

Sozialrechtliche Informationen

Für Familien mit einem krebskranken Kind



Vorwort	6
Kurzer Überblick über das Sozialgesetzbuch (SGB)	7
Sozialrechtliche Möglichkeiten auf einen Blick	10
I. Die Pflegeversicherung (SGB XI)	12
1. Module des Begutachtungsinstruments	12
2. Bewertung der Selbstständigkeit	14
3. Pflegegrade	15
4. Voraussetzungen und Leistungen	17
5. Pflege im Verhinderungsfall	18
6. Soziale Absicherung der Pflegepersonen	19
7. Beruf und Pflege	20
8. Pflegeberatung als Unterstützung für den Pflegebedürftigen	21
9. Empfehlungen im Begutachtungsverfahren	21
II. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V)	22
1. Zuzahlungen und Belastungsgrenze	22
2. Fahrkosten (§60 SGB V)	24
3. Kinderpflege-Krankengeld (§45 SGB V)	25
4. Mitaufnahme einer Begleitperson (§11 SGB V)	26
5. Haushaltshilfe (§38 SGB V)	27
6. Häusliche Krankenpflege (§37 SGB V)	28
7. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen (§43 Abs. 2 SGB V)	28
8. Zuzahlungen auf einen Blick	29
III. Leistungen für Behinderte und von Behinderung	
bedrohte Menschen (SGB IX)	31
1. Der Schwerbehindertenausweis	31
2. Steuerliche Vergünstigungen	35
3. Frühförderung	36
4. Rechte und Hilfen bei der Berufsausbildung und im Arbeitsleben	36

IV. Weitere Sozialleistungen	40
1. Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	40
2. Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)	41
3. Wohngeld	44
V. Nachsorgemaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Familien	44
1. Familienorientierte Rehabilitation (FOR)	45
2. Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene	46
VI. Besondere Hinweise für ausländische Patienten	47
1. Gesetzliche Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht	47
2. EU-Bürger	48
3. Asylbewerber	49
4. Duldung	49
VII. Klinikschule und Hausunterricht	50
1. Unterricht im Krankenhaus	50
2. Hausunterricht	50
3. Nachteilsausgleich	50
VIII. Finanzielle Zuschüsse	51
1. Sozialfonds der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe e.V., Dachverband	51
2. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e.V.	51
3. Krebsgesellschaften der Bundesländer	52
4. Fördervereine und Elterngruppen für krebskranke Kinder	52
Adressen und weitere Auskünfte	53

Liebe Eltern,

durch die Erkrankung Ihres Kindes werden Sie mit den vielfältigsten Problemen konfrontiert. Lassen Sie sich nicht entmutigen und seien Sie auch bereit, die sozialrechtlichen Möglichkeiten rechtzeitig auszuschöpfen, die Ihnen vom Gesetzgeber angeboten werden. Vielleicht werden Sie sagen: Dies alles kann mir die Gesundheit meines Kindes nicht wiedergeben; oder: Ich habe jetzt genug andere Probleme, ich kann mich nicht auch noch mit solchen Verwaltungsparagrafen abgeben. Deshalb sollten Sie mit den Sozialdiensten in Ihrer Klinik sprechen, die Ihnen, soweit möglich, helfen werden. Bedenken Sie auch, dass Sie in der nächsten Zeit durch die ständigen Fahrten ins Krankenhaus und/oder doppelte Haushaltsführung, Geschwisterbetreuung etc. sehr viele außergewöhnliche und auch finanzielle Belastungen verkraften müssen. In der jüngsten Zeit sind viele Gesetze im Gesundheitswesen verändert worden. Da fällt es schwer, sich im Dickicht der Verordnungen zurechtzufinden. Wir möchten Sie mit den anschließenden sozialrechtlichen Ausführungen über Möglichkeiten der Hilfe informieren.





Kurzer Überblick über das Sozialgesetzbuch (SGB)

Grundgedanken unseres Sozialrechtes sind die Gleichbehandlung der Menschen vor dem Gesetz sowie die Fürsorge für Bedürftige. Die sozialen und gesundheitlichen Leistungen und deren Bedingungen sind im „Sozialgesetzbuch“ (SGB) zusammengefasst worden:

- I. Buch Allgemeiner Teil
- II. Buch Grundsicherung für Arbeitsuchende
- III. Buch Arbeitsförderung
- IV. Buch Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- V. Buch Gesetzliche Krankenversicherung
- VI. Buch Gesetzliche Rentenversicherung
- VII. Buch Gesetzliche Unfallversicherung
- VIII. Buch Kinder- und Jugendhilfe
- IX. Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- X. Buch Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
- XI. Buch Soziale Pflegeversicherung
- XII. Buch Sozialhilfe

Die Grundlagen sind im SGB I §1 dokumentiert:

§1 Aufgaben des Sozialgesetzbuchs

1. Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen
 - ein menschenwürdiges Dasein zu sichern
 - gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen
 - die Familie zu schützen und zu fördern
 - den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und
 - besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.
2. Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, dass die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Über die Sozialleistungen geben die §§ 11-15 (SGB I) Auskunft:

§11 Leistungsarten

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Die persönliche und erzieherische Hilfe gehört zu den Dienstleistungen.

§12 Leistungsträger

Zuständig für die Sozialleistungen sind die in den §§18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger). Die Abgrenzung ihrer Zuständigkeit ergibt sich aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs.

§13 Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

§14 Beratung

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§15 Auskunft

1. Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.
2. Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.
3. Die Auskunftsstellen sind verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

Wichtige Hinweise für das Antragsverfahren

Alle Sozialleistungen können nur auf Antrag gewährt werden. Deshalb ist es sinnvoll, den Antrag frühzeitig zu stellen, weil die Einforderung von Leistungen – bis auf wenige Ausnahmen – im Nachhinein nicht möglich ist. Der Antrag kann schriftlich oder mündlich gestellt werden. Für den schriftlichen Antrag kann man einen evtl. vorliegenden Vordruck verwenden oder ihn „formlos“ stellen. Meist ist es sinnvoller, die Vordrucke auszufüllen, weil dort alle Daten abgefragt werden, die für die Prüfung der Leistungsgewährung wichtig sind.



Sie sind verpflichtet, Auskünfte über Ihre Situation zu erteilen, weil sich die beantragten Hilfen an Ihrer persönlichen Situation orientieren. Dies schließt auch ein, dass Sie mögliche Änderungen Ihrer Lebenssituation von sich den Institutionen mitteilen, von denen Sie Hilfe erfahren. Möglicherweise verändert sich dadurch das Ausmaß der unterstützenden Hilfsleistungen. Falls Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, müssen Sie mit negativen Konsequenzen rechnen.

Der Antrag wird vom Sachbearbeiter schriftlich oder auch mündlich beantwortet. Sind Sie mit der mündlichen Antwort nicht zufrieden, können Sie verlangen, dass Sie einen schriftlichen Bescheid erhalten.

Falls aus Ihrer Sicht falsch entschieden wurde, also Ihrem Antrag gar nicht oder nur teilweise entsprochen wurde, können Sie Widerspruch einlegen. Die Widerspruchsfrist wird in schriftlichen Bescheiden in der „Rechtsbehelfsbelehrung“ genannt und beträgt in der Regel vier Wochen. Sollte ein Bescheid keine oder eine unrichtige Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr (§§36 und 62 SGB X in Verbindung mit §66 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Ist die Frist versäumt, kommt die bereits mitgeteilte Entscheidung zur Geltung. In diesen Fällen kann nur ein neuer Antrag eingereicht werden, durch den allerdings die verfllossene Zeit nicht berücksichtigt wird. Wenn der Bescheid auf den Widerspruch ebenfalls nicht richtig erscheint, können Sie beim Sozialgericht Klage einreichen.

Häufig ist dem Antragsteller nicht klar, welcher Rehabilitationsträger für die Leistungen zu Teilhabe (§5 SGB IX), wie u.a. zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, zuständig ist. Laut Gesetz (§14 SGB IX) muss der Rehabilitationsträger (Rentenversicherung, Arbeitsagentur, Krankenkasse etc.), bei dem die Leistung beantragt wurde, innerhalb von 14 Tagen feststellen, ob er nach dem geltenden Leistungsgesetz für die beantragte Leistung zuständig ist. (Weitere Hinweise dazu findet man auch in der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vom 08.11.2005 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, www.bar-frankfurt.de.)

Datenschutz: Alle Angaben gegenüber den Behörden werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.



Sozialrechtliche Möglichkeiten auf einen Blick

Schwerbehindertenausweis § 69 Abs. 5 SGB IX
Stadt- od. Kreisverwaltung

Frühförderung § 30 SGB IX
Sozial- und Gesundheitsämter

Steuerliche Vergünstigungen Finanzamt

1. Pauschalbetrag für Körperbehinderte § 33b EStG
2. Außergewöhnliche Belastungen § 33 EStG
3. Pauschalbetrag für Kfz-Kosten § 33 EStG
4. Pauschalbetrag für Pflege § 33b Abs. 6 EStG
5. Freibetrag für die Beschäftigung einer Haushaltshilfe § 33a Abs. 3 EStG
6. Befreiung von der Kfz-Steuer § 3a KraftStG

Krankenkassenleistungen (SGB V)

Krankenkasse

1. Fahrkostenerstattung § 60 SGB V
2. Haushaltshilfe § 38 SGB V
3. Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V
4. Heil- und Hilfsmittel §§ 32, 33 SGB V
5. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen § 40 SGB V / auch § 31 SGB VI
6. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes § 45 SGB V
8. Mitaufnahme als Begleitperson § 11 Abs. 3 SGB V
9. Übernahme der täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson
10. Erstattung von Verdienstausfall als Begleitkosten der stationären Behandlung
11. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen § 43 SGB V

Pflegekassenleistungen (SGB XI)

Pflegekasse

1. Hilfen bei häuslicher Pflege
2. Pflegegeld
3. Pflege bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson
4. Pflegesachleistung (Einsatz von Pflegefachkräften)
5. Kombination Geld-/Sachleistung
6. Leistungen der sozialen Sicherung für Pflegepersonen
7. Zuschüsse für pflegebedingte Umbaumaßnahmen in der Wohnung
8. Pflegekurse für Angehörige

Jugendhilfeleistungen (SGB VIII)

Jugendamt

Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen § 20 SGB VIII

Wohngeld nach Wohngeldgesetz (WoGG)

Wohngeldbehörde

Erhöhte Frei- und Abzugsbeträge bei Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (§ 17 WoGG)



Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Arbeitslosengeld II / Sozialgeld
Arbeitsagentur/Jobcenter

Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) Sozialamt

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit
3. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
4. Hilfen zur Gesundheit
5. Hilfe zur Pflege
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
7. Hilfe in anderen Lebenslagen

Parkerleichterungen Straßenverkehrsamt

1. Parkerleichterungen für Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“ im Schwerbehindertenausweis)
2. Parkerleichterungen außerhalb der aG-Regelung (§46 Abs. 1. Satz 1 Nr. 11 StVO)

Hilfen ohne Rechtsanspruch

1. Psychosoziale Dienste der Kliniken
2. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen, Städtische Träger (z.B. Jugendamt), Caritas, Diakonie, Kinderschutzbund, frei praktizierende Therapeuten
3. Beratung und einmalige finanzielle Hilfen: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe und Deutsche Kinderkrebsstiftung, Elternvereine für krebserkrankte Kinder und Jugendliche, Deutsche Krebshilfe



I. Die Pflegeversicherung (SGB XI)

In der Pflegeversicherung sind seit 1995 alle gesetzlich und privat Versicherten für den Fall abgesichert, dass sie pflegebedürftig werden. Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Pflegebedürftigkeit ist keine Frage des Alters. Auch Kinder können durch Unfall oder Krankheit auf die dauerhafte Pflege angewiesen sein.

Für die Einschätzung, inwieweit eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, stellt das zweite Pflegezeitgesetz seit 2017 nicht mehr Bedarf und Bedürftigkeit, sondern den Menschen und seine Fähigkeiten in den Mittelpunkt. Es geht dabei um die zentrale Frage, wie selbstständig ein Mensch ohne Hilfe und Unterstützung von anderen sein Leben führen kann, welche Ressourcen er hat und wo er Unterstützung benötigt.

So lautet die gesetzliche Definition in §14 SGB XI: Ein pflegebedürftiger Mensch muss „körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

1. Module des Begutachtungsinstruments

Die Bestimmung der Selbstständigkeit erfolgt mit einem Begutachtungsinstrument, NBI genannt, welches anhand von 6 Modulen nach bestimmten Kriterien die vorhandenen Fähigkeiten abbildet. Diese Module spiegeln den Grad der Selbstständigkeit

in den sechs Lebensbereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit Erkrankungen und Belastungen und die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte wider und erfassen den Menschen so als Ganzes. Die Kriterien, welche angewendet werden, sind:

Modul 1 - Mobilität:

- Positionswechsel im Bett,
- Halten einer stabilen Sitzposition,
- Umsetzen,
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs,
- Treppensteigen;

Modul 2 - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,
- örtliche Orientierung,
- zeitliche Orientierung,
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen,
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen,
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben,
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen,
- Erkennen von Risiken und Gefahren,
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen,
- Verstehen von Aufforderungen,
- Beteiligen an einem Gespräch;

Modul 3 - Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten,
- nächtliche Unruhe,
- selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,
- Beschädigen von Gegenständen,
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,
- verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten,
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen,
- Wahnvorstellungen,
- Ängste,
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage,
- sozial inadäquate Verhaltensweisen,
- sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

Modul 4 - Selbstversorgung:

- Waschen des vorderen Oberkörpers,
- Körperpflege im Bereich des Kopfes,
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
- An- und Auskleiden des Oberkörpers,
- An- und Auskleiden des Unterkörpers,
- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
- Essen,
- Trinken,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma,
- Ernährung parenteral oder über Sonde,
- Bestehen von gravierenden Problemen bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

Modul 5 - Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- Medikation,
- Injektionen,
- Versorgung intravenöser Zugänge,
- Absaugen und Sauerstoffgabe,
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen,
- Messung und Deutung von Körperzuständen,
- körpernahe Hilfsmittel,
- Verbandswechsel und Wundversorgung,
- Versorgung mit Stoma,
- regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden,
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung,
- Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,

- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern,
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

Modul 6 - Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,
- Ruhen und Schlafen,
- Sich beschäftigen,
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen,
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt,
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

2. Bewertung der Selbstständigkeit

In jedem Modul werden durch den Medizinischen Dienst für jedes Kriterium, je nach Selbstständigkeit, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens Punktwerte vergeben. (Abb. 1)

Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Aktivitäten können alleine, eventuell mit Hilfsmitteln, durchgeführt werden	Aktivitäten können zum großen Teil selbstständig durchgeführt werden. Pflegeperson gibt: Impulse, Richten/Zurechtlegen von Dingen, übernimmt punktuelle Teilschritte	Aktivitäten können zum geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Pflegeperson gibt: ständige Anleitung/Motivation, Teilschritte werden übernommen	Aktivitäten können, auch in Teilen, nicht selbstständig durchgeführt werden.
0 *	1 *	2 *	3 *

Abb. 1 * Punktwert – Bei einigen Kriterien sind auch höhere Punktwerte möglich

Beispielhaft hier die Bewertung der Selbstständigkeit beim Treppensteigen:

- Kann ein Mensch ohne Hilfe in aufrechter Position eine Treppe steigen, ist er selbstständig. Steigt er alleine, benötigt wegen eines Sturzrisikos aber Begleitung, ist er überwiegend selbstständig. Wird er beim Treppensteigen gestützt und/oder festgehalten, ist er überwiegend unselbstständig. Wird er getragen oder mit Hilfsmittel bewegt, ist er vollkommen auf Hilfe angewiesen bzw. unselbstständig.

Die Punkte in jedem Modul werden für sich zusammengezählt. Beim Gesamtpunktwert werden die Module entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag unterschiedlich gewichtet. Das Modul Selbstversorgung fließt zum Beispiel am stärksten ein:

Mobilität	10%
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15%
Selbstversorgung	40%
Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%

3. Pflegegrade

Die vergebene Gesamtpunktzahl entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad. Es gibt 5 Pflegegrade. Grundsätzlich gilt, je höher der Pflegegrad, umso mehr ist der Mensch in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt und bedarf der Unterstützung.

Pflege-grad		Gesamt-punktzahl
1	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	12,5 < 27
2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	27 < 47,5
3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	47,5 < 70
4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	70 < 90
5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90 - 100

Im Begutachtungsverfahren wird neben den 6 Modulen auch auf die 2 Bereiche „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ eingegangen. Diese haben für die Berechnung des Pflegegrades zwar keine Relevanz, die Informationen dienen dazu, den Hilfebedarf genauer definieren und die Pflege besser planen zu können.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich nach dem gleichen Prinzip wie die der Erwachsenenbegutachtung.

Für Kinder unter elf Lebensjahren gelten jedoch andere Maßstäbe. Dabei ist das Alter am Begutachtungstag maßgeblich. Bei der Bewertung der Selbstständigkeit wird als Maßstab die Abweichung der Fähigkeiten zu gesunden, altersentsprechend entwickelten Kindern zugrunde gelegt. Damit wird der Tat-

sache Rechnung getragen, dass Kinder Fähigkeiten in Entwicklungsschritten lernen und so Selbstständigkeitsfähigkeiten entwickeln.

Nimmt man z.B. im Bereich der Mobilität das Treppensteigen, wird ein Kind unter 15 Monaten in diesem Bereich grundsätzlich als unselbstständig gesehen. Selbstständig Treppensteigen kann ein gesundes, normal entwickeltes Kind ab 2 Jahren und 6 Monaten. In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, die ab 1. Januar 2017 gültig sind, sind in Punkt 5 Tabellen enthalten, die den altersentsprechenden Selbstständigkeitsgrad und die unterschiedlichen Fähigkeitsausprägungen abbilden.

Für Kinder unter 18 Monaten gilt die Sonderregelung, dass sie pauschal eine Stufe höher eingestuft werden. Da sie von Natur aus in vielen Bereichen des Alltagslebens Hilfe benötigen, fließen bei ihnen im Rahmen der Begutachtung nicht alle Module in die Begutachtung ein. Zum einen werden hier explizit die Probleme bei der Nahrungsaufnahme betrachtet, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf in diesem Bereich auslösen können. Denkbar ist dies zum Beispiel, wenn die Nahrungsaufnahme mit häufigem Erbrechen oder Durchfällen einhergeht oder wenn immer wieder Pausen eingelegt werden müssen. Des Weiteren wird auf die besonderen Bedarfskonstellationen und die Module 3 und 5 eingegangen. Im Ergebnis erhält ein Säugling mit einer Gesamtpunktzahl von 30 Punkten so statt dem Pflegegrad 2 den Pflegegrad 3. Mit 18 Lebensmonaten kommt das Kind dann ohne erneute Begutachtung in die reguläre Einstufung.

Ab einem Alter von elf Jahren gelten dann aufgrund der grundsätzlich als entwickelt anzunehmenden Selbstständigkeit dieselben pflegegradrelevanten Berechnungsvorschriften wie bei Erwachsenen.

Eine weitere Sonderregelung gibt es für Menschen, die beide Arme und Beine nicht benutzen können. Sie erhalten Pflegegrad 5, auch wenn sie unter 90 Punkten begutachtet wurden.

Wer bereits vor dem 1.1.2017 Pflegegeld bezogen hat, wurde automatisch einem Pflegegrad zugeordnet.

von Pflegestufe	in Pflegegrad
Pflegestufe 0 +	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I +	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II +	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III +	Pflegegrad 5
Pflegestufe III – Härtefall	Pflegegrad 5

Dabei gilt grundsätzlich ein umfassender Bestands- und Verschlechterungsschutz: Der übergeleitete Pflegegrad bleibt grundsätzlich auf Dauer gültig. Sollte künftig ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt werden, verbleibt der Pflegebedürftige in dem übergeleiteten Pflegegrad. Erhöht sich der Pflegegrad, greifen die Neuerungen. Lediglich bei Feststellung, dass überhaupt keine Pflegebedürftigkeit in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung (mehr) vorliegt, werden in der Zukunft keine Leistungen der Pflegeversicherung mehr gewährt.

4. Voraussetzungen und Leistungen

Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, wenn Antragstellende in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre pflege- oder familienversichert waren. Für familienversicherte Kinder gilt dies als erfüllt, wenn ein Elternteil die Versicherung nachweisen kann.

Pflegeleistungen werden mit dem Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades bei der Pflegeversicherung beantragt, die Leistungen werden erst ab Antragsstellung, nicht rückwirkend, gewährt. Ist der Antrag bei der Pflegeversicherung eingegangen, beauftragt diese im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Bei den privaten Pflegeversicherungen heißt der Medizinische Dienst MEDICPROOF.

Der Medizinische Dienst prüft die Pflegebedürftigkeit. Dazu wird eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in der häuslichen Wohnung oder im stationären Bereich durchgeführt. Dies erfolgt nach vorheriger Anmeldung.

Die Begutachtung erfolgt nach der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes „Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)“ Downloadmöglichkeit unter www.mds-ev.org.

Die Pflegeversicherung bestimmt unter Berücksichtigung des Gutachtens den Pflegegrad und teilt die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit schriftlich mit. In der Regel wird mit dem Ergebnis auch das

Gutachten des MDK mitgesandt, um die Einteilung in den jeweiligen Pflegegrad transparent und nachvollziehbar zu machen. Sollte man die Einschätzung nicht teilen, ist es möglich, innerhalb eines Monats gegen den Bescheid Widerspruch einzulegen.

Das Ergebnis des Begutachtungsverfahrens soll nach spätestens 5 Wochen vorliegen. Wird der Antrag während einer stationären Behandlungsphase gestellt, verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf eine Woche.

Es ist sinnvoll, alle Pflegemaßnahmen, die Sie mit Ihrem Kind tagsüber und nachts durchführen, so genau wie möglich zu erfassen. Bitte fordern Sie die DLFH-Broschüre „Pflege zu Hause – Hilfen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst“ an. So können Sie sich auf den Besuch des MDK gut vorbereiten (Siehe Bücherliste auf S.53).

Die Höhe der jeweiligen Pflegeleistungen richtet sich nach dem vom MDK festgestellten Pflegegrad. Bleibt der Pflegebedürftige in seinem gewohnten Umfeld, erhält er ambulante Leistungen. Verlegt er seinen Wohnsitz in eine Pflegeeinrichtung, erhält er vollstationäre Leistungen.

Im ambulanten Bereich hat der Pflegebedürftige ein Wahlrecht zwischen:

- Pflegesachleistungen (z.B. durch professionelle Kräfte eines ambulanten Pflegedienstes) und
- Pflegegeldleistungen (z.B. bei der Pflege durch Familienangehörige oder eigenbeschaffte Pflegekräfte).
- Mit der Kombinationsleistung ist es möglich, Pflegegeld und Sachleistungen prozentual beliebig miteinander zu kombinieren.

Eine weitere flexible Möglichkeit zur Sicherstellung der häuslichen Pflege ist die Tages- oder Nachtpflege eines Pflegebedürftigen. Dieser wird eigentlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt. Leistungen der Pflegekasse je nach Pflegegrad von monatlich bis zu 1.995 Euro sind möglich. Pflegegeld bzw. Pflegesachleistung für die Pflege zu Hause können voll in Anspruch genommen werden.

Daneben haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege einen zusätzlichen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag, die durch einen anerkannten Leistungserbringer erbracht werden. Diese Angebote können sehr vielfältig sein und sollen auch die Angehörigen entlasten.

Hier einige Beispiele: Beratung und Schulung von pflegenden Angehörigen, stundenweise Betreuung, Pflegen von sozialen Kontakten, Unterstützung im Haushalt und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (haushaltsnahe Dienstleistungen), Beschäfti-

gungstherapie mit Ergotherapeuten, Sitzwachen, Lesen von Büchern, Zeitungen usw.. Der Entlastungsbetrag 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. (Abb. 2/3)

5. Pflege im Verhinderungsfall

Tritt die Situation ein, dass ein pflegender Angehöriger für ein paar Stunden, Tage oder Wochen kurzfristig eine Vertretung für sich braucht, da er selbst krank ist, andere Termine hat oder eine Auszeit benötigt, kann eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Im häuslichen Bereich wird so die Pflege durch einen Pflegedienst oder eine Privatperson sichergestellt. Aufwendungen für die Sachleistung durch einen Pflegedienst und Verdienstausschluss oder die Fahrkosten einer Privatperson können im Nachhinein bei der Pflegekasse eingereicht werden. Verhinderungspflege muss nicht im Voraus genehmigt werden, allerdings muss der Pflegebe-

Pflegeleistungen 2017

Pflegegrad	Ambulante monatliche Leistungen		Vollstationäre Leistungen	Vollstationäre Tages- oder Nachtpflege	Entlastungsbetrag nach § 45 b
	Geldleistung	Sachleistung			
1	-		125 Euro	-	125 Euro
2	316 Euro	689 Euro	770 Euro	689 Euro	125 Euro
3	545 Euro	1.298 Euro	1.262 Euro	1.298 Euro	125 Euro
4	728 Euro	1.612 Euro	1.775 Euro	1.612 Euro	125 Euro
5	901 Euro	1.995 Euro	2.005 Euro	1.995 Euro	125 Euro

Abb. 2

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege 2017 (Beträge pro Kalenderjahr)			
Pflegegrad	Pflegevertretung erwerbsmäßig im gewohnten Umfeld	Pflegevertretung durch nahe Angehörige im gewohnten Umfeld	Kurzzeitpflege vollstationär
	Aufwendungen bis 6 Wochen im Kalenderjahr		Aufwendungen bis 8 Wochen im Kalenderjahr
1	-	-	Anspruch nur über Entlastungsbetrag
2	1.612 Euro	474,00 Euro	1.612 Euro
3	1.612 Euro	817,50 Euro	1.612 Euro
4	1.612 Euro	1.092,00 Euro	1.612 Euro
5	1.612 Euro	1.351,50 Euro	1.612 Euro

Abb. 3

dürftige seit mindestens sechs Monaten von einem Angehörigen gepflegt worden sein. 1.612 EUR können im Kalenderjahr für maximal 42 Kalendertage in Anspruch genommen werden. Bei Verhinderung der Pflegeperson wird für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 Pflegegeld für bis zu 6 Wochen hälftig weitergezahlt. Ein Übertrag der halben Kurzzeitpflege (siehe nächsten Absatz) auf die Verhinderungspflege ist möglich.

Kann die Pflege im häuslichen Bereich weder durch einen pflegenden Angehörigen noch durch Verhinderungspflege für einen begrenzten Zeitraum sichergestellt werden, ist im Rahmen der Kurzzeitpflege eine von vornherein zeitlich begrenzte vollstationäre Aufnahme in einer speziell dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung möglich. Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 können Kurzzeitpflege in einem Leistungszeitraum von bis zu 8 Wochen in Anspruch nehmen. Die Leistungshöhe beträgt maximal 1.612 EUR, eine Aufstockung um die Mittel der Verhinderungspflege ist möglich. Die Pflegekassen

beteiligen sich allerdings nur an den Kosten für die Pflege, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

Als weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind u.a. vorgesehen:

- Technische Pflegehilfsmittel (z.B. Pflegebett, Transferhilfen),
- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis maximal 40 Euro im Monat (Einmalartikel, wie z.B. Einmalhandschuhe, Unterlagen, Mundschutz),
- Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 4.000 Euro je Maßnahme,
- unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

6. Soziale Absicherung der Pflegepersonen

Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig pflegen (z.B. Angehörige oder Nachbarn), werden sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung für häusliche Pflegekräfte, die

mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf wenigstens 2 Tage, pflegen und keine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden wöchentlich ausüben. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Pflegegrad. Darüber hinaus werden alle in dieser Zeit beitragsfrei in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Pflegepersonen können nach den Vorschriften des SGB III in der Arbeitslosenversicherung versichert werden. Hierbei ist es allerdings erforderlich, dass unmittelbar vor der Pfl egetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden hat oder eine Leistung nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) bezogen wurde, sofern nicht ohnehin schon eine Absicherung (z.B. durch Teilzeitarbeit) in der Arbeitslosenversicherung besteht. Nach dem Ende der Pfl egetätigkeit besteht damit für diese Pflegepersonen die Möglichkeit, Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt.

Bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und -verpflichtungen von Pflegepersonen werden Geldbeträge aus der Pflegeversicherung nur in Ausnahmefällen angerechnet (§13 Abs. 6 SGB XI).

7. Beruf und Pflege

Die Pflege eines hilfebedürftigen Menschen ist für Berufstätige nicht immer einfach. Das Gesetz zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf gibt zeitliche

Flexibilität und regelt die finanzielle Unterstützung.

Bezahlte Pflegezeit von 10 Tagen erhalten Arbeitnehmer, wenn sie einen nahen Angehörigen in einer akut eingetretenen Pflegesituation pflegen müssen und der Arbeit nicht länger als 10 Tage fernbleiben. Dieses Recht steht jedem Arbeitnehmer zu, unabhängig von der Größe des Betriebes. Für den Verdienstausschlag kommt die gesetzliche Pflegeversicherung des Angehörigen auf und zahlt Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von 90 % des ausbleibenden Nettoeinkommens.

Beschäftigte können sich im Rahmen einer Pflegezeit unbezahlt teilweise oder vollständig vom Arbeitgeber für bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen lassen, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu Hause zu pflegen. Der Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht jedoch nur in Betrieben, die mehr als 15 Beschäftigte haben. Um den Lebensunterhalt zu sichern, kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen beantragt werden. Zu nahen Angehörigen zählen neben Verwandten wie Eltern und Großeltern auch Stiefeltern, Schwägerinnen/Schwäger, nichteheliche Lebenspartner.

Im Rahmen der Familienpflegezeit ist eine Reduzierung der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten denkbar, um einen Angehörigen zu pflegen. Möglich ist dies in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten und nur mit Zustimmung des Arbeitgebers.

Pflegt und begleitet man einen nahestehenden Menschen in seiner letzten Lebensphase, gibt es einen Anspruch darauf, sich bis zu drei Monaten vollständig oder teilweise von der Arbeit freistellen zu

lassen. Dabei muss die Pflege nicht im häuslichen Bereich erfolgen, der zu Pflegenden kann im Krankenhaus oder in einem Hospiz sein. Wie bei der Pflegezeit gibt es einen Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, um den Lebensunterhalt zu sichern.

Wenn Arbeitnehmer einen Angehörigen pflegen, gilt für sie ein besonderer Kündigungsschutz, ähnlich wie beim Mutterschutz oder der Elternzeit. Der Kündigungsschutz beginnt bereits mit der Ankündigung der kurzzeitigen Freistellung, der Pflege- beziehungsweise Familienpflegezeit und dauert bis zu deren Ende an.

Kranken- und Pflegeversicherungsschutz kann während der Pflegezeit im Rahmen einer Familienversicherung bestehen. Sollte dies nicht möglich sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung versichern und den Mindestbeitrag entrichten. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

8. Pflegeberatung als Unterstützung für den Pflegebedürftigen

Seit Januar 2009 haben Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung durch Pflegeberater. In der Regel sind dies Mitarbeiter der Pflegekasse, die

- bei der Stellung von Anträgen helfen,
- Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den MDK erfassen und analysieren,

- einen individuellen Versorgungsplan erstellen (inkl. erforderlicher Sozialleistungen),
- auf die Durchführung des Versorgungsplans hinwirken,
- die Dokumentation sichern.

Bei allen diesen Dingen – und zum Beispiel auch bezüglich Hilfe beim eventuell nötigen Widerspruch, Antrag auf Verhinderungspflege etc. – berät auch jeder Pflegedienst (der unabhängig von den Pflegekassen ist). Man sollte allerdings vorher klären, ob die Beratung unentgeltlich ist, falls noch keine Pflegestufe vorliegt; bei bereits vorhandener Pflegestufe kostet die Beratung nichts.

Siehe auch „Ratgeber für Menschen mit Behinderung Ausgabe 2016“, S.118ff., Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

9. Empfehlungen im Begutachtungsverfahren

Die Gutachter treffen im Rahmen der Begutachtung Empfehlungen zu:

- Prävention oder rehabilitativen Leistungen
- Hilfsmitteln/Pflegehilfsmittel
- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen
- Änderung/Verbesserung der Pflegesituation
- Beratung durch Pflegekassen/Pflegestützpunkte

Diese Empfehlungen werden einem Antrag gleich gewertet, und sofern der Pflegebedürftige in dieses Verfahren einwilligt, wird die Pflege- bzw. Krankenversicherung tätig, in der Regel ohne erneut zu prüfen.



II. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V)

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind im Sozialgesetzbuch V aufgeführt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben die Aufgabe die Gesundheit der Versicherten wieder herzustellen und ihnen Leistungen zu gewähren, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

1. Zuzahlungen und Belastungsgrenze

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 % der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro.

Zur Vermeidung von übermäßigen Belastungen müssen jedoch nur Zuzahlungen bis zu einer individuellen Belastungsgrenze geleistet werden. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt die jeweilige Kasse für den Rest des Kalenderjahres eine Bescheinigung über die Befreiung von Zuzahlungen aus. In jedem neuen Jahr müssen wieder Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet werden.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von allen Zuzahlungen, außer zu Fahrkosten, Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung, befreit.

Als Belastungsgrenze gilt 2% des Bruttoeinkommens aller Familienangehörigen (Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, familienversicherte Kinder), die in einem gemeinsamen Haushalt leben. Zum Familieneinkommen zählen die Einkünfte aller Familienangehörigen, z.B. Arbeitslohn, Arbeitslosengeld,

Krankengeld, Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, Kapitalerträge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Nicht angerechnet werden u.a. das Kindergeld, Pflegegeld, Erziehungsgeld und Blindengeld, BAföG, Wohngeld sowie alle anderen zweckgebundenen Zuwendungen, die für einen beschädigungs- oder behinderungsbedingten Mehrbedarf gewährt werden. Das Einkommen von erwachsenen Kindern, die selbst versichert sind (z.B. durch den Bezug einer Halbwaisenrente oder durch eine Berufsausbildung), wird bei der Ermittlung des Familieneinkommens nicht berücksichtigt. Vom Familieneinkommen werden Freibeträge für den Ehepartner und die Kinder in Abzug gebracht. Für die Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen aller Familienangehörigen berücksichtigt. Selbst versicherte Kinder werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze eigenständig betrachtet. Bei Beziehern von Sozialhilfe oder von Arbeitslosengeld II gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze.

Chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, müssen Zuzahlungen in Höhe von 1% der Bruttoeinnahmen pro Kalenderjahr leisten.

Die so genannte „Chronikerregelung“ sieht vor, dass als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Erkrankung pro Quartal), und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit ab dem Pflegegrad 3 vor (SGB XI).
- Es besteht ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60.
- Es besteht eine Erwerbsminderung (MdE) von mindestens 60%.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Sobald ein familienversicherter Familienangehöriger schwerwiegend chronisch krank ist, gilt für alle Familienmitglieder die maximale Belastungsgrenze von 1%.

Die Fortdauer der Dauerbehandlung ist der Krankenkasse spätestens vor Ablauf des zweiten Jahres nachzuweisen. Eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ist möglich und kann angeordnet werden. Der Nachweis kann unterbleiben, wenn die notwendige Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung über eine ärztliche Bescheinigung bereits einmal getroffen wurde und es keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung gibt.

Empfänger von Arbeitslosengeld II können sich beim Erreichen der Belastungsgrenze nach §61 und §62 SGB V befreien lassen. Die 2%-Belastungsgrenze liegt 2017 bei 98,16 Euro und die 1%-Belastungsgrenze ist bei 49,08 Euro erreicht.

Berechnung der Zuzahlungsgrenze:

Maßgebend sind die Bruttoeinnahmen des Versicherten und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen. Zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden für jeden Familienangehörigen Freibeträge vom Brutto-Jahreshaushaltseinkommen abgezogen.

Die Freibeträge für 2017 betragen:

5.355 Euro für den ersten Angehörigen,

7.356 Euro für jedes familienversicherte Kind.

Beispiel:

Alleinverdiener, verheiratet (gemeinsam steuerlich veranlagt), 2 Kinder, Bruttoverdienst 30.000 Euro pro Jahr:

Bruttoeinkommen	30.000 Euro
Freibetrag Ehepartner	- 5.355 Euro
Freibetrag Kinder	- <u>14.712 Euro</u>
	9.933 Euro

Jährlicher Zuzahlungsbetrag: (Belastungsgrenze von 2%)	198,66 Euro
(„chronisch krank“ Belastungsgrenze von 1%)	99,33 Euro

Zur näheren Berechnung Ihrer Gesamtsituation wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse. Für die Abrechnung gilt grundsätzlich das Kalenderjahr. Die Krankenkasse erstattet am Jahresende den die Belastungsgrenze übersteigenden Betrag.



Wichtig: Verlangen Sie mit Ihrem Namen versehene Zuzahlungsbelege. Verwahren Sie diese Belege sorgfältig und legen Sie die gesammelten Belege der Krankenkasse vor.

2. Fahrkosten (§60 SGB V)

Zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört auch die Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Leistungen.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind und vom Arzt verordnet wurden. Eine Fahrt mit einem Taxi darf nur verordnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel benutzt werden darf und ein privates Kraftfahrzeug nicht zur Verfügung steht.

Die Übernahme der Fahrkosten erfolgt

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung,
- bei Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenkraftwagen,
- bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

2.1 Fahrten zur ambulanten Behandlung

Neben den oben genannten Fällen werden Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur in besonderen Ausnahmefällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen. Sie müssen vom Arzt verordnet und im Regelfall vor Antritt der Fahrt von der Krankenkasse genehmigt werden. Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung sind:

- Der Patient wird wegen seiner Erkrankung mit einem Therapieschema behandelt, das häufige Behandlungseinheiten über einen längeren Zeitraum vorsieht,
- und die Behandlung bzw. der Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind bei Fahrten zur ambulanten Chemo- oder Strahlentherapie erfüllt.

- Fahrten zur ambulanten Behandlung können auch für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkmal „aG“, „Bl“ oder „H“ haben oder eine Einstufung ab Pflegegrad 3 nachweisen können, bzw. wenn eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt und eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum notwendig ist.

Die Zuzahlungsregeln zu den verordneten Fahrkosten richten sich nach den im Gesetz festgelegten Regeln, d.h. es ist als Eigenbeteiligung eine Zuzahlung von 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro je Fahrt, vom Versicherten selbst zu tragen, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Bei Serienbehandlungen, z.B. ambulant durchgeführte Chemo- oder Strahlentherapie, sind bei verschiedenen Krankenkassen unterschiedliche Zuzahlungsregelungen möglich. Bei Fahrkosten gibt es keine generelle Zuzahlungsbefreiung für Kinder.

2.2 Besuchsfahrten, die medizinisch notwendig sind

Auf die Erstattung der Kosten für Besuchsfahrten gibt es keinen gesetzlichen Anspruch. Wenn eine ärztliche Bescheinigung vorliegt, können Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Es gelten die Zuzahlungsregelungen.



Wichtig: es handelt sich um eine „Kann-Leistung“ und liegt im Ermessensspielraum der Kassen.

Sollte keine Erstattung von Fahrkosten durch die Krankenkasse erfolgen, können diese Kosten als außergewöhnliche Belastung steuerrechtlich abgesetzt werden.

3. Anspruch auf Arbeitsfreistellung und Krankengeldzahlung wegen Krankheit eines Kindes (Kinderpflege-Krankengeld §45 SGB V)

Wenn ein Kind unter 12 Jahren nach ärztlichem Attest gepflegt werden muss, kann der pflegende erwerbstätige Elternteil, der seiner Arbeit fernbleiben muss, Krankengeld beantragen, bis zu 10 Tage pro Jahr für jedes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Kind, sofern kein Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Voraussetzung ist, dass keine andere im Haushalt des Versicherten lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege übernehmen kann. Wenn beide Eltern arbeiten, so hat jeder einen Anspruch auf 10 Tage; bei Alleinerziehenden verdoppelt sich der Anspruch auf 20 Tage.

Bei mehreren versicherten Kindern ist der Anspruch auf insgesamt 25 Arbeitstage pro Elternteil, bei Alleinerziehenden auf 50 Tage begrenzt. Für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld haben Sie gegenüber Ihrem Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung. Sie müssen deshalb dem Arbeitgeber die ärztliche Bescheinigung vorlegen. Wenn beide Eltern beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt sind, können sie sich ihre Ansprüche (nach Rücksprache mit dem Arbeitgeber) übertragen.

Bezieher von Arbeitslosengeld haben gemäß §126 Abs. 2 SGB III einen Anspruch auf Leistungsfortzahlung für den Fall einer nach ärztlichem Zeugnis erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung und

Pflege eines erkrankten Kindes. Die Voraussetzungen und die Leistungsdauer sind identisch mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Erkrankung eines Kindes.

Bei schwerer, unheilbarer Erkrankung eines Kindes mit nur noch geringer zeitlicher Lebenserwartung ist mit dem Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder (§45 Abs. 4 SGB V) ein zeitlich unbegrenzter Krankengeldanspruch für einen Elternteil geschaffen worden. Voraussetzungen sind die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung und ein Anspruch auf Krankengeld. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob eine andere im Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des schwerstkranken Kindes übernehmen könnte. So ist es möglich, dass auch ein berufstätiger Elternteil die Leistung beantragen kann, wenn der andere Elternteil des Kindes nicht berufstätig ist und das Kind ansonsten versorgt. Das Kind darf bei Beantragung der Leistung das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist, kann die Leistung auch nach Vollendung des 12. Lebensjahres beantragt werden.

Arbeitnehmer haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung. Dieser Anspruch gilt auch für Arbeitnehmer, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Sollte Beziehern von Arbeitslosengeld in dieser Situation eine unbefristete Leistungsfortzahlung nach §126 SGB III nicht gewährt werden, hat die Krankenkasse die Möglichkeit, den Krankengeldanspruch zu erfüllen.

4. Mitaufnahme einer Begleitperson (§11 SGB V)

Aus medizinischen und psychologischen Gründen kann während der stationären Aufenthalte (sowohl während der Behandlung im Krankenhaus als auch während der stationären Nachsorge) eine Begleitperson mit aufgenommen werden. Das kann ein Elternteil oder ein anderer Angehöriger, oder eine andere, von den Erziehungsberechtigten bestimmte Person sein. Die Krankenkasse kann eine ärztliche Bescheinigung verlangen, in der die Notwendigkeit der Mitaufnahme begründet wird. Liegt diese vor, erstattet die Krankenkasse dem Krankenhaus Kosten für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson. Wenn eine Unterbringung z.B. aus räumlichen Gründen nicht möglich ist, muss im Einzelfall mit der Kasse eine Regelung gefunden werden.

Wenn es der Begleitperson aus familiären, psychologischen, räumlichen oder sonstigen Umständen nicht möglich ist, mit aufgenommen werden zu können, kann die Kasse die Kosten für die täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson erstatten (ärztliches Zeugnis notwendig).

Wenn als einzige Begleitperson nur ein berufstätiger Elternteil zur Verfügung steht und eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme dieser Begleitperson während der stationären Behandlung bescheinigt wird, kann ein Ausgleich von Verdienstausschlag der Begleitperson als Begleitkosten der stationären Behandlung bei der Krankenkasse beantragt werden. Dabei handelt es sich nicht um das Kinderpflege-Krankengeld, sondern um einen Anspruch, der aus §11 Abs. 3 SGB V für die Dauer

der Notwendigkeit der stationären Behandlung abgeleitet werden kann. (Siehe dazu das Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 28./29. März 2001).



Wichtig: Im Gegensatz zum § 45 SGB V („Kinderpflege-Krankengeld“) haben die Begleitpersonen dabei keinen Rechtsanspruch auf Freistellung durch den Arbeitgeber. Außerdem werden bei dieser Erstattung von Verdienstaussfall keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt. Deshalb wird bei einer Erstattung von länger als 28 Tagen der „Zeitraum der mitgliedserhaltenden Versicherung“ überschritten. D.h. ab dem 29. Tag muss die Begleitperson selbst Beiträge zur Krankenversicherung zahlen. Es ist daher unbedingt notwendig, vor Ablauf der 28-Tage-Frist mit der Krankenkasse eine Lösung für die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge auszuhandeln.

5. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe zur Verfügung stellen, wenn der Versicherte oder sein Ehepartner in einem Krankenhaus stationär behandelt wird. Dies gilt entsprechend für die Fälle, in denen ein Kind stationär behandelt wird und die Mitaufnahme eines Elternteils als Begleitperson notwendig wird und der andere Elternteil wegen der Berufstätigkeit abwesend ist. Voraussetzung für die Leistung „Haushaltshilfe“ ist in jedem Fall ein im Haushalt lebendes Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und/oder auf Hilfe angewiesen ist. Im Rahmen der Mehrleistung haben einige Krankenkassen die Altersgrenze auf im Haushalt lebende Kinder unter 14 Jahren ausgeweitet.

Der Anspruch besteht nicht, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Abhängig von der jeweiligen Krankenkassensatzung können die gesetzlichen Regelungen unterschiedlich ausgestaltet sein (z.B. höhere Altersgrenzen, Beschränkung der Leistungsdauer).

Die Krankenkasse hat die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe, die mit dem Versicherten nicht verwandt oder verschwägert ist, in angemessener Höhe zu erstatten. Je nach Kassensatzung werden unterschiedliche Stundenlöhne bis zu einem täglichen Höchstbetrag vergütet. In jedem Fall muss vorher mit der Krankenkasse Rücksprache gehalten werden. Sollte die Haushaltshilfe länger als 2 Monate oder 50 Arbeitstage tätig sein, beginnt eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad können die erforderlichen Fahrkosten und evtl. ein Verdienstaussfall erstattet werden. Nimmt ein Elternteil für die Zeit der notwendigen Weiterführung des Haushaltes unbezahlten Urlaub, so erstattet die Krankenkasse den Betrag, den sie sonst für eine selbst beschaffte Ersatzkraft aufzuwenden gehabt hätte. Eine Ersatzkraft kann auch von der Krankenkasse vermittelt werden.

Falls Haushaltshilfe gewährt wird, ist pro Tag eine Zuzahlung von 10% der Kosten zu leisten, mindestens 5 Euro, jedoch höchstens 10 Euro.

Lehnt die Krankenkasse die beantragten Leistungen ab oder die bewilligten Leistungen für Haushaltshilfe reichen nicht aus, um die Betreuung und Versorgung von Kindern im Haushalt sicherzustellen, besteht die Möglichkeit „Leistungen zur Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen“

beim Jugendamt zu beantragen (§20 SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe). In diesem Fall müssen die Eltern nachweisen, dass sie ergänzende Haushaltshilfeleistungen selbst nicht finanzieren können.

6. Häusliche Krankenpflege (§37 SGB V)

Zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes oder zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlungsziele zu Hause kann häusliche Krankenpflege bewilligt werden. Diese kann aus Grundpflege (Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität) und/oder Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel) oder aus hauswirtschaftlicher Versorgung (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) durch geeignete Pflegekräfte bestehen.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit die im Haushalt lebenden Personen den Kranken nicht pflegen und versorgen können. Häusliche Krankenpflege für Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung wird bewilligt, wenn gleichzeitig die Notwendigkeit von Behandlungspflege besteht. Bei festgestellter Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sind Leistungen für Grundpflege durch die Pflegeversicherung zu erbringen.

7. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen (§43 Abs. 2 SGB V)

Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen können von Krankenkassen nach dem Ende der stationären Akutversorgung oder einer Rehabilitationsmaßnahme für schwerstkranke oder chronisch kranke Kinder bewilligt werden, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben und bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Diese Leistungen sind als Hilfe zur Selbsthilfe konzipiert und orientieren sich in Art, Dauer und Umfang an der Schwere der Erkrankung und dem Unterstützungsbedarf in der Familie. Die Nachsorgeleistungen umfassen die Einschätzung des Versorgungsbedarfes, die Vorbereitung und Koordinierung ambulanter ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, medizinisch-technischer und pflegerischer Versorgungsleistungen und die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen.

Dadurch sollen das Krankheitsverständnis gefördert, Ängste im Zusammenhang mit der Versorgung abgebaut und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsspezifischer Versorgungsaufgaben gegeben werden.

8. Zuzahlungen auf einen Blick

Krankenkassen-Leistungen	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung/Ausnahmen
Arznei- und Verbandsmittel	Zuzahlung von 10% des Preises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro pro Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Krankenhausbehandlung für Versicherte ab 18 Jahren	10 Euro pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Fahrkosten bei ambulanter Krankenbehandlung	100% der Kosten, altersunabhängig. Ausnahmeregelung: Bei zwingenden medizinischen Gründen kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen. Dann gilt folgende Zuzahlungsregelung: 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze
Fahrkosten bei oder anstelle stationärer Krankenhausbehandlung, Rettungsfahrt, Krankentransport	Zuzahlung von 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik)	Zuzahlung von 10% der Kosten, zuzüglich 10 Euro je Verordnung	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Bandagen)	Zuzahlung von 10% des Preises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe oder Soziotherapie	Zuzahlung von 10% der Tageskosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze
Bei Inanspruchnahme von Häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Tageskosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	10 Euro pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Anschlussrehabilitation und Mütterkuren	10 Euro pro Kalendertag	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsgrenze • Kinder befreit
Zahnersatz	Festzuschuss von 50% der Kosten der Regelversorgung. Zusätzlicher Bonusanspruch bei regelmäßigen Zahnkontrolluntersuchungen nach 5 Jahren 20%, nach 10 Jahren 30%	<ul style="list-style-type: none"> • Härtefallregelung (auf Antrag)





III. Leistungen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen (SGB IX)

Nach der gesetzlichen Definition gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate von einem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.

Um den Menschen mit Behinderung die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, Benachteiligungen zu vermeiden und die selbst bestimmte Gestaltung des eigenen Lebens nach ihren Fähigkeiten und Neigungen zu fördern, können Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Anspruch genommen werden.

Diese Leistungen können von verschiedenen Trägern erbracht werden. Das können Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozial- und Jugendhilfeträger und die Integrationsämter sein. Es werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen unterschieden. Die jeweiligen Leistungsträger müssen ermitteln, wer zuständig ist. Hilfreich für die Antragsteller ist eine vorherige Beratung durch den Sozialdienst.

Um bestimmte Rechte und Hilfen im Arbeitsleben in Anspruch nehmen zu können und einen Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile zu erhalten,

ist die Feststellung der Behinderung und des Grades der Behinderung erforderlich. Diese Feststellung wird mit einem Ausweis bescheinigt.

1. Der Schwerbehindertenausweis

Der Antrag zur Feststellung einer Behinderung und ihres Grades wird bei den Ämtern für soziale Angelegenheiten² gestellt. Diese stellen den Schwerbehindertenausweis aus. Der Grad der Behinderung (GdB) wird in Stufen von 10 bis 100 ausgedrückt. Als schwerbehindert gelten Personen mit einem GdB von wenigstens 50.

Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die an Leukämie oder einer bösartigen Tumorerkrankung leiden, kann ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gestellt werden (§69 Abs. 5 SGB IX).

Antragsformulare sind bei den Ämtern für soziale Angelegenheiten erhältlich. Der Antrag kann auch formlos gestellt werden. Wenn möglich, sollten Arztberichte und medizinische Befunde dem Antrag beigefügt werden, um die Bearbeitungszeiten zu verkürzen. Das Amt überprüft die vorgelegten Befunde und nimmt eine Einstufung vor. Das Amt orientiert sich dabei an der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ (VersMedV) mit ihrer Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“. Die Versorgungsmedizinische Verordnung ist unter www.bmas.de downloadbar.

² in Brandenburg „Amt für Soziales und Versorgung“; in Hamburg „Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz – Versorgungsamt“; in Mecklenburg-Vorpommern „Landesamt für Soziales und Gesundheit“; in Nordrhein-Westfalen kommunale Ämter verschiedener Bezeichnung; im Saarland „Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz“; in Sachsen und Thüringen „Amt für Soziales und Familie“; in Sachsen-Anhalt „Amt für Versorgung und Soziales“; in Schleswig-Holstein „Landesamt für soziale Dienste“

Für Menschen mit Behinderung sind verschiedene Formen des Nachteilsausgleichs vorgesehen. Außer der Feststellung des GdB stellt das zuständige Amt auch die gesundheitlichen Voraussetzungen der „Nachteilsausgleiche“ fest. Diese werden im Schwerbehindertenausweis vermerkt und sind die Grundlage für bestimmte Vergünstigungen in verschiedenen Lebensbereichen. In der Regel setzt dies einen GdB von mindestens 20 voraus. Schwerbehinderten Menschen gleich gestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber wenigstens 30, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können.

Trotz der nachstehend genannten Nachteilsausgleiche sollte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die vor dem Ende ihrer Schulausbildung und der Aufnahme einer Ausbildung stehen, genau überlegt werden, ob die Feststellung der Behinderung und die Ausstellung eines Ausweises angestrebt werden sollte. Obwohl die Einstellung eines Menschen mit Behinderung viele Vorteile für den Arbeitgeber haben kann, können nachteilige Effekte bei der Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche nicht ausgeschlossen werden.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Nachteilsausgleiche:

**a) Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
(Merkzeichen G) §146 SGB IX**

Eine erhebliche Gehbehinderung liegt vor, wenn der behinderte Mensch nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren Wegstrecken zu

Fuß zurücklegen kann, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Die Feststellung berechtigt ihn zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Nahverkehr mit oder ohne Selbstbeteiligung, zur Kfz-Steuerermäßigung sowie zur Inanspruchnahme von Hilfen zur Erreichung des Arbeitsplatzes.

**b) Außergewöhnliche Gehbehinderung
(Merkzeichen aG)**

Wenn behinderte Menschen sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Kraftanstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können, liegt eine außergewöhnliche Gehbehinderung vor. Siehe dazu die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu §46 der Straßenverkehrsordnung (VwVStVO). Als außergewöhnlich gehbehindert gelten vor allem Querschnittsgelähmte, Doppelbeinamputierte und andere ähnlich schwer behinderte Personen.

Das Merkzeichen aG berechtigt vor allem zur Inanspruchnahme besonders gekennzeichnete Parkplätze sowie zum Parken an sonst verbotenen Plätzen, auch zur Beitrags- und Steuervergünstigung. Unabhängig von der Zuerkennung des Merkzeichens aG für den Schwerbehindertenausweis besteht für in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen die Möglichkeit, über eine Ausnahmegenehmigung Parkerleichterungen zu erlangen. Dafür muss ein Antrag nach §46 Abs.1 Satz 1 Nr. 11 beim Amt für Straßenverkehrsordnung (StVO) gestellt werden. Der Umfang der gewährten Parkerleichterungen und deren Voraussetzungen sind in den Bundesländern unterschiedlich ge-

regelt. Auskünfte dazu erteilen die zuständigen Straßenverkehrsbehörden.

c) Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B)

Mit dem Merkzeichen B wird die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen. Dieses Merkzeichen wird den Personen eingeräumt, die bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind (z.B. beim Ein- und Aussteigen, während der Fahrt oder bei Orientierungsproblemen aufgrund von Behinderungen). Das ist stets bei Querschnittsgelähmten, Blinden, hochgradig Seh- und Hörbehinderten, Menschen mit geistiger Behinderung und Anfallskranken, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sind, anzunehmen. Das Merkzeichen B berechtigt zur unentgeltlichen Beförderung der Begleitperson in öffentlichen Verkehrsmitteln.

d) Hilflosigkeit (Merkzeichen H)

Erkrankte gelten als „hilflos“, wenn sie mehr als 6 Monate lang für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang auf dauernde fremde Hilfe angewiesen sind. Das Merkzeichen H berechtigt neben der unentgeltlichen Beförderung vor allem zur Inanspruchnahme eines besonderen steuerlichen Freibetrages. Für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie ist bei Kindern und Jugendlichen nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) und den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ Hilflosigkeit anzunehmen.

e) Blindheit (Merkzeichen BI)

Als blind gelten die Personen, denen das Augenlicht gänzlich fehlt oder deren Sehschärfe auf keinem Auge mehr als 1/50 der normalen Sehschärfe beträgt oder bei denen eine erhebliche Störung des Sehvermögens vorliegt, die mit einer vergleichbar starken Beeinträchtigung der Sehschärfe verbunden ist. Den Blinden stehen als Nachteilsausgleiche die schon für H geltenden Vorteile sowie Parkerleichterungen wie bei aG zu.

f) Ermäßigung des Rundfunkbeitrags aus gesundheitlichen Gründen (Merkzeichen RF)

Der Rundfunkbeitrag kann auf ein Drittel ermäßigt werden für Personen, bei denen mindestens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- Blindheit oder nicht nur vorübergehende wesentliche Sehbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 60 allein wegen der Sehbehinderung;
- Hörschädigungen, bei denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,
- eine nicht nur vorübergehende Zuerkennung eines Grades der Behinderung von wenigstens 80, der ständig die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ausschließt.

Vollständig von der Rundfunkbeitragspflicht befreit werden können taubblinde Menschen, Empfänger von Blindenhilfe sowie Sonderfürsorgeberechtigte nach §27e Bundesversorgungsgesetz. Eltern erhalten aufgrund des Merkzeichens RF im Schwerbehindertenausweis ihres minderjährigen Kindes keine Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.

Diese wirkt sich also für unseren Personenkreis nur bei allein lebenden Jugendlichen/Erwachsenen sowie ggf. ihren Ehe- oder eingetragenen Lebenspartnern aus.

Unabhängig vom Merkzeichen RF ist u.a. für Empfänger von Sozialhilfe, Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung, Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine Befreiung möglich.

Auch der Empfang von Pflegegeld nach landesgesetzlichen Vorschriften, Pflegezulagen (§ 267 Abs. 1 LAG), Hilfe zur Pflege (SGB XII) oder die Zuerkennung eines Freibetrags wegen Pflegebedürftigkeit berechtigen zur Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht.

Antragsformulare und Erläuterungen finden sich unter www.rundfunkbeitrag.de.

g) Gehörlosigkeit (MerkzeichenGI)

Als gehörlos gelten Menschen, bei denen Taubheit oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits vorliegt und zudem schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen.

Blinde, gehörlose oder sprachbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 90, die Kunden der Deutschen Telekom sind, können die freiwillige soziale Vergünstigung der Deutschen Telekom („Sozialtarif“) beantragen. Den Sozialtarif erhalten nur diejenigen Haushalte, die einen von der Deutschen Telekom als sozialtariffähig be-

nannten Anschluss haben. Für Komplettpakete mit Telefonflatrate-Tarifen werden keine sozialen Vergünstigungen gewährt. Mit der Zuerkennung des Sozialtarifes für Blinde, Gehörlose oder Menschen mit Sprachbehinderung wird eine Vergünstigung von monatlich maximal 8,72 € für bestimmte selbst gewählte Verbindungen gewährt, die über das Telefonnetz der Deutschen Telekom geführt werden. Eine soziale Vergünstigung in Höhe von maximal 6,94 € im Monat gewährt die Telekom auf Antrag allen denjenigen, die von der Rundfunkbeitragspflicht befreit sind bzw. einen ermäßigten Beitrag zahlen oder Bafög gemäß dem Bundesausbildungsförderungsgesetz erhalten. Anträge für den Sozialtarif sind bei den örtlichen Niederlassungen der Deutschen Telekom oder unter www.telekom.de erhältlich.

Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises

Die Gültigkeit des Ausweises soll befristet sein. Deshalb wird der Ausweis in der Regel zunächst für 5 Jahre gewährt. (§69 Abs. 5 Satz 3 SGB IX und §6 Abs. 2 der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV)). Für schwerbehinderte Kinder unter 10 Jahren ist die Gültigkeitsdauer des Ausweises bis zur Vollendung des 10. Lebensjahrs, für Kinder im Alter zwischen 10 und 15 Jahren bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs befristet.

In den Fällen, in denen eine Neufeststellung wegen einer wesentlichen Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen nicht zu erwarten ist, kann die Gültigkeitsdauer des Ausweises auf längstens 15 Jah-

re befristet werden. Bei nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen, deren Aufenthaltsgenehmigung oder Aufenthaltsgestattung befristet ist, ist der Ausweis längstens bis zum Ablauf dieser Fristen gültig.

Die Gültigkeitsdauer des Ausweises kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden, danach muss der Ausweis neu beantragt werden.

2. Steuerliche Vergünstigungen

Die Einkommens- und Lohnsteuergesetze sehen verschiedene steuerliche Erleichterungen für behinderte Menschen und ihre Angehörigen vor. Abhängig vom Grad der Behinderung können Pauschbeträge in die Lohnsteuerkarte eingetragen oder nachträglich bei der Einkommenssteuererklärung geltend gemacht werden.

Nach §33b Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) werden als Pauschbeträge gewährt:

bei einem GdB von	ein jährlicher Pauschbetrag von
25 - 30	310 Euro
35 - 40	430 Euro
45 - 50	570 Euro
55 - 60	720 Euro
65 - 70	890 Euro
75 - 80	1.060 Euro
85 - 90	1.230 Euro
95 - 100	1.420 Euro
Merkzeichen „H“ oder „Bl“ zuerkannt	3.700 Euro

Zusätzlich zu den Pauschbeträgen können unter der Beachtung der steuerrechtlichen Voraussetzungen und Grenzen (zumutbare Eigenbelastung) weitere Kosten steuermindernd geltend gemacht werden. So können Aufwendungen für Fahrten bis zu einer jährlichen Gesamtfahrleistung von 3.000 km à 0,30 Euro (entspr. 900 Euro) pauschal ohne Nachweis als außergewöhnliche Belastung abgesetzt werden, wenn ein GdB ab 80 oder ein GdB ab 70 und Merkzeichen „G“ vorliegt. Höhere Fahrleistungen müssen gegenüber dem Finanzamt nachgewiesen werden. Bei Zuerkennung der Merkzeichen „H“ oder „aG“ können behinderungsbedingte Fahrleistungen bis zu 15.000 km jährlich als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden.

Über Pauschbeträge oder durch Nachweis der tatsächlich entstandenen Kosten können z.B. die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe oder für Kinderbetreuungskosten steuerlich geltend gemacht werden. Bei der Zuerkennung des Merkzeichens „H“ oder einer Einstufung in den Pflegegrad 4 oder 5 besteht für Angehörige, die einen nahestehenden Menschen pflegen, die Möglichkeit, einen Pflegepauschbetrag in Höhe von 924 Euro steuerlich abzusetzen.

Die Integrationsämter an den Ämtern für soziale Angelegenheiten/Versorgungsämtern verschicken auf Wunsch kostenlose Broschüren zu den hier aufgeführten steuerlichen Vergünstigungen.

Ferner wird in einigen Bundesländern (z.B. bei den jeweiligen Arbeits-, Sozial- oder Finanzministerien) oder bei Verbänden zusätzliches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, das sich stets auf dem neuesten Stand befindet. Ebenso können Steuerberater und Finanzämter detaillierte Auskünfte erteilen.

3. Frühförderung

Frühförderung soll dazu beitragen, Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder angemessen zu fördern. Zugleich sollen ihre Familien durch Beratung und Anleitung unterstützt werden. Die Maßnahmen der Frühförderung umfassen je nach Bedarf medizinisch-therapeutische, pädagogische, psychologische und soziale Hilfen. Sie sollen im Zeitraum der ersten Lebensjahre erbracht werden. Die gesetzlichen Regelungen zur Frühförderung sind in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Beratung zu Möglichkeiten von Frühförderung leisten u.a. Kinderkliniken, sozialpädagogische Zentren, die Sozial- und Gesundheitsämter und Behindertenverbände. Ein aktuelles Verzeichnis aller Einrichtungen und Stellen, die Frühförderung anbieten, kann in der Datenbank Frühförderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de) eingesehen werden oder dort als Publikation „Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ bestellt werden.

4. Rechte und Hilfen bei der Berufsausbildung und im Arbeitsleben

Arbeitnehmer mit Behinderung sind durchaus voll leistungsfähig, wenn sie den richtigen Arbeitsplatz haben und durch berufliche Bildungsmaßnahmen qualifiziert sind.

Die Arbeitsmöglichkeiten eines behinderten Menschen müssen individuell beurteilt werden. Deshalb bedarf es vor einer Bewerbung immer einer guten Beratung durch einen Fachmann/eine Fachfrau. Dies gilt auch für krebserkrankte Menschen. Für eine solche fachkundige Hilfe kommen folgende Stellen in Betracht:

- Bundesagentur für Arbeit,
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Versicherungsanstalten)
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaften)
- Integrationsämter

Jeder Leistungsträger ist verpflichtet dem Ratsuchenden zu helfen und ihn ggf. an den tatsächlich zuständigen Träger weiterzuleiten.

Auch wenn der Grad der Behinderung weniger als 30 beträgt oder ein Grad der Behinderung nicht festgestellt ist, sind Jugendliche oder junge Erwachsene mit Behinderung schwerbehinderten Menschen während der Zeit einer Berufsausbildung in Betrieben und Dienststellen gleichgestellt (§ 68 Abs. 3 SGB IX). Der Nachweis der Behinderung wird in diesem Fall durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Viele besondere Regelungen für schwerbehinderte Menschen am Arbeits-

platz gelten in diesem besonderen Fall der Gleichstellung jedoch nicht. Weiterführende Auskünfte über die mit dieser besonderen Form der Gleichstellung verbundenen Rechte erteilt die örtliche Agentur für Arbeit.

Die Integrationsämter und die Agenturen für Arbeit werden bei der Durchführung ihrer Aufgaben durch Integrationsfachdienste unterstützt. Sie haben die Aufgabe, schwerbehinderte Menschen, insbesondere schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Unterstützung angewiesen sind, zu vermitteln und zu begleiten. Integrationsfachdienste gibt es im gesamten Bundesgebiet.

Eine vollständige Liste aller Integrationsfachdienste ist auf der Internetseite www.integrationsaemter.de einsehbar.

Fragen zur Einstellung oder Beschäftigung von Schwerbehinderten oder zu finanziellen Fragen beantworten:

- Beratungs- und Vermittlungsstelle für Rehabilitanden und schwerbehinderte Menschen sowie die Berufsberatung für Behinderte bei der örtlichen Agentur für Arbeit und das Integrationsamt. Auch die Dienststellen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen haben Fachberatungsstellen für Menschen mit Behinderung eingerichtet.

Jedem Rat- und Hilfesuchenden stehen außerdem die gemeinsamen Reha-Servicestellen der Rehabilitationssträger für Auskunft und Beratung in Fragen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zur Verfügung. Ein Verzeichnis der bisher im gesamten Bundesgebiet eröffneten gemeinsamen Reha-Servicestellen ist auf der Internetseite www.reha-servicestellen.de abrufbar.

4.1 Arbeitsrechtliche Schutzrechte

Jeder Inhaber eines Schwerbehindertenausweises genießt die besonderen arbeitsrechtlichen Schutzrechte des SGB IX.

- Zusätzlich zum gesetzlichen Urlaub besteht ein Anspruch auf einen zusätzlichen bezahlten Urlaub von einer Arbeitswoche (§125 SGB IX).
- Besonderer Kündigungsschutz, denn der Arbeitgeber muss vor einer fristlosen oder ordentlichen Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes beantragen und erhalten, bevor die Kündigung wirksam werden kann (§§85 ff. SGB IX).

Ein schwerbehinderter Mensch darf auch bei der Begründung eines Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnisses nicht benachteiligt werden (§81 Abs. 2 SGB IX). Bei nachgewiesener Diskriminierung kann ein Entschädigungsanspruch (gem. §81 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX) erstritten werden. Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) darf seitens des Arbeitgebers eine Benachteiligung aufgrund der Behinderung nicht erfolgen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Schwerbehinderteneigenschaft nicht in jedem Fall offenbart werden muss. Eine Pflicht zur Offenbarung kann jedoch notwendig werden, wenn die Art der beruflichen Tätigkeit be-

stimmte körperliche oder geistige Anforderungen stellt und aufgrund einer Behinderung diesen Anforderungen nicht entsprochen werden kann.

4.2 Begleitende Hilfen im Berufsleben

Schwerbehinderte Menschen können persönliche Beratungshilfe zur Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche sowie materielle Hilfen beanspruchen (§102 SGB IX). Zum Beispiel können technische Arbeitshilfen am Arbeitsplatz (behinderungsbedingte Arbeitsmittel) finanziert werden oder Unterstützung zum Kauf eines Kfz für die Fahrt zum Arbeitsplatz sowie Zuschüsse zum Umbau einer behindertengerechten Wohnung gewährt werden.

4.3 Arbeits- und Berufsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit

Auch durch das Dritte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB III Arbeitsförderung) werden Menschen mit Behinderung besondere Hilfen zuteil. Gefördert wird hier u.a. die berufliche Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung. Angeboten werden neben der Berufsberatung auch Lehrgänge zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung.

Daneben gibt es ein breites Angebot an materiellen Leistungen wie z.B. Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, die Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die Übernahme von Fahrt-, Verpflegungs- und Übernachtungs-

ungskosten für berufsfördernde Maßnahmen und erforderlichenfalls auch die Kosten für eine Haushaltshilfe. Alle Leistungen werden nur auf Antrag gewährt, deshalb ist eine Beratung bei der örtlichen Agentur für Arbeit bzw. dem Integrationsamt empfehlenswert.

4.4 Studium

Studieninteressierte mit Behinderung oder chronischen Krankheiten können Sonderanträge bei der Zulassungsstelle (Stiftung für Hochschulzulassung, www.Hochschulstart.de) oder den einzelnen Hochschulen stellen, um behinderungsbedingte Nachteilsausgleiche zu erhalten. So können z.B. bei Vorliegen einer Schwerbehinderung oder längerer krankheitsbedingter Abwesenheit vom Unterricht während der letzten drei Jahre vor Erwerb der Hochschul- oder Fachhochschulreife Anträge auf Verbesserung der Durchschnittsnote oder auf Verkürzung der Wartezeit gestellt werden. Bei Studienbewerbern mit einem Schwerbehindertenausweis wird in der Regel durch die für den jeweiligen Studiengang zuständige Stelle oder die betreffende Hochschule der erste Studienortwunsch berücksichtigt. Über einen Härtefallantrag ist unter bestimmten Voraussetzungen die sofortige Zulassung zum Studium ohne Wartezeit möglich.

Weitere Auskünfte erteilen die „Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung“ des Dt. Studentenwerkes e.V., Monbijouplatz 11, 10178 Berlin, Tel. 030/297727-64, studium-behinderung@studentenwerke.de, oder die Beratungsstellen für Studenten mit Behinderung der Universitäten und Fachhochschulen.

4.5 Führerschein-/Kfz-Kosten

Behinderten Menschen, die wegen ihrer Behinderung für die Fahrt zur Arbeit auf ein eigenes Kraftfahrzeug angewiesen sind, können zum Erwerb der Fahrerlaubnis sowie zur Beschaffung und behinderungsbedingten Ausstattung eines Kraftfahrzeuges Zuschüsse beantragen. Zuständig ist der Kostenträger der beruflichen Rehabilitation, in der Regel die Agentur für Arbeit. Um den Zuschuss zu erhalten, muss der behinderte Mensch vor allem zur Teilhabe am Arbeitsleben auf das Kfz angewiesen sein und in der Regel das Fahrzeug selbst benutzen können; außerdem muss die Benutzung von öffentlichen Verkehrs-

mitteln oder Fahrdiensten für Menschen mit Behinderung unmöglich oder unzumutbar sein. Gleiches gilt für den Besuch einer Berufsausbildungsstätte. Aktuelle Informationen erhalten Sie von folgenden Stellen:

- Stadt- und/od. Kreisverwaltung, Integrationsämter
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Postanschrift: 11017 Berlin, Tel. 030/18527-2236, Fax: 030/18527-1830
- Beauftragter der Bundesregierung für Belange behinderter Menschen, Mauerstraße 53, 11017 Berlin, buero@behindertenbeauftragter.de, Tel. 030/185272944





IV. Weitere Sozialleistungen

1. Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Über das SGB II können Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Arbeitslosengeld II; „Sozialgeld“) erlangt werden. Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben grundsätzlich erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 65 Jahren sowie ihre Angehörigen (Lebenspartner, minderjährige Kinder, Eltern oder Elternteile eines minderjährigen Kindes), die mit ihnen in einem Haushalt leben („Bedarfsgemeinschaft“).

Als hilfebedürftig ist derjenige anzusehen, der seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln und Kräften (z.B. durch Aufnahme einer Arbeit, aus Einkommen oder Vermögen oder durch Hilfe von Angehörigen) sichern kann. Der Vermögenseinsatz richtet sich nach den Bestimmungen des §12 SGB II. Der Einsatz des Vermögens wird durch zahlreiche Ausnahmen und Freibetragsregelungen beschränkt.

Maßgeblich für einen Anspruch auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende ist die Erwerbsfähigkeit, d.h. die gesundheitlich bedingte Fähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich unter den allgemeinen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig sein zu können. Zu den Erwerbsfähigen werden auch die Per-

sonen gezählt, die innerhalb von sechs Monaten die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Erlangen der Erwerbsfähigkeit erfüllen können. Wer länger als sechs Monate nicht mehr erwerbsfähig ist, hat keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II, kann aber Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII erhalten. Leistungen nach dem SGB II werden nicht an Auszubildende, Bezieher von Altersrenten oder Personen erbracht, die länger als sechs Monate in einer stationären Einrichtung untergebracht sind.

Das Arbeitslosengeld II (Hartz IV) wird an erwerbsfähige Hilfebedürftige gezahlt. Hartz IV umfasst Regelleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes und zur Übernahme angemessener Kosten für Unterkunft und Heizung. Zusätzlich können Mehrbedarfsleistungen (z.B. für kostenaufwändige Ernährung und Diäten, für Schwangere und Alleinerziehende) und Sonderbedarfsleistungen (z.B. für Mietschuldenübernahme, Übernahme von Sozialversicherungsbeiträgen) beantragt werden.

Das Sozialgeld wird an nicht erwerbsfähige Angehörige gezahlt, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einem Haushalt leben. Das Sozialgeld umfasst die gleichen Leistungen wie das Arbeitslosengeld II. Ausgenommen sind die Leistungen, die nur für erwerbsfähige Personen erbracht werden können.

Auskunft und Beratung zur Beantragung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II gem. SGB II) erteilt das Jobcenter. In einigen Wohnorten übernimmt die Kommune (Optionskommune) diese Arbeit. Weitere Infos findet man unter www.bmas.de, Broschüre „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ (umgangssprachlich als Hartz IV bekannt).

2. Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, „den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§1 Satz 1 SGB XII).

Sozialhilfe erhält nicht, wer sich durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder Hilfe von Angehörigen oder durch Träger anderer Sozialleistungen erhält. Der Vermögenseinsatz richtet sich nach den Bestimmungen des §90 SGB XII. Vom Einsatz des Vermögens werden zahlreiche Ausnahmen gemacht (so genanntes „Schonvermögen“). Sozialhilfe soll zumindest eine Lebensführung ermöglichen, die noch einem gesellschaftlich anerkannten Niveau entspricht. Bei Vorliegen anderer Beeinträchtigungen, z.B. einer Behinderung oder bei Pflegebedürftigkeit, sollen die Leistungen mit dazu dienen, betroffenen

Personen mit nicht ausreichendem Einkommen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern. – Das SGB XII differenziert seine Leistungen in sieben Kapitel, die gleichberechtigt nebeneinander stehend Leistungen für jeweils näher bestimmte Lebenslagen regeln.

2.1 Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 - 40 SGB XII)

Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten nur diejenigen, die bei Hilfebedürftigkeit keine anderen vorrangigen Leistungen (z.B. nach dem SGB II) erhalten können. Dazu gehören u.a. Kinder unter 15 Jahren, Menschen zwischen 15 und 65 Jahren, die für längere Zeit erwerbsunfähig sind, oder Personen, die länger als sechs Monate in voll- oder teilstationären Einrichtungen leben. Diese Unterstützung wird Hilfebedürftigen gewährt, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten können. Mit dem Regelsatz sind alle Kosten abzudecken, die entstehen in den Bereichen, Ernährung, Bekleidung, Hauswirtschaft, und damit verbundene Energiekosten, Verkehrs-, Kommunikations- und andere Dienstleistungen, Einrichtungsgegenstände sowie Ausgaben für Unterhaltung und Kultur. Daneben werden angemessene Kosten für Unterkunft/Hei-

zung übernommen sowie Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung. Es werden auch Hilfen für die Altersvorsorge gewährt.

Einmalige Leistungen können für die Erstausrüstung einer Wohnung, einschließlich Haushaltsgeräten, für eine Erstausrüstung mit Bekleidung, auch bei Schwangerschaft und Geburt, und für mehrtägige Klassenfahrten gewährt werden.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird nach Regelsätzen gewährt. Wenn im Einzelfall ein Bedarf erheblich von dem Regelbedarf abweicht, kann der Bedarf abweichend von den Regelsätzen festgelegt werden. Eigenes Einkommen und Vermögen und das des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft wird entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bei der Ermittlung des Bedarfs berücksichtigt.

Hilfe zum Lebensunterhalt wird vorrangig als Geldleistung erbracht. Bei der Ermittlung des Gesamtbedarfs werden neben dem Regelbedarf pauschale Mehrbedarfzuschläge berücksichtigt, z.B. für Schwangere, für Alleinerziehende, für kranke oder genesende Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, für Personen, die voll erwerbsgemindert und Inhaber eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „G“ sind, und für behinderte Menschen über 15 Jahre, die als Eingliederungshilfe nach §54 SGB XII Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, schulischen Ausbildung für einen Beruf oder Ausbildung für eine angemessene Tätigkeit erhalten. Soweit im Einzelfall ein höherer Mehrbedarf besteht, kann dieser geltend gemacht werden.

2.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 - 46 SGB XII)

Hilfebedürftige, dauerhaft aus medizinischen Gründen voll erwerbsgeminderte Personen ab 18 Jahren und hilfebedürftige Personen ab 65 Jahren können auf Antrag Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten. Voll erwerbsgemindert ist ein Mensch, der wegen einer Erkrankung oder Behinderung nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich tätig zu sein. Keinen Anspruch auf Leistungen haben Personen, die in den letzten 10 Jahren ihre Bedürftigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Die Leistungen werden in gleicher Höhe bemessen wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. Einkommen wie z.B. Rentenbezüge oder das Vermögen des Leistungsberechtigten, des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft werden angerechnet, jedoch werden Unterhaltsansprüche gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern nur geltend gemacht, wenn das Einkommen dieser Personen über 100.000 Euro jährlich liegt.

2.3 Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 - 52 SGB XII)

Im Krankheitsfall umfassen die Leistungen nach dem SGB XII alle Leistungen zur Krankenbehandlung, die auch von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Alle Sozialhilfeempfänger müssen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Zuzahlungen bis zur individuellen Belastungsgrenze leisten. Die Kosten für empfangnisverhütende Mittel werden übernommen, wenn diese ärztlich verordnet worden sind.

2.4 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§53 - 60 SGB XII)

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat als Aufgabe, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (§53 Abs. 3 SGB XII). Durch die Leistungen sollen behinderte Menschen soweit wie möglich unabhängig von Pflege werden und ein Leben in der Gemeinschaft ermöglicht oder erleichtert werden. Leistungsberechtigt sind alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen nach §54 SGB XII u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zum Leben in der Gemeinschaft (z.B. Versorgung mit Hilfsmitteln, Frühförderung, heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, oder Hilfen bei der Beschaffung, der Ausstattung, Umbau und Erhalt von Wohnraum). Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören insbesondere auch Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung, einer schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf, Hilfen zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit und Hilfen in Werkstätten für behinderte Menschen.

2.5 Hilfe zur Pflege (§§61 - 66 SGB XII)

Entscheidungen im Rahmen von Hilfe zur Pflege orientieren sich an den Maßstäben, die auch die gesetzliche Pflegeversicherung als Voraussetzungen für Pflegeleistungen benennt. Hilfe zur Pflege kann beim

Fehlen der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung, bei nicht erfüllter Vorversicherungszeit oder von nicht pflegeversicherten Personen in Anspruch genommen werden. Hilfe zur Pflege kommt auch bei sehr kostenintensiver Pflege, für die die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht ausreichend sind, oder für die Finanzierung der verbliebenen Kosten bei der Pflege in Einrichtungen, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, in Betracht.

2.6 Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§67 - 69 SGB XII)

Diese Hilfen können von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen besonders belastende Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Dies kann z.B. bei Obdach- oder Wohnungslosigkeit, bei ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage oder gewaltgeprägten Lebensumständen sein. Die Hilfe umfasst Dienst-, Geld- und Sachleistungen.

2.7 Hilfe in anderen Lebenslagen (§§70 - 74 SGB XII)

Zu diesen Leistungen gehört die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung des Haushalts geboten ist (§70 SGB XII), die Altenhilfe (§71 SGB XII), Blindenhilfe (§72 SGB XII), die Übernahme von Bestattungskosten (§74 SGB XII) und, als Auffangnorm, die Hilfe in sonstigen Lebenslagen (§73 SGB XII).

Sozialämter erteilen Auskunft und Beratung zur Beantragung von Leistungen der Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

3. Wohngeld

Unter bestimmten Voraussetzungen wird Wohngeld als Mietzuschuss für Mietwohnungen oder als Lastenzuschuss für eigengenutzte Eigenheime und Eigentumswohnungen gewährt. Das Wohngeld ist von der Familiengröße und dem Einkommen der Familie abhängig.

Bei der Berechnung des Wohngeldes werden nach §13 Wohngeldgesetz (WoGG) Frei- und Abzugsbeträge für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 100 oder von wenigstens 80, wenn der schwerbehinderte Mensch häuslich pflegebedürftig im Sinne des §14 SGB XI ist, berücksichtigt. Wohngeld ist eine antragsgebundene Leistung und

wird ab Beginn des Monats gezahlt, in dem der Antrag beim Wohnungsamt eingeht.

Beziehen von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, Beziehen von Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII und Beziehen von Leistungen in besonderen Fällen und Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wird mit der Leistung ein Zuschuss zu den Kosten der Wohnung gewährt. Der Wohngeldanspruch entfällt, wenn alle Haushaltsangehörigen eine der vorstehenden Leistungen beziehen. Wenn einer oder mehrere Haushaltsangehörige keine der oben genannten Leistungen beziehen, kann für diese Personen ein Anspruch auf Wohngeld bestehen.

Auskunft und Beratung zur Beantragung von Wohngeld erteilen die Wohnungsämter oder www.wohngeld.de.



V. Nachsorgemaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Familien

Heute ist stationäre Rehabilitation integraler Bestandteil der Gesamtbehandlung krebskranker Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener. Nach der klinischen Behandlung festigt eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme den erreichten Erfolg und hilft dem Patienten sowie seiner Familie mit den Folgen der einschneidenden Akuttherapie umgehen zu lernen. Insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nach einem Hirn- oder

Knochtumor starke Beeinträchtigungen haben, erscheint eine entsprechende stationäre Nachsorgemaßnahme in einer qualifizierten Rehabilitationseinrichtung unverzichtbar.

Erste Ansprechpartner sind die medizinischen und psychosozialen Dienste der Akutkliniken, die den Betroffenen bei der Beantragung mit Rat und Tat zur Seite stehen. Die Kosten einer solchen Maßnahme

übernimmt entweder die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger.

Eine Rehabilitationsmaßnahme für krebs- und hämatologisch erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene dauert für alle Beteiligten 4 Wochen. Hierbei reisen alle Teilnehmer einer Rehagruppe gemeinsam an einem Stichtag an und 4 Wochen später an einem Stichtag wieder ab, so entsteht ein gutes Miteinander. Während der Reha wird Kindern und Jugendlichen auch Schulunterricht erteilt.

1. Familienorientierte Rehabilitation

Im Alter von 0 bis 15 Jahren empfiehlt sich eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme. Familienrehabilitation ist immer dann angezeigt, wenn die therapeutische Einbindung von Familienmitgliedern zum Erreichen des Reha-Ziels erforderlich ist. Die körperlichen und seelischen Belastungen und deren Folgeerscheinungen betreffen nicht nur den eigentlichen Patienten, alle Familienmitglieder bedürfen einer medizinischen und psychosozialen Rehabilitation.

Inzwischen ist es Standard, dass auf Antrag alle Familienmitglieder an der Maßnahme teilnehmen können. Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz), das am 1.1.2017 in Kraft getreten ist, ist zudem eine deutliche Stärkung der Anspruchsgrundlage verbunden. Wichtig ist es, die Rehabilitationsziele entsprechend zu formulieren; Antragsteller sollten unbedingt die Hilfe des Psychosozialen Dienstes ihrer Klinik in Anspruch nehmen. Diese können sie über die Inhalte der Maßnahmen informieren und bei der Beantragung unterstützen.

Wo beantragen?

Bei gesetzlich Versicherten haben Kinder und Jugendliche, die noch keine eigenen Versicherungsansprüche erworben haben, sondern über die Eltern mitversichert sind, einen gleichrangigen Anspruch auf eine derartige Maßnahme sowohl bei der Rentenversicherung der Eltern als auch bei der Krankenversicherung, bei der das Kind versichert ist. Die Antragsteller, also die Erziehungsberechtigten, entscheiden dann darüber, bei wem sie den Antrag stellen wollen, also bei RV oder KV. Der Erstangegangene muss dann prüfen, ob die notwendigen Voraussetzungen (Versicherungsverhältnis und Rehabedürftigkeit) erfüllt sind. Bei gesetzlich Versicherten entstehen den jungen Patienten und deren Familien keine Kosten.

Bei Privatversicherten ist der Anspruch im Einzelfall zu prüfen. Natürlich sind die anerkannten Einrichtungen auch beihilfefähig.

Wird eine Maßnahme bewilligt, muss der Hauptleistungsträger auch die Nebenleistung tragen, also die Finanzierung der aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitpersonen, gegebenenfalls einschließlich des entstandenen Lohnausfalls.

Es ist wichtig, dass dem Reha-Antrag ein ausführliches Gutachten von der Klinik hinzugefügt wird, aus dem die Auswirkungen der Akutbehandlung hervorgehoben werden und das die Notwendigkeit der Familienrehabilitation begründet. Denn der Erfolg kann entscheidend davon abhängen, dass alle Bezugspersonen des Kindes in die Therapie miteinbezogen sind.

Krankenkassen und Rentenversicherungen übernehmen die Kosten nur für Maßnahmen, die in einer anerkannten und qualifizierten Rehaeinrichtung

durchgeführt werden. Auch hier gibt Ihnen die behandelnde Akutklinik Information (Adressen auch auf Seite 53). Nach § 9 SGB IX soll berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten bei der Auswahl entsprochen werden.

Sofern keine Ansprüche gegenüber einer Krankenkasse oder einem Rentenversicherungsträger bestehen, kann die Leistung ggf. vom Sozialamt zur Verfügung gestellt werden. Unter Umständen können Familien mit geringem Einkommen auch einen einmaligen Zuschuss bei der Deutschen Krebshilfe oder beim DLFH-Dachverband beantragen.

2. Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene

Nach- und Festigungsrehabilitationen nach Krebs und hämatologischen Erkrankungen können auch Jugendliche und junge Erwachsene beanspruchen. Die Patienten reisen hierbei ohne Familie an und werden ihren Bedürfnissen entsprechend zu altershomogenen Gruppen zusammengefasst. Die Maßnahme dauert 4 Wochen.

Sofern noch eine Familienversicherung besteht, können die Anträge gleichrangig bei Krankenkassen oder Rentenversicherungen gestellt werden. Besteht ein eigenes Versicherungsverhältnis des Patienten, gilt die Vorrangigkeit der Rentenversicherung. Anträge sind rechtzeitig unter Beifügung eines ärztlichen Attests bei dem zuständigen Träger einzureichen.

Antragsteller sollten darauf achten, dass sie nicht aus Kostengründen in eine traditionelle Erwachsenenklinik eingewiesen werden, sondern in eine Rehaklinik, die spezielle Kleingruppen anbietet. Dort geht man gezielt auf ihre Bedürfnisse ein. Da im Einwei-

sungsverfahren Wünsche der Anspruchsberechtigten nach § 9 SGB IX angemessen zu berücksichtigen sind und der Wunsch nach Austausch in einer Gleichaltrigengruppe und das Bedürfnis nach gezielter Förderung nachvollziehbar sind, haben sie gute Gründe auf ihrer Seite. Antragsteller sollten sich hierbei an ihre behandelnde Heimatklinik wenden und bei der Rehaklinik anfragen.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet und eigene Versicherungsansprüche erworben haben, müssen je Kalendertag 10 Euro für längstens 28 Tage als Eigenanteil entrichten. Auch hier gelten Belastungsgrenzen. Eine Minderung der Zuzahlung bei geringem Einkommen erfolgt bei den Rentenversicherungsträgern stufenweise und orientiert sich am Nettoverdienst. Befreiungsmöglichkeiten sollten im Einzelfall vom Versicherten beim zuständigen Träger erfragt werden. Es ist sinnvoll, sich auch bei den Rehakliniken gezielt zu erkundigen, dort weiß man, welche Regelungen jeweils gelten, und dort kann man auch inhaltlich zum Rehabilitationsangebot Auskunft geben.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen besteht oftmals ein gewisser Vorbehalt gegenüber einer „Kur oder Reha“. Lassen sich die Patienten aber darauf ein, erleben sie, dass damit nicht nur eine leistungsfähige und effektive Therapie verbunden ist, sondern zudem auch Spaß und Rückhalt in der Gruppe. Es ist entlastend, dass die anderen ähnliche Wünsche, Interessen und Probleme haben.



VI. Besondere Hinweise für ausländische Patienten

Die in dieser Broschüre besprochenen sozialrechtlichen Möglichkeiten haben unterschiedliche Rechtsgrundlagen. Es werden zur Erlangung von Leistungen bestimmte Voraussetzungen verlangt oder die individuellen Voraussetzungen geprüft. Der Umfang der Ausländern gewährten Sozialleistungen ist in der Regel vom jeweiligen Aufenthaltsstatus und von individuellen Voraussetzungen abhängig.

Der Behindertenausweis kann für Ausländer beantragt werden, die sich rechtmäßig in Deutschland aufhalten.

Sogenannte Familienleistungen (Kindergeld, Elterngeld, Unterhaltsvorschuss) bekommen nur diejenigen, die mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland leben. Dazu zählen in der Regel Ausländer mit Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis. Durch weiterführende gesetzliche Bestimmungen kann der Bezug ausgeschlossen oder an die Erfüllung zusätzlicher Voraussetzungen geknüpft werden. Weitere Auskünfte dazu erteilen die Ausländerbehörden oder Migrationssozialberatungsstellen.

Regelungen durch SGB V (Krankenversicherung), SGB VI (Rentenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung) beruhen auf dem Beitragsprinzip und richten sich nicht nach dem Aufenthaltsstatus. In Deutschland regulär beschäftigte ausländische Arbeitnehmer können alle aus dem Sozialgesetzbuch abgeleiteten Leistungen in Anspruch nehmen (Bedingung: Das Arbeitsverhältnis unterliegt der Sozialversicherungspflicht). Manche Ausländer haben die Möglichkeit (aufgrund von zwischenstaatlichen Ab-

kommen), sich ihre eigenen Rentenbeiträge auszahlen zu lassen, wenn sie Deutschland für immer verlassen. Wenn dieser Personenkreis allerdings an einer Rehabilitation teilgenommen hat, entfällt die o.g. Möglichkeit. Die DRV würde zukünftig nur noch die nach der Rehabilitation eingezahlten Beiträge auszahlen. Um Härtefälle zu vermeiden kann die Krankenkasse um Prüfung gebeten werden, ob sie sich gemäß §40 SGB V „vorrangig zuständig“ erklären kann und die Kosten der Maßnahme trägt. Zur Handlungssicherheit sollten in jedem Falle die Migrationssozialdienste um Unterstützung gebeten werden.

1. Gesetzliche Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht

Für jeden Ausländer gibt es eine Pass- und Aufenthaltsgenehmigungspflicht („Aufenthaltstitel“). Zuständig sind die Ausländerbehörden der Kreis- oder Stadtverwaltungen.

Die Arten der Aufenthaltstitel richten sich nach den unterschiedlichen Aufenthaltszwecken. Die Erteilung eines Aufenthaltstitels ist in der Regel davon abhängig, dass der Lebensunterhalt gesichert ist. Das Aufenthaltsgesetz (AufenthG) weist drei Aufenthaltstitel auf: das Visum, die (befristete) Aufenthaltserlaubnis und die (unbefristete) Niederlassungserlaubnis.

Visum

Ein Visum kann Ausländern für einen vorübergehenden, befristeten Aufenthalt bis zu einer Dauer von drei Monaten erteilt werden. Die Erteilung eines Visums begründet keine Ansprüche auf öffentliche Leistungen. Ein Visum kann nicht eingeklagt werden.

Für die Erteilung eines Visums kann die Abgabe einer Verpflichtungserklärung durch den Einladenden notwendig sein. Dies ist eine Haftungserklärung. Die Verpflichtung erfasst die Aufbringung bzw. Erstattung aller öffentlichen Kosten für den gesamten Lebensunterhalt einschließlich der Kosten für die Unterkunft. Hierzu gehören auch die Kosten für die Krankenversorgung und die Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit aufgewendet werden müssen (z.B. Arztbesuche, Medikamente, Krankenhausaufenthalt). Erstattungspflichtig sind auch die Ausreisekosten (z.B. Kosten für ein Flugticket).

Nicht zu erstatten sind Kosten für Aufwendungen, die auf einer Beitragsleistung beruhen. Dazu gehören z.B. Kosten für medizinische Aufwendungen einer akuten Erkrankung, die durch eine Reisekrankenversicherung gedeckt sind. Die Ausländerbehörde verlangt in jedem Fall zur Absicherung des finanziellen Risikos im Krankheitsfall den Abschluss einer Krankenversicherung für die Zeit des Aufenthalts. Es kann sein, dass eine außerhalb Europas abgeschlossene Versicherung nicht anerkannt wird.

Aufenthaltserlaubnis

Die Aufenthaltserlaubnis wird für bestimmte Aufenthaltsw Zwecke erteilt – z.B. zur Ausbildung (§§16, 17 AufenthG), zur Erwerbstätigkeit (§§18 – 21 AufenthG), aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen (§§22 – 26 AufenthG) und/oder aus familiären Gründen (§§27 – 36 AufenthG).

Niederlassungserlaubnis

Die Niederlassungserlaubnis ist ein räumlich und zeitlich unbefristeter Aufenthaltstitel. Voraussetzungen zur Erteilung sind u.a.

- der Besitz einer Aufenthaltserlaubnis seit fünf Jahren,
- Sicherung des Lebensunterhalts,
- ausreichender Wohnraum,
- ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sowie
- Grundkenntnisse der Rechts- und Gesellschaftsordnung und der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet,
- keine Straffälligkeit sowie
- 60 Monate Rentenversicherungsbeiträge.

2. EU-Bürger

EU-Bürger genießen in Europa Freizügigkeit, wenn sie sich als Arbeitnehmer, zur Arbeitssuche oder zur Berufsausbildung, als niedergelassene selbständig Erwerbstätige oder als Erbringer bzw. Empfänger von Dienstleistungen in Deutschland aufhalten. Sie müssen über ausreichende Existenzmittel und einen Krankenversicherungsschutz verfügen.

3. Asylbewerber

Jeder Mensch hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgungen Asyl zu suchen und zu genießen. (Art. 14 Ziffer 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948). Hierunter sind sog. „Asylbewerber“ nach Art. 16a Grundgesetz gemeint, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten. Ihre rechtliche Stellung richtet sich nach dem Asylgesetz (AsylG).

Asylbewerber, die seit weniger als 15 Monaten in Deutschland leben, bekommen gemäß §3 AsylbLG nur „Grundleistungen“ (Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits-, Körperpflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts sowie einen minimalen Geldbetrag). Leistungen bei akuten Krankheiten, Schwangerschaft und Geburt werden nach §4 AsylbLG erbracht.

Asylbewerbern, die mehr als 15 Monate Leistungen nach §3 AsylbLG bezogen haben, stehen reguläre Leistungen analog der Sozialhilfe zu.

Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) sind auch Leistungen für alleinstehende minderjährige Flüchtlinge, darunter auch Hilfe zum Lebensunterhalt und die Krankenhilfe, zu erbringen. Dasselbe gilt nach §42 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII bei einer vorläufigen „Inobhutnahme“. Der Anspruch ausländischer Flüchtlinge auf Jugendhilfeleistungen ergibt sich aus §6 Abs. 2 SGB VIII und aus Artikel 1 und 9 des Haager Minderjährigenschutzabkommens.

Die Leistungen nach dem SGB VIII sind vorrangig zu den Leistungen nach dem SGB XII und nach dem AsylbLG.

4. Duldung (Aussetzung der Abschiebung)

Ausländer, die nicht mehr über einen erforderlichen Aufenthaltstitel verfügen, sind zur Ausreise verpflichtet und können abgeschoben werden. Menschen, die nicht abgeschoben werden können, erhalten nach §60 AufenthG eine Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung). In Härtefällen kann eine Aufenthaltsgewährung erteilt werden. Mit dieser Frage beschäftigen sich die „Härtefallkommissionen“ der Bundesländer. Voraussetzung dafür ist, dass besonders schwerwiegende humanitäre Gründe vorliegen und alle rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Die Aufenthaltsgewährung kann davon abhängig gemacht werden, dass der Lebensunterhalt gesichert ist oder dass eine Verpflichtungserklärung abgegeben wird.



VII. Klinikschule und Hausunterricht

Die schulrechtlichen Vorgaben und Voraussetzungen zur Erteilung von Unterricht im Krankenhaus und im häuslichen Umfeld sind in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. Bitte erkundigen Sie sich bei dem psychosozialen Dienst Ihrer Klinik oder dem für Sie zuständigen Schulamt nach den in Ihrem Bundesland geltenden Richtlinien und den Möglichkeiten, Klinik- und Hausunterricht zu erhalten.

1. Unterricht im Krankenhaus

Grundsätzlich haben Klinikschulen die Aufgabe, kranke Schüler und Schülerinnen, die sich voraussichtlich für einen längeren Zeitraum im Krankenhaus befinden, so zu unterrichten und zu fördern, dass sie nach Möglichkeit den Anschluss an den Unterricht der von ihnen besuchten Schule nicht verlieren.

Der Klinikunterricht richtet sich im zeitlichen Umfang nach der Belastbarkeit des erkrankten Schülers. Um das Kind optimal fördern zu können, setzt sich der Kliniklehrer mit der Heimatschule in Verbindung und wählt unter dem Gesichtspunkt der Wiedereingliederung des Kindes in seine Klasse die Unterrichtsfächer und -themen aus.

2. Hausunterricht

Der Hausunterricht soll Schülern und Schülerinnen, die aus Krankheitsgründen längere Zeit nicht am Unterricht ihrer Schule teilnehmen können, ermöglichen, den Unterrichtsstoff ihrer Klasse zu bewältigen.

Der Antrag auf Hausunterricht muss von den Erziehungsberechtigten unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei der Schule des Schulpflichtigen gestellt werden. Der Hausunterricht wird nach Möglichkeit von Lehrern der betreffenden Schule erteilt und orientiert sich an den jeweiligen Lehrplänen der Klassenstufe.

3. Nachteilsausgleich

Behinderten Schülern kann ein Nachteilsausgleich bei Leistungsnachweisen gewährt werden. Die Schule ist verpflichtet einer nachgewiesenen Behinderung Rechnung zu tragen und durch eine spezifische Förderung dazu beizutragen, dass behinderten Schülern kein Nachteil entsteht. Die fachlichen Anforderungen dürfen jedoch nicht verringert werden. Formen des Nachteilsausgleiches sind u.a.: verlängerte Arbeitszeiten bei Klassenarbeiten, Zulassen spezifischer Arbeitsmittel, größere Exaktheitstoleranz, differenzierte Aufgabenstellung. Die individuellen Formen des Nachteilsausgleichs müssen mit der Schulbehörde abgesprochen werden.

Stütz- und Förderunterricht

Wenn nach Rückkehr in die Schule deutlich wird, dass durch krankheits- und behandlungsbedingte Unterrichtsversäumnisse Wissenslücken entstanden sind, sollte geprüft werden, ob ein zusätzlicher, schulbegleitender Stütz- oder Förderunterricht gewährt

werden kann. Damit kann individuellen Lerndefiziten bzw. der Entstehung oder Verfestigung von Lernschwierigkeiten frühzeitig entgegengewirkt werden. Auskünfte zu den länderspezifischen Regelungen für Nachteilsausgleiche und Stütz- oder Förderunterricht können bei den Schülern eingeholt werden.



VIII. Finanzielle Zuschüsse

1. Sozialfonds der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebskranke Kinder e.V., Dachverband

Aus Mitteln der Elterngruppen besteht ein begrenzter Fonds für finanzschwache Familien, die durch die Krebserkrankung ihres Kindes zusätzlich außergewöhnliche Belastungen erfahren. Es handelt sich um einmalige Zuwendungen, die nach §84 SGB XII bzw. §11a Abs. 4 SGB II nicht auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende oder der Sozialhilfe angerechnet werden dürfen.

Voraussetzung für eine Leistung aus dem Sozialfonds ist selbstverständlich, dass die Familie die mit der Krankheit entstehenden besonderen Kosten nicht ohne weiteres aus dem eigenen Vermögen bestreiten kann. Der Gesetzgeber sieht diese Grenze bei einem Sparguthaben/Vermögen von 15.500 Euro pro Person.

Die Anträge müssen die Einkommens- und Vermögensverhältnisse und die festen Ausgaben der Familie darlegen. Die Richtigkeit der Angaben muss durch Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes oder durch eine berechnete Person einer Elterngruppe so-

wie durch den behandelnden Arzt bestätigt werden.

Antragsformulare können von der Website www.kinderkrebsstiftung.de/sozialfonds.html heruntergeladen werden, oder Sie wenden sich an den psychosozialen Dienst der behandelnden Klinik oder direkt an den

- Deutsche Leukämie-Forschungshilfe Dachverband, Adenauerallee 134, 53113 Bonn, Tel. 0228/68846-0

2. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e.V.

Die Deutsche Krebshilfe gewährt ähnlich wie die Deutsche Kinderkrebsstiftung bzw. die Deutsche Leukämie-Forschungshilfe finanzielle Unterstützung für Patienten und deren Familien mit geringem Einkommen, die unverschuldet in finanzielle Schwierigkeiten geraten sind. Antragsformulare sind erhältlich bei der

- Deutschen Krebshilfe e.V., Härtefonds, Buschstr. 32, 53113 Bonn, Tel. 0228/729900
www.krebshilfe.de/haertefonds.html

Mit dem Antrag müssen Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen und zu den festen monatlichen Ausgaben gemacht werden. Die Gewährung der einmaligen Zuwendung ist abhängig von der Höhe der monatlichen Bezüge und der Anzahl der Personen, die im Haushalt leben. Zur Bewilligung einer Zuwendung darf das verfügbare Einkommen (monatliches Nettoeinkommen abzüglich feste monatliche Ausgaben) bei einer Person 409 Euro, bei zwei Personen 646 Euro, bei drei Personen 937 Euro nicht übersteigen. Die Zuwendungen liegen je nach Bedürftigkeit zwischen 410 Euro und 800 Euro.

Die im Antrag vorgenommenen Angaben müssen von einer öffentlichen Institution mit Unterschrift und Stempel abgezeichnet werden. Hierzu sollten die Unterlagen, aus denen die Angaben ersichtlich sind, der Institution vorgelegt werden.

In Frage kommen Sozialämter, psychosoziale Dienste der Klinik, Beratungsstellen, Kirchen- oder Bürgermeisterämter u.ä.

3. Krebsgesellschaften der Bundesländer

Einige Landesverbände der Krebsgesellschaft (z.B. Baden-Württemberg, Bayern und Berlin) gewähren Zuschüsse bei finanzieller Notlage. Beim Krebsverband Baden-Württemberg besteht z.B. die Möglichkeit, einen Antrag auf Ernährungszulage oder einmaligen Kostenzuschuss für einen Erholungsaufenthalt im Rahmen der Krebsnachsorge zu stellen. Finanzielle Zuschüsse der Krebsverbände sind einkommensabhängig und werden nur dann gewährt, wenn dem Versicherten die Leistungen der Krankenkasse, Rentenversicherungs- und Sozialhilfeträger nicht zustehen. Die Formen der Hilfe sind bei den einzelnen Landesverbänden unterschiedlich, und es wird grundsätzlich im Einzelfall geprüft, ob dem Antrag zugestimmt werden kann.

4. Fördervereine und Elterngruppen für krebskranke Kinder

Unter bestimmten Umständen gewähren auch Elterninitiativen Zuschüsse. Wenden Sie sich bitte an den Sie betreuenden Ortsverein.

Eine jeweils überarbeitete Adressenliste der Elterngruppe erhalten Sie von der Deutschen Kinderkrebsstiftung, Adenauerallee 134, 53113 Bonn, Tel.: 0228 / 68 84 6-0, oder im Internet unter: www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/elterngruppen.html



Adressen und weitere Auskünfte

Wichtige Organisationen

Deutsche Kinderkrebsstiftung
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
– Aktion für krebskranke Kinder e.V. –
(Dachverband)

Adenauerallee 134, 53113 Bonn
Tel. 0228/68 84 6-0
info@kinderkrebsstiftung.de

www.kinderkrebsstiftung.de

Bei der Deutschen Kinderkrebsstiftung erfahren Sie auch die Adressen der lokalen Elternvereine.

Krebs-Informationen-Dienst (KID)
des Deutschen Krebsforschungszentrums
Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Tel. 06221/41 01 21

www.krebsinformationdienst.de

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstr. 32, 53113 Bonn
Tel. 0228/72 99 00

www.krebshilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
von Menschen mit Behinderung und
chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfelder Str. 149, 40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31 00 60

www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
Tiergarten Tower
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel. 030 / 322932960

www.krebsgesellschaft.de

Die DKG informiert über die Adressen ihrer Landesverbände.

Anerkannte Rehabilitationskliniken

SyltKlinik der Deutschen Kinderkrebsstiftung,
Osetal 7, 25996 Wenningstedt-Braderup,
Tel.: 04651/949-0, Fax: 949-160,

www.syltklinik.de

Rehabilitationsklinik „Bad Oexen“, Oexen 27,
32549 Bad Oeynhausen, Tel.: 05731/537-0,
Fax: 537-736, www.badoexen.de

Rehabilitationsklinik „Katharinenhöhe“,
Oberkatzensteig 11, 78141 Schönwald/
Schwarzwald,

Tel.: 07723/6503-0, Fax: 6503-100,

www.katharinenhoehe.de

Nachsorgeklinik Tannheim,
Gemeindewaldstr. 75,
78052 Villingen-Schwenningen/Tannheim,
Tel.: 07705/920-0, Fax: 920 199

www.tannheim.de

Kindernachsorgeklinik Berlin-Brandenburg,
Bussardweg 1, 16321 Bernau,
Tel.: 03338/90 80 20, Fax: 90 80 39,

www.familien-nachsorge.de

Literaturübersicht

„Behinderung und Ausweis“ kostenlos zu beziehen bei den Integrationsämtern der regionalen Bezirksregierungen/Regierungspräsidenten „Nachteilsausgleich für behinderte Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmer“, Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, www.bibb.de

„Berufsbildungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit Behinderungen – Erstausbildung“ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMG), Referat LP, 53107 Bonn, www.bmg.bund.de

„Der besondere Kündigungsschutz für Schwerbehinderte“ Integrationsämter der regionalen Bezirksregierungen „Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“ BMGS, www.bmg.bund.de

„Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“
Hrsg.: BAG Selbsthilfe, Kirchfeldstrasse 149, 40215 Düsseldorf,
Tel. 0211/31 00 60, Telefax 0211/310 0648,
www.bag-selbsthilfe.de

„Leitfaden ALG II/Sozialhilfe von A – Z“
Hrsg.: Tacheles e.V.
www.tacheles-sozialhilfe.de

„Leitfaden für Behinderte“
BMGS, www.bmg.bund.de

„Lexikon für schwerbehinderte Menschen: Behinderung und Beruf“
Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH). www.integrationsaemter.de

„Merkblatt für Arbeitslose“ Hrsg. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg,

„Merkblatt „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ Hrsg.: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg,

„Nachteilsausgleiche“ Integrationsämter der regionalen Bezirksregierungen, oder Rathäuser

„Pflegeversicherung“ BMG, www.bmg.bund.de

„Pflegeversicherungsgesetz – Textausgabe“ BMG, www.bmg.bund.de

„Pflege zu Hause“ – Hilfen für die Begutachtung durch den medizinischen Dienst Hrsg.: DLFH, Adenauerallee 134, 53113 Bonn

„Pflegen zu Hause – Ratgeber die für häusliche Pflege“ (BMG), Referat LP, 53107 Bonn, www.bmg.bund.de

„Ratgeber für Menschen mit Behinderung“ BMAS, www.bmas.de „Rundschreiben: Leistungen der Pflegeversicherung“ Hrsg.: Spitzenverbände der Pflegekassen, zu beziehen bei: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, www.aok-bv.de

Sozialgesetzbuch I-XII, www.gesetze-im-internet.de/sgb_1 bis .../[sgb_12](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12)

„SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ BMAS, www.bmas.de

„Soziale Sicherung im Überblick“ BMAS, www.bmas.de

„Sozialhilfe und Grundsicherung“ BMAS, www.bmas.de

„Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern“ Hrsg.: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf Tel. 0211/64004-0 Fax 0211/64004-20 info@bvkm.de, www.bvkm.de

„Steuertipps für behinderte Mitbürgerinnen und Mitbürger“ Hrsg.: Finanzministerium des Landes NRW, Presse- und Informationsreferat, 40190 Düsseldorf, www.callnrw.de

„Steuervorteile für Körperbehinderte“ – BDL Merkblatt Bundesverband der Lohnsteuerhilfevereine e.V., Kastanienallee 18, 14052 Berlin, Tel. 030/30108610, Fax: 30108612 www.bdl-online.de

„Studium und Behinderung“ Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerks, Monbijouplatz 11, 10178 Berlin, Tel: 030/29 77 27-64, Fax: 030/ 29 77 27-69, studium-behinderung@studentenwerke.de www.studentenwerke.de/behinderung

„Wohngeldbroschüre“ – erhältlich beim örtlichen Wohnungsamt Eine aktualisierte Bücherliste zum Thema „Krebs im Kindes- und Jugendalter“ erhalten Sie bei: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe - Aktion für krebskranke Kinder e.V. (DLFH Dachverband), Adenauerallee 134, 53113 Bonn Download unter: www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/downloads.html

Broschüren der DLFH und der Kinderkrebsstiftung können online bestellt werden: www.kinderkrebsstiftung.de/krebs-bei-kindern/infomaterial/informationsmaterial.html

Hinweis: Zahlreiche Informationen zu sozialrechtlichen Fragestellungen sind bei den zuständigen Behörden online im Internet zu finden und können als PDF-Datei heruntergeladen werden.