

Sozialrechtliche Fragestellungen aus der Sicht von Familien mit chronisch kranken Kindern

ein Überblick

Die nachfolgenden Ausführungen sollen einen Überblick über mögliche sozialrechtliche Leistungen und Ansprüche sowie den Verfahrensablauf geben. Die Darstellungen sind nicht abschließend, geben jedoch die häufigsten in der Praxis auftauchenden Fragestellungen wider.

Die Ausführungen haben den Stand Mai 2019.

Sollten Sie Anregungen oder Wünsche haben, welche Fragestellungen noch zu behandeln sind oder sollte etwas Ihrer Meinung nach Wichtiges fehlen, freue ich mich über eine Mail an

info@braun-venten.de

Überblick Verfahren

SGB I, SGB X

Antragstellung

- mit der Stellung eines Antrages bei einer Behörde beginnt das Verfahren auf Prüfung der Leistungen
- ohne einen Antrag wird eine Behörde nicht tätig und wird somit in der Regel keine Leistungen erbringen

Vorbereitung der Antragstellung

- 🏠 bevor ein Antrag bei einer Behörde gestellt wird, sollte man sich über die möglichen Leistungen informieren
- 🏠 vorhandene Unterlagen, die für die Antragstellung nützlich sein können, sollten zusammen getragen und geordnet werden

Form Antragstellung

- 🏠 Anträge sollten immer schriftlich gestellt werden
- 🏠 Niemand braucht Angst davor zu haben, einen Antrag bei einer unzuständigen Behörde zu stellen, denn der „falsche“ Leistungsträger hat den Antrag unverzüglich an den eigentlich zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten

Muster Antrag

Absender

Empfänger

Datum

Antrag Leistungen/Feststellung GdB/...

Sehr geehrte Damen und Herren,

für meinen Sohn/Tochter, geboren am ... beantrage
wir die Gewährung von Leistungen in gesetzlicher Höhe /
die Feststellung eines GdB von wenigstens ... zuzüglich
in Betracht kommender Merkzeichen / Gewährung einer
Rehabilitationsmaßnahme ...

Ich beantrage die Leistung, weil ...

Anspruch auf Beratung und Auskunft

- 🏠 bereits vor Antragstellung haben Leistungsberechtigte gegen die Behörde einen Anspruch auf Auskunft und Beratung über die zustehenden Rechte und Leistungen
- 🏠 für Menschen mit Behinderung wurden durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ergänzende unabhängige Beratungsstellen (EUTB) eingeführt

Mitwirkungspflichten

- ☛ die Behörde ermittelt den Sachverhalt „von Amts wegen“
- ☛ seitens des Leistungsberechtigten bestehen unabhängig davon Auskunfts- und Mitwirkungspflichten
- ☛ in der Regel werden von den Behörden abhängig von der beantragten Leistung Fragebögen übermittelt
- ☛ die Fragebögen sind sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen

Verletzung von Mitwirkungspflichten

- ☞ werden Mitwirkungspflichten verletzt, kann die Leistung verweigert werden
- ☞ vor einer Ablehnung ist der Leistungsberechtigte schriftlich auf die Folgen hinzuweisen und eine angemessene Frist zu setzen, innerhalb derer die geforderten Angaben nachgereicht oder erforderliche Handlungen nachgeholt werden können

Bearbeitungsdauer

- 🏠 über einen Antrag ist binnen angemessener Frist zu entscheiden
- 🏠 in der Regel beträgt die Frist für eine Antragsbearbeitung bis zu 6 Monate
- 🏠 für bestimmte Leistungen bestehen abweichende Regelungen, so zum Beispiel bei einem Erstantrag bei der Pflegeversicherung oder bei Leistungen der Krankenversicherung

Entscheidung der Behörde

- 🏠 über einen Antrag entscheidet eine Behörde durch Bescheid
- 🏠 die Entscheidung der Behörde ist dem Leistungsberechtigten bekannt zu geben
- 🏠 in der Regel wird die Entscheidung mit der Post verschickt
- 🏠 mit der Bekanntgabe beginnen Fristen zu laufen

Widerspruch

- 🟡 besteht mit der Entscheidung der Behörde kein Einverständnis, kann gegen die Entscheidung Widerspruch eingelegt werden
- 🟡 die Frist zur Einlegung des Widerspruchs beträgt 1 Monat und beginnt mit Zugang der Entscheidung zu laufen

Formalien Widerspruch

- 🟡 der Widerspruch ist schriftlich bei der Behörde einzulegen, die den Bescheid erlassen hat
- 🟡 er muss innerhalb der Widerspruchsfrist bei der Behörde eingehen
- 🟡 wird die Widerspruchsfrist versäumt, wird der Bescheid bestandskräftig und verbindlich
- 🟡 ggf. kommt ein Überprüfungsantrag in Betracht

Begründung Widerspruch

- ☛ auch wenn ein Widerspruch nicht begründet werden muss, empfiehlt es sich, zu begründen, warum mit der Entscheidung kein Einverständnis besteht

Muster Widerspruch

Absender

Empfänger

Datum

Ihr Zeichen

Bescheid vom ... wegen ..

Sehr geehrte Damen und Herren,

in vorbezeichneter Angelegenheit lege ich
gegen Ihren Bescheid vom ..., Az. ...,
Widerspruch ein.

Die getroffene Entscheidung ist falsch, weil

Klageverfahren

- 🏠 sollte die Behörde dem eingelegten Widerspruch nicht abhelfen, ergeht ein Widerspruchsbescheid
- 🏠 gegen den Widerspruchsbescheid kann man beim Sozialgericht Klage einreichen
- 🏠 die Klage ist innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheides einzureichen

Untätigkeitsklage

- ❏ entscheidet eine Behörde nicht innerhalb der vom Gesetz vorgesehenen Fristen, kann eine Untätigkeitsklage eingereicht werden
- ❏ die Untätigkeitsklage kann im Ausgangsverfahren in der Regel frühestens nach 6 Monaten eingereicht werden, im Widerspruchsverfahren frühestens nach 3 Monaten
- ❏ die Untätigkeitsklage hat lediglich eine Entscheidung der Behörde zum Ziel, eine bestimmte Entscheidung kann nicht erzwungen werden

einstweiliger Rechtsschutz

- 🏠 für den Fall, dass eine eilige Entscheidung erforderlich ist, kann ein Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz bei Gericht gestellt werden

Kosten vor den Sozialgerichten

- 🏠 Verfahren vor den Sozialgerichten sind im Allgemeinen kostenfrei
- 🏠 es fallen keine Gerichtsgebühren an und auch eventuell einzuholende Sachverständigengutachten werden von der Staatskasse zu tragen
- 🏠 im Falle des Unterliegens hat der Leistungsberechtigte nur seine eigenen Anwaltskosten zu tragen

Beratungshilfe / Prozesskostenhilfe

- 🟡 für den Fall, dass die persönlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen vorliegen, kann für das Widerspruchsverfahren Beratungshilfe und für das Verfahren vor dem Gericht Prozesskostenhilfe beantragt werden

Menschen mit Behinderung

SGB IX

Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

schwerbehinderte Menschen

Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des [§ 156 SGB XI] rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

Gleichstellung

Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Antrag

- 🟡 der Antrag auf Feststellung einer Behinderung ist bei der zuständigen Behörde zu stellen
- 🟡 die zuständige Behörde richtet sich jeweils nach dem Bundesland
- 🟡 der Antrag auf Feststellung einer Behinderung und eines Merkzeichens kann auch rückwirkend gestellt werden
- 🟡 ab einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 stellt die Behörde einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch aus („Schwerbehindertenausweis“)

Webseite für Anträge GdB in Deutschland

[https://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/
Schwerbehinderung/GdB_Ausweis/
karte_ausweis_formulare_.html](https://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Schwerbehinderung/GdB_Ausweis/karte_ausweis_formulare_.html)

Schwerbehindertenausweis



Vorderseite

Größe: 85,60 mm x 53,98 mm



Rückseite

Gültigkeitszeitraum

- in der Regel wird der Ausweis für 5 Jahre ausgestellt
- bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann eine unbefristete Ausstellung erfolgen
- bei schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren wird der Ausweis in der Regel bis zum 10. Lebensjahr befristet
- bei schwerbehinderten Kindern zwischen 10 und 15 Jahren wird der Ausweis in der Regel bis zum 20. Lebensjahr befristet

Bildung des Gesamtgrades der Behinderung

-  der Grad der Behinderung ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Behinderung
-  der Grad der Behinderung sagt nichts über die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung in seinem konkret ausgeübten oder angestrebten Beruf aus

Voraussetzungen Behinderung

- ✚ eine Behinderung erfordert das Abweichen der für das Lebensalter typischen Gesundheitszustand
- ✚ Grundlage für die Beurteilung und die Bildung des Gesamt-GdB sind die Versorgungsmedizinischen Grundsätze
- ✚ für die Bestimmung des GdB werden im ersten Schritt die einzelnen Körperfunktionen untersucht und deren konkrete Beeinträchtigung festgestellt
- ✚ für jede beeinträchtigte Körperfunktion wird ein Einzel-GdB bestimmt
- ✚ nach Feststellung sämtlicher Beeinträchtigungen wird ein Gesamt-GdB bestimmt

Versorgungsmedizinverordnung im Netz

https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k710-versorgungsmed-verordnung.pdf;jsessionid=E47BF220BA7135B08CF200EB1C560FD4?__blob=publicationFile&v=3

Feststellung Merkzeichen

- 🏠 Merkzeichen sind Buchstaben, die auf der Rückseite des Schwerbehindertenausweises eingetragen werden
- 🏠 Merkzeichen dienen als Nachweis für besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen
- 🏠 mit den einzelnen Merkzeichen sind unterschiedliche Rechte verbunden

Übersicht Merkzeichen

-  H – hilflos
-  B – Begleitperson erforderlich
-  G – erheblich gehbehindert
-  aG – außergewöhnlich gehbehindert
-  Bl – blind
-  Gl – gehörlos
-  TBl – taubblind
-  RF – Befreiung von Rundfunkbeitrag /
Fernsehgebühr

Merkzeichen „H“

- ☞ der Betroffene braucht infolge seiner Behinderung nicht nur vorübergehend, sondern dauernd für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, die der Sicherung seiner persönlichen Existenz dienen, im Ablauf eines jeden Tages in erheblichem Umfang fremder Hilfe
- ☞ eine Einstufung in den Pflegegerad 4 oder 5 hat regelmäßig die Zuerkennung des Merkzeichens „H“ zur Folge

Merkzeichen „H“ bei Kindern

- 🏠 bei Kindern zählt auch die Anleitung und Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie die notwendige Überwachung zu den Hilfeleistungen
- 🏠 zu berücksichtigen ist nur der Mehraufwand im Vergleich zu gleichaltrigen gesunden Kindern

Merkzeichen „B“

- ☞ ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen notwendig, die infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind
- ☞ die Feststellung des Merkzeichens „B“ bedeutet nicht, dass die schwerbehinderte Person, wenn sie nicht in Begleitung ist, eine Gefahr für sich oder andere darstellt

Merkzeichen „G“

- 🏠 in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt, wer Wegstrecken im Ortsverkehr infolge einer Einschränkung des Gehvermögens auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden

Merkzeichen „aG“

- ☛ das Merkzeichen „aG“ ist nur zuzuerkennen, wenn wegen außergewöhnlicher Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das schwerste eingeschränkt ist; die Beeinträchtigung des Orientierungsvermögens allein reicht nicht aus
- ☛ erforderlich ist seit 01.01.2017 eine mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung, die allein einem GdB von wenigstens 80 entspricht
- ☛ die außergewöhnliche Gehbehinderung muss nicht aufgrund von orthopädischen, sondern kann auch wegen schwerer Beeinträchtigung innerer Organe vorliegen

Merkzeichen „Bl“

- 🜔 Blindheit liegt vor, wenn das Augenlicht vollständig fehlt
- 🜔 „Blind“ ist auch derjenige, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als $1/50$ beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleich zu setzen sind

Merkzeichen „GI“

-  das Merkzeichen „GI“ wird bei Gehörlosigkeit und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung anerkannt

Merkzeichen „TBI“

- ☛ das Merkzeichen „TBI“ wird zuerkannt, wenn eine Störung der Hörfunktion einen GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 anerkannt ist

Merkzeichen „RF“

- 🏠 die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Anerkennung des Merkzeichens „RF“ liegen bei Blindheit oder wesentlicher Sehbehinderung, die einen GdB von wenigstens 60 allein für die Sehbehinderung bedingt, bei Hörgeschädigten, bei denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (GdB für Hörbehinderung wenigstens 50) und bei Behinderten mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können

steuerliche Auswirkungen und Nachteilsausgleiche bei einem GdB

EStG, Verwaltungsvorschriften

Steuererleichterungen Einkommensteuer

- ☛ Aufwendungen, die wegen einer Behinderung entstehen, können als außergewöhnliche Belastungen bei der Festsetzung der Einkommensteuer geltend gemacht werden
- ☛ es wird ein zumutbarer Eigenanteil entsprechend der Höhe der Einkünfte angerechnet, weshalb sich regelmäßig die Geltendmachung des Behinderten-Pauschbetrages für Menschen mit Behinderung gemäß § 33b Absatz 3 EStG empfiehlt
- ☛ Pflegepersonen – und damit insbesondere Eltern mit Kindern mit Behinderung – können den Pflege-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 6 EStG für die Aufwendungen der häuslichen Pflege geltend machen

Link Berechnung zumutbare Belastung

[https://www.finanzamt.bayern.de/Informationen/
Steuerinfos/Steuerberechnung/
Zumutbare_Belastung/default.php](https://www.finanzamt.bayern.de/Informationen/Steuerinfos/Steuerberechnung/Zumutbare_Belastung/default.php)

Behinderten-Pauschbetrag (allgemein)

- mit dem Behinderten-Pauschbetrag werden die laufenden und typischen Aufwendungen für die Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, für die Pflege sowie für einen erhöhten Wäschebedarf abgegolten
- berücksichtigt werden die Aufwendungen, die erfahrungsgemäß durch die Behinderung entstehen und deren alleinige behinderungsbedingte Veranlassung nur schwer nachweisbar ist
- alle weiteren behinderungsbedingten Aufwendungen (Kuren, Arznei- und Arztkosten u.ä.) können daneben als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG berücksichtigt werden

Behinderten-Pauschbetrag (Kinder)

- 🏠 bei Kindern mit Behinderung ohne eigene Steuererklärung können sich die Eltern auf Antrag beim Finanzamt den Behinderten-Pauschbetrag von ihrem Kind mit Behinderung übertragen lassen, wobei Voraussetzung ist, dass die Eltern für das Kind Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhalten
- 🏠 Bei geschiedenen, dauernd getrennt lebenden oder unverheirateten Eltern wird der Behinderten-Pauschbetrag jeweils zur Hälfte auf beide Elternteile übertragen, sofern die Eltern nicht eine andere Aufteilung geltend machen

Behinderten-Pauschbetrag (Änderungen im Jahr)

- ☛ der Pauschbetrag wird für das gesamte Jahr gewährt, wenn die Voraussetzung nur an einem Tag im Jahr vorgelegen haben
- ☛ steuerlich wird der höchste im Jahr anerkannte GdB berücksichtigt

Behinderten-Pauschbetrag (Rückwirkung)

- ☛ wird rückwirkend ein GdB oder das Merkzeichen „H“ anerkannt, kann der Behinderten-Pauschbetrag nachträglich geltend gemacht werden, soweit noch keine Festsetzungsverjährung eingetreten ist
- ☛ die steuerliche Festsetzungsfrist beträgt vier Jahre und beginnt am 31.12. des zu veranlagenden Steuerjahres
- ☛ für die Fristberechnung kommt es auf den Zeitpunkt der Antragstellung beim Versorgungsamt an

Behinderten-Pauschbetrag (Höhe)

Grad der Behinderung	Pauschbetrag
von 25 – 30	310 €
von 35 – 40	430 €
von 45 – 50	570 €
von 55 – 60	720 €
von 65 – 70	890 €
von 75 – 80	1.060 €
von 85 – 90	1.230 €
von 95 – 100	1.420 €

- der jährliche Pauschbetrag erhöht sich auf 3.700 €, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „H“ oder „Bl“ eingetragen ist
- ab dem Veranlagungszeitraum 2017 steht dem Merkzeichen „H“ die Einstufung in die Pflegegerade 4 und 5 gleich

Link Steuerausgleiche

https://ltn.niedersachsen.de/steuer/steuermerkblaetter_und_broschueren/steuerliche-nachteilsausgleiche-fuer-behinderte-menschen-99413.html

Pflege-Pauschbetrag

- ☛ einen Pflege-Pauschbetrag in Höhe von jährlich 924 € können Angehörige geltend machen, die eine ständig hilflose Person (mit Merkzeichen „H“ oder Pflegegrad 4 oder 5) in ihrer oder der Wohnung des Pflegebedürftigen pflegen und dafür keine Einnahmen erhalten
- ☛ Pflegegeld, das die Pflegeperson von der zu pflegenden Person erhält, zählt grundsätzlich als Einnahme; eine Ausnahme bildet das Pflegegeld, das die Eltern für die Pflege ihres Kindes erhalten
- ☛ die eigene häusliche Pflege muss an mindestens 36 Tagen pro Kalenderjahr erfolgen
- ☛ der Pflege-Pauschbetrag kann zusätzlich zu dem vom Kind übertragenen Behinderten-Pauschbetrag geltend gemacht werden

außergewöhnliche Belastungen

- 🟡 durch den Behinderten-Pauschbetrag werden nur die laufenden und typischen behinderungsbedingten Mehraufwendungen, die unmittelbar infolge der Behinderung entstehen, abgegolten
- 🟡 über den typischen Bedarf hinausgehende Aufwendungen können als außergewöhnliche Belastungen gemäß § 33 EStG zusätzlich zum Behinderten-Pauschbetrag geltend gemacht werden
- 🟡 die zumutbare Eigenbelastung muss überschritten sein

Fahrtkosten

- 🏠 zusätzlich zum Behinderten-Pauschbetrag können Fahrten für das Kind mit Behinderung geltend gemacht werden
- 🏠 für unvermeidbare Fahrten, die durch die Behinderung veranlasst sind, wird bei einem GdB von 70 oder 80 und Merkzeichen „G“ in der Regel ohne Nachweis ein Aufwand von 3.000 km/Jahr zu 0,30 €/km anerkannt
- 🏠 bei Führung eines Fahrtenbuches können auch die Kosten für mehr als 3.000 km geltend gemacht werden, soweit die Fahrten angemessen und aufgrund der Behinderung erforderlich sind
- 🏠 bei Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ können sämtliche durch ein Fahrtenbuch oder andere Aufzeichnungen nachgewiesene oder glaubhaft gemachte Fahrten mit dem Kind (somit auch Freizeit-, Erholungs- und Besuchsfahrten) im angemessenen Rahmen, jedoch höchstens bis zu 15.000 km/Jahr zu 0,30 € anerkannt werden

Krankheitskosten

- 🏠 Krankheitskosten, die nicht anderweitig getragen oder ersetzt werden, können neben dem Behinderten-Pauschbetrag geltend gemacht werden
- 🏠 die medizinische Notwendigkeit der Aufwendungen und deren Zwangsläufigkeit ist dem Finanzamt durch Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers nachzuweisen; nicht verschreibungspflichtige Medikamente sollte man sich auf Privatrezept verordnen lassen

Kur

- 🏠 eine Kur kann nur dann als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden, wenn die Kurreise zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nachweislich notwendig ist und eine andere Behandlung nicht oder kaum erfolgversprechend erscheint
- 🏠 als Fahrtkosten zum Kurort sind grundsätzlich die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel anzusetzen

Aufwendungen für Urlaubsbegleitung

- Aufwendungen für eine fremde Person als Urlaubsbegleitung zählen auch zu den Krankheitskosten, die im angemessenen Umfang als außergewöhnliche Belastungen anerkannt werden
- Nachweis der Begleitbedürftigkeit ist durch ein amtsärztliches Gutachten oder eine ärztliche Bescheinigung des MDK zu erbringen
- Aufwendungen von Eltern von Kindern mit Behinderung für einen Urlaub mit den Kindern können nicht als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden

Besuchsfahrten

- 🏠 Aufwendungen für Besuchsfahrten können zu berücksichtigende Krankheitskosten sein
- 🏠 die Bescheinigung des behandelnden Krankenhausarztes für Besuchsfahrten zu einem für längere Zeit in einem Krankenhaus liegenden Ehegatten oder Kind des Steuerpflichtigen, in der bestätigt wird, dass der Besuch zur Heilung oder Linderung einer Krankheit entscheidend beigetragen hat, ist erforderlich

Privatschulbesuch

- 🏠 das Schulgeld für den Besuch einer Privatschule kann als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden
- 🏠 das Kind muss ausschließlich wegen seiner Behinderung im Interesse einer angemessenen Berufsausbildung auf den Besuch einer Privatschule (Sonderschule oder allgemeine Schule in privater Trägerschaft) mit individueller Förderung angewiesen sein
- 🏠 zum Nachweis der Erforderlichkeit ist dem Finanzamt eine Bestätigung der zuständigen obersten Landeskultusbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle vorzulegen

behindertengerechte Umbauten

- 🟡 können als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden, soweit die Baumaßnahme durch die Behinderung bedingt ist
- 🟡 die behinderungsbedingte Zwangsläufigkeit der Baumaßnahme kann nachgewiesen werden durch die Vorlage eines Bescheides über die Bewilligung eines pflege- bzw. behinderungsbedingten Zuschusses (z.B. Wohnumfeld verbessernde Maßnahme, § 40 Absatz 4 SGB XI) oder ein Gutachten des MDK, des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) oder Medicproof

Kosten Pflege- und Betreuungsleistungen, haushaltsnahe Dienstleistungen I

- 🏠 Aufwendungen für Pflege- und Betreuungsleistungen durch einen Pflegedienst können im Rahmen der Aufwendungen für haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse geltend gemacht werden
- 🏠 Vergünstigung wird gewährt für Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie für Aufwendungen, die einem Steuerpflichtigen wegen der Unterbringung in einem Heim oder zur dauernden Pflege erwachsen, soweit darin Kosten für Dienstleistungen enthalten sind, die mit denen einer Hilfe im Haushalt vergleichbar sind
- 🏠 Ermäßigung der Einkommensteuer beträgt 20 % höchstens jedoch 4.000 €/Jahr

Kosten Pflege- und Betreuungsleistungen, haushaltsnahe Dienstleistungen II

- 🏠 Steuerermäßigung nach § 35a EStG wird nur für solche Aufwendungen gewährt, die nicht bereits als Werbungskosten, Betriebsausgaben, Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastung berücksichtigt wurden
- 🏠 Kosten für die Pflege- und Betreuungsleistungen können gemäß § 35a Absatz 5 EStG nicht mehr zusätzlich geltend gemacht werden, wenn der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b EStG geltend gemacht wurde
- 🏠 werden Aufwendungen nicht pauschal über den Behinderten-Pauschbetrag, sondern als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG in tatsächlicher Höhe geltend gemacht, kann über die Steuerermäßigung nach § 35a EStG noch der Anteil der Aufwendungen in Abzug gebracht werden, der aufgrund der zumutbaren Belastung über die Geltendmachung der außergewöhnlichen Belastung nach § 33 Absatz 3 EStG noch nicht geltend gemacht wurde

Sonderausgaben

- 🏠 als Sonderausgaben kommen für Familien mit Kindern mit Behinderung Kosten für die Kinderbetreuung sowie Schulgeld in Betracht
- 🏠 Kinderbetreuungskosten zur Betreuung eines zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörenden Kindes unter 14 Jahren oder eines körperlich, geistig oder seelisch behinderten Kindes unter 25 Jahren, das seinen eigenen Unterhalt nicht bestreiten kann, können als Sonderausgaben in Höhe von zwei Dritteln der Aufwendungen, höchstens jedoch 4.000 €, abzugsfähig sein
- 🏠 Schulkosten können zu 30 %, maximal jedoch 5.000 € als Sonderausgaben absetzbar sein

Befreiung Kfz-Steuer

- ☛ auf Antrag kann Schwerbehinderten mit dem Merkzeichen „H“, „Bl“ oder „aG“ die Kraftfahrzeugsteuer erlassen werden
- ☛ das Fahrzeug darf bei einer Befreiung von der Steuer nicht von anderen Personen benutzt werden, es sei denn, die Fahrten stehen im Zusammenhang mit der Beförderung oder der Haushaltsführung des Menschen mit Behinderung
- ☛ Personen mit dem Merkzeichen „G“ können zwischen einer Kfz-Steuerermäßigung von 50% oder der Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr wählen
- ☛ die Befreiung von der Kfz-Steuer kann auch von Familien mit minderjährigen Kindern mit Behinderung beansprucht werden, wenn das Fahrzeug auf das Kind zugelassen ist

Link Steuervergünstigung Kfz am Beispiel Baden-Württemberg

[https://www.service-bw.de/leistung/-/sbw/
Kraftfahrzeugsteuer+
+Steuerverguenstigung+fuer+behinderte+Mensche
n+beantragen-874-leistung-0](https://www.service-bw.de/leistung/-/sbw/Kraftfahrzeugsteuer+Steuerverguenstigung+fuer+behinderte+Menschen+beantragen-874-leistung-0)

Freifahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln I

- ☛ Schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen „G“, „aG“, „H“ oder „Bl“ können eine Wertmarke erwerben und damit Freifahrten im öffentlichen Personennahverkehr in Anspruch nehmen
- ☛ eine Wertmarke mit Gültigkeit von 12 Monaten kostet 80 €, mit einer Gültigkeit von 6 Monaten 40 €
- ☛ während der Gültigkeit der Wertmarke besteht ohne Kilometerbegrenzung eine Freifahrtberechtigung u.a. in allen Straßenbahnen, U-Bahnen, S-Bahnen und vielen Bussen in Deutschland sowie in den Zügen des Nahverkehrs der Deutschen Bahn AG

Freifahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln II

- 🟡 auf Antrag erhalten folgende Berechtigte die Wertmarken unentgeltlich:
 - schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichne „BI“ und „H“
 - Personen, die Leistungen nach SGB II oder Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung nach SGB XII erhalten
 - Personen, die Leistungen nach SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) oder den §§ 27a oder 27d BVG erhalten
- 🟡 bei Vorliegen des Merkzeichen „B“ wird auch die Begleitperson unentgeltlich befördert
- 🟡 für die Begleitperson gilt die Beschränkung auf Züge des Nahverkehrs nicht, so dass eine unentgeltliche Beförderung auch dann in Betracht kommt, wenn der schwerbehinderte Mensch keine Wertmarke beantragt hat und deshalb selbst nicht freifahrtberechtigt ist

Link Informationen Beförderung

<https://www.betanet.de/behinderung-oeffentliche-verkehrsmittel.html>

Parkerleichterungen (blau) I

-  ein internationaler blauer EU-Parkausweis kann bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung beantragt werden, wenn im Schwerbehindertenausweis die Merkzeichen „aG“ oder „Bl“ eingetragen sind
-  die berechtigte Person braucht nicht Halter des Fahrzeugs zu sein
-  gilt in Deutschland, allen Mitgliedstaaten der EU, Schweiz, Norwegen und weiteren Ländern

Parkerleichterungen (blau) II

Mit dem blauen Parkausweis gelten folgende Erleichterungen:

-  Parken auf Behindertenparkplätzen; ggf. kann ein personenbezogener Einzelparkplatz am Wohnort beantragt werden
-  gebührenfreies Parken an Parkuhren und bei Parkscheinautomaten
-  Parken im eingeschränkten Halteverbot und auf für Anwohner reservierten Parkplätzen bis zu drei Stunden (Parkscheibe erforderlich)
-  Überschreitung der Parkzeit, wenn diese durch ein Zusatzschild begrenzt ist
-  Parken in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, wenn der Durchgangsverkehr nicht behindert wird

Voraussetzung ist jeweils, dass in zumutbarer Entfernung eine andere Parkmöglichkeit besteht; zudem darf maximal 24 h an einer Stelle geparkt werden

Link „blauer Parkausweis“ am Beispiel Baden-Württemberg

[https://www.service-bw.de/leistung/-/sbw/
Parkerleichterungen+fuer+Menschen+mit+schwer
en+Behinderungen+beantragen+blauer+Parkausw
eis-719-leistung-0](https://www.service-bw.de/leistung/-/sbw/Parkerleichterungen+fuer+Menschen+mit+schweren+Behinderungen+beantragen+blauer+Parkausweis-719-leistung-0)

Parkerleichterungen (orange)

-  gilt nur in Deutschland
-  anders als Personen mit dem internationalen blauen Parkausweis dürfen mit einem Rollstuhlfahrersymbol gekennzeichnete Behindertenparkplätze nicht benutzt werden
-  Voraussetzungen für die Gewährung der Parkerleichterung sind geringer, so kann das Merkzeichen „G“ und „B“ sowie ein GdB von 70 oder 80 ausreichend sein

Link Infos Parkerleichterungen am Beispiel Bayern

<https://www.zbfs.bayern.de/menschen-behinderung/mobilitaet/parkplatz/index.php>

Ermäßigung Rundfunkbeitrag

- ☛ einen Anspruch auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht haben taubblinde Menschen und Empfänger von Blindenhilfe
- ☛ einen Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrages haben Menschen mit dem Merkzeichen „RF“

Link Rundfunkgebührenermäßigung

[https://www.rundfunkbeitrag.de/
buergerinnen_und_buerger/formulare/
befreiung_oder_ermaessigung_beantragen/
index_ger.html](https://www.rundfunkbeitrag.de/buergerinnen_und_buerger/formulare/befreiung_oder_ermaessigung_beantragen/index_ger.html)

Pflegeversicherung

SGB IX

Einleitung

- 🏠 die soziale Pflegeversicherung ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in Deutschland und im SGB XI geregelt
- 🏠 zuständig für die Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen angegliedert sind
- 🏠 Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind automatisch in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert; dies gilt auch für Familienmitglieder im Rahmen der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 🏠 privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen, die im Umfang wenigstens den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung entspricht

Voraussetzung und Umfang der Leistungsgewährung

- 🏠 es muss eine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden
- 🏠 die Begutachtung erfolgt bei gesetzlich Versicherten durch den MDK, bei privat Versicherten in der Regel durch Medicproof
- 🏠 der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem festgestellten Pflegegrad

Pflegebedürftigkeit

- 🏠 Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen
- 🏠 es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können
- 🏠 die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen
- 🏠 Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad
- 🏠 der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt

Lebensbereiche (Module)

Im Rahmen der Einstufung in einen Pflegegrad werden in sechs Lebensbereiche (Module) einzelne Kriterien untersucht. Die Module sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Modul 1 (Mobilität)

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

Modul 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten)

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

Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen)

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

Modul 4 (Selbstversorgung)

Auszug:

- 🏠 Waschen des vorderen Oberkörpers
- 🏠 Körperpflege im Bereich des Kopfes ...
- 🏠 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare ...
- 🏠 Essen
- 🏠 Trinken ...
- 🏠 Ernährung parenteral oder über Sonde
- 🏠 Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen

Modul 5 (Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen)

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf 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 sowie
- d) in Bezug auf das 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
- 🏠 Sichbeschäftigen
- 🏠 Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- 🏠 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- 🏠 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Berechnung Pflegegrad

- 🏠 in den einzelnen Modulen wird der Umfang der Unterstützungsleistung erfasst und in Einzelpunkte gewertet
- 🏠 entsprechend der Gewichtung der einzelnen Module werden die erreichten Punktzahlen umgerechnet
- 🏠 auf Basis der Gesamtpunktzahl der gewichteten Punkte wird der Pflegegrad errechnet

Pflegegrade

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Besondere Bedarfskonstellation

- 🏠 Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen
- 🏠 einzig anerkannte Fallgruppe der besonderen Bedarfskonstellation gemäß § 15 Absatz 4 SGB XI ist die Gebrauchsunfähigkeit beider Beine und beider Arme

Ablauf des Verfahrens

- 🏠 Leistungen der Pflegeversicherung werden erst auf Antrag ab Antragstellung gewährt
- 🏠 Antrag ist bei der Pflegekasse zu stellen
- 🏠 bei erstmaliger Antragstellung muss eine Begutachtung und Einstufung in den Pflegegrad binnen einer Frist von 25 Arbeitstagen erfolgen, in besonderen Fällen Verkürzung auf 1 Woche
- 🏠 die Begutachtung erfolgt regelmäßig durch Fachkräfte des MDK bzw. Medicproof bei privat Versicherten
- 🏠 die Untersuchung erfolgt im Wohnbereich und es besteht das Recht, dass während der Begutachtung dritte Personen anwesend sind

Begutachtung

- ☞ erfolgt auf Grundlage der Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches
- ☞ empfehlenswert ist die Führung eines Pflegetagebuches, in dem alle Hilfestellungen und Tätigkeiten für die pflegebedürftige Person festgehalten werden

Link Begutachtungsrichtlinien

[https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/
Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/
17-07-17_BRi_Pflege.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf)

Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen I

- ✚ grundsätzlich entspricht die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen denen von Erwachsenen
- ✚ die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt unter vergleichsweiser Betrachtung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit mit altersentsprechend entwickelten Kindern
- ✚ die Begutachtungs-Richtlinien enthalten Tabellen zur Darstellung des altersentsprechenden Selbständigkeitsgrades bzw. der altersentsprechenden Ausprägung von Fähigkeiten bei Kindern bezogen auf die Module 1, 2, 4 und 6
- ✚ die Sonderregelungen gelten nicht mehr ab einem Alter von 11 Jahren, da ein altersentsprechend entwickeltes Kind dann in allen Modulen des Begutachtungsinstruments selbständig sein kann

Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen II

- ✚ Modul 3 und 5 gelten unabhängig vom Alter, da krankheits- und therapiebedingte Beeinträchtigungen erfasst werden
- ✚ für Kinder von 0 bis 18 Monaten gelten weitere Sonderregelungen, da Kinder dieser Altersgruppe von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbständig sind und daher keine oder nur niedrigere Pflegegrade erreichen könnten
- ✚ Kinder von 0 bis 18 Monaten werden bei gleicher Einschränkung um einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder oder Erwachsene und können in diesem pflegegrad ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat verbleiben

Entscheidung über Pflegegrad

-  der Antragsteller hat einen Anspruch darauf, dass mit dem Bescheid auch eine Kopie des Pflegegutachtens übermittelt wird
-  das Pflegegutachten ist wichtig, um die Entscheidung der Pflegekasse zu überprüfen und einen Widerspruch begründen zu können
-  gegen einen fehlerhaften Bescheid der Pflegekasse kann binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch eingelegt werden

Überleitung zum 31.12.2016

- 🏠 diejenigen, die bereits zum 31.12.2016 eine Pflegestufe hatten, wurden zum 01.01.2017 automatisch auf die neuen Pflegegrade übergeleitet
- 🏠 die Umstellung erfolgte nach folgendem Schema:
 - Pflegestufe alt (ohne Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz) + 1 = Pflegegerad neu
 - Pflegestufe alt (mit Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz) + 2 = Pflegegerad neu

Bestandsschutz

- 🏠 der übergeleitete Pflegegrad bleibt auf Dauer bestehen, auch wenn in einer späteren Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt wird
- 🏠 lediglich für den Fall, dass überhaupt keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, würden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Zukunft entfallen
- 🏠 die in einen Pflegegrad übergeleiteten Versicherten brauchen keine Sorge vor einer Wiederholungsbegutachtung zu haben
- 🏠 kein Besitzstandsschutz greift für Pflegegerade, die erst durch eine Begutachtung nach dem neuen Begutachtungssystem ab dem 01.01.2017 festgestellt wurden

Überblick Leistungen der Pflegeversicherung (Leistungshöhe)

Pflegegrade	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetr ag ambulant, zweckgebunde n	Leistungsbetrag vollstationär
1			125	125
2	316	689	125	770
3	545	1.298	125	1.262
4	728	1.612	125	1.775
5	901	1.995	125	2.005

Entlastungsbetrag

- 🏠 kann ab Pflegegrad 1 beansprucht werden
- 🏠 ist eine Sachleistung, wird also nicht ausbezahlt
- 🏠 zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung
- 🏠 der Antrag auf den Entlastungsbetrag muss nicht vor der Inanspruchnahme von Leistungen gestellt werden, er kann auch mit den Rechnungen eingereicht werden

Entlastungsbetrag (Übertragung / Umwandlung)

- ☛ ein nicht verbrauchter Entlastungsbetrag aus dem Vorjahr kann bis in das folgende Kalenderjahr übertragen werden, verfallen jedoch zum 30.06. des Folgejahres
- ☛ bei Pflegegerad 2 bis 5 kann der Entlastungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XII eingesetzt werden
- ☛ maximal können monatlich 40% des Sachleistungsanspruches umgewandelt und verwendet werden

häusliche Pflege (Leistungshöhe)

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
häusliche Pflege	Pflegegeld monatlich	0	316	545	728	901
	Pflegesachleistungen monatlich	0	689	1.298	1.612	1.995

Pflegegeld

- mit dem Pflegegeld können Pflegebedürftige die Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen bezahlen
- wird von der Pflegekasse überwiesen
- steht in der Verwendung zur freien Verfügung
- wird bei sozialhilferechtlichen Leistungen nicht als Einkommen angerechnet

Pflegegeld bei vollstationärem Aufenthalt in Behinderteneinrichtung

- ☛ anteiliges Pflegegeld wird auch bezahlt, wenn der Pflegebedürftige in einer vollstationären Behinderteneinrichtung lebt für die Tage, an denen er sich zu Hause aufhält
- ☛ das Pflegegeld wird dann anteilig ausbezahlt
- ☛ die Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege

Pflegegeld bei Auslandsaufenthalt

- 🏠 bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu 6 Wochen wird Pflegegeld weitergezahlt
- 🏠 bei Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der EU, in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz wird das Pflegegeld unbegrenzt weitergezahlt

Pflegegeld bei Krankenhausaufenthalt

- 🏠 Pflegegeld kann auch in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung weiter beansprucht werden
- 🏠 dasselbe gilt bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Pflegegeld und Pflegeberatung

- 🏠 Inanspruchnahme der Pflegeberatung bei häuslicher Pflege obligatorisch
- 🏠 Pflegeberatung bei Pflegegrad 2 und 3 einmal pro Halbjahr
- 🏠 Pflegeberatung bei Pflegegrad 4 und 5 einmal pro Quartal
- 🏠 bei mangelnder Inanspruchnahme kann Pflegegeld gekürzt oder gar bis zur Nachholung entzogen werden
- 🏠 Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden

Pflegesachleistungen

- ✚ anstelle des Pflegegeldes können die Kosten für ambulante Pflegesachleistungen von der Pflegekasse in Anspruch genommen werden
- ✚ die Pflegesachleistungen sind ebenso wie das Pflegegeld betragsmäßig begrenzt

Kombinationsleistungen

- ☛ bei Pflegerad 2 bis 5 können Pflegegeld und Pflegesachleistung kombiniert werden
- ☛ werden zustehende Pflegesachleistungen nicht vollständig in Anspruch genommen werden, wird daneben das anteilige Pflegegeld ausbezahlt und umgekehrt
- ☛ das Pflegegeld wird prozentual um die für die Pflegesachleistungen in Anspruch genommenen Leistungen verringert
- ☛ an die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen ist man für die Dauer von 6 Monaten gebunden

Beispiel Kombinationsleistung

Pflegebedürftige hat Pflegegrad 4. Es besteht ein Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von 1.612 €. Der Pflegedienst erbringt monatlich Leistungen in Höhe von 564 €. Wie hoch ist das zu zahlende Pflegegeld?

Die Pflegesachleistung entspricht 35 % der zustehenden Leistung

Es verbleibt ein Anspruch auf 65 % des Pflegegeldes, das bei Pflegegrad 728 € beträgt.

Es verbleibt ein Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 436 €

Verhinderungspflege (Leistungshöhe)

		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
durch nahe Angehörig e	Pflegeaufwendun gen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	0	474 (1,5- faches von 316)	871,50 (1,5- faches von 545)	1.092 (1,5-faches von 728)	1.351,50 (1,5- faches von 901)
durch sonstige Personen		0	1.612	1.612	1.612	1.612

Verhinderungspflege

- 🏠 bei Erholungsurlaub, Krankheit der Pflegeperson oder anderen Gründen kann die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr erbringen
- 🏠 vor der erstmaligen Verhinderung muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen wenigstens 6 Monate in einer häuslichen Umgebung gepflegt haben und der Pflegebedürftige im Zeitpunkt der Verhinderung wenigstens Pflegegrad 2 haben

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

- 🏠 die Verhinderungspflege ist auf die Dauer von sechs Wochen und einen Betrag in Höhe von 1.612 € pro Kalenderjahr beschränkt
- 🏠 der vorstehende Betrag erhöht sich um bis zu 806 € auf bis zu 2.418 €, soweit Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) nicht ausgeschöpft werden

Kosten Ersatzpflege

- Ersatzpflege kann entweder von einem ambulanten Pflegedienst oder anderen Pflegepersonen erbracht werden
- die Kosten bis zum Maximalbetrag werden jedoch nur dann übernommen, wenn Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

Ersatzpflege bei Verwandten bis zum 2. Grad

- ☛ auch hier kann Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden
- ☛ Verhinderungspflege ist in diesem Fall auf den Betrag des 1,5-fachen Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades begrenzt
- ☛ Begrenzung gilt nicht, wenn die Pflege nachweislich erwerbsmäßig ausgeübt wird
- ☛ zusätzlich kann für die Pflegeperson noch der Ersatz der notwendigen Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag bis zum Höchstbetrag von 1.612 € bzw. 2.418 € verlangt werden
- ☛ Fahrtkosten werden in der Regel mit 0,20 €/km gemäß § 5 Bundesreisekostengesetz (BRKG) anerkannt

Verhinderungspflege (Alternativen)

-  für die Dauer von bis zu sechs Wochen kann auch die Betreuung in einer Pflegeeinrichtung erfolgen
-  der Aufenthalt in einem Feriencamp oder Ferienheim einer Behinderteneinrichtung kann als Verhinderungspflege anerkannt werden
-  für die Unterkunft und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) sowie die Investitionskosten muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen

Verhinderungspflege (Sonstiges)

- ☛ während Zeiten der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld um 50% gekürzt
- ☛ Kürzung erfolgt nicht, wenn Verhinderungspflege nur stundenweise und täglich nicht für länger als 8 Stunden erfolgt
- ☛ entscheidend ist die Zeit, für die die Pflegeperson verhindert ist
- ☛ Leistungen der Verhinderungspflege können auch während eines Aufenthaltes im Ausland beansprucht werden

Kurzzeitpflege

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegeaufwendungen von bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr von bis zu € jährlich	0	1.612	1.612	1.612	1.612

Kurzzeitpflege

- 🏠 vorübergehende Aufnahme in einer für die Kurzzeitpflege vollstationären Einrichtung
- 🏠 gilt für die Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder sonstigen Krisensituationen, wenn weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist
- 🏠 auf 8 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt
- 🏠 Kosten werden zusätzlich zur Verhinderungspflege übernommen
- 🏠 Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten werden nicht übernommen

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

- 🏠 Anspruch auf Kurzzeitpflege kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommene Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 € pro Kalenderjahr erhöht werden
- 🏠 der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf die Verhinderungspflege angerechnet
- 🏠 bei zu Hause gepflegten Kindern kann Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, wenn die Pflege in einer von der Pflegekasse zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich oder zumutbar ist
- 🏠 für Zeiten der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld um 50% gekürzt

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegeaufwendungen von bis zu € monatlich	0	689	1.298	1.612	1.995

teilstationäre Tages- und Nachtpflege

- 🏠 Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen erfolgt

Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
€ monatlich	214	214	214	214	214

Wohngruppenzuschlag

- 🏠 Pflegebedürftige haben Anspruch auf pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 € monatlich, wenn mindestens 3 und höchstens 12 Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben
- 🏠 finanziert werden zusätzliche Aufwendungen der Wohngruppe, wenn gemeinschaftlich eine Person beauftragt wird, die allgemeinen organisatorischen, verwaltenden oder betreuenden Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten
- 🏠 der Wohngruppenzuschlag darf nicht auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII angerechnet werden

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegeaufwendungen in Höhe von	0	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 € monatlich			

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bestimmt

- 🏠 Aufwendungen von bis zu 40 € monatlich, PG 1 - 5

Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Aufwendungen je Hilfsmittel in Höhe von	100 % der Kosten, unter bestimmten Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt.				

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Aufwendungen in Höhe von bis zu	4.000 € je Maßnahme (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000 € –, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)				

Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

-  Zuschuss für pflegebedingte Umbaumaßnahmen in der Wohnung
-  im Einzelfall muss die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden
-  bei Zusammenleben mehrerer Pflegebedürftiger steht jedem der Zuschuss zu, ist jedoch insgesamt auf einen Betrag in Höhe von 16.000 € begrenzt

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zur Stärkung der Pflege bei Versorgung

	häuslich	stationär
Hilfestellung durch Pflegestützpunkte	X	X
Umfassende und individuelle Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater	X	X
Pflegekassen veröffentlichen im Internet		
Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	X	X
Angebote zur Unterstützung im Alltag	X	
Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	X	X
Informationen über integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	X	X
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	X	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	X	X
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten		X
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	X	X

Zahlungen von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
je nach bezogener Leistungsart bis zu	0	150,21	239,22	389,43	556,33
Beitrittsgebiet bis zu	0	134,30	213,89	348,19	497,42

Rentenversicherung von Pflegepersonen

Pflegepersonen sind in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, wenn

- 🏠 **Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung der zu pflegenden Person im Umfang von mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig 2 Tage in der Woche**
- 🏠 **keine erwerbsmäßige Pflege**
- 🏠 **neben der Pflegetätigkeit ist die Pflegeperson nicht länger als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig; bei einer kurzfristigen Überschreitung der 30-Stunden-Grenze bleibt die Rentenversicherungspflicht bestehen**

monatliche Rentenzahlungsbeträge 2018

PG	in Anspruch genommene Leistung	monatliche Rentenzahlungsbeträge (West)	monatliche Rentenzahlungsbeträge (Ost)
1	nur Pflegegeld	8,34 €	7,96 €
	Kombinationsleistung	7,09 €	5,76 €
	nur Sachleistung	5,84 €	5,57 €
2	nur Pflegegeld	13,29 €	12,68 €
	Kombinationsleistung	11,29 €	10,77 €
	nur Sachleistung	9,30 €	8,87 €
3	nur Pflegegeld	21,63 €	20,63 €
	Kombinationsleistung	18,39 €	17,54 €
	nur Sachleistung	15,14 €	14,44 €
4	nur Pflegegeld	30,90 €	29,48 €
	Kombinationsleistung	26,27 €	25,06 €
	nur Sachleistung	21,63 €	20,63 €

Link Deutsche Rentenversicherung „Pflege“

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/
Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/
04_Mitten_im_Leben/01_Rente_und_vorsorge/
04_angehoerige_pflegen/
angehoerige_pflegen_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/04_Mitten_im_Leben/01_Rente_und_vorsorge/04_angehoerige_pflegen/angehoerige_pflegen_node.html)

Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
€ monatlich	0		44,63		
Beitrittsgebiet	0		39,90		

Arbeitsförderung I

- 🏠 Pflegepersonen i.S.d. § 19 SGB XI nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert
- 🏠 Versicherungspflicht nach Maßgabe des § 26 Abs. 2b SGB III
- 🏠 Pflege muss im häuslichen Bereich stattfinden und wenigstens zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche umfassen (Mindestpflegeaufwand)
- 🏠 Bezug von Pflegeleistungen durch die pflegebedürftige Person und diese Leistungen sowohl nach dem SGB XI als auch nach dem SGB XII im Rahmen der Hilfe zur Pflege als auch nach anderen, gleichartigen Leistungssystemen (z.B. BVG, GUV, beamtenrechtlichen Vorschriften) bezogen werden können

Arbeitsförderung II

- 👉 Versicherungspflicht von Pflegepersonen setzt zudem voraus, dass diese unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III hatten
- 👉 mit der versicherungspflichtigen Einbeziehung von Pflegepersonen i.S.d. Abs. 2b i.V.m. § 26 Abs. 2b SGB III in das Recht der Arbeitsförderung haben diese Pflegepersonen Anspruch auf alle Leistungen nach § 3 SGB III, sofern eine nahtlose Eingliederung in eine Beschäftigung nach der Pflege Tätigkeit nicht gelingt

Unfallversicherung

-  Pflegepersonen i.S.d. § 19 SGB XI, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen genießen während ihrer pflegerischen Tätigkeit den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung
-  Versicherungspflicht entsteht nach § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII kraft Gesetzes
-  unabhängig von einer ggf. über 30 Stunden bestehenden Erwerbstätigkeit

Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
bis zu € monatlich Krankenversicherung	0		155,69		
Pflegeversicherung	0		25,29		

Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
bis zu 10 Tage	90 % - bei Bezug von beitragspflichtigen Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung von der Arbeit unabhängig von deren Höhe 100 % - des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts				

Pflegezeit (Anspruch)

- 🏠 Einen Anspruch auf Pflegezeit haben Beschäftigte gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten, wenn sie eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen
- 🏠 Auf die sechsmonatige Pflegezeit gibt es einen Rechtsanspruch. Das bedeutet, die Zustimmung des Arbeitgebers ist nicht erforderlich
- 🏠 Beschäftigte müssen die Pflegebedürftigkeit von Angehörigendurch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nachweisen
- 🏠 Wer sich freistellen lässt, muss die Pflege übernehmen

Pflegezeit (Dauer)

- 🏠 Die Pflegezeit beträgt maximal sechs Monate
- 🏠 Wurden zunächst weniger als sechs Monate beantragt, kann der Zeitraum der Freistellung mit Zustimmung des Arbeitgebers bis zur Höchstdauer von sechs Monaten verlängert werden
- 🏠 Die Pflegezeit endet nach Ablauf der in Anspruch genommenen Zeit, spätestens mit Ablauf von sechs Monaten
- 🏠 Die Pflegezeit können Beschäftigte für dieselbe Angehörige oder denselben Angehörigen nur einmal beanspruchen

Kombination mit anderen Freistellungen

- ☛ Alle Freistellungsmöglichkeiten nach dem PflegeZG und dem FPfZG können miteinander kombiniert werden. Sie müssen aber nahtlos aneinander anschließen. Ihre Gesamtdauer beträgt höchstens 24 Monate.
- ☛ Grundsätzlich entstehen auch bei Pflegezeit Urlaubstage. Der Arbeitgeber hat jedoch die Möglichkeit, den Erholungs-urlaub der oder des Beschäftigten, der für das Urlaubsjahr zusteht, für jeden vollen Kalendermonat der vollständigen Freistellung um ein Zwölftel zu kürzen
- ☛ Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit oder der anderen Freistellungen nach dem PflegeZG nicht kündigen

Familienpflegezeit (Anspruch)

- ☛ Die Familienpflegezeit können Beschäftigte in Anspruch nehmen, die eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen und bei Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten tätig sind
- ☛ Auf die 24 Monate Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch. Über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit haben Beschäftigte und Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung zu treffen
- ☛ Einen Anspruch auf Familienpflegezeit haben Beschäftigte nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten

Familienpflegezeit (Dauer)

-  Beschäftigte sind für die Dauer von maximal 24 Monaten teil-weise freizustellen, wenn sie eine pflegebedürftige nahe An-gehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Die Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden muss erbracht werden
-  Die Familienpflegezeit endet nach Ablauf der in Anspruch genommenen Zeit, spätestens mit Ablauf von 24 Monaten.

Link Pflegezeit

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf/familienpflegezeit/die-familienpflegezeit/75714>

<https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsrecht/Vereinbarkeit-Familie-Pflege-Beruf/vereinbarkeit-familie-pflege-beruf.html>

Krankenversicherung

SGB V

Mitaufnahme Begleitperson, § 11 SGB V

- ✚ aus medizinischen und psychologischen Gründen kann während stationärer Aufenthalte (sowohl während der Behandlung im Krankenhaus als auch während der stationären Nachsorge) eine Begleitperson mit aufgenommen werden
- ✚ Krankenkasse kann eine ärztliche Bescheinigung verlangen, in der die Notwendigkeit der Mitaufnahme begründet wird
- ✚ Bescheinigung vor, erstattet die Krankenkasse dem Krankenhaus Kosten für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson
- ✚ 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

Mitaufnahme Begleitperson

- 🏠 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
- 🏠 es handelt sich grundsätzlich nicht um das Kinderpflege-Krankengeld, sondern um einen Anspruch, der aus § 11 Absatz 3 SGB V für die Dauer der Notwendigkeit der stationären Behandlung abgeleitet werden kann

Mitaufnahme Begleitperson

- ✚ im Gegensatz zum Kinderpflege-Krankengeld haben Begleitpersonen keinen Rechtsanspruch auf Freistellung durch den Arbeitgeber
- ✚ es werden bei dieser Erstattung von Verdienstaussfall keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt
- ✚ bei einer Erstattung von länger als 28 Tagen wird der Zeitraum der mitgliedserhaltenden Versicherung überschritten
- ✚ ab dem 29. Tag muss die Begleitperson selbst Beiträge zur Krankenversicherung zahlen

Häusliche Krankenpflege, § 37 SGB V

- hat zum Ziel, den Versicherten eine sonst notwendige Krankenhausbehandlung zu ersparen bzw. abzukürzen
- wird durch geeignetes Krankenpflegepersonal erbracht
- wird grundsätzlich für einen Zeitraum von 4 Wochen je Krankheitsfall gewährt und kann die Grundpflege, die Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung umfassen
- besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann

Häusliche Krankenpflege, § 37 SGB V

- 🏠 Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung leisten
- 🏠 Zuzahlung begrenzt auf 28 Kalendertage der Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege
- 🏠 zur häuslichen Krankenpflege zählt auch die sogenannte Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung
- 🏠 Sicherungspflege kann im eigenen Haushalt, in der Familie oder betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in einer WfbM gewährt werden

Fahrtkosten, § 60 SGB V

-  werden nur im Ausnahmefall von der Krankenkasse übernommen
-  Fahrten zu stationären Behandlungen werden in der Regel übernommen
-  bei ambulanten Behandlungen erfolgt die Leistung anhand der Krankentransport-Richtlinie:
 - der Patient muss in seiner Bewegungsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein (Pflegegrad 3, 4 oder 5)
 - und bei Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität einer Beförderung bedarf oder einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ besitzt
-  die medizinische Notwendigkeit der Fahrt muss vom behandelnden Arzt festgestellt werden und die vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist einzuholen

Haushaltshilfe, § 38 SGB V

- ☛ ein Anspruch besteht, wenn es dem Versicherten bzw. seinen Eltern nicht möglich ist, den Haushalt, z.B. auf Grund einer Krankenhausaufenthalts, einer Rehabilitationsmaßnahme oder einer Mutter-Kind-Kur weiterzuführen
- ☛ Voraussetzung ist weiter, dass eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und Kinder unter 12 Jahre oder ein behindertes hilfebedürftiges Kind im Haushalt leben
- ☛ kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht ein Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, § 45 SGB V

- bei Erkrankung eines Kindes besteht ein Anspruch des berufstätigen Elternteils auf Kinderkrankengeld und Freistellung von der Arbeit
- ärztliche Bescheinigung, dass krankes Kinde beaufsichtigt, betreut und gepflegt werden muss ist vorzulegen
- weiter darf die Beaufsichtigung des Kindes von keiner anderen im Haushalt lebenden Person erbracht werden können
- das Kind hat das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen

Umfang Kinderkrankengeld

-  Höchstbezugsdauer 10 Arbeitstage pro Jahr und Kind, maximal 25 Arbeitstage bei mehreren Kindern
-  bei Alleinerziehenden beträgt die Höchstbezugsdauer 20 Arbeitstage pro Jahr pro Kind, maximal 50 Arbeitstage bei mehreren Kindern

Kinderkrankengeld in besonderen Situationen

- ✚ Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des erkrankten und versicherten Kindes
- ✚ Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder behindert und auf Hilfe angewiesen
- ✚ nach ärztlichem Zeugnis leidet das Kind an einer Erkrankung, die progredient verläuft und es ist bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht, bei dem eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung erforderlich oder von einem Elternteil erwünscht ist
- ✚ es besteht eine lediglich begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten
- ✚ die Gewährung von Kinderkrankengeld ist grds. unbefristet

Überblick Zuzahlungen I

Krankenkassen-Leistung	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung, Ausnahmen
Arznei- und Verbandmittel	Zuzahlung von 10 % des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Mittel jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Krankenhausbehandlung für Versicherte ab 18 Jahre	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Fahrtkosten bei ambulanter Krankenbehandlung	100% der Kosten, altersunabhängig Ausnahmeregelung: bei zwingenden medizinischen Gründen kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrtkosten übernehmen Dann gilt folgende Regelung: 10 % der Kosten, mindestens 5 € höchstens 10 € je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	• Belastungsgrenze

Überblick Zuzahlungen II

Krankenkassen-Leistung	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung, Ausnahmen
Fahrkosten bei oder anstelle stationärer Krankenhausbehandlung, Rettungsfahrt, Krankentransport	Zuzahlung von 10% der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen	• Belastungsgrenze
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik)	Zuzahlung von 10% der Kosten, zuzüglich 10 € je Verordnung	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Bandagen)	Zuzahlung von 10% des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe oder Sozialtherapie	Zuzahlung von 10% der Tageskosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €	• Belastungsgrenze

Überblick Zuzahlungen III

Krankenkassen-Leistung	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung, Ausnahmen
Bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Tageskosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Anschlussrehabilitation und Mütterkuren	10 € pro Kalendertag	• Belastungsgrenze • Kinder befreit
Zahnersatz	Festzuschuss von 50% der Kosten der Regelversorgung. Zusätzlicher Bonusanspruch bei regelmäßigen Zahnkontrolluntersuchungen nach 5 Jahren 20%, nach 10 Jahre 30%	• Härtefallregelung (auf Antrag)

Befreiungsmöglichkeit von Zuzahlungen, § 62 SGB V

- 🏠 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von Zuzahlungen befreit, mit Ausnahme von Fahrtkosten
- 🏠 im Übrigen haben Versicherte bis zu einer jährlichen Belastungsgrenze von 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens Zuzahlungen zu leisten
- 🏠 bei chronisch kranken Versicherten, die wegen derselben chronischen schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei 1 %

Zuzahlung - chronische Erkrankung

ein Patient gilt als schwerwiegend chronisch krank, wenn er mindestens 1 Jahr lang mindestens 1 x pro Quartal ärztlich behandelt wurde und

- zusätzlich Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt oder
- ein GdB bzw. eine Erwerbsminderung von mindestens 60 % vorliegt oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine verminderte Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die schwerwiegende chronische Erkrankung zu erwarten ist

Zuzahlung - Ermittlung Belastungsgrenze

- 🏠 zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet
- 🏠 bei einer Familienversicherung wird das Bruttoeinkommen sämtlicher in die Familienversicherung einbezogener Familienmitglieder zugrunde gelegt
- 🏠 die Bruttoeinnahmen der weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten werden nicht in voller Höhe berücksichtigt

Diese Ausführungen wurden erstellt von:

BRAUN • VENTEN
// RECHTSANWÄLTE FACHANWÄLTE // Partnerschaft mbB

Thomas Venten
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Sozialrecht
Schützenstraße 20a
96047 Bamberg

Tel.: 0951 / 519 32 29 0
Fax: 0951 / 519 32 29 99
info@braun-venten.de
www.braun-venten.de

Die Broschüre dient der Information der Patienten der Nachsorgeklinik Tannheim.
Eine Weitergabe an Dritte oder Vervielfältigung ohne vorherige Genehmigung ist
unzulässig!