

Berufstätig sein mit einem behinderten Kind

Wegweiser für Mütter mit besonderen Herausforderungen

von Katja Kruse



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 11/64 004-0, Fax: 02 11/64 004-20
Email: info@bvkm.de
www.bvkm.de

2. Auflage, März 2019

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

Die Broschüre wird im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20h Sozialgesetzbuch V finanziert durch die BARMER. Gewährleistungs- oder Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen können daraus nicht erwachsen. Für die Inhalte und Gestaltung ist die Selbsthilfeorganisation verantwortlich.

BARMER

Hinweis

Der Ratgeber wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung 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.

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 häufig und auch in diesen Familien die Frauen, die den überwiegenden Teil der Familienaufgaben übernehmen. An sie richtet sich deshalb der vorliegende Ratgeber.

Dem Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) ist dabei durchaus 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. Gerade in jungen Familien wünschen sich die Eltern oft eine partnerschaftliche Aufteilung aller Aufgaben. Aber nicht selten wird dieser Wunsch immer noch praktischen Erwägungen oder gar Notwendigkeiten untergeordnet und finden sich die Eltern dennoch in einer klassischeren Rollenverteilung als ursprünglich gewünscht wieder, so dass doch ein Großteil der Betreuung und Pflege bei den Müttern verbleibt. Das gilt besonders für Familien, in denen Kinder mit Behinderung leben, beispielsweise weil es keine geeigneten Betreuungssettings gibt. Noch häufiger als andere Familien sind Familien mit Kindern mit Behinderung gefordert, eigene Wege zu finden. Umso wichtiger ist es, die vorhandenen Möglichkeiten zu kennen. Dieser Rechtsratgeber stellt zum Themenkomplex Vereinbarkeit von Beruf und Familie die Gesetzeslage und die Leistungsansprüche dar und leistet damit einen wichtigen Beitrag, diesen individuellen Weg zu finden.

Vielen Frauen, die sich im bvkm engagieren, hilft auf ihrem Weg aber insbesondere auch der Austausch mit anderen Frauen, die sich in der gleichen Situation befinden. Aus der Initiative dieser Frauen heraus ist im bvkm der Arbeitsbereich Frauen mit besonderen Herausforderungen entstanden. Bundesfrauenversammlung und Bundesfrauenvertretung sind als Gremien der Interessenvertretung der Frauen in der Satzung des bvkm

fest verankert. Auch ist der bvkm Mitglied im Deutschen Frauenrat. 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.

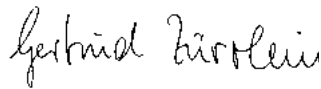
Frauen mit besonderen Herausforderungen ist einer von vielen Arbeitsbereichen des bvkm. Der Verband engagiert sich in vielfältiger Weise für Familien mit einem behinderten Kind und für alle, die mit einem Kind mit Behinderung zusammenleben. Wir laden Sie herzlich ein, unsere Angebote zu nutzen und sie mit uns weiter auszubauen. Im bvkm und sicher auch bei unseren regionalen Organisationen sind Sie herzlich willkommen.

Ihnen und Ihrer Familie alles Gute.

Ihre



Helga Kiel
Vorsitzende des bvkm



Gertrud Zürlein
Vorsitzende der Bundesfrauenvertretung

Inhalt

I) Zeit für mich – Entlastungsmöglichkeiten für Mütter

1. Pflegegeld und Pflegesachleistung 8
2. Entlastungsbetrag 10
3. Verhinderungspflege 12
4. Kurzzeitpflege 16
5. Hilfe zur Pflege 18

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 34
2. Assistenz 35
3. Nachmittagsbetreuung im Hort/ in der Schule 36
4. Häusliche Krankenpflege 44
5. Schulferien 44
6. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 45

V) Unterstützung, wenn das Kind erwachsen ist

1. Werkstatt und Tagesförderstätte 47
2. Häusliche Krankenpflege 48
3. Freizeit 50
4. Urlaub 53
5. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 53

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

1. Nicht eingeschulte Kinder im Wohnheim 54
2. Schulkinder im Internat 56
3. Erwachsene Kinder im Wohnheim/ im ambulant betreuten Wohnen 57
4. Leistungen der Pflegeversicherung am Wochenende 60

VII) Weitere Hilfen

1. Mutterschutzgesetz 62
2. Familienpflegezeitgesetz 63
3. Pflegezeitgesetz 65
4. Unfallversicherungsschutz und Rente für Pflegepersonen 67
5. Pflegepauschbetrag 68
6. Steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten 69
7. Steuerermäßigung für haushaltsnahe Dienstleistungen 70

VIII) Forderungen des bvkm 71

IX) Gesetzestexte

1. SGB XI: Soziale Pflegeversicherung 72
2. SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung 75
3. SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe 77
4. SGB XII: Sozialhilfe 77
5. Eingliederungshilfeverordnung 79
6. SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen 80
7. Mutterschutzgesetz 82
8. Familienpflegezeitgesetz 82
9. Pflegezeitgesetz 84
10. Einkommensteuergesetz 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 berücksichtigt die aktuelle Rechtslage im März 2019, gibt aber auch bereits Hinweise darauf, was sich bei einigen Hilfen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) zum 1. Januar 2020 ändert. Der Ratgeber 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 zu berücksichtigen.

Düsseldorf im März 2019

Katja Kruse

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Az.	Aktenzeichen
BSG	Bundessozialgericht
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
bvkm	Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen
EinglH-VO	Eingliederungshilfe-Verordnung
EstG	Einkommensteuergesetz
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
FuD	Familienunterstützender Dienst
i. d. F.	in der Fassung (siehe dazu die untenstehenden Hinweise zum BTHG)
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MuSchG	Mutterschutzgesetz
OGS	Offene Ganztagschule
OVG	Oberverwaltungsgericht
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
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 von Menschen mit Behinderungen)
SGB XI	Sozialgesetzbuch 11 (Recht der Sozialen Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch 12 (Recht der Sozialhilfe)
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

Hinweise zu Rechtsänderungen aufgrund des BTHG zum 1.1.2020

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird es zum 1.1.2020 zu einem grundlegenden Systemwechsel im Recht der Eingliederungshilfe kommen. Zu diesem Zeitpunkt wird das Eingliederungshilferecht vom SGB XII in das SGB IX überführt und personenzentriert ausgerichtet. Die bisherige Unterscheidung nach ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen wird dadurch entfallen. Auch werden die Einkommens- und Vermögensgrenzen, die für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe maßgeblich sind, deutlich erhöht. Der vorliegende Ratgeber weist auf wichtige Rechtsänderungen hin, die sich durch das BTHG zum 1.1.2020 ergeben. Für einige Regelungen des SGB IX und des SGB XII gelten aufgrund des BTHG übergangsweise für einen begrenzten Zeitraum die alten Fassungen der Gesetzestexte weiter. Diese Regelungen sind im Ratgeber mit „i. d. F. (= in der Fassung) vom 31.12.2017 bzw. 31.12.2019“ gekennzeichnet.

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 den Pflegegrad 3 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. Pflegegeld und Pflegesachleistung

Menschen, die gesetzlich pflegeversichert sind, können bei Pflegebedürftigkeit Leistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und in einem bestimmten gesetzlich festgelegten Ausmaß bestehen. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung ist im Sozialgesetzbuch XI geregelt. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung richten

sich nach dem Pflegeversicherungsvertrag. Dieser muss Leistungen vorsehen, die denen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre versichert war.

Zum 1.1.2017 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI eingeführt. Statt der bisherigen drei Pflegestufen gibt es seitdem fünf Pflegegrade. Ob und in welcher Höhe Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung bestehen, hängt davon ab, in welchen Pflegegrad die/der Pflegebedürftige eingestuft ist. Die Einstufung erfolgt aufgrund einer Begutachtung der/des Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Viele Leistungen werden nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gewährt.

Werden pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 zuhause gepflegt, können sie entweder Pflegesachleistung oder Pflegegeld beanspruchen. Pflegesachleistung heißt, dass professionelle Pflegekräfte die Versorgung übernehmen. Dies geschieht in der Regel durch einen zugelassenen 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.

Seit 1.1.2017 sind folgende Beträge für die Pflegesachleistung und das Pflegegeld vorgesehen:

Pflegegrad	Pflegegeld monatlich	Pflegesachleistung monatlich bis zu
1	kein Anspruch	kein Anspruch
2	316 Euro	689 Euro
3	545 Euro	1.298 Euro
4	728 Euro	1.612 Euro
5	901 Euro	1.995 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:

Annas Eltern kümmern sich selbst um die Pflege ihrer Tochter. Als Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 steht Anna deshalb ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 545 Euro zu.

Pflegegeld und Pflegesachleistung – das Wichtigste in Kürze

Regelung: Die Ansprüche ergeben sich aus § 36 SGB XI (Pflegesachleistung) und § 37 SGB XI (Pflegegeld).

Wo: Die Leistung ist bei der Pflegekasse zu beantragen.

Leistungsvoraussetzungen: Die Ansprüche stehen Pflegebedürftigen zu, die in die Pflegegrade 2 bis 5 eingestuft sind und häuslich gepflegt werden.

Höhe: Die Höhe der Beträge richten sich nach dem jeweiligen Pflegegrad.

Inhalt: Bei der Pflegesachleistung übernehmen professionelle Pflegekräfte die Pflege. Mit dem Pflegegeld können Pflegebedürftige Angehörigen eine finanzielle Anerkennung für die von ihnen geleistete Pflege zukommen lassen.

2. Entlastungsbetrag

Alle Pflegebedürftigen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro. Dieser Betrag steht nicht zur freien Verfügung, sondern wird von der Pflegekasse als Kostenerstattung geleistet, wenn die/der Pflegebedürftige nachweist, dass sie/er bestimmte im Gesetz im Einzelnen aufgelistete Leistungen zur Förderung ihrer/seiner Selbstständigkeit im Alltag oder zur Entlastung pflegender Angehöriger in Anspruch genommen hat. Dazu gehören die Leistungen der Kurzzeitpflege, die Leistungen der ambulanten Pflegedienste und die Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Hinsichtlich der Angebote von ambulanten Pflegediensten gilt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 allerdings folgende Einschränkung: Der Entlastungsbetrag darf von ihnen nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (also zum Beispiel nicht für die Unterstützung beim An- und Ausziehen oder beim Toilettengang) eingesetzt werden. Er kann aber beispielsweise für die Begleitung der/des Pflegebedürftigen bei Spaziergängen oder für die Reinigung der Wohnung verwendet werden.

Nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag werden unter anderem von Familienunterstützenden Diensten (FuD), ehrenamtlichen Helferkreisen sowie Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen erbracht. Sie können die Betreuung von Pflegebedürftigen, Hilfen bei der Reinigung der Wohnung sowie die emotionale Unterstützung pflegender Angehöriger beinhalten. Die Pflegedienste und FuDs bieten sowohl Gruppen- als auch Einzelbetreuung an.

► TIPP

Gerade Hilfen im Haushalt (staubsaugen, putzen, aufräumen, Wäsche waschen) stellen für viele berufstätige Mütter eine große Entlastung dar. Derartige Leistungen werden sowohl von ambulanten Pflegediensten als auch von anderen Dienstleistern erbracht. Nach Landesrecht anerkannte Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen können diese Haushaltsleistungen ebenso wie die Pflegedienste über den Entlastungsbetrag abrechnen. Die Pflegekassen geben Auskunft darüber, welche Anbieter hierfür zur Verfügung stehen.

Aufwendungen für die Betreuung durch Angehörige, Verwandte und Personen aus der Nachbarschaft oder dem Freundeskreis des pflegebedürftigen Menschen können nicht mit dem Entlastungsbetrag finanziert werden. Dies geht nur mit der Verhinderungspflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 3.).

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 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 zwei Stunden zu Familie Lewandowski nach Hause (Kosten: 2 x 2 Stunden x 18 Euro/Stunde = 72 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 spazieren zu gehen und Sport zu treiben. Der FuD hat mit Frau Lewandowski vereinbart, dass er die erbrachten Betreuungsleistungen in Höhe von insgesamt 122 Euro direkt mit Annas Pflegekasse abrechnet. Obwohl es sich bei dem Entlastungsbetrag eigentlich um einen Erstattungsbetrag handelt, muss Frau Lewandowski für diese Kosten also nicht in Vorleistung treten.

Wird der Entlastungsbetrag 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 2019 steht Anna ein Entlastungsbetrag in Höhe von insgesamt 1.500 Euro zu (12 Monate x 125 Euro). Nimmt sie lediglich Leistungen im Wert von 1.400 Euro in Anspruch, kann sie sich den Restbetrag von 100 Euro ins nächste Kalenderhalbjahr übertragen lassen und muss ihn bis zum 30. Juni 2020 verbrauchen.

Eine zusätzliche Möglichkeit, Betreuungs- und Entlastungsangebote zu finanzieren, bietet der sogenannte Umwandlungsanspruch (früher „Sachleistungsbudget“ genannt): Versicherte der Pflegegrade

2 bis 5 können bis zu 40 Prozent ihres Pflegesachleistungsbetrages „umwandeln“ und dieses Geld für die speziellen landesrechtlich anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden. Der Anspruch auf Pflegesachleistung verringert sich in diesem Fall um einen entsprechenden Betrag.

Fallbeispiel:

Als Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 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 die speziellen nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu nutzen (sogenannter Umwandlungsanspruch). Durch den Umwandlungsanspruch, der zum Beispiel für Angebote von FuDs und anerkannte Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen eingesetzt werden kann, eröffnen sich somit weitere Handlungsspielräume für Pflegebedürftige.

Annas Eltern entscheiden sich dafür, das Pflegegeld ab Mai 2019 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 aufgrund des Umwandlungsanspruchs für Angebote zur Unterstützung im Alltag ein. Insgesamt stehen ihr pro Monat für diese Angebote also jetzt Mittel in Höhe von 514,40 Euro (125 Euro (Entlastungsbetrag)

Entlastungsbetrag – das Wichtigste in Kürze

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

Wo: Die Leistung ist bei der Pflegekasse zu beantragen.

Leistungsvoraussetzungen: Der Anspruch steht allen Pflegebedürftigen zu, die häuslich gepflegt werden.

Höhe: Der Betrag beläuft sich auf 125 Euro im Monat. Zusätzlich können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 maximal 40 Prozent der Pflegesachleistung für spezielle nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen (sogenannter Umwandlungsanspruch, siehe § 45a Absatz 4 SGB XI).

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

plus 389,40 Euro (Umwandlungsanspruch)) zur Verfügung. Mit diesem Betrag finanzieren Annas Eltern eine wöchentliche Haushaltshilfe und die regelmäßige Betreuung ihrer Tochter durch einen FuD.

3. Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, muss die Pflegekasse für längstens sechs Wochen (also 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 mit dem Pflegegrad 2 bis 5.

Unabhängig vom Pflegegrad 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 eige-

ne 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 15. bis 22. Juni 2019 (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 2019 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 sechs 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 2019 in der Zeit vom 1. bis 15. Juni (15 Kalendertage) und in der Zeit vom 22. bis 30. Juni (9 Kalendertage) voll ausgezahlt. Vom 16. bis 21. 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 2019 um 54,51 Euro gekürzt ($18,17 \text{ Euro} \times 6 \text{ Kalendertage} = 109,02 \text{ Euro}$; $109,02 \text{ Euro} : 2 = 54,51 \text{ Euro}$). Insgesamt bezieht Anna somit im Juni 2019 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 2019 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 zusammenspielt, 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 2019 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 2019 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 2019).

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 Gesetz davon aus, dass die Pflege nicht erwerbsmäßig erfolgt. Die Kosten der Verhinderungspflege dürfen bei einer solchen familiären Pflege den Betrag des Pflegegeldes für sechs Wochen – bzw. 42 Kalendertage – nicht überschreiten. Der 1,5 fache Monatsbetrag des jeweiligen Pflegegeldes ist also der Höchstbetrag bei familiärer Ersatzpflege.

► TIPP

Umstritten ist, wie die Regelung konkret anzuwenden ist. Die Pflegekassen verstehen die Vorschrift so, dass der tägliche Anspruch auf familiäre Ersatzpflegeleistungen auf 1/42 dieses Höchstbetrages beschränkt ist. Bei Pflegegrad 3 mit einem Höchstbetrag für nicht erwerbsmäßige Ersatzpflege von 817,50 Euro (= 1,5 facher Betrag des Pflegegeldes von 545 Euro) würde sich dadurch zum Beispiel ein täglicher Betrag von 19,46 Euro (817,50 Euro : 42 Tage) für die familiäre Verhinderungspflege ergeben. Das Bundessozialgericht (BSG) hält diese Rechtsanwendung jedoch für falsch. Nach seinem Urteil vom 12.7.2012 (Aktenzeichen B 3 P 6/11 R) ist ein Tageshöchstsatz im Gesetz nicht vorgesehen. Die Regelung ermögliche es deshalb den Pflegebedürftigen auch höhere Anerkennungsprämien für die familiäre Ersatzpflege zu zahlen. Nach oben hin seien diese lediglich absolut nicht aber bezogen auf einzelne Kalendertage durch den Betrag des Pflegegeldes für sechs Wochen begrenzt. Falls es

mit der Pflegekasse zum Streit über die Höhe geltend gemachter familiärer Ersatzpflegeleistungen kommt, sollten sich Betroffene auf dieses BSG-Urteil berufen.

Zusätzlich zu den Kosten der Verhinderungspflege kann die Pflegekasse notwendige Aufwendungen, wie zum Beispiel Fahrtkosten und Verdienstausfall, 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 von Anna. Da die Großmutter nur eine kleine Rente hat, zahlen Annas Eltern ihr als Anerkennung für ihre Pflegetätigkeit 50 Euro. Sieglinde Lewandowski wohnt in der 30 Kilometer entfernten O-Stadt 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 (817,50 Euro Pflegegeld für sechs Wochen Höchstdauer Verhinderungspflege) beschränkt. Annas Eltern können daher nach dem oben genannten BSG-Urteil bei der Pflegekasse 50 Euro für die Ersatzpflege geltend machen. Bei der Benutzung eines privaten Pkws können außerdem pro gefahrenen Kilometer 20 Cent als Fahrtkosten erstattet werden. Die Fahrtkosten der Großmutter in Höhe

von 12 Euro (30 Kilometer x 2 x 20 Cent) können daher ebenfalls im Rahmen der Verhinderungspflege übernommen werden.

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. Verschwägerte, Nachbarinnen und Nachbarn, 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 15 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 den Pflegegrad 2 bis 5 haben und zuhause gepflegt werden.

Höhe: Es werden für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr unabhängig vom Pflegegrad 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 während des Erholungsurlaubs der Pflegeperson oder nach einem Krankenhausaufenthalt der/des Pflegebedürftigen) nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflege bedeutet, dass die/der Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum in einer stationären Einrichtung rund um die Uhr versorgt wird. In der Regel handelt es sich dabei um Pflegeeinrichtungen, die in erster Linie auf die Betreuung alter pflegebedürftiger Menschen und 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 acht Wochen pro Kalenderjahr sowie einen jährlichen Betrag von 1.612 Euro beschränkt. Es besteht aber die Möglichkeit, den Betrag 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. Entscheiden sich Pflegebedürftige 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 können über

den Entlastungsbetrag abgerechnet werden (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 2.). Nicht gedeckte Kosten muss die/der Pflegebedürftige entweder selbst bezahlen oder bei Bedürftigkeit vom Sozialhilfeträger finanzieren lassen.

Fallbeispiel:

Anna ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Während der Herbstferien geht sie vom 7. bis 11. Oktober 2019 (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 über den Entlastungsbetrag von der Pflegekasse erstatten.

Im laufenden Kalenderjahr 2019 besteht noch ein Restanspruch auf Kurzzeitpflege in Höhe von 1.212 Euro (1.612 Euro abzüglich 400 Euro).

Wird die Kurzzeitpflege in einer Pflegeeinrichtung geleistet, muss in dieser Zeit die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt werden. Ausgenommen davon sind der erste und letzte Tag der Kurzzeitpflege. An diesen Tagen bleibt das Pflegegeld in voller Höhe erhalten.

► TIPP

Bei Kurzzeitpflege in einer Einrichtung der Behinderten- und Jugendhilfe ist das Pflegegeld nach Auffassung des bvkm während des gesamten Zeitraums in voller Höhe weiterzuzahlen. Zu dieser Frage werden aber auch andere Ansichten vertreten. Nähere Auskünfte dazu erteilt der bvkm.

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 2019 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 Fortbildungsmaßnahme 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 in die Pflegegrade 2 bis 5 eingestuft sind.

Höhe: Der Anspruch ist auf acht 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. 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 2019 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. Das trifft zum Beispiel auf Menschen zu, die für einen geringeren Zeitraum als sechs Monate pflegebedürftig sind. Da die Leistungen der Pflegeversicherung – ähnlich wie bei einer Teilkaskoversicherung – auf bestimmte Beträge 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 des Pflegegrades 4 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 Menschen mit Behinderung bzw. ihre Eltern für die Kosten bzw. einen Teil der Kosten aufkommen.

Vom Einkommen sind zunächst darauf entrichtete Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und andere

notwendige Ausgaben abzuziehen (sogenannte „Bereinigung“ des Einkommens). Seit 1.1.2017 können erwerbstätige Pflegebedürftige außerdem einen besonderen Freibetrag von ihrem Einkommen in Abzug bringen. Dieser beläuft sich auf 40 Prozent des Einkommens aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit und ist der Höhe nach begrenzt auf 65 Prozent der Regelbedarfsstufe 1. Aktuell beläuft sich der maximale Freibetrag daher auf 275,60 Euro (Stand: 2019). Das um die vorgenannten Beträge „bereinigte“ Einkommen muss nicht in vollem Umfang für die Hilfe zur Pflege eingesetzt werden, sondern nur insoweit, als es eine bestimmte gesetzlich festgelegte Einkommensgrenze übersteigt.

Die Einkommensgrenze wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 848 Euro (Stand: 2019) 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 297 Euro (Stand: 2019). Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Hilfe zur Pflege einzusetzen. Für blinde Menschen sowie Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 gilt die Sonderregelung, dass sie höchstens 40 Prozent ihres übersteigenden Einkommens einsetzen müssen.

Fallbeispiel:

Familie Lewandowski bewohnt in M-Stadt ein eigenes Reihenhauses. 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:

Grundbetrag:	848 Euro
plus Kosten der Unterkunft:	1.200 Euro
plus Zuschlag für einen Elternteil:	297 Euro
plus Zuschlag für Anna:	297 Euro
plus Zuschlag für Moritz:	297 Euro

Einkommensgrenze: 2.939 Euro

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 hierfür insgesamt 1.300 Euro vom Einkommen abgezogen werden. Der besondere Freibetrag von derzeit maximal 275,60 Euro (siehe oben) ist zusätzlich dazu nur dann abzuziehen, wenn es auf das Einkommen der/des Leistungsberechtigten ankommt.

Ist dagegen – wie hier – das Einkommen der Eltern maßgeblich, kann der Freibetrag nicht in Abzug gebracht werden. Es verbleibt somit ein anrechenbares Einkommen von 4.200 Euro.

Da das Einkommen der Eheleute Lewandowski die maßgebliche Einkommensgrenze von 2.939 Euro überschreitet, können sie mit ihrem übersteigenden Einkommen zu den Kosten der Hilfe zur Pflege herangezogen werden.

Auch das Vermögen ist zur Finanzierung von Leistungen der Hilfe zur Pflege einzusetzen. Bestimmte Vermögenswerte sind hiervon jedoch ausgenommen. Hierzu gehören zum Beispiel ein selbst bewohntes angemessenes Hausgrundstück oder ein Auto, sofern es zur Ausübung der Berufstätigkeit benötigt wird.

Barbeträge und sonstige Geldwerte wie zum Beispiel Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen sind bis zu einem gesetzlich festgelegten Betrag ebenfalls geschützt. Die allgemeine Vermögensgrenze hierfür, die für alle Leistungen der Sozialhilfe gilt, beläuft sich seit 1.4.2017 auf 5.000 Euro. Neu ist außerdem, dass für jede volljährige Person, deren Einkommen und Vermögen für die Gewährung von Sozialhilfe maßgeblich ist (das können neben der/dem Pflegebedürftigen selbst unter anderem deren/dessen Ehegatte oder bei minderjährigen Pflegebedürftigen deren Eltern sein), jeweils 5.000 Euro berücksichtigt werden. Für jede Person, die von der/dem Pflegebedürftigen oder ihren/seinen Eltern oder ihrem/seinem Ehegatten überwiegend unterhalten wird, kommen ferner 500 Euro hinzu.

Zusätzlich zum allgemeinen Vermögensfreibetrag von 5.000 Euro sind beim Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege seit 1.1.2017 maximal weitere 25.000 Euro geschützt, wenn dieser Betrag ganz oder überwiegend als Einkommen aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit der/des leistungsberechtigten Pflegebedürftigen während des Leistungsbezugs erworben wird. Mit dieser Regelung soll die Leistung von pflegebedürftigen Menschen anerkannt werden, die trotz ihrer Einschränkung einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Regelung greift also nicht zugunsten minderjähriger Pflegebedürftiger, bei denen es auf das Vermögen der Eltern ankommt.

Fallbeispiel:

Die Vermögensgrenze von Familie Lewandowski berechnet sich wie folgt:

<i>Claudia Lewandowski:</i>	<i>5.000 Euro</i>
<i>plus Paul Lewandowski:</i>	<i>5.000 Euro</i>
<i>plus pflegebedürftiges Kind Anna:</i>	<i>500 Euro</i>
<i>plus Geschwisterkind Moritz:</i>	<i>500 Euro</i>
.....	
Vermögensgrenze:	11.000 Euro

Familie Lewandowski verfügt über zwei Autos, ein kleines Reihenhhaus im Wert von 250.000 Euro sowie Ersparnisse und Kapitallebensversicherungen im Wert von insgesamt 25.000 Euro. Das selbst bewohnte Reihenhhaus 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 im vorliegenden Fall maßgebliche Vermögensgrenze

von 11.000 Euro. Der zusätzliche Vermögensfreibetrag von 25.000 Euro, der seit 1.1.2017 unter bestimmten Voraussetzungen bei der Hilfe zur Pflege zum Tragen kommen kann, ist hier nicht einschlägig, weil es bei minderjährigen Pflegebedürftigen auf das Vermögen der Eltern ankommt.

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 32,75 Euro (bzw. ab 1.7.2019 auf 34,44 Euro) im Monat beschränkt. Bei den Eltern von erwachsenen Menschen mit Behinderung nehmen die Sozialämter deshalb keine Einkommens- und Vermögensprüfung vor.

Fallbeispiel mit Abwandlung:

Anna hat bereits ihr 18. Lebensjahr vollendet und lebt immer noch bei ihren Eltern. In diesem Fall übernimmt das Sozialamt die Kosten für die Ersatzpflegekraft in Höhe von 300 Euro im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Lewandowskis müssen hierfür – unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen – einen Kostenbeitrag in Höhe von 32,75 Euro (bzw. ab 1. Juli 2019 in Höhe von 34,44 Euro) leisten.

Hilfe zur Pflege – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: 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 32,75 Euro (bzw. ab 1.7.2019 auf 34,44 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 den Pflegegrad 3 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 Schülerinnen und Schüler auch teilweise Unterricht angeboten. Einige Kurhäuser sind speziell auf die Versor-

gung 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 6. bis 26. April 2019 (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.

► TIPP

Eine Übersicht über Vorsorge-/Rehabilitationskliniken für Mütter und Väter mit behinderten Kindern gibt der gleichnamige Wegweiser des Landesverbandes für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg. Er ist zum kostenlosen Herunterladen zu finden unter: www.lv-koerper-behinderte-bw.de/Downloads

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.

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 zum einen dann Haushaltshilfe, wenn es ihnen wegen einer Krankenhausbehandlung, einer stationären oder ambulanten Kur oder wegen häuslicher Krankenpflege nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen. Voraussetzung für diesen 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.

Zum anderen erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. In diesen Fällen ist der Anspruch auf Haushaltshilfe allerdings auf vier Wochen begrenzt. Lebt im Haushalt ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen.

In beiden Fällen darf außerdem keine Person im Haushalt 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 an Samstagen sowie Sonn- und Feiertagen, zumutbar.

Fallbeispiel:

Frau Büttner lebt mit ihren Kindern alleine. Es gibt also keine Person, die während der Dauer ihrer stationären Mutter-Kind-Kur 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 Krankenhausbehandlung 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 den Krankenkassen 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 Verschwägte 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 Verdienstausfall 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 Büttner's 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.

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 wird deshalb von ihrer Chefin angewiesen, drei volle Arbeitstage an einer Schulung teilzunehmen. 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 hilfeschend 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

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 ist abhängig vom 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 darf keine Person leben, die den Haushalt weiterführen könnte. In der Regel muss ferner ein Kind im Haushalt leben, welches das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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

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, wie zum Beispiel eine zur Sicherung des Arbeitsplatzes erforderliche Fortbildung 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 beantragen.

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 Verdienstausschüttungen 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 Büttner's 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 Kostenbeitrages 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.

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 fremd-aggressivem Verhalten. Sie besucht an jedem Wochentag von 8 bis 14 Uhr die inklusive 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 El-

tern 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 Inklusionsbegleitung oder Integrationshilfe genannt) finanziert. Inklusionsbegleiterinnen und -begleiter 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 Sozial-

kompetenzen. Durch die individuelle Unterstützung wird dem Kind eine selbstbestimmte Teilhabe am Kindergartenalltag ermöglicht. Eine Inklusionsbegleitung 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 Inklusionsbegleitung 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 Inklusionsbegleitung 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 Inklusionsbegleiterin für Mara einsetzt, steht Herr Meier immer donnerstags und freitags als Inklus-

sionsbegleiter 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 Inklusionsbegleitung 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 Inklusionsbegleitung 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 Inklusionsbegleitung pro Woche in der Region, in der sie lebt, sicherstellen kann. In B-Stadt wird für Inklusionsbegleiterinnen und Inklusionsbegleiter ohne besondere pädagogische Qualifikation ein Stundensatz von 15 Euro gezahlt. Mara benötigt also 1.800 Euro (= 30 Stunden x 4 Wochen x 15 Euro/Stunde) im Monat, damit ihre Eltern selbst eine Inklusionsbegleiterin 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 Inklusionsbegleiterin verwendet haben.

Mit Hilfe einer Zeitungsannonce haben die Eheleute Richter schließlich eine Inklusionsbegleiterin 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

Regelungen: 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 i. d. F. vom 31.12.2017. Soll die Leistung als Persönliches Budget beantragt werden, ergibt sich der Anspruch aus der vorgenannten Paragrafenkette in Verbindung mit §§ 57 SGB XII, 29 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 Inklusionsbegleitung nicht beteiligen.

Rechtslage ab 1.1.2020: Aufgrund des BTHG ergibt sich der Anspruch künftig aus §§ 99, 102 Absatz 1 Nr. 4, 113 Absatz 1 SGB IX in Verbindung mit § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i. d. F. vom 31.12.2019. Inhaltlich ändert sich dadurch am Anspruch auf Assistenz im Kindergarten aber grundsätzlich nichts. Auch wird die Leistung weiterhin für Eltern nach § 138 Absatz 1 Nr. 7 SGB IX kostenfrei sein.

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 fremdaggressiven 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

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.

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.

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 weitere 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.

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 den Pflegegrad 2 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 ver-

schiedenen 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 Inklusionsbegleitung (auch Schulassistenten oder Integrationshilfe genannt). Die konkreten Aufgaben der Inklusionsbegleitung richten sich nach dem individuellen Bedarf des jeweiligen Kindes. Bei schwer körperbehinderten Kindern nehmen Inklusionsbegleiterinnen und Inklusionsbegleiter 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 Inklusionsbegleitung 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 24 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 Inklusionsbegleitung, die ihn auf dem Weg zur Schule sowie nach Hause begleitet und die im Unterricht darauf achtet, dass er das benötigte 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 Inklusionsbegleitung 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 Schulassistenten für 25 Wochenstunden bewilligt. Als Inklusionsbegleiter 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 Inklusionsbegleitung 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.).

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 in ihren Räumlichkeiten ein zusätzliches, freiwilliges Nachmittagsprogramm an (sogenannte Offene Ganztagschule – abgekürzt: OGS). In der OGS erhalten die Kinder ein Mittagessen sowie Betreuung bei den Hausaufgaben durch Lehrkräfte der Schule. Außerdem wer-

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 der vorgenannten Paragrafenkette in Verbindung mit §§ 57 SGB XII, 29 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)

Rechtslage ab 1.1.2020: Aufgrund des BTHG ergibt sich der Anspruch künftig aus §§ 99, 102 Absatz 1 Nr. 3, 112 Absatz 1 Nr. 1 SGB IX in Verbindung mit § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i. d. F. vom 31.12.2019. Inhaltlich ändert sich dadurch am Anspruch auf Assistenz in der Schule aber grundsätzlich nichts. Auch wird die Leistung weiterhin für Eltern nach § 138 Absatz 1 Nr. 4 SGB IX kostenfrei sein.

den Förderkurse in Lesen, Rechtschreibung und Rechnen angeboten. Angebote aus den Bereichen Sport, Kreativität, Spiele und Musik hält die OGS ebenfalls vor. 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 Schülerinnen 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 Unterstüt-

zung 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 Unterrichtsschluss 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 Inklusionsbegleitung haben. Dabei handelt es sich um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Rechtlich umstritten war jedoch jahrelang zwischen den Sozialgerichten, 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 Leben in der Gemeinschaft“ und damit quasi eine Maßnahme zur Freizeitgestaltung 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 Förder- und Freizeitangebote am Nachmittag ist er auf eine Inklusionsbegleitung 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 Inklusionsbegleitung. 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.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 6.12.2018 in zwei Verfahren (Aktenzeichen B 8 SO 4/17 R und B 8 SO 7/17 R) entschieden, dass die Assistenz für Angebote der Nachmittagsbetreuung in einer OGS unter bestimmten Voraussetzungen als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung anzusehen ist. Entscheidend seien die mit den Angeboten verfolgten Ziele. Lägen diese insbesondere in der Unterstützung, Erleichterung oder Ergänzung der Schulbildung, sei auch die zur Unterstützung des behinderten Kindes hierfür erforderliche Inklusionsbegleitung eine Hilfe zur angemessenen Schulbildung, wenn sie diese zu-

mindest erleichtert. Wollte das Nachmittagsangebot jedoch etwa durch gemeinsames Spielen lediglich die Zeit überbrücken, bis die Eltern sich wieder ihrer Kinder annehmen, habe es allenfalls mittelbar eine positive Auswirkung auf die Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht. In diesem Fall komme nur eine bedürftigkeitsabhängige Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Betracht.

Fallbeispiel:

Im OGS-Angebot der Albert-Einstein-Grundschule wird unter anderem Hausaufgabenhilfe durch Lehrkräfte geleistet und es werden Förderkurse angeboten, in denen Lerninhalte wiederholt und vertieft werden. Auch werden in den Angeboten aus den Bereichen Sport, Kreativität, Spiele und Musik Fähigkeiten wie soziale, handwerkliche und sprachliche Kompetenzen vermittelt, die der Bewältigung des Schulalltags dienlich sind. Das OGS-Angebot unterstützt, ergänzt und erleichtert folglich Niklas' Schulbildung. Die erforderliche Inklusionsbegleitung zur Wahrnehmung des OGS-Angebots in Niklas' Grundschule wäre somit nach der BSG-Rechtsprechung als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung anzusehen. Unter Hinweis darauf, dass diese Leistung der Eingliederungshilfe kostenfrei ist, weigert sich Frau Blume dementsprechend gegenüber dem Sozialamt Auskunft über ihr Einkommen und Vermögen zu geben.

! BEACHTEN

- Durch das BTHG wird zum 1.1.2020 erstmals gesetzlich geregelt, unter welchen Voraussetzungen die Inklusionsbegleitung in OGS-Angeboten als kostenfreie „Hilfe zu einer Schulbildung“ (so der künftige Name für die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung) anzusehen ist. Danach muss es sich um schulische Ganztagsangebote handeln, die im Einklang mit dem Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule stehen und unter deren Aufsicht und Verantwortung ausgeführt werden. Sie müssen außerdem an den stundenplanmäßigen Unterricht anknüpfen und in der Regel in Räumlichkeiten der Schule oder deren Umfeld ausgeführt werden.

Fallbeispiel mit Abwandlung:

Die Albert-Einstein-Grundschule hat kein OGS-Angebot. Niklas geht deshalb jeden Tag nach dem Schulunterricht in eine Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtung. Dort kann er seine Hausaufgaben erledigen, malen und Gesellschaftsspiele spielen. Für den Besuch der Freizeiteinrichtung benötigt Niklas Inklusionsbegleitung. Nachdem Frau Blume beim Sozialamt Assistenz zum Besuch der Freizeiteinrichtung beantragt hat, stellt der Arzt des Gesundheitsamts für die Dauer der Betreuung in der Freizeiteinrichtung einen entsprechenden Bedarf an Eingliederungshilfe fest. Das Sozialamt von X-Stadt bewilligt die Inklusionsbegleitung, ist jedoch der Meinung, dass es sich hierbei um eine Maßnahme zur Freizeitgestaltung handelt und Niklas' Mutter deshalb einen einkom-

mens- und vermögensabhängigen Beitrag zu den Kosten leisten muss. Frau Blume wird deshalb aufgefordert, Auskunft über ihr Einkommen und Vermögen zu geben. Da der Besuch der Freizeiteinrichtung nach der Rechtsprechung des BSG und auch nach der künftigen Regelung im BTHG keine Hilfe zu einer (angemessenen) Schulbildung darstellt, kommt Frau Blume dieser Aufforderung nach.

Gewährt das Sozialamt eingeschulten Menschen Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, 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.

Vom Einkommen sind zunächst darauf entrichtete Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und andere notwendige Ausgaben abzuziehen (sogenannte „Bereinigung“ des Einkommens). Seit 1.1.2017 können erwerbstätige Leistungsberechtigte außerdem einen besonderen Freibetrag von ihrem Einkommen in Abzug bringen. Dieser beläuft sich auf 40 Prozent des Einkommens aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit und ist der Höhe nach begrenzt auf 65 Prozent der Regelbedarfsstufe 1. Aktuell beläuft sich der maximale Freibetrag daher auf 275,60 Euro (Stand: 2019). Das um die vorgenannten Beträge „bereinigte“ Einkommen muss nicht in vollem Umfang für die Eingliederungshilfe eingesetzt werden, sondern nur insoweit, als es eine bestimmte gesetzlich festgelegte Einkommensgrenze übersteigt.

Die Einkommensgrenze wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 848 Euro (Stand: 2019) 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 297 Euro (Stand: 2019). Überschreitet das Einkommen diese Grenze, ist der übersteigende Betrag in angemessenem Umfang zur Finanzierung der Eingliederungshilfe einzusetzen. Für blinde Menschen sowie Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 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:

<i>Grundbetrag:</i>	<i>848 Euro</i>
<i>plus Kosten der Unterkunft:</i>	<i>730 Euro</i>
<i>plus Zuschlag für Niklas:</i>	<i>297 Euro</i>
.....	
<i>Einkommensgrenze:</i>	<i>1.875 Euro</i>

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, Sozialversicherungsbeiträ-

gen, Werbungskosten und Beiträgen zu angemessenen Versicherungen (zum Beispiel Privathaftpflicht- und Hausratversicherung) vom Bruttoeinkommen übrig bleibt. Im Fall von Frau Blume können hierfür insgesamt 283 Euro vom Einkommen abgezogen werden. Der besondere Freibetrag von derzeit maximal 275,60 Euro (siehe oben) ist zusätzlich dazu nur dann abzuziehen, wenn es auf das Einkommen der/ des Leistungsberechtigten ankommt. Ist dagegen –

wie hier – das Einkommen der Eltern maßgeblich, kann der Freibetrag nicht in Abzug gebracht werden. Es verbleibt somit ein anrechenbares Einkommen von 1.517 Euro.

Da Frau Blumes Einkommen die maßgebliche Einkommensgrenze von 1.875 Euro unterschreitet, kann sie mit ihrem Einkommen nicht zu den Kosten der Eingliederungshilfe herangezogen werden.

BEACHTEN

- Aufgrund des BTHG wird die Einkommensgrenze, die für den Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe maßgeblich ist, zum 1.1.2020 deutlich erhöht. Auch ändert sich die Berechnung und die Ermittlung des einzusetzenden Teils des Einkommens. Maßgeblich sind künftig die steuerrechtlichen Einkünfte des Vorvorjahres. Wird also 2020 Eingliederungshilfe beantragt, ergibt sich das maßgebliche Einkommen aus dem Einkommensteuerbescheid für 2018.

Die Einkommensgrenze beläuft sich künftig auf einen prozentualen Anteil an der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße der Sozialversicherung. Die Grenze ist also dynamisch und verändert sich – ebenso wie die betreffende Bezugsgröße – jedes Jahr. Im Jahr 2019 beträgt die Bezugsgröße zum Beispiel 37.380 Euro. Welcher Prozentsatz der Bezugsgröße für die Einkommensgrenze maßgeblich ist, richtet sich nach der Einkommensart sowie danach, ob Partner- oder Kinderzuschläge zu berücksichtigen sind. Bei einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowie bei selbstständiger Tätigkeit beläuft sich die Einkommensgrenze zum Beispiel auf 85 Prozent der jährlichen Bezugsgröße. Bezogen auf das Jahr 2019 würde sich bei diesen beiden Einkommensarten somit eine Einkommensgrenze von 31.773 Euro ergeben. Für Ehegatten oder Lebenspartner erhöht sich die Grenze um 15 Prozent bzw. für jedes unterhaltsberechtigten Kind um 10 Prozent der jährlichen Bezugsgröße.

Übersteigt das Einkommen die individuelle Einkommensgrenze, muss die/der Leistungsberechtigte bzw. bei minderjährigen Leistungsberechtigten müssen deren Eltern einen monatlichen Beitrag in Höhe von 2 Prozent des übersteigenden Einkommens zu den Aufwendungen der Eingliederungshilfe leisten.

Auch das Vermögen ist zur Finanzierung bedürftigkeitsabhängiger Leistungen der Eingliederungshilfe einzusetzen. Bestimmte Vermögenswerte sind hiervon jedoch ausgenommen. Hierzu gehören zum Beispiel ein selbst bewohntes angemessenes Hausgrundstück oder ein Auto, sofern es zur Ausübung der Berufstätigkeit benötigt wird.

Barbeträge und sonstige Geldwerte wie zum Beispiel Sparguthaben, Wertpapiere und Lebensversicherungen sind bis zu einem gesetzlich festgelegten Betrag ebenfalls geschützt. Die allgemeine Vermögensgrenze hierfür, die für alle Leistungen der Sozialhilfe gilt, beläuft sich seit 1.4.2017 auf 5.000 Euro. Neu ist außerdem, dass für jede volljährige Person, deren Einkommen und Vermögen für die Gewährung von Sozialhilfe maßgeblich ist (das können neben der/dem Leistungsberechtigten selbst unter anderem deren/dessen Ehegatte oder bei minderjährigen Leistungsberechtigten deren Eltern sein), jeweils 5.000 Euro berücksichtigt werden. Für jede Person, die von der/dem Leistungsberechtigten oder ihren/seinen Eltern oder ihrem/seinem Ehegatten überwiegend unterhalten wird, kommen ferner 500 Euro hinzu.

Zusätzlich zum allgemeinen Vermögensfreibetrag von 5.000 Euro sind beim Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe seit 1.1.2017 maximal weitere 25.000 Euro geschützt. Im Gegensatz zu der ähnlichen Regelung bei der Hilfe zur Pflege (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel I) 5.) muss dieser Betrag aber nicht ganz oder überwiegend aus selbstständiger oder nichtselbstständiger Tätigkeit während des Leistungsbezugs erworben sein.

► TIPP

Inwieweit der zusätzliche Vermögensfreibetrag auch zugunsten minderjähriger Leistungsberechtigter greift, bei denen es auf das Vermögen der Eltern ankommt, ist nicht ganz eindeutig. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vertritt hierzu die Ansicht, dass Formulierung und Begründung der Vorschrift klarstellen, dass auch Familien mit minderjährigen Kindern von dem höheren Freibetrag profitieren.

Fallbeispiel:

Die Vermögensgrenze von Familie Blume berechnet sich wie folgt:

<i>Nina Blume:</i>	<i>5.000 Euro</i>
<i>plus Leistungsberechtigtes Kind Niklas:</i>	<i>500 Euro</i>
<i>plus zusätzlicher Freibetrag bei</i>	
<i>Eingliederungshilfe:</i>	<i>25.000 Euro</i>
.....	
<i>Vermögensgrenze:</i>	<i>30.500 Euro</i>

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 Inklusionsbegleitung in der Kinder- und Jugend-

freizeiteinrichtung, die Niklas nach dem Schulunterricht besucht, herangezogen werden.

BEACHTEN

- Die Vermögensgrenze, die für den Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe maßgeblich ist, wird aufgrund des BTHG zum 1.1.2020 ebenfalls deutlich erhöht. Sie beläuft sich künftig auf 150 Prozent der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße der Sozialversicherung. Bezogen auf das Jahr 2019 würde sich hierdurch ein Vermögensfreibetrag von 56.070 Euro ergeben.

Assistenz bei der Nachmittagsbetreuung von Schulkindern – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: Die Rechtsgrundlage richtet sich nach der konkreten Ausgestaltung der Nachmittagsbetreuung. Erleichtert oder ergänzt die Nachmittagsbetreuung die Schulbildung, handelt es sich bei einer hierfür erforderlichen Inklusionsbegleitung nach der Rechtsprechung des BSG um (kostenfreie) „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung“. Der Anspruch ergibt sich in diesem Fall aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit § 12 Nr. 1 EinglH-VO. Ist die Betreuung dagegen als (einkommens- und vermögensabhängige) „Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ anzusehen, 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 i. d. F. vom 31.12.2017.

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 Inklusionsbegleitung nicht beteiligen. Stellt die Leistung dagegen eine Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dar, findet eine Kostenheranziehung nach Maßgabe der Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Eltern des behinderten Kindes statt.

Rechtslage ab 1.1.2020: Auch künftig hängt es von der konkreten Ausgestaltung der Nachmittagsbetreuung ab, ob es sich hierbei um eine kostenfreie „Hilfe zu einer Schulbildung“ (so der künftige Begriff im BTHG) oder eine einkommens- und vermögensabhängige Leistung zur Sozialen Teilhabe (so die künftige Begrifflichkeit im BTHG) handelt. Erstmals regelt das BTHG aber gesetzlich in § 112 Absatz 1 Satz 2 SGB IX unter welchen Voraussetzungen schulische Ganztagsangebote Hilfen zu einer Schulbildung sind.

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 ab-

rechnet (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.

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.

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.

Fallbeispiel:

Niklas hat den Pflegegrad 2. 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.

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 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:

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 den Pflegegrad 3 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 Werk-

statt für behinderte Menschen des Vereins für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in Q-Stadt. Sie bezieht Werkstattlohn und ergänzend zur Sicherung ihres Lebensunterhalts Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. Ihr monatliches Gesamteinkommen beläuft sich auf 720 Euro.

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 848 Euro (Stand: 2019) übersteigt – allenfalls einen Kostenbeitrag für das Mittagessen leisten. Eltern behinderter Menschen müssen sich an den Werkstattkosten nicht beteiligen.

! BEACHTEN

- Mit dem Budget für Arbeit und den sogenannten anderen Leistungsanbietern wurden durch das BTHG zum 1.1.2018 zwei neue Formen der Teilhabe am Arbeitsleben geschaffen, die eine Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM darstellen.

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 848 Euro (Stand: 2019) 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. An den Kosten für das Mittagessen in der WfbM muss sich Frau Knispel nicht beteiligen, weil ihr monatliches Einkommen 848 Euro unterschreitet. Die Beschäftigung in der WfbM ist sowohl für Frau Knispel als auch für ihre Eltern kostenfrei.

Werkstatt und Tagesförderstätte – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: Der Anspruch auf einen Werkstattplatz ergibt sich aus §§ 53 Absatz 1 Satz 1, 54 Absatz 1 Satz 1, 140 Absatz 2 Nr. 1 SGB XII in Verbindung mit § 58 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 i. d. F. vom 31.12.2017 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.

Rechtslage ab 1.1.2020: Durch das BTHG wird sich an der bestehenden Rechtslage dem Grunde nach nichts ändern. Der Anspruch auf einen Werkstattplatz ergibt sich künftig aus §§ 99, 102 Absatz 1 Nr. 2, 111 Absatz 1 Nr. 1, 58 SGB IX in Verbindung mit § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i. d. F. vom 31.12.2019. Die Beschäftigung in einer Tagesförderstätte können Menschen mit Behinderung künftig gemäß §§ 99, 102 Absatz 1 Nr. 4, 113 Absatz 2 Nr. 5 SGB IX in Verbindung mit § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i. d. F. vom 31.12.2019 beanspruchen. Auch in Zukunft bleibt die Beschäftigung in einer WfbM bzw. in einer Tagesförderstätte für die Leistungsberechtigten und deren Eltern nach § 138 Absatz 1 Nr. 3 SGB IX bzw. § 138 Absatz 1 Nr. 6 SGB IX kostenfrei.

2. Häusliche Krankenpflege

Fallbeispiel:

Leonie Knispel ist Rollstuhlfahrerin und leidet unter anderem an einer Blasen- und Mastdarm lähmung. 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 Pflegebedarf 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. Zu-

sätzlich werden für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr zehn Prozent der Kosten als Eigenanteil fällig.

Fallbeispiel:

Der Hausarzt hat Leonie Knispel vom 7. Januar bis 31. März 2019 einmal täglich an den Werktagen häusliche Krankenpflege verordnet. An den ersten 28 Tagen fallen hierfür Kosten in Höhe von insgesamt 920 Euro an. Als Zuzahlung hierzu muss Frau Knispel insgesamt 102 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 2019 beträgt die Belastungsgrenze von Grundsicherungsempfängern für Zuzahlungen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 101,76 Euro bzw. – im Falle einer chronischen Erkrankung – 50,88 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 Leben in der Gemeinschaft 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 Assistenz (Begleitperson) zum Besuch solcher Veranstaltungen bestehen. Bei den Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft handelt es sich um eine Leistung der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Die Hilfe ist deshalb beim Sozialamt zu beantragen.

BEACHTEN

- Das BTHG nennt die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ab dem 1.1.2020 „Leistungen zur Sozialen Teilhabe“.

Fallbeispiel:

Leonie Knispel stellt beim Sozialamt in Q-Stadt einen Antrag auf Eingliederungshilfe. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt stellt der zuständige Sachbearbeiter 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 Assistenz zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 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 Friese beschäftigt, die dort ihren Bundesfreiwilligendienst leistet. Frau Friese begleitet Frau Knispel nun zweimal im Monat in die Disco und einmal im Monat ins Kino bzw. ins Popkonzert. Die Arbeitsleistung von Frau Friese rechnet der FuD direkt mit dem Sozialamt ab.

Menschen mit Behinderung, die Anspruch auf Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 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 Leben in der Gemeinschaft werden erwachsenen Menschen mit Behinderung nur gewährt, wenn sie hilfebedürftig sind, also diese Hilfen nicht mit eigenem Einkommen und Vermögen sicherstellen können. Es muss nicht das gesamte Einkommen und Vermögen für Leistungen der Eingliederungshilfe eingesetzt werden, sondern nur, soweit bestimmte Grenzbeträge überschritten werden. Die Einkommensgrenze wird gebildet aus einem Grundbetrag in Höhe von 848 Euro (Stand: 2019) sowie den angemessenen Kosten für die Unterkunft. Hinzu kommen ferner gegebenenfalls Zuschläge für nahe Angehörige. Die allgemeine Vermögensgrenze für Leistungen der Sozialhilfe beläuft sich seit 1.4.2017 auf 5.000 Euro. Auch hier sind gegebenenfalls Zuschläge für nahe Angehörige zu berücksichtigen (zu weiteren Einzelheiten siehe das Berechnungsbeispiel in Kapitel IV) 3.).

BEACHTEN

- Bei den Leistungen der Eingliederungshilfe kann ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag von 25.000 Euro zu berücksichtigen sein (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel IV) 3.). Hiervon profitieren jedoch nur diejenigen Leistungsberechtigten, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbseinkommen sicherstellen. Menschen mit Behinderung, die dagegen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen, müssen Vermögen, das den für diese Leistung maßgeblichen allgemeinen Vermögensfreibetrag von 5.000 Euro übersteigt, für die Grundsicherung einsetzen. Für Menschen, die existenzsichernde Leistungen der Sozialhilfe beziehen und außerdem auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen sind, ist daher der zusätzliche Vermögensfreibetrag von 25.000 Euro bedeutungslos.

Fallbeispiel:

Leonie Knispel verfügt über ein Werkstattgehalt und erhält ferner ergänzend Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Mit ihrem monatlichen Gesamteinkommen von 720 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 unter-

schreitet somit ebenfalls die für sie maßgebliche Grenze von 5.000 Euro. Da Frau Knispel also finanziell bedürftig ist, steht ihr ein Anspruch auf Eingliederungshilfe zu.

! BEACHTEN

- Aufgrund des BTHG werden die Einkommens- und Vermögensgrenzen, die für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe maßgeblich sind, zum 1.1.2020 deutlich erhöht (zu weiteren Einzelheiten siehe die Ausführungen in Kapitel IV) 3.).

Der Kostenbeitrag von Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung für Leistungen der Eingliederungshilfe beschränkt sich auf 32,75 Euro (bzw. ab 1.7.2019 auf 34,44 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 32,75 Euro (bzw. ab 1. Juli 2019 34,44 Euro) im Monat an das Sozialamt von Q-Stadt bezahlen.

Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: 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 i. d. F. vom 31.12.2017. Soll die Leistung als Persönliches Budget beantragt werden, ergibt sich der Anspruch aus der vorgenannten Paragrafenkette in Verbindung mit §§ 57 SGB XII, 29 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 in Höhe von 32,75 Euro (bzw. ab 1.7.2019 in Höhe von 34,44 Euro) leisten.

Rechtslage ab 1.1.2020: Das BTHG nennt die Hilfen „Leistungen zur Sozialen Teilhabe“. Der Anspruch ergibt sich künftig aus §§ 99, 102 Absatz 1 Nr. 4, 113 SGB IX in Verbindung mit § 53 Absatz 1 Satz 1 SGB XII i. d. F. vom 31.12.2019. Der monatliche Beitrag von Eltern volljähriger Menschen mit Behinderung für Leistungen der Sozialen Teilhabe beschränkt sich gemäß § 138 Absatz 4 SGB IX auch in Zukunft auf 34,44 Euro.

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 den Pflegegrad 3. 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 grippalen 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.

Höhe: 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 den Pflegegrad 4 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, Taschengeld 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

Regelungen: 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 i. d. F. vom 31.12.2017.

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.

Rechtslage ab 1.1.2020: Für Kinder und Jugendliche, die auf eine Betreuung in besonderen Wohnformen angewiesen sind, ändert sich durch das BTHG nichts. Für diesen Personenkreis ist die Hilfe weiterhin einrichtungsbezogen und nicht personenzentriert ausgestaltet (§ 134 SGB IX). Auch bleibt es dabei, dass Eltern, deren noch nicht eingeschulte Kinder in einer stationären Einrichtung heilpädagogische Leistungen erhalten, einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten müssen (§§ 142 Absatz 1, 138 Absatz 1 Nr. 1 SGB IX).

2. Schulkinder im Internat

Fallbeispiel:

Marie und Nora Schwertfeger leben auf dem Land. Sie sind verheiratet und beide berufstätig. Ihr Sohn Fabian ist acht Jahre alt und körperbehindert. Er hat den Pflegegrad 3. 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.

Internatsplatz für schulpflichtige Kinder – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: 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.

Rechtslage ab 1.1.2020: Für Kinder und Jugendliche, die auf eine Betreuung in besonderen Wohnformen angewiesen sind, ändert sich durch das BTHG nichts. Für diesen Personenkreis ist die Hilfe weiterhin einrichtungsbezogen und nicht personenzentriert ausgestaltet (§ 134 SGB IX). Auch bleibt es dabei, dass Eltern, deren schulpflichtige Kinder in einer stationären Einrichtung Leistungen zur Teilhabe an Bildung erhalten, einen Kostenbeitrag in Höhe der häuslichen Ersparnis leisten müssen (§§ 142 Absatz 1, 138 Absatz 1 Nr. 4 SGB IX).

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 hat den Pflegegrad 3 und lebt gemeinsam mit zwei weiteren Frauen mit Behinderung in einer barrierefreien Wohnung, die die drei Frauen bei einer Wohnungsbaugenossenschaft gemietet haben. Die Bewohnerinnen führen eine gemeinsame Haushaltskasse. Sie kaufen zusammen ein und kochen auch meistens gemeinsam. Jule Fischer wird von einem ambulanten Pflegedienst gepflegt und erhält von einem FuD Assistenz beim Einkaufen, Wäsche waschen und anderen hauswirtschaftlichen Verrichtungen. Frau

Fischer arbeitet in einer WfbM. Sie bezieht Werkstattlohn und ergänzend Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.

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 stationären Einrichtung oder einer ambulant betreuten Wohnung leben möchten.

In stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe – den sogenannten Wohnheimen – wird der gesamte Lebensbedarf der dort lebenden Menschen mit Behinderung durch die Einrichtung sichergestellt („Rund-um-Versorgung“). Das „Gesamtpaket“, das Menschen mit Behinderung in der Einrichtung erhalten, setzt sich zusammen aus Leistungen zur Siche-

rung 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 114,48 Euro. Dieser Betrag wird den Bewohnerinnen und Bewohnern direkt ausbezahlt und steht für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung.

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 57,94 Euro (ab 1.7.2019: 60,93 Euro) im Monat für den Heimplatz bezahlen. Darin sind 25,19 Euro (ab 1.7.2019: 26,49) für den in der Einrichtung erbrachten Lebensunterhalt und 32,75 Euro (ab 1.7.2019: 34,44 Euro) für die im Wohnheim geleistete Eingliederungshilfe enthalten.

! BEACHTEN

● Am 1.1.2020 wird es durch das BTHG bei den bisherigen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu einem grundlegenden Systemwechsel kommen. Ab diesem Zeitpunkt wird bei der Eingliederungshilfe für erwachsenen Menschen mit Behinderung nicht mehr zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen unterschieden. Stattdessen wird die Hilfe personenzentriert erbracht. Die Finanzierung der bisherigen

stationären Einrichtungen, die künftig als „gemeinschaftliche Wohnform“, „besondere Wohnform“ oder auch „Wohnform nach § 42a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XII“ bezeichnet werden, wird an das „ambulant betreute Wohnen“ (siehe dazu die nachstehenden Ausführungen) angeglichen. Dementsprechend wird das bislang in diesen Wohnformen erbrachte „Gesamtpaket“ aufgeschnürt und die Leistungen der Eingliederungshilfe von den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts getrennt.

Menschen mit Behinderung, die in einer solchen „gemeinschaftlichen Wohnform“ leben, erhalten künftig für den Lebensunterhalt in der Regel Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach der Regelbedarfsstufe 2. Diese Leistung wird direkt ausbezahlt. Dadurch entfällt das bisherige sogenannte Taschengeld. Allerdings sollen den Bewohnerinnen und Bewohnern auch weiterhin Barmittel zur selbstbestimmten Verwendung aus dem Regelsatz verbleiben. Über die konkrete Höhe muss im Rahmen des Gesamtplanverfahrens gemeinsam mit dem behinderten Menschen beraten werden. Die Kosten der Unterkunft werden ebenfalls im Rahmen der Grundsicherung übernommen und den Bewohnerinnen und Bewohnern direkt ausbezahlt. Da die bisherigen stationären Einrichtungen neben individuell genutztem Wohnraum auch Räume vorhalten, die der gemeinschaftlichen Nutzung dienen und dies

Auswirkungen auf den Mietpreis haben kann, gilt für die Unterkunftskosten in „gemeinschaftlichen Wohnformen“ eine Sonderregelung.

Wird der Lebensunterhalt durch Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichergestellt, müssen Eltern, deren volljährige Kinder mit Behinderung in einer „gemeinschaftlichen Wohnform“ leben, künftig nur noch einen Beitrag für die dort erbrachten Leistungen der Eingliederungshilfe leisten. Dieser Beitrag beläuft sich im Jahr 2020 auf monatlich 34,44 Euro.

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 stationären 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 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 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 nach Maßgabe ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse beteiligen. Ist der behinderte Mensch volljährig, beschränkt sich der monatliche Unterhaltsbeitrag seiner Eltern für diese Kosten auf 32,75 Euro (ab 1.7.2019: 34,44 Euro).

Fallbeispiel:

Jule Fischer lebt in einer ambulant betreuten Wohnung. Ihren Lebensunterhalt finanziert sie mit ihrem Werkstattlohn und Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Assistenz bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen finanziert das Sozialamt im Rahmen der Eingliederungshilfe. Für diese Hilfe müssen Jules Eltern einen Unterhaltsbeitrag in Höhe von 32,75 Euro (ab 1.7.2019: 34,44 Euro) leisten.

Wohnheim/ambulant betreutes Wohnen – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: 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 i. d. F. vom 31.12.2017. 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 i. d. F. vom 31.12.2017.

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 57,94 Euro (ab 1.7.2019: 60,93 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 32,75 Euro (ab 1.7.2019: 34,44 Euro) leisten.

Rechtslage ab 1.1.2020: Durch das BTHG wird es bei den bisherigen stationären Einrichtungen zu einem grundlegenden Systemwechsel kommen. Die Finanzierung dieser Wohnsettings, die künftig „gemeinschaftliche Wohnform“ genannt werden, wird an das ambulant betreute Wohnen angeglichen. Der monatliche Beitrag, den Eltern volljähriger Kinder für Hilfen in gemeinschaftlichen Wohnformen leisten müssen, wird sich in der Regel auf 34,44 Euro beschränken (§ 138 Absatz 4 SGB IX).

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 den Pflegegrad 4. 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 können während des Besuchs bei ihren Eltern außerdem den Entlastungsbetrag beanspruchen (zu den Einzelheiten des Entlastungsbetrages siehe Kapitel I) 2.).

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

Der Internatsschüler Fabian hat den Pflegegrad 3. 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 Familienunterstützenden Dienst (FuD) teil. Die hierfür anfallenden Kosten in Höhe von monatlich 120 Euro rechnet der FuD als Entlastungsbetrag 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.

! BEACHTEN

- Ab dem 1.1.2020 wird es durch das BTHG für erwachsene Menschen mit Behinderung bei den bisherigen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu einem grundlegenden Systemwechsel kommen (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel VI) 3.). Die Finanzierung dieser Wohnsettings, die künftig als „gemeinschaftliche Wohnform“ bezeichnet werden, wird an das ambulant betreute Wohnen angeglichen. Nur bezüglich der Leistungen der Pflegeversicherung bleibt es bei der alten Rechtslage. Das bedeutet unter anderem, dass pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner von gemeinschaftlichen Wohnformen auch weiterhin für die Besuchstage bei ihren Eltern anteiliges Pflegegeld, den Entlastungsbetrag und gegebenenfalls Verhinderungspflege beanspruchen können.

Leistungen der Pflegeversicherung am Wochenende – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ergibt sich aus §§ 37, 43a SGB XI (Pflegegeld), § 39 SGB XI (Verhinderungspflege) und § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag).

Wo: Die Leistungen sind bei der Pflegekasse zu beantragen.

Leistungsvoraussetzungen: Die Ansprüche stehen Menschen mit Behinderung zu, die in stationären Einrichtungen versorgt werden, wenn sie zeitweise – zum Beispiel bei Besuchen am Wochenende oder in den Ferien – häuslich gepflegt werden. Für die Ansprüche auf Pflegegeld und Verhinderungspflege muss eine Einstufung mindestens in Pflegegrad 2 vorliegen.

Rechtslage ab 1.1.2020: Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe für erwachsenen Menschen mit Behinderung werden künftig „gemeinschaftliche Wohnformen“ genannt und anders finanziert. Es bleibt jedoch dabei, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von gemeinschaftlichen Wohnformen bei Besuchen in ihrem Elternhaus an den Wochenenden oder in den Ferien (anteilige) Leistungen bei häuslicher Pflege beanspruchen können.

VII) WEITERE HILFEN

Fallbeispiel:

Katharina Rasper 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 wurde am 1. März 2018 mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und kompletter Gaumen-Segelspalte geboren. Am 6. März 2018 stellt der Kinderarzt bei der zweiten Vorsorgeuntersuchung eine ärztliche Bescheinigung über Idas Behinderung aus.

1. Mutterschutzgesetz

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) gilt für alle (werdenden) Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, das heißt auch für Heimarbeiterinnen, Haus-

angestellte, geringfügig Beschäftigte, weibliche Auszubildende, Frauen mit Behinderung, die in einer WfbM beschäftigt sind und unter bestimmten Voraussetzungen auch für Schülerinnen und Studentinnen. Es schützt die Gesundheit der Frau und ihres Kindes während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit.

Aufgrund des MuSchG darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden (Schutzfrist vor der Entbindung). Nach der Entbindung gilt im Normalfall ein Beschäftigungsverbot für die Dauer von acht Wochen (Schutzfrist nach der Entbindung). Hat das Kind eine Behinderung, verlängert sich die Schutzfrist auf An-

trag der Mutter auf zwölf Wochen. Zur Feststellung der Behinderung muss kein behördliches Verfahren durchgeführt werden. Es genügt die Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Feststellung. Diese muss innerhalb der ersten acht Wochen nach der Geburt erstellt werden. Die Verlängerung der Schutzfrist ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

Fallbeispiel:

Unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung des Kinderarztes über Idas Behinderung beantragt Frau Raschel bei ihrer Krankenkasse eine Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung auf zwölf Wochen.

Für die Zeit der Schutzfristen vor und nach der Entbindung erhalten die Frauen Mutterschaftsgeld von der Krankenversicherung. Außerdem ist die Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses durch den Arbeitgeber vom Beginn der Schwangerschaft an bis zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung, mindestens jedoch bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung, grundsätzlich unzulässig.

2. Familienpflegezeitgesetz

Fallbeispiel:

Im ersten Jahr nach Idas Geburt stehen mehrere kieferorthopädische Operationen an, um die Spaltbildungen zu schließen. Da Ida durch die Fehlbildung insbesondere beim Saugen und Schlucken Probleme und damit gravierende Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme hat, hat sie gegenüber gleichaltrigen Säuglingen einen deutlich höheren Hilfebedarf. Wegen dieser und anderer Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit wurde sie von der Pflegekasse in den Pflegegrad 3 eingestuft. Frau Raschel 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.

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 Wo-

Mutterschutzgesetz – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: Arbeitnehmerinnen dürfen sechs Wochen vor und acht Wochen nach einer Entbindung nicht beschäftigt werden (§ 3 MuSchG). Im Falle der Geburt eines behinderten Kindes verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung auf Antrag auf zwölf Wochen (§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 MuSchG).

Entgeltersatzleistung: Während der Schutzfristen besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld (§ 19 MuSchG).

Kündigungsschutz: Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung, mindestens jedoch bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung nicht kündigen (§ 17 MuSchG).

chenstunden 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 in den Pflegegrad 1 eingestuft sein. 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) 3.) dürfen ferner gemeinsam 24 Monate nicht überschreiten.

Während der Familienpflegezeit 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 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 zurückzuzahlen.

Fallbeispiel:

Katharina Rasper 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 Verdienstausschlag 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.

Familienpflegezeitgesetz – das Wichtigste in Kürze

Regelungen: 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).

3. Pflegezeitgesetz

Nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch darauf, sich für kurze Zeiträume von der Arbeit freistellen 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 in den Pflegegrad 1 eingestuft sein.

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 Rasper 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 Rasper 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 Rasper gilt, ist Beschäftigten in derartigen Fällen Lohnfortzahlung zu leisten. Frau Rasper 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) 2.) 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

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 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 Rasper möchte drei Monate zuhause bleiben, bis Ida vollständig genesen ist und wieder den Kindergarten besuchen kann. Zwar ist Frau Rasper 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) 2.). 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

Regelungen: 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 (§ 44a 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).

4. Unfallversicherungsschutz und Rente für Pflegepersonen

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Pflegeversicherung Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson. Als Pflegeperson gilt, wer einen pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegt. Wenn die Pflegeperson einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt, ist sie während der pflegerischen Tätigkeit in den Unfallversicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Damit ist sie gegen Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen, versichert.

Erfüllt die Pflegeperson alle der vorgenannten Voraussetzungen und ist sie außerdem regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig, entrichtet die Pflegeversicherung darüber hinaus Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rentenversicherungsbeiträge werden auch für die Dauer des Erholungsurlaubs der Pflegeperson weitergezahlt.

Fallbeispiel:

Frau Rasper pflegt ihre Tochter mindestens 28 Stunden wöchentlich, verteilt auf sieben Tage in der Woche. In den ersten zwei Jahren nach Idas Geburt hat Frau Rasper Familienpflegezeit genommen und ihre Arbeitszeit im Verlag auf 20 Wochenstunden reduziert (siehe dazu das Fallbeispiel in Kapitel VII) 2.). 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 Rasper 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

Regelungen: 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 unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich unfallversichert. Beiträge zur Rentenversicherung werden für Pflegepersonen nur dann entrichtet, wenn sie nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind

5. Pflegepauschbetrag

Steuerpflichtige können in ihrer Einkommensteuererklärung einen Pflegepauschbetrag in Höhe von 924 Euro geltend machen, wenn sie eine/n pflegebedürftige/n Angehörige/n zuhause pflegen. Voraussetzung ist, dass die pflegebedürftige Person hilflos ist. Nachzuweisen ist dies durch das Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis oder durch die Einstufung in Pflegegrad 4 oder 5.

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 den Pflegegrad 4 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

Regelungen: Geregelt ist der Pflegepauschbetrag in § 33b 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 den Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft sein.

Höhe: Der Pflegepauschbetrag beträgt 924 Euro.

6. 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, Kin-

derhorten, bei Tagesmüttern bzw. Tagesvätern und Ganztagspflegestellen 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 Rasper 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

Regelungen: 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.

7. 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 Behindertenpauschbetrag 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 2018 haben die Eheleute Rasper 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 2018 entscheiden sich die Eheleute Rasper dafür, den Behinder-

► TIPP

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

tenpauschbetrag 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

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

VIII) FORDERUNGEN DES BVKM

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist für Eltern behinderter Kinder in vielerlei Hinsicht erschwert. Die Unzulänglichkeit vieler Hilfen, die in diesem Ratgeber dargestellt werden, machen das deutlich. Der bvkm fordert deshalb:

- » Bei der Ausgestaltung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind die besonderen Belange von Familien mit behinderten Kindern zu berücksichtigen.
- » Für Schulkinder mit Behinderung muss es ausreichende Betreuungsmöglichkeiten nach dem Schulunterricht geben. Diese und eine gegebenenfalls hierfür erforderliche Inklusionsbegleitung dürfen für die Eltern nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden sein.
- » Die Ferienbetreuung behinderter Schulkinder ist sicherzustellen. 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.
- » Die Verhinderungspflege sollte um den vollen Betrag der Kurzzeitpflege und damit auf einen Gesamtbetrag von 3.224 Euro erhöht werden können. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege läuft für viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ins Leere, weil in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht genügend Plätze für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Die Verhinderungspflege mit ihren vielfältigen Einsatzmöglichkeiten ist daher nach wie vor die wichtigste Hilfeart der Pflegeversicherung, um Eltern behinderter Kinder Entlastung bei der Pflege zu verschaffen und Betreuungsengpässe – wie zum Beispiel in den Ferienzeiten – zu überbrücken.

- » Im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz ist der langfristige Bedarf, den berufstätige Eltern haben, weil ihr behindertes Kind dauerhaft auf Pflege und Unterstützung angewiesen ist, zu berücksichtigen. Beide Gesetze ermöglichen die Freistellung von der Arbeit bzw. die Reduzierung der Arbeitszeit lediglich für relativ kurze Zeiträume.
- » Für berufstätige Eltern mit einem behinderten Kind ist die Zahl der Arbeitstage, für die ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes besteht, zu erhöhen. Kinder mit Behinderung sind in der Regel häufiger krank als nichtbehinderte Kinder. Oft müssen sie aufgrund ihrer Behinderung auch für längere Zeiträume ins Krankenhaus. Dieser besonderen Bedarfslage von Eltern behinderter Kinder muss der Gesetzgeber Rechnung tragen.

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: Soziale 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 und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem

BEACHTEN

- Die Gesetzestexte sind auf dem Stand von März 2019. Aufgrund des BTHG werden sich zum 1.1.2020 bei einigen Regelungen Änderungen ergeben. Zu diesem Zeitpunkt wird das Recht der Eingliederungshilfe vom SGB XII in das SGB IX überführt. Dies wirkt sich insbesondere auf die unter 4. dargestellten Regelungen des SGB XII (Recht der Sozialhilfe) und die unter 6. dargestellten Regelungen des SGB IX (Recht der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) aus.

Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf ins-

gesamt 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.

(3) 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. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet 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 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

§ 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 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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 acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt

die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 Euro 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. 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, die einen Pflegebedürftigen mit

mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. (...)

(...)

(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. (...)

(...)

§ 44a 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 ma-

chen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld 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 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(...)

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. (...)

§ 45b Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden. Die Leistung nach Satz 1 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.

(...)

2. SGB V: Gesetzliche 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.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(...)

(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. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. (...)

(...)

(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.

(...)

§ 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. Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im

Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn 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, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

(2) Die Satzung kann 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 bis 4 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 Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag 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 und 4 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.

§ 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 beitrags-

pflichtigem 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: 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: 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 § 140 und neben den Leistungen nach den §§ 26 und 55 des Neunten Buches in der am 31. Dezember 2017 geltenden Fassung 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 erhalten auf Antrag Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines Persönlichen Budgets. § 29 des Neunten Buches ist 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 (§ 49 des Neunten Buches),
7. bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 58 des Neunten Buches, bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 des Neunten Buches und beim Budget für Arbeit nach § 61 des Neunten Buches,
8. bei Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten 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 § 61a 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 32,75 Euro und ab 1.7.2019 auf 34,44 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 25,19 Euro und ab 1.7.2019 auf 26,49 Euro.

§ 140 Teilhabe am Arbeitsleben

(1) Leistungen zur Beschäftigung erhalten Personen nach § 53, die die Voraussetzungen nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches erfüllen.

(2) Leistungen zur Beschäftigung umfassen

1. Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen nach den §§ 58 und 62 des Neunten Buches,
2. Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach den §§ 60 und 62 des Neunten Buches sowie
3. Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern nach § 61 des Neunten Buches.

(...)

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: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

§ 29 Persönliches Budget

(1) Auf Antrag der Leistungsberechtigten werden Leistungen zur Teilhabe durch die Leistungsform eines Persönlichen Budgets ausgeführt, 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. Das Persönliche Budget kann auch nicht trägerübergreifend von einem einzelnen Leistungsträger erbracht werden. 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 sind die Leistungsberechtigten für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(2) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Mit der Auszahlung oder der Ausgabe von Gutscheinen an die

Leistungsberechtigten gilt deren Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insoweit als erfüllt. Das Bedarfsermittlungsverfahren für laufende Leistungen wird in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt. In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach Kapitel 4 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 Leistungen nicht überschreiten, die ohne das Persönliche Budget zu erbringen sind. § 35a des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Werden Leistungen zur Teilhabe in der Leistungsform des Persönlichen Budgets beantragt, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger für die Durchführung des Verfahrens zuständig. Satz 1 findet entsprechend Anwendung auf die Pflegekassen und die Integrationsämter. Enthält das Persönliche Budget Leistungen, für die der Leistungsträger nach den Sätzen 1 und 2 nicht Leistungsträger nach § 6 Absatz 1 sein kann, leitet er den Antrag insoweit unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Leistungsträger nach § 15 zu.

(4) Der Leistungsträger nach Absatz 3 und die Leistungsberechtigten schließen zur Umsetzung des Persönlichen Budgets eine Zielvereinbarung ab. Sie enthält mindestens Regelungen über

1. die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
2. die Erforderlichkeit eines Nachweises zur Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs,
3. die Qualitätssicherung sowie
4. die Höhe der Teil- und des Gesamtbudgets.

Satz 1 findet keine Anwendung, wenn allein Pflegekassen Leistungsträger nach Absatz 3 sind und sie das Persönliche Budget nach Absatz 1 Satz 4 erbringen. Die Beteiligten, die die Zielvereinbarung abgeschlossen haben, können diese

aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung der Vereinbarung nicht zumutbar ist. Ein wichtiger Grund kann für die Leistungsberechtigten insbesondere in der persönlichen Lebenssituation liegen. Für den Leistungsträger kann ein wichtiger Grund dann vorliegen, wenn die Leistungsberechtigten die Vereinbarung, insbesondere hinsichtlich des Nachweises zur Bedarfsdeckung und der Qualitätssicherung nicht einhalten. Im Fall der Kündigung der Zielvereinbarung wird der Verwaltungsakt aufgehoben. Die Zielvereinbarung wird im Rahmen des Bedarfsermittlungsverfahrens für die Dauer des Bewilligungszeitraumes der Leistungen in Form des Persönlichen Budgets abgeschlossen.

§ 58 Leistungen im Arbeitsbereich

(1) Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten Menschen mit Behinderungen, bei denen wegen Art oder Schwere der Behinderung

1. eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschließlich einer Beschäftigung in einem Inklusionsbetrieb (§ 215) oder
2. eine Berufsvorbereitung, eine individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung, eine berufliche Anpassung und Weiterbildung oder eine berufliche Ausbildung (§ 49 Absatz 3 Nummer 2 bis 6)

nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommt und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. (...)

(...)

§ 55 i. d. F. vom 31.12.2017 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 i. d. F. vom 31.12.2017 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 i. d. F. vom 31.12.2017 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. Mutterschutzgesetz

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbin-

dung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(...)

§ 17 Kündigungsverbot

(1) Die Kündigung gegenüber einer Frau ist unzulässig

1. während ihrer Schwangerschaft,
2. bis zum Ablauf von vier Monaten nach einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche und
3. bis zum Ende ihrer Schutzfrist nach der Entbindung, mindestens jedoch bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung,

wenn dem Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Kündigung die Schwangerschaft, die Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche oder die Entbindung bekannt ist oder wenn sie ihm innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird. Das Überschreiten dieser Frist ist unschädlich, wenn die Überschreitung auf einem von der Frau nicht zu vertretenden Grund beruht und die Mitteilung unverzüglich nachgeholt wird. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Vorbereitungsmaßnahmen des Arbeitgebers, die er im Hinblick auf eine Kündigung der Frau trifft.

(...)

8. 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 wöchentlichen 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 gewährt 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 Kalendermonate 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.

(...)

9. 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 Arbeitge-

ber 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 Beschäftigten 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. (...)

(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. (...)

(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. (...)

(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, höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn, 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.

10. 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. Hilflos 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 Einkommensteuer, 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 Betreuungs-

leistungen 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.

(...)

(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.

Die **Rechtsratgeber** im Folgenden können beim Bundesverband zum Selbstkostenpreis von je € 1,- bestellt werden, sie stehen aber auch im Internet unter www.bvkm.de in der Rubrik „Recht & Ratgeber“ 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 nach dem SGB XII**

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?

» **Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern in Einrichtungen**

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) bei Kindern, die sich in einer Schule, einem Wohnheim oder einer sonstigen Einrichtung aufhalten, müssen seit 2017 vom Familiengericht genehmigt werden. Das Merkblatt enthält einen Musterantrag auf Genehmigung von FEM sowie ein Muster für eine ärztliche Stellungnahme.

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 280 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.
Brehmstraße 5–7, 40239 Düsseldorf
T. 0211. 640 04-0
F. 0211.640 04-20
E-Mail info@bvkm.de
www.bvkm.de