

Berufstätig sein mit einem behinderten Kind

Wegweiser für Mütter mit besonderen Herausforderungen

von Katja Kruse



cfrauen
mit besonderen Herausforderungen

bvkm.
Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.

BERUFSTÄTIG SEIN MIT EINEM BEHINDERTEN KIND
Wegweiser für Mütter mit besonderen Herausforderungen
von Katja Kruse

Herausgeber:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V.
Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf
Tel. 02 11/64 00 4 - 0, Fax: 02 11/64 00 4 - 20
Email: info@bvkm.de
www.bvkm.de

März 2015

Gestaltung: Maya Hässig, Köln
Druck: reha gmbh, DruckCenter Saarbrücken

Die Erarbeitung des Rechtsratgebers erfolgte im Projekt "Wiedereinstieg mit besonderen Herausforderungen". Es wurde im Rahmen des Aktionsprogramms "Perspektive Wiedereinstieg" gefördert vom



Gefördert nach § 20c SGB V von der



Liebe Leserinnen und Leser, liebe Mütter und liebe Väter,

Kinder mit Behinderung brauchen förderliche Bedingungen in ihren Familien. Die Annahme des Kindes mit seiner Behinderung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür. Das gelingt am ehesten, wenn die Mutter und der Vater ein erfülltes Leben führen können. Dazu gehören auch die Verwirklichung eigener Lebensvorstellungen, eine eigene Berufstätigkeit, materielle Sicherheit und finanzielle Unabhängigkeit. Voraussetzung dafür wiederum ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, bei der sich in Familien von Kindern mit Behinderungen die ohnehin vorhandenen Schwierigkeiten noch verschärfen. Nach wie vor sind es generell und auch in diesen Familien die Frauen, die den überwiegenden Teil der Familienaufgaben übernehmen.

Im Jahr 2006 haben sich Mütter im Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) in der Mütterwerkstatt zusammengeschlossen, um auf ihre besondere Situation aufmerksam zu machen, Forderungen im Verband laut zu formulieren und sich gegenseitig zu unterstützen. Selbsthilfe pur. Mittlerweile wurden Bundesfrauenversammlung und Bundesfrauenvertretung als Gremien der Interessenvertretung der Frauen in der Satzung des Bundesverbandes verankert. Auch ist der bvkm Mitglied im Deutschen Frauenrat geworden. Parallel unterstützt der bvkm zur Stärkung der Selbstvertretung und Selbsthilfe den Zusammenschluss von Müttern behinderter Kinder in lokalen Frauengruppen, verwaltet eine Mailingliste, in der sich Mütter bundesweit per Email über ihre Anliegen und Erfahrungen austauschen können, und entwickelt Angebote, die die Frauen in ihrer individuellen Situation unterstützen.

Auf diese Weise ist im Jahr 2013 die Idee zum Projekt „Wiedereinstieg mit besonderen Herausforderungen“ entstanden, das dank der Förderung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Perspektive Wiedereinstieg“ auch umgesetzt werden konnte. Durch mehrere Projektbausteine wurden die besonderen Lebenslagen der Mütter von behinderten Kindern deutlich gemacht, der Erfahrungsaustausch untereinander gefördert und die Anliegen der Frauen in die Öffentlichkeit getragen. In diesem Zusammenhang ist auch der Inhalt des vorliegenden Rechtsratgebers erarbeitet worden, den wir nun dank der Förderung der Barmer GEK auch als Druckversion anbieten können.

Der Ratgeber richtet sich direkt an Frauen mit besonderen Herausforderungen. Doch dem bvkm ist wohl bewusst, dass auch viele Väter Antworten auf Fragen der Vereinbarkeit suchen. Auch wenn sie nicht direkt adressiert sind, sind die in diesem Ratgeber zusammengestellten Informationen für ihre Situation ebenso nützlich. Der Rechtsratgeber stellt zum Themenkomplex Vereinbarkeit von Beruf und Familie die Gesetzeslage und die Leistungsansprüche dar und leistet damit einen wichtigen Beitrag auf dem Weg zum Wiedereinstieg in den Beruf, wenn nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung die Erwerbstätigkeit unterbrochen wurde.

Wie für alle Informationsschriften gilt auch hier, dass sie ein persönliches Beratungsgespräch und den Austausch mit anderen Eltern nicht ersetzen kann. Der bvkm engagiert sich in vielfältiger Weise für Familien mit einem behinderten Kind und für alle, die mit einem Kind mit Behinderung zusammenleben. Wir laden Sie herzlich ein, unsere Angebote der Selbsthilfe zu nutzen und sie mit uns weiter auszubauen. Glück kann man teilen – Sorgen auch. Jede Situation ist individuell, aber manches Glück und manche Sorgen betreffen viele Familien, in denen Kinder mit Behinderungen leben, gleichermaßen. Im Bundesverband und sicher auch bei unseren regionalen Organisationen sind Sie herzlich willkommen. Sie werden sehen: Die Dinge in die eigene Hand zu nehmen, mitzugestalten, anderen zu helfen und von den eigenen Erfahrungen profitieren zu lassen, das gibt Freude und Befriedigung und bringt einen selbst voran.

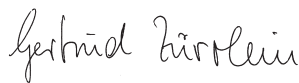
Ihnen und Ihrer Familie alles Gute.

Ihre



Helga Kiel

Vorsitzende des bvkm



Gertrud Zurrlein

Vorsitzende der Bundesfrauenvertretung

Inhalt

I) Zeit für mich - Entlastungsmöglichkeiten für Mütter

1. Leistungen der Pflegeversicherung 8
2. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen 10
3. Verhinderungspflege 13
4. Kurzzeitpflege 16
5. Hilfe zur Pflege 19

II) Hilfen bei Erkrankung der Mutter

1. Mutter-Kind-Kur 22
2. Haushaltshilfe 24
3. Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen 26

III) Gut versorgt im Kindergarten

1. Kindergärten 29
2. Assistenz 29
3. Häusliche Krankenpflege 32
4. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 33

IV) Hilfen während der Schulzeit

1. Schulformen 35
2. Assistenz 35
3. Nachmittagsbetreuung im Hort/in der Schule 37
4. Häusliche Krankenpflege 42
5. Schulferien 42
6. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 44

V) Unterstützung, wenn das Kind erwachsen ist

1. Werkstatt und Tagesförderstätte 45
2. Häusliche Krankenpflege 46
3. Freizeit 48
4. Urlaub 50
5. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 50

VI) Ein neues Zuhause – Hilfen, wenn Kinder nicht bei den Eltern leben

1. Nicht eingeschulte Kinder im Wohnheim 52
2. Schulkinder im Internat 53
3. Erwachsene Kinder im Wohnheim/im ambulant betreuten Wohnen 55
4. Leistungen der Pflegeversicherung am Wochenende 56

VII) Weitere Hilfen

1. Familienpflegezeitgesetz 58
2. Pflegezeitgesetz 60
3. Unfallversicherungsschutz und Rente für Pflegepersonen 62
4. Pflegepauschbetrag 63
5. Steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten 64
6. Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen 65

VIII) Gesetzestexte

1. SGB XI: Recht der Sozialen Pflegeversicherung ... 66
2. SGB V: Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung 71
3. SGB VIII: Recht der Kinder- und Jugendhilfe 74
4. SGB XII: Recht der Sozialhilfe 75
5. Eingliederungshilfeverordnung 77
6. SGB IX: Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 77
7. Familienpflegezeitgesetz 79
8. Pflegezeitgesetz 81
9. Einkommensteuergesetz 83

- Broschürentipps** 85

Vorbemerkung

Viele Mütter möchten nach der Geburt ihres Kindes möglichst schnell wieder ins Berufsleben zurückkehren. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist nicht immer leicht. Wird mein Kind gut betreut? Geht die Lehrerin auf seine individuellen Stärken und Schwächen ein? Was ist, wenn mein Kind krank ist und den Kindergarten nicht besuchen kann? Das sind Befürchtungen, die alle berufstätigen Mütter kennen. Für Mütter mit einem behinderten Kind treten weitere Sorgen und Herausforderungen hinzu. Was ist, wenn mein Kind in der Schule zusätzliche Unterstützung zur Bewältigung des Alltags benötigt? Wer kümmert sich in dieser Zeit um die medizinische Versorgung? Wie überbrücke ich die Ferienzeiten? Und schließlich: Wie kann ich sicherstellen, dass auch noch Zeit für mich und meine Bedürfnisse bleibt?

Auf diese und andere Fragen möchte der vorliegende Wegweiser Antworten geben. Er ist als Orientierungshilfe für berufstätige Mütter mit einem behinderten Kind gedacht und macht deutlich, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Mütter behinderter Kinder in vielerlei Hinsicht erschwert ist. Viele Errungenschaften der letzten Jahre, wie die zuverlässige Nachmittags- und Ferienbetreuung von Schulkindern, die für viele berufstätige Mütter heute selbstverständlich sind, bleiben behinderten Kindern häufig versagt. Gerade die Ferienzeit ist deshalb für Mütter behinderter Kinder Stresszeit.

Fast alle Hilfen, die der Ratgeber aufzeigt, sind nicht speziell darauf ausgerichtet, Müttern behinderter Kinder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern. Vielmehr ist dies bei den meisten Leistungen nur einer von mehreren Nebeneffekten. Frauen mit behinderten Kindern haben Anspruch auf eine Perspektive jenseits des Kindes, zu der auch die Verwirklichung im Beruf gehört. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, dies bei der Ausgestaltung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen künftig stärker zu berücksichtigen.

Düsseldorf im Januar 2015

Katja Kruse

Abkürzungsverzeichnis

Az.	Aktenzeichen
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
bvkm	Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
EinglH-VO	Eingliederungshilfe-Verordnung
EStG	Einkommensteuergesetz
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
FuD	Familienunterstützender Dienst
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OGS	Offene Ganztagschule
OVG	Oberverwaltungsgericht
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
SG	Sozialgericht
SGB V	Sozialgesetzbuch 5 (Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung)
SGB VIII	Sozialgesetzbuch 8 (Recht der Kinder- und Jugendhilfe)
SGB IX	Sozialgesetzbuch 9 (Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB XI	Sozialgesetzbuch 11 (Recht der Sozialen Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch 12 (Recht der Sozialhilfe)

Hinweis

Der Inhalt des Merkblattes wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein. Die Autorin kann deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernehmen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen.

I) ZEIT FÜR MICH – ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR MÜTTER

Fallbeispiel:

Claudia und Paul Lewandowski leben in M-Stadt. Sie sind verheiratet und haben zwei Kinder. Ihr Sohn Moritz ist zwölf Jahre alt, geht in die siebte Klasse eines Gymnasiums und spielt zweimal die Woche Fußball und einmal die Woche Tischtennis. Ihre Tochter Anna ist neun Jahre alt und besucht die vierte Klasse einer Förderschule für körperliche und motorische Entwicklung. Anna hat die Pflegestufe 2 und benötigt einen Rollstuhl. Claudia arbeitet als Versicherungskauffrau. Ihr Mann Paul ist Bankangestellter. Er bringt Moritz regelmäßig nachmittags zum Training, während sich Claudia meistens nach der Schule um Anna kümmert. Claudia möchte gerne einmal ein Wochenende mit Paul alleine wegfahren und abends mit ihm gemeinsam ins Kino gehen. Auch muss sie dringend selbst ein paar Arzttermine wahrnehmen. Doch wer kümmert sich in dieser Zeit um Anna? Hier können die Leistungen der Pflegeversicherung für Entlastung sorgen.

1. Leistungen der Pflegeversicherung

Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind, können bei Pflegebedürftigkeit Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei täglichen Verrichtungen (z.B. bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) in einem bestimmten Zeitumfang Hilfe benötigen.

Werden pflegebedürftige Menschen zuhause gepflegt, können sie entweder Pflegesachleistung oder Pflegegeld beanspruchen. Pflegesachleistung heißt, dass professionelle Pflegekräfte die Versorgung übernehmen. Dies geschieht in der Regel durch einen zugelas-

senen ambulanten Pflegedienst. Anstelle der Sachleistung kann der pflegebedürftige Mensch aber auch Pflegegeld beantragen, wenn er damit in geeigneter Weise seine Pflege selbst sicherstellen kann, beispielsweise indem er sich durch Angehörige betreuen lässt. Das Pflegegeld steht dem pflegebedürftigen Menschen zu, der es an die Pflegeperson als finanzielle Anerkennung weitergeben kann.

In welcher Höhe Pflegebedürftige Pflegegeld oder Pflegesachleistung beanspruchen können, hängt vom zeitlichen Umfang ihres täglichen Hilfebedarfs ab. Die Pflegeversicherung unterscheidet insoweit drei Stufen der Pflegebedürftigkeit. Ausschlaggebend für die Höhe des Anspruchs ist ferner, ob ein pflegebedürftiger Mensch in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Pflegestufe 1 oder 2 haben, bekommen höheres Pflegegeld und höhere Pflegesachleistungen. Außerdem erhalten Versicherte, die zu diesem Personenkreis zählen, auch dann Pflegegeld und Pflegesachleistungen, wenn ihr Pflegebedarf nicht den relevanten zeitlichen Umfang der Stufe 1 erreicht (sogenannte Pflegestufe 0). Die Feststellung, ob die Alltagskompetenz eines Menschen eingeschränkt ist, richtet sich danach, ob bestimmte im Gesetz benannte Fähigkeitsstörungen, wie zum Beispiel eine Tendenz zum Weglaufen, zu aggressivem Verhalten oder das Verkennen gefährdender Situationen, vorliegen. Dies ist häufig bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zu bejahen. Bereits bei Kindern kann eine Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegen, wenn sie im Vergleich zu einem gleichaltrigen, alters-

entsprechend entwickelten Kind Fähigkeitsstörungen aufweisen. Die Prüfung, welche Pflegestufe im Einzelfall vorliegt und ob eine Einschränkung der Alltagskompetenz gegeben ist, erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Im Ergebnis muss also bei der Pflegesachleistung und beim Pflegegeld zwischen pflegebedürftigen Menschen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz und solchen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unterschieden werden.

Pflegesachleistung:

Pflegestufe	Pflegebedürftige <i>ohne</i> eingeschränkte Alltagskompetenz monatlich bis zu	Pflegebedürftige <i>mit</i> eingeschränkter Alltagskompetenz monatlich bis zu
0	kein Anspruch	231 Euro
1	468 Euro	689 Euro
2	1.144 Euro	1.298 Euro
3	1.612 Euro	1.612 Euro
In Härtefällen erhalten Pflegebedürftige der Stufe 3 Sachleistungen von bis zu 1.995 Euro.		

Pflegegeld:

Pflegestufe	Pflegebedürftige <i>ohne</i> eingeschränkte Alltagskompetenz monatlich	Pflegebedürftige <i>mit</i> eingeschränkter Alltagskompetenz monatlich
0	kein Anspruch	123 Euro
1	244 Euro	316 Euro
2	458 Euro	545 Euro
3	728 Euro	728 Euro

Sachleistung und Pflegegeld können auch kombiniert in Anspruch genommen werden (sogenannte Kombinationsleistung). Das Pflegegeld wird in diesem Fall um den Prozentsatz gemindert, zu dem von der Pflegeversicherung Sachleistungen erbracht werden.

Fallbeispiel:

Die MDK-Prüfung hat ergeben, dass Anna einen Pflegebedarf mit dem Zeitumfang der Pflegestufe 2 hat. Außerdem hat der MDK festgestellt, dass Anna gefährdende Situationen verkennt, dass sie mit gefährlichen

Gegenständen unsachgemäß umgeht und darüber hinaus nicht in der Lage ist, eigenständig ihren Tagesablauf zu planen und zu strukturieren. Es steht somit fest, dass Anna in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist.

Annas Eltern kümmern sich selbst um die Pflege ihrer Tochter. Als Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhält Anna deshalb von der Pflegekasse ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 545 Euro.

2. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige, die zuhause gepflegt werden, können neben dem Pflegegeld bzw. neben der Pflege-sachleistung einen zusätzlichen Leistungsbetrag für Betreuungs- und Entlastungsleistungen bekommen. Dieser Betrag wird nicht monatlich ausgezahlt, sondern von der Pflegekasse erstattet, wenn der pflegebedürftige Mensch nachweist, dass er bestimmte gesetzlich anerkannte Angebote der Betreuung oder Entlastung in Anspruch genommen hat. Für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, die die Pflegestufe 1, 2 oder 3 haben, beläuft sich der zusätzliche Leistungsbetrag auf 104 Euro im Monat. Bei Menschen, die die Pflegestufe 0, 1, 2 oder 3 haben und erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, sieht das Gesetz eine abgestufte Leistung vor. Während Personen mit einem geringen allgemeinen Betreuungsbedarf bis zu 104 Euro monatlich ersetzt bekommen, beläuft sich der Erstattungsbetrag für Personen mit einem erhöhten allgemeinen Betreuungsbedarf auf bis zu 208 Euro im Monat.

Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen für bestimmte Betreuungs- und Entlastungsangebote, die im Gesetz im Einzelnen aufgelistet sind. Hierzu zählen Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege. Aufwendungen für besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung, wie zum Beispiel gemeinsames Lesen, Spielen, Kochen oder Begleitung bei Spaziergängen, können ebenfalls erstattet werden. Auch darf der Betrag für Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung, wie zum Beispiel Hilfe bei Reinigungsarbeiten und der Wäschepflege, verwendet werden. Als Entlastungsangebote kommen ferner Hilfen bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben, wie zum Beispiel Umgang mit Behörden oder Begleitung zum Einkauf sowie die organisatorische, beratende und emotionale Unterstützung pflegender Angehöriger, in Betracht. Familienunterstützende Dienste (FuD) und Betreuungsgruppen, die eine entsprechende Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht haben, dürfen

die genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen ebenfalls erbringen und abrechnen. Die Pflegedienste und FuDs bieten sowohl Gruppen- als auch Einzelbetreuung an. Nicht abrechnungsfähig sind Leistungen der Grundpflege.

Aufwendungen für die Betreuung durch Angehörige, Verwandte und Personen aus der Nachbarschaft oder dem Freundeskreis des pflegebedürftigen Menschen können nicht durch den zusätzlichen Leistungsbetrag ersetzt werden.

Fallbeispiel:

Jeden dritten Mittwoch im Monat bietet der FuD eines in M-Stadt ansässigen Vereins der Behindertenhilfe nachmittags einen Trommelkurs für Kinder mit Behinderung an. Der Kurs dauert drei Stunden und kostet 50 Euro. Bei demselben FuD kann man einzelne Helferinnen und Helfer für die Betreuung zuhause buchen. Für die Einzelbetreuung berechnet der FuD 18 Euro pro Stunde.

Anna, die aufgrund ihres erhöhten allgemeinen Betreuungsaufwandes 208 Euro monatlich an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen beanspruchen kann, nimmt im Mai am Trommelkurs teil (Kosten: 50 Euro). An zwei weiteren Nachmittagen im Mai kommt die beim FuD beschäftigte Betreuerin Imke Neuner für jeweils drei Stunden zu Familie Lewandowski nach Hause (Kosten: 2 x 3 Stunden x 18 Euro/ Stunde = 108 Euro). Sie geht mit Anna auf den Spielplatz, spielt mit ihr Playmobil oder liest ihr aus ihren Lieblingsbüchern vor. Diese Zeit nutzt Claudia Lewandowski, um in die Sauna zu gehen und Sport zu treiben. Der FuD hat mit Frau Lewandowski vereinbart, dass er die erbrachten Betreuungsleistungen in Höhe

von insgesamt 158 Euro direkt mit Annas Pflegekasse abrechnet. Obwohl es sich bei den zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen eigentlich um einen Erstattungsbetrag handelt, muss Frau Lewandowski für diese Kosten also nicht in Vorleistung treten.

Wird der zusätzliche Leistungsbetrag in einem Kalenderjahr nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen, kann er in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden und muss dann bis spätestens zum 30. Juni aufgebraucht werden.

Fallbeispiel:

Im Jahr 2015 stehen Anna zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von insgesamt 2.496 Euro zu (12 Monate x 208 Euro). Nimmt sie lediglich Leistungen im Wert von 1.800 Euro in Anspruch, kann sie sich den Restbetrag von 696 Euro ins nächste Kalenderhalbjahr übertragen lassen und muss ihn bis zum 30. Juni 2016 verbrauchen.

Eine zusätzliche Möglichkeit, die oben genannten Betreuungs- und Entlastungsangebote zu finanzieren, bietet das sogenannte Sachleistungsbudget. Es erlaubt Versicherten, die ihren Anspruch auf Pflegesachleistung nicht voll ausschöpfen, den nicht genutzten Betrag für Angebote der Betreuung und Entlastung zu verwenden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Außerdem dürfen nur maximal 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrages in dieser Form eingesetzt werden. Machen Versicherte von dieser Möglichkeit Gebrauch, verringert sich ihr Anspruch auf Pflegesachleistung um einen entsprechenden Betrag.

Fallbeispiel:

Als Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz kann Anna entweder Pflegegeld in Höhe von monatlich 545 Euro oder Pflegesachleistungen in Höhe von monatlich bis zu 1.298 Euro beziehen. Sie kann auch beide Leistungen miteinander kombinieren, also zum Beispiel zu 20 Prozent Pflegegeld (= 109 Euro) und zu 80 Prozent Pflegesachleistung (= 1.038,40 Euro) in Anspruch nehmen. Außerdem hat Anna die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent ihrer Pflegesachleistung (= 519,20 Euro) für Angebote der Betreuung und Entlastung zu nutzen (sogenanntes Sachleistungsbudget). Da die Pflegesachleistung grundsätzlich nur bei zugelassenen ambulanten Pflegediensten abgerufen kann, eröffnen sich durch das Sachleistungsbudget, das zum Beispiel

für Angebote von FuDs und Betreuungsgruppen eingesetzt werden kann, weitere Handlungsspielräume für Pflegebedürftige.

Anna und ihre Eltern entscheiden sich dafür, das Pflegegeld ab Dezember 2015 nur noch zu 70 Prozent (= 381,50 Euro) in Anspruch zu nehmen. Damit steht Anna ein Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von 30 Prozent (= 389,40 Euro) zu. Diesen Betrag setzt Anna als Pflegesachleistungsbudget für Angebote der Betreuung und Entlastung ein. Insgesamt stehen ihr pro Monat für diese Angebote also jetzt Mittel in Höhe von 597,40 Euro (208 Euro (zusätzlicher Leistungsbetrag) plus 389,40 Euro (Sachleistungsbudget)) zur Verfügung.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 45 b SGB XI.

Wo: Die Leistung ist bei der Pflegekasse zu beantragen.

Leistungsvoraussetzungen: Der Anspruch steht Menschen zu, die die Pflegestufe 0, 1, 2 oder 3 haben, erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind und zuhause gepflegt werden. Auch häuslich gepflegte Menschen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, die die Pflegestufe 1, 2 oder 3 haben, können die Leistung beanspruchen.

Höhe: Bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz beläuft sich der zusätzliche Leistungsbetrag je nach Ausmaß des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung auf entweder 104 oder 208 Euro im Monat. Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz können lediglich 104 Euro im Monat beanspruchen. Zusätzlich können maximal 40 Prozent der Pflegesachleistung für Angebote der Betreuung und Entlastung eingesetzt werden (sogenanntes Sachleistungsbudget).

Inhalt: Der Betrag kann nur für bestimmte Angebote der Betreuung und Entlastung verwendet werden. Entsprechende Leistungen bieten zum Beispiel die Familienunterstützenden Dienste und die zugelassenen ambulanten Pflegedienste an.

3. Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse für längstens sechs Wochen (42 Kalendertage) im Jahr eine Ersatzpflege bezahlen (sogenannte Verhinderungspflege). Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Anspruch auf Verhinderungspflege haben Pflegebedürftige, die die Pflegestufe 1, 2 oder 3 haben sowie Versicherte mit Pflegestufe 0, die erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind.

Unabhängig von der Pflegestufe sind die Aufwendungen für Verhinderungspflege auf jährlich bis zu 1.612 Euro begrenzt. Allerdings haben Versicherte die Möglichkeit, ihren Anspruch auf Verhinderungspflege um bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege aufzustocken. Für die Ersatzpflege stehen in diesem Fall maximal 2.418 Euro pro Jahr zur Verfügung. Machen Versicherte von diesem Wahlrecht Gebrauch, verringert sich ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege um einen entsprechenden Betrag.

Die Ersatzpflege kann sowohl durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (zum Beispiel Angehörige) als auch durch ambulante Pflegedienste oder Familienunterstützende Dienste (FuD) erbracht werden. Vor der Inanspruchnahme der Leistung sollte ein schriftlicher Antrag bei der Pflegekasse eingereicht werden. Die Pflegekassen haben hierfür eigene Formulare, in denen Angaben zum Grund der Verhinderung, zum Zeitraum der Verhinderung sowie zur

Ersatzpflegekraft gemacht werden müssen. Nach erfolgter Leistung ist die Rechnung oder der Nachweis über die erbrachte Ersatzpflege bei der Pflegekasse einzureichen.

Verhinderungspflege muss nicht zwingend im Haushalt des pflegebedürftigen Menschen durchgeführt werden. Auch für Ferienaufenthalte in einem Wohnheim für behinderte Menschen oder während einer mehrtägigen Ferienfahrt können pflegebedürftige Menschen Verhinderungspflege erhalten. Bei der Kostenübernahme für Einrichtungen oder Ferienaufenthalte ist jedoch zu beachten, dass die Pflegekasse nur die pflegebedingten Aufwendungen bezahlt. Für die Kosten der Unterkunft, Verpflegung und sozialen Betreuung muss der pflegebedürftige Mensch selbst aufkommen.

Fallbeispiel:

Der Verein für körperbehinderte Menschen in M-Stadt organisiert in den Sommerferien vom 20. bis 27. Juni 2015 (8 Kalendertage) eine Ferienfreizeit für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, an der Anna teilnimmt. Es fahren unter anderem mehrere Helferinnen und Helfer mit, die die Pflege der Teilnehmenden übernehmen. Die Fahrt kostet insgesamt 600 Euro. Davon entfallen 200 Euro auf Unterkunft, Verpflegung und Fahrtkosten und 400 Euro auf die Kosten der Pflege. Die 400 Euro lässt sich Annas Mutter von der Pflegekasse im Rahmen der Verhinderungspflege erstatten.

Im laufenden Kalenderjahr 2015 besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege von 34 Tagen (42 Kalendertage abzüglich 8 Tage Ferienfreizeit) bzw. in Höhe von 1.212 Euro (1.612 Euro abzüglich 400 Euro).

Während der Verhinderungspflege wird die Hälfte des Pflegegeldes für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Ausgenommen davon sind der erste und letzte Tag der Verhinderungspflege. An diesen Tagen bleibt das Pflegegeld in voller Höhe erhalten.

Fallbeispiel:

Anna bezieht ein monatliches Pflegegeld von 545 Euro. Aufgrund der Ferienfreizeit wird ihr dieses im Juni 2015 in der Zeit vom 1. bis 20. Juni (20 Kalendertage) und in der Zeit vom 27. bis 30. Juni (4 Kalendertage) voll ausgezahlt. Vom 21. bis 26. Juni (6 Kalendertage) erhält sie die Hälfte des Pflegegeldes. Da das Pflegegeld pro Tag 18,17 Euro beträgt (1/30 von 545 Euro), wird Annas Pflegegeld somit im Juni 2015 um 54,51 Euro gekürzt (18,17 Euro x 6 Kalendertage = 109,02 Euro; $109,02 \text{ Euro} : 2 = 54,51 \text{ Euro}$). Insgesamt bezieht Anna somit im Juni 2015 ein Pflegegeld in Höhe von 490,49 Euro (545 Euro abzüglich 54,51 Euro).

Die Leistungen der Verhinderungspflege müssen nicht sechs Wochen am Stück, sondern können auch tage- oder stundenweise über das ganze Jahr verteilt in Anspruch genommen werden. Erfolgt die Ersatzpflege für weniger als acht Stunden am Tag, kann man an diesem Tag das volle Pflegegeld beanspruchen. Ferner findet in diesen Fällen auch keine Anrechnung der Verhinderungspflege auf die Höchstdauer von 42 Tagen statt.

Fallbeispiel:

Am 18. Juli 2015 möchte Claudia Lewandowski mit ihrem Mann Paul an ihrem Hochzeitstag gemeinsam essen gehen. Für die Zeit von 18 bis 23 Uhr (5 Stunden) kommt deshalb eine Betreuerin des FuD, die mit Anna zusammen spielt, ihr beim Essen und Waschen behilflich ist und sie ins Bett bringt. Der FuD berechnet hierfür einen Stundensatz von 18 Euro, insgesamt also 90 Euro.

Da die Ersatzpflege für weniger als 8 Stunden erfolgt, wird Anna das Pflegegeld für den 18. Juli ungekürzt ausgezahlt und eine Anrechnung auf die Höchstdauer der Verhinderungspflege findet nicht statt. Im laufenden Kalenderjahr 2015 besteht daher nach wie vor noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege von 34 Tagen (42 Kalendertage abzüglich 8 Tage Ferienfreizeit). Allerdings findet eine Anrechnung auf den Höchstbetrag der Verhinderungspflege statt. Annas Restanspruch auf Verhinderungspflege für 2015 beläuft sich nunmehr auf 1.122 Euro (1.612 Euro Höchstbetrag abzüglich 400 Euro Ersatzpflege in der Ferienfreizeit abzüglich 90 Euro Ersatzpflege am 18. Juli 2015).

Wird die Verhinderungspflege durch eine Privatperson (also nicht durch einen Pflegedienst oder eine Einrichtung) erbracht, ist es von Bedeutung, ob diese mit der/dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr/ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Für ein pflegebedürftiges Kind besteht eine solche Verwandtschaft zum Beispiel zu seinen Großeltern oder zu seinen Geschwistern. Liegt ein derart nahes Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis vor oder besteht eine häusliche Gemeinschaft mit der Ersatzpflegekraft, geht das Ge-

setz davon aus, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig erfolgt. In diesen Fällen dürfen die Kosten der Verhinderungspflege den Betrag des Pflegegeldes nicht überschreiten. Zusätzlich kann die Pflegekasse notwendige Aufwendungen, wie zum Beispiel Fahrtkosten und Verdienstaufschlag, der Ersatzpflegekraft übernehmen.

Fallbeispiel:

An einem Sonntag im August wollen Annas Eltern gemeinsam wandern gehen. In der Zeit von 9 bis 16 Uhr (7 Stunden) übernimmt deshalb Annas Großmutter Sieglinde Lewandowski die Ersatzpflege. Sieglinde Lewandowski wohnt in der 30 Kilometer entfernten Ortschaft und reist mit dem eigenen Pkw an.

Da Sieglinde Lewandowski bis zum zweiten Grad mit Anna verwandt ist, ist die Kostenübernahme für die Ersatzpflege auf die Höhe des Pflegegeldes beschränkt. Annas Eltern können daher bei der Pflegekasse 19,46 Euro (817,50 Euro Pflegegeld für sechs Wochen Höchstdauer Verhinderungspflege : 42 Tage) geltend machen. Bei der Benutzung eines privaten Pkws können außerdem pro gefahrenen Kilometer 20 Cent als Fahrtkosten erstattet werden. Damit erhalten Annas Eltern zusätzlich 12 Euro (30 Kilometer x 2 x 20 Cent) für die Ersatzpflege.

Weil die Ersatzpflege für weniger als acht Stunden am Tag erfolgt, kann Anna ferner an diesem Tag das volle Pflegegeld beanspruchen.

Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte bzw. Schwäger, Nachbarinnen und Nach-

barn, Bekannte oder durch sonstige Personen geleistet, kann die/der Pflegebedürftige den ausgehandelten Stundenlohn als Kosten der Verhinderungspflege mit der Pflegekasse abrechnen. Die Kosten können durch eine entsprechende Quittung nachgewiesen werden. Zusätzlich zum Stundenlohn können noch gegebenenfalls entstandene Fahrtkosten geltend gemacht werden.

Fallbeispiel:

Über einen Aushang am Schwarzen Brett von Annas Förderschule zum Thema „Biete Betreuung für Kinder mit Behinderung an“ hat Claudia Lewandowski den Sozialpädagogikstudenten Anton Quirlig kennen gelernt. Anna und Anton haben sich auf Anhieb gut verstanden. Sie malen, basteln und kochen gerne zusammen. Anton kommt nun häufig an den Wochenenden für drei Stunden, damit Paul und Claudia ein bisschen Zeit für sich haben. Den mit Anton vereinbarten Stundenlohn von 8,50 Euro rechnen die Eheleute Lewandowski als Verhinderungspflege mit der Pflegekasse ab.

Verhinderungspflege – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 39 SGB XI.

Wo: Die Leistung ist bei der Pflegekasse zu beantragen.

Leistungsvoraussetzungen: Der Anspruch steht Menschen zu, die die Pflegestufe 1, 2 oder 3 haben und zuhause gepflegt werden. Auch Versicherte, mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Pflegestufe 0 haben, können Verhinderungspflege beanspruchen.

Höhe: Es werden für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr unabhängig von der Pflegestufe 1.612 Euro jährlich gezahlt. Der Betrag kann um bis zu 806 Euro aus Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt maximal 2.418 Euro aufgestockt werden. Für die Kurzzeitpflege steht in diesem Fall ein entsprechend geringerer Betrag zur Verfügung.

Inhalt: Der Betrag kann zum Beispiel für die Ersatzpflege durch Bekannte und Verwandte oder Angebote der Familienunterstützenden Dienste verwendet werden.

4. Kurzzeitpflege

Kann die Pflege zeitweise in bestimmten Krisensituationen (zum Beispiel weil die Pflegeperson krank oder im Urlaub ist oder arbeiten muss) nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, haben Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 1, 2 oder 3 sowie Versicherte mit Pflegestufe 0, die erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. In der Regel sind dies Einrichtungen der Altenhilfe, die nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind. In begründeten Einzelfällen können Pflegebedürftige deshalb Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe erhalten.

Auch für Ferienfahrten einiger Reiseveranstalter kann die Kurzzeitpflege genutzt werden. In diesen Fällen sollte aber zuvor mit der Pflegeversicherung die Kostenübernahme geklärt werden.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr sowie einen jährlichen Betrag von 1.612 Euro beschränkt. Allerdings haben Versicherte die Möglichkeit, ihren Anspruch auf Kurzzeitpflege um bis zu 1.612 Euro aus Mitteln der Verhinderungspflege aufzustocken. Für die Kurzzeitpflege stehen in diesem Fall maximal 3.224 Euro pro Jahr zur Verfügung. Parallel dazu kann die Zeit für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von vier auf längstens acht Wochen

ausgeweitet werden. Entscheiden sich Versicherte für die Aufstockung ihrer Kurzzeitpflege, verringert sich ihr Anspruch auf Verhinderungspflege um einen entsprechenden Betrag.

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung kann die/der Pflegebedürftige entweder selbst bezahlen oder von der Pflegeversicherung als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen erstattet bekommen (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 2.).

Fallbeispiel:

Anna hat Pflegestufe 2 und ist in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Während der Herbstferien geht sie vom 2. bis 6. November 2015 (5 Kalendertage) zur Kurzzeitpflege in ein Wohnheim der Behindertenhilfe in M-Stadt. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen im Wohnheim betragen 80 Euro. Die Gesamtkosten hierfür in Höhe von 400 Euro (80 Euro x 5 Kalendertage) übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der Kurzzeitpflege.

Ferner stellt die Einrichtung Annas Eltern für Unterkunft und Verpflegung 23 Euro pro Tag in Rechnung. Den Gesamtbetrag hierfür in Höhe von 115 Euro (23 Euro x 5 Kalendertage) lassen sich Annas Eltern als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen von der Pflegekasse erstatten.

Im laufenden Kalenderjahr 2015 besteht noch ein Restanspruch auf Kurzzeitpflege in Höhe von 1.212 Euro (1.612 Euro abzüglich 400 Euro).

Während der Kurzzeitpflege wird die Hälfte des Pflegegeldes für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Ausgenommen davon sind der erste und letzte Tag der Kurzzeitpflege. An diesen Tagen bleibt das Pflegegeld in voller Höhe erhalten.

Fallbeispiel:

Anna bezieht ein monatliches Pflegegeld von 545 Euro. Aufgrund der Kurzzeitpflege wird ihr dieses im November 2015 in der Zeit vom 1. bis 2. November (2 Kalendertage) und in der Zeit vom 6. bis 30. November (25 Kalendertage) voll ausgezahlt. Vom 3. bis 5. November (3 Kalendertage) erhält sie die Hälfte des Pflegegeldes. Da das Pflegegeld pro Tag 18,17 Euro beträgt (1/30 von 545 Euro), wird Annas Pflegegeld somit im November 2015 um 27,26 Euro gekürzt (18,17 Euro x 3 Kalendertage = 54,51 Euro; 54,51 Euro : 2 = 27,26 Euro). Insgesamt bezieht Anna somit im November 2015 ein Pflegegeld in Höhe von 517,74 Euro (545 Euro abzüglich 27,26 Euro).

Kurzzeitpflege kann ausnahmsweise auch in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die/der pflegende Angehörige dort eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt und eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der/des Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung erforderlich ist.

Fallbeispiel:

Am 3. Dezember 2015 bekommt Claudia Lewandowski aufgrund ihrer Arthrose ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. Danach muss sie für zwei Wochen in eine Rehaklinik, um wieder richtig laufen zu lernen. Da Paul in derselben Zeit an einer beruflichen Fortbildungs-

maßnahme teilnimmt und auch sonst niemand im Dezember für Annas Betreuung zur Verfügung steht, wird Anna in die Klinik mit aufgenommen. Die pflegebedingten Aufwendungen für Anna übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der Kurzzeitpflege.

Kurzzeitpflege – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 42 SGB XI.

Wo: Die Leistung ist bei der Pflegekasse zu beantragen.

Leistungsvoraussetzungen: Der Anspruch steht Menschen zu, die die Pflegestufe 1, 2 oder 3 haben und zuhause gepflegt werden. Auch Versicherte, mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die die Pflegestufe 0 haben, können Kurzzeitpflege beanspruchen.

Höhe: Der Anspruch ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr und einen Höchstbetrag von 1.612 Euro beschränkt. Der Betrag kann um bis zu 1.612 Euro aus Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt maximal 3.224 Euro aufgestockt werden. Parallel dazu kann die Zeit für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von vier auf längstens acht Wochen ausgeweitet werden. Für die Verhinderungspflege steht im Fall der Aufstockung ein entsprechend geringerer Betrag zur Verfügung.

Inhalt: Grundsätzlich kann Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden. In begründeten Einzelfällen erhalten Pflegebedürftige Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behinderten- und Jugendhilfe. Auch Ferienangebote bestimmter Reiseveranstalter können über Kurzzeitpflege mitfinanziert werden.

5. Hilfe zur Pflege

Fallbeispiel:

Im September 2015 ist Annas Anspruch auf Verhinderungspflege in Höhe von 1.612 Euro vollständig aufgebraucht. Im Oktober benötigt Claudia Lewandowski dringend eine Auszeit. Mit ihrem Mann Paul möchte sie deshalb ein Wochenende ans Meer fahren. Der Sozialpädagogikstudent Anton Quirlig ist bereit, Anna in dieser Zeit zu betreuen und zu pflegen. Als Gesamtpreis hierfür vereinbaren Frau Lewandowski und Herr Quirlig 300 Euro. Frau Lewandowski möchte wissen, ob diese Kosten vom Sozialamt übernommen werden.

Teilweise werden bei Pflegebedürftigkeit auch Leistungen vom Sozialamt in Form von Hilfe zur Pflege erbracht. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Sozialhilfe, die im Sozialgesetzbuch XII geregelt ist. Das Sozialhilferecht hat eine Auffangfunktion. Vorrangig sind zunächst andere Sozialleistungsträger zur Leistung verpflichtet. Wer Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, kann deshalb für den gleichen Bedarf keine Hilfe zur Pflege erhalten.

Hilfe zur Pflege kommt unter anderem in Betracht, wenn ein Mensch pflegebedürftig ist, aber die Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung nicht erfüllt. Bei Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ist dies zum Beispiel der Fall, wenn ihr täglicher Hilfebedarf nicht die erforderlichen Zeitwerte der Pflegestufe 1 erreicht (sogenannte Pflegestufe 0). Auch wenn die Hilfe voraussichtlich für weniger als sechs Monate erforderlich ist, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Da die Leistungen der Pflegeversicherung – ähnlich wie bei einer Teilkaskoversicherung - auf bestimmte Be-

träge beschränkt sind, kann Hilfe zur Pflege ferner als aufstockende Leistung erbracht werden, um den vollständigen Pflegebedarf eines Menschen zu decken. Hat zum Beispiel ein im Umfang der Pflegestufe 3 pflegebedürftiger Mensch Anspruch gegen seine Pflegekasse auf Pflegesachleistungen in Höhe von monatlich 1.612 Euro und benötigt er im Monat Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes im Wert von 2.600 Euro, kann die Differenz in Höhe von 988 Euro im Rahmen der Hilfe zur Pflege vom Sozialamt zu übernehmen sein. Das gleiche gilt, wenn die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege aufgebraucht sind. Auch in diesem Fall können die über die Leistung der Pflegeversicherung hinaus anfallenden Kosten eine Leistung der Hilfe zur Pflege sein.

Fallbeispiel:

Anna hat ihren Anspruch gegen die Pflegeversicherung auf Verhinderungspflege vollständig ausgeschöpft. Die übersteigenden Kosten in Höhe von 300 Euro für die Ersatzpflegekraft Anton Quirlig könnten daher unter Umständen vom Sozialamt zu übernehmen sein.

Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben Pflegebedürftige allerdings nur, wenn sie bedürftig sind, also die benötigte Pflegeleistung nicht mit ihrem Einkommen oder Vermögen bezahlen können. Bei minderjährigen Pflegebedürftigen ist außerdem das Einkommen und Vermögen der Eltern maßgeblich. Hierfür gelten bestimmte Grenzbeträge. Nur wenn das Einkommen und Vermögen diese Beträge überschreitet, müssen Men-

schen mit Behinderung bzw. ihre Eltern für die Kosten bzw. einen Teil der Kosten aufkommen.

Die Einkommensgrenze wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 798 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den/die Ehepartner/in sowie für jede Person, die von dem behinderten Menschen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 279 Euro. Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Hilfe zur Pflege einzusetzen. Für blinde Menschen sowie schwerstpflegebedürftige Menschen (Einstufung in Pflegestufe 3) gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen.

Fallbeispiel:

Familie Lewandowski bewohnt in M-Stadt ein eigenes Reihenhaus. Ihr Baufinanzierungsdarlehen ist noch nicht ganz abbezahlt. Als angemessene Kosten der Unterkunft können bei einem Eigenheim die Schuldzinsen, die für einen Kredit zu bezahlen sind, den man für den Erwerb des Grundstücks aufgenommen hat, berücksichtigt werden. Tilgungsleistungen bleiben dagegen außen vor, weil sie der Vermögensmehrung dienen. Ferner zählen die Grundsteuer, Anliegerbeiträge, Kanalisationsbeiträge, Müllabfuhrgebühren, Beiträge zur Gebäudeversicherung sowie Ausgaben für die Instandsetzung und Instandhaltung zu den Aufwendungen für die Unterkunft. Auch Heizkosten sind zu berücksichtigen. Die Kosten für das Eigenheim von Lewandowskis belaufen sich im Monat auf 1.200 Euro.

Ihre Einkommensgrenze errechnet sich danach wie folgt:

<i>Grundbetrag:</i>	<i>798 Euro</i>
<i>plus Kosten der Unterkunft:</i>	<i>1.200 Euro</i>
<i>plus Zuschlag für einen Elternteil:</i>	<i>279 Euro</i>
<i>plus Zuschlag für Anna:</i>	<i>279 Euro</i>
<i>plus Zuschlag für Moritz:</i>	<i>279 Euro</i>
.....	
<i>Einkommensgrenze:</i>	<i>2.835 Euro</i>

Annas Eltern könnten zu den Kosten der Hilfe zur Pflege herangezogen werden, wenn ihr Einkommen diese Grenze überschreitet. Die Eheleute Lewandowski verdienen zusammen 5.500 Euro brutto im Monat. Anrechenbar im Rahmen der Sozialhilfe ist das, was nach Abzug von Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen, Werbungskosten und Beiträgen zu angemessenen Versicherungen (zum Beispiel Privathaftpflicht- und Hausratversicherung) vom Bruttoeinkommen übrig bleibt. Im Fall von Familie Lewandowski können insgesamt 1.300 Euro vom Einkommen abgezogen werden. Es verbleibt somit ein anrechenbares Einkommen von 4.200 Euro.

Da das Einkommen der Eheleute Lewandowski die maßgebliche Einkommensgrenze von 2.835 Euro überschreitet, können sie mit ihrem übersteigenden Einkommen zu den Kosten der Hilfe zur Pflege herangezogen werden.

Zum Vermögen zählen unter anderem Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen. Die Vermögensgrenze setzt sich aus einem Grundbetrag in Höhe

von 2.600 Euro sowie Zuschlägen für unterhaltsberechtigten Personen zusammen. Der Zuschlag beläuft sich für den/die Ehepartner/in auf 614 Euro und für jede Person, die von dem behinderten Menschen oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, auf 256 Euro. Bestimmte Vermögenswerte müssen nicht für Sozialhilfekosten eingesetzt werden. Hierzu gehören zum Beispiel ein selbst bewohntes angemessenes Hausgrundstück oder ein Auto, sofern es zur Ausübung der Berufstätigkeit benötigt wird.

Fallbeispiel:

Die Vermögensgrenze von Familie Lewandowski berechnet sich wie folgt:

Grundbetrag:	2.600 Euro
plus Zuschlag für einen Elternteil:	614 Euro
plus Zuschlag für Anna:	256 Euro
plus Zuschlag für Moritz:	256 Euro
.....	
Vermögensgrenze:	3.726 Euro

Familie Lewandowski verfügt über zwei Autos, ein kleines Reihenhaus im Wert von 250.000 Euro sowie Ersparnisse und Kapitallebensversicherungen im Wert von insgesamt 25.000 Euro. Das selbst bewohnte Reihenhaus und die für die täglichen Fahrten der Eltern zur Arbeit benötigten Pkws sind zwar nicht für die Kosten der Sozialhilfe einzusetzen, jedoch überschreiten die Ersparnisse der Eheleute die maßgebliche Vermögensgrenze.

Im Ergebnis könnten Lewandowskis also sowohl mit ihrem Einkommen als auch mit ihrem Vermögen zu den Kosten der Sozialhilfe herangezogen werden. Mangels Bedürftigkeit besteht deshalb kein Anspruch auf Hilfe zur Pflege. Die 300 Euro für die von Anton Quirlig geleistete Ersatzpflege müssen Lewandowskis aus eigener Tasche bezahlen. Hierfür können sie aber unter Umständen eine Steuerermäßigung erhalten (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel VII) 6.).

Zu beachten ist, dass sich der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung für Leistungen der Hilfe zur Pflege auf 31,06 Euro im Monat beschränkt. Bei den Eltern von erwachsenen Menschen mit Behinderung nehmen die Sozialämter deshalb keine Einkommens- und Vermögensprüfung vor.

Fallbeispiel:

Neun Jahre später hat Anna ihr 18. Lebensjahr vollendet. Sie lebt immer noch bei ihren Eltern. Im Herbst ist der Anspruch auf Verhinderungspflege gegen die Pflegekasse erneut aufgebraucht. Aufgrund einer beruflichen Fortbildung ist Frau Lewandowski im November drei Tage gehindert, Anna zu pflegen. Die Kosten für die Ersatzpflegekraft in Höhe von 450 Euro übernimmt das Sozialamt im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Lewandowskis müssen hierfür – unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen – einen Kostenbeitrag in Höhe von 31,06 Euro leisten.

Hilfe zur Pflege – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Die Hilfe zur Pflege ist in den §§ 61 ff. SGB XII geregelt. Sie ist gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Inhalt: Da die Leistungen der Pflegeversicherung – ähnlich wie bei einer Teilkaskoversicherung – auf bestimmte Beträge beschränkt sind, kann Hilfe zur Pflege insbesondere als aufstockende Leistung erbracht werden, um den vollständigen Pflegebedarf eines Menschen zu decken.

Kostenbeteiligung: Wird die Hilfe minderjährigen Pflegebedürftigen gewährt, müssen sich die Eltern nach Maßgabe ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse an den Kosten beteiligen. Erhalten volljährige Pflegebedürftige Hilfe zur Pflege, beschränkt sich der Kostenbeitrag der Eltern gemäß § 94 Absatz 2 SGB XII auf 31,06 Euro im Monat.

II) HILFEN BEI ERKRANKUNG DER MUTTER

Fallbeispiel:

Marlene Büttner ist alleinerziehende Mutter und arbeitet halbtags als Buchhalterin in einer Druckerei. Frau Büttner hat einen 13-jährigen Sohn und eine fünfjährige Tochter. Der Sohn heißt Jonas, hat eine geistige Behinderung und besucht die Förderschule für geistige Entwicklung in K-Stadt. Die Tochter Emma ist ebenfalls behindert. Sie hat die Pflegestufe 2 und geht in den örtlichen Kindergarten. Aufgrund ihrer Mehrfachbelastung leidet Frau Büttner ständig an Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Sie benötigt deshalb dringend eine Auszeit.

1. Mutter-Kind-Kur

Mütter, die gesetzlich krankenversichert sind, haben Anspruch auf eine Mutter-Kind-Kur, wenn dies zum

Beispiel erforderlich ist, um eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen. Die Erforderlichkeit einer solchen Kur ist insbesondere bei Gesundheitsstörungen gegeben, die typischerweise bei Müttern ein hohes Krankheitsrisiko bedingen, wie beispielsweise das Erschöpfungssyndrom, Unruhe- und Angstgefühle, Schlafstörungen und Mehrfachbelastungen durch Beruf und Familie.

Mutter-Kind-Kuren werden in besonderen Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen erbracht. Der Behandlungsplan kann psychologische oder pädagogische Gespräche, Bewegungsprogramme, Physiotherapie, Ernährungsberatung oder andere Schulungen umfassen. Für die mitgebrachten Kinder wird Betreuung und für Schüle-

rinnen und Schüler auch teilweise Unterricht angeboten. Einige Kurhäuser sind speziell auf die Versorgung von Müttern mit behinderten Kindern eingerichtet. Die Maßnahme ist auch als Mutter-Kur ohne Mitnahme der Kinder möglich.

In der Regel dauert die Kur 21 Tage. Sie kann aber auf Antrag aus medizinischen Gründen verlängert werden. Eine neue Mutter-Kind-Kur kommt frühestens nach Ablauf von vier Jahren in Betracht, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Pro Kalendertag müssen erwachsene Versicherte eine Zuzahlung für die Kur in Höhe von zehn Euro leisten.

Fallbeispiel:

Die Hausärztin von Frau Büttner hat per Attest bestätigt, dass Frau Büttner die Mutter-Kind-Kur dringend benötigt, da sie kurz vor dem Burn-Out steht. Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) befürwortet die Kur. Frau Büttner geht deshalb vom 4. bis 24. April 2015 (21 Kalendertage) mit ihrer Tochter Emma in eine Mutter-Kind-Kureinrichtung an der Nordsee. Emma wird dort zusammen mit anderen behinderten Kindern von einem Sozialpädagogen betreut. Für die Kur muss Frau Büttner eine Zuzahlung in Höhe von 210 Euro (21 Kalendertage x 10 Euro) leisten.

Mutter-Kind-Kur – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 24 SGB V, sofern die Kur der Verhinderung von Krankheiten dient. Zielt die Kur dagegen darauf ab, eine bereits eingetretene Krankheit oder Behinderung zu behandeln, ergibt sich der Anspruch aus § 41 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Dauer: In der Regel dauert die Kur 21 Tage. Die Kur kann verlängert werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Leistungsvoraussetzungen: Der Anspruch steht Müttern zu, deren Gesundheit geschwächt ist bzw. bei denen aufgrund ihrer besonderen Belastung als Mutter eine Krankheit aufgetreten ist.

Kostenbeteiligung: Pro Kalendertag müssen erwachsene Versicherte eine Zuzahlung für die Kur in Höhe von 10 Euro leisten.

TIPP: Eine Übersicht über Mütterkuren und Kureinrichtungen für Mütter/Väter und Kinder mit Behinderung gibt der gleichnamige Wegweiser des Landesverbandes für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg. Er ist zum kostenlosen Herunterladen zu finden unter: www.lv-koerperbehinderte-bw.de/Downloads

2. Haushaltshilfe

Fallbeispiel:

Frau Büttners Sohn Jonas kommt nicht mit zur Mutter-Kind-Kur. Da er nicht alleine zuhause bleiben kann, beantragt Frau Büttner bei der Krankenkasse für die Zeit ihrer Abwesenheit eine Haushaltshilfe.

Gesetzlich krankenversicherte Eltern erhalten Haushaltshilfe, wenn es ihnen wegen einer Krankenhausbehandlung, einer stationären oder ambulanten Kur oder wegen häuslicher Krankenpflege nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Viele gesetzliche Krankenkassen sehen in ihren Satzungen außerdem weitere Gründe für eine Haushaltshilfe vor, so zum Beispiel, dass diese Hilfe geleistet wird, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen akuter Krankheit nicht möglich ist. Voraussetzung für den Anspruch ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, welches das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Außerdem darf im Haushalt keine Person leben, die den Haushalt weiterführen könnte. Grundsätzlich sind zwar der/die im selben Haushalt lebende Ehepartner/in oder größere Kinder in der Lage, den Haushalt bei krankheitsbedingter Abwesenheit eines Elternteils weiterzuführen. Es wird aber nicht von ihnen verlangt, dass sie sich von ihrer Berufstätigkeit oder der Schulausbildung beurlauben lassen, um die ausgefallene haushaltsführende Person zu ersetzen. Die Weiterführung des Haushalts ist ihnen aber an arbeitsfreien Tagen, wie zum Beispiel Samstagen sowie Sonn- und Feiertagen, zumutbar.

Fallbeispiel:

Frau Büttner lebt mit ihren Kindern alleine. Es gibt also keine Person, die während ihrer Abwesenheit den Haushalt weiterführen könnte. Jonas ist zwar bereits 13 Jahre alt, jedoch ist er behindert und auf Hilfe angewiesen. Die sonst übliche Altersgrenze für nicht behinderte Kinder von zwölf Jahren spielt in diesem Fall also keine Rolle. Frau Büttner steht somit ein Anspruch auf Haushaltshilfe zu.

Die Haushaltshilfe umfasst alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Dienstleistungen, also Einkaufen, Kochen, Putzen, Wäsche waschen, vor allem aber die Betreuung von im Haushalt lebenden Kindern. Die Dauer der Haushaltshilfe richtet sich nach dem Grund, aus dem Haushaltshilfe gewährt wird (zum Beispiel für die Dauer einer akuten schweren Grippeerkrankung der Mutter).

Grundsätzlich muss die Krankenkasse selbst eine Haushaltshilfe zur Verfügung stellen. Zu diesem Zweck beschäftigen die Krankenkassen entweder eigene Haushaltshilfen oder nehmen hierfür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch, mit denen sie Verträge abgeschlossen haben. In Ausnahmefällen können sich Eltern auch selbst eine Haushaltshilfe beschaffen und die Kosten hierfür von der Krankenkasse erstattet bekommen. Solche Fälle liegen unter anderem vor, wenn die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen kann, weil ihre eigenen Kapazitäten erschöpft sind oder wenn ein Grund besteht, von der Stellung einer Haushaltshilfe abzusehen, zum Beispiel weil das zu beaufsichtigende Kind erhebliche Schwierigkeiten hat, neue

Betreuungspersonen zu akzeptieren. Die selbstbeschaffte Haushaltshilfe muss geeignet sein. Sie benötigt aber keine bestimmte Ausbildung oder Qualifikation.

Die Kosten einer selbstbeschafften Haushaltshilfe sind den Eltern in angemessener Höhe zu erstatten. Maßgeblich ist dabei das tariflich oder üblicherweise von der Krankenkasse gezahlte Entgelt für eine Haushaltshilfe.

Fallbeispiel:

Aufgrund seiner geistigen Behinderung hat Jonas erhebliche Schwierigkeiten damit, neue Betreuungspersonen zu akzeptieren. Frau Büttners Krankenkasse ist daher nach Rücksprache damit einverstanden, dass Frau Büttner sich selbst eine Haushaltshilfe beschafft. In der ersten Woche ihrer Kur übernimmt Marlene Büttners beste Freundin Clara Fröhlich, die Jonas seit seiner Geburt kennt, die Haushaltshilfe. Frau Fröhlich holt Jonas nun jeden Nachmittag von der Schule ab, beschäftigt sich mit ihm bis zum Abend, bringt ihn nach dem gemeinsamen Abendessen ins Bett und bleibt auch über Nacht. Während Jonas in der Schule ist, erledigt Frau Fröhlich den Einkauf, putzt die Wohnung und wäscht die Wäsche. Frau Büttners Krankenkasse zahlt für eine Haushaltshilfe, die mehr als sechs Stunden pro Tag in einem Haushalt tätig ist, eine Tagespauschale von 94 Euro. Bleibt die Haushaltshilfe über Nacht, kommt außerdem noch eine Nachtpauschale in Höhe von 31 Euro hinzu. Frau Fröhlich erhält deshalb für die Tätigkeit im Haushalt ihrer Freundin pro Tag 125 Euro und für die ganze Woche somit 875 Euro (125 Euro x 7 Tage). Diesen Betrag bekommt Frau Büttner abzüglich der von ihr zu leistenden Zuzahlung von der Krankenkasse erstattet.

Eltern müssen für die Haushaltshilfe eine Zuzahlung leisten. Sie beträgt zehn Prozent der täglichen Kosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

Fallbeispiel:

Die täglichen Kosten der Haushaltshilfe betragen 125 Euro. Zehn Prozent hiervon wären 12,50 Euro. Frau Büttner muss deshalb den Maximalbetrag von täglich 10 Euro, insgesamt also 70 Euro (10 Euro x 7 Kalendertage) als Zuzahlung zu der von Frau Fröhlich erbrachten Haushaltshilfe leisten.

Übernehmen Verwandte und Verschwägere bis zum zweiten Grad die Haushaltshilfe, werden keine Kosten erstattet. Das Gesetz geht in diesen Fällen davon aus, dass die Hilfe nicht erwerbsmäßig, sondern aus familiärer Verbundenheit geleistet wird. Bis zum zweiten Grad verwandt sind zum Beispiel die Eltern, Großeltern und Geschwister des Haushaltshilfe beanspruchenden Elternteils, nicht aber seine Onkel und Tanten. Schwägerschaft bis zum zweiten Grad liegt zum Beispiel vor bei Schwiegereltern und Geschwistern des Ehegatten. Wird Haushaltshilfe durch derart nahe Angehörige geleistet, kann die Krankenkasse lediglich Fahrtkosten und den Verdienstausschlag der Ersatzkraft erstatten. Diese Kosten müssen aber in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen.

Fallbeispiel:

Während der zweiten und dritten Kurwoche übernimmt Frau Büttners Bruder Fritz die Haushaltshilfe. Fritz Büttner ist arbeitslos und hat somit in dieser Zeit keinen Verdienstausschlag. Er reist mit dem Zug aus H-Stadt zu der in K-Stadt lebenden Familie Büttner an.

Die Hin- und Rückfahrt mit einem Zugticket zweiter Klasse kostet ihn 150 Euro. Da Heidi Büttner bis zum zweiten Grad mit Fritz Büttner verwandt ist, werden von der Krankenkasse lediglich die Fahrtkosten erstattet.

Haushaltshilfe – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 38 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Dauer: Die Dauer richtet sich nach dem Grund, aus dem Haushaltshilfe gewährt wird.

Leistungsvoraussetzungen: Der Anspruch steht Elternteilen zu, die zum Beispiel wegen einer stationären Kur an der Weiterführung ihres Haushalts gehindert sind. Im Haushalt muss ein Kind leben, welches das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Im Haushalt darf keine Person leben, die den Haushalt weiterführen könnte.

Kostenbeteiligung: Erwachsene müssen eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent der täglichen Kosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro leisten.

3. Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen

Fallbeispiel:

In der Druckerei, in der Frau Büttner arbeitet, wird ein neues Softwaresystem für die Buchhaltung eingeführt. Frau Büttner muss deshalb drei volle Arbeitstage an einer Schulung teilnehmen. Da Emma und Jonas beide nur bis 14 Uhr im Kindergarten bzw. in der Schule sind, benötigt sie dringend jemanden, der sich während der Fortbildung nachmittags um ihre Kinder kümmert. Frau Büttner wendet sich deshalb hilfesuchend an das Jugendamt.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz sieht besondere Unterstützung bei der Versorgung und Betreuung eines Kindes in familiären Notsituationen vor. Die Leistung ist beim Jugendamt zu beantragen und zielt darauf ab, das Kind im elterlichen Haushalt zu versorgen, zu betreuen und zu erziehen. Die Hilfe kann zum Beispiel darin bestehen, den Schulbesuch und die altersentsprechende Freizeitgestaltung zu gewährleisten, das Kind bei den Hausaufgaben zu unterstützen,

ihm Mahlzeiten zuzubereiten und die hauswirtschaftliche Versorgung, wie das Reinigen der Wohnung, den Einkauf und die Pflege der Wäsche, sicherzustellen.

Voraussetzung für den Anspruch ist, dass im elterlichen Haushalt mindestens ein Kind lebt, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Außerdem dürfen andere Betreuungsformen wie Schulen, Kindergärten oder Tagesmütter bzw. Tagesväter nicht ausreichen, um die Notsituation zu überbrücken.

Eine Notsituation besteht, wenn der Elternteil, der die überwiegende Betreuung des Kindes übernommen hat, aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen für diese Aufgabe ausfällt. Gesundheitliche Gründe sind zum Beispiel eine akute oder chronische Erkrankung des betreuenden Elternteils oder die Versorgung und Pflege eines schwer kranken, sterbenden oder behinderten Kindes. Andere zwingende Gründe können die Trennung der Eltern oder zwingende berufliche Verpflichtungen sein. Der andere Elternteil darf wegen berufsbedingter Abwesenheit nicht in der Lage sein, das Kind zu betreuen. Verlässt der betreuende Vater zum Beispiel die Familie und kann die erwerbstätige Mutter durch Verschiebung beruflicher Termine und indem sie ihren Jahresurlaub nimmt, für die Kinderbetreuung einspringen, besteht kein Anspruch auf Unterstützung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz.

Eine Notsituation liegt ebenfalls vor, wenn beide Elternteile oder der alleinerziehende Elternteil aus einem der vorgenannten gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründe für die Kinderbetreuung ausfallen.

Besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach dem Recht der Krankenversicherung (zu den Einzelheiten siehe die Ausführungen in Kapitel II) 2.), geht dieser dem Anspruch auf Betreuung des Kindes in Notsituationen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz vor. Fällt ein alleinerziehender, gesetzlich krankenversicherter Elternteil zum Beispiel wegen einer stationären Krankenhausbehandlung für die Kinderbetreuung aus, muss er sich zur Überbrückung dieser Notsituation an seine Krankenkasse wenden.

Fallbeispiel:

Aufgrund zwingender beruflicher Verpflichtungen ist die alleinerziehende Frau Büttner nicht in der Lage, ihre Kinder an drei Nachmittagen zu betreuen. Die in ihrem Haushalt lebenden Kinder Emma und Jonas haben beide das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Schule und Kindergarten gewährleisten die Betreuung nur bis 14 Uhr. Da in dieser Situation kein Anspruch auf Haushaltshilfe gegen die Krankenversicherung besteht, kann Frau Büttner beim Jugendamt die Betreuung und Versorgung ihrer Kinder beanspruchen.

Eltern können bei der Hilfestellung auf verwandte oder bekannte Personen zurückgreifen, sofern diese den erforderlichen Hilfebedarf ausreichend und zweckmäßig abdecken. Stehen diese jedoch nicht zur Verfügung, wird die Leistung von ambulanten Diensten, wie zum Beispiel den Sozialstationen, erbracht. Bei der Betreuung und Versorgung des Kindes durch Verwandte, die nicht mit diesem in einem Haushalt leben, kann das Jugendamt Fahrtkosten und gegebenenfalls in dieser Zeit entstandenen Verdienstaufschlag erstatten. Erfolgt die Betreuung des Kindes ehrenamtlich im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, leistet das

Jugendamt eine Aufwandsentschädigung. Im Fall des Einsatzes einer bei einer Sozialstation angestellten Familienpflegefachkraft übernimmt das Jugendamt das vereinbarte Entgelt.

Eltern müssen einen einkommensabhängigen Kostenbeitrag für die Hilfe leisten. Dessen Höhe kann regional unterschiedlich ausfallen. Wegen des besonderen Zieles der Hilfe, nämlich eine Notsituation zu bewältigen, kann das Jugendamt in Härtefällen auch von der Erhebung eines Kostenbeitrages ganz oder teilweise absehen.

Fallbeispiel:

Frau Büttners Freundin Clara Fröhlich ist auf einer längeren Auslandsreise und kann Emma und Jonas deshalb nicht an den fraglichen drei Nachmittagen versorgen. Auch Onkel Fritz steht nicht zur Verfügung, weil er sich den Arm gebrochen hat. Emma und Jonas werden deshalb an den drei Nachmittagen von einer Familienpflegefachkraft der örtlichen Sozialstation betreut. An den Kosten muss sich Frau Büttner nicht beteiligen, weil das Jugendamt bei ihr als alleinerziehender Mutter mit zwei behinderten Kindern wegen besonderer Härte von der Erhebung eines Kostenbeitrags absieht.

Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 20 SGB VIII.

Wo: Die Leistung ist beim Jugendamt zu beantragen.

Dauer: Die Dauer richtet sich nach dem Grund, aus dem Haushaltshilfe gewährt wird.

Leistungsvoraussetzungen: Der betreuende oder alleinerziehende Elternteil muss aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen für die Betreuung des Kindes ausfallen. Im Haushalt muss ein Kind leben, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Es darf kein Anspruch auf Haushaltshilfe gegen die Krankenversicherung bestehen.

Inhalt: Im Fall des Einsatzes einer bei einer Sozialstation angestellten Familienpflegefachkraft übernimmt das Jugendamt das vereinbarte Entgelt.

Kostenbeteiligung: Das Jugendamt kann von den Eltern gemäß §§ 91 Absatz 1 Nr. 3, 94 SGB VIII einen einkommensabhängigen Kostenbeitrag erheben.

III) GUT VERSORGT IM KINDERGARTEN

Fallbeispiel:

Annegret Richter ist verheiratet und als leitende Angestellte in einer Bank tätig. Ihr Ehemann Thomas arbeitet halbtags als Sozialarbeiter in einem Jugendzentrum. Die gemeinsame Tochter Mara ist vier Jahre alt und hat eine körperliche und geistige Behinderung mit stark ausgeprägtem selbst- und fremdaggressivem Verhalten. Sie besucht an jedem Wochentag von 8 bis 14 Uhr die integrative Kindertagesstätte „Waldwichtel“ in B-Stadt. In ihrer Kindergartengruppe werden fünf behinderte Kinder zusammen mit zehn nichtbehinderten Kindern betreut.

1. Kindergärten

Alle Kinder haben ab Vollendung des ersten bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres Anspruch auf frühkindliche Förderung im Kindergarten oder bei einer Tagesmutter bzw. einem Tagesvater. Ab dem dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt haben ferner alle Kinder Anspruch auf einen Kindergartenplatz. Kinder mit Behinderung können entweder einen Heilpädagogischen Kindergarten besuchen, in dem ausschließlich Kinder mit Behinderung sind, oder in einen inklusiven Kindergarten gehen, in dem sie gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden. Die Kosten für den Besuch eines Heilpädagogischen Kindergartens übernimmt das Sozialamt. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Eltern müssen sich an den Kosten dieser Leistung nicht beteiligen. Besucht das Kind dagegen einen inklusiven Kindergarten, können von den Eltern die Beiträge verlangt werden, die auch von Eltern nicht behinderter Kinder erhoben werden.

Fallbeispiel:

Laut Satzung der B-Stadt über die Erhebung von Elternbeiträgen in Kindertageseinrichtungen wird bei dem Besuch eines inklusiven Kindergartens jeden Monat ein Beitrag erhoben, dessen Höhe sich nach dem Einkommen der Eltern richtet. Da Mara einen solchen Kindergarten besucht, müssen die Eheleute Richter einen einkommensabhängigen Beitrag zu den Betreuungskosten leisten.

2. Assistenz

In den maßgeblichen Gesetzen der einzelnen Bundesländer sind unterschiedliche Personalschlüssel und Fachkraftquoten für die Betreuung von Kindergartenkindern vorgesehen. Die Anzahl der vom Kindergarten vorzuhaltenden Erzieherinnen und Erzieher sowie sonstigen pädagogischen Fachkräfte richtet sich unter anderem nach der Gruppenstärke sowie danach, ob und gegebenenfalls wie viele Kinder mit Behinderung in der Gruppe sind. Es kommt vor, dass der individuelle Förder- und Betreuungsbedarf eines behinderten Kindes mit dem vorhandenen Personal nicht vollständig abgedeckt werden kann. In diesen Fällen hat das Kind Anspruch darauf, dass das Sozialamt eine Assistenz (auch Integrationshelfer bzw. Integrationshelferin genannt) finanziert. Integrationshelferinnen und -helfer geben dem Kind zum Beispiel Hilfen zur Strukturierung des Kindergartenalltags, unterstützen es bei der Kommunikation sowie im Umgang mit Kommunikationshilfen und helfen ihm bei der Erweiterung seiner Sozialkompetenzen. Durch die individuelle Unterstützung wird dem Kind eine selbstbestimmte Teilhabe am Kindergartenalltag ermöglicht. Eine Integrationskraft für den Besuch eines Kindergartens ist eine

Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Eltern müssen sich an den Kosten dieser Leistung nicht beteiligen.

Fallbeispiel:

Für die Betreuung der 15 Kinder in Maras Kindergartengruppe sind viereinhalb Vollzeitstellen vorgesehen. Aufgrund des bei Mara bestehenden hohen Selbst- und Fremdgefährdungsrisikos kann ihr Betreuungsbedarf mit diesem Personalschlüssel nicht vollständig abgedeckt werden. Frau Richter beantragt deshalb beim Sozialamt eine Integrationskraft zur Teilhabe am Kindergartenalltag als Leistung der Eingliederungshilfe. Eine Ärztin des Gesundheitsamtes erstellt daraufhin ein Gutachten über Maras erforderlichen Betreuungsbedarf. Die Gruppenleiterin von Maras Kindergartengruppe muss ebenfalls einen Bericht schreiben. Sie nimmt unter anderem Stellung dazu, wie oft und in welchen Situationen Maras selbst- und fremdaggressives Verhalten zu Tage tritt. Das Sozialamt bewilligt schließlich eine Integrationshilfe für 30 Wochenstunden.

Mit dem Bewilligungsbescheid sucht Frau Richter den Familienunterstützenden Dienst (FuD) eines in B-Stadt ansässigen Vereins der Behindertenhilfe auf. Der FuD beschäftigt unter anderem die Sozialpädagogikstudentin Friederike Schmidt und den Rentner Egon Meier auf der Basis eines Minijobs. Während der FuD Frau Schmidt von montags bis mittwochs als Integrationshelferin für Mara einsetzt, steht Herr Meier immer donnerstags und freitags als Integrationshelfer für Mara zur Verfügung. Die Arbeitsleistung von Frau Schmidt und Herrn Meier rechnet der FuD direkt mit dem Sozialamt ab.

Bei Kindern mit schweren Mehrfachbehinderungen oder starken Kommunikationsstörungen kann der Anspruch auf Assistenz auch beim Besuch eines Heilpädagogischen Kindergartens gegeben sein. Aufgrund der kleineren Gruppen, des gegenüber inklusiven Kindergärten besseren Personalschlüssels und gegebenenfalls zusätzlich eingesetzter Therapeutinnen und Therapeuten (zum Beispiel für Logopädie oder Ergotherapie) ist der individuelle Förder- und Betreuungsbedarf behinderter Kinder in derartigen Einrichtungen aber in der Regel durch vorhandenes Personal gedeckt. Der Bedarf für eine Integrationskraft ist in Heilpädagogischen Kindergärten deshalb nur in Ausnahmefällen gegeben.

Besteht ein Anspruch auf Assistenz, kann man diese Leistung auch als Persönliches Budget bekommen. Das Persönliche Budget ist eine besondere Form der Leistungserbringung. Beim Persönlichen Budget sind Menschen mit Behinderung nicht gezwungen, vorhandene Dienste für die von ihnen benötigte Hilfe in Anspruch zu nehmen. Stattdessen erhalten sie einen bestimmten Geldbetrag und kaufen sich damit die Unterstützung, die sie benötigen, selbst ein. Beim Anspruch auf Integrationshilfe hat dies zum Beispiel den Vorteil, dass Kinder mit Behinderung (bzw. ihre Eltern) selbst entscheiden können, von wem sie im Kindergartenalltag Hilfe bekommen.

Fallbeispiel:

Frau Richter möchte nicht, dass Mara von unterschiedlichen Personen im Kindergarten unterstützt wird. Außerdem ist es ihr Wunsch, dass Mara die Hilfe ausschließlich von Frauen erhält. Sie stellt deshalb beim Sozialamt den Antrag, die Assistenz für ihre

Tochter künftig als Persönliches Budget zu gewähren. Das Sozialamt ermittelt daraufhin, welchen Geldbetrag Mara benötigt, damit sie ihren Bedarf von 30 Stunden Integrationshilfe pro Woche in der Region, in der sie lebt, sicherstellen kann. In B-Stadt wird für Integrationshelferinnen und Integrationshelfer ohne besondere pädagogische Qualifikation ein Stundensatz von 9 Euro gezahlt. Mara benötigt also 1.080 Euro (= 30 Stunden x 4 Wochen x 9 Euro/Stunde) im Monat, damit ihre Eltern selbst eine Integrationshelferin anstellen und bezahlen können. Über diesen Betrag, der monatlich im Voraus vom Sozialamt überwiesen wird, erhalten die Eltern einen Bewilligungsbescheid. Außerdem wird in einer Zielvereinbarung, die zwischen den Eltern und dem Sozialamt geschlossen wird, unter

anderem festgelegt, dass die Eltern alle drei Monate anhand von Stundenzetteln und Überweisungsbelegen nachweisen müssen, dass sie das Persönliche Budget für die Entlohnung der Integrationshelferin verwendet haben.

Mit Hilfe einer Zeitungsannonce haben die Eheleute Richter schließlich eine Integrationshelferin für Mara gefunden. Sie heißt Magdalena Wacker und hat mit den Richters einen Arbeitsvertrag geschlossen. Frau Wacker begleitet Mara nun jeden Tag in den Kindergarten, unterstützt sie bei der Kommunikation mit den anderen Kindergartenkindern und hilft ihr auch ansonsten bei der Bewältigung des Kindergartenalltags.

Assistenz im Kindergarten - das Wichtigste in Kürze

Regelung: Für Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX. Soll die Leistung als Persönliches Budget beantragt werden, ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 SGB XII, § 55 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX in Verbindung mit §§ 57 SGB XII, 17 SGB IX.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Da es sich um eine Hilfe handelt, die noch nicht eingeschulten Kindern mit Behinderung die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll, müssen sich Eltern gemäß § 92 Absatz 2 Nr. 3 SGB XII an den Kosten der Integrationshilfe nicht beteiligen.

3. Häusliche Krankenpflege

Fallbeispiel:

Die vierjährige Mara Richter ist Diabetikerin und benötigt deshalb regelmäßig auch während des Besuchs der Kindertagesstätte „Waldwichtel“ Insulin. Da ihre Eltern beide berufstätig sind, können sie Mara in dieser Zeit das Insulin nicht selbst verabreichen.

Menschen, die gesetzlich krankenversichert sind, haben einen Anspruch darauf, in ihrem Haushalt, in ihrer Familie, in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten häusliche Krankenpflege zu erhalten, wenn dies erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Häusliche Krankenpflege kann zum Beispiel in der Verabreichung von Medikamenten oder Spritzen bestehen. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Krankenpflege nicht von einer im Haushalt lebenden Person ausgeführt werden kann.

Häusliche Krankenpflege ist eine Leistung der Krankenkasse. Sie muss ärztlich verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden und ist für Versicherte unter 18 Jahren zuzahlungsfrei. In der Regel wird die häusliche Krankenpflege von einem Pflegedienst erbracht, der seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse abrechnet. Gibt es Gründe, die gegen einen Pflegedienst sprechen, zum Beispiel weil die/der Versicherte aufgrund ihrer/seiner Behinderung nur bestimmte Pflegekräfte akzeptiert, kann sich

die/der Versicherte selbst eine Person beschaffen, die die häusliche Krankenpflege durchführt. In diesem Fall muss die Krankenkasse die Kosten der Ersatzkraft in angemessener Höhe erstatten. Angemessen ist das, was die Krankenkasse tariflich oder üblicherweise als Entgelt für die häusliche Krankenpflege hätte aufwenden müssen. Die selbst beschaffte Ersatzkraft darf mit der/dem Versicherten verwandt oder verschwägert sein. Sie darf aber nicht mit ihr/ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Fallbeispiel:

Mara hat ein sehr enges Verhältnis zu ihrem Großvater Helmut Morgenstern. Der Opa wohnt im Nachbarort von B-Stadt, betreut Mara häufig an den Wochenenden und hat gelernt, Mara Insulinspritzen zu verabreichen. Aufgrund ihres stark ausgeprägten selbst- und fremdaggessiven Verhaltens lehnt Mara fremde Pflegekräfte grundsätzlich ab. Die Insulingabe kann deshalb nicht von einem Pflegedienst durchgeführt werden. Deshalb verabreicht Herr Morgenstern Mara zweimal täglich nach den Mahlzeiten im Kindergarten das benötigte Insulin. Maras Eltern zahlen ihm hierfür das tarifliche Entgelt einer professionellen Pflegekraft. Diese Kosten bekommen sie von der Krankenkasse erstattet. Da Mara erst vier Jahre alt ist, müssen die Eltern keine Zuzahlung zu der häuslichen Krankenpflege leisten.

Häusliche Krankenpflege – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 37 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Für Versicherte unter 18 Jahren ist die häusliche Krankenpflege zuzahlungsfrei.

4. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Fallbeispiel:

Im Winter erkrankt Mara an Magen- und Darmgrippe und kann deshalb fünf Tage lang nicht in den Kindergarten gehen. Im April desselben Jahres muss sie aufgrund ihrer Behinderung operiert werden. Sie kann den Kindergarten deshalb vier Wochen (= 20 Arbeitstage) lang nicht besuchen. Kurz darauf hat sie eine schwere Erkältung und fehlt abermals drei Tage im Kindergarten. Insgesamt ist Mara somit bereits in der ersten Jahreshälfte an 28 Arbeitstagen erkrankt.

Berufstätige Eltern, die gesetzlich krankenversichert sind, können von ihrem Arbeitgeber verlangen, dass sie von der Arbeit unbezahlt freigestellt werden, wenn ein ärztliches Attest bestätigt, dass sie ihr erkranktes Kind pflegen oder betreuen müssen und deshalb nicht zur Arbeit gehen können. Das erkrankte Kind muss ebenfalls gesetzlich krankenversichert sein und darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Ferner darf keine andere im Haushalt lebende Person für die Betreuung des Kindes zur Verfügung stehen.

Der Anspruch besteht für zehn Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Bei drei und mehr Kindern ist der Anspruch allerdings auf eine Höchstgrenze von 25 bzw. bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen je Kalenderjahr beschränkt. Für die Dauer der unbezahlten Freistellung hat der jeweilige Elternteil Anspruch auf Kinderkrankengeld. Es beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns und wird von der Krankenkasse gezahlt.

Keine zeitliche Begrenzung besteht für den Freistellungsanspruch, wenn das Kind an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leidet, die eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Das in diesen Fällen von der Krankenkasse gezahlte Kinderkrankengeld beläuft sich auf 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts.

Fallbeispiel:

Die Bankangestellte Annegret Richter lässt sich von der Kinderärztin bestätigen, dass sie wegen Maras Magen-Darm-Erkrankung zuhause bleiben muss, um ihr Kind zu pflegen. Sie wird daraufhin von der Bank

fünf Tage von der Arbeit freigestellt und erhält in dieser Zeit von der Krankenkasse Kinderkrankengeld.

Im April erhält Frau Richter ein ärztliches Attest, aus dem hervorgeht, dass ein Elternteil zuhause bleiben muss, um das frisch operierte Kind zu betreuen. Frau Richter wird daraufhin fünf weitere Tage von der Arbeit in der Bank freigestellt und bezieht in dieser Zeit erneut Kinderkrankengeld.

Da ihr Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit sowie auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (höchstens 10 Arbeitstage je Kind und Jahr) damit aufgebraucht ist, lässt ihr Mann Thomas sich für wei-

tere 10 Arbeitstage von seiner Arbeit im Jugendzentrum unbezahlt freistellen. Auch er erhält in dieser Zeit Kinderkrankengeld von der Krankenkasse. Sein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit sowie auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (höchstens 10 Arbeitstage je Kind und Jahr) ist damit ebenfalls aufgebraucht.

Die übrigen fünf Tage der erforderlichen Betreuungszeit nach Maras Operation sowie die drei Tage, an denen Mara schwer erkältet ist, überbrücken Maras Eltern, indem sie abwechselnd einen Tag Urlaub nehmen und Maras Großvater um die Betreuung seiner Enkelin bitten.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 45 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Höhe: Das Krankengeld beläuft sich auf 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns.

Dauer: Der Anspruch besteht für 10 Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Bei drei und mehr Kindern gilt eine Höchstgrenze von 25 bzw. bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen pro Jahr.

Anmerkung des bvkm zum Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes:

Kinder mit Behinderung sind in der Regel häufiger krank als nichtbehinderte Kinder. Oft müssen sie aufgrund ihrer Behinderung auch für längere Zeiträume ins Krankenhaus. Die Zahl der Arbeitstage, an denen berufstätige Eltern Anspruch auf Krankengeld wegen der Erkrankung ihres Kindes haben, wird der besonderen Bedarfslage von Eltern behinderter Kinder nicht gerecht.

IV) HILFEN WÄHREND DER SCHULZEIT

Fallbeispiel:

Nina Blume ist alleinerziehend und arbeitet 30 Stunden in der Woche als Physiotherapeutin. Ihr achtjähriger Sohn Niklas besucht die dritte Klasse der Albert-Einstein-Grundschule in X-Stadt. Niklas ist körperbehindert. Er hat die Pflegestufe 1 und außerdem eine leichte geistige Behinderung.

1. Schulformen

Alle Kinder unterliegen der Schulpflicht. Das Schulwesen liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. In allen Bundesländern werden für die verschiedenen Arten von Behinderungen auch spezielle Förderschulen organisatorisch vorgehalten. Unter welchen Voraussetzungen behinderte Kinder gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in einer Regelschule beschult werden können (sogenannte inklusive Beschulung), ist in den Schulgesetzen der Länder sehr unterschiedlich geregelt. In der Regel haben die Eltern die Wahl, ob ihr Kind an einer Regelschule oder an einer Förderschule unterrichtet werden soll. Die meisten Schulgesetze sehen jedoch vor, dass die zuständige Schulbehörde den Lernort unter bestimmten Voraussetzungen auch abweichend von der Entscheidung der Eltern festlegen darf. Insbesondere wenn die von den Eltern gewählte Schule nicht über die erforderlichen personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Beschulung des behinderten Kindes verfügt, ist in vielen Bundesländern eine abweichende Bestimmung des Lernorts durch die Schulbehörde möglich.

Fallbeispiel:

Im Fall von Niklas hatte seine Mutter Nina Blume vor drei Jahren entschieden, dass er eine inklusive Grundschule besuchen soll.

2. Assistenz

Schulkinder mit Behinderung, die für die Teilnahme am Unterricht einer individuellen Unterstützung bedürfen, haben Anspruch auf eine Integrationshelferin bzw. einen Integrationshelfer (auch Schulassistenten genannt). Die konkreten Aufgaben der Integrationskraft richten sich nach dem individuellen Bedarf des jeweiligen Kindes. Bei schwer körperbehinderten Kindern nehmen Integrationshelferinnen und Integrationshelfer zum Beispiel einfache Handreichungen während des Unterrichts vor und sind ihnen beim Besuch der Toilette oder beim Essen und Trinken behilflich. Haben Schulkinder eine geistige Behinderung, kann das Aufgabenfeld darin bestehen, die Eingliederung in die Klassengemeinschaft zu fördern, das Kind zu motivieren, sich aktiv am Unterricht zu beteiligen und es bei der Nutzung von Unterrichtsmaterialien und der Aneignung von Lerninhalten zu unterstützen. Der Aufgabenbereich kann je nach Bedarf auch die Begleitung auf dem Schulweg umfassen.

Die Integrationshilfe für die Teilnahme am Schulunterricht ist eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Eltern behinderter Kinder müssen sich an den Kosten nicht beteiligen.

Fallbeispiel:

Niklas hat in der dritten Klasse 26 Stunden Unterricht pro Woche. In seiner Klasse sind 25 Kinder. Im Unterricht ist immer nur der Klassenlehrer Max Schubert anwesend. Aufgrund seiner leichten geistigen Behinderung benötigt Niklas eine Integrationskraft, die ihn auf dem Weg zur Schule sowie nach Hause begleitet und die im Unterricht darauf achtet, dass er das benö-

tigte Arbeitsmaterial ein- und auspackt, seinen Arbeitsplatz organisiert und von der Tafel abschreibt. Wegen seiner Körperbehinderung benötigt Niklas außerdem Hilfe bei den Toilettengängen. Niklas Mutter hatte deshalb bereits ein halbes Jahr vor seiner Einschulung beim Sozialamt einen Antrag auf Integrationshilfe gestellt. Der zuständige Arzt beim Gesundheitsamt hatte daraufhin in einem Gutachten festgestellt, dass Niklas für die gesamte Unterrichtsdauer und den Schulweg auf Unterstützung angewiesen ist. Dementsprechend hat das Sozialamt Niklas für das dritte Schuljahr eine Schulassistenz für 27 Wochenstunden bewilligt. Als Integrationshelfer kommen im Wechsel drei Sozialpädagogikstudenten zum Einsatz, die beim Familienunterstützenden Dienst (FuD) eines in X-Stadt ansässigen Vereins der Behindertenhilfe beschäftigt sind. Sie holen Niklas morgens um 7:30 Uhr

von zuhause ab, begleiten ihn zur Schule und sorgen während des Unterrichts für die notwendige Unterstützung. Die Arbeitsleistungen der Studenten rechnet der FuD direkt mit dem Sozialamt ab.

Schulkinder mit Behinderung, die Anspruch auf eine Integrationskraft haben, können diese Leistung auch als Persönliches Budget bekommen. Das Persönliche Budget ist eine besondere Form der Leistungserbringung. Beim Persönlichen Budget sind Menschen mit Behinderung nicht gezwungen, vorhandene Dienste – wie zum Beispiel einen FuD – für die von ihnen benötigte Hilfe in Anspruch zu nehmen. Stattdessen erhalten sie einen bestimmten Geldbetrag und kaufen sich damit die Unterstützung, die sie benötigen, selbst ein (siehe dazu das Beispiel in Kapitel III) 2.).

Assistenz in der Schule – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Für Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit § 12 Nr. 1 EinglH-VO. Soll die Leistung als Persönliches Budget beantragt werden, ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII, § 12 Nr. 1 EinglH-VO in Verbindung mit §§ 57 SGB XII, 17 SGB IX.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Da es sich um eine Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung handelt, müssen sich Eltern gemäß § 92 Absatz 2 Nr. 2 SGB XII an den Kosten der Schulassistenz nicht beteiligen.

Rechtsprechung: Urteil des BVerwG vom 26.10.2007, Az. 5 C 35.06 (Integrationshilfe für den Besuch einer Regelschule), Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 28.6.2007 (Integrationshilfe für den Besuch einer Förderschule), Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 20.12.2013, Az. L 9 SO 429/13 B ER (Integrationshilfe für den Besuch einer Regelschule mit inklusivem Konzept), Beschluss des LSG Schleswig-Holstein vom 17.2.2014, Az. L 9 SO 222/13 B ER (bejaht zwar Integrationshilfe, aber nur in geringem Umfang, weil es Aufgabe der Schule sei, inklusive Beschulung behinderter Kinder sicherzustellen)

3. Nachmittagsbetreuung im Hort/in der Schule **Fallbeispiel:**

Die Albert-Einstein-Grundschule ist eine Halbtagschule. Der Unterricht endet für die Schülerinnen und Schüler der dritten Klasse an einigen Tagen um 12:30 Uhr und an anderen Tagen um 13:30 Uhr. Nach dem Unterricht bietet die Schule ein zusätzliches, freiwilliges Nachmittagsprogramm an (sogenannte Offene Ganztagschule – abgekürzt: OGS). In der OGS erhalten die Kinder ein Mittagessen sowie Betreuung bei den Hausaufgaben. Außerdem können sie zwischen verschiedenen Angeboten aus den Bereichen Sport, Kreativität, Spiele und Musik wählen. Da Niklas Mutter 30 Stunden in der Woche arbeitet, geht Niklas nach dem Unterricht in die OGS.

Die Jugendämter müssen für Kinder im schulpflichtigen Alter ein bedarfsgerechtes Angebot in Tageseinrichtungen oder bei Tagesmüttern und Tagesvätern vorhalten. Viele Jugendämter schaffen zu diesem Zweck pädagogische Einrichtungen der Kindertagesbetreuung, die – je nach Region – „Kinderhort“, „Schulhort“ oder einfach nur „Hort“ genannt werden. Schwerpunkte der Hortbetreuung sind häufig die Hausaufgabenbetreuung und die Freizeitgestaltung. In den meisten Horten erhalten die Kinder nach der Schule ein Mittagessen. Die Betreuung findet hauptsächlich nach Ende des Schulunterrichtes bis zum späten Nachmittag statt, ist aber teilweise auch bereits vor Schulbeginn gewährleistet. Sowohl der Betreuungsumfang als auch die Betreuungszeiten sind regional sehr unterschiedlich. Horte können innerhalb von Schulgebäuden, in Kindergärten oder in eigenen Einrichtungen betrieben werden.

Auch viele Regelschulen bieten mittlerweile nachmittags eigene Betreuungsmöglichkeiten für ihre Schüle-

rinnen und Schüler an. Derartige Angebote, die außerhalb des eigentlichen Unterrichts stattfinden und in der Regel von der Schulleitung pädagogisch konzeptionell mitgestaltet werden, werden in vielen Bundesländern „Offene Ganztagschule“ genannt. Ebenso wie in einem Hort erhalten die Kinder nach dem Unterricht ein Mittagessen und Unterstützung bei der Erledigung ihrer Hausaufgaben. Aufgrund von Kooperationen mit Musikschulen und Sportvereinen können die Kinder häufig zwischen einer Vielzahl von Freizeitaktivitäten wählen.

In räumlicher Nähe zu Förderschulen gibt es ferner zum Teil Heilpädagogische Tagesstätten, die behinderte Schulkinder nach Unterrichtschluss betreuen. Die Kinder erhalten dort ebenfalls ein Mittagessen und Betreuung bei den Hausaufgaben. Außerdem werden sie bei der Erweiterung lebenspraktischer Fertigkeiten unterstützt und können auch häufig therapeutische Angebote wahrnehmen. Heilpädagogische Tagesstätten sind teilstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe, deren Kosten vom Sozialamt übernommen werden. Eltern müssen lediglich das tägliche Mittagessen ihres Kindes bezahlen.

Für die Betreuung im Hort oder in einer Offenen Ganztagschule können dagegen je nach Region das Jugendamt oder der Schulträger einkommensabhängige Beiträge von den Eltern erheben. Häufig müssen die Eltern auch noch zusätzlich einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten.

Fallbeispiel:

Laut Satzung über die Erhebung von Elternbeiträgen in Kindertageseinrichtungen wird in X-Stadt für die Teilnahme an der OGS ein monatlicher Beitrag erhoben, dessen Höhe sich nach dem Einkommen der

Eltern richtet. Da Niklas an der OGS teilnimmt, muss seine Mutter einen einkommensabhängigen Beitrag zu den Betreuungskosten leisten.

Der individuelle Förder- und Betreuungsbedarf eines behinderten Kindes kann häufig mit dem Personal, das für die Betreuung von OGS-Kindern zur Verfügung steht, nicht vollständig abgedeckt werden. In diesen Fällen kann das Kind bei entsprechendem Bedarf Anspruch auf eine Integrationskraft haben. Dabei handelt es sich um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Rechtlich umstritten ist jedoch, ob diese Leistung als für die Eltern kostenfreie „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung“ anzusehen ist oder ob sie eine einkommens- und vermögensabhängige „Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ darstellt.

Fallbeispiel:

Aus Niklas' Klasse nehmen 15 Kinder an der OGS-Betreuung teil. Aus den beiden Parallelklassen der dritten Jahrgangsstufe der Albert-Einstein-Grundschule kommen weitere 30 Kinder zur OGS hinzu. Die Hausaufgabenbetreuung für die 45 Drittklässler übernehmen jeden Tag drei Lehrkräfte und eine Sozialpädagogin. Aufgrund seiner leichten geistigen Behinderung benötigt Niklas individuelle Anleitung und Unterstützung bei den Hausaufgaben. Auch während der Freizeitangebote am Nachmittag ist er auf eine Integrationskraft angewiesen, die ihm zum Beispiel beim Ein- und Auspacken seiner Sachen hilft und ihn dazu motiviert, an den Spiel- und Sportangeboten teilzunehmen.

Nachdem Frau Blume beim Sozialamt Assistenz zum Besuch der OGS beantragt hat, stellt der Arzt des Gesundheitsamts deshalb für die Dauer der OGS-Betreuung einen entsprechenden Bedarf an Eingliederungshilfe fest. Das Sozialamt von X-Stadt bewilligt daraufhin auch für die OGS eine Integrationshilfe. Das Amt ist jedoch der Meinung, dass es sich hierbei um eine Maßnahme zur Freizeitgestaltung handelt und Niklas Mutter deshalb einen einkommens- und vermögensabhängigen Beitrag zu den Kosten leisten muss. Frau Blume wird deshalb aufgefordert, Auskunft über ihr Einkommen und Vermögen zu geben.

Grundsätzlich erhält Eingliederungshilfe nur, wer die benötigte Hilfe nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen finanzieren kann. Bei minderjährigen Menschen mit Behinderung ist außerdem das Einkommen und Vermögen der Eltern maßgeblich. Einige Leistungen der Eingliederungshilfe sind kostenfrei. Dazu zählen die Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung. Einige Sozialgerichte haben entschieden, dass die Betreuung durch eine Integrationskraft in der OGS Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung ist (siehe Urteil des SG Köln vom 21. September 2011, Az. S 21 SO 448/10) oder dies zumindest in Einzelfällen sein kann (siehe Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen vom 10. April 2014, Az. L 8 SO 506/13 ER). Das Sozialgericht Köln begründete seine Entscheidung damit, dass der Schwerpunkt der Nachmittagsbetreuung in dem dort zu entscheidenden Fall darin lag, die Lernfähigkeit und die sozialen Kompetenzen des behinderten Klägers zu verbessern und zu fördern. Die Angebote der Nachmittagsbetreuung seien von schulischen Inhalten geprägt. Dies gelte sowohl für die Lernzeit, während der die Hausaufgabenbetreuung durch Lehr-

kräfte stattfinden, als auch für die sich daran anschließenden Arbeitsgemeinschaften. Die dort durchgeführten Gesellschaftsspiele und Sportspiele zielten auf Vermittlung von Fähigkeiten, wie soziale und sprachliche Kompetenzen, Frustrationstoleranz etc. ab, die der Bewältigung des Schulalltags dienlich seien.

Nach Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen ist für die Einordnung der Assistenz als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung in erster Linie maßgeblich, ob die Hilfe den Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht erleichtert. Danach könne ausnahmsweise auch die notwendige Betreuung während einer von der Schule angebotenen und für die Schülerinnen und Schüler freiwilligen Nachmittags-Arbeitsgemeinschaft eine Hilfe zur angemessenen Schulbildung darstellen, wenn diese Veranstaltung in einem hinreichenden zeitlichen, örtlichen und personellen Zusammenhang mit dem Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht stehe. Ein solcher Zusammenhang könne etwa darin liegen, dass den Schülerinnen und Schülern in einer solchen freiwilligen Veranstaltung Lerninhalte vermittelt werden sollen, die die Teilnahme am regulären Schulunterricht erleichtern, indem sie auf diesen aufbauen oder diesen ergänzen. Wesentlich könne auch der Umstand sein, dass – trotz Freiwilligkeit – die ganz überwiegende Anzahl der Schülerinnen und Schüler einer Klasse die Nachmittagsveranstaltung besuche.

Dagegen hat das LSG Nordrhein-Westfalen die Integrationshilfe für die Teilnahme an der OGS als Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft angesehen. Seinen Beschluss vom 15. Januar 2014 (Az. L 20 SO 477/13 B ER) begründete das LSG damit, dass die OGS

nicht zum verpflichtenden Umfang des Schulbesuchs gehöre. Sie sei vielmehr ein schulisches Angebot, das freiwillig wahrgenommen werden könne. Im Grundsatz sei deshalb davon auszugehen, dass das für den Schulbesuch maßgebliche Bildungsziel auch ohne Inanspruchnahme der OGS erreicht werden könne. Hierfür spreche im zu entscheidenden Fall auch, dass nur für ein Drittel aller Schülerinnen und Schüler OGS-Plätze zur Verfügung stünden.

Sieht man – wie das LSG Nordrhein-Westfalen – Integrationshilfe in der OGS als Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft an, müssen sich Menschen mit Behinderung bzw. deren Eltern nach Maßgabe ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse an den Kosten beteiligen. Hierfür gelten bestimmte Grenzbeträge. Nur wenn das Einkommen und Vermögen diese Beträge überschreitet, müssen Menschen mit Behinderung bzw. ihre Eltern für die Kosten bzw. einen Teil der Kosten aufkommen.

Die Einkommensgrenze wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 798 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommt ferner für den/die Ehepartner/in sowie für jede Person, die von dem Menschen mit Behinderung oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, jeweils ein Zuschlag von 279 Euro. Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Eingliederungshilfe einzusetzen. Für blinde Menschen sowie schwerstpflegebedürftige Menschen (Einstufung in Pflegestufe 3) gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen.

Fallbeispiel:

Nina Blume bewohnt mit ihrem Sohn Niklas eine Drei-Zimmer-Wohnung in X-Stadt. Für die Miete einschließlich der Neben- und Heizkosten zahlt sie im Monat 730 Euro. Ihre Einkommensgrenze errechnet sich danach wie folgt:

Grundbetrag:	798 Euro
plus Kosten der Unterkunft:	730 Euro
plus Zuschlag für Niklas:	279 Euro
.....
Einkommensgrenze:	1.807 Euro

Frau Blume könnte zu den Kosten der Eingliederungshilfe herangezogen werden, wenn ihr Einkommen diese Grenze überschreitet. Frau Blume verdient als Physiotherapeutin 1.800 Euro brutto im Monat. Anrechenbar im Rahmen der Sozialhilfe ist das, was nach Abzug von Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen, Werbungskosten und Beiträgen zu angemessenen Versicherungen (zum Beispiel Privathaftpflicht- und Hausratversicherung) vom Bruttoeinkommen übrig bleibt. Im Fall von Frau Blume können insgesamt 283 Euro vom Einkommen abgezogen werden. Es verbleibt somit ein anrechenbares Einkommen von 1.517 Euro. Da Frau Blumes Einkommen die maßgebliche Einkommensgrenze von 1.807 Euro unterschreitet, kann sie mit ihrem Einkommen nicht zu den Kosten der Eingliederungshilfe herangezogen werden.

Zum Vermögen zählen unter anderem Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen. Die Vermögensgrenze setzt sich aus einem Grundbetrag in Höhe von 2.600 Euro sowie Zuschlägen für unterhaltsberechtigten Personen zusammen. Der Zuschlag beläuft sich für Ehepartnerinnen und Ehepartner auf 614 Euro

und für jede Person, die von dem Menschen mit Behinderung oder dessen unterhaltspflichtigem Elternteil überwiegend unterhalten wird, auf 256 Euro. Bestimmte Vermögenswerte müssen nicht für Sozialhilfekosten eingesetzt werden. Hierzu gehören zum Beispiel ein selbst bewohntes angemessenes Hausgrundstück oder ein Auto, sofern es zur Ausübung der Berufstätigkeit benötigt wird.

Fallbeispiel:

Die Vermögensgrenze von Familie Blume berechnet sich wie folgt:

Grundbetrag:	2.600 Euro
plus Zuschlag für Niklas:	256 Euro
.....
Vermögensgrenze:	2.856 Euro

Frau Blume verfügt lediglich über ein Sparguthaben von 1.800 Euro und überschreitet mit ihrem Vermögen daher nicht die maßgebliche Grenze. Außerdem besitzt sie einen alten VW-Golf. Da sie diesen aber für die tägliche Fahrt zur Arbeit benötigt, muss sie ihn nicht verkaufen, um aus dem Erlös die Kosten der Sozialhilfe zu bestreiten.

Im Ergebnis kann Frau Blume somit weder mit ihrem Einkommen noch mit ihrem Vermögen zu den Kosten der Sozialhilfe herangezogen werden. Im Fall von Niklas spielt es somit keine Rolle, ob die Integrationskraft zum Besuch der OGS als „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung“ oder als „Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ anzusehen ist, weil die Hilfe für Frau Blume in jedem Fall kostenfrei ist.

Assistenz in der schulischen Nachmittagsbetreuung – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Umstritten ist, welche Rechtsgrundlage in diesem Fall für den Anspruch von Kindern mit körperlicher oder geistiger Behinderung einschlägig ist. Sieht man die Integrationskraft als (kostenfreie) „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung“ an, ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit § 12 Nr. 1 EinglH-VO. Wird die Leistung dagegen als (einkommens- und vermögensabhängige) „Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ gewertet, ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Absatz 2 Nr. 7 SGB IX.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Wenn es sich um eine Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung handelt, müssen sich Eltern gemäß § 92 Absatz 2 Nr. 2 SGB XII an den Kosten der Integrationshilfe nicht beteiligen. Stellt die Leistung dagegen eine Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben dar, findet eine Kostenheranziehung nach Maßgabe der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des behinderten Menschen bzw. seiner Eltern statt.

Kostenbeteiligung: Urteil des SG Köln vom 21.9.2011, Az. S 21 SO 448/10 (Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung bejaht); Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen vom 10.4. 2014, Az. L 8 SO 506/13 ER (Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung in Ausnahmefällen zu bejahen); Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 15.1.2014, Az. L 20 SO 477/13 B ER (Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung verneint)

Anmerkung des bvkm zur Betreuung behinderter Schulkinder am Nachmittag:

Für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung stehen häufig keine Betreuungsmöglichkeiten nach dem Unterricht zur Verfügung. Wenn doch, müssen Eltern behinderter Kinder für die Betreuung ihres Kindes in einem Hort oder einer Offenen Ganztagschule oft mehr bezahlen als Eltern nichtbehinderter Kinder. Dies erschwert die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Mütter behinderter Kinder.

4. Häusliche Krankenpflege

Fallbeispiel:

Niklas hat unter anderem eine Lungenerkrankung, die zu vermehrter Bildung von zähem Bronchialsekret führt. Das Sekret muss mehrmals am Tag abgesaugt werden. Frau Blume hat gelernt wie das geht und führt das Absaugen selbst aus, wenn Niklas zuhause ist. Da sie berufstätig ist, kann sie das Absaugen aber nicht während Niklas Aufenthalt in der Schule vornehmen.

Menschen, die gesetzlich krankenversichert sind, können häusliche Krankenpflege unter anderem in der Schule erhalten, wenn dies erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Auch das Absaugen von Bronchialsekret kann eine Leistung der häuslichen Krankenpflege sein. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Krankenpflege nicht von einer im Haushalt lebenden Person ausgeführt werden kann.

Häusliche Krankenpflege muss ärztlich verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden und ist für Versicherte unter 18 Jahren zuzahlungsfrei. In der Regel wird sie von einem Pflegedienst erbracht, der seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse abrechnet (zur Durchführung von häuslicher Krankenpflege durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft siehe das Beispiel in Kapitel III) 3.).

Fallbeispiel:

Bei Niklas wird in der Schule dreimal täglich von einem Pflegedienst das Bronchialsekret abgesaugt. Die Kosten hierfür rechnet der Pflegedienst direkt mit der Krankenkasse ab. Da Niklas erst acht Jahre alt ist, muss Frau Blume keine Zuzahlung zu der häuslichen Krankenpflege leisten.

Häusliche Krankenpflege – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 37 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Für Versicherte unter 18 Jahren ist die häusliche Krankenpflege zuzahlungsfrei.

5. Schulferien

Fallbeispiel:

Die OGS an Niklas' Schule bietet keine Betreuung in den Schulferien an. Nina Blume überlegt deshalb jedes Jahr von neuem, was sie tun kann, damit ihr

Sohn in den Ferien gut versorgt ist, wenn sie selbst arbeiten gehen muss.

Bei Kindern mit Behinderung, die pflegebedürftig sind, können die Leistungen der Verhinderungspflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I 3.) und der Kurzzeitpflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I 4.) zur Überbrückung von Ferienzeiten eingesetzt werden.

Fallbeispiel:

Niklas hat Pflegestufe 1. Er kann deshalb Leistungen der Verhinderungspflege sowie der Kurzzeitpflege im Umfang von jeweils bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr beanspruchen.

In den Osterferien nimmt Niklas an einer Ferienfreizeit teil, die der Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in X-Stadt organisiert hat. Die pflegebedingten Aufwendungen, die ihr der Verein in Rechnung stellt, lässt sich Nina Blume im Rahmen der Verhinderungspflege von der Pflegekasse erstatten.

In den Sommerferien verbringt Niklas zwei Wochen in einem Wohnheim für behinderte Menschen. Seine dort anfallenden pflegebedingten Aufwendungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der Kurzzeitpflege.

Weil es ihm dort so gut gefallen hat, wäre Niklas in den Herbstferien gerne ein weiteres Mal für eine Woche in das Wohnheim gegangen. Leider waren die wenigen Plätze, die das Wohnheim für die Kurzzeitpflege bereithält, aber bereits ein Jahr im Voraus ausgebucht.

Teilweise bieten Förderschulen oder Heilpädagogische Tagesstätten Betreuung für einen Teil der Schulferien an. Finanziert wird dies als Maßnahme der Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialhilfe. In vielen Regionen Deutschlands fehlt es jedoch an solchen Angeboten.

Anmerkung des bvkm zur Betreuung behinderter Kinder in den Schulferien:

- » Schulkinder haben 64 Tage Ferien im Jahr. Berufstätige Eltern können dagegen im Durchschnitt lediglich 28 Tage Jahresurlaub beanspruchen. Die Leistungen der Verhinderungs- sowie der Kurzzeitpflege sind aufgrund ihrer beschränkten Höchstdauer von wenigen Wochen und ihres jährlichen Höchstbetrages von jeweils 1.612 Euro nicht geeignet, die gesamten Schulferien zu überbrücken. Außerdem sollen sie auch der tage- und stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger dienen.
- » Hinzu kommt, dass es bundesweit zu wenige Plätze für die Kurzzeitpflege in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe gibt. Oft erfolgt die Platzvergabe ein Jahr im Voraus. Viele Menschen mit Behinderung gehen dabei leer aus.
- » Alternativen für die Betreuung behinderter Kinder in den Schulferien stehen in der Regel nicht zur Verfügung. Durch diese Betreuungslücke wird die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Mütter behinderter Kinder erheblich erschwert.

6. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Fallbeispiel:

Im Frühling erkrankt Niklas an Scharlach und kann deshalb eine Woche lang nicht zur Schule gehen.

Berufstätige Eltern, die gesetzlich krankenversichert sind, können von ihrem Arbeitgeber verlangen, dass sie von der Arbeit unbezahlt freigestellt werden, wenn ein ärztliches Attest bestätigt, dass sie ihr erkranktes Kind pflegen oder betreuen müssen und deshalb nicht zur Arbeit gehen können. Das erkrankte Kind muss ebenfalls gesetzlich krankenversichert sein und darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Ferner darf keine andere im Haushalt lebende Person für die Betreuung des Kindes zur Verfügung stehen. Der Anspruch besteht für zehn Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Bei drei und mehr Kindern ist der Anspruch allerdings auf eine Höchstgrenze von 25 bzw. bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen je Kalenderjahr beschränkt. Für die Dauer der unbezahlten Freistellung hat der jeweilige Elternanteil Anspruch auf Kinderkrankengeld. Es beträgt 90

Prozent des ausgefallenen Nettolohns und wird von der Krankenkasse gezahlt. Keine zeitliche Begrenzung besteht für den Freistellungsanspruch, wenn das Kind an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leidet, die eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Das in diesen Fällen von der Krankenkasse gezahlte Kinderkrankengeld beläuft sich auf 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts.

Fallbeispiel:

Frau Blume erhält vom Kinderarzt ein Attest, das bestätigt, dass sie wegen Niklas' Scharlach-Erkrankung zuhause bleiben muss, um ihr Kind zu pflegen. Sie wird daraufhin von der Physiotherapiepraxis fünf Tage von der Arbeit freigestellt und erhält in dieser Zeit von der Krankenkasse Kinderkrankengeld. Ihr Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit sowie auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (bei Alleinerziehenden höchstens 20 Arbeitstage je Kind und Jahr) ist damit teilweise aufgebraucht. Für die verbleibende Zeit des Jahres steht ihr noch ein Restanspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung des Kindes für die Dauer von 15 Tagen zu.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 45 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Höhe: Das Krankengeld beläuft sich auf 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns.

Dauer: Der Anspruch besteht für zehn Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Bei drei und mehr Kindern gilt eine Höchstgrenze von 25 bzw. bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen pro Jahr.

V) UNTERSTÜTZUNG, WENN DAS KIND ERWACHSEN IST

Fallbeispiel:

Leonie Knispel ist 26 Jahre alt. Sie ist körperbehindert, hat die Pflegestufe 2 und lebt bei ihren Eltern Marion und Udo Knispel in Q-Stadt. Beide Elternteile sind berufstätig. Marion Knispel arbeitet 30 Stunden die Woche als Pressesprecherin für einen Pharmakonzern. Udo Knispel ist Redakteur bei der örtlichen Tageszeitung. Leonie Knispel arbeitet in der Werkstatt für behinderte Menschen des Vereins für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in Q-Stadt.

1. Werkstatt und Tagesförderstätte

Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Sie bietet denjenigen Menschen mit Behinderung, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder die Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit. Voraussetzung für die Aufnahme in eine WfbM ist, dass ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht werden kann. Die Kosten für den Arbeitsplatz und die Betreuung in der WfbM trägt das Sozialamt im Rahmen der Eingliederungshilfe. Werkstattbeschäftigte müssen – sofern ihr monatliches Einkommen 798 Euro übersteigt – allenfalls einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten. Eltern behinderter Menschen müssen sich an den Werkstattkosten nicht beteiligen.

Für schwerstbehinderte Menschen, die die Aufnahmekriterien für die WfbM nicht erfüllen, kommt die Förderung in einer Tagesförderstätte (auch Förder- und

Betreuungsstätte genannt) in Betracht. Die in den Tagesförderstätten anzubietenden Maßnahmen haben das Ziel, praktische Kenntnisse und Fähigkeiten zu fördern, die Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Außerdem sollen sie auf Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, vor allem in Werkstätten für behinderte Menschen, vorbereiten. Tagesförderstätten sind daher vorrangig in räumlichem oder organisatorischem Zusammenhang mit einer WfbM einzurichten, um den Übergang zur Werkstatt zu erleichtern. Die Kosten für die Leistungen in einer Tagesförderstätte trägt ebenfalls das Sozialamt im Rahmen der Eingliederungshilfe. Menschen mit Behinderung müssen auch in diesen Fällen lediglich einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten, sofern ihr monatliches Einkommen 798 Euro übersteigt. Die Eltern werden zu den Kosten der Tagesförderstätte nicht herangezogen.

Fallbeispiel:

Leonie Knispel arbeitet 35 Stunden in der Woche in der WfbM. Sie wird morgens um 8:30 Uhr zuhause von einem Fahrdienst mit dem Bus abgeholt und beginnt ihre Arbeit um 9 Uhr. Die Arbeit endet um 16 Uhr. Danach wird sie vom Fahrdienst nach Hause gebracht. Zwischendurch hat Frau Knispel eine Stunde Mittagspause.

Werkstatt und Tagesförderstätte – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch auf einen Werkstattplatz ergibt sich aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 41 SGB IX. Die Beschäftigung in einer Tagesförderstätte können Menschen mit Behinderung nach §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX beanspruchen.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: An den Kosten eines Werkstattplatzes müssen sich gemäß § 92 Absatz 2 Nr. 7 SGB XII weder Werkstattbeschäftigte noch ihre Eltern beteiligen. Die Beschäftigung in einer Tagesförderstätte ist für Menschen mit Behinderung und ihre Eltern nach § 92 Absatz 2 Nr. 8 SGB XII ebenfalls kostenfrei.

2. Häusliche Krankenpflege

Fallbeispiel:

Leonie Knispel ist Rollstuhlfahrerin und leidet unter anderem an einer Blasen- und Mastdarmlähmung. Sie ist viermal am Tag auf eine Blasenentleerung mittels Katheters angewiesen. Zuhause übernimmt dies ihre Mutter. Frau Knispel muss aber auch während des Aufenthalts in der WfbM einmal täglich katheterisiert werden.

Im Regelfall muss der pflegerische Bedarf von Werkstattbeschäftigten durch die WfbM abgedeckt werden. Diese muss sowohl die soziale und pädagogische als auch die medizinische Betreuung der Beschäftigten durch entsprechende begleitende Dienste sicherstellen. Bei besonders hohem Pflegebedarf können Werkstattbeschäftigte, die gesetzlich krankenversichert sind, häusliche Krankenpflege aber auch in der WfbM erhalten. Einen solchen besonders hohen Pflegebe-

darf hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg für das Katheterisieren unter anderem wegen der Anforderungen an die Sterilität bejaht (Urteile vom 1. März 2013, Az. L 4 KR 3797/11 sowie vom 16. Mai 2012, Az. L 5 KR 1905/10). Dagegen wird zum Beispiel die Gabe von Insulinspritzen grundsätzlich als gewöhnlicher Pflegebedarf angesehen und ist somit durch Werkstatt begleitende Dienste auszuführen.

Häusliche Krankenpflege muss ärztlich verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden. In der Regel wird sie von einem Pflegedienst erbracht, der seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse abrechnet (zur Durchführung von häuslicher Krankenpflege durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft siehe das Beispiel in Kapitel III) 3.). Der Anspruch besteht nur, wenn die Krankenpflege nicht von einer im Haushalt lebenden Person ausgeführt werden kann.

Fallbeispiel:

Das Katheterisieren stellt einen besonders hohen Pflegebedarf dar, weil das Entleeren der Blase unter sterilen Bedingungen erfolgen muss. Leonie Knispel hat deshalb Anspruch darauf, dass diese Leistung einmal täglich in der WfbM von ihrer Krankenkasse als häusliche Krankenpflege erbracht wird. Einmal am Tag kommt deshalb ein Pflegedienst in die WfbM und nimmt die Blasenentleerung vor. Die Kosten hierfür rechnet der Pflegedienst direkt mit der Krankenkasse ab.

Für Leistungen der häuslichen Krankenpflege müssen erwachsene Versicherte eine Zuzahlung von zehn Euro pro ärztlicher Verordnung bezahlen. Zusätzlich werden für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr zehn Prozent der Kosten als Eigenanteil fällig.

Fallbeispiel:

Der Hausarzt hat Leonie Knispel vom 6. Januar bis 31. März 2015 einmal täglich an den Werktagen häusliche

Krankenpflege verordnet. An den ersten 28 Tagen fallen hierfür Kosten in Höhe von insgesamt 880 Euro an. Als Zuzahlung hierzu muss Frau Knispel insgesamt 98 Euro (zehn Prozent der Kosten plus zehn Euro für die ärztliche Verordnung) leisten.

Von weiteren Zuzahlungen kann sich Frau Knispel aber befreien lassen. Denn sie verfügt nur über ihr Werkstattgehalt und erhält ferner ergänzend Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Im Jahr 2015 beträgt die Belastungsgrenze von Grundsicherungsempfängern für Zuzahlungen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 95,76 Euro bzw. – im Falle einer chronischen Erkrankung – 47,88 Euro. Da diese Belastungsgrenze bei Frau Knispel überschritten ist, kann sie sich von ihrer Krankenkasse eine Befreiungsbescheinigung erteilen lassen.

Häusliche Krankenpflege – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 37 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Erwachsene Versicherte müssen eine Zuzahlung von zehn Euro pro ärztlicher Verordnung und für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr zusätzlich zehn Prozent der Kosten leisten.

Rechtsprechung: Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 1.3.2013, Az. L 4 KR 3797/11 sowie vom 16.5.2012, Az. L 5 KR 1905/10 (zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege in einer WfbM)

3. Freizeit

Fallbeispiel:

Leonie Knispel ist am Wochenende nicht gerne allein zuhause. Sie möchte sich mit Gleichaltrigen treffen und etwas Neues erleben. Der Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in Q-Stadt bietet zweimal im Monat samstags eine Disco für Menschen mit Behinderung an. Außerdem geht Leonie Knispel einmal im Monat entweder ins Kino oder in ein Popkonzert. Da Frau Knispel diese Veranstaltungen aufgrund ihrer Behinderung nicht alleine aufsuchen kann, ist sie auf eine Begleitung angewiesen.

Menschen mit Behinderung, die wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind, können einen Anspruch auf Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben haben. Umfasst werden davon zum Beispiel Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nichtbehinderten Menschen sowie Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen. Die Hilfe kann unter anderem in der Bereitstellung einer notwendigen Begleitperson zum Besuch solcher Veranstaltungen bestehen. Bei den Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben handelt es sich um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Die Hilfe ist deshalb beim Sozialamt zu beantragen.

Fallbeispiel:

Leonie Knispel stellt beim Sozialamt in Q-Stadt einen Antrag auf Eingliederungshilfe. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt stellt der zuständige Sach-

bearbeiter daraufhin den individuellen Bedarf von Frau Knispel fest. Dieser umfasst 15 Stunden im Monat (2 x 5 Stunden Disco plus 1 x 5 Stunden wahlweise Kino- oder Konzertbesuch). Das Sozialamt bewilligt Frau Knispel daraufhin eine Begleitperson für den entsprechenden Stundenumfang.

Mit dem Bewilligungsbescheid geht Frau Knispel zum Familienunterstützenden Dienst (FuD) des Vereins für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in Q-Stadt. Bei diesem FuD ist unter anderem Emma Frieze beschäftigt, die dort ihren Bundesfreiwilligendienst leistet. Frau Frieze begleitet Frau Knispel nun zweimal im Monat in die Disco und einmal im Monat ins Kino bzw. ins Popkonzert. Die Arbeitsleistung von Frau Frieze rechnet der FuD direkt mit dem Sozialamt ab.

Menschen mit Behinderung, die Anspruch auf Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben haben, können diese Leistung auch als Persönliches Budget bekommen. Das Persönliche Budget ist eine besondere Form der Leistungserbringung. Beim Persönlichen Budget sind Menschen mit Behinderung nicht gezwungen, vorhandene Dienste – wie zum Beispiel einen FuD – für die von ihnen benötigte Hilfe in Anspruch zu nehmen. Stattdessen erhalten sie einen bestimmten Geldbetrag und kaufen sich damit die Unterstützung, die sie benötigen, selbst ein (siehe dazu das Beispiel in Kapitel III) 2.).

Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben werden erwachsenen Menschen mit Behinderung nur gewährt, wenn sie finanziell bedürftig sind. Das heißt im Klartext, dass ihr Einkommen und Vermögen bestimmte Grenzen nicht überschreiten

darf. Die Einkommensgrenze wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 798 Euro sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommen ferner Zuschläge für nahe Angehörige. Die Vermögensgrenze setzt sich aus einem Grundbetrag in Höhe von 2.600 Euro sowie ebenfalls Zuschlägen für nahe Angehörige zusammen. Zum Vermögen zählen unter anderem Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen (zu weiteren Einzelheiten siehe das Berechnungsbeispiel in Kapitel IV) 3.).

Fallbeispiel:

Leonie Knispel verfügt über ein Werkstattgehalt und erhält ferner ergänzend Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Mit ihrem monatlichen Gesamteinkommen von 610 Euro liegt sie unterhalb der maßgeblichen Einkommensgrenze.

Nennenswertes Vermögen besitzt Frau Knispel ebenfalls nicht. Sie hat lediglich ein Sparkonto, auf dem sich 700 Euro befinden. Ihr Vermögen unterschreitet somit ebenfalls die maßgebliche Grenze. Da Frau Knispel also finanziell bedürftig ist, steht ihr ein Anspruch auf Eingliederungshilfe zu.

Der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung für Leistungen der Eingliederungshilfe beschränkt sich auf 31,06 Euro im Monat. Bei den Eltern von erwachsenen Menschen mit Behinderung nehmen die Sozialämter deshalb keine Einkommens- und Vermögensprüfung vor.

Fallbeispiel:

Marion und Udo Knispel müssen für die Eingliederungshilfe ihrer Tochter 31,06 Euro im Monat an das Sozialamt von Q-Stadt bezahlen.

Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 Absatz 2 Nr. 7, 58 SGB IX. Soll die Leistung als Persönliches Budget beantragt werden, ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 SGB XII, §§ 55 Absatz 2 Nr. 7, 58 SGB IX in Verbindung mit §§ 57 SGB XII, 17 SGB IX.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Die Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung müssen für Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 94 Absatz 2 SGB XII einen monatlichen Kostenbeitrag von 31,06 Euro leisten.

4. Urlaub

Fallbeispiel:

Leonie Knispel hat als Mitarbeiterin des Arbeitsbereichs der WfbM Anspruch auf jährlich 25 Tage Urlaub und zusätzlich fünf Tage Sonderurlaub als schwerbehinderter Mensch.

Menschen mit Behinderung, die pflegebedürftig sind, können die Leistungen der Verhinderungspflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 3.) und der Kurzzeitpflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 4.) unter anderem für Urlaubszeiten einsetzen.

Fallbeispiel:

Leonie Knispel hat Pflegestufe 2. Sie kann deshalb Leistungen der Verhinderungspflege sowie der Kurzzeitpflege im Umfang von jeweils bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr beanspruchen.

Im Sommer nimmt Frau Knispel an einer dreiwöchigen Reise an die holländische Nordseeküste teil, die der Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in Q-Stadt organisiert hat. Die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 900 Euro, die ihr der Verein hierfür in Rechnung stellt, lässt sich Frau Knispel im Rahmen der Verhinderungspflege von der Pflegekasse erstatten.

Ihren zweiwöchigen Herbsturlaub verbringt Frau Knispel in einem Wohnheim für behinderte Menschen in B-Stadt. Ihre dort anfallenden pflegebedingten Aufwendungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der Kurzzeitpflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 4.).

5. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Fallbeispiel:

Im Februar erkrankt Leonie Knispel an einem schweren gripptalen Infekt und kann deshalb zwei Wochen lang nicht in der WfbM arbeiten.

Berufstätige Eltern, die gesetzlich krankenversichert sind, können von ihrem Arbeitgeber verlangen, dass sie von der Arbeit unbezahlt freigestellt werden, wenn ein ärztliches Attest bestätigt, dass sie ihr erkranktes Kind pflegen oder betreuen müssen und deshalb nicht zur Arbeit gehen können. Das erkrankte Kind muss ebenfalls gesetzlich krankenversichert sein und darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Ferner darf keine andere im Haushalt lebende Person für die Betreuung des Kindes zur Verfügung stehen.

Der Anspruch besteht für zehn Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Bei drei und mehr Kindern ist der Anspruch allerdings auf eine Höchstgrenze von 25 bzw. bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen je Kalenderjahr beschränkt. Für die Dauer der unbezahlten Freistellung hat der jeweilige Elternteil Anspruch auf Kinderkrankengeld. Es beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns und wird von der Krankenkasse gezahlt.

Keine zeitliche Begrenzung besteht für den Freistellungsanspruch, wenn das Kind an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leidet, die eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Das in diesen Fällen von der Krankenkasse gezahlte Kinderkrankengeld beläuft sich auf 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts.

Fallbeispiel:

Marion Knispel erhält vom Hausarzt der Familie ein Attest, das bestätigt, dass sie wegen Leonies Infekt zuhause bleiben muss, um ihre Tochter zu pflegen. Sie wird daraufhin von ihrem Arbeitgeber zehn Tage von

der Arbeit freigestellt und erhält in dieser Zeit von der Krankenkasse Kinderkrankengeld. Da Leonie behindert und auf Hilfe angewiesen ist, ist es für den Anspruch unerheblich, dass sie bereits das 26. Lebensjahr vollendet hat.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch ergibt sich aus § 45 SGB V.

Wo: Die Leistung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Das Krankengeld beläuft sich auf 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns.

Leistungsvoraussetzung: Das erkrankte Kind muss ebenfalls gesetzlich krankenversichert sein und darf das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder es muss behindert und auf Hilfe angewiesen sein.

Dauer: Der Anspruch besteht für zehn Arbeitstage je Kind und Jahr, bei Alleinerziehenden für 20 Arbeitstage je Kind und Jahr. Bei drei und mehr Kindern gilt eine Höchstgrenze von 25 bzw. bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen pro Jahr.

VI) EIN NEUES ZUHAUSE – HILFEN, WENN KINDER NICHT BEI DEN ELTERN LEBEN

1. Nicht eingeschulte Kinder im Wohnheim

Fallbeispiel:

Petra Stark ist alleinerziehend und arbeitet als Mediengestalterin in einer Werbeagentur. Ihre vierjährige Tochter Maja ist schwerstbehindert. Aufgrund der Gefahr von epileptischen Anfällen muss sie tagsüber und nachts dauerhaft beobachtet werden. Maja hat die Pflegestufe 3 und lebt unter der Woche in einem Wohnheim für Kinder und Jugendliche mit Behinderung. Die Wochenenden verbringt sie bei ihrer Mutter.

In Wohnheimen für behinderte Kinder werden Kinder mit Behinderung von Fachkräften rund um die Uhr in familiärer Atmosphäre begleitet, pädagogisch betreut und ihrer Behinderung entsprechend gepflegt. Häufig wird den Kindern direkt in der Einrichtung auch eine regelmäßige therapeutische Betreuung im Rahmen von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie Musiktherapie angeboten. Außerdem erhalten die Kinder ein Taschengeld, dessen Höhe von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt wird.

Ein Anspruch auf einen Wohnheimplatz besteht, wenn der Bedarf des Kindes anders nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann. Die Kosten für das Wohnheim übernimmt das Sozialamt. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Eltern, deren Kinder noch nicht eingeschult sind, müssen für den Wohnheimplatz einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten. Erspart werden durch die Heimunterbringung des Kindes lediglich die reinen Verbrauchskosten (Ernährung, Wasser, Taschen-

geld etc.), da alle anderen Kosten (wie zum Beispiel die Miete) unabhängig davon anfallen, ob das behinderte Kind zuhause lebt oder nicht. Die Höhe der häuslichen Ersparnis richtet sich nach der finanziellen Situation der Familie sowie danach, wie viele Personen insgesamt mit den der Familie zur Verfügung stehenden Mitteln zu versorgen sind. Bei Eltern in besserer finanzieller Lage können die tatsächlichen Ersparnisse deshalb höher sein als in anderen Fällen. Verbringt das Kind die Wochenenden oder Ferien zuhause, mindert dies den Betrag der häuslichen Ersparnis.

Fallbeispiel:

Petra Stark muss für den Wohnheimplatz ihrer Tochter einen Kostenbeitrag in Höhe ihrer häuslichen Ersparnis leisten. Bei der Bemessung des Kostenbeitrags berücksichtigt das Sozialamt unter anderem, dass die zweiköpfige Familie nur vom Einkommen der Mutter lebt und Maja jedes Wochenende zuhause verbringt.

Wohnheimplatz für noch nicht eingeschulte Kinder – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Für Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit §§ 55 Absatz 2 Nr. 2 SGB, 56 IX.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Da es sich um eine heilpädagogische Maßnahme für Kinder handelt, die noch nicht eingeschult sind, müssen Eltern gemäß § 92 Absatz 2 Nr. 1 SGB XII einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten.

2. Schulkinder im Internat

Fallbeispiel:

Marie und Nora Schwertfeger leben auf dem Land in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und sind beide berufstätig. Ihr Sohn Fabian ist acht Jahre alt und körperbehindert. Er hat die Pflegestufe 2 und ist in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Die nächstgelegene Förderschule für körperliche und motorische Entwicklung ist 160 Kilometer vom Wohnort der Familie entfernt. Fabian lebt deshalb unter der Woche in einem heilpädagogischen Internat in K-Stadt und besucht dort auch die Schule. Die Ferien und Wochenenden verbringt er bei seinen Müttern.

Heilpädagogische Internate sind stationäre Einrichtungen zur Erziehung, Förderung, Pflege und Betreuung von schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung. Die Schülerinnen und Schüler wohnen in familiärer Atmosphäre, werden nach ihren individuellen Bedürfnissen versorgt und gepflegt und bei den Hausaufgaben begleitet. Zum Leistungsumfang gehört außerdem ein Taschengeld, dessen Höhe

von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt wird. Einen Anspruch auf einen Internatsplatz haben schulpflichtige Kinder und Jugendliche mit Behinderung, die infolge der Art und Schwere ihrer Behinderung und/oder zum Zweck des Schulbesuchs einer besonderen Betreuung und Förderung in stationärer Form bedürfen. Die Kosten für das Internat übernimmt das Sozialamt. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Ist die Unterbringung im Internat erforderlich, um dem Kind den Schulbesuch zu ermöglichen, müssen Eltern hierfür einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten. Die Erforderlichkeit einer Internatsaufnahme ist zum Beispiel zu bejahen, wenn der Heimatort eines Schulkindes so weit von der Schule entfernt liegt, dass tägliche Hin- und Rückfahrten unzumutbar sind. Erspart werden durch die Internatsunterbringung des Kindes die reinen Verbrauchskosten

(Ernährung, Wasser, Taschengeld etc.), da alle anderen Kosten (wie zum Beispiel die Miete) unabhängig davon anfallen, ob das behinderte Kind zuhause lebt oder nicht. Der Kostenbeitrag bemisst sich ferner nach der finanziellen Situation der Familie sowie danach, wie viele Personen insgesamt mit dem Familieneinkommen zu versorgen sind. Bei Eltern in besserer finanzieller Lage können die tatsächlichen Ersparnisse deshalb höher sein als in anderen Fällen. Verbringt das Kind die Wochenenden oder Ferien zuhause, mindert dies den Betrag der häuslichen Ersparnis.

Fallbeispiel:

Um zur nächstgelegenen Förderschule für körperliche und motorische Entwicklung zu kommen, müsste Fabian jeden Tag hin und zurück vier Stunden fahren. Diese Fahrtzeit ist für ihn unzumutbar. Die Internatsunterbringung ist deshalb erforderlich, um Fabian den Schulbesuch zu ermöglichen. Seine Mütter müssen für

die Internatsbeschulung einen Kostenbeitrag in Höhe ihrer häuslichen Ersparnis leisten. Bei der Bemessung des Kostenbeitrags berücksichtigt das Sozialamt unter anderem, dass Fabian die gesamten Schulferien und jedes Wochenende zuhause verbringt.

Dient eine Internatsunterbringung nicht in erster Linie der Ermöglichung des Schulbesuchs, sondern zum Beispiel dazu, den besonders hohen Pflegebedarf eines schwerstbehinderten Schulkindes durch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu decken, müssen sich Eltern behinderter Kinder nach Maßgabe ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse an den Kosten beteiligen. Hierfür gelten bestimmte Grenzbeträge. Nur wenn das Einkommen und Vermögen diese Beträge überschreitet, müssen die Eltern für die Kosten bzw. einen Teil der Kosten aufkommen (zu weiteren Einzelheiten siehe das Berechnungsbeispiel in Kapitel IV) 3.).

Internatsplatz für schulpflichtige Kinder – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Für Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit § 12 Nr. 1 EinglH-VO.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Ist die Internatsunterbringung erforderlich, um dem Kind den Schulbesuch zu ermöglichen, müssen Eltern gemäß § 92 Absatz 2 Nr. 2 SGB XII einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten.

3. Erwachsene Kinder im Wohnheim/im ambulant betreuten Wohnen

Fallbeispiel:

Sabrina und Markus Fischer sind verheiratet. Sabrina arbeitet als Anästhesistin und Markus als Chirurg am städtischen Krankenhaus von N-Stadt. Ihre gemeinsame Tochter Jule ist 28 Jahre alt, geistig behindert und Rollstuhlfahrerin. Sie lebt gemeinsam mit zwei weiteren Frauen mit Behinderung in einer Wohngemeinschaft. Dort erhält sie auch Pflege und pädagogische Begleitung im Alltag.

Erwachsene Menschen mit Behinderung, die von zuhause ausziehen möchten und bei denen ein hoher Unterstützungsbedarf im Alltag besteht, haben die Wahl, ob sie in einer vollstationären Einrichtung oder einer ambulant betreuten Wohnung leben möchten.

In vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – den sogenannten Wohnheimen – wird der gesamte Lebensbedarf der dort lebenden Menschen mit Behinderung durch die Einrichtung sichergestellt („Rund-um-Versorgung“). Die Leistungen, die Menschen mit Behinderung in der Einrichtung erhalten, setzen sich zusammen aus Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Ernährung, Unterkunft, Kleidung etc.) sowie aus Leistungen der Eingliederungshilfe (zum Beispiel in Form von Betreuungsleistungen bei Freizeitaktivitäten). Außerdem erhalten erwachsene Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ein monatliches Taschengeld in Höhe von 107,73 Euro.

Die Wohnheimkosten werden vom Sozialamt finanziert. An diesen Kosten müssen sich im Wohnheim lebende Menschen nach Maßgabe ihrer Einkommens-

und Vermögensverhältnisse beteiligen. Die Eltern volljähriger Heimbewohnerinnen und Heimbewohner müssen maximal 54,96 Euro im Monat für den Heimplatz bezahlen. Darin sind 23,90 Euro für den in der Einrichtung erbrachten Lebensunterhalt und 31,06 Euro für die im Wohnheim geleistete Eingliederungshilfe enthalten.

Leben Menschen mit Behinderung in einer eigenen Wohnung, in der sie von Beschäftigten eines ambulanten Dienstes der Behindertenselbsthilfe pädagogisch betreut werden, spricht man vom ambulant betreuten Wohnen. Die pädagogische Betreuung besteht darin, die Menschen mit Behinderung bei der Bewältigung ihres Alltags (zum Beispiel durch Anleitung im hauswirtschaftlichen Bereich, Begleitung bei Behördengängen usw.) zu unterstützen.

Im Gegensatz zu vollstationären Einrichtungen, in denen der Einrichtungsträger die komplette Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellt, müssen sich Menschen mit Behinderung, die ambulant betreut wohnen, ihr individuelles Leistungspaket aus verschiedenen Hilfen „zusammenschnüren“. Ihre Wohnung und ihren sonstigen Lebensbedarf (Ernährung, Kleidung, Hobbys etc.) werden sie in der Regel durch eigenes Einkommen und/oder Leistungen der Sozialhilfe für den Lebensunterhalt finanzieren. Daneben benötigen sie Leistungen der Eingliederungshilfe (zum Beispiel in Form von pädagogischer Betreuung) sowie im Fall von Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegeversicherung und/oder Hilfe zur Pflege.

Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege sind Leistungen der Sozialhilfe. An den Kosten dieser Leistungen

müssen sich Menschen mit Behinderung mit ihrem Einkommen und Vermögen in angemessenem Umfang beteiligen, soweit bestimmte Grenzen überstiegen werden (siehe dazu das Berechnungsbeispiel in Kapi

tel IV) 3.). Ist der behinderte Mensch volljährig, beschränkt sich der monatliche Unterhaltsbeitrag seiner Eltern für diese Kosten auf 31,06 Euro.

Wohnheim/ambulant betreutes Wohnen – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch auf einen Wohnheimplatz ergibt sich aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Absatz 2 Nr. 3 SGB IX. Wollen Menschen mit Behinderung in einer ambulant betreuten Wohnung leben, ergibt sich der Anspruch aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Absatz 2 Nr. 6 SGB IX.

Wo: Die Leistung ist beim Sozialamt zu beantragen.

Kostenbeteiligung: Eltern erwachsener Kinder mit Behinderung müssen gemäß § 94 Absatz 2 SGB XII maximal einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von 54,96 Euro für den Wohnheimplatz leisten. Benötigt ein erwachsenes Kind mit Behinderung, das im ambulant betreuten Wohnen lebt, Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege, müssen seine Eltern hierfür gemäß § 94 Absatz 2 SGB XII maximal einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von 31,06 Euro leisten.

4. Leistungen der Pflegeversicherung am Wochenende

Sind pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner am Wochenende oder in den Ferien zu Besuch bei ihren Eltern, können sie anteilig für jeden Tag der häuslichen Pflege 1/30 des jeweils maßgeblichen Pflegegeldes ausgezahlt bekommen. An- und Abreisetag zählen beide als volle Tage.

Fallbeispiel (aufbauend auf Fallbeispiel in Kapitel IV) 1.):

Maja Stark hat die Pflegestufe 3. Ihre Mutter holt sie jeden Freitagnachmittag um 16 Uhr im Wohnheim ab und bringt sie Sonntagmittag um 13 Uhr zurück. Da An- und Abreisetag jeweils als volle Tage zählen, kann Maja jedes Wochenende von ihrer Pflegekasse für drei Tage Pflegegeld in Höhe von 72,81 Euro (1/30 von 728 Euro = 24,27 Euro pro Tag; 24,27 Euro x 3 Tage = 72,81 Euro) beanspruchen.

Pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, können während des Besuchs bei ihren Eltern außerdem zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen beanspruchen (zu den Einzelheiten der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen siehe Kapitel I) 2.).

Fallbeispiel (aufbauend auf Fallbeispiel in Kapitel IV) 2.):

Der Internatsschüler Fabian hat die Pflegestufe 2 und ist in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt. Während der Sommerferien, die er bei seinen Müttern verbringt, nimmt er jede Woche einmal an einem „Spiel-Spaß-Sport“-Angebot eines in seinem Heimatort ansässigen Familienentlastenden Dienst (FuD) teil. Die hierfür anfallenden Kosten in Höhe von monatlich 185 Euro rechnet der FuD als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen direkt mit der Pflegekasse ab.

Ist die Pflegeperson während des Besuchs am Wochenende oder in den Ferien an der Pflege gehindert, können Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ferner Anspruch auf Verhinderungspflege haben (zu den Einzelheiten der Verhinderungspflege siehe Kapitel I) 3.). Hier gilt allerdings folgende Einschränkung: Steht für die Zeit, in der die Pflegeperson verhindert ist, ein Betreuungsangebot in der Wohneinrichtung des/der Pflegebedürftigen zur Verfügung, muss die Pflegekasse keine Verhinderungspflege leisten.

Fallbeispiel (aufbauend auf Fallbeispiel in Kapitel IV) 2.):

Fabians Internat ist in den Sommerferien ab dem 15. August für zwei Wochen geschlossen. Am 22. August sind Marie und Nora Schwertfeger auf eine Hochzeit eingeladen. An dem betreffenden Tag sind sie deshalb von 16 bis 23 Uhr (7 Stunden) an der Pflege ihres Sohnes gehindert. Da das Internat geschlossen ist, steht keine alternative Betreuungsmöglichkeit zur Verfügung. In dem fraglichen Zeitraum kommt deshalb eine Betreuerin des FuD, die mit Fabian Computerspiele spielt, ihm beim Essen und Waschen behilflich ist und ihn ins Bett bringt. Die hierfür anfallenden Kosten in Höhe von 126 Euro (18 Euro/Stunde x 7 Stunden) rechnet der FuD als Verhinderungspflege direkt mit der Pflegekasse ab. Da die Ersatzpflege für weniger als acht Stunden erfolgt, wird Fabian das Pflegegeld für den betreffenden Tag ungekürzt ausgezahlt.

VII) WEITERE HILFEN

Fallbeispiel:

Katharina Raspel arbeitet 40 Stunden in der Woche als Lektorin in einem Wissenschaftsverlag, in dem 30 Beschäftigte tätig sind. Ihr Ehemann Thomas ist Lehrer an einer Grundschule. Die gemeinsame Tochter Ida ist zwei Monate alt. Sie wurde mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumen-Segelspalte geboren. Im ersten Jahr nach der Geburt stehen mehrere kieferorthopädische Operationen an, um die Spaltbildungen zu schließen. Da Ida durch die Fehlbildung insbesondere beim Saugen und Schlucken Probleme hat, hat sie gegenüber gleichaltrigen Säuglingen einen höheren Hilfebedarf. Sie wurde deshalb von der Pflegekasse in die Pflegestufe 2 eingestuft. Frau Raspel arbeitet gerne in ihrem Beruf und möchte ihre gut bezahlte Stelle nicht verlieren. Gleichzeitig möchte sie jedoch in den ersten beiden Jahren nach Idas Geburt möglichst viel Zeit mit ihrer Tochter verbringen.

1. Familienpflegezeitgesetz

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bei einem Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten arbeiten, haben nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) Anspruch darauf, ihre Arbeitszeit für eine Dauer von maximal 24 Monaten auf ein Minimum von 15 Wochenstunden zu verkürzen, wenn sie nahe Angehörige zuhause pflegen. Nahe Angehörige sind zum Beispiel die Kinder, die Eltern und der Ehegatte der/des Anspruchsberechtigten. Der/Die Angehörige muss mindestens die Pflegestufe 1 haben. Bei minderjährigen Kindern ist die Arbeitszeitverkürzung auch bei außerhäuslicher Betreuung möglich, zum Beispiel

um das pflegebedürftige Kind während eines sehr langen Krankenhausaufenthalts begleiten zu können.

Für jede/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n steht die Familienpflegezeit nur einmal für die Höchstdauer von 24 Monaten zur Verfügung. Familienpflegezeit und Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (zu den Einzelheiten des Pflegezeitgesetzes siehe Kapitel VII) 2.) dürfen ferner gemeinsam 24 Monate nicht überschreiten.

Während der Familienpflegezeit soll es nicht zu einem kompletten Verdienstausschluss kommen. Auf Antrag erhalten Beschäftigte deshalb vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Es gelten jedoch Höchstgrenzen. Auch ist es möglich, ein geringeres Darlehen zu beantragen. Die monatliche Mindestrate beläuft sich auf 50 Euro. Im Anschluss an die Familienpflegezeit ist das Darlehen zurückzahlen.

Fallbeispiel:

Katharina Raspel möchte ihre Arbeitszeit zwei Jahre lang um 50 Prozent, also auf 20 Wochenstunden verkürzen, um ihre Tochter zu pflegen. Da bei ihrem Arbeitgeber mehr als 25 Beschäftigte tätig sind, hat sie Anspruch auf die Arbeitszeitverkürzung.

Um den durch die Verringerung der Arbeitszeit entstehenden Verdienstaufschlag teilweise zu kompensieren, beantragt Frau Rasper beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen. Sie erhält daraufhin während der Dauer von zwei Jahren eine monatliche Darlehensrate in Höhe der Hälfte ihres fehlenden Nettogehalts. Nach zwei Jahren kehrt Frau Rasper zu ihrer vollen Arbeitszeit zurück und beginnt gleichzeitig mit der Rückzahlung des ihr gewährten Darlehens.

Arbeitgeber und Beschäftigte müssen über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche

Vereinbarung treffen. Außerdem gilt Kündigungsschutz von der Ankündigung bis zur Beendigung der Familienpflegezeit.

Fallbeispiel:

Frau Rasper vereinbart mit ihrer Chefin schriftlich, dass sie ihre Arbeitszeit für die Dauer von zwei Jahren um 50 Prozent verringert und dass sie in dieser Zeit ihre Arbeitszeit gleichmäßig auf vier Werktage verteilt. Der Arbeitsvertrag von Frau Rasper darf während dieser zwei Jahre nicht gekündigt werden.

Wohnheim/ambulant betreutes Wohnen – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit ergibt sich aus § 2 FPfZG. Anspruchsberechtigt ist nur, wer bei einem Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten arbeitet.

Ausgleich des Lohnausfalls: Durch ein zinsloses Darlehen kann die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts abgedeckt werden (§ 3 FPfZG).

Dauer: Familienpflegezeit kann für jede/n nahe/n Angehörige/n längstens für 24 Monate gewährt werden. Die Gesamtdauer von Pflegezeit und Familienpflegezeit darf 24 Monate nicht überschreiten.

Kündigungsschutz: Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der Familienpflegezeit nicht kündigen (§ 2 Absatz 3 FPfZG in Verbindung mit § 5 PflegeZG).

2. Pflegezeitgesetz

Nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch darauf, sich für kurze Zeiträume von der Arbeit freustellen zu lassen, um pflegebedürftige nahe Angehörige zu betreuen. Während der Freistellung darf das Beschäftigungsverhältnis nicht gekündigt werden. Nahe Angehörige sind zum Beispiel die Kinder, die Eltern oder der/die Ehepartner/in. Der/Die Angehörige muss mindestens die Pflegestufe 1 haben.

Bis zu zehn Arbeitstage dürfen Beschäftigte der Arbeit fernbleiben, wenn dies erforderlich ist, um für eine/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (sogenannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Der Arbeitgeber ist während der Freistellung zur Entgeltfortzahlung verpflichtet, wenn sich dies zum Beispiel aus entsprechenden tariflichen Regelungen ergibt. Hat der Arbeitgeber keine Lohnfortzahlung zu leisten und besteht für die/den Beschäftigte/n in dem betreffenden Zeitraum auch kein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (zu den Einzelheiten des Kinderkrankengeldes siehe Kapitel III 4.), muss die Pflegekasse für bis zu zehn Tage ein sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt leisten. Das Pflegeunterstützungsgeld beläuft sich auf 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns.

Dem Arbeitgeber muss die Arbeitsverhinderung sowie deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitgeteilt werden. Ein ärztliches Attest über die Pflegebedürftigkeit der/des Angehörigen ist dem Arbeitgeber nur auf dessen Verlangen hin vorzulegen.

Fallbeispiel:

Ida ist mittlerweile drei Jahre alt, als die Mutter von Katharina Raspel plötzlich einen Schlaganfall erleidet. Da sie von nun an halbseitig gelähmt ist, kann sie nicht mehr alleine in ihrer Wohnung leben und muss kurzfristig in einem Pflegeheim untergebracht werden. Um dies zu organisieren, bleibt Frau Raspel zehn Tage der Arbeit fern. Den Grund und die Dauer ihrer Verhinderung teilt sie ihrer Chefin umgehend mit. Nach dem Tarifvertrag, der für das Arbeitsverhältnis von Frau Raspel gilt, ist Beschäftigten in derartigen Fällen Lohnfortzahlung zu leisten. Frau Raspel hat deshalb keinen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld.

Nach dem Pflegezeitgesetz haben ferner Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bei einem Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten tätig sind, einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten, um nahe Angehörige zuhause zu pflegen (sogenannte Pflegezeit). Bei minderjährigen Kindern ist die Freistellung auch bei außerhäuslicher Betreuung möglich, zum Beispiel um das pflegebedürftige Kind während eines längeren Krankenhausaufenthalts begleiten zu können.

Für jede/n pflegebedürftige/n nahe/n Angehörige/n steht die Pflegezeit nur einmal für die Höchstdauer von sechs Monaten zur Verfügung. Pflegezeit und Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (zu den Einzelheiten des Familienpflegezeitgesetzes siehe Kapitel VII) 1.) dürfen ferner gemeinsam 24 Monate nicht überschreiten.

Während der Pflegezeit soll es nicht zu einem kompletten Verdienstausschlag kommen. Auf Antrag erhalten

Beschäftigte deshalb vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen. Das Darlehen wird in monatlichen Raten ausbezahlt und deckt die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Es gelten jedoch Höchstgrenzen. Auch ist es möglich, ein geringeres Darlehen zu beantragen. Die monatliche Mindestrate beläuft sich auf 50 Euro. Im Anschluss an die Pflegezeit ist das Darlehen zurückzuzahlen.

Die Inanspruchnahme der Pflegezeit muss dem Arbeitgeber schriftlich spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit angekündigt werden. Die Pflegebedürftigkeit der/des nahen Angehörigen ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen.

Fallbeispiel:

Im Alter von vier Jahren muss Ida sich aufgrund ihrer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte einer weiteren umfangreichen Operation unterziehen. Frau Raspel möchte drei Monate zuhause bleiben, bis Ida vollständig genesen ist und wieder den Kindergarten besuchen kann. Zwar ist Frau Raspel bei einem Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten tätig, ein Anspruch auf Pflegezeit steht ihr aber dennoch nicht zu, weil sie für ihre Tochter Ida bereits 24 Monate Familienpflegezeit in Anspruch genommen hat (siehe dazu das Fallbeispiel in Kapitel VII) 1.). Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen 24 Monate nicht überschreiten.

Von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bzw. Pflegezeit besteht für die/den Arbeitnehmer/in Kündigungsschutz.

Pflegezeitgesetz – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Anspruch auf Freistellung für bis zu zehn Tage von der Arbeit wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung ergibt sich aus § 2 PflegeZG. Die vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten (Pflegezeit) kann nach § 3 PflegeZG beansprucht werden.

Kompensation des Lohnausfalls: Bei der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kann ein Pflegeunterstützungsgeld geleistet werden. Es beläuft sich auf 90 Prozent des ausgefallenen Nettolohns (§ 44 a Absatz 3 SGB XI in Verbindung mit § 45 Absatz 2 SGB V). Im Falle der Pflegezeit kann die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts durch ein zinsloses Darlehen abgedeckt werden (§ 3 Absatz 7 PflegeZG in Verbindung mit § 3 FPfZG).

Dauer: Die Freistellung von der Arbeit kann für die Dauer von bis zu zehn Arbeitstagen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) bzw. von bis zu sechs Monaten (Pflegezeit) erfolgen. Die Gesamtdauer von Pflegezeit und Familienpflegezeit darf 24 Monate nicht überschreiten.

Kündigungsschutz: Von der Ankündigung bis zur Beendigung der Freistellung darf der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen (§ 5 Absatz 1 PflegeZG).

Anmerkung des Bvkm zum Familienpflegezeitgesetz und Pflegezeitgesetz:

Beide Gesetze ermöglichen die Freistellung von der Arbeit bzw. die Reduzierung der Arbeitszeit lediglich für relativ kurze Zeiträume (10 Tage bis zu 24 Monate). Sie dienen zum Beispiel dazu, kurzfristig Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation einzuräumen und werden damit dem langfristigen Bedarf, den berufstätige Eltern haben, weil ihr behindertes Kind dauerhaft auf Pflege und Unterstützung angewiesen ist, nicht gerecht.

3. Unfallversicherungsschutz und Rente für Pflegepersonen

Die Pflegeversicherung übernimmt Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson. Als Pflegeperson gilt, wer einen pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegt. Während der pflegerischen Tätigkeit ist die Pflegeperson in den Unfallversicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen und damit gegen Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen, versichert.

Ist die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig und umfasst die Pflege wenigstens 14 Stunden in der Woche, entrichtet die Pflegeversicherung außerdem Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rentenversicherungsbeiträge werden auch für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson weitergezahlt. Die Pflegeperson kann sich darüber hinaus freiwillig selbst gegen Arbeitslosigkeit versichern.

Fallbeispiel:

Frau Rospel pflegt ihre Tochter mindestens 18 Stunden in der Woche. In den ersten zwei Jahren nach Idas Geburt hat Frau Rospel Familienpflegezeit genommen und ihre Arbeitszeit im Verlag auf 20 Wochenstunden reduziert (siehe dazu das Fallbeispiel in Kapitel VII) 1.). Da sie in dieser Zeit regelmäßig weniger als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig war, hat die Pflegeversicherung zwei Jahre lang für sie Beiträge an die Rentenversicherung entrichtet. Nach zwei Jahren hat Frau Rospel wieder angefangen, Vollzeit, also 40 Wochenstunden zu arbeiten. Die Voraussetzungen für die Pflicht der Pflegekasse, Beiträge an die Rentenversicherung zu zahlen, sind durch die Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit entfallen.

Unfallversicherungsschutz und Rente für Pflegepersonen – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Der Unfallversicherungsschutz und die Rente für Pflegepersonen sind in § 44 SGB XI geregelt.

Wo: Die Leistungen sind bei der Pflegekasse geltend zu machen.

Inhalt: Pflegepersonen sind gesetzlich unfallversichert und haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch darauf, dass für sie Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet werden.

4. Pflegepauschbetrag

Steuerpflichtige können in ihrer Einkommensteuererklärung einen Pflegepauschbetrag in Höhe von 924 Euro geltend machen, wenn sie eine/n pflegebedürftige/n Angehörigen zuhause pflegen. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person hilflos ist. Nachzuweisen ist dies durch das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis oder durch die Einstufung in Pflegestufe 3.

Das Merkzeichen H wird vergeben, wenn eine Person dauernd und in erheblichem Maße fremde Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens wie zum Beispiel An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Toilettengänge benötigt. Bei Kindern ist nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit zu berücksichtigen, der den Hilfebedarf eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet.

Weitere Voraussetzung für den Pflegepauschbetrag ist, dass die Pflege unentgeltlich durchgeführt wird. Als Entgelt wird dabei grundsätzlich auch das Pflegegeld angesehen, das pflegebedürftige von der Pflegeversicherung erhalten und an ihre Angehörigen zu

deren eigener Verfügung weitergeben (zum Beispiel als finanzielle Anerkennung für die geleistete Pflege). Für Eltern behinderter Kinder gilt allerdings eine Ausnahmeregelung: Das Pflegegeld, das sie für ihr Kind erhalten, stellt unabhängig von seiner Verwendung kein Entgelt dar.

Fallbeispiel:

Die Eheleute Rasper haben beim Versorgungsamt für Ida bereits kurz nach ihrer Geburt einen Schwerbehindertenausweis beantragt. Dieses hat einen Grad der Behinderung von 100 und die Voraussetzungen für das Merkzeichen H festgestellt. In ihrer jährlichen Steuererklärung machen die Eheleute Rasper deshalb seit dem Jahr von Idas Geburt den Pflegepauschbetrag geltend.

Für den Pflegepauschbetrag ist es ausreichend, wenn die Pflege mindestens 36 Tage im Jahr durchgeführt wird. Auch Eltern, deren behinderte Kinder im Wohnheim leben und bei Wochenendbesuchen zuhause gepflegt werden, können daher unter den oben genannten Voraussetzungen den Pflegepauschbetrag geltend machen.

Fallbeispiel (aufbauend auf Fallbeispiel in Kapitel VI) 1.):

Maja Stark hat die Pflegestufe 3 und lebt im Wohnheim. Die Wochenenden verbringt sie in der Wohnung

ihrer Mutter, von der sie dort auch gepflegt wird. Petra Stark kann in ihrer Steuererklärung deshalb den Pflegepauschbetrag geltend machen.

Pflegepauschbetrag – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Geregelt ist der Pflegepauschbetrag in § 33 b Absatz 6 EStG.

Wo: Geltend zu machen ist die Steuererleichterung beim Finanzamt im Rahmen der jährlichen Einkommensteuererklärung.

Voraussetzungen: Die/Der pflegebedürftige Angehörige muss das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis haben oder in die Pflegestufe 3 eingestuft sein.

Höhe: Der Pflegepauschbetrag beträgt 924 Euro.

TIPP: Weitere Hinweise zu Steuererleichterungen enthält das vom bvm herausgegebene und jährlich aktualisierte Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern.

5. Steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten

Kosten für die Kinderbetreuung können in Höhe von zwei Drittel der Aufwendungen, höchstens jedoch 4.000 Euro je Kind im Rahmen der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden. Voraussetzung ist, dass das Kind nicht älter als 14 oder wegen einer vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetretenen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Geltend gemacht werden können zum Beispiel Aufwendungen für die Unterbringung von Kindern in Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorten, bei Tagesmüttern bzw. Tagesvätern und Ganztagspflege-

stellen sowie die Beschäftigung von Hilfen im Haushalt, soweit sie Kinder betreuen.

Fallbeispiel:

Seit ihrem zweiten Lebensjahr wird Ida zweimal die Woche nachmittags zuhause von einer Kinderfrau betreut. Die Eheleute Raspel bezahlen hierfür im Jahr 5.400 Euro. Zwei Drittel dieser Kosten – also 3.600 Euro – machen sie als Kinderbetreuungskosten in ihrer Steuererklärung geltend.

Kinderbetreuungskosten – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Geregelt ist die steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten in § 10 Absatz 1 Nr. 5 EStG.

Wo: Geltend zu machen ist die Steuererleichterung beim Finanzamt im Rahmen der jährlichen Einkommensteuererklärung.

Höhe: Absetzbar sind zwei Drittel der jährlichen Aufwendungen, höchstens jedoch 4.000 Euro je Kind.

TIPP: Weitere Hinweise zu Steuererleichterungen enthält das vom bvkm herausgegebene und jährlich aktualisierte Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern.

6. Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen

Steuerpflichtige können eine Ermäßigung ihrer tariflichen Einkommensteuer erhalten, wenn sie Aufwendungen für Pflege- und Betreuungsleistungen hatten, die in ihrem Haushalt für eine dort lebende pflegebedürftige Person erbracht wurden. An derartigen Aufwendungen fehlt es, wenn die Ausgaben – zum Beispiel im Rahmen der Verhinderungspflege (zu den Einzelheiten der Verhinderungspflege siehe Kapitel I) 3.) - von der Pflegekasse oder einer anderen Stelle erstattet wurden. Die Ermäßigung beträgt 20 Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 4.000 Euro jährlich. Um eine Doppelförderung auszuschließen, kommt die Steuerermäßigung nur bei solchen Aufwendungen zum Tragen, die nicht bereits als Werbungskosten, Betriebsausgaben, Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt worden sind. Das bedeutet zum Beispiel: Hatten Steuerpflichtige Aufwendungen für die Pflege ihres Kindes durch einen

ambulanten Pflegedienst und haben sie sich dafür entschieden, in ihrer Steuererklärung den Behinderertenpauschbetrag ihres Kindes geltend zu machen, sind damit auch die Kosten für den Pflegedienst abgegolten. Sie können hierfür nicht zusätzlich eine Steuerermäßigung für Pflegeleistungen im Haushalt erhalten.

Fallbeispiel:

Im Jahr 2015 haben die Eheleute Rospel den Betrag für die Verhinderungspflege ihrer Tochter in Höhe von 1.612 Euro bereits im Juni ausgeschöpft. Im zweiten Halbjahr haben sie mehrfach in ihrem Haushalt Pflegeleistungen eines ambulanten Pflegedienstes für Ida in Anspruch genommen, die sie aus eigener Tasche bezahlt haben. Insgesamt hatten sie hierfür Aufwendungen in Höhe von 1.000 Euro. In ihrer Steuererklärung für das Veranlagungsjahr 2015 entscheiden sich die

Eheleute Raspel dafür, den Behindertenpauschbetrag ihrer Tochter steuerlich geltend zu machen. Dieser beläuft sich bei Menschen mit Behinderung, die das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis haben,

auf 3.700 Euro. Mit dem Behindertenpauschbetrag sind auch die Aufwendungen für den Pflegedienst abgegolten.

Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Geregelt ist die Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen in § 35 a EStG.

Wo: Geltend zu machen ist die Steuererleichterung beim Finanzamt im Rahmen der jährlichen Einkommensteuererklärung.

Höhe: Absetzbar sind 20 Prozent der jährlichen Aufwendungen, höchstens jedoch 4.000 Euro.

TIPP: Weitere Hinweise zu Steuererleichterungen enthält das vom bvkm herausgegebene und jährlich aktualisierte Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern.

VIII) GESETZESTEXTE

Nachfolgend sind Auszüge aus Gesetzestexten abgedruckt, die für den Inhalt der vorliegenden Broschüre von wesentlicher Bedeutung sind. Weitere Gesetzestexte sind im Internet unter www.gesetze-im-internet.de zu finden.

1. SGB XI: Recht der Sozialen Pflegeversicherung

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für

längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen zusammen den in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

(3) Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 kann der Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären

Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Abweichend von Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur

Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 137, 166 und 170 des Sechsten Buches. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist, und erfragt in den Fällen,

in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 14 Stunden unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, daß Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflegetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.

(...)

§ 44 a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(...)

(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunter-

stützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, betreffen die Leistungen in diesem Abschnitt Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.
- (...)

§ 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 104 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungs- und Entlastungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung oder Entlastung. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 6 genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.

(2) Die Anspruchsberechtigten erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefeststellungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Leistungen. Die Leistung nach den Absätzen 1 und 1a kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem

Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigten Versicherten unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich zu den in den Absätzen 1 und 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der nach Satz 1 für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sind sicherzustellen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1,

findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 4 erfolgt. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in den §§ 36 und 123 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote nach den Sätzen 1 bis 8 spätestens innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Niedrighschwellige Angebote, die sowohl die Voraussetzungen des § 45c Absatz 3 als auch des § 45c Absatz 3a erfüllen, können unter Beachtung der jeweiligen Anerkennungsbedingungen eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot erhalten.

2. SGB V: Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung

§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt

auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) § 23 Abs. 5 gilt entsprechend.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(4) (weggefallen)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 38 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß 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.

(2) Die Satzung soll bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen

nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) § 40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(4) (weggefallen)

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem

einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis

an einer Erkrankung leidet,

a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,

b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und

c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

3. SGB VIII: Recht der Kinder- und Jugendhilfe

§ 20 Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen

(1) Fällt der Elternteil, der die überwiegende Betreuung des Kindes übernommen hat, für die Wahrnehmung dieser Aufgabe aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen aus, so soll der andere Elternteil bei der Betreuung und Versorgung des im Haushalt lebenden Kindes unterstützt werden, wenn

1. er wegen berufsbedingter Abwesenheit nicht in der Lage ist, die Aufgabe wahrzunehmen,

2. die Hilfe erforderlich ist, um das Wohl des Kindes zu gewährleisten,

3. Angebote der Förderung des Kindes in Tageseinrichtungen oder in Kindertagespflege nicht ausreichen.

(2) Fällt ein allein erziehender Elternteil oder fallen beide Elternteile aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen aus, so soll unter der Voraussetzung des Absatzes 1 Nummer 3 das Kind im elterlichen Haushalt versorgt und betreut werden, wenn und solange es für sein Wohl erforderlich ist.

4. SGB XII: Recht der Sozialhilfe

§ 53 Leistungsberechtigte und Aufgabe

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.
(...)

§ 54 Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches insbesondere

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich

der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,

2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,

3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,

4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,

5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.
(...)

§ 57 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Leistungsberechtigte nach § 53 können auf Antrag Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erhalten. § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.

§ 92 Anrechnung bei behinderten Menschen

(...)

(2) Den in § 19 Abs. 3 genannten Personen ist die Aufbringung der Mittel nur für die Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten

1. bei heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
2. bei der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu,
3. bei der Hilfe, die dem behinderten noch nicht eingeschulten Menschen die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll,
4. bei der Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit, wenn die hierzu erforderlichen Leistungen in besonderen Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden,
5. bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 des Neunten Buches),
6. bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 des Neunten Buches),
7. bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 des Neunten Buches und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (§ 56),
8. bei Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behin-

deten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, soweit diese Hilfen in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden.

Die in Satz 1 genannten Leistungen sind ohne Berücksichtigung von vorhandenem Vermögen zu erbringen. Die Kosten des in einer Einrichtung erbrachten Lebensunterhalts sind in den Fällen der Nummern 1 bis 6 nur in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen anzusetzen; dies gilt nicht für den Zeitraum, in dem gleichzeitig mit den Leistungen nach Satz 1 in der Einrichtung durchgeführte andere Leistungen überwiegen. Die Aufbringung der Mittel nach Satz 1 Nr. 7 und 8 ist aus dem Einkommen nicht zumutbar, wenn das Einkommen des behinderten Menschen insgesamt einen Betrag in Höhe des Zweifachen der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 nicht übersteigt. Die zuständigen Landesbehörden können Näheres über die Bemessung der für den häuslichen Lebensbedarf ersparten Aufwendungen und des Kostenbeitrags für das Mittagessen bestimmen. Zum Ersatz der Kosten nach den §§ 103 und 104 ist insbesondere verpflichtet, wer sich in den Fällen der Nummern 5 und 6 vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht oder nicht ausreichend versichert hat.
(...)

§ 94 Übergang von Ansprüchen gegen einen nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtigen

(...)

(2) Der Anspruch einer volljährigen unterhaltsberechtigten Person, die behindert im Sinne von § 53 oder pflegebedürftig im Sinne von § 61 ist, gegenüber ihren Eltern wegen Leistungen nach dem Sechsten* und Siebten Kapitel** geht nur in Höhe von bis zu 26***

Euro, wegen Leistungen nach dem Dritten Kapitel**** nur in Höhe von bis zu 20***** Euro monatlich über. Es wird vermutet, dass der Anspruch in Höhe der genannten Beträge übergeht und mehrere Unterhaltspflichtige zu gleichen Teilen haften; die Vermutung kann widerlegt werden. Die in Satz 1 genannten Beträge verändern sich zum gleichen Zeitpunkt und um denselben Vomhundertsatz, um den sich das Kindergeld verändert.
(...)

Anmerkungen zu § 94:

- * Mit Leistungen nach dem 6. Kapitel sind die Leistungen der Eingliederungshilfe gemeint.
- ** Mit Leistungen nach dem 7. Kapitel sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege gemeint.
- *** Durch die Erhöhung des Kindergeldes beläuft sich dieser Betrag mittlerweile auf 31,06 Euro.
- **** Mit Leistungen nach dem 3. Kapitel sind die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gemeint.
- ***** Dieser Betrag beläuft sich durch die Erhöhung des Kindergeldes inzwischen auf 23,90 Euro.

5. Eingliederungshilfeverordnung

§ 12 Schulbildung

Die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Sinne des § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch umfaßt auch

1. heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen zugunsten körperlich und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Menschen den Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen oder zu erleichtern,

2. Maßnahmen der Schulbildung zugunsten körperlich und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Menschen eine im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht üblicherweise erreichbare Bildung zu ermöglichen,

3. Hilfe zum Besuch einer Realschule, eines Gymnasiums, einer Fachoberschule oder einer Ausbildungsstätte, deren Ausbildungsabschluß dem einer der oben genannten Schulen gleichgestellt ist, oder, soweit im Einzelfalle der Besuch einer solchen Schule oder Ausbildungsstätte nicht zumutbar ist, sonstige Hilfe zur Vermittlung einer entsprechenden Schulbildung; die Hilfe wird nur gewährt, wenn nach den Fähigkeiten und den Leistungen des behinderten Menschen zu erwarten ist, daß er das Bildungsziel erreichen wird.

6. SGB IX: Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 17 Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget (...)

(2) Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen

und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(3) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.

(4) Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, erlässt der nach § 14 zuständige der beteiligten Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch. Ein anderer der beteiligten Leistungsträger kann mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragt werden, wenn die beteiligten Leistungsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren; in diesem Fall gilt § 93 des Zehnten Buches entsprechend. Die für den handelnden Leistungsträger zuständige Widerspruchsstelle erlässt auch den Widerspruchsbescheid. (...)

§ 41 Leistungen im Arbeitsbereich

(1) Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten behinderte Menschen, bei denen

1. eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder
2. Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung (§ 33 Abs. 3 Nr. 2 bis 4)

wegen Art oder 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. (...)

§ 55 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,

3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,

4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,

5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,

6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,

7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

§ 56 Heilpädagogische Leistungen

(1) Heilpädagogische Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 werden erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch

1. eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder

2. die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert

werden können. Sie werden immer an schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, erbracht.

(2) In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht.

§ 58 Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Die Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 55 Abs. 2 Nr. 7) umfassen vor allem

1. Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nichtbehinderten Menschen,

2. Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen,

3. 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.

7. Familienpflegezeitgesetz

§ 2 Familienpflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Familienpflegezeit). Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchent-

lichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

(2) Pflegezeit und Familienpflegezeit dürfen gemeinsam 24 Monate je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nicht überschreiten (Gesamtdauer).

(3) Die §§ 5 bis 8 des Pflegezeitgesetzes gelten entsprechend.

(4) Die Familienpflegezeit wird auf Berufsbildungszeiten nicht angerechnet.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung für längstens 24 Monate (Höchstdauer) teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach Absatz 2 möglich. Absatz 1 Satz 2 bis 4 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Familienpflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

§ 3 Förderung der pflegebedingten Freistellung von der Arbeitsleistung

(1) Für die Dauer der Freistellungen nach § 2 dieses Gesetzes oder nach § 3 des Pflegezeitgesetzes ge-

währt das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben Beschäftigten auf Antrag ein in monatlichen Raten zu zahlendes zinsloses Darlehen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5. Der Anspruch gilt auch für alle Vereinbarungen über Freistellungen von der Arbeitsleistung, die die Voraussetzungen von § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 3 dieses Gesetzes oder des § 3 Absatz 1 Satz 1, Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes erfüllen.

(2) Die monatlichen Darlehensraten werden in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen den pauschalierten monatlichen Nettoentgelten vor und während der Freistellung nach Absatz 1 gewährt.

(3) Das pauschalierte monatliche Nettoentgelt vor der Freistellung nach Absatz 1 ist das nach der im jeweiligen Kalenderjahr geltenden Verordnung über die pauschalierten Nettoentgelte für das Kurzarbeitergeld maßgebliche Entgelt, bezogen auf das auf den nächsten durch zwanzig teilbaren Eurobetrag gerundete regelmäßige durchschnittliche monatliche Bruttoarbeitsentgelt ausschließlich der Sachbezüge der letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Freistellung. Das pauschalierte monatliche Nettoentgelt während der Freistellung ist das nach der im jeweiligen Kalenderjahr geltenden Verordnung über die pauschalierten Nettoentgelte für das Kurzarbeitergeld maßgebliche Entgelt, bezogen auf das auf den nächsten durch zwanzig teilbaren Eurobetrag gerundete Produkt aus der vereinbarten durchschnittlichen monatlichen Stundenzahl während der Freistellung und dem durchschnittlichen Entgelt je Arbeitsstunde. Durchschnittliches Entgelt je Arbeitsstunde ist das Verhältnis des regelmäßigen gesamten Bruttoarbeitsentgelts ausschließlich der Sachbezüge der letzten zwölf Kalen-

dermonate vor Beginn der Freistellung zur arbeitsvertraglichen Gesamtstundenzahl der letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Freistellung. Bei einem weniger als zwölf Monate vor Beginn der Freistellung bestehenden Beschäftigungsverhältnis verkürzt sich der der Berechnung zugrunde zu legende Zeitraum entsprechend. Für die Berechnung des durchschnittlichen Entgelts je Arbeitsstunde bleiben Mutterschutzfristen, kurzzeitige Arbeitsverhinderungen nach § 2 des Pflegezeitgesetzes und Freistellungen nach § 3 des Pflegezeitgesetzes sowie die Einbringung von Arbeitsentgelt in und die Entnahme von Arbeitsentgelt aus Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht.

(4) In den Fällen der Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes ist die monatliche Darlehensrate auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.

(5) Abweichend von Absatz 2 können Beschäftigte auch einen geringeren Darlehensbetrag in Anspruch nehmen, wobei die monatliche Darlehensrate mindestens 50 Euro betragen muss.

(6) Das Darlehen ist in der in Absatz 2 genannten Höhe, in den Fällen der Pflegezeit in der in Absatz 4 genannten Höhe, vorrangig vor dem Bezug von bedürftigkeitsabhängigen Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen und von den Beschäftigten zu beantragen; Absatz 5 ist insoweit nicht anzuwenden. Bei der Berechnung von Sozialleistungen nach Satz 1 sind die Zuflüsse aus dem Darlehen als Einkommen zu berücksichtigen.

§ 6 Rückzahlung des Darlehens

(1) Im Anschluss an die Freistellung nach § 3 Absatz 1 ist die Darlehensnehmerin oder der Darlehensnehmer verpflichtet, das Darlehen innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung nach § 3 Absatz 1 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt in möglichst gleichbleibenden monatlichen Raten in Höhe des im Bescheid nach § 9 festgesetzten monatlichen Betrags jeweils spätestens zum letzten Bankarbeitstag des laufenden Monats. Für die Rückzahlung gelten alle nach § 3 an die Darlehensnehmerin oder den Darlehensnehmer geleisteten Darlehensbeträge als ein Darlehen.
(...)

8. Pflegezeitgesetz

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäf-

tigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familien-

pflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 mög-

lich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 5 Kündigungsschutz

(1) Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Freistellung nach § 3 nicht kündigen.

(2) In besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden. Die Bundesregierung kann hierzu mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen.

9. Einkommensteuergesetz

§ 10

(1) Sonderausgaben sind die folgenden Aufwendungen, wenn sie weder Betriebsausgaben noch Werbungskosten sind oder wie Betriebsausgaben oder Werbungskosten behandelt werden:

(...)

5. zwei Drittel der Aufwendungen, höchstens 4 000 Euro je Kind, für Dienstleistungen zur Betreuung eines zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörenden Kindes im Sinne des § 32 Absatz 1, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen einer vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetretenen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Dies gilt nicht für Aufwendungen für Unterricht, die Vermittlung besonderer Fähigkeiten sowie für sportliche und andere Freizeitbetätigungen. Ist das zu betreuende Kind nicht nach § 1 Absatz 1 oder Absatz 2 unbeschränkt einkommensteuerpflichtig, ist der in Satz 1 genannte Betrag zu kürzen, soweit es nach den Verhältnissen im Wohnsitzstaat des Kindes notwendig und angemessen ist. Voraussetzung für den Abzug der Aufwendungen nach Satz 1 ist, dass der Steuerpflichtige für die Aufwendungen eine Rechnung erhalten hat und die Zahlung auf das Konto des Erbringers der Leistung erfolgt ist;

(...)

§ 33b Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen

(...)

(6) Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, die nicht nur vorübergehend hilflos ist, kann er anstelle einer Steuerermäßigung nach § 33

einen Pauschbetrag von 924 Euro im Kalenderjahr geltend machen (Pflege-Pauschbetrag), wenn er dafür keine Einnahmen erhält. Zu diesen Einnahmen zählt unabhängig von der Verwendung nicht das von den Eltern eines behinderten Kindes für dieses Kind empfangene Pflegegeld. Hilflös im Sinne des Satzes 1 ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den in Satz 3 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass der Steuerpflichtige die Pflege entweder in seiner Wohnung oder in der Wohnung des Pflegebedürftigen persönlich durchführt und diese Wohnung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem Staat belegen ist, auf den das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum anzuwenden ist. Wird ein Pflegebedürftiger von mehreren Steuerpflichtigen im Veranlagungszeitraum gepflegt, wird der Pauschbetrag nach der Zahl der Pflegepersonen, bei denen die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 5 vorliegen, geteilt.

(...)

§ 35a Steuerermäßigung bei Aufwendungen für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, haushaltsnahe Dienstleistungen und Handwerkerleistungen

(1) Für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, bei denen es sich um eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des § 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch handelt, ermäßigt sich die tarifliche Einkommen-

steuer, vermindert um die sonstigen Steuerermäßigungen, auf Antrag um 20 Prozent, höchstens 510 Euro, der Aufwendungen des Steuerpflichtigen.

(2) Für andere als in Absatz 1 aufgeführte haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse oder für die Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen, die nicht Dienstleistungen nach Absatz 3 sind, ermäßigt sich die tarifliche Einkommensteuer, vermindert um die sonstigen Steuerermäßigungen, auf Antrag um 20 Prozent, höchstens 4 000 Euro, der Aufwendungen des Steuerpflichtigen. Die Steuerermäßigung kann auch in Anspruch genommen werden für die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie für Aufwendungen, die einem Steuerpflichtigen wegen der Unterbringung in einem Heim oder zur dauernden Pflege erwachsen, soweit darin Kosten für Dienstleistungen enthalten sind, die mit denen einer Hilfe im Haushalt vergleichbar sind.

(3) Für die Inanspruchnahme von Handwerkerleistungen für Renovierungs-, Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen ermäßigt sich die tarifliche Einkommensteuer, vermindert um die sonstigen Steuerermäßigungen, auf Antrag um 20 Prozent der Aufwendungen des Steuerpflichtigen, höchstens jedoch um 1 200 Euro. Dies gilt nicht für öffentlich geförderte Maßnahmen, für die zinsverbilligte Darlehen oder steuerfreie Zuschüsse in Anspruch genommen werden.

(4) Die Steuerermäßigung nach den Absätzen 1 bis 3 kann nur in Anspruch genommen werden, wenn das Beschäftigungsverhältnis, die Dienstleistung oder die Handwerkerleistung in einem in der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum liegenden Haushalt des Steuerpflichtigen oder – bei

Pflege- und Betreuungsleistungen – der gepflegten oder betreuten Person ausgeübt oder erbracht wird. In den Fällen des Absatzes 2 Satz 2 zweiter Halbsatz ist Voraussetzung, dass das Heim oder der Ort der dauernden Pflege in der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum liegt.

(5) Die Steuerermäßigungen nach den Absätzen 1 bis 3 können nur in Anspruch genommen werden, soweit die Aufwendungen nicht Betriebsausgaben oder Werbungskosten darstellen und soweit sie nicht als Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastungen berücksichtigt worden sind; für Aufwendungen, die

dem Grunde nach unter § 10 Absatz 1 Nummer 5 fallen, ist eine Inanspruchnahme ebenfalls ausgeschlossen. Der Abzug von der tariflichen Einkommensteuer nach den Absätzen 2 und 3 gilt nur für Arbeitskosten. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen nach Absatz 2 oder für Handwerkerleistungen nach Absatz 3 ist, dass der Steuerpflichtige für die Aufwendungen eine Rechnung erhalten hat und die Zahlung auf das Konto des Erbringers der Leistung erfolgt ist. Leben zwei Alleinstehende in einem Haushalt zusammen, können sie die Höchstbeträge nach den Absätzen 1 bis 3 insgesamt jeweils nur einmal in Anspruch nehmen.

BROSCHÜRENTIPP



Uta Meier-Gräwe, Katharina Buck, Astrid Kriege-Steffen (Hrsg.)

Wiedereinstieg mit besonderen Herausforderungen

Die Publikation mit dem Titel „Wiedereinstieg mit besonderen Herausforderungen. Eine Studie von Uta Meier-Gräwe, Katharina Buck und Astrid Kriege-Steffen“ stellt die Situation von Frauen mit besonderen Herausforderungen dar und ihre Chancen, die Betreuung eines behinderten Kindes mit einer Berufstätigkeit zu vereinbaren. Es werden Faktoren beschrieben, welche die Vereinbarkeit und den Wiedereinstieg beeinträchtigen und befördern können. Auf dieser Basis werden Handlungsempfehlungen entwickelt, wie Frauen mit besonderen Herausforderungen im beruflichen Wiedereinstieg angemessen unterstützt werden können und wie – als Voraussetzung dafür – die Situation von Familien, in denen Kinder mit Behinderungen leben, verbessert werden kann.

2014, Düsseldorf (bvkm), 68 Seiten, ISBN 9783910095991, EUR 3,00

Bestellnummer 99

Erstinformationen für Eltern behinderter Kinder



» Hille Viebrock (Hrsg.) Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen I. Eine Einführung

Die Broschüre informiert grundlegend und verständlich über Entstehung, Formen und mögliche Auswirkungen von cerebralen Bewegungsstörungen in Bezug auf die Entwicklung eines Kindes. Ein Glossar am Ende der Broschüre informiert über wichtige Fachbegriffe, therapeutische Konzepte und Behinderungsbilder.

2009, 50 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-80-9

2009, 50 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-80-9

Bestell-Nr.: 80



» Hille Viebrock (Hrsg.) Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen II. Förderung und Therapie

In dieser Textsammlung stellen die Autorinnen und Autoren den fachlichen Hintergrund ihrer Arbeit als KrankengymnastInnen, ErgotherapeutInnen, PsychologInnen und MedizinerInnen in der Förderung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen vor.

Ein Glossar im Anhang erläutert Fachbegriffe. Vorgestellte Therapieformen/Konzepte: Bobath-Konzept/Vojtatherapie/Basale Stimulation/Reittherapie/ Sensorische Integrationstherapie/ Spieltherapie.

2009, 50 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-81-6

2009, 50 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-81-6

Bestell-Nr.: 81



» Ursula Braun (Hrsg.) Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen III. Unterstützte Kommunikation

Die Broschüre bietet eine Einführung in das Thema. Sie gibt Eltern oder Mitarbeitern in der Rehabilitation und Beratungsarbeit einen knappen und allgemein verständlichen Überblick über die wichtigsten Aspekte der Unterstützten Kommunikation.

Angesprochen werden unter anderem körpereigene Kommunikationsformen, Elektronische Kommunikationshilfen, Gebärden sowie das Partizipationsmodell.

2005 (Neuaufgabe ab März 2015!), 40 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-61-8

2005 (Neuaufgabe ab März 2015!), 40 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-61-8

ISBN 978-3-910095-61-8

Bestell-Nr.: 61



» Ursula Haupt (Hrsg.) Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen IV. Diagnostik: Entwicklung sehen – Förderung erleichtern

Grundfragen der Diagnostik bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen werden für Eltern und Interessierte einfach erklärt, insbes. psychologische und sonderpädagogische Diagnostik.

Untersuchungsmethoden zur Entwicklung der Kinder werden kritisch hinterfragt, mögliche Abwertungen behinderter Kinder durch Diagnostik besprochen. Es werden neue Wege aufgezeigt, die es erleichtern, dass Diagnostik zum Verstehen der Kinder ebenso beiträgt wie zu einer wirkungsvollen Unterstützung ihrer Entwicklung.

Die Eltern spielen in diesem Prozess eine wichtige Rolle.

2013, 60 S., zahlr. Abb., EUR 3,50 (Nichtmitgl.), EUR 2,50 (Mitgl.), ISBN 978-3-910095-29-8

Bestell-Nr.: 29

Die **Rechtsratgeber** im Folgenden können beim Bundesverband zum Selbstkostenpreis von je € 3,- (Mengenrabatt möglich) bestellt werden, sie stehen aber auch im Internet unter www.bvkm.de in der Rubrik „Recht und Politik“ als Download zur Verfügung.

» **Mein Kind ist behindert – diese Hilfen gibt es**

Es werden in kurzer Form alle Hilfen, die für behinderte Menschen und ihre Angehörigen wichtig sind, dargestellt. Unsere verschiedenen zweisprachigen Versionen können auch bei der Verständigung mit Ämtern etc. als Unterstützung dienen.

» **Versicherungsmerkblatt**

Das Merkblatt klärt darüber auf, welchen Versicherungsschutz behinderte Menschen und Eltern mit behinderten Kindern brauchen.

» **18 werden mit Behinderung – Was ändert sich bei Volljährigkeit?**

Mit 18 wird man in Deutschland volljährig und hat grundsätzlich die Rechte und Pflichten eines Erwachsenen. Der Ratgeber gibt einen Überblick, was sich mit Erreichen der Volljährigkeit ändert.

» **Merkblatt zur Grundsicherung**

Das Merkblatt erklärt, wie behinderte Menschen durch die Grundsicherung ihren Lebensunterhalt sichern können und welche Probleme bei der Leistungsbewilligung häufig auftreten.

» **Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern**

Das Steuermerkblatt bietet Unterstützung bei der Steuererklärung.

» **Kindergeld für erwachsene Menschen mit Behinderung**

Für ein behindertes Kind können Eltern über das 18. Lebensjahr hinaus und ohne altersmäßige Begrenzung Kindergeld erhalten, wenn das Kind aufgrund einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Das Merkblatt erklärt die maßgeblichen Voraussetzungen und im 2. Teil auch die Steuervorteile, deren Inanspruchnahme vom Bezug des Kindergeldes abhängig sind.

» **Vererben zugunsten behinderter Menschen**

Das „Behindertentestament“ gibt Eltern die Möglichkeit, in einer besonderen Weise auch das behinderte Kind wirksam und zu seinem Nutzen erben zu lassen. Es wird erklärt, welche erb- und sozialhilferechtlichen Aspekte im Testament zu beachten sind.

» **Der Erbfall – Was ist zu tun?**

Die Broschüre geht davon aus, dass Eltern zugunsten ihres behinderten Kindes ein Behindertentestament errichtet haben. Mit Versterben des ersten und später des zweiten Elternteils tritt der jeweilige Erbfall ein. Was ist dann zu tun?

» **Ich Sorge für mich! Vollmacht in leichter Sprache**

Broschüre über die Erteilung von Vollmachten (für einzelne Bereiche oder auch umfassend) mit Beispielen in Leichter Sprache. Separate DVD mit Praxisbeispielen!

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich ausschließlich über Spenden, Mitgliedsbeiträge und öffentliche Zuschüsse finanziert. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Arbeit durch eine Spende unterstützen. Unser Spendenkonto lautet:

**Spendenkonto:
Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen
IBAN: DE69 3702 0500 0007 0342 03
BIC: BFSWDE33XXX
Bank für Sozialwirtschaft**



Vielfalt vor Ort

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen ist eine Gemeinschaft von über 270 Mitgliedsorganisationen und 11 Landesverbänden mit insgesamt 28.000 Mitgliedsfamilien. Junge Menschen – mit und ohne Behinderung – treffen sich in 50 Clubs und Gruppen. Wir treten ein für alle körper- und mehrfachbehinderten Menschen.

Erfahrungswissen, Elternkontakte, Elternengagement

Kontakte und Treffpunkte von Eltern sind das Fundament unserer Arbeit. Wir helfen bei der Organisation von Veranstaltungen und bieten mit Seminaren und Tagungen Begegnungsmöglichkeiten. Wir unterstützen Ideen, Projekte und Zusammenschlüsse, bei allen Fragen der Rehabilitation und bei der Gründung von Initiativen und Vereinen.

Fachwissen

Mit PartnerInnen aus Wissenschaft und Praxis bündeln wir Wissen für eine kompetente professionelle Begleitung von Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen. Wir beraten, klären auf, bauen Vorurteile und Unsicherheiten ab. Wir informieren über aktuelles Fachwissen: mit Broschüren und Büchern unseres Verlages („verlag selbstbestimmtes leben“), mit der Zeitschrift DAS BAND, mit Tagungen und Bildungsangeboten.

Professionelle Hilfe

Unter unserem Dach gibt es ein breites Angebot an Einrichtungen und Diensten, z.B. Frühförderstellen, Kindertagesstätten, Wohnangebote und Schulen. Das Engagement von Eltern ist auch heute unverzichtbar. Denn sie wissen durch ihre unmittelbare Erfahrung, was für die Entwicklung und Qualität von Einrichtungen und Diensten gebraucht wird.

Interessenvertretung

Mit Sachverstand und Erfahrung bringen wir uns in sozialpolitische Entscheidungen und Entwicklungen ein. Wir sind Interessenvertretung und Sprachrohr gegenüber Gesetzgebung, Regierung und Verwaltung. Wenn es sein muss, erstreiten wir auch Rechte. Dabei arbeiten wir mit anderen Verbänden zusammen. Wir setzen uns dafür ein, dass Familien mit behinderten Kindern und Menschen mit Behinderung gehört und ihre Ansprüche und Rechte vertreten werden.

Kontakt

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.
Brehmstr. 5–7, 40239 Düsseldorf
T. 0211. 640 04-0
F. 0211.640 04-20
E-Mail info@bvkm.de
www.bvkm.de