



Sozialrechtliche Informationen

Für Familien mit einem krebserkrankten Kind



Inhalt

Impressum	4
Vorwort	5
Kurzer Überblick über das Sozialgesetzbuch (SGB)	6
Sozialrechtliche Möglichkeiten auf einen Blick	10
I. Die Pflegeversicherung (SGB XI)	12
1. Module des Begutachtungsinstruments	13
2. Bewertung der Selbstständigkeit	16
3. Pflegegrade	17
4. Voraussetzungen und Leistungen	20
5. Pflege im Verhinderungsfall	23
6. Soziale Absicherung der Pflegepersonen	24
7. Beruf und Pflege	24
8. Pflegeberatung als Unterstützung für den Pflegebedürftigen	25
9. Empfehlungen im Begutachtungsverfahren	26
II. Leistungen gesetzlicher Krankenkassen (SGB V)	28
1. Zuzahlungen und Belastungsgrenze	28
2. Fahrkosten (§60 SGB V)	30
3. Anspruch auf Arbeitsfreistellung und Krankengeldzahlung wegen Krankheit eines Kindes (Kinderpflege-Krankengeld § 45 SGB V)	32
4. Mitaufnahme einer Begleitperson (§11 SGB V)	33
5. Haushaltshilfe (§38 SGB V)	34
6. Häusliche Krankenpflege (§37 SGB V)	35
7. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen (§ 43 Abs. 2 SGB V)	35
8. Zuzahlungen auf einen Blick	36
III. Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (SGB IX)	38
1. Der Schwerbehindertenausweis	39
2. Steuerliche Vergünstigungen	43
3. Frühförderung	44
4. Rechte und Hilfen bei der Berufsausbildung und im Arbeitsleben	44

IV. Weitere Sozialleistungen	48
1. Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	48
2. Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)	49
3. Wohngeld.....	52
4. Kindergeld	52
V. Nachsorge für Kinder, Jugendliche und Familien	54
1. Familienorientierte Rehabilitation	55
2. Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene.....	56
VI. Besondere Hinweise für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte	58
1. Gesetzliche Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht.....	59
2. EU-Bürger.....	60
3. Asylsuchende/Geflüchtete	60
VII. Klinikschule, Hausunterricht, digitale Zuschaltung	62
1. Unterricht im Krankenhaus	62
2. Hausunterricht.....	63
3. Digitale Zuschaltung in den Unterricht.....	63
4. Nachteilsausgleich.....	63
VIII. Finanzielle Zuschüsse	64
1. Sozialfonds der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe, Dachverband	64
2. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	65
3. Krebsgesellschaften der Bundesländer	65
4. Fördervereine und Elterngruppen für krebskranke Kinder.....	65
Adressen und weitere Auskünfte	66
Wichtige Organisationen	66
Anerkannte Rehabilitationskliniken	67
Informative Webseiten.....	67

Impressum



Deutsche Kinderkrebsstiftung

Adenauerallee 134

53113 Bonn

Tel. 0 228/688 460

Fax. 0 228/6 884 644

info@kinderkrebsstiftung.de

www.kinderkrebsstiftung.de

Alle Rechte dieser Ausgabe vorbehalten, insbesondere das Recht des Nachdruckes in Zeitschriften oder Zeitungen, des öffentlichen Vortrags, der Übertragung durch Rundfunk und Fernsehen, auch einzelner Teile.

Satz: BLICKFANG Grafikstudio

Bilder: Shutterstock, Adobe Stock

25., überarbeitete und aktualisierte Auflage 2021

Anmerkung:

In der vorliegenden Broschüre wird aus Gründen der Übersichtlichkeit jeweils die männliche, weibliche oder sächliche Schreibweise verwendet. Hierbei handelt es sich lediglich um eine Vereinfachung des Schreibens/Lesens. Bei der Verwendung der männlichen, weiblichen oder sächlichen Form sind stets Personen aller Geschlechter gemeint.

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 werden verkraften müssen. In der jüngsten Zeit sind viele Gesetze im Gesundheitswesen verändert worden. Da fällt es schwer, sich zurechtzufinden. Wir möchten Sie mit den anschließenden sozialrechtlichen Ausführungen über Möglichkeiten der Hilfe informieren.

➔ Kurzer Überblick über das Sozialgesetzbuch (SGB)

Grundgedanken unseres Sozialrechts 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 Information

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.

Der Antragsteller ist verpflichtet, Auskünfte über seine Situation zu erteilen, weil sich die beantragten Hilfen an seiner persönlichen Situation orientieren. Dies schließt auch ein, dass er mögliche Änderungen seiner Lebenssituation von sich aus den Institutionen mitteilt, von denen er Hilfe erfährt. Möglicherweise verändert sich dadurch das Ausmaß der unterstützenden Hilfsleistungen. Falls er dieser Pflicht nicht nachkommt, muss er mit negativen Konsequenzen rechnen.

Der Antrag wird vom Sachbearbeiter schriftlich oder auch mündlich beantwortet. Ist der Antragsteller mit der mündlichen Antwort nicht zufrieden, kann er verlangen, dass er einen schriftlichen Bescheid erhält.

Falls aus Sicht des Antragstellers falsch entschieden wurde, also seinem Antrag gar nicht oder nur teilweise entsprochen wurde, kann er 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 vergangene Zeit nicht berücksichtigt wird. Wenn der Bescheid auf den Widerspruch ebenfalls nicht richtig erscheint, kann der Antragsteller 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 Reha-Prozess von 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
7. Mitaufnahme als Begleitperson §11 Abs. 3 SGB V
8. Übernahme der täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson

9. Erstattung von Verdienstausfall als Begleitkosten der stationären Behandlung
10. 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)

Arbeitsagentur/Jobcenter

Arbeitslosengeld II / Sozialgeld

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 krebskranke 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 Pflegestärkungsgesetz 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 SGBXI: 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 sechs 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. Sie 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 Alltags-handlungen
- 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 Abfuhrmethoden
- 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 *

16

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 Hilfsmitteln bewegt, ist er vollkommen auf Hilfe angewiesen bzw. unselbstständig.

Die Punkte in jedem Modul werden für sich zusammengezählt. Beim Gesamtpunkt看wert werden die Mo-

dule 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 fünf Pflegegrade. Grundsätzlich gilt, je höher der Pflegegrad, umso mehr ist der Mensch in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt und bedarf der Unterstützung.

Pflegegrad		Gesamtpunktzahl
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 sechs Modulen auch auf die zwei Bereiche „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ eingegangen. Diese haben für die Berechnung des Pflegegrades zwar keine Relevanz, die Informationen dienen aber dazu, den Hilfebedarf genauer zu 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 Begutachtung von Erwachsenen.

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 Tatsache Rechnung getragen, dass Kinder Fähigkeiten in Entwicklungsschritten lernen und so Selbstständigkeiten 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 zwei Jahren und sechs 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 fünf Tabellen enthalten, die den altersentsprechenden Selbstständigkeitsgrad und die unterschiedlichen Ausprägungen der Fähigkeiten abbilden.

Für Kinder unter 18 Monaten gilt die Sonderregelung, dass sie pauschal eine Stufe höher eingestuft werden. Sie benötigen von Natur aus in vielen Bereichen des Alltagslebens Hilfe. Daher 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 den besonderen Bedarf und die Module 3 und 5 eingegangen. Im Ergebnis erhält ein Säugling mit einer Gesamtpunktzahl von 30 Punkten so anstelle 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. Januar 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 1. Januar 2017 geltenden Fassung (mehr) vorliegt, werden in der Zukunft keine Leistungen der Pflegeversicherung mehr gewährt.

Für die unentgeltliche Pflege von Angehörigen in der eigenen Wohnung oder in der Wohnung des Pflegebedürftigen wird für Pflegende ab 2021 anstelle einer Steuerermäßigung nach § 33 bei Pflegegrad 2 ein Pflege-Pauschbetrag von 600 Euro, bei Pflegegrad 3 von 1.100 Euro neu eingeführt. Der Pflege-Pauschbetrag bei Pflegegraden 4 und 5 erhöht sich auf 1.800 Euro. Der Pflegepauschbetrag kann als Steuervergünstigung im Rahmen der Einkommensteuererklärung unter Anlage „Außergewöhnliche Belastungen“ geltend gemacht werden.

➔ 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 Antragstellung, nicht rückwirkend, gewährt.

Ist der Antrag bei der Pflegeversicherung eingegangen, beauftragt diese im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung den Medizinischen Dienst (MD) 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 den „Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches“ des GKV-Spitzenverbandes. Die Begutachtungs-Richtlinien – BRi können heruntergeladen werden unter www.mds-ev.de.

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 MD 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.

Laut den Richtlinien soll das Ergebnis des Begutachtungsverfahrens nach spätestens fünf Wochen vorliegen. Wird der Antrag während einer stationären Behandlungsphase gestellt, verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf eine Woche.

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

Tipp: Es ist hilfreich ein Pflegetagebuch zu führen, um sich darüber im Klaren zu werden, welche Pflegemaßnahmen das Kind tagsüber und nachts benötigt.

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 selbst organisierte 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. In diesem Fall wird der Pflegebedürftige 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.

Mit dem Betrag werden Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag erstattet. Sie können durch einen anerkannten Leistungserbringer erbracht werden, oder die Pflegekasse erstattet diese im Rahmen der Nachbarschaftshilfe. Voraussetzung dafür ist, dass die helfende Person eine geeignete Qualifizierung – mindestens im Umfang eines Pflegekurses entsprechend § 45 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – nachweisen kann. 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),
- Beschäftigungstherapie mit Ergotherapeuten,
- Sitzwachen,
- Vorlesen 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)

Pflegeleistungen 2022

Pflegegrad	Ambulante monatliche Leistungen		Vollstationäre Leistungen	Vollstationäre Tages- oder Nachtpflege	Entlastungsbetrag nach § 45 b
	Geldleistung	Sachleistung			
1	-		125 Euro	-	125 Euro
2	316 Euro	724 Euro	770 Euro	689 Euro	125 Euro
3	545 Euro	1.363 Euro	1.262 Euro	1.298 Euro	125 Euro
4	728 Euro	1.693 Euro	1.775 Euro	1.612 Euro	125 Euro
5	901 Euro	2.096 Euro	2.005 Euro	1.995 Euro	125 Euro

Abb.2

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege 2022 (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	1.774 Euro	474,00 Euro	1.774 Euro
3	1.774 Euro	817,50 Euro	1.774 Euro
4	1.774 Euro	1.092,00 Euro	1.774 Euro
5	1.774 Euro	1.351,50 Euro	1.774 Euro

Abb.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 Verdienstausfall oder die Fahrkosten einer Privatperson können im Nachhinein bei der Pflegekasse eingereicht werden. Verhinderungspflege muss nicht im Voraus genehmigt werden, allerdings muss der Pflegebedürftige seit mindestens sechs Monaten von einem Angehörigen gepflegt worden sein. 1.774 EUR können für maximal 42 Kalendertage im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Bei Verhinderung der Pflegeperson wird für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 Pflegegeld für bis zu sechs Wochen zur Hälfte 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 acht Wochen in Anspruch nehmen. Die Leistungshöhe beträgt maximal 1.774 Euro, 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 zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf wenigstens zwei 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 zehn Tagen erhalten Arbeitnehmer, wenn sie einen nahen Angehörigen in einer akut eingetretenen Pflegesituation pflegen müssen und der Arbeit nicht länger als zehn Tage fernbleiben. Dieses Recht steht jedem Arbeitnehmer zu, unabhängig von der Größe des Betriebes. Für den Verdienstaufschlag kommt die gesetzliche Pflegeversicherung des Angehörigen auf und zahlt Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von 90 Prozent des ausbleibenden Nettoeinkommens. Für die Betreuung eines kranken Kindes besteht der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld erst dann, wenn kein Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V mehr beansprucht werden kann. Kinderkrankengeld ist vorrangig gegenüber Pflegeunterstützungsgeld.

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. Um einen Angehörigen zu pflegen, ist es im Rahmen der Familienpflegezeit möglich, die Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten zu reduzieren. 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

Pflegebedürftige haben einen Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung durch Pflegeberater. Dies sind Mitarbeiter der Pflegekasse, Pflegestützpunkte, Senioren- und Pflegeberatungen und private Pflegeberater, die

- bei der Stellung von Anträgen helfen,
- Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den MD 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. Siehe auch „Ratgeber für Menschen mit Behinderung“, Ausgabe 2021, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (www.bmas.de).

➔ 9. Empfehlungen im Begutachtungsverfahren

Die Gutachter treffen im Rahmen der Begutachtung Empfehlungen zu:

- Prävention oder rehabilitativen Leistungen
- Hilfsmitteln/Pflegehilfsmitteln
- wohnumfeldverbessernden 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 gesetzlicher Krankenkassen (SGB V)

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgeführt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen 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 zehn Prozent der Kosten erhoben. Höchstens allerdings zehn Euro, mindestens fünf 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 zwei Prozent 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 diese ist eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten.

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

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 Zwei-Prozent-Belastungsgrenze liegt 2022 bei 107,76 Euro und die Ein-Prozent-Belastungsgrenze ist bei 53,88 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 2022 betragen:

5.922 Euro für den ersten Angehörigen,

8.388 Euro für jedes familienversicherte Kind.

Beispiel:

Alleinverdiener, verheiratet (gemeinsam steuerlich veranlagt), zwei Kinder, Bruttoverdienst 40.000 Euro pro Jahr:

Bruttoeinkommen	40.000 Euro
Freibetrag Ehepartner	- 5.922 Euro
Freibetrag Kinder	- 16.776 Euro
17.302 Euro	

Jährlicher Zuzahlungsbetrag: (Belastungsgrenze von 2%)	346,04 Euro
--	-------------

(„chronisch krank“ Belastungsgrenze von einem Prozent)	173,02 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.

Wichtige Information

Verlangen Sie mit Ihrem Namen versehene Zuzahlungsbelege. Verwahren Sie diese Belege sorgfältig auf, 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, der Patient nicht mit Bus und Bahn oder dem eigenen Auto fahren kann und die Fahrten vom Arzt verordnet wurden. Man unterscheidet zwischen genehmigungsfreien und genehmigungspflichtigen Fahrten.

2.1 Genehmigungsfreie Fahrten

Dies sind Fahrten:

- zu Leistungen, die stationär erbracht werden. Gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen.
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus
- Fahrten in ein Hospiz
- Fahrten mit dem Taxi oder Mietwagen zu einer ambulanten Behandlung von Patienten, die mobil eingeschränkt sind.

Der letzte Punkt gilt für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, wenn eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt.

Schwerbehinderte mit Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung und/oder „Bl“ für Blindheit und/oder „H“ für Hilflosigkeit.

2.2 Genehmigungspflichtige Fahrten

Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung werden 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:

- Alle Fahrten, die einen Transport mit einem Krankentransportwagen (KTW) erfordern. Dies gilt auch für KTW-Fahrten zur ambulanten Behandlung für Patienten mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5.
- Fahrten für Patienten, die über längere Zeit eine hochfrequente Behandlung benötigen. Zu hochfrequentierten Behandlungen gehören:
 - › onkologische Strahlentherapie
 - › parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie
 - › Dialysebehandlung
- Fahrten für Patienten in vergleichbaren Ausnahmefällen.

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

Bei Serienbehandlungen, z.B. einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie, sind bei verschiedenen Krankenkassen unterschiedliche Zuzahlungsregelungen möglich. Es kann ein Eigenanteil für die erste und letzte Fahrt oder für jede Fahrt erhoben werden. Eine generelle Zuzahlungsbefreiung für Kinder existiert nicht.

2.3 Medizinisch notwendige Besuchs-fahrten

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

Wichtige Information

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

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

Wenn ein Kind unter zwölf Jahren nach ärztlichem Attest gepflegt werden muss, kann der pflegende erwerbstätige Elternteil, der seiner Arbeit fernbleiben muss, Krankengeld beantragen. Die Möglichkeit besteht grundsätzlich für bis zu zehn Tage pro Jahr und in der gesetzlichen Krankenversicherung versichertes Kind, sofern kein Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Weitere 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 zehn 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 Arbeitnehmer 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 könnten. 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 zwölften 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 zu werden, kann die Kasse die Kosten für die täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson erstatten. Dafür ist eine ärztliche Bescheinigung 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).

Im Gegensatz zum „Kinderpflege-Krankengeld“ (§ 45 SGB V) haben die Begleitpersonen dabei keinen Rechtsanspruch auf Freistellung durch den Arbeitgeber. Außerdem werden bei dieser Erstattung von Verdienstausfall keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt.

Deshalb wird bei einer Erstattung von länger als 28 Tagen der „Zeitraum der mitgliedserhaltenen 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.

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 zwei 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 Verdienstausfall erstattet werden. Nimmt ein Elternteil für die Zeit der notwendigen Weiterführung des Haushalts 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 Zahlung von zehn Prozent der Kosten zu leisten, mindestens fünf Euro, jedoch höchstens zehn Euro.

➔ 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 zwölfte 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.

Lehnt die Krankenkasse die beantragten Leistungen ab oder reichen die bewilligten Leistungen für Haushaltshilfe 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 Krankenhausaufenthalts 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 schwerstkranken 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 Mütter-Väter-Kuren	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. Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter 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 20 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 beigelegt werden, um die Bearbeitungszeiten zu verkürzen. Das Amt überprüft die vorgelegten Befunde und nimmt eine Einstufung vor. Es orientiert sich dabei an der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ (VersMedV) mit ihrer Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“. Die Versorgungsmedizinische Verordnung ist unter www.bmas.de downloadbar.

² Je nach Bundesland sind unterschiedliche Behörden für die Beantragung zuständig. Der psychosoziale Dienst des behandelnden Krankenhauses wird die zuständige Anlaufstelle und deren Anschrift nennen können.

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) Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt (Merkzeichen G) §146 SGB IX

Eine erhebliche Gehbehinderung liegt vor, wenn der Mensch aufgrund seiner Behinderung 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 Menschen mit Behinderung 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 dazu, besonders gekennzeichnete Parkplätze in Anspruch zu nehmen, sowie zum Parken an sonst verbotenen Plätzen sowie 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 Straßenverkehrsordnung (StVO) gestellt werden. Der Umfang der zu gewährenden Parkerleichterungen und deren Voraussetzungen sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. 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 sechs 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 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 Prozent 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 Prozent, der ständig die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ausschließt.

Vollständig von der Rundfunkbeitragspflicht befreit werden können Menschen, die taubblind sind, 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 Lebenspartner aus.

Unabhängig vom Merkzeichen RF ist unter anderem für Empfänger von Sozialhilfe, Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung, Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine Befreiung vom Rundfunkbeitrag 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 bei denen zudem schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen.

Menschen mit Seh-, Gehör- oder Sprachbehinderungen, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 90 Prozent vorliegt, 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 benannten Anschluss haben. Für Komplettpakete mit Telefonflatrate-Tarifen werden keine sozialen Vergünstigungen gewährt. Mit der Zuerkennung des Sozialtarifes für Menschen mit Seh-, Gehör- oder Sprachbehinderung wird eine Vergünstigung von monatlich maximal 8,72 Euro für bestimmte selbst gewählte Verbindungen gewährt, die über das Telefonnetz der Deutschen Telekom geführt werden. Eine soziale Vergünstigung in Höhe von maximal 6,94 Euro 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.

Die Vergünstigungen werden auf die Verbindungsentgelte angerechnet, aber nicht auf die monatlichen Grundpreise. 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 in der Regel befristet sein. Deshalb wird der Ausweis meist zunächst für fünf Jahre gewährt (§ 69 Abs. 5 Satz 3 SGB IX und § 6 Abs. 2 der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV)). Für schwerbehinderte Kinder unter zehn Jahren ist die Gültigkeitsdauer des Ausweises bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahrs, für Kinder im Alter zwischen zehn 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 Jahre befristet werden. Bei nichtdeutschen Menschen mit Schwerbehinderung, 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 ab 2021 als Pauschbeträge gewährt:

bei einem GdB von	ein jährlicher Pauschbetrag von
20	384 Euro
30	620 Euro
40	860 Euro
50	1.140 Euro
60	1.440 Euro
70	1.780 Euro
80	2.120 Euro
90	2.460 Euro
100	2.840 Euro
Merkzeichen „H“ oder „Bl“ zuerkannt	7.400 Euro

Ab dem Kalenderjahr 2021 ist ein behinderungsbedingter Fahrtkosten-Pauschbetrag neu eingeführt. Behinderungsbedingte Fahrtkosten werden zukünftig nur noch im Rahmen eines Fahrtkosten-Pauschbetrags berücksichtigt. Der Einzelnachweis entfällt. Menschen mit einem GdB von mindestens 80 Prozent oder mit einem GdB von mindestens 70 Prozent und dem Merkzeichen „G“ erhalten einen Pauschbetrag von 900 Euro; für Menschen mit dem Merkzeichen „aG“ oder „Bl“ oder „H“ beträgt dieser Pauschbetrag 4.500 Euro. Die Pauschale wird statt der bisher individuell ermittelten Aufwendungen für Fahrtkosten unter Abzug der zumutbaren Belastung berücksichtigt.

Über Pauschbeträge oder durch Nachweis der tatsächlich entstandenen Kosten können z.B. die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe oder für Kinderbetreuungskosten steuerlich geltend gemacht werden.

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 frühestmöglich angemessen zu fördern. Zugleich sollen ihre Familien durch Beratung und Anleitung unterstützt werden. Familienorientierung ist ein Grundsatz. Die Maßnahmen der Frühförderung umfassen je nach Bedarf medizinisch-therapeutische, pädagogische, psychologische und soziale Hilfen. Sie sollen im Zeitraum der ersten Lebensjahre erbracht werden. Frühförderung bieten interdisziplinäre Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen an. In den verschiedenen Bundesländern kann es unterschiedliche Regelungen geben. Beratung zu Möglichkeiten von Frühförderung leisten u.a. Ärzte, Kinderkliniken, sozialpädiatrische Zentren, die Sozial- und Gesundheitsämter und Behindertenverbände. Örtliche Ansprechpartner für Frühförderstellen sind unter www.fruehfoerderstellen.de zu finden, sozialpädiatrische Zentren über www.Kinderaerzte-im-netz.de.

➔ 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 Menschen mit Behinderung müssen individuell beurteilt werden. Deshalb bedarf es vor einer Bewerbung immer einer guten Beratung durch einen Experten. Dies gilt auch für Menschen mit Krebserkrankung. 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 Menschen mit Schwerbehinderung während der Zeit einer Berufsausbildung in Betrieben und Dienststellen gleichgestellt (§ 151 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 Menschen mit Schwerbehinderung am Arbeitsplatz 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, Menschen mit Schwerbehinderung, 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.

4.1 Arbeitsrechtliche Schutzrechte

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

- Über den gesetzlichen Urlaub hinaus besteht ein Anspruch auf einen zusätzlichen bezahlten Urlaub von einer Arbeitswoche (§208 SGB IX).
- besonderer Kündigungsschutz: Der Arbeitgeber muss vor einer fristlosen oder ordentlichen Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes beantragen und erhalten, bevor die Kündigung wirksam werden kann (§ 168 SGB IX).

Ein Mensch mit Schwerbehinderung darf auch bei der Begründung eines Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnisses nicht benachteiligt werden (§ 164 Abs. 2 SGB IX).



Wird bei der Begründung gegen das geregelte Benachteiligungsverbot eines Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnisses verstoßen, kann der hierdurch benachteiligte schwerbehinderte Bewerber eine angemessene Entschädigung in Geld verlangen. 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 bestimmte körperliche oder geistige Anforderungen stellt und aufgrund einer Behinderung diesen Anforderungen nicht entsprochen werden kann.

4.2 Begleitende Hilfen im Berufsleben

Menschen mit Schwerbehinderung können persönliche Beratungshilfe zur Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche sowie materielle Hilfen beanspruchen (§102 SGB IX). Zum Beispiel können technische Hilfen am Arbeitsplatz (behinderungsbedingte Arbeitsmittel) finanziert werden oder Unterstützung zum Kauf eines Kraftfahrzeuges 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 Be-

hinderung besondere Hilfen zuteil. Gefördert werden hier u.a. die berufliche Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung. Neben der Berufsberatung werden auch Lehrgänge zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung angeboten.

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 Übernachtungskosten 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 Hoch- 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., www.studentenwerke.de, Tel. 030/297727-64, oder die Beratungsstellen für Studenten mit Behinderung der Universitäten und Fachhochschulen.

4.5 Führerschein-/Kfz-Kosten

Menschen mit Behinderung, 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.

Eine Voraussetzung zur Gewährung eines Zuschusses ist, dass der Betreffende, vor allem zur Teilhabe am Arbeitsleben, auf das Kraftfahrzeug angewiesen ist und in der Regel das Fahrzeug selbst nutzen kann. Außerdem muss die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder Fahrdiensten für Menschen mit Behinderung unmöglich oder unzumutbar sein. Gleiches gilt für den Besuch von Berufsausbildungsstätten.

Förderung gibt es für:

- Beschaffung eines Kraftfahrzeuges, einkommensabhängig, bis zu 9.500 Euro.
- behindertengerechte Zusatzausstattung und die Kosten für deren Einbau und Reparaturen in voller Höhe.
- die Erlangung der Fahrerlaubnis, einkommensabhängig, bis zur vollen Höhe der Kosten für behinderungsbedingte Untersuchungen, Ergänzungsprüfungen.
- Leistungen in Härtefällen, z. B. Kosten für Beförderungsdienste.

Zuständig ist der Kostenträger der beruflichen Rehabilitation, in der Regel die Bundesagentur für Arbeit, bzw. das Integrationsamt/Inklusionsamt.



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“). Die Altersgrenze von 65 Jahren gilt nur für Menschen, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind. Sie wird schrittweise auf 67 Jahre angehoben.

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 sichern kann (z.B. durch Aufnahme einer Arbeit, aus Einkommen oder Vermögen oder durch Hilfe von Angehörigen). Der Vermögenseinsatz richtet sich nach den Bestimmungen des §12 SGB II, wobei der Einsatz des Vermögens durch zahlreiche Ausnahmen und Freibetragsregelungen beschränkt wird.

Maßgeblich für einen Anspruch auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende ist die Erwerbsfähigkeit, d.h. die gesundheitlich bedingte Fähigkeit, mindestens drei Stunden täglich unter den allgemeinen Bedingungen

des Arbeitsmarktes tätig sein zu können. Zu den Erwerbsfähigen werden auch die Personen 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 Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II gem. SGB II) erteilt die Bundesagentur für Arbeit.

In einigen Wohnorten übernimmt die Kommune (Optionskommune) diese Arbeit. Weitere Infos findet man unter www.bmas.de, Broschüre „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (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 (*+ zehn Monate), 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/Heizung 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 davon abweichend festgelegt werden. Eigenes Einkommen und Vermögen und das des nicht getrennt lebenden Ehe-

gatten 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 Mehrbedarfszuschläge 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 Menschen mit Behinderung 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 (*+ zehn Monate) 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 zehn 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 empfängnisverhütende Mittel werden übernommen, wenn diese ärztlich verordnet worden sind.

2.4 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.

2.5 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.

2.6 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 nach §13 Wohngeldgesetz (WoGG) wird ein Freibetrag in Höhe von 1.800 Euro für Menschen mit Schwerbehinderung mit einem GdB von 100 Prozent oder von wenigstens 80 Prozent, wenn der Mensch mit Schwerbehinderung 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 bei der Wohngeldbehörde 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 erteilt die örtliche Wohngeldbehörde der Gemeinde-, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltung. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat stellt unter www.bmi.bund.de einen Wohngeldrechner zur Verfügung.

➔ 4. Kindergeld

Bei einer längeren Erkrankung eines volljährigen Kindes bleibt der Kindergeldanspruch bestehen. Bedingung: Das Kind hat das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet, befindet sich in einer Berufsausbildung oder einem Studium und plant nach der Erkrankung Ausbildung oder Studium fortzusetzen.





V. Nachsorge für Kinder, Jugendliche und Familien

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

hen. 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 vier Wochen. Hierbei reisen alle Teilnehmer einer Rehagruppe gemeinsam an einem Stichtag an und vier 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 (FOR). Familienrehabilitation ist immer dann angezeigt, wenn die therapeutische Einbindung von Familienmitgliedern zum Erreichen der Reha-Ziele 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 (Flexi-erentengesetz), das am 1. Januar 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 (RV) der Eltern als auch bei der Krankenversicherung (KV), bei der das Kind versichert ist. Die Antragsteller, also die

Erziehungsberechtigten, entscheiden dann darüber, ob sie den Antrag bei der Rentenversicherung oder Krankenversicherung stellen wollen. 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, in dem die Auswirkungen der Akutbehandlung hervorgehoben und die Notwendigkeit der Familienrehabilitation begründet werden. 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 Reha-Einrichtung durchgeführt werden. Auch hier gibt Ihnen die behandelnde Akutklinik Informationen (Adressen auch auf Seite 66f.). Nach § 8 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 Leukämie-Forschungshilfe/Deutsche Kinderkrebsstiftung oder der Deutschen Krebshilfe beantragen.

➔ 2. Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene

Der Anspruch auf eine Reha-Maßnahme gilt selbstverständlich auch für Jugendliche und junge Erwachsene nach einer Krebserkrankung. Die Patienten reisen hierbei ohne Familie an und werden ihren Bedürfnissen entsprechend zu altershomogenen Gruppen zusammengefasst. Die Maßnahme dauert vier 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.

Antragstellende sollten darauf achten, dass sie nicht aus Kostengründen in eine traditionelle Erwachsenen-klinik eingewiesen werden, sondern in eine Rehaklinik, die spezielle Kleingruppen für ihre Altersgruppe anbietet.

Dort geht man gezielt auf ihre Bedürfnisse ein. Da im Einweisungsverfahren Wünsche des Anspruchsberechtigten nach § 8 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 Argumente an der Seite. Antragstellende 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 zehn 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 kann 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. Hinweise für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

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 Sozialleistungen ist in der Regel vom jeweiligen Aufenthaltsstatus und von individuellen Voraussetzungen abhängig. So kann der Behindertenausweis für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte 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 Menschen mit Zuwan-

derungsgeschichte mit Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis.

Regelungen durch SGB V (Krankenversicherung), SGB VI (Rentenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung) beruhen demgegenüber grundsätzlich 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 Menschen mit Zuwanderungsgeschichte haben die Möglichkeit (aufgrund von zwischenstaatlichen Abkommen), 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 Deutsche Rentenversicherung (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.

➔ 1. Gesetzliche Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht

Für jeden Menschen mit Zuwanderungsgeschichte 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 folgende Aufenthaltstitel auf: das Visum, die (befristete) Aufenthaltserlaubnis, die (unbefristete) Niederlassungserlaubnis, die Blaue Karte EU, die ICT-Karte, die Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EU.

Visum

Ein Visum kann Menschen mit Zuwanderungsgeschichte 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 einen Einladenden notwendig sein, die wohl überlegt sein will. Denn das beinhaltet die Erklärung einer Haftungsübernahme. Die Verpflichtung erfasst die Aufbringung bzw. Erstattung aller Kosten für den gesamten Lebensunterhalt, der Unterkunft, der Kosten für Krankenversorgung und der Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Erstattungspflichtig sind auch die Ausreisekosten (z.B. Kosten für ein Flugticket).

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 Aufenthaltszwecke 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 als Arbeitnehmer, zur Arbeitssuche oder zur Berufsausbildung, als niedergelassene selbständig Erwerbstätige oder als Erbringer bzw. Empfänger von Dienstleistungen in Deutschland. Sie müssen über ausreichende Existenzmittel und einen Krankenversicherungsschutz verfügen.

➔ 3. Asylsuchende/Geflüchtete

Menschen, die vor Verfolgungen Schutz suchen und Asyl beantragen, erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Geflüchtete, 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 und werden in der Regel über die Ausgabe von speziellen Behandlungsscheinen durch die Sozialämter sichergestellt. Die Leistungsgewährung nach dem AsylbLG liegt im Ermessen der kommunalen Leistungsträger.

Nach der Wartezeit von 15 Monaten stehen Geflüchteten reguläre Leistungen analog der Sozialhilfe zu. Sie werden gemäß § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise von den gesetzlichen Krankenkassen betreut, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), mit der sie nahezu dieselben Leistungen erhalten wie gesetzlich Krankenversicherte.

Weitere Auskünfte dazu erteilen die Ausländerbehörden oder Migrationssozialberatungsstellen.





VII. Klinikschnle, Hausunterricht, digitale Zuschaltung

Schnle ist ein wichtiger Lebensort für Kinder und Jugendliche. Es werden Kompetenzen erworben und damit Chancen für die Zukunft geschaffen. Im Kontakt zu Gleichaltrigen wird eine psychosoziale Anbindung erfahren. Schnle prägt die soziale und die Persönlichkeitsentwicklung.

Krebskranke Kinder und Jugendliche dürfen während ihrer Behandlung über viele Monate die Schnle nicht besuchen und brauchen so besondere Förderung. Die schulrechtlichen Vorgaben und Voraussetzungen zur Erteilung von Unterricht im Krankenhaus und im häuslichen Umfeld sind in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. Über die im betreffenden Bundesland geltenden Richtlinien und Möglichkeiten von Klinik- und Hausunterricht kann der psychosoziale Dienst der

behandelnden Klinik oder das zuständige Schulamt Auskunft erteilen.

➔ 1. Unterricht im Krankenhaus

Grundsätzlich haben Klinikschnlen die Aufgabe, kranke Schüler, 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 in ihrer Heimschnle nicht verlieren.

Der Klinikunterricht richtet sich im zeitlichen Umfang nach der Belastbarkeit des erkrankten Kindes oder Jugendlichen. Um die optimale Förderung erreichen zu können, setzt sich der Kliniklehrer mit der Heimschnle

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, 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 Lehrkräften der betreffenden Schule erteilt und orientiert sich an den jeweiligen Lehrplänen der Klassenstufe.

➔ 3. Digitale Zuschaltung in den Unterricht

Die Digitalisierung ermöglicht Kindern und Jugendlichen, die krankheitsbedingt nicht am Unterricht teilnehmen können, mehr und mehr sich in ihr Klassenzimmer/den Kursraum zuzuschalten und so direkt am Unterricht teilzunehmen. Bei der technischen Realisierung können dabei unterschiedliche Formen der Vernetzung genutzt werden. Laptops, Tablets bis hin zum Telepräsenzmonitor, dem „Avatar“, kommen je nach Kompetenzen auf Seiten von Familie, Schule und Standorte zum Einsatz. Über die Angebote und Möglichkeiten informieren die Schulen für Kranke, die psychosozialen Dienste in den Kliniken und die örtlichen Elternvereine.

➔ 4. Nachteilsausgleich

Schülern mit langfristigen oder chronischen Erkrankungen kann ein Nachteilsausgleich bei Leistungsnachweisen gewährt werden. Die Schule ist verpflichtet, einer durch die Erkrankung verursachten Beeinträchtigung Rechnung zu tragen und durch eine spezifische Unterstützung dazu beizutragen, dass Schülern durch die Krankheitszeit kein Nachteil entsteht. Formen des Nachteilsausgleiches sind u.a. verlängerte Arbeitszeiten bei Klassenarbeiten, Zulassen spezifischer Arbeitsmittel, größere Exaktheitstoleranz, differenzierte Aufgabenstellung. Die individuellen Formen des Nachteilsausgleiches müssen über die Heimatschule in der Klassenkonferenz unter Vorsitz der Schulleitung beschlossen werden. Bei allen Fragen, die Prüfungen betreffen, müssen in der Regel die Schulbehörden mit einbezogen werden.



VIII. Finanzielle Zuschüsse

➔ 1. Sozialfonds der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe, 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, dass die Familie die mit der Krankheit entstehenden besonderen Kosten nicht ohne weiteres aus dem eige-

nen Vermögen bestreiten kann. Der Gesetzgeber sieht diese Grenze bei einem Sparguthaben/Vermögen von 15.500 Euro pro Person.

Die Anträge müssen Daten zur Erkrankung des Kindes sowie die Einkommensverhältnisse und die festen Ausgaben der Familie darlegen. Die Richtigkeit der Angaben muss durch Mitarbeiter des Psychosozialen Dienstes oder durch eine berechtigte Person einer Elterngruppe sowie durch den behandelnden Arzt bestätigt werden.

Antragsformulare können von der Website www.kinderkrebsstiftung.de/sozialfonds heruntergeladen werden. Sie sind beim psychosozialen Dienst der behandelnden Klinik oder direkt zu erhalten bei der

- Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
Dachverband
Adenauerallee 134
53113 Bonn
Tel. 0 228/688 460.

➔ 2. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e.V.

Die Deutsche Krebshilfe gewährt, ähnlich wie die Deutsche Leukämie-Forschungshilfe, finanzielle Unterstützung für Patienten und deren Familien mit geringem Einkommen, die unverschuldet in finanzielle Schwierigkeiten geraten sind. Antragsformulare gibt es unter:

- Deutsche Krebshilfe e.V.
Härtefonds
Buschstr. 32
53113 Bonn
Tel. 0 228/729 900
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 fester monatlicher Ausgaben) bei einer Person 446 Euro, bei zwei Personen 819 Euro, bei drei Personen 1.176 Euro nicht übersteigen. Die Zuwendungen liegen je nach Bedürftigkeit zwischen 440 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. 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. Eine jeweils überarbeitete Adressenliste der Elterngruppen erhalten Sie von der

- Deutschen Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn
Tel.: 0 228 / 688 460
www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/elterngruppen/



Adressen und weitere Auskünfte

Wichtige Organisationen

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

Deutsche Kinderkrebsstiftung

Adenauerallee 134

53113 Bonn

Tel. 0 228/688 460

info@kinderkrebsstiftung.de

www.kinderkrebsstiftung.de

Adressen der lokalen Elternvereine gibt

es unter [www.kinderkrebsstiftung.de/](http://www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/elterngruppen)

[ueber-uns/elterngruppen](http://www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/elterngruppen)

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstr. 32

53113 Bonn

Tel. 0 228/729 900

deutsche@krebshilfe.de

www.krebshilfe.de

Krebs-Informations-Dienst (KID)

des Deutschen Krebsforschungszentrums

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Tel. 0 800/4 203 040

krebsinformationsdienst@dkfz.de

www.krebsinformationsdienst.de

Bundesarbeitsgemeinschaft

Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung

und chronischer Erkrankung und ihren

Angehörigen e.V.

Kirchfelder Str. 149

40215 Düsseldorf

Tel. 0 211/310 060

info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

Tel. 030/32 293 290

service@krebsgesellschaft.de

www.krebsgesellschaft.de

Die DKG informiert über die Adressen
ihrer Landesverbände.

Anerkannte Rehabilitationskliniken**SyltKlinik der Deutschen Kinderkrebsstiftung**

Osetal 7

25996 Wenningstedt-Braderup

Tel. 04 651/9 490

info@syltklinik.de

www.syltklinik.de

Rehabilitationsklinik „Bad Oexen“

Oexen 27

32549 Bad Oeynhausien

Tel. 05 731/5 370

klinik@badoexen.de

www.badoexen.de

Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe

Oberkatzensteig 11

78141 Schönwald / Schwarzwald

Tel. 0 7 723/65 030

verwaltung@katharinenhoehe.de

www.katharinenhoehe.de

Nachsorgeklinik Tannheim

Gemeindewaldstr. 75

78052 VS-Tannheim

Telefon: +49 (0) 7705-92 00

info@tannheim.de

www.tannheim.de

Informative Webseiten**Soziale Sicherung im Überblick, BMAS**

www.bmas.de

Online-Ratgeber Pflege, BMG

www.bmg.bund.de

**Pflegen zu Hause – Ratgeber für die häusliche Pflege,
BMG, Referat LP, 53107 Bonn**

www.bmg.bund.de

Online-Ratgeber Krankenversicherung, BMG

www.bmg.bund.de

**Ihr Wegweiser zum Thema Leben mit Behinderungen,
BMAS**

www.einfach-teilhaben.de

Ratgeber für Menschen mit Behinderungen, BMAS
www.bmas.de

Wohngeldrechner
www.bmi.bund.de

Ratgeber für Menschen mit Behinderungen, BMAS
www.bmas.de

ZB Ratgeber Behinderung und Ausweis
www.integrationsaemter.de

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

Beratung und Hilfe bei der beruflichen Teilhabe behinderter Menschen – Das Portal REHADAT-Angebote und Adressen
www.rehadat-adressen.de

Sozialhilfe und Grundsicherung, BMAS,
www.bmas.de

Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern, Hrsg. : Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
www.bvkm.de

„Studium und Behinderung, Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerks
www.studentenwerke.de/behinderung

Notizen



Deutsche Kinderkrebsstiftung

Adenauerallee 134

53113 Bonn

Tel. 0 228/688 460

Fax. 0 228/6884 644

info@kinderkrebsstiftung.de

www.kinderkrebsstiftung.de



Spendenkonto

Commerzbank AG Köln


Konto: 00 555 666 00

BLZ: 370 800 40

IBAN: DE48 3708 0040 0055 5666 00

SWIFT-BIC: DRES DE FF 370

 @deutschekinderkrebsstiftung

 /kinderkrebsstiftung