Landesjugendamt
 Fachbereich I (Kinder, Jugend und Familie)
 Am Waterlooplatz 11
 30169 Hannover
 ☎ 05 11/1 06-0
 ☎ 05 11/1 06-26 70
 ✉ poststellelhannover@ls.niedersachsen.de
 🌐 www.soziales.niedersachsen.de

Nordrhein-Westfalen**Landchaftsverband Rheinland**

Landesjugendamt
 Dezernat Schulen und Jugend
 Hermann-Pünder-Straße 1
 50679 Köln
 ☎ 02 21/8 09-0
 ☎ 02 21/8 09-62 52
 ✉ landesjugendamt@lvr.de
 🌐 www.jugend.lvr.de

Landchaftsverband Westfalen-Lippe

Landesjugendamt
 Warendorfer Straße 25
 48145 Münster/Westfalen
 ☎ 02 51/5 91-01
 ☎ 02 51/5 91-2 75
 ✉ lja@lwl.org
 🌐 www.lwl-landesjugendamt.de

Rheinland-Pfalz**Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz**

Landesjugendamt
 Rheinallee 97 - 101
 55118 Mainz
 ☎ 0 61 31/9 67-0
 ☎ 0 61 31/9 67-3 65
 ✉ landesjugendamt@lsjv.rlp.de
 🌐 www.lsjv.rlp.de

Saarland**Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz**

Landesjugendamt
 Hohenzollernstraße 45
 66117 Saarbrücken
 ☎ 06 81/5 01-20 81
 ☎ 06 81/5 01-34 16
 ✉ p.dohle@bildung.saarland.de
 🌐 www.bildung.saarland.de

Sachsen**Sächsisches Staatsministerium für Soziales**

Landesjugendamt
 Brückenstraße 10
 09111 Chemnitz
 ☎ 03 71/4 57-0
 ☎ 03 71/4 57-15 11
 ✉ landesjugendamt@lja.sms.sachsen.de
 🌐 www.sms.sachsen.de

Sachsen-Anhalt**Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt**

Landesjugendamt
 Referat 6 A - Jugend, Familie und Frauen
 Neustädter Passage 15
 06122 Halle/Saale
 ☎ 03 45/69 12-4 01
 ☎ 03 45/69 12-4 03
 ✉ posthn@lwa.sachsen-anhalt.de
 🌐 www.sachsen-anhalt.de/LPSA

Schleswig-Holstein**Ministerium für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein**

Landesjugendamt
 Abt. II 5 - Frauenpolitik, Kinder, Jugend und Familie
 Adolf-Westphal-Straße 4
 24113 Kiel
 ☎ 04 31/9 88-0
 ☎ 04 31/9 88-26 18
 ✉ poststelle@sozmi.landsh.de
 🌐 www.schleswig-holstein.de

Thüringen**Thüringer Ministerium für Soziales, Frauen und Gesundheit**

Landesjugendamt
 Referat 35
 Werner-Seelenbinder-Straße 6
 99096 Erfurt
 ☎ 03 61/3 79 83 60
 ☎ 03 61/3 79 88 30
 ✉ viola.gerhardt@tmsfg.thueringen.de
 🌐 www.thueringen.de/de/tmsfg/familie/landesjugendamt

Anschriften der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege**Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.**

Oranienburger Straße 13 - 14
 10178 Berlin
 ☎ 0 30/2 40 89-0
 ☎ 0 30/2 460 89-1 34
 ✉ info@bag-wohlfahrt.de
 🌐 www.bagfw.de

AWO Bundesverband e.V.

Heinrich-Albertz-Haus
 Blücherstraße 62/63
 10961 Berlin
 ☎ 0 30/2 63 09-0
 ☎ 0 30/2 63 09-3 25 99
 ✉ info@awo.org
 🌐 www.awo.org

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstraße 40
 79104 Freiburg i. Br.
 ☎ 07 61/2 00-0
 ☎ 07 61/2 00-5 72
 ✉ info@caritas.de
 🌐 www.caritas.de

Deutscher Paritätischer - Gesamtverband e.V.

Oranienburger Straße 13 - 14
 10178 Berlin
 ☎ 0 30/2 46 36-0
 ☎ 0 30/2 46 36-1 10
 ✉ info@paritaet.org
 🌐 www.paritaet.org

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Carstennstraße 58
 12205 Berlin
 ☎ 0 30/85 40 40
 ☎ 0 30/85 40 44 50
 ✉ drk@drk.de
 🌐 www.drk.de

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

Reichensteiner Weg 24
 14195 Berlin
 ☎ 0 30/8 30 01-0
 ☎ 0 30/8 30 01-2 22
 ✉ diakonie@diakonie.de
 🌐 www.diakonie.de

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Hebelstraße 6
 60318 Frankfurt/Main
 ☎ 0 69/94 43 71-0
 ☎ 0 69/49 48 17
 ✉ zentrale@zwst.org
 🌐 www.zwst.org

Anschriften der Einrichtungen der Berufsbildung, Berufsförderung und der Werkstätten für behinderte Menschen

**Arbeitsgemeinschaft
Deutscher
Berufsförderungswerke**
Schützenallee 6 - 9
38664 Goslar
☎ 0 53 21/7 02-0
☎ 0 53 21/7 02-22
✉ gf@bfw-goslar.de
🌐 www.arge-bfw.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
Berufliche Trainingszentren
BTZ Paderborn**
Friedrich- List- Straße 47
33100 Paderborn
☎ 0 5251/15 292-0
☎ 0 5251/15 292-92
✉ bmikus@btz.de
🌐 www.bag-btz.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Berufsbildungswerke
(BAG BBW)**
Kurfürstenstraße 131
10785 Berlin
☎ 0 30/23 00 34 33
☎ 0 30/23 00 38 99
✉ info@bagbbw.de
🌐 www.bagbbw.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Werkstätten für behinderte
Menschen e.V. (BAG WfbM)**
Sonnemannstraße 5
60314 Frankfurt/Main
☎ 0 69/94 33 94-0
☎ 0 69/94 33 94-25
✉ info@bagwfbm.de
🌐 www.bagwfbm.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
für Unterstützte Beschäftigung e.V.
(BAG UB e.V.)**
Schulterblatt 36
20357 Hamburg
☎ 0 40/4 32 53 12-3
☎ 0 40/4 32 53 12-5
✉ info@bag-ub.de
🌐 www.bag-ub.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
medizinisch-beruflicher
Rehabilitations-
Zentren (Phase II)**
Buchenhöhe 46
83471 Berchtesgarden
☎ 0 86 52/60 00-111
☎ 0 86 52/60 00-273
✉ info@mbreha.de
🌐 www.mbreha.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
Rehabilitation psychisch kranker
Menschen (BAG RPK)**
Anette Theißing, beta-REHA
Calenberger Straße 34
30169 Hannover
☎ 05 11/34 92 5-14
☎ 05 11/34 92 5-24
✉ theissing@beta89.de
🌐 www.bag-rpk.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
Integrationsfirmen e.V.**
Nagelsweg 10
20097 Hamburg
☎ 0 40/28 40 78 62
☎ 0 40/28 40 78 70
✉ sekretariat@bag-
integrationsfirmen.de
🌐 www.bag-integrationsfirmen.de

Anschriften von Verbänden behinderter Menschen, Selbsthilfegruppen, Interessenvertretungen behinderter Frauen

**Allgemeiner Behindertenverband
in Deutschland e.V. - ABiD**
Friedrichstraße 95
10117 Berlin
☎ 0 30/27 59 34 29
☎ 0 30/27 59 34 30
✉ abid.bv@t-online.de
🌐 www.abid-ev.de

**BDH Bundesverband
für Rehabilitation und
Interessenvertretung Behinderter e.V.**
Eifelstraße 7
53119 Bonn
☎ 02 28/9 69 84-0
☎ 02 28/9 69 84 99
✉ info@bdh-reha.de
🌐 www.bdh-reha.de

**Bund der Kriegsblinden Deutschlands
e.V.**
Schumannstraße 35
53113 Bonn
☎ 02 28/21 31 34 Berlin: 0 30/21 01 48
81
☎ 02 28/21 73 98
✉ bkd.geschaeftsstelle@t-online.de
🌐 www.kriegsblindenbund.de

**Bund Deutscher Kriegsoffer,
Körperbehinderter und Sozialrentner
e.V.**
Stintenberger Straße 16
40822 Mettmann
☎ 0 21 04/5 45 44
☎ 0 21 04/80 54 56
✉ bdkkev@t-online.de
🌐

**Bundesarbeitsgemeinschaft der
Clubs Behinderter und ihrer
Freunde e.V. (BAG cbf)**
Langenmarckweg 21
51465 Bergisch Gladbach
☎ 0 22 02/9 89 98 11
☎ 0 22 02/4 24 31
✉ info@bagcbf.de
🌐 www.bagcbf.de

**Deutscher Behindertensportverband
e.V.**
Friedrich-Alfred-Straße 10
47055 Duisburg
☎ 02 03/71 74-1 70
☎ 02 03/71 74-1 78
✉ dbs@dbs-npc.de
🌐 www.dbs-npc.de

Deutsches Katholisches Blindenwerk
Eschstraße 12
52351 Düren
☎ 0 24 21/5 11 55
☎ 0 24 21/5 11 84
✉ dkbw.dueren@t-online.de
🌐 www.blindenwerk.de

**Interessenvertretung
Selbstbestimmt Leben
in Deutschland e.V. - ISL**
-Bundesgeschäftsstelle-
Hermann-Pistor-Straße 1
07745 Jena
☎ 0 36 41/23 47 95
☎ 0 36 41/39 62 52
✉ info@isl-ev.de
🌐 www.isl-ev.de

NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Wilmersdorfer Straße 39
10627 Berlin
☎ 0 30/31 01 89-60
☎ 0 30/31 01 89-70
✉ selbsthilfe@nakos.de
🌐 www.nakos.de

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Stralauer Straße 63
10179 Berlin
☎ 0 30/76 62 22-0
☎ 0 30/76 62 22-3 11
✉ contact@sozialverband.de
🌐 www.sozialverband.de

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4 a
53175 Bonn
☎ 02 28/8 20 93-0
☎ 02 28/8 20 93-43
✉ kontakt@vdk.de
🌐 www.vdk.de

**Weibernetz e.V.
Projekt: Politische Interessenvertretung behinderter Frauen**

Kölnische Straße 99
34119 Kassel
☎ 05 61/7 28 85-85
☎ 05 61/7 28 85-53
✉ info@weibernetz.de
🌐 www.weibernetz.de

Mitgliedsverbände der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V.**BAG SELBSTHILFE e.V.**

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
☎ 02 11/3 10 06-0
☎ 02 11/3 10 06-48
✉ info@bag-selbsthilfe.de
🌐 www.bag-selbsthilfe.de

ADHS Deutschland e.V. (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung)

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 41 07 24
12117 Berlin
☎ 0 30/85 60 59 02
☎ 0 30/85 60 59 70
✉ info@adhs-deutschland.de
🌐 www.adhs-deutschland.de

Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen ACHSE e.V.

c/o DRK Kliniken Westend
Sprandauer Damm 130
14050 Berlin
☎ 0 30/3 30 07 08-0
☎ 0 30/30 20 15 99
✉ info@achse-online.de
🌐 www.achse-online.de

Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V. (ASbH)

Grafenhof 5
44137 Dortmund
☎ 02 31/86 10 50-0
☎ 02 31/86 10 50-50
✉ asbh@asbh.de
🌐 www.asbh.de

Arbeitskreis Down-Syndrom e.V.

Am Schäferhof 27
27308 Kirchlinteln
☎ 04236/94 101
☎ 04236/94 102
✉ arbeitskreis@down-syndrom.de
🌐 www.down-syndrom.de

Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe e.V.

Ludwigstraße 16
44135 Dortmund
☎ 02 31/52 58 72
☎ 02 31/52 60 48
✉ AKGeV@web.de
🌐 www.arbeitskreis-kunstfehler-geburtshilfe.de

Autismus Deutschland e.V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus

Bebelallee 141
22297 Hamburg
☎ 0 40/5 11 56 04
☎ 0 40/5 11 08 13
✉ info@autismus.de
🌐 www.autismus.de

Bund zur Förderung Sehbehinderter e.V. (BFS)

Düsseldorfer Straße 50
41460 Neuss
☎ 0 21 31/1 76 30 91
☎ 0 21 31/1 76 30 92
✉ bfsev.mreinhardt@gmx.de
🌐 www.bfs-ev.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Hörbehinderter Studenten und Absolventen (BHSA) e.V.

Hinter der Hochstätte 2 b
65239 Hochheim/Main
☎ 0 61 46/83 55 37
☎ 0 61 46/83 55 38
✉ info@bhsa.de
🌐 www.bhsa.de

Bundeselternvereinigung für antroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie e.V.

Argentinsche Allee 25
14163 Berlin
☎ 0 30/80 10 85 18
☎ 0 30/80 10 85 21
✉ info@bev-ev.de
🌐 www.bev-ev.de

Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfeschädigter e.V. (BIG)

Nordseher Straße 30
31655 Stadthagen
☎ 0 57 21/7 23 72
☎ 0 57 21/8 17 83
✉ big-stadthagen@t-online.de
🌐 www.big-ev.de

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
☎ 02 11/30 13 14-0
☎ 02 11/30 13 14-10
✉ info@osteoporose-deutschland.de
🌐 www.osteoporose-deutschland.de

**Bundesselbsthilfeverband
Kleinwüchsiger Menschen e.V.**
c/o Horst Stengritt
Lieneschweg 46
49076 Osnabrück
☎ 05 41/13 15 14
☎ 05 41/1 21 76 61
✉ vkm@kleinwuchs.de
🌐 www.kleinwuchs.de

**Bundesverband
Contergangeschädigter e.V.**
Schwimmbadweg 33
89604 Allmendingen
☎ 0 73 91/47 19
☎ 0 73 91/75 85 04
✉ info@contergan.de
🌐 www.contergan.de

**Bundesverband
der Angehörigen psychisch
Kranker e.V. (BAPK)**
Oppelner Straße 130
53119 Bonn
☎ 02 28/63 26 46
☎ 02 28/65 80 63
✉ bapk@psychiatrie.de
🌐 www.bapk.de

**Bundesverband
der Kehlkopflösen und
Kehlkopferierten e.V.**
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
☎ 02 28/3 38 89-300
☎ 02 28/3 38 89-310
✉ geschaeftsstelle@kehlkopferiert-bv.de
🌐 www.kehlkopferiert-bv.de

**Bundesverband
der Organtransplantierten
e.V. (BDO)**
Paul-Rücker-Straße 20 - 22
47059 Duisburg
☎ 02 03/44 20 10
☎ 02 03/44 21 27
✉ geschaeftsstelle@bdo-ev.de
🌐 www.bdo-ev.de

**Bundesverband
für die Rehabilitation
der Aphasiker e.V.**
Wenzelstraße 19
97084 Würzburg
☎ 09 31/25 01 30-0
☎ 09 31/25 01 30-39
✉ info@aphasiker.de
🌐 www.aphasiker.de

**Bundesverband
für körper- und mehrfach-
behinderte Menschen e. V. (BVKM)**
Brehmstraße 5 - 7
40239 Düsseldorf
☎ 02 11/6 40 04-0
☎ 02 11/6 40 04-20
✉ info@bvkm.de
🌐 www.bvkm.de

**Bundesverband
Herzranke Kinder e.V.**
Kasinostraße 66
52066 Aachen
☎ 02 41/91 23 32
☎ 02 41/91 23 33
✉ bvhk-aachen@t-online.de
🌐 www.bvhk.de

**Bundesverband
Kleinwüchsige Menschen
und ihre Familien e.V.**
Leinestraße 2
28199 Bremen
☎ 04 21/33 61 69-0
☎ 04 21/33 61 69-18
✉ info@bkmf.de
🌐 www.bkmf.de

**Bundesverband
Legasthenie und Dyskalkulie e.V.**
Hallstattstraße 2
97265 Hettstadt
☎ 07 00/2 85 28 52 85
☎ 07 00/2 85 28 52 85
✉ info@bvl-legasthenie.de
🌐 www.bvl-legasthenie.de

**Bundesverband
Niere e.V.**
Weberstraße 2
55130 Mainz
☎ 0 61 31/8 51 52
☎ 0 61 31/83 51 98
✉ geschaeftsstelle@bnev.de
🌐 www.bundesverband-niere.de

**Bundesverband
Poliomyelitis e.V.**
Rehaklinik Miriquidi
Freiberger Straße 33
09488 Thermalbad Wiesenbad
☎ 0 37 33/5 04-11 87
☎ 0 37 33/5 04-11 88
✉ bundesverband@polio.sh
🌐 www.polio.sh

**Bundesverband
Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.**
Alte Straße 4
30989 Gehrden
☎ 0 51 08/92 66 46
☎ 0 51 08/92 66 47
✉ info@prostatakrebs-bps.de
🌐 www.prostatakrebs-bps.de

**Bundesverband
Psychiatrie-Erfahrener Deutschland
e.V.**
Wittener Straße 87
44789 Bochum
☎ 02 34/68 70 55 52
☎ 02 34/6 40 51 03
✉ kontakt-info@bpe-online.de
🌐 www.bpe-online.de

**Bundesverband
Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.**
Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim/Jagst
☎ 0 62 94/42 81-0
☎ 0 62 94/42 81-79
✉ zentrale@bsk-ev.org
🌐 www.bsk-ev.org

**Bundesverband
Skoliose-Selbsthilfe e.V.**
Sonnenhalde 5 a
74838 Limbach
☎ 01 77/7 32 33 34
☎ 0 62 87/92 59 96
✉ admin@bundesverband-skoliose.de
🌐 www.bundesverband-skoliose.de

**Bundesvereinigung
Lebenshilfe für Menschen
mit geistiger Behinderung e.V.**
Raiffeisenstraße 18
35043 Marburg/Lahn
☎ 0 64 21/49 10
☎ 0 64 21/49 11 67
✉ bundesvereinigung@lebenshilfe.de
🌐 www.lebenshilfe.de

**Bundesvereinigung
Stotterer-Selbsthilfe e.V.**
Zülpicher Straße 58
50674 Köln
☎ 02 21/1 39 11-06 /-07
☎ 02 21/1 39 13 70
✉ info@bvss.de
🌐 www.bvss.de

**Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.**
Oppelner Straße 130
53177 Bonn
☎ 02 28/69 17 59
☎ 02 28/65 80 63
✉ dachverband@psychiatrie.de
🌐 www.psychiatrie.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
☎ 0 30/69 00 87-0
☎ 0 30/69 00 87-42
✉ dah@aidshilfe.de
🌐 www.aidshilfe.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Friedrichstraße 236
10969 Berlin
☎ 0 30/2 59 37 95-0
☎ 0 30/2 59 37 95-29
✉ info@deutsche-alzheimer.de
🌐 www.deutsche-alzheimer.de

<p>Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e.V. Rosenstraße 6 89257 Illertissen ☎ 0 73 03/39 55 ☎ 0 73 03/4 39 98 ✉ dcig@dcig.de 🌐 www.dcig.de</p>	<p>Deutsche Dystonie Gesellschaft e.V. Theodorstraße 41 P 22761 Hamburg ☎ 0 40/87 56 02 ☎ 0 40/87 08 28 04 ✉ info@dystonie.de 🌐 www.dystonie.de</p>	<p>Deutsche Ehlers-Danlos-Initiative e.V. Kugelbühlstraße 1 91154 Roth ☎ 0 91 71/98 15 16 ☎ 0 91 71/98 15 18 ✉ info@ehlers-danlos-initiative.de 🌐 www.ehlers-danlos-initiative.de</p>
<p>Deutsche Epilepsievereinigung e.V. Zillestraße 102 10585 Berlin ☎ 0 30/3 42 44 14 ☎ 0 30/3 42 44 66 ✉ info@epilepsie.sh 🌐 www.epilepsie.sh</p>	<p>Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V. Waidachshofer Straße 25 74743 Seckach ☎ 0 62 92/92 87 58 ☎ 0 62 92/92 87 61 ✉ info@fibromyalgie-fms.de 🌐 www.fibromyalgie-fms.de</p>	<p>Deutsche Gesellschaft der Hörgeschädigten -Selbsthilfe und Fachverbände e.V. Hollesenstraße 14 24768 Rendsburg ☎ 0 43 31/58 97 50 ☎ 0 43 31/58 97 51 ✉ info@deutsche-gesellschaft.de 🌐 www.deutsche-gesellschaft.de</p>
<p>Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. Im Moos 4 79112 Freiburg i. Br. ☎ 0 76 65/9 44 70 ☎ 0 76 65/9 44 72-0 ✉ info@dgm.org 🌐 www.dgm.org</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Osteogenesis imperfecta (Glasknochen) Betroffene e.V. Bei den Mühren 82 20457 Hamburg ☎ 0 40/6 90 87-2 00 ☎ 0 40/6 90 87-1 99 ✉ info@oi-gesellschaft.de 🌐 www.oi-gesellschaft.de</p>	<p>Deutsche Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e.V. Neumann-Reichardt-Straße 34 22041 Hamburg ☎ 0 40/6 72 29 70 ☎ 0 40/6 72 49 44 ✉ dhg@dhg.de 🌐 www.deutsche-haemophiliegesellschaft.de</p>
<p>Deutsche Heredo Ataxie Gesellschaft-Bundesverband e.V. Hofener Straße 76 70372 Stuttgart ☎ 07 11/5 50 46 44 ☎ 07 11/84 96 628 ✉ dhag@ataxie.de 🌐 www.ataxie.de</p>	<p>Deutsche Huntington-Hilfe e.V. Börsenstraße 10 47051 Duisburg ☎ 02 03/2 29 15 ☎ 02 03/2 29 25 ✉ dhh@dhh-ev.de 🌐 www.huntington-hilfe.de</p>	<p>Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung e.V. (ILCO) Thomas-Mann-Straße 40 53111 Bonn ☎ 02 28/33 88 94-50 ☎ 02 28/33 88 94-75 ✉ info@ilco.de 🌐 www.ilco.de</p>
<p>Deutsche Interessengemeinschaft für Verkehrsunfallopfer e.V. Dignitas Friedlandstraße 6 41747 Viersen ☎ 0 21 62/2 00 32 ☎ 0 21 62/35 23 12 ✉ dignitas@t-online.de 🌐 www.verkehrsunfallopfer-dignitas.de</p>	<p>Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie (PKU) und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V. c/o Hansjörg Schmidt Narzissenstraße 25 90768 Fürth ☎ 09 11/97-9 10 34 ☎ 09 11/97-6 47 17 ✉ schmidt@dig-pku.de 🌐 www.dig-pku.de</p>	<p>Deutsche Leberhilfe e.V. LKrieler Straße 100 50935 Köln ☎ 02 21/2 82 99 80 ☎ 02 21/2 82 99 81 ✉ info@leberhilfe.org 🌐 www.leberhilfe.org</p>
<p>Deutsche Leukämie Forschungshilfe, Aktion für krebskranke Kinder e.V. Adenauer Allee 134 53113 Bonn ☎ 02 28/6 88 46-0 ☎ 02 28/6 88 46-44 ✉ alfhbonn@kinderkrebsstiftung.de 🌐 www.kinderkrebsstiftung.de</p>	<p>Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V. - Bundesverband für chronisch entzündliche Erkrankungen des Verdauungstraktes Reinhardtstraße 18 10117 Berlin ☎ 0 30/20 00 39 2-0 ☎ 0 30/20 00 39 2-87 ✉ info@dccv.de 🌐 www.dccv.de</p>	<p>Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V. Küsterstraße 8 30519 Hannover ☎ 05 11/9 68 34-0 ☎ 05 11/9 68 34-50 ✉ dmsg@dmsg.de 🌐 www.dmsg.de</p>
<p>Deutsche Myasthenie Gesellschaft e.V. Westerstraße 93 28199 Bremen ☎ 04 21/59 20 60 ☎ 04 21/50 82 26 ✉ info@dmg-online.de 🌐 www.dmg-online.de</p>	<p>Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V. Wilhelmshöher Allee 286 34131 Kassel ☎ 05 61/40 09 07 04 ☎ 05 61/40 09 07 06 ✉ dng-geschaefsstelle@t-online.de 🌐 www.dng-ev.de</p>	<p>Deutsche Parkinson-Vereinigung Bundesverband e.V. Moselstraße 31 41464 Neuss ☎ 0 21 31/74 02 70 ☎ 0 21 31/4 54 45 ✉ info@parkinson-vereinigung.de 🌐 www.parkinson-vereinigung.de</p>

**Deutsche Restless Legs
Vereinigung e.V.**
Schäufeleinstraße 35
80687 München
☎ 0 89/55 02 88 80
☎ 0 89/55 02 88 81
✉ info@restless-legs.org
🌐 www.restless-legs.org

Deutsche Rheuma-Liga Berlin
Schützenstraße 52
12165 Berlin
☎ 0 30/32 290 290
☎ 0 30/32 290 29 39
✉ zirp@rheuma-liga-berlin.de
🌐 www.rheuma-liga-berlin.de

**Deutsche Sarkoidose Vereinigung
gemeinnütziger e.V.**
Uerdinger Straße 43
40668 Meerbusch
☎ 0 21 50/70 59 60
☎ 0 21 50/70 59 699
✉ info@sarkoidose.de
🌐 www.sarkoidose.de

Deutsche Schmerzhilfe e.V.
Sietwende 20
21720 Grünendeich
☎ 0 41 42/81 04 34
☎ 0 41 42/81 04 35
✉ geschaeftsstelle@schmerzhilfe.org
🌐 www.schmerzinfos.de

Deutsche Schmerzliga e.V.
Adenauerallee 18
61440 Oberursel/Ts.
☎ 07 00/375 375 375
☎ 07 00/375 357 38
✉ info@schmerzliga.de
🌐 www.schmerzliga.de

**Deutsche Selbsthilfe
Angeborene Immundefekte e.V.**
Hochschatzen 5
63530 Schnaitsee
☎ 0 80 74/81 64
☎ 0 80 74/97 34
✉ info@dsai.de
🌐 www.dsai.de

Deutsche Tinnitus Liga e.V. (DTL)
Am Lohsiepen 18
42369 Wuppertal
☎ 02 02/2 46 52-0
☎ 02 02/2 46 52-20
✉ dtl@tinnitus-liga.de
🌐 www.tinnitus-liga.de

**Deutsche Vereinigung
Morbus Bechterew e.V. (DVMB)**
Metzgergasse 16
97421 Schweinfurt
☎ 0 97 21/2 20 33
☎ 0 97 21/2 29 55
✉ DVMB@bechterew.de
🌐 www.bechterew.de

Deutsche Zöliakie-Gesellschaft e.V.
Filderhauptstraße 61
70599 Stuttgart
☎ 07 11/45 99 81-0
☎ 07 11/45 99 81-50
✉ info@dzg-online.de
🌐 www.dzg-online.de

**Deutscher Allergie- und Asthmabund
e.V.**
Fliethstraße 114
41061 Mönchengladbach
☎ 0 21 61/81 49 40
☎ 0 21 61/8 14 94 30
✉ info@daab.de
🌐 www.daab.de

**Deutscher Blinden- und
Sehbehindertenverband e.V.**
Rungestraße 19
10179 Berlin
☎ 0 30/28 53 87-0
☎ 0 30/28 53 87-200
✉ info@dbsv.org
🌐 www.dbsv.org

Deutscher Diabetiker Bund e.V.
Goethestraße 27
34119 Kassel
☎ 05 61/70 34 77-0
☎ 05 61/70 34 77-1
✉ info@diabetikerbund.de
🌐 www.diabetikerbund.de

Deutscher Gehörlosen-Bund e.V.
Bernadottestraße 126
22605 Hamburg
☎ 0 40/4 60 03 62-0
☎ 0 40/4 60 03 62-10
✉ info@gehorerlosen-bund.de
🌐 www.gehoerlosen-bund.de

Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Seewartenstraße 10
20459 Hamburg
☎ 0 40/22 33 99-0
☎ 0 40/22 33 99-22
✉ info@psoriasis-bund.de
🌐 www.psoriasis-bund.de

Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
Breite Straße 23
13187 Berlin
☎ 0 30/47 54 11-14
☎ 0 30/47 54 11-16
✉ dsb@schwerhoerigen-netz.de
🌐 www.schwerhoerigen-netz.de

**Deutscher Verein der Blinden und
Sehbehinderten in Studium und Beruf
e.V.-DVBS**
Frauenbergstraße 8
35039 Marburg/Lahn
☎ 0 64 21/9 48 88-0
☎ 0 64 21/9 48 88-10
✉ info@dvbs-online.de
🌐 www.dvbs-online.de

**Endometriose-Vereinigung
Deutschland e.V.**
Bernhard-Göring-Straße 152
04277 Leipzig
☎ 03 41/3 06 53 04
☎ 03 41/3 06 53 03
✉ info@endometriose-vereinigung.de
🌐 www.endometriose-vereinigung.de

**Fatigatio e.V.
Bundesverband
chronisches Erschöpfungssyndrom
(DFS/CFIDS/ME)**
Albrechtstraße 15
10117 Berlin
☎ 0 30/3 10 18 89-0
☎ 0 30/3 10 18 89-20
✉ info@fatigatio.de
Erstinformation: kontakt@fatigatio.de
🌐 www.fatigatio.de

**Fördergemeinschaft für Taubblinde
e.V.**
Katteweg 15 a
14129 Berlin
☎ 0 30/80 49 74 61
☎
✉
🌐 www.taubblinde.de

**Frauenselbsthilfe nach Krebs
-Bundesverband e.V.**
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
☎ 02 28/3 38 89-4 00
☎ 02 28/3 38 89-4 01
✉ kontakt@frauenselbsthilfe.de
🌐 www.frauenselbsthilfe.de

Freundeskreis Camphill e.V.
Argentinische Allee 25
14163 Berlin
☎ 0 30/80 10 85 18
☎ 0 30/80 10 85 21
✉ BEVundFKC@t-online.de
🌐 www.camphill-freundeskreis.de

**Gaucher Gesellschaft
Deutschland e.V. (GGD)**
Ferschweiler Straße 15
54668 Holsthum
☎ 07 00/44 30 04 43
☎ 07 21/1 51 21 36 10
✉ mail@ggd-ev.de
🌐 www.ggd-ev.de oder
www.gaucher-gesellschaft.de

**Gemeinnützige Selbsthilfe
Schlafapnoe Deutschland e.V.**
Auf dem Felde 3
31675 Bückeburg
☎ 0 57 22/27 02 40
☎ 0 57 22/27 02 41
✉ info@gdschlafapnoe.de
🌐 www.gdschlafapnoe.de

**Gesellschaft für
Mukopolysaccharidosen (MPS) e.V.**
Pappelweg 6
63741 Aschaffenburg
☎ 0 60 21/85 83 73
☎ 0 60 21/85 83 72
✉ info@mps-ev.de
🌐 www.msp-ev.de

Gullian-Barré Syndrom Deutsche GBS Initiative e.V. Climmelmannstraße 128 41069 Mönchengladbach ☎ 0 21 61/30 70 254 ☎ 0 21 61/3 07 02 55 ✉ info@gsb-selbsthilfe.de 🌐 www.gbsinfo.de	Selbsthilfe-Initiative HFI e.V. Gesundheits- Initiative- Postfach 30 04 40 40404 Düsseldorf ☎ 02 11/59 21 27 ☎ 02 11/59 24 94 ✉ info@hf-initiative.org 🌐 www.hf-initiative.de	Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V. In der Lohe 14 52399 Merzenich ☎ 0 24 21/20 24 24 ☎ 0 24 21/20 24 25 ✉ info@arthrogryposis.de 🌐 www.arthrogryposis.de
Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e.V. (IEB) Mühlweg 23 35216 Biedenkopf ☎ 0 64 61/9 26 08 87 ☎ 0 64 61/9 26 08 89 ✉ ieb@ieb-debra.de 🌐 www.ieb-debra.de	Interessengemeinschaft Hämophiler (IGH) e.V. Ermekeilstraße 38 53113 Bonn ☎ 02 28/4 29 89 55 ☎ 02 28/4 29 89 66 ✉ mail@igh.info 🌐 www.igh.info.de	KIDS-22q11 e.V. Blumenweg 2 87448 Waltenhofen ☎ 0 83 79/72 88-0 ☎ 0 83 79/72 88-44 ✉ info@kids-22q11.de 🌐 www.kids-22q11.de
Kinder in schwieriger Ernährungssituation e.V. K.i.s.E. Antje Feldtmann-Korn Auguste-Schmidt-straße 27 23558 Lübeck ☎ 04 51/81 30 66 0 ☎ ✉ info@kise-ev.de 🌐 www.kise.de	Lernen fördern - Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Lernbehinderung e.V. Gerberstraße 17 70178 Stuttgart ☎ 07 11/6 33 84-38 ☎ 07 11/6 33 84-39 ✉ post@lernen-foerdern.de 🌐 www.lernen-foerdern.de	Lupus Erythematoses Selbsthilfegemeinschaft e.V. Döppersberg 20 42103 Wuppertal ☎ 02 02/4 96 87 97 ☎ 02 02/4 96 87 98 ✉ lupus@rheumanet.org 🌐 www.lupus.rheumanet.org
Marfan Hilfe (Deutschland) e.V. Schloßstrasse 5-7 23701 Eutin ☎ 07 00/22 33 40 00 ☎ 07 00/22 33 40 01 ✉ kontakt@marfan.de 🌐 www.marfan.de	Morbus Wilson e.V. Leiblstraße 2 83024 Rosenheim ☎ 0 80 31/24 92 30 ☎ 0 80 31/4 38 76 ✉ morbus.wilson@t-online.de 🌐 www.morbus-wilson.de	Mukoviszidose e.V. Bundesverband Selbsthilfe bei Cystischer Fibrose (CF) In den Daunen 6 53117 Bonn ☎ 02 28/9 87 80-0 ☎ 02 28/9 87 80-77 ✉ info@muko.info 🌐 www.muko.info
NCL-Gruppe Deutschland e.V. Am Waldbach 23 32339 Espelkamp ☎ 0 57 71/32 55 ☎ 0 57 71/60 72 21 ✉ vorsitzender@ncl-deutschland.de 🌐 www.ncl-deutschland.de	Netzwerk Hypophysen- & Nebennierenkrankungen e.V. Waldstraße 34 91054 Erlangen ☎ 0 91 31/81 50 46 ☎ 0 91 31/81 50 47 ✉ netzwerk-erlangen@glandula-online.de 🌐 www.glandula.de	Phoenix Deutschland Hilfe für Brandverletzte e.V. Dorfstraße 12 19273 Amt Neuhaus - Sückau ☎ 03 88 41/6 11 80 ☎ 03 88 41/6 11 81 ✉ ikoch@phoenix-deutschland.de 🌐 www.phoenix-deutschland.de
Pro Retina Deutschland e.V. (PRDV) Selbsthilfe Vereinigung von Menschen mit Netzhautdegenerationen Vaalser Straße 108 52074 Aachen ☎ 02 41/87 00 18 ☎ 02 41/87 39 61 ✉ pro-retina@t-online.de 🌐 www.pro-retina.de	Pulmonale Hypertonie (PH) e.V. Wormser Straße 20 76287 Rheinstetten ☎ 07 21/35 28-3 81 ☎ 07 21/35 28-8 80 ✉ info@phev.de 🌐 www.phev.de	Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. Deutsche Wachkoma Gesellschaft Bayreuther Straße 33 92224 Amberg ☎ 0 96 21/6 36 66 ☎ 0 96 21/6 36 63 ✉ zentrale@schaedel-hirnpatienten.de 🌐 www.schaedel-hirnpatienten.de
Schilddrüsen Liga Deutschland e.V. Evang. Krankenhaus Bad Godesberg Waldstraße 73 53177 Bonn ☎ 02 28/3 86 90 60 ☎ ✉ info@schilddruesenliga.de 🌐 www.schilddruesenliga.de	Schutzverband für Impfgeschädigte e.V. Beethovenstraße 27 58840 Plettenberg ☎ 0 23 91/1 06 26 ☎ 0 23 91/60 93 66 ✉ SFI-EV@t-online.de 🌐 www.impfschutzverband.de	Selbsthilfe Ichthyose e.V. Straße der Einheit 5 d 15749 Mittenwalde ☎ 03 37 64/2 04 57 ☎ 03 37 64/2 04 59 ✉ selbsthilfe@ichthyose.de 🌐 www.ichthyose.de

Selbsthilfegruppe für PXE-Erkrankte Deutschlands 1999 e.V.

Bismarckweg 21 - c/o Peter Hof
57258 Freudenberg
☎ 0 27 34/43 78 22
☎ 0 27 34/43 78 23
✉ hofpxe@t-online.de
🌐 www.pxe-groenblad.de

Selbsthilfegruppe Glykogenose Deutschland e.V.

c/o Gerda Kalle-Menne
Birkenbusch 11
45770 Marl
☎ 0 23 65/93 14 06
☎ 0 23 65/93 14 07
✉ g.kalle-menne@glykogenose.de
🌐 www.glykogenose.de

Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen-Fehlbildungen e.V.

Wolfgang Rosenthal Gesellschaft
Hauptstraße 184
35625 Hüttenberg
☎ 0 64 03/55 75
☎ 0 64 03/92 67 27
✉ wrg-huettenberg@t-online.de
🌐 www.lkg-selbsthilfe.de

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

Am Wollhaus 2
74072 Heilbronn
☎ 0 71 31/3 90 24 25
☎ 0 71 31/3 90 24 26
✉ sklerodermie@t-online.de
🌐 www.sklerodermie-selbsthilfe.de

Verein für von der von-Hippel-Lindau-Erkrankung betroffene Familien e.V.

Rembrandtstraße 2
49716 Meppen
☎ 0 59 31/92 95 52
☎ 0 59 31/92 91 36
✉ info@hippel-lindau.de
🌐 www.hippel-lindau.de

Von Recklinghausen /Gesellschaft e.V. Bundesverband Neurofibromatose

Martinstraße 52/Haus O 54
20246 Hamburg
☎ 0 40/46 09 24 14
☎ 0 40/5 27 74 62
✉ info@von-recklinghausen.org
🌐 www.von-recklinghausen.org

Ausgewählte Institutionen**Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.**

Friedrichstraße 60
10117 Berlin
☎ 0 30/2 40 08 99-0
☎ 0 30/2 40 08 99-30
✉ post@bdpk.de
🌐 www.bdpk.de

Bundesverband NeuroRehabilitation (BRN) e.V.

Waldstraße 2 - 10
53177 Bonn
☎ 02 28/3 81-2 26
☎ 02 28/3 81-6 40
✉ r.radzuweit@bv-neuroreha.de
🌐 www.bv-neuroreha.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
☎ 02 21/89 92-0
☎ 02 21/89 92-3 00
✉ poststelle@bzga.de
🌐 www.bzga.de

DEGEMED e.V.

Fasanenstraße 5
10623 Berlin
☎ 0 30/28 44 96-6
☎ 0 30/28 44 96-70
✉ degemed@degemed.de
🌐 www.degemed.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

Zeltinger Straße 9
50969 Köln
☎ 02 21/51 10 02
☎ 02 21/52 99 03
✉ dgsp@psychiatrie.de
🌐 www.psychiatrie.de

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V.

Friedrich-Ebert-Ring 38
56068 Koblenz
☎ 02 61/30 92 31
☎ 02 61/30 92 32
✉ info@dgpr.de
🌐 www.dgpr.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.

Westenwall 4
59065 Hamm
☎ 0 23 81/9 01 50
☎ 0 23 81/90 15-30
✉ info@dhs.de
🌐 www.dhs.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Straße des 17. Juni 106 - 108
10623 Berlin
☎ 0 30/3 22 93 29 00
☎ 0 30/3 22 93 29 66
✉ service@krebsgesellschaft.de
🌐 www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32
53113 Bonn
☎ 02 28/7 29 90-0
☎ 02 28/7 29 90-11
✉ deutsche@krebshilfe.de
🌐 www.krebshilfe.de

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)

Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg
☎ 0 62 21/187 901-0
☎ 0 62 21/16 60 09
✉ info@dvfr.de
🌐 www.dvfr.de

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Kaiserstraße 42
55116 Mainz
☎ 0 61 31/22 24 22
☎ 0 61 31/22 24 58
✉ info@dvsg.org
🌐 www.dvsg.org

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Michaelkirchstraße 17/18
10179 Berlin
☎ 0 30/6 29 80-0
☎ 0 30/6 29 80-1 50
✉ info@deutscher-verein.de
🌐 www.deutscher-verein.de

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3
53175 Bonn
☎ 02 28/26 15 55
☎ 02 28/21 58 85
✉ sucht@sucht.de
🌐 www.sucht.de

FORUM GEHIRN e.V.

Märkisches Ufer 28
10149 Berlin
☎ 07 00/77 08 80 90
☎ 0 30/27 87 84 59
✉ mail@forum-gehirn.de
🌐 www.forum-gehirn.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

An der Pauluskirche 3
50677 Köln
☎ 02 21/93 18 47-0
☎ 02 21/93 18 47-6
✉ info@kda.de
🌐 www.kda.de

**REHADAT - Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation
Institut der Deutschen Wirtschaft Köln**
Gustav-Heinemann-Ufer 84 - 88
50968 Köln
☎ 02 21/49 81-8 12
☎ 02 21/49 81-8 55
✉ info@rehadat.de
🌐 www.rehadat.de

**SRH Holding
(vormals:Stiftung Rehabilitation Heidelberg)**
Bonhoefferstraße 1
69123 Heidelberg
☎ 0 62 21/82 23-0
☎ 0 62 21/82 23-1 21
✉ info@srh.de
🌐 www.srh.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
Carl-Miele-Straße 210
33311 Gütersloh
☎ 0 18 05/09 30 93
☎ 0 18 05/09 40 94
✉ info@schlaganfall-hilfe.de
🌐 www.schlaganfall-hilfe.de

ZNS - Hannelore Kohl Stiftung
Rochusstraße 24
53123 Bonn
☎ 02 28/97 84 50
☎ 02 28/9 78 45 55
✉ info@hannelore-kohl-stiftung.de
🌐 www.hannelore-kohl-stiftung.de

Ansprechpartner auf europäischer Ebene

**Europäische Kommission
GD Beschäftigung, soziale
Angelegenheiten
und Chancengleichheit**
Direktion G -Querschnittsaufgaben
und Internationale Fragen
Referat G 3 - Eingliederung von
Menschen mit Behinderung
1049 Brüssel
☎ 00 32-2/2 95 84 95
☎ 00 32-2/2 95 10 12
✉ empl-info@ec.europa.eu
🌐 ec.europa.eu

Europarat
Avenue de l' Europe
67075 Strasbourg Cedex
☎ 00 33/3 88 41 20 33
☎ 00 33/3 88 41 27 45
✉ infopoint@coe.int
🌐 www.coe.int

**Europavertretung der
Deutschen Sozialversicherung (ESIP)**
Rue d' Arlon 50
1000 Brüssel
☎ 00 32-2/2 82 05 60
☎ 00 32-2/2 30 77 73
✉ dsv@esip.org
🌐 www.esip.org

European Disability Forum (EDF)
39 - 41, Rue de Commerce
1000 Brüssel
☎ 00 32-2/2 82 46 00
☎ 00 32-2/2 82 46 09
✉ secretariat@edf-feph.org
🌐 www.edf-feph.org

**Rehabilitation International Europa
(RI-Europe)**
c/o European Platform for
Rehabilitation (EPR)
Rue de Spa
1000 Brüssel
☎ 0 01/21 24 20 15 00
☎ 0 01/21 25 05 08 71
✉ ri@riglobal.org
🌐 www.riglobal.org

**Vertretung der Europäischen
Kommission
in Deutschland**
Unter den Linden 78
10117 Berlin
☎ 0 30/22 80-20 00
☎ 0 30/22 80-22 22
✉ eu-de-kommission@ec.europa.eu
🌐 www.eu-kommission.de

Anschriften der Beauftragten für die Belange von Menschen

**Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange behinderter Menschen**
Frau MdB Karin Evers-Meyer
Mauerstraße 53
10117 Berlin
☎ 0 18 88/5 27 29 44
☎ 0 18 88/5 27 18 71
✉ info@behindertenbeauftragte.de
🌐 www.behindertenbeauftragte.de

**Behindertenbeauftragter des
Landes Baden-Württemberg
Ministerium für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg**
Herrn Staatssekretär Dieter MdL
Hillebrand
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart
☎ 07 11/1 23-35 45
☎ 07 11/1 23-39 88
✉ dieter.hillebrand@sm.bwl.de
🌐 www.sozialministerium-baden-
wuerttemberg.de

**Behindertenbeauftragte der
Bayerischen Staatsregierung**
Frau Irmgard Badura
Winzerer Straße 9
80797 München
☎ 0 89/12 61-27 99
☎ 0 89/12 61-24 53
✉ Behindertenbeauftragte@
stmas.bayern.de
🌐 www.behindertenbeauftragte.
bayern.de

**Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung des Landes Berlin
Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales**

Herrn Martin Marquard
Oranienstraße 106
10969 Berlin
☎ 0 30/90 28-29 17
☎ 0 30/90 28-21 66
✉ martin.marquard@senias.verwalt-berlin.de
🌐 www.berlin.de/behindertenbeauftragter

**Beauftragter der Landesregierung für die Belange behinderter Menschen
Brandenburg**

c/o Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie
Herrn Rainer Kluge
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam
☎ 03 31/8 66-52 41
☎ 03 31/8 66-52 09
✉ rainer.kluge@masgf.brandenburg.de
🌐 www.masgf.brandenburg.de

Landesbehindertenbeauftragter des Landes Bremen

c/o Bremische Bürgerschaft
Herrn Dr. Hans-Joachim Steinbrück
Am Markt 20
28195 Bremen
☎ 04 21/3 61-1 81 81
☎ 04 21/3 61-1 81 84
✉ Joachim.Steinbrueck@Behindertenbeauftragter.Bremen.de
🌐 www.behindertenbeauftragter.bremen.de

Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen der Freien und Hansestadt Hamburg

Frau antje Blumenthal
Osterbekstraße 96
22083 Hamburg
☎ 0 40/4 28 63-57 25
☎ 0 40/4 28 63-57 27
✉ behindertengleichstellung@bsg.hamburg.de
🌐 www.Gleichstellung-Behinderte.hamburg.de

**Beauftragter der Hessischen Landesregierung für behinderte Menschen
Hessisches Ministerium des Inneren und für Sport**

Herrn Friedel Rinn
Friedrich-Ebert-Allee 12
65185 Wiesbaden
☎ 06 11/3 53-14 17
☎ 06 11/3 53-16 99
✉ petra.schmidt@hmdi.hessen.de
🌐 www.behindertenbeauftragter.hessen.de

Bürgerbeauftragter des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Bernd Schubert
Schloßstraße 1
19053 Schwerin
☎ 03 85/5 25-27 09
☎ 03 85/5 25-27 44
✉ post@buergerbeauftragter-mv.de
🌐 www.buergerbeauftragter-mv.de

Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderungen des Landes Niedersachsen

Herrn Karl Finke
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover
☎ 05 11/1 20-40 07
☎ 05 11/1 20-42 90
✉ karl.finke@ms.niedersachsen.de
🌐 www.behindertenbeauftragter-niedersachsen.de

**Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen**

Frau Angelika Gemkow
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
☎ 02 11/8 55-30 08
☎ 02 11/8 55-30 37
✉ lbb@mags.nrw.de
🌐 www.lbb.nrw.de

**Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz**

Herrn Ottmar Miles-Paul
Bauhofstraße 9
55116 Mainz
☎ 0 61 31/16-53 42
☎ 0 61 31/16-17 53 42
✉ lb@masgff.rlp.de
🌐 www.behindertenbeauftragter.rlp.de

Landesbeauftragter für die Belange von Menschen mit Behinderung im Saarland

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Herrn Wolfgang Gütlein
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken
☎ 06 81/5 01-32 53
☎ 06 81/5 01-45 92
✉ w.guetlein@justiz-soziales.saarland.de
🌐 www.soziales.saarland.de/16577.htm

Beauftragter der Sächsischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Herrn Stephan Pöhler
Albertstraße 10
01097 Dresden
☎ 03 51/5 64-59 20
☎ 03 51/5 64-59 24
✉ Poehler@beauftragter.sms.sachsen.de
🌐 www.soziales.sachsen.de/4674.html

**Beauftragter der Landes Sachsen-Anhalt für die Belange behinderter Menschen
Ministerium für Gesundheit und Soziales**

Herrn Adrian Maerevoet
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
☎ 03 91/5 67-4564
☎ 03 91/5 67-4052
✉ behindertenbeauftragter@ms.sachsen-anhalt.de
🌐 www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=5710

**Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung
Schleswig-Holstein**

Herrn Dr. Ulrich Hase
Karolinenweg 1
24105 Kiel
☎ 04 31/9 88-16 20
☎ 04 31/9 88-16 21
✉ LB@landtag.ltsh.de
🌐 www.behindertenbeauftragter.schleswig-holstein.de

**Beauftragter für Menschen mit Behinderungen beim
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit**

Herrn Dr. Paul Brockhausen
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt
☎ 03 61/37 98-7 61
☎ 03 61/37 98-8 26
✉ BrockhausenP@tmsfg.thueringen.de
🌐 www.thueringen.de/de/bb