

Frau & Familie



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Vorwort

Entscheidungen zum Thema Gesundheit und Familie werden häufig von Frauen getroffen. Sie tragen vielfach die Verantwortung als „Gesundheitsmanager“ für ihre Familienangehörigen von der Großelterngeneration bis zu den eigenen Kindern und suchen nach Informationen und Lösungen für gesundheitliche, finanzielle, organisatorische und sozialrechtliche Fragen.

Der vorliegende betaCare-Ratgeber „Frau & Familie“ informiert umfassend über Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge, finanzielle Leistungen in den verschiedensten Lebenssituationen von Familien sowie über sozialrechtliche Themen wie Mutterschutz, Elternzeit und Kinderbetreuung.

betapharm setzt sich seit vielen Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der vorliegende betaCare Ratgeber „Frau & Familie“ ist Teil dieses Engagements

Inhalt

Familie und Arbeit	5
Mutterschutz	5
Elternzeit	9
Teilzeitarbeit	12
Kindererziehungszeiten für die Rente	14
Familie und Gesundheit	15
Schwangerschaftsverhütung	15
Genetische Beratung	16
Früherkennung von Krankheiten	18
Präventionskurse	23
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	24
Kinderheilbehandlung	27
Eltern in der Krise	29
Hormonersatztherapie	30
Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt	33
Medizinische Leistungen	33
Mutterschaftsgeld	36
Leistungen der Sozialhilfe	39
Leistungen für Schwangere in finanziellen Notlagen	40
Hilfen für Schwangere in Notsituationen	41
Beratung	41
Vertrauliche Geburt	42
Schangerschaftsabbruch	42
Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch	47
Künstliche Befruchtung	47
Fehlgeburt und Totgeburt	49
Finanzielle Leistungen für Eltern	51
Kindergeld	51
Kinderzuschlag	53
Elterngeld	54
Betreuungsgeld Bayern	60
Landeserziehungsgeld	62
Unterhaltsvorschuss für Kinder	64
Kinderpflege-Krankengeld	65
Steuerliche Vorteile für Eltern	68
Rechte und Pflichten von Eltern	71
Sorgerecht	71
Unterhaltspflicht	73
Vaterschaftsfeststellung	77
Umgangsrecht	81

Kinderbetreuung und weitere Hilfsangebote	83
Kindertagesstätten	83
Tagespflege von Kindern	84
Betreuung kranker Kinder	85
Haushaltshilfe	86
Unterstützung durch das Jugendamt	91
Beratung durch das Jugendamt	91
Frühe Hilfen	93
Erziehungshilfe	95
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	97
Mutter-/Vater-Kind-Einrichtung	100
Vollzeitpflege	101
Adoption	106
Leistungen für pflegende Angehörige	107
Soziale Sicherung	107
Pflegezeit	109
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	110
Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	111
Familienpflegezeit	112
Pflegekurse	113
Entlastung pflegender Angehöriger	114
Adressen	117
Impressum	123

Familie und Arbeit

Eines der ersten Themen, die werdende Mütter beschäftigen, sind arbeitsrechtliche Fragestellungen. Oft steht diese bei der ersten Schwangerschaft mitten im Berufsleben und somit vor vielen offenen Fragen bezüglich der beruflichen Zukunft.

Doch auch später im Familienleben können arbeitsrechtliche Angelegenheiten wieder an Bedeutung gewinnen. Beispielsweise wenn man aufgrund der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils seine Arbeitszeit reduzieren möchte.

Von großer Bedeutung für die spätere finanzielle Absicherung ist auch, ob und wie die Zeiten der Kindererziehung für die Rente angerechnet werden.

Mutterschutz

Das Mutterschutzgesetz schützt schwangere Berufstätige. Verboten sind belastende Arbeiten. 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung ist grundsätzlich jede Arbeit verboten. Bei Frühgeburt und Mehrlingen gelten erweiterte Zeiten.

Das Mutterschutzgesetz soll werdende und stillende Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, vor möglichen Gefahren und Schäden am Arbeitsplatz bewahren. Der Mutterschutz umfasst vor allem Beschäftigungsverbote vor und nach der Entbindung (§§ 3–6 MuSchG).

Damit der Arbeitgeber die Bestimmungen einhalten kann, sollen Frauen dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den von Arzt oder Hebamme berechneten Entbindungstermin mitteilen, sobald ihnen diese Tatsachen bekannt sind.

Es gibt 3 Arten von **Beschäftigungsverboten**. Die Schutzfristen sowie das generelle Beschäftigungsverbot gelten für alle werdenden und zum Teil für stillende Mütter. Das individuelle Beschäftigungsverbot wird nur im Einzelfall vom Arzt attestiert.

Schutzfristen

Während der Schutzfristen besteht grundsätzlich ein Beschäftigungsverbot. Die Schutzfrist beginnt **6 Wochen vor der Entbindung**.

Auf diese Schutzfrist kann die Schwangere durch ausdrückliche Erklärung gegenüber ihrem Arbeitgeber verzichten, sofern nicht nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit der Schwangeren/des Kindes gefährdet sind. Diese Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

Beschäftigungsverbote

Die Schutzfrist endet im Normalfall **8 Wochen**, bei Frühgeburten (Geburts-gewicht unter 2.500g) oder Mehrlingsgeburten 12 Wochen, **nach der Entbindung**. Bei einer vorzeitigen Geburt verlängert sich die Schutzfrist nach Entbindung um die Anzahl der Tage, die vor der Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnten. Während dieser Schutzfrist besteht ein absolutes Beschäftigungsverbot für die Mutter.

Während der Schutzfristen hat die (werdende) Mutter unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Mutterschaftsgeld (siehe S. 36).

Fehlgeburt und Totgeburt

Bei einer Totgeburt wird Mutterschutz gewährt, bei einer Fehlgeburt nicht. Details siehe S. 49.

Ein generelles/gesetzliches Beschäftigungsverbot für werdende Mütter gilt z. B.

- für Arbeiten, bei denen regelmäßig über 5 kg oder gelegentlich über 10 kg schwere Lasten ohne mechanische Hilfsmittel von Hand gehoben, bewegt oder befördert werden.
- nach Ablauf des 5. Monats für Arbeiten, bei denen sie ständig stehen müssen, wenn diese Beschäftigung 4 Stunden täglich überschreitet.
- für Arbeiten, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder bei denen sie dauernd hocken oder sich gebückt halten müssen.
- für Akkord- und Fließbandarbeit.
- bei erhöhtem Unfallrisiko, z. B. durch die Nutzung von Trittleitern.
- beim Umgang mit Gefahrstoffen, z. B. in Farben oder Lösungsmitteln.
- bei Infektionsgefahr und unzureichendem Impfschutz, z. B. bei Scharlach in einer Kindergartengruppe.
- bei anderen Gefahren, z. B. bei der Betreuung von potenziell aggressiven Menschen.

Viele dieser Verbote gelten auch für stillende Mütter (§ 6 MuSchG).

Werdende und stillende Mütter dürfen nicht beschäftigt werden mit

- Mehrarbeit wie z. B. Arbeitszeiten über 8,5 Stunden täglich (bei Schwangeren unter 18 Jahren nicht über 8 Stunden täglich),
- Nachtarbeit zwischen 20 und 6 Uhr sowie
- Sonn- und Feiertagsarbeit.

In bestimmten Branchen (z. B. Gastronomie, Landwirtschaft, Kultur, Pflege) gibt es Ausnahmen von diesen Zeiten.

Individuelles Beschäftigungsverbot vor der Entbindung

Werdende Mütter dürfen nicht beschäftigt werden, soweit nach **ärztlichem Zeugnis** Leben oder Gesundheit von Mutter und/oder Kind gefährdet sind. Für ein Beschäftigungsverbot müssen der individuelle Gesundheitszustand und die konkrete Arbeitstätigkeit der Schwangeren in direktem Zusammenhang stehen. Der behandelnde Arzt kann die Beschäftigung ganz oder teilweise untersagen. Der Arbeitgeber muss das ärztlich attestierte Beschäftigungsverbot einhalten. Bei begründeten Zweifeln kann er eine Nachuntersuchung verlangen und trägt die Kosten dieser Untersuchung.

Bei einer Krankheit wird die Schwangere arbeitsunfähig geschrieben und bekommt im Anschluss an die Entgeltfortzahlung Krankengeld.



Praxistipp!

Das Attest für ein individuelles Beschäftigungsverbot kann jeder Arzt ausstellen. Es sollte möglichst genaue und allgemein verständliche Angaben enthalten. Das Attest muss im Original dem Arbeitgeber, in Kopie der Krankenkasse zugehen.

Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

Für Mütter besteht ein Beschäftigungsverbot bis zum Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten gibt es eine Verlängerung auf 12 Wochen. Zudem werden bei Frühgeburten und anderen vorzeitigen Entbindungen die Anzahl der Tage an das Beschäftigungsverbot angehängt, die vor der Geburt nicht in Anspruch genommen werden konnten.

Beim Tod des Kindes kann die Mutter ausnahmsweise schon früher wieder beschäftigt werden, wenn sie dies ausdrücklich verlangt und aus ärztlicher Sicht nichts dagegen spricht.

Frauen, die in den ersten Monaten nach der Entbindung aus ärztlicher Sicht nicht voll leistungsfähig sind, dürfen nur Arbeiten ausführen, die ihre Leistungsfähigkeit nicht übersteigen.

Für stillende Mütter gelten viele der generellen Beschäftigungsverbote vor der Entbindung (siehe S. 6).

Mutterschutzlohn

Kann die Schwangere aufgrund eines Beschäftigungsverbots nur eingeschränkt oder nicht arbeiten, erhält sie Mutterschutzlohn vom Arbeitgeber. Die Höhe richtet sich nach dem Durchschnittsbruttoverdienst der letzten 13 Wochen oder der letzten 3 Monate (bei gleich bleibendem Monatslohn) vor der Schwangerschaft.

Arbeitsbefreiung für Untersuchungen und Stillzeit

Der Arbeitgeber muss der Schwangeren zur Durchführung der Untersuchungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft Freizeit ohne Entgeltausfall gewähren.

Stillende Mütter können Stillzeit verlangen: mindestens 2 Mal täglich eine halbe Stunde oder einmal 1 Stunde. Die Stillzeit zählt zur Arbeitszeit, muss nicht nachgearbeitet werden und darf auch nicht auf die üblichen Pausen angerechnet werden. Details finden sich im Internet in § 7 MuSchG: www.gesetze-im-internet.de/muschg/_7.html.

Kündigungsschutz

Vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ablauf von 4 Monaten nach der Entbindung ist die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber bis auf wenige Ausnahmen unzulässig. Der Kündigungsschutz gilt nur, wenn dem Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Kündigung die Schwangerschaft bekannt war oder innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird.

Urlaubsanspruch

Auch für die Zeiten von Beschäftigungsverboten und Schutzfristen entsteht Anspruch auf Urlaub. Urlaub, der nicht vor der Mutterschutzfrist oder Elternzeit genommen werden kann, ist auf das laufende oder nächste Urlaubsjahr übertragbar. Er kann auch noch nach der Elternzeit genommen werden.

Praxistipp!

Die kostenlose Broschüre „Leitfaden zum Mutterschutz“ kann auf der Internetseite des Ministeriums unter www.bmfsfj.de > Publikationen > Suchtext „Mutterschutz“ heruntergeladen werden.

Neues Gesetz 2018

Am 03.04.2017 hat der Bundestag ein Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts beschlossen. Die Neuregelungen gelten im Wesentlichen ab dem 01.01.2018 und verbessern den Gesundheitsschutz für schwangere und stillende Frauen.

Die wichtigsten Neuregelungen sind:

- Nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung beträgt die Schutzfrist 12 (statt bisher 8) Wochen.
- Es gibt einen neuen Kündigungsschutz für Frauen nach einer Fehlgeburt, die nach der 12. Schwangerschaftswoche erfolgte.
- Der Mutterschutz gilt unter bestimmten Voraussetzungen künftig auch für schwangere Schülerinnen, Studentinnen und Praktikantinnen.
- Die Regelungen des Mutterschutzes sollen auch für Beamtinnen, Richterinnen und Soldatinnen gelten. Dies wird jedoch, wie bisher auch, in gesonderten Verordnungen geregelt.

- Gegen den Willen der Schwangeren soll es künftig keine Arbeitsverbote mehr geben. Der Arbeitgeber soll stattdessen den Arbeitsplatz entsprechend umgestalten oder die Frau an einem geeigneten Arbeitsplatz einsetzen.
- Schwangere können bald selbst entscheiden, ob sie sonn- und feiertags arbeiten wollen. Auch kann die werdende Mutter einen Antrag bei der Behörde für die Arbeit nach 20 Uhr bis 22 Uhr stellen.

Elternzeit

Elternzeit entspricht dem früheren Erziehungsurlaub und ist in den §§ 15–21 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes geregelt. Mutter und Vater, manchmal auch die Großeltern, haben Anspruch auf 3 Jahre Elternzeit pro Kind, die sie gleichzeitig oder auch nacheinander in Anspruch nehmen können. Während der Elternzeit ist eine Teilzeitbeschäftigung von bis zu 30 Stunden pro Woche möglich.

Unter folgenden Voraussetzungen haben Mütter und Väter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, Anspruch auf Elternzeit:

Voraussetzungen

- Betreuung eines Kindes
 - für das die Personensorge zusteht.
 - des unverheirateten Partners, mit Zustimmung des Sorgeberechtigten.
 - des Ehepartners.
 - das mit dem Ziel der Annahme (Adoption) in Obhut genommen wurde.
 - das bei Vollzeit-Pflegeeltern lebt.
 - eines Verwandten im Härtefall, z. B. bei schwerer Krankheit oder Tod der Eltern.
- Zusammenleben mit dem Kind im selben Haushalt.
- Überwiegende Betreuung und Erziehung des Kindes.
- Keine wöchentliche Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden während der Elternzeit.

Auch Großeltern können Elternzeit für ihr Enkelkind, mit dem sie in einem Haushalt leben und das sie selbst erziehen und betreuen, beantragen, wenn

- ein Elternteil des Kindes minderjährig ist oder
- ein Elternteil des Kindes sich im letzten oder vorletzten Jahr der Ausbildung befindet, die vor dem 18. Geburtstag begonnen wurde und die Arbeitskraft des Elternteils voll in Anspruch nimmt.

Elternzeit gibt es nicht nur für Vollzeitbeschäftigte, sondern auch bei befristeten oder Teilzeit-Arbeitsverhältnissen oder einer geringfügigen Beschäftigung. Anspruch auf Elternzeit besteht auch, wenn Mutter oder Vater sich in Ausbildung befinden.

Jeder Elternteil hat Anspruch auf höchstens 3 Jahre Elternzeit.

Davon können

- für Geburten bis 30.06.2015 bis zu 12 Monate
- für Geburten ab 01.07.2015 bis zu 24 Monate

zwischen dem 3. und dem 8. Geburtstag des Kindes genommen werden.

Die Elternzeit kann für Geburten seit 01.07.2015 von jedem Elternteil ohne Zustimmung des Arbeitgebers in 3 Zeitabschnitte aufgeteilt werden (bis 30.6.2015 nur 2 Zeitabschnitte und nur mit Zustimmung).

Ausnahme: Der Arbeitgeber kann die Elternzeit aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen, wenn der 3. Abschnitt zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes liegt.

Die Elternzeit kann von einem Elternteil alleine, von beiden abwechselnd oder gemeinsam und gleichzeitig genutzt werden.

Die **Mutterschutzfrist** wird auf die mögliche Gesamtdauer der Elternzeit von 3 Jahren angerechnet. Die Elternzeit des Vaters kann direkt nach der Geburt schon während der Mutterschutzfrist beginnen.

Weitere Geburt

Bei einer weiteren Geburt innerhalb einer bereits laufenden Elternzeit besteht Anspruch auf erneute Elternzeit für das neugeborene Kind, wiederum bis zu maximal 3 Jahren. Die Elternzeit für das weitere Kind schließt an die abgelaufene erste Elternzeit an. Dies gilt nicht, wenn die Elternzeit vorzeitig beendet wird.

Beispiele

- Mutter und Vater nehmen je 3 Jahre Elternzeit.
- Die Mutter nimmt im ersten Jahr Elternzeit, der Vater im zweiten Jahr und die Mutter nimmt Elternzeit während des ersten Schuljahres des Kindes.
- Mutter und Vater nehmen beide im ersten Jahr Elternzeit, die Mutter nimmt im zweiten und dritten Jahr Elternzeit.

Während der gesamten Elternzeit bzw. ab dem Zeitpunkt, an dem sie angemeldet wurde, frühestens jedoch 8 Wochen vor Inanspruchnahme besteht gesetzlicher **Kündigungsschutz**.

Während der Elternzeit ist eine Erwerbstätigkeit bis zu 30 Stunden wöchentlich zulässig. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Rechtsanspruch auf **Teilzeitarbeit** (siehe S. 12).

Während der Elternzeit ist das Mitglied einer gesetzlichen **Krankenversicherung** weiterhin beitragsfrei versichert, wenn schon vorher eine Pflichtmitgliedschaft bestand. Allerdings darf in dieser Zeit kein Einkommen über 450 € erzielt werden.

*Krankenversicherung
während der Elternzeit*

Arbeitnehmer müssen die Elternzeit spätestens 7 Wochen vor Beginn schriftlich beim Arbeitgeber anmelden. Bei Geburten ab dem 01.07.2015 beträgt die **Anmeldefrist** für Elternzeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes 13 Wochen.

Anmeldefristen

Die Eltern müssen bei der ersten Anmeldung die Elternzeit(en) für die ersten beiden Jahre festlegen. Diese schriftliche Anmeldung ist bindend. Beantragt ein Elternteil Elternzeit nur bis zum 1. Lebensjahr des Kindes, ist eine Verlängerung bis zum 2. Lebensjahr nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich.



Praxistipp!

Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zum Thema Elternzeit bietet der Familienwegweiser des Bundesfamilienministeriums unter www.familien-wegweiser.de > Suchwort „Elternzeit“.



Wer hilft weiter?

Auskünfte für Mütter, Väter und Arbeitgeber geben die Stellen, bei denen im jeweiligen Bundesland das Elterngeld (siehe S. 54) beantragt wird.

Teilzeitarbeit

Bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen hat jeder Arbeitnehmer einen Anspruch darauf, seine Arbeitszeit zu reduzieren. Dies gilt auch für Teilzeitbeschäftigte und Minijobber.

Voraussetzungen

Ein Anspruch auf Teilzeit nach § 8 TzBfG besteht, wenn

- das Arbeitsverhältnis länger als 6 Monate andauert und
- der Arbeitgeber mindestens 16 Mitarbeiter beschäftigt.

Der Wunsch nach Verringerung der Arbeitszeit muss dem Chef mindestens 3 Monate vorher mitgeteilt werden. Im besten Fall einigt man sich im Gespräch mit dem Arbeitgeber auf die wöchentliche Arbeitszeit sowie deren Verteilung.

Ablehnung aus betrieblichen Gründen

Stehen betriebliche Gründe einer Reduzierung der Arbeitszeit oder der gewünschten Verteilung entgegen, kann der Arbeitgeber ablehnen.

Betriebliche Gründe laut Gesetz sind vor allem wesentliche Beeinträchtigungen der Organisation, des Arbeitsablaufs oder der Sicherheit im Betrieb. Ein weiterer Grund ist das Entstehen unverhältnismäßig hoher Kosten für den Arbeitgeber. Wird dem Wunsch nach Teilzeitarbeit nicht stattgegeben, hat der Arbeitnehmer die Möglichkeit, seinen Anspruch vor dem Arbeitsgericht einzuklagen.

Automatische Verringerung

Wenn die vom Arbeitnehmer gewünschte Teilzeitarbeit nicht spätestens einen Monat vor dem geplanten Beginn schriftlich abgelehnt wird, vermindert sich die Arbeitszeit automatisch im gewünschten Umfang. Auch die Verteilung der reduzierten Arbeitszeit gilt entsprechend.

Wartefrist

Hat der Arbeitgeber einer Verringerung der Arbeitszeit zugestimmt oder diese aus betrieblichen Gründen abgelehnt, kann der Arbeitnehmer erst nach 2 Jahren einen neuen Antrag stellen.

Elternzeit

Während der **Elternzeit** (siehe S. 9) ist es leichter, in Teilzeit zu arbeiten, da der Wunsch nach Reduzierung nur aus **dringenden** betrieblichen Gründen abgelehnt werden kann und der Arbeitgeber erst 7 Wochen vorher schriftlich informiert werden muss. Der Antrag muss Beginn und Umfang (15–30 Wochenstunden für mindestens 2 Monate) der gewünschten Teilzeitarbeit beinhalten.

Ist Teilzeitarbeit im eigenen Betrieb nicht möglich, kann man auch bis zu 30 Wochenstunden bei einem anderen Arbeitgeber arbeiten, allerdings nur mit Genehmigung des „eigentlichen“ Arbeitgebers. Eine Ablehnung kann dieser jedoch nur innerhalb von 4 Wochen mit entgegenstehenden betrieblichen Interessen schriftlich begründen.

Lehnt der Arbeitgeber eine Teilzeittätigkeit im eigenen Betrieb fristgerecht ab, besteht die Möglichkeit Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II zu beziehen, wenn der Elternteil den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit für eine versicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung zwischen 15 und 30 Wochenstunden zur Verfügung steht. Nähere Auskünfte dazu erteilt die zuständige Agentur für Arbeit.

Während der **Pflegezeit** (siehe S. 109) besteht ein Rechtsanspruch (§ 3 PflegeZG) auf eine komplette Auszeit bzw. Teilzeitarbeit bis zu maximal 6 Monaten, wenn der Arbeitgeber mindestens 16 Mitarbeiter beschäftigt. Der Antrag muss dem Arbeitgeber schriftlich wenigstens 10 Arbeitstage vor dem gewünschten Beginn vorgelegt werden und die gewünschte Dauer, Stundenzahl und Verteilung der Arbeitszeit enthalten. Eine Absage ist nur aus **dringenden** betrieblichen Gründen möglich.

Ein Rechtsanspruch (§ 2 FPfZG) auf Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit auf mindestens 15 Stunden besteht auch während der **Familienpflegezeit** (siehe S. 112), wenn der Arbeitgeber mindestens 26 Mitarbeiter beschäftigt. Die Familienpflegezeit kann einschließlich der Pflegezeit bis zu 24 Monate dauern. Mindestens 8 Wochen vor dem gewünschten Beginn muss sie schriftlich beim Arbeitgeber beantragt werden. Auch hier müssen der geplante Zeitraum, der Umfang und die Verteilung der Arbeitszeit angegeben werden. Der Arbeitgeber hat den Wünschen des Arbeitnehmers zu entsprechen, wenn keine **dringenden** betrieblichen Gründe entgegenstehen.

Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis haben Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung (§ 81 Abs. 5 SGB IX), wenn die verringerte Arbeitszeit durch die **Behinderung** notwendig ist. In diesem Fall ist es unerheblich, wie viele Mitarbeiter der Arbeitgeber beschäftigt und wie lange das Arbeitsverhältnis besteht. Auch gibt es keine festen Regelungen zu den Antragsfristen.



Praxistipp!

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet unter www.bmas.de > Themen > Arbeitsrecht > Teilzeit einen Teilzeitrechner sowie die umfangreiche Broschüre „Teilzeit – alles, was Recht ist“ als Download und kostenfreie Lieferung.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Behinderung

Kindererziehungszeiten für die Rente

Wer Kinder erzieht, bekommt in der Rentenversicherung Beitragszeiten nach § 56 SGB VI angerechnet, für die er selbst keine Beiträge gezahlt hat. Dadurch erhöht sich die Rente (sog. „Mütterrente“).

Unter Umständen kann die Mindestversicherungszeit für einen Rentenanspruch allein durch Kindererziehungszeiten erworben werden.

Dauer

Die Kindererziehungszeit beginnt mit dem Monat nach der Geburt des Kindes und endet nach 3 Jahren, bei Geburten vor 1992 nach 2 Jahren.

Praxistipps!

- Wer die Mindestversicherungszeit von 5 Jahren für einen Rentenanspruch allein mit Kindererziehungszeiten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht erfüllt, kann für die fehlenden Monate freiwillige Beiträge zahlen.
- Die Broschüre „Kindererziehung – Ihr Plus für die Rente“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Vor der Rente kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Näheres zur Anrechnung von Erziehungszeiten für Kinder, die vor 1992 geboren wurden, bietet die Broschüre „Die Mütterrente – Alles, was Sie wissen müssen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff: „Mütterrente“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden kann.

Wer hilft weiter?

Zuständig für die gesetzliche Rentenversicherung ist die „Deutsche Rentenversicherung“.

Auskunfts- und Beratungsstellen sowie ehrenamtliche Versichertenberater und -ältste finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Ihr kurzer Draht zu uns > Beratung in meiner Nähe.

Familie und Gesundheit

Von grundlegender Bedeutung für die Lebensqualität ist die Gesundheit der gesamten Familie. Jede Krankheit, egal ob körperlich oder psychisch, beeinflusst den Alltag und bringt Einschränkungen und Sorgen mit sich. Aus diesem Grund ist es wichtig zu wissen, welche sozialrechtliche Unterstützung es im Gesundheitsbereich gibt.

Schwangerschaftsverhütung

Als Schwangerschaftsverhütung gelten die Lenkung oder Planung der Geburtenkontrolle und/oder die Familienplanung. Es gibt verschiedene Methoden mit unterschiedlicher Zuverlässigkeit und Verträglichkeit.

Die Krankenkassen bezahlen Beratungen und Untersuchungen zur Schwangerschaftsverhütung. Empfängnisverhütende Mittel werden nur bis zum 20. Geburtstag übernommen.

Leistungen der Krankenkasse

- Beratung, Untersuchung und Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln (§ 24a Abs. 1 SGB V). Dazu zählen z.B. Fragen zur Verhütung, gegebenenfalls auch zur Förderung einer Empfängnis.
- Empfängnisverhütende, ärztlich verordnete Mittel (§ 24a Abs. 2 SGB V) bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres. Dazu zählen Anti-Baby-Pille (sog. „hormonelle Antikonzeptiva“) und Spirale (sog. „Intrauterinpessare“, die ärztlich eingesetzt werden).
Die „Pille danach“ ist seit dem 01.04.2015 ohne ärztliche Verschreibung in Apotheken erhältlich. Allerdings müssen Versicherte ab dem 18. Geburtstag die gesetzliche Zuzahlung für diese Verhütungsmittel bezahlen.
- In Ausnahmefällen werden die Kosten für Verhütungsmittel auch bei älteren Patientinnen übernommen, z. B. wenn die Pille zur Behandlung einer Hauterkrankung wie Akne verschrieben wird.

Das Sozialamt übernimmt dieselben Kosten als „Hilfe zur Familienplanung“, wenn die Voraussetzungen der Gesundheitshilfe (§ 49 SGB XII) erfüllt sind. Die Gesundheitshilfe („Hilfen zur Gesundheit“) ist der Krankenversicherungsschutz des Sozialamts. Es trägt die Behandlungskosten bei Personen, die nicht bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind. Weitere Informationen gibt das zuständige Sozialamt.

Leistungen der Krankenkasse

Leistungen des Sozialamts

Nicht bezahlt werden von Krankenkasse und Sozialamt Kondome, Schaumtabletten oder Cremes.

Praxistipp!

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet unter www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden viele Informationen und Broschüren rund um das Thema Verhütung.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilen die Krankenkassen.

Genetische Beratung

Eine (human)genetische Beratung informiert über die Veranlagung zu Krankheiten. Das kann z. B. bei einem Kinderwunsch Entscheidungshilfen bieten. Zuständig sind „Genetische Beratungsstellen“ oder, bei entsprechender Zusatzqualifikation, Frauenärzte sowie andere Ärzte.

Die genetische Beratung informiert

- alle, die wissen wollen, ob sie selbst oder ihre Kinder eine erblich bedingte Krankheit bekommen können.
- Paare und Einzelpersonen, die sich Kinder wünschen.
- schwangere Frauen.
- von Erbkrankheiten Betroffene oder wenn eine Erbkrankheit vermutet wird.
- Kinder mit einer möglicherweise oder sicher erblich bedingten Krankheit.
- Personen, deren Verwandte eine Erbkrankheit haben.
- wenn Partner blutsverwandt sind und sich Kinder wünschen.
- bei mehr als einer Fehlgeburt.
- wenn vor der Schwangerschaft eine Strahlenbehandlung oder eine Behandlung mit erbgutverändernden Medikamenten erfolgt ist.
- bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen und/oder bereits erfolgten Erbanlagen- oder Chromosomenuntersuchungen.

Vor Beginn der Beratung schickt die Genetische Beratungsstelle einen Fragebogen mit Auskunftserlaubnis über die bisher behandelnden Ärzte an die Anfragenden. Der Termin wird erst nach Vorliegen aller relevanten Arztberichte vereinbart.

Die Beratung dauert etwa eine Stunde und umfasst gegebenenfalls:

- Genetische Untersuchungen
- Chromosomenanalyse
- Molekulargenetische Untersuchung
- Vermittlung von vorgeburtlichen Untersuchungen wie Fruchtwasserpunktion oder spezielle Ultraschalluntersuchungen. Näheres unter Pränataldiagnostik, siehe S. 20.

Die Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten der genetischen Beratung. Sind die Voraussetzungen der Hilfen zur Gesundheit erfüllt, können die Kosten als „Hilfe zur Familienplanung“ vom Sozialamt übernommen werden.



Wer hilft weiter?

Erste Ansprechpartner sind in der Regel die Frauenärzte.

Genetische Beratungsstellen können erfragt werden bei Frauenärzten und Schwangerschaftsberatungsstellen. Adressen im Internet finden sich unter:

- Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V., www.bvdh.de > Genetische Beratungsstellen
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V., www.gfhev.de > Genetische Beratungsstellen

Früherkennung von Krankheiten

Viele Krankheiten können bei einer frühen Erkennung effektiver bekämpft werden. Für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen übernehmen die Krankenkassen deshalb die Kosten. Die bekanntesten Früherkennungsmaßnahmen sind die U1 bis U9 bei Kindern sowie die Krebsvorsorge.

Der Früherkennung von Krankheiten dienen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene und Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Die Krankenkasse übernimmt bei erwachsenen Versicherten alle anfallenden Kosten für sog. „Gesundheitsuntersuchungen“ nach § 25 SGB V:

- Für die Früherkennung von Krankheiten, z. B. Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, jedes 2. Jahr ab dem 35. Geburtstag (sog. „Gesundheits-Check-up“)
- Krebsvorsorgeuntersuchung (einschließlich der diesbezüglichen Beratung)
für Frauen
 - ab 20 Jahren: Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs einmal jährlich
 - ab 30 Jahren: zusätzlich jährliche Früherkennung von Brustkrebs
 - von 50 bis 69 Jahren: alle 2 Jahre Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs
- Krebsvorsorgeuntersuchung (einschließlich der diesbezüglichen Beratung)
für Männer
 - ab 45 Jahren: jährliche Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitals (Prostatakarzinom)
- Krebsvorsorgeuntersuchung (einschließlich der diesbezüglichen Beratung)
für Frauen und Männer
 - ab 35 Jahren: Früherkennung von Hautkrebs alle 2 Jahre
 - von 50 bis 55 Jahren: jährliche Stuhluntersuchung zur Darmkrebsfrüherkennung
 - ab 55 Jahren: alle 2 Jahre Stuhluntersuchung zur Darmkrebsfrüherkennung oder im Abstand von 10 Jahren höchstens 2 Darmspiegelungen

Bei Geringverdienenden oder nicht Krankenversicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten der Gesundheits- und Kinderuntersuchungen auf.

Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss (das oberste Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen) hat zur Früherkennung von Krankheiten sog. „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“, „Kinder-Richtlinien“, „Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ und „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“ erstellt. Diese Richtlinien können unter www.g-ba.de > Informations-Archiv > Richtlinien heruntergeladen werden.

Nach § 26 SGB V haben krankenversicherte Kinder und Jugendliche von 0–17 Jahren einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen.

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für folgende Untersuchungen (abgekürzt „U“) zur Früherkennung von Krankheiten:

U1: Neugeborenen–Erstuntersuchung

Sofortige Kontrolle lebenswichtiger Funktionen wie Herzschlag und Atmung.

Neugeborenen–Hörscreening bis zum 3. Lebenstag, spätestens bis zur U2
Früherkennung von Hörstörungen.

Erweitertes Neugeborenencreening bis zum 3. Lebenstag, spätestens bis zur U2

Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte und hormoneller Störungen.

U2: Neugeborenen–Untersuchung vom 3.–10. Lebenstag

Grunduntersuchung aller Organe, Körpermaße, Skelett, Motorik und Reflexe.

U3: 4.–5. Lebenswoche

Körperliche Untersuchung „von Kopf bis Fuss“ wie U2, Prüfung der altersgemäßen Entwicklung, z. B. Abfrage des Trink- und Schlafverhaltens.

U4: 3.–4. Lebensmonat

Impfberatung, Prüfung der Eltern–Kind–Interaktion sowie das Erkennen von geistigen und körperlichen Entwicklungsauffälligkeiten.

U5: 6.–7. Lebensmonat

Erneute körperliche Untersuchung, Suche nach Hinweisen auf Entwicklungsverzögerungen oder -risiken.

U6: 10.–12. Lebensmonat

Kontrolle „was das Kind schon alles kann“, z. B. der geistigen Entwicklung, der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit.

U7: 21.–24. Lebensmonat

Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung, Kontrolle des Impfpasses.

U7a: 34.–36. Lebensmonat

Frühzeitige Erkennung von Sehstörungen und sonstigen Auffälligkeiten, im dritten Lebensjahr erste von 3 Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

U8: 46.–48. Lebensmonat

Intensive Prüfung aller Organe, Bewegungsabläufe, Entwicklungen, Sprache, Verhaltensweisen, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen im Vorschulalter gezielt behandeln zu können.

U9: 60.–64. Lebensmonat

Noch einmal intensive Prüfung aller Organe, des Hörens und Sehens, der Sprachentwicklung und Bewegungsfähigkeit, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und zu heilen.

Für Schulkinder und Jugendliche gibt es 4 weitere Vorsorgeuntersuchungen:

U10: 7–8 Jahre

Untersuchungen zur Erkennung von Schulleistungsstörungen, sozialer und körperlicher Entwicklung, Zahngesundheit und Verhaltensauffälligkeiten.

U11: 9–10 Jahre

Prüfung von Bewegungsgewohnheiten, Essverhalten, Zahngesundheit, Medienkonsum und möglichen Suchtentwicklungen.

Bei Mädchen gegebenenfalls Rötelimpfung.

J1: 12–14 Jahre

Die sog. „Jugendgesundheitsuntersuchung“ sucht mögliche Krankheiten, die die Entwicklung gefährden könnten. Außerdem Gespräch über Suchtgefahren: Alkohol, Rauchen, Drogen, Essverhalten.

J2: 16–17 Jahre

Mögliches Erkennen von Pubertäts- oder Sexualproblemen, Verhaltens- oder Sozialisationsstörungen, Diabetes mellitus oder Haltungstörung.

Informationen zu jugendrelevanten Themen.

Die Untersuchungsinhalte sind nicht vollständig, sondern beispielhaft aufgeführt.

Alle Krankenkassen übernehmen die Kosten für U1–U9 und J1, einige Krankenkassen übernehmen auch U10, U11 und J2. Letzteres ist mit der zuständigen Krankenkasse individuell zu klären.

Sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung

Eine relativ neue Gesundheitsuntersuchung ist die **sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung**. Diese sportärztliche Vorsorgeuntersuchung soll verhindern, dass Menschen, die Sport treiben, gesundheitliche Risiken eingehen.

Sie richtet sich an Freizeitsportler mit und ohne Vorerkrankungen ebenso wie an ambitionierte Breiten- oder Leistungssportler. Vereinzelt übernehmen Krankenkassen die Kosten für diese Untersuchung.

Nähere Informationen sowie eine Liste von Ärzten, die von der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention) und dem DOSB (Deutscher olympischer Sportbund) empfohlen werden, findet man unter www.dgsp.de/seite/278044/sport-untersuchung.html.

Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostik bezeichnet Methoden zur Untersuchung eines ungeborenen Kindes oder einer schwangeren Frau. Sie werden teilweise von der Krankenkasse bezahlt, bei Risikoschwangerschaften werden zusätzliche Leistungen bezahlt.

Pränataldiagnostik ist politisch und ethisch umstritten. Ihr wird vorgeworfen, zu vermehrten Schwangerschaftsabbrüchen und zu Selektionsprozessen zu führen.

Die Pränataldiagnostik oder vorgeburtliche Diagnostik umfasst alle Leistungen zur Überprüfung des Gesundheitszustands eines ungeborenen Kindes sowie einer schwangeren Frau.

Welche Leistungen die Krankenkasse übernimmt, hängt davon ab, ob es sich um eine regelhafte Schwangerschaft oder eine Risikoschwangerschaft handelt.

Die Krankenkassen bezahlen bei regelhaften Schwangerschaften in den ersten Schwangerschaftsmonaten (SSM) alle 4 Wochen und in den letzten beiden SSM alle 2 Wochen folgende Untersuchungen:

- Gewichtskontrolle
- Blutdruckmessung
- Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und ggf. Bakterien
- Hämoglobin- bzw. Erythrozytenbestimmung durch Blutentnahme
- Abtasten des Bauchs
- Herztonkontrolle des Kindes

In der 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche (SSW) sollen einfache Ultraschallscreenings stattfinden.

Zu Beginn der Schwangerschaft soll immer eine ausführliche Befragung der eigenen und der familiären Krankheitsgeschichte (sog. „Anamnese“) erfolgen. Dabei wird auch festgestellt, ob es sich um eine Risikoschwangerschaft handelt.

Nach Zustimmung der Schwangeren können ein HIV-Test und in der 6. oder 7. SSW ein Diabetestest gemacht werden. Diese zahlt die Krankenkasse.

Risikoschwangerschaften ergeben sich aus der Krankheitsgeschichte oder der Untersuchung der bestehenden Schwangerschaft.

Häufige Auffälligkeiten sind in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt (siehe S. 22), z.B.:

- Erstgebärende unter 18 oder über 35
- Frühere Abgänge oder Frühgeburten
- Blutgruppen-Unvereinbarkeit
- Erbanlage für genetische Erkrankungen

Bei einer Risikoschwangerschaft können alle üblichen Untersuchungen häufiger als bei regelhaften Schwangerschaften durchgeführt werden.

*Regelhafte
Schwangerschaften*

*Risiko-
schwangerschaften*

Folgende Tests werden bei einer Risikoschwangerschaft von der Krankenkasse zusätzlich übernommen, wenn sie dem Arzt nach einer Untersuchung oder der Anamnese notwendig erscheinen:

- Aufzeichnen der Wehen- und Herztonfrequenz (sog. „Kardiotokografie“)
- Entnahme von Fruchtwasser über den Muttermund oder die Bauchdecke und Untersuchung im Labor auf Fehlentwicklungen und Erbkrankheiten (sog. „Amniozentese“)
- Entnahme von Plazentagewebe durch den Gebärmutterhals oder die Bauchdecke und Untersuchung im Labor auf Stoffwechselerkrankungen und Erbkrankheiten (sog. „Chorionzottenentnahme“ oder „Placentapunktion“)
- Messung der Durchsichtigkeit des Kindsnackens im Ultraschallbild (sog. „Nackentransparenzmessung“)
- Blutentnahme aus der Nabelschnur im Mutterleib und Testung der Chromosomen (sog. „Nabelschnurpunktion“)

Mutterschafts-Richtlinie

Welche Leistungen wann von der Krankenkasse bezahlt werden, ist in der **Mutterschafts-Richtlinie** des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt, Download der Richtlinie unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19.

Schwangerschaftsabbruch

Ergibt sich aus der Pränataldiagnostik eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Schwangeren durch die Schwangerschaft, ist ein **Schwangerschaftsabbruch** ohne Fristbegrenzung straffrei. Schwangerschaftsabbrüche ohne medizinischen Grund sind unter bestimmten Bedingungen straffrei. Näheres unter Schwangerschaftsabbruch, siehe S. 42.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind Ärzte und Krankenkassen.

Präventionskurse

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ihren Versicherten Präventionskurse nach § 20 SGB V an, um einen gesunden Lebensstil zu fördern. Ziel ist es, den Teilnehmern neues Wissen und neue Fertigkeiten zu vermitteln, die sie in ihren Alltag integrieren können.

Das Angebot ist je nach Krankenkasse unterschiedlich. Überwiegend werden Kurse aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Sucht angeboten. Beispiele hierfür sind Yoga, Tai Chi, Rückenschule, Ernährungskurse, Raucherentwöhnung und Kinderkurse zu den Themen Bewegung und gesundes Essen.

Meist dauern Gesundheitskurse 8–12 Wochen und werden bis zu zweimal jährlich komplett oder anteilig von der jeweiligen Krankenversicherung bezahlt.

Auch sog. „Präventions- oder Gesundheitsreisen“ werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst. Gemeint ist ein Urlaub von im Regelfall 3–7 Nächten. Während des Aufenthalts muss an 1–2 zertifizierten Präventionskursen (z. B. Nordic Walking, Pilates) teilgenommen werden.

In der Regel müssen Versicherte mindestens an 80 % des Kurses teilnehmen, um die Kosten ganz oder anteilig von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen.

Voraussetzungen



Wer hilft weiter?

Die meisten Krankenkassen bieten auf ihrer Internetseite Informationen über ihr Präventionsangebot an. Oft gibt es auch eine Kursdatenbank mit Suchfunktion nach den Kursen im eigenen PLZ-Gebiet.

Alternativ erhält man telefonisch oder in der Geschäftsstelle vor Ort Informationen zu den Gesundheitskursen und -reisen.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Eine Reha für Mütter und Väter enthält medizinische Leistungen sowie mütter-/vaterspezifische Leistungen, z. B. kann die Reha mit Kind durchgeführt werden und in speziellen Einrichtungen stattfinden. Sie dauert 3 Wochen und kann alle 4 Jahre beantragt werden.

Die Reha für Mütter bzw. Väter nach § 41 SGB V umfasst Genesungs- oder Rehamaßnahmen in stationären Einrichtungen, die mit spezifischen therapeutischen Angeboten auf die Störungs- und Krankheitsbilder eingehen. Neben der Behandlung der Erkrankung werden psychologische, psychosoziale und gesundheitsfördernde Hilfen erbracht, insbesondere bei Problemsituationen in der Familie.

Voraussetzungen

Damit die Krankenkasse die Kosten einer Reha für Mütter und Väter (samt Kind) übernimmt, muss eine Krankenbehandlung (z. B. ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln) vorliegen. Daneben muss eine aktuelle Erziehungsverantwortung für Kinder unter 18 Jahren bestehen, bei behinderten Kindern auch länger. Dies umfasst auch Stief- und Pflegekinder.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Die Reha-Maßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Reha-Maßnahme muss vom Arzt verordnet sein und vom Kostenträger vorher genehmigt werden.

Als Mutter-/Vater-Kind-Leistungen (bekannt als Mutter-Kind-Kur) kann die Rehabilitation stattfinden, wenn

- Mutter/Vater und Kind rehaedürftig sind.
- Mutter/Vater rehaedürftig ist und eine Trennung vom Kind unzumutbar wäre.
- das Kind wegen des Reha-Aufenthalts von Mutter/Vater nicht betreut werden kann.

Die Mitnahme eines Kindes zur eigenen Rehabilitation ist in der Regel bis zum 12. Lebensjahr möglich, in besonderen Fällen auch bis zum 14. Bei behinderten Kindern gibt es keine Altersgrenze.

Kostenübernahme, Zuzahlung

Die Reha wird von der Krankenkasse bzw. Unfallversicherung voll übernommen. Die Rentenversicherung bezahlt nur medizinische Leistungen, keine Mutter-/Vater-Kind-Leistungen.

Krankenversicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres müssen täglich 10 € zuzahlen. Versicherte können sich unter bestimmten Voraussetzungen von der Zuzahlung durch die Krankenkasse befreien lassen. Vor allem bei Geringverdienenden lohnt es sich, rechtzeitig bei der Krankenkasse einen Antrag zu stellen, da dann möglicherweise nicht die komplette Zuzahlung zu einer Reha-Maßnahme geleistet werden muss.

Reha-Leistungen der Unfallversicherung sind zuzahlungsfrei.

Die Rentenversicherung fordert ab Vollendung des 18. Lebensjahres eine Zuzahlung von 10 € am Tag, für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Manche Personenkreise sind von diesen Zuzahlungen befreit, andere können sich unter Umständen befreien lassen.

In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten der Reha ein. Die Krankenhilfe der Sozialämter ist eine Leistung für Personen, die trotz Krankenversicherungspflicht nicht krankenversichert sind und die Kosten für Arzt oder Krankenhaus nicht bezahlen können. Die Leistungen der Krankenhilfe entsprechen im Wesentlichen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der **Reha-Antrag** ist erhältlich bei den jeweiligen Sozialversicherungsträgern, den Kur- und Rehavermittlungsstellen der Wohlfahrtsverbände, den Kurhäusern und beim Müttergenesungswerk, Telefon Kurinformation 030 330029-29, Adresse siehe S. 119.

Die Mutter/der Vater füllt den Antrag so weit möglich aus. Bei Bedarf helfen die Beratungsstellen des Müttergenesungswerks weiter. Der (Kinder-)Arzt ergänzt die medizinischen Angaben und stellt den Antrag bei der Krankenkasse.

Die Mutter-/Vater-Kind-Leistungen dürfen nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerks, in gleichartigen Einrichtungen oder in für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden. Diese müssen einen Versorgungsvertrag mit dem Sozialversicherungsträger haben.

Seit Juli 2015 haben die Eltern ein Wahlrecht hinsichtlich der Reha-Einrichtung, die ihnen von der Krankenkasse vorgeschlagen wird.

Besonderheiten bei Vater-Kind-Kur

Väter werden in bestimmten Kliniken des Müttergenesungswerks oder in gleichartigen Einrichtungen aufgenommen. Es gibt auch Kliniken, die zu bestimmten Zeiten ausschließlich Väter-Kuren bzw. parallele Vater-Kind-Gruppen anbieten. Inzwischen weiß man, dass es entscheidend für den Kurerfolg ist, dass auch Väter das richtige therapeutische Setting (z. B. männliche Therapeuten) während des Aufenthalts bekommen.

Adressen von Kliniken, die vom Müttergenesungswerk für Vater-Kind-Kuren zertifiziert wurden, finden Sie unter www.muettergenesungswerk.de/vaterkuren.html.

Antrag

*Wahl der
Reha-Einrichtung*

Dauer und Wartezeit

Eine Reha für Mütter/Väter mit oder ohne Kind dauert längstens 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich und muss vom Arzt in der Kurklinik beim jeweiligen Träger beantragt und begründet werden.

Zwischen 2 bezuschussten Rehabilitationen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen.

Ausnahmen gibt es nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit.



Praxistipps!

- Der Antrag ist immer bei der Krankenkasse zu stellen. Wenn die Krankenkasse mit Hinweis auf die Rentenversicherung ablehnt oder den Antrag an die Rentenversicherung weiterleitet, ist dies nicht richtig. Das Müttergenesungswerk rät Betroffenen, falls die Krankenkasse den Antrag weiterleitet, die Rentenversicherung direkt zu kontaktieren und mitzuteilen, dass eine Mütter- oder Mutter-Kind-Kur und keine Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beantragt wurde.
- Die Kurkliniken haben unterschiedliche Bestimmungen über das Alter der Kinder, die sie aufnehmen. Das muss auf jeden Fall vorher erfragt werden.
- Schwangere werden in der Regel nicht aufgenommen, da Röteln und andere infektiöse Krankheiten die Gesundheit des ungeborenen Kindes beeinträchtigen können.
- Falls ein behindertes oder ein Kind unter 12 Jahren während der Reha zu Hause bleibt, werden die Kosten für eine Haushaltshilfe (siehe S. 86) unter bestimmten Voraussetzungen übernommen.
- Stationäre Hilfeleistungen für Mütter und Väter gibt es auch in Form von Vorsorgeleistungen (§ 24 SGB V), d. h. der Entstehung einer Krankheit soll vorgebeugt werden.
- Liegt eine Erkrankung eines Kindes vor, kann unter Umständen auch eine Kinderheilbehandlung (siehe S. 27) beantragt werden, und Mutter oder Vater fahren als Begleitperson mit.
- Schulpflichtige Kinder müssen für die Dauer der Maßnahme vom Unterricht freigestellt werden. Ein entsprechender Antrag ist bei der zuständigen Schule einzureichen.
- Berufstätige Versicherte können während der Rehabilitation Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Der Arbeitgeber muss dann nach Erhalt der Zusage unverzüglich über den Zeitpunkt und die voraussichtliche Dauer der Rehabilitation informiert werden. Wird die Maßnahme verlängert, muss der Arbeitgeber ebenfalls informiert werden.



Wer hilft weiter?

- Adressen der Träger vor Ort und der Einrichtungen vermitteln das Müttergenesungswerk und die Vermittlungs- und Beratungsstellen der Arbeiterwohlfahrt, des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, des Deutschen Roten Kreuzes, der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V. und die Caritas.
- Unter www.muettergenesungswerk.de finden sich Adressen von Beratungsstellen vor Ort. Diese Einrichtungen beraten, helfen bei der Suche nach der geeigneten Einrichtung und beim Ausfüllen der Formulare.

Kinderheilbehandlung

Eine Kinderheilbehandlung ist eine Kur für Kinder, die vom Rentenversicherungsträger bei bestimmten Indikationen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezahlt wird. Sie dauert in der Regel 4 Wochen.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung genehmigt eine Kinderheilbehandlung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI, wenn dadurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt werden kann oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Dies kann beispielsweise der Fall sein bei Krankheiten der Atemwege, Hautkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparats oder Übergewicht.

Für die Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger muss der beantragende Elternteil des zu behandelnden Kindes eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen:

- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren (§ 50 SGB VI) oder
- Bezug einer Altersrente oder
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente.

Oder: Das Kind selbst bezieht eine Waisenrente aus der Rentenversicherung.

Voraussetzungen der Krankenkasse

Liegen die o.g. Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger nicht vor, können Kinderheilbehandlungen von der Krankenkasse im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation übernommen werden.

Voraussetzungen

Begleitperson

Voraussetzungen weiterer Träger

Wird die Kinderheilbehandlung aufgrund eines Unfalls in einer Tageseinrichtung oder Schule erforderlich, ist der Kostenträger die **Unfallversicherung**. Bei Kindern mit psychischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten zahlt das **Jugendamt**.

Die Kosten für die Unterbringung einer **Begleitperson** während der Kinderheilbehandlung übernehmen die Rentenversicherungsträger nur, wenn die Begleitperson aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig oder das Kind noch nicht eingeschult ist. Die Notwendigkeit muss vom behandelnden Arzt oder einem Arzt der Reha-Klinik begründet werden.

Die nachfolgenden Leistungen können zusätzlich beantragt werden:

- Reisekosten für das Kind und für die Begleitperson.
- Bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr:
Reisekosten für einen Reisebegleiter.
- Wird ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, als Begleitperson mitaufgenommen, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe beantragt werden.

Praxistipp!

Die Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.

Wer hilft weiter?

- Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkassen.
- Bei Fragen zur Kinder- und Jugendrehabilitation hilft die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland e.V., www.ag-kinderreha.de, Adresse siehe S. 119.
- Viele Informationen, auch Adressen spezialisierter Kliniken, finden sich unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de, einer Plattform der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention.

Eltern in der Krise

Ein oder mehrere eigene Kinder bedeuten meist großes Glück, oft aber auch große Herausforderungen. Neue Verantwortungen, schwere Entscheidungen, Krankheiten, finanzielle Mehrbelastungen, Erziehungsprobleme und Streitigkeiten sind nur Beispiele für Schwierigkeiten, denen sich viele Eltern stellen müssen.

Ängste, depressive Phasen oder die Flucht in Abhängigkeiten können die Folge sein, wenn die Probleme dauerhaft nicht zu lösen sind.

Stellt sich das Gefühl ein, alleine die persönlichen und/oder familiären Probleme nicht mehr in den Griff zu bekommen, ist es ratsam sich frühzeitig Hilfe zu holen. Je länger man wartet, desto mehr verfestigen sich die Probleme und desto schwieriger ist es, sie wieder los zu werden.

Beratungsstellen bieten Unterstützung durch Gespräche und Informationen. Die Berater helfen die eigenen Probleme überschaubar und von einer anderen Sichtweise anzugehen und unterstützen bei der Suche und Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten.

Beratungsstellen

Das Unterstützungsangebot umfasst z. B. Hilfestellung bei Erziehungsproblemen, Partnerschaftskonflikten, Lebenskrisen, schweren Entscheidungen, finanziellen Schwierigkeiten oder Sucht.

In **Selbsthilfegruppen** tun sich Menschen zusammen, die vor dem gleichen Problem stehen oder unter derselben Krankheit leiden. Gemeinsam wollen sie ihre Lage verbessern, sich gegenseitig unterstützen und zusammen aktiv etwas verändern.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen haben unterschiedliche Organisationsformen. Im Regelfall treffen sich etwa 6–12 Teilnehmer einmal in der Woche über längere Zeit. Sie bestimmen gemeinsam, wie lange die Treffen dauern, wo sie stattfinden, welche Ziele sie verfolgen und wer welche Aufgaben übernimmt.

Psychotherapie hilft seelische Probleme in den Griff zu bekommen. Sie unterstützt z. B. bei Depressionen, Ängsten, Süchten, Zwängen, Essstörungen oder wenn man problematisches Verhalten verändern möchte. Die Behandlungsform ist meist ein Gespräch, kann jedoch durch therapeutische Interventionen (z. B. Entspannungsverfahren, Verhaltenstrainings) erweitert werden.

Therapeutische Angebote

Wer hilft weiter?

- In der Bundeskonferenz der Erziehungsberatung haben sich deutschlandweit Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstellen zusammengeschlossen. Eltern können sich unter www.eltern.bke-beratung.de von ihnen online beraten lassen. Rund um die Themen Kinder und Familie stehen Einzel-Email-Beratung, Einzelchat, Gruppenchat und ein Forum zur Verfügung.
- Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) bietet unter www.dajeb.de > Beratungsführer online eine bundesweite Suchabfrage von Ehe-, Familien- und Schwangerenberatungsstellen. Auch Adressen von Krisen-, Sucht-, Schulden- oder Lebensberatungsangeboten sowie Notdiensten und Frauenhäusern sind hier zu finden.
- Die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ unterstützt unter www.nakos.de Patienten und Angehörige beim Finden und bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe.
- Mithilfe der Therapeutesuche der Kassenärztlichen Vereinigung können unter www.kbv.de/html/arztsuche.php regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden; auch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vor Ort.

Hormonersatztherapie

Frauen, die unter Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüchen oder vaginaler Trockenheit in den Wechseljahren leiden, erwägen häufig eine Hormonersatztherapie (HET) zur Behandlung der Symptome. Hierbei sollte aber eine gründliche Nutzen-/Risikoabwägung stattfinden.

Wechseljahre

Die **Wechseljahre** (Klimakterium) bezeichnet die Jahre der hormonellen Umstellung vor und nach der letzten Monatsblutung. Bei den meisten Frauen setzen die Wechseljahre im Alter zwischen 45–55 Jahren ein. In dieser Zeit verändert sich die Konzentration der Geschlechtshormone, vor allem von Östrogenen und dem Follikel stimulierendem Hormon (FSH).

Dieses Hormon-Ungleichgewicht kann zu Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen, depressiven Verstimmungen und Nervosität führen. Auch ein Rückgang des Lustempfindens sowie ein Abbau der Scheidenschleimhaut mit entsprechender Trockenheit der Scheide sind häufig.

Für manche Frauen sind die Symptome so belastend, dass eine Behandlung in Betracht kommt.

Die Hormonersatztherapie kann entweder durch Östrogen oder die Kombination von Östrogen und Gestagen erfolgen, je nach Beschwerden lokal, z. B. in Form einer Creme für die Scheide, oder den ganzen Körper betreffend, z. B. durch die Verabreichung von Tabletten.

Die Wirksamkeit einer Behandlung ist vorwiegend bei Hitzewallungen und vaginaler Trockenheit belegt. Für die Linderung anderer Symptome ist eine HET nicht geeignet.

Da die Behandlung viele Nebenwirkungen hat, sollte gründlich mit dem Arzt abgewogen werden, ob der Nutzen der Behandlung die damit verbundenen Risiken übersteigt.

Eine HET erhöht das Risiko für:

- Schlaganfall
- venöse Thrombosen und Lungenembolie
- Gallenblasen/-gangserkrankungen
- Brustkrebs (auch für ein Wiederauftreten nach behandeltem Brustkrebs)
- Gebärmuttereschleimhautkrebs
- Eierstockkrebs
- Harninkontinenz (bei oraler HET)

Eine HET kann sich positiv auf Osteoporose auswirken. Bei Frauen mit einem hohen Knochenbruchrisiko kann daher präventiv eine HET eingesetzt werden, allerdings nur nach einer Nutzen-Risiko-Abwägung und wenn die anderen, vorrangig einzusetzenden Medikamente einer Osteoporosetherapie nicht vertragen werden.

Die Hinweise auf eine Senkung des Risikos für Harninkontinenz (bei lokaler Therapie), koronare Herzerkrankungen, Alterungsprozesse und Androgenisierung (Vermännlichung) der Haut, Darmkrebs, kognitive Einschränkungen und Demenz sind nicht hinreichend belegt. Eine HET ist daher nicht zur Prävention dieser Erkrankungen geeignet.



Wer hilft weiter?

Frauenärzte informieren individuell über die Hormonersatztherapie.



Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaft und Geburt gehören zu den aufregendsten Zeiten des Lebens. Kaum eine andere Phase ist von so vielen Fragen, Gedanken und Vorbereitungen geprägt. Im Folgenden geht es um Leistungen der Krankenkassen und der Sozialhilfe, um Mutterschaftsgeld sowie Hilfen für Schwangere in finanziellen Notlagen.

Medizinische Leistungen

Die Kosten einer Schwangerschaft und Entbindung werden nach den §§ 24c-24h SGB V von der Krankenkasse übernommen. Gezahlt werden z. B. ärztliche Untersuchungen, Gymnastik, Entbindung und Hebammenbetreuung. Als Entbindungsort kommen Krankenhäuser, Geburtshäuser und das eigene Zuhause in Frage.

Für die Kostenübernahme ist der Nachweis der Schwangerschaft notwendig.

Keine Entbindung liegt vor bei:

- Fehlgeburt (siehe S. 49)
- Totgeburt einer Leibesfrucht von weniger als 500 Gramm (siehe S. 49)
- Schwangerschaftsabbruch (siehe S. 42)

Die ärztliche Betreuung umfasst:

- Feststellung der Schwangerschaft
- Erstuntersuchung: Anamnese und ausführliche Beratung
- Vorsorgemaßnahmen alle 4 Wochen, ab der 32. Schwangerschaftswoche alle 2 Wochen, u.a. serologische Untersuchung auf Infektionen, 3 Ultraschalluntersuchungen
- Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden, z. B. Übelkeit/Erbrechen am Morgen

Details zum Umfang der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung stehen in den sog. Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19.

Schwangere leisten bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln, Heil- und Hilfsmitteln.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der **Hebammenhilfe** inklusive aller Kosten für Hausbesuche bis zur 8. Woche nach der Entbindung, sofern die Mutter diese wünscht.

*Ärztliche Betreuung,
Arznei-, Verband-,
Heil- und Hilfsmittel*

Hebammenhilfe

Umfang

Die Hebammenhilfe umfasst:

- Beratung der Schwangeren
- Vorsorgeuntersuchungen, wenn nicht vom Arzt vorgenommen
- Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen
- Geburtsvorbereitung mit Gruppen- oder Einzelunterweisung
- Geburtshilfe
- Wochenbettbetreuung
- Krankenhaus- und Hausbesuche
- Tag- und Nachtwachen
- Rückbildungsgymnastik

Die Hebammenhilfe deckt vorrangig komplikationslos verlaufende Schwangerschaften ab.



Wer hilft weiter?

- Geburtskliniken und Gesundheitsämter halten Listen mit freiberuflichen Hebammen bereit.
- Eine Liste kann auch beim Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD angefordert werden, Telefon 069 79534971, oder Onlinesuche unter www.bfhd.de/hebammensuche.html beim jeweiligen Bundesland.
- In der Suchmaschine von HebRech (Hebammensoftware und Service) kann unter www.hebammensuche.de nach Hebammen gesucht werden.

Entbindung

Stationäre Entbindung

Die Versicherte hat für sich und ihr Neugeborenes Anspruch auf zuzahlungsfreie stationäre Unterkunft, Pflege und Verpflegung.

Wählt die Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, können ihr die Mehrkosten, d. h. sämtliche durch die Wahl des Krankenhauses verursachte höheren Aufwendungen, ganz oder teilweise auferlegt werden. Als zwingende Gründe gelten z. B. eine negative Vorbelastung mit den Behandlungen eines bestimmten Krankenhauses oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis. Die Entscheidung darüber liegt im Ermessen der Krankenkasse.

Hausgeburt

Die Krankenkasse übernimmt auch die Kosten einer Hausgeburt sowie die entsprechend entstehenden Kosten wie häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe (siehe S. 86). Eine Hausgeburt empfiehlt sich nur bei einer komplikationsfreien Schwangerschaft.

Auf Wunsch der Frau/des Paares ist eine Hausgeburt durchzuführen. Die Hebamme oder der betreuende Frauenarzt ist verpflichtet, die Schwangere über alle bekannten Risiken aufzuklären. Es ist empfehlenswert, diese Aufklärung mit Unterschrift der Frau/des Paares zu dokumentieren.

Eine gut ausgestattete Klinik sollte für den Notfall schnell zu erreichen sein.

Geburtshaus

Ein Geburtshaus ist für eine komplikationslose, in der Regel ambulante, Geburt ausgerüstet und wird von Hebammen geleitet. Geburtshäuser nehmen Risikoschwangerschaften wie Mehrlingsgeburten, Beckenendlagen oder Schwangerschaften mit einem komplizierten Verlauf nicht zur Entbindung an. Treten Komplikationen auf, wird die Mutter zur Notfallversorgung sofort ins nächste Krankenhaus gebracht.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten der Hebammenhilfe sowie die Betriebskosten des Geburtshauses, wie Unterhalt und Verpflegung bis zu einer maximalen Höhe von 707 € für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung. Die Geburtshäuser rechnen die Betriebskosten direkt mit der Krankenkasse ab. Einzelheiten dazu sollten, ebenso wie medizinische und praktische Fragen, mit dem jeweiligen Geburtshaus direkt abgesprochen werden.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die **häusliche Krankenpflege**, wenn sie wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist, z. B. bei Hausgeburt oder einer drohenden Frühgeburt.

In der Regel wird eine Pflegekraft gestellt (Sachleistung), welche die Grundpflege und medizinische Pflege übernimmt.

Schwangere leisten bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlung zur Häuslichen Krankenpflege.

*Häusliche
Krankenpflege*

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe (siehe S. 86), wenn sie

- wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist,
- eine Weiterführung des Haushalts unmöglich ist und
- keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Schwangere leisten bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlung zur Haushaltshilfe.

Haushaltshilfe



Praxistipp!

- Eine Haushaltshilfe kann auch schon vor der Geburt des Kindes beantragt werden, wenn der Arzt bestätigt, dass diese Hilfe einen Krankenhausaufenthalt voraussichtlich verhindert (in der Regel bei Risiko- und Mehrlingschwangerschaften).
- Für Schwangere gelten die Bestimmungen des Mutterschutz-Gesetzes.
- Informationen rund um das Thema Schwangerschaft bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.familienplanung.de/schwangerschaft.

Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen informieren über ihre medizinischen Leistungen.
Bei Notlagen ist das Hilfetelefon 0800 40 40 020 rund um die Uhr erreichbar.
Näheres siehe Schwangere in Notsituationen, S. 41.

Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V sowie § 13 Mutterschutzgesetz (MuSchG) erhalten krankenversicherte Mütter in einem Angestelltenverhältnis, angestellte Privatversicherte und Arbeitslosengeld-I-Empfängerinnen während der Zeit des Mutterschutzes (in der Regel 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt).

Keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben Selbstständige und Familienversicherte. Mutterschaftsgeld muss in jedem Fall beantragt werden.

Voraussetzungen

Anspruch auf Mutterschaftsgeld von der Krankenkasse hat nur die leibliche Mutter.

Sie muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung spätestens 6 Wochen vor der Entbindung (= Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 Mutterschutz-Gesetz), Familienversicherung genügt nicht.
- Bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld.
- Während der 14-wöchigen Mutterschutzfrist (§ 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 MuSchG.) wird kein reguläres Arbeitsentgelt gezahlt.
- Bestehendes Arbeitsverhältnis oder Beschäftigung in Heimarbeit oder zulässige Auflösung des Arbeitsverhältnisses während der Schwangerschaft oder ein bestehendes Arbeitsverhältnis bis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist, wenn sie am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse war oder Erhalt von Arbeitslosengeld, auch wenn die Überweisung des Arbeitslosengelds zu Beginn der Schutzfrist wegen einer Beschäftigung, eines bezahlten Urlaubs oder einer Sperrzeit ruht.

Zulässige Auflösung des Arbeitsverhältnisses

Als zulässige Auflösung gelten z. B.:

- wenn der Arbeitgeber bei Ausspruch der Kündigung nichts von der Schwangerschaft wusste und die Arbeitnehmerin ihn nicht innerhalb von 2 Wochen nach der Kündigung über die Schwangerschaft informiert hat.

- Kündigung vor Eintritt der Schwangerschaft und Ablauf der Kündigungsfrist während der Schwangerschaft.
- Beendigung von befristetem Arbeitsverhältnis.
- Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Schwangere oder einvernehmlich.

Das Mutterschaftsgeld müssen gesetzlich Versicherte bei der Krankenkasse beantragen. Die Schwangere muss ein ärztliches Attest über den voraussichtlichen Termin mitschicken (§ 24i Abs. 3 SGB V).

Antrag

Das Mutterschaftsgeld orientiert sich am Bemessungszeitraum der letzten 3 abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist (= 6 Wochen vor Entbindung). Bei wöchentlicher Lohnabrechnung orientiert es sich an den letzten 13 abgerechneten Wochen. Es entspricht dem durchschnittlichen kalendertäglichen Nettoarbeitsentgelt, beträgt jedoch höchstens 13 € täglich. Die Differenz zwischen der Höchstsumme von 13 € und dem Nettoarbeitsentgelt zahlen der Arbeitgeber bei gesetzlich Versicherten oder das Bundesversicherungsamt bei privat Versicherten und Beamtinnen als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld (§ 14 MuSchG).

Höhe

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung entspricht das Mutterschaftsgeld der Höhe der jeweiligen Zahlung.

Endet ein befristetes Arbeitsverhältnis in der Mutterschutzfrist, erhält die (werdende) Mutter bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses Mutterschaftsgeld sowie Arbeitgeberzuschuss. Nach Beendigung erhält sie Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengelds von der Krankenkasse bis zum Ablauf der Mutterschutzfrist.

Mutterschaftsgeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Steuerfrei

Während des Bezugs von Mutterschaftsgeld besteht **Beitragsfreiheit** in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, sofern bereits vorher Versicherungspflicht bestand und keine beitragspflichtigen Einnahmen erzielt werden.

*Sozialversicherung
beitragsfrei*

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, wenn die (werdende) Mutter tatsächlich beitragspflichtiges, nicht bloß einmaliges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält.

Einkommen

Arbeitslosengeld II

Bei Bezug von **Arbeitslosengeld II** besteht kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Die Zahlung von Arbeitslosengeld II läuft aber in gewohnter Höhe weiter, damit keine Benachteiligung entsteht. Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben aber Frauen, die Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung beziehen.

Dauer

Mutterschaftsgeld wird 14 Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten 18 Wochen gezahlt:

- 6 Wochen vor dem mutmaßlichen Geburtstermin, den Arzt oder Hebamme im Mutterpass angeben.
- Tritt die Entbindung später als angegeben ein, verlängert sich die Bezugsdauer bis zum Tag der Entbindung.
- Tritt die Entbindung früher als angegeben ein, werden die nicht verbrauchten Tage an die Schutzfrist nach der Geburt angehängt, d. h. die Bezugsdauer von insgesamt 14 Wochen Mutterschaftsgeld bleibt bestehen.
- bis 8 Wochen nach der tatsächlichen Entbindung sowie für den Entbindungstag.
- bei Mehrlingsgeburten: bis 12 Wochen nach der Entbindung.
- bei Frühgeburten, d. h. bei Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm: bis 12 Wochen nach der Entbindung oder länger (Verlängerung um den Teil der 6 Wochen Schutzfrist, der vor der Entbindung von der Schwangeren nicht in Anspruch genommen werden konnte).

Privatversicherte

Privatversicherte Arbeitnehmerinnen beantragen das Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt. Die Höhe richtet sich nach dem Arbeitsentgelt und beträgt einmalig maximal 210 €. Auch sie bekommen vom Arbeitgeber während der Mutterschutzfrist einen Zuschuss. Dieser entspricht der Differenz zwischen 13 € täglich und dem durchschnittlichen Nettogehalt. Der Zuschuss des Arbeitgebers wird berechnet wie bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse. Privatversicherte Selbstständige bekommen kein Mutterschaftsgeld vom Bundesversicherungsamt.

Geringfügig beschäftigte familienversicherte Frauen

Geringfügig beschäftigte Frauen, die familienversichert sind, erhalten auf Antrag ein einmaliges Mutterschaftsgeld in Höhe von maximal 210 € vom Bundesversicherungsamt. Auch in diesem Fall zahlt der Arbeitgeber die Differenz zwischen 13 € und dem durchschnittlichen kalendertäglichen Nettogehalt.

Mutterschaftsgeld während der Elternzeit

Bekommt eine Frau während der Elternzeit (siehe S. 9) ein weiteres Kind, erhält sie von der Krankenkasse **Mutterschaftsgeld** in Höhe von 13 € täglich. Der Arbeitgeber bzw. das Bundesversicherungsamt müssen keinen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zahlen, es sei denn, die Frau übt eine zulässige Teilzeitarbeit aus.

Für **Beamtinnen** gelten weder der Mutterschutz im SGB V noch das Mutterschutzgesetz, sondern die besonderen beamtenrechtlichen Regelungen. Deshalb erhält eine im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehende Beamtin kein Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenversicherung, es sei denn, sie hat noch während der Schutzfristen in ein Arbeitsverhältnis gewechselt oder übt eine Nebentätigkeit aus.



Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bzw. das Bundesversicherungsamt unter www.mutterschaftsgeld.de.

Leistungen der Sozialhilfe

Schwangere ohne Krankenversicherung und mit geringem Einkommen können vom Sozialhilfeträger „Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ bekommen. Bezahlt werden Leistungen, die sonst von der Krankenversicherung übernommen werden.

Desweiteren gibt es die Möglichkeit einen **Mehrbedarfszuschlag** ab der 13. Schwangerschaftswoche in Höhe von 17% des maßgeblichen Regelsatzes zu beantragen.

Auch können **Erstausrüstungen bei Schwangerschaft und Geburt** auf Antrag übernommen werden. Hierzu zählen z.B. Schwangerschaftsbekleidung, Babybekleidung, Kinderbett und Kinderwagen. Je nach Sozialamt wird eine Pauschale gezahlt bzw. ein Kostenvoranschlag für die einzelnen Teile verlangt. Hat die Schwangere schon Kinder, kann das Sozialamt auf bereits vorhandene Ausstattung verweisen. Quittungen sind bis zu 2 Jahre lang aufzubewahren.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen sowie die notwendigen Anträge gibt der zuständige Sozialhilfeträger. Die Adresse kann bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung erfragt werden.

Leistungen für Schwangere in finanziellen Notlagen

Schwangere in finanziellen Notlagen können Mittel der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ beantragen. Die finanzielle Leistung ist freiwillig und einzelfallabhängig, es gibt keinen Rechtsanspruch.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Beratung und Antragstellung in einer anerkannten Beratungsstelle während der Schwangerschaft
- Schwangerschaftsattest oder Mutterpass
- Vorliegen einer Notlage
- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland
- Hilfe durch andere Sozialleistungen (z. B. Sozialhilfe, Unterhaltsvorschuss, Wohngeld) ist nicht möglich oder nicht ausreichend

Antragstellung

Anträge sind bei bestimmten Schwangerschaftsberatungsstellen am Wohnort persönlich und so früh wie möglich zu stellen.

Unter www.familienplanung.de > Beratung > Beratungsstelle können Beratungsstellen in der Nähe gesucht werden, bei denen ein Antrag gestellt werden kann. Dazu ein Häkchen bei der „Vergabe von Mitteln der Bundesstiftung Mutter und Kind“ setzen.



Praxistipps!

- Informationen über die Bundesstiftung „Mutter und Kind“ unter www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de.
- In vielen Bundesländern gibt es Landesstiftungen für Mutter und Kind bzw. für Familien in Not. Daneben gibt es kirchliche Stiftungen und andere regionale Einrichtungen, die Schwangeren in Not helfen. Die Adressen vermitteln die Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort.



Wer hilft weiter?

- Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen, Gesundheitsämter und Ämter für Versorgung und Familienförderung.
- Anonymes Beratungstelefon „Schwangere in Not“: 0800 40 40 020. Näheres unter Schwangere in Notsituationen, siehe S. 41.

Hilfen für Schwangere in Notsituationen

Nicht immer ist eine Schwangerschaft geplant und gewünscht. Dann stehen oft schwere Entscheidungen an. Um diese besser treffen zu können, ist ausführliche Beratung und einfühlsame Unterstützung notwendig.

Schwangere in Notlagen können sich unter der Nummer **0800 40 40 020** beraten lassen. Das Telefon ist rund um die Uhr besetzt, der Anruf ist kostenlos und anonym. Die Frau muss ihren Namen nicht nennen, ihre Telefonnummer oder eine Internetübertragung an die Beraterinnen wird verschlüsselt. Auch Frauen, die ihre Schwangerschaft geheim halten wollen oder müssen, werden beraten.

Unter www.geburt-vertraulich.de/online-beratung wird zudem Onlineberatung per E-Mail oder Einzel-Chat angeboten.

Das Hilfetelefon hat vor allem das Ziel, riskante Geburtssituationen zu verhindern, die mit Gefahr für Mutter und Kind verbunden sind.

Auf Wunsch vermitteln die Beraterinnen des Hilfetelefons auch an Schwangerschaftsberatungsstellen, die die Frau und das Baby dann nach der Geburt begleiten.

Beratung

Egal in welcher Situation eine Schwangere ist oder wofür sie sich entscheidet, die Beraterinnen sind vor allem dafür da, sie auf ihrem Weg zu unterstützen – wie dieser auch immer aussehen mag.

In der Erstberatung geht es für Betroffene häufig darum, überhaupt jemanden zu haben, dem man alles erzählen kann und der zuhört, ohne Vorwürfe zu machen oder in eine bestimmte Richtung zu drängen.

Die Beraterinnen hören zu, sie können aber auch viele Fragen beantworten, z. B.: Wo gibt es eine Beratungsstelle, bei der man sich – auch anonym – beraten lassen kann? Wo gibt es Helfer in einer größeren Stadt, damit einen niemand erkennt? Die Beraterinnen am Hilfetelefon „Schwangere in Not“ kennen z. B. die Kontaktdaten von rund 1.600 Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland und bieten eine Erstberatung in unterschiedlichen Sprachen an.

Es ist möglich, nur einmal anzurufen und sich nach der Beratung nie wieder beim Hilfetelefon zu melden. Die Telefonnummer ist verschlüsselt, die Beraterinnen können nichts nachverfolgen.

Das „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“ berät in allen Fällen von Gewalt unter der Telefonnummer **08000 116 016**. Das Gespräch bleibt anonym, es werden keine Daten gespeichert. Auf Wunsch empfehlen die Beraterinnen Ansprechpartnerinnen vor Ort.

Vertrauliche Geburt

Die Beraterinnen verhelfen bei Bedarf zu einer vertraulichen Geburt, das heißt: **anonym, medizinisch sicher und kostenlos**. Auch Frauen, die bereits heimlich entbunden haben, oder Väter, Bekannte und Familienangehörige, die um eine Notlage wissen, können sich **anonym** beraten lassen.

Die „vertrauliche Geburt“ ist seit dem 01.05.2014 eine legale Möglichkeit. Schwangere, die ihre Schwangerschaft geheim halten möchten oder müssen, können ihr Kind medizinisch sicher und unter einem Pseudonym in einer Klinik oder bei einer Hebamme auf die Welt bringen. Auch die Nachsorge ist anonym.

Der echte Name der Mutter wird in einem verschlossenen Umschlag (Herkunftsnachweis) zentral und sicher hinterlegt. Alle Untersuchungen und die Geburt laufen unter dem Pseudonym-Namen. Nur das Kind hat ab 16 Jahren das Recht, den echten Namen der Mutter und damit seine Herkunft zu erfahren. Aber selbst dieses Recht kann die Mutter nach 15 Jahren rechtzeitig anfechten, falls die Offenlegung mit Gefahren für sie verbunden ist.

Schwangerschaftsabbruch

Es gibt „rechtswidrige“, „rechtswidrige, aber straffreie“ und „nicht rechtswidrige“ Schwangerschaftsabbrüche. Nur „nicht rechtswidrige“ Abbrüche werden von den Krankenkassen oder den Ländern bezahlt. In jedem Fall müssen einem Schwangerschaftsabbruch intensive Beratungen durch Ärzte und Schwangerschaftsberatungsstellen vorangehen.

Ausführliche Informationen enthält das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG), zu finden im Internet unter www.gesetze-im-internet.de/beratungsg.

Die Krankenkassen bezahlen Schwangerschaftsabbrüche nach § 24 b SGB V, wenn sie **nicht rechtswidrig** sind.

Nicht rechtswidrig sind Schwangerschaftsabbrüche bei

- **medizinischer Indikation:** Die Schwangerschaft gefährdet das Leben der Schwangeren oder ihre körperliche oder seelische Gesundheit schwerwiegend. Abbruch ohne Fristbegrenzung möglich.
- **kriminologischer Indikation:** Schwangerschaft infolge Vergewaltigung oder die Schwangere ist unter 14 Jahre alt. Eine Anzeige muss nicht erfolgt sein. Der Arzt muss feststellen, dass die Schwangerschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit eine kriminologische Indikation hat. Abbruch nur bis Ende der 12. Woche nach Empfängnis möglich.

Gewährt werden in allen Fällen

- Ärztliche Behandlung, z. B. der operative Eingriff (Krankenbehandlung)
- Krankenhausbehandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heil- und Hilfsmitteln

Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit durch den nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht in der Regel Anspruch auf Krankengeld.

Rechtswidrig, aber straffrei ist ein Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a StGB, wenn zwar keine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt, aber

- eine Bescheinigung einer anerkannten Konfliktberatungsstelle vorliegt (Datum der Bescheinigung mindestens 3 Tage vor dem Eingriff) und
- der Abbruch innerhalb von 12 Wochen nach Empfängnis ärztlich vollzogen wurde.

Die **Kosten** eines rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruchs muss die Patientin tragen: Sie betragen etwa 200 – 600 € (bei stationärer Behandlung kommen weitere Kosten hinzu). Die Krankenkasse übernimmt nur die Kosten für die ärztlichen Leistungen und Medikamente vor dem Eingriff und für eventuell eintretende Komplikationen danach.

Es besteht **kein** Anspruch auf Krankengeld.

Die vorhergehende **Beratung** durch die Beratungsstelle ist kostenlos und wird auf Wunsch anonym durchgeführt. Die Beraterinnen stehen unter Schweigepflicht.

Die Beratung ist „ergebnisoffen“, d. h.: Die Beratung soll zwar dem Schutz ungeborenen Lebens dienen und die Frau durch die Information über Hilfsmöglichkeiten zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigen, aber die Entscheidung trifft allein die Frau. Die Beratung darf nicht bevormunden oder befehlen.

Leistungen

Rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschaftsabbruch

Kosten

Beratung

Im Beratungsgespräch wird laut Gesetz von der Frau „erwartet“, dass sie die Gründe nennt, warum sie über einen Abbruch nachdenkt, und dass sie diese Gründe mit der Beraterin erörtert. Aber die Frau muss nicht darüber sprechen. Zum Beratungsinhalt gehört auch, Rechtsansprüche von Mutter und Kind zu vermitteln, schwerpunktmäßig geht es um die Vermittlung von Hilfen, wenn dies gewünscht wird.

Nach der Beratung wird eine schriftliche Bestätigung der Beratung ausgestellt. Dieser Beratungsschein muss Namen und Datum, darf aber keine Gesprächsinhalte enthalten.

Die wesentlichen Inhalte des Beratungsgesprächs werden von der Beraterin zwar aufgezeichnet, aber ohne Nennung von Namen (dient der Qualitätskontrolle der Beratungseinrichtung).

Ärztliche Beratung bei Schwangeren, die ein möglicherweise behindertes Kind erwarten

Entsteht bei pränataldiagnostischen Maßnahmen der Verdacht, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, gilt seit 01.01.2010 eine besondere Beratungspflicht für Ärzte. Der Arzt, der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, muss sie über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus diesem Befund ergeben können, und über die Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs beraten. Daneben hat der Arzt die Schwangere über den Anspruch auf eine vertiefende psychosoziale Beratung bei einer Beratungsstelle zu informieren und sie mit ihrem Einverständnis an eine Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe von Behindertenverbänden zu vermitteln.

Die Schwangere kann alle genannten Beratungen, Informationen oder Vermittlungen ablehnen.

Der Arzt kann die Indikation (= die Feststellung der Voraussetzungen) für einen Schwangerschaftsabbruch erst nach einer **Wartezeit von 3 Tagen** schriftlich ausstellen. Zwischen der Mitteilung der Diagnose und der Beratung müssen 3 ganze Tage liegen. Die Wartezeit ist nicht erforderlich, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um hierdurch eine Lebensgefahr der Schwangeren zu vermeiden.

Im Zuge der Ausstellung der Indikation muss die Schwangere eine schriftliche Bestätigung über die ärztliche Beratung, Information und Vermittlung einer Beratungsstelle oder den Verzicht darauf unterschreiben.

Ausnahmen für sozial Schwache

Wenn nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz die **Kosten nicht zumutbar** sind, übernehmen in besonderen Fällen die Länder die Kosten.

Die Kostenübernahme kommt in Frage bei **nicht rechtswidrigen** Abbrüchen, wenn die Frau nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Voraussetzungen

Bei rechtswidrig/straffreien Abbrüchen in allen Fällen, in denen die Frau die folgenden Voraussetzungen erfüllt (§ 19 SchKG):

- Die verfügbaren persönlichen Einkünfte der Frau betragen monatlich maximal 1.142 € zuzüglich 270 € für jedes im Haushalt lebende und von der Frau unterhaltene Kind und
- der Frau steht kein kurzfristig verwertbares Vermögen zur Verfügung. Einkünfte der Eltern, des Ehegatten, des Lebenspartners oder anderer Personen bleiben unberücksichtigt.
- Die Frau erhält eine der folgenden Leistungen:
 - Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII
 - Arbeitslosengeld II nach dem SGB II
 - Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung behinderter Menschen
 - Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)
 - Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
 - Unterbringung in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung, wenn die Kosten hierfür von der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen werden
- Weitere Sonderregelung:
Wenn die Kosten der Unterkunft für Frau und Kinder 334 € übersteigen, erhöht sich die genannte Einkommensgrenze um den Mehrbetrag, höchstens jedoch um 334 € im gesamten Bundesgebiet.

Die Kostenübernahme muss **immer bei der Krankenkasse** beantragt werden. Die Krankenkassen rechnen intern mit den Ländern ab. Auch nicht krankenversicherte Frauen stellen den Antrag bei einer Krankenkasse, die sie frei wählen können.

Antrag

Die Kasse stellt auf Antrag einen Berechtigungsschein aus, mit dem die Frau zum Arzt ihrer Wahl geht. Die Kasse hat nur das Recht, Auskünfte über das persönliche Einkommen und Vermögen einzuholen, **nicht** über die Gründe des Abbruchs. Die Kostenübernahme muss **vorher** genehmigt werden, Anträge im Nachhinein werden nicht angenommen.

Die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kann heruntergeladen werden unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/9.

Richtlinie

Der **Anspruch auf Entgeltfortzahlung** besteht bis zu 6 Wochen durch den Arbeitgeber bei jedem ärztlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, unabhängig ob rechtswidrig/straffrei oder nicht rechtswidrig (§ 3 Abs. 2 Entgeltfortzahlungsgesetz).

Wer hilft weiter?

- Auskünfte erteilen Ärzte, Gesundheitsämter, Krankenkassen und Schwangerschaftsberatungsstellen.
- **Erste Anlaufstelle können Hilfetelefone sein:**
 - Das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ (Träger Bundesfamilienministerium) berät rund um die Uhr, anonym und kostenlos, unter 0800 40 40 020, www.geburt-vertraulich.de. Näheres unter Schwangere in Notsituationen, siehe S. 41.
 - Bei Fragen zur Abtreibung nach einer Vergewaltigung kann auch das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben unter Telefon 08000 116 016 erster Ansprechpartner sein. Näheres unter www.hilfetelefon.de.

Die Gespräche der Hilfetelefone sind kostenlos und anonym, es werden keine Daten gespeichert. Auf Wunsch empfehlen die Beraterinnen am Telefon Ansprechpartner vor Ort.

- **Beratungsstellen gibt es von folgenden Anbietern:**
 - pro familia: Die Adresse der nächstgelegenen pro-familia-Beratungsstelle erhält man über den Bundesverband pro familia unter www.profamilia.de > Angebote vor Ort.
 - donum vitae: Die Adresse der nächsten donum-vitae-Beratungsstelle findet man unter www.donumvitae.org. Im Internet gibt es auch eine anonyme Online-Beratung.
 - Arbeiterwohlfahrt, Diakonie, Caritas und SKF (Sozialdienst katholischer Frauen). Allerdings stellen die Beratungsstellen des SKF und der Caritas keinen Beratungsschein mehr aus. Adressen siehe S. 117.
 - Staatliche Träger wie Landkreise und Kommunen. Die Adressen der staatlichen Beratungsstellen der einzelnen Bundesländer sind unter www.familienplanung.de/beratung/beratungsstellensuche zu finden.

Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch

Der Wunsch nach einem Kind, der sich nicht erfüllt, kann ebenso belastend sein wie eine Fehl- oder Totgeburt. Trauer, Sehnsüchte, Vorwürfe, Ängste, körperliche Schmerzen und Belastungen beeinflussen das eigene Leben und die Beziehung zum Partner. Hinzu kommt, dass über diese Schicksalsschläge oft geschwiegen wird und man sich in dieser Situation alleine fühlt.

Künstliche Befruchtung

Damit die Krankenkasse eine künstliche Befruchtung nach § 27a SGB V übernimmt, müssen eine ganze Reihe von Bedingungen erfüllt sein. Zudem übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für bestimmte Methoden und der Versicherte trägt 50% der Kosten.

Damit eine künstliche Befruchtung von der Krankenkasse übernommen wird, müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

1. Nach ärztlicher Feststellung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich.
2. Nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht auf Erfolg.
Die Finanzierung der Maßnahme wird abgelehnt, wenn die für die jeweilige Methode zulässige Höchstzahl an erfolglosen Versuchen erreicht ist. Näheres siehe Methoden, S. 48. Die einer Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche werden nicht dazugezählt.
3. Ehepaar (Ausnahmen siehe unten).
4. Homologe Befruchtung (ausschließlich Verwendung von Ei- und Samenzellen der Ehepartner).
5. Medizinische und psychosoziale Beratung des Paares durch einen Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt. Dieser Arzt stellt eine Beratungsbescheinigung aus und überweist an einen Arzt oder eine Einrichtung, die eine Berechtigung zur Durchführung der künstlichen Befruchtung besitzen.
6. Frauen müssen das 25. Lebensjahr vollendet und dürfen das 40. Lebensjahr noch nicht erreicht haben; Männer müssen das 25. Lebensjahr vollendet und dürfen das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht haben.
7. Beide Ehepartner dürfen nicht HIV-positiv sein.
8. Vor Beginn der Behandlung muss der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt werden.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Künstliche Befruchtung übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V). Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Voraussetzungen

Zudem gibt es einige Krankenkassen, die ihren Versicherten mit unerfülltem Kinderwunsch höhere Zuschüsse bieten. Das unabhängige Informationsportal www.krankenkassen.de bietet eine Suchfunktion, um solche Krankenkassen zu finden.

Methoden

Die Krankenkasse bezuschusst folgende Methoden:

- Insemination im Spontanzklus = einfache Insemination = Einbringung von Spermien in den Gebärmutterhals (bis zu 8 Mal).
- Insemination nach hormoneller Stimulation (bis zu 3 Mal). Diese Methode birgt ein erhöhtes Risiko von Mehrlingen.
- In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryotransfer (ET) = Befruchtung außerhalb des Mutterleibs und anschließender Embryonentransfer in den Mutterleib (bis zu 3 Mal).
- Intratubarer Gametentransfer = Einbringen der männlichen Spermien in den Eileiter der Frau (bis zu 2 Mal).
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) = Einbringen eines Spermiums mit einer mikroskopisch dünnen Nadel in die Eizelle (bis zu 3 Mal).

Kosten

Die **Kosten** pro Behandlungsversuch sind abhängig von der eingesetzten Methode und den erforderlichen Medikamenten. Sie können mehrere Tausend Euro betragen.

Der Versicherte trägt 50% der Kosten der Maßnahmen, die von der Krankenkasse im Rahmen des Behandlungsplans genehmigt wurden. Auch bei verordneten Medikamenten trägt der Versicherte die Hälfte der Kosten. Einzelne Bundesländer gewähren Zuschüsse.

Die reguläre Zuzahlung bei Arzneimitteln entfällt.

Nähere Informationen gibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.familienplanung.de/kinderwunsch/rechtliches-und-finanzielles/kosten-fruchtbarkeitsbehandlung.

Förderung Bund und Länder

Ehepaare und nichteheliche Lebensgemeinschaften in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen können seit dem 07.01.2016 von Bund und Bundesländern eine Förderung zur Behandlung im 1. bis 4. Behandlungszyklus nach Art der In-vitro-Fertilisation (IVF) und Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) erhalten. Die Paare müssen alle Voraussetzungen der Krankenkasse erfüllen (bis auf die Ehepflicht bei nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften), den Hauptwohnsitz in Deutschland haben und die Behandlung in Deutschland durchführen lassen. Die einzelnen Bundesländer können weitere Voraussetzungen erlassen.

Grundlage ist die „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“ des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Nähere Informationen, Anträge und Kontakte unter www.informationsportal-kinderwunsch.de/unterstuetzung.



Praxistipps!

- Die Qualifikationsvoraussetzungen und das Genehmigungsverfahren für Ärzte sind je nach Bundesland und Maßnahme verschieden und sehr komplex. Sie sind in den Berufsordnungen der Ärztekammern definiert.
- Informationen rund um das Thema Kinderwunsch und künstliche Befruchtung bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung.



Wer hilft weiter?

- Der Verein der Selbsthilfegruppen für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit: Wunschkind e.V., www.wunschkind.de. Adresse siehe S. 120.
- Das Bundesfamilienministerium bietet eine Adressrecherche unter www.informationsportal-kinderwunsch.de/unterstuetzung.
- Auskunft über Ärzte und Einrichtungen, die eine künstliche Befruchtung vornehmen, geben Schwangerschaftsberatungsstellen, Gesundheitsämter und die Ärztekammern.

Fehlgeburt und Totgeburt

Es ist wichtig zwischen Fehlgeburt und Totgeburt zu unterscheiden, da für totgeborene Kinder eine standesamtliche Meldepflicht und eine Bestattungspflicht bestehen. Um eine Fehl- oder Totgeburt psychisch zu verarbeiten, kann eine Bestattungszereemonie hilfreich sein, aber auch die Klinikseelsorge, der psychosoziale Dienst der Klinik und Selbsthilfegruppen.

Fehlgeburt ist die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft vor der 24. Schwangerschaftswoche, wobei das Geburtsgewicht des Kindes unter 500 Gramm liegt.

Bei einer **Totgeburt** wiegt das Kind mindestens 500 Gramm und ist im Mutterleib oder während der Geburt verstorben. Totgeburten müssen standesamtlich registriert werden. Auf Wunsch des Verfügungsberechtigten wird der Vor- und Familienname eines totgeborenen Kindes im Geburtenbuch eingetragen. Seit dem 15.03.2013 können auch Kinder unter 500 Gramm Geburtsgewicht beim Standesamt angezeigt werden, um ihnen damit offiziell eine Existenz zu geben. Diese Regelung gilt auch für Eltern, deren Kind vor dem 15.03.2013 tot zur Welt gekommen ist.

Unterscheidung Fehlgeburt und Totgeburt

Mutterschutz

Bei einer **Totgeburt** wird Mutterschutz (siehe S. 5) gewährt. Die Dauer ist abhängig vom Tag der Entbindung und vom Geburtsgewicht des Kindes. Frauen haben jedoch die Möglichkeit, vorzeitig wieder ihrer Arbeit nachzugehen, wenn sie das ausdrücklich wünschen und aus ärztlicher Sicht nichts dagegen spricht, jedoch nicht in den ersten beiden Wochen nach der Geburt.

Bei einer **Fehlgeburt** bekommt die Frau weder Mutterschutz noch Mutterschaftsgeld. Sie kann jedoch von einem Arzt krankgeschrieben werden und hat dann Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Bestattung

Totgeborene Kinder unterliegen der Bestattungspflicht und damit den unterschiedlichen Bestattungsgesetzen der jeweiligen Bundesländer. Es empfiehlt sich unter Umständen auch bei Fehlgeburten eine Bestattung, da die Zeremonie bei der Bewältigung des Verlustes helfen kann.

Möglich ist auch eine anonyme Bestattung oder bei Fehlgeburten eine Bestattung durch die Klinik. Letztere ist in der Regel kostenlos. Ansonsten werden Bestattungen durch städtische und private Bestattungsdienste durchgeführt.

Wenn Ärzte und andere Klinikmitarbeiter entsprechende Fragen der Mutter/Eltern nicht beantworten können, kann oft die Klinikseelsorge weiterhelfen. Die Mitgliedschaft in einer Kirche ist in der Regel für ein Beratungsgespräch nicht nötig.

Trauerarbeit

Um den Verlust des Kindes und die Trauer zu bewältigen, helfen Selbsthilfegruppen. Die Kosten werden von der Krankenkasse nicht übernommen, in der Regel ist die Teilnahme dennoch kostenfrei, da sie von gemeinnützigen Organisationen angeboten werden. Mögliche Anlaufstellen für Informationen sind die Klinikseelsorge, der psychosoziale Dienst der Klinik, Ärzte, Nachsorgeeinrichtungen, Hospizvereine, die Pfarrei und die Telefonseelsorge.

Wird infolge des Verlustes eine Psychotherapie notwendig, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.



Wer hilft weiter?

- Die Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V. unter www.gluecklose-schwangerschaft.de. Hier unterstützen Eltern, die selbst ein oder mehrere Kinder vor oder kurz nach der Geburt verloren haben, Betroffene und Helfer. Adresse siehe S. 119.
- Kontaktadressenvermittlung zu anderen betroffenen Eltern per E-Mail über KAV@initiative-regenbogen.de.

Finanzielle Leistungen für Eltern

Laut statistischem Bundesamt geben Eltern etwa 400–600 € jeden Monat pro Kind aus. Bis zur Volljährigkeit entstehen dadurch Kosten in Höhe von bis zu 130.000 €. Dabei sind entgangene Einkünfte durch Teilzeitarbeit sowie Ausgaben für Versicherungen und Vorsorge noch nicht mitgerechnet.

Auch wenn Eltern bei ihren Kindern in der Regel zuletzt an die entstehenden Kosten denken, kann die finanzielle Mehrbelastung die Lebensqualität deutlich beeinflussen. Aus diesem Grund ist es gut zu wissen, welche finanziellen Leistungen Eltern zustehen und wo man diese beantragen kann.

Kindergeld

Kindergeld nach den §§ 62–78 Einkommenssteuergesetz (EStG) und dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG) gibt es für eigene, Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder.

Es beträgt je 192 € monatlich für die ersten 2 Kinder, 198 € für das 3. Kind und je 223 € ab dem 4. Kind. Kindergeld gibt es bis zum 18. Lebensjahr; bei Schülern, Studenten und freiwilligen Diensten auch länger. Geringverdiener haben zudem einen Anspruch auf einen Kinderzuschlag (siehe S. 53) von bis zu 170 € monatlich.

Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz (EStG) haben Eltern

- mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland.
- mit Wohnsitz im Ausland, die aber in Deutschland unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind.
- Ausländer mit einer gültigen Niederlassungserlaubnis.

Anspruchsberechtigt ist immer nur eine Person, in der Regel diejenige, in deren Haushalt das Kind lebt.

Bestimmte Personengruppen, z. B. Eltern, die in Deutschland nicht unbeschränkt einkommenssteuerpflichtig sind, oder Vollwaisen, erhalten Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG).

Als Kinder gelten

- im ersten Grad mit dem Antragsteller verwandte Kinder: eheliche, für ehelich erklärte, nichteheliche und adoptierte Kinder.
- Kinder des Ehegatten (Stiefkinder) und Enkelkinder im Haushalt des Antragstellers.
- Pflegekinder, die mit dem Antragsteller in dessen Haushalt längerfristig in familienähnlicher Form leben und unterhalten werden. Weitere Voraussetzung ist, dass kein Obhuts- und Pflegeverhältnis zu den leiblichen Eltern mehr besteht.

Voraussetzungen

Definition Kinder

Dauer

Kindergeld wird in der Regel von der Geburt **bis zum 18. Geburtstag** geleistet.

Nach § 32 EStG darüber hinaus:

- bis zum 21. Geburtstag, wenn das Kind bei der Agentur für Arbeit arbeitssuchend gemeldet ist.
- bis zum 25. Geburtstag, wenn sich das Kind noch in der Schul- oder Berufsausbildung befindet oder studiert.

Die Altersgrenze (25. Geburtstag) erhöht sich im Falle

- eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder
- des Bundesfreiwilligendienstes oder
- einer hierzu gleichgestellten Tätigkeit, z. B. als Entwicklungshelfer oder
- der freiwilligen Verpflichtung zum Wehrdienst für nicht länger als 3 Jahre längstens um die jeweilige Dauer des entsprechenden Dienstes. Während dieser Zeit wird allerdings kein Kindergeld bezahlt.

- ohne Altersbegrenzung bei körperlich, geistig oder seelisch behinderten Kindern, die sich deshalb nicht selbst finanzieren können und deren Behinderung vor dem 25. Geburtstag eingetreten ist.

Nach Abschluss der ersten Berufsausbildung muss nachgewiesen werden, dass das Kind neben der zweiten Ausbildung nicht mehr als 20 Stunden in der Woche arbeitet, um den Anspruch auf das Kindergeld zu behalten.

Höhe

Das Kindergeld beträgt monatlich:

	2017	2018
1. und 2. Kind	192 €	je 194 €
3. Kind	198 €	200 €
ab 4. Kind	je 223 €	je 225 €

Aktuelle Informationen zur monatlichen Auszahlung des Kindergelds (Überweisungstermine) gibt es unter www.arbeitsagentur.de/familie-und-kinder/auszahlung.

Kinderfreibetrag

Wer Kindergeld bekommt, dem gesteht das Finanzamt **alternativ** einen **Kinderfreibetrag** zu. Er beträgt jährlich 7.356 € pro Kind bei zusammen veranlagten Eltern bzw. 3.678 € pro Kind je Elternteil. Näheres unter Kinderfreibetrag (siehe S. 68).

Antrag und Beratung

Das Kindergeld muss schriftlich bei der Familienkasse vor Ort beantragt werden. Familienkassen sind eigenständige Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit. Die Familienkasse der Bundesagentur für Arbeit ist kostenlos zu erreichen unter Telefon 0800 4555530, Mo–Fr von 8–18 Uhr.

Die örtlich zuständige Familienkasse ist zu finden unter www.arbeitsagentur.de > Finden Sie Ihre Dienststelle.

Praxistipps!

Eltern mit niedrigem Einkommen können unter bestimmten Voraussetzungen Kinderzuschlag zusätzlich zum Kindergeld beantragen.

Kinderzuschlag

Seit 01.01.2005 gibt es einen Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz (BKGG) für Eltern, deren Einkommen zwar für ihren eigenen Lebensunterhalt ausreicht, nicht aber für den des Kindes.

Einen Kinderzuschlag erhält nicht, wer Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Sozialhilfe bezieht. Der Zuschlag wird gemeinsam mit dem Kindergeld ausbezahlt. Den Kinderzuschlag erhalten Personen für die in ihrem Haushalt lebenden unverheirateten Kinder unter 25 Jahren. Der Kinderzuschlag beträgt für jedes zu berücksichtigende Kind maximal 170 € monatlich, Betreuungsgeld in Bayern (siehe S. 60) wird angerechnet.

Der Kinderzuschlag soll vermeiden, dass Eltern Grundsicherung für Arbeitssuchende in Anspruch nehmen müssen.

Voraussetzungen

Ein Kinderzuschlag wird gezahlt, wenn

- die Eltern Kindergeld für das Kind beziehen,
- die Eltern zusammen mit dem Kinderzuschlag genug Einkommen erzielen, um keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld zu haben,
- das Bruttoeinkommen mindestens 900 € bei Elternpaaren oder 600 € bei Alleinerziehenden beträgt,
- das Bruttoeinkommen nicht die Höchsteinkommensgrenze (elterlicher Bedarf nach Arbeitslosengeld II + prozentualer Anteil an den Wohnkosten + Gesamtkinderzuschlag) übersteigt.

Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet viele Informationen rund um den Kinderzuschlag unter www.bmfsfj.de > Themen > Familie > Familienleistungen > Kinderzuschlag.
- Der Familienwegweiser bietet unter www.familien-wegweiser.de > Kinderzuschlags-Check die Möglichkeit auszurechnen, ob eine Antragstellung Aussicht auf Erfolg hat.

Leistungen für Bildung und Teilhabe

Besteht für ein Kind Anspruch auf Kinderzuschlag oder Wohngeld, dann erhalten die Eltern für dieses Kind auch weitere Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 6b BKGG.

Dazu zählen:

- eintägige Schul- und Kitaausflüge
- mehrtägige Klassen- und Kitafahrten
- der persönliche Schulbedarf
- die Beförderung zur Schule
- Lernförderungen
- die Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in Schule oder Kindertageseinrichtungen
- die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft (z. B. Babyschwimmen, Sportkurse, Musikunterricht)

Die Leistungen für Bildung und Teilhabe können als Geld- oder Sachleistungen gewährt werden. Zuständig ist die Kommune, d. h. Gemeinde, Landkreis oder Stadtverwaltung.



Praxistipps!

- Nähere Informationen bietet das Bundesfamilienministerium unter www.familien-wegweiser.de > Familienthemen A–Z > Bildung und Teilhabe
- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert unter www.bmas.de > Themen > Arbeitsmarkt > Grundsicherung > Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes > Bildungspaket über die Leistungen des Bildungspakets.

Antrag und Beratung

Der Kinderzuschlag muss schriftlich bei der Familienkasse vor Ort beantragt werden. Dort gibt es auch Informationen und Beratungsmöglichkeiten.

Elterngeld

Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) steht jedem zu, der wegen der Erziehung eines Kindes nicht oder maximal 30 Stunden in der Woche arbeitet. Elterngeld ist einkommensabhängig und beträgt ca. 2/3 des Einkommens, maximal jedoch 1.800 €.

Für Geburten seit dem 01.07.2015 kann statt dem bisherigen Elterngeld (jetzt „Basiselterngeld“) auch ElterngeldPlus beantragt werden. Eine Kombination beider Leistungen ist möglich. Ob Basiselterngeld oder ElterngeldPlus gewählt wird, muss im Antrag für jeden Bezugsmonat einzeln festgelegt werden.

Vom ElterngeldPlus profitieren vor allem Eltern, die nach der Geburt des Kindes in Teilzeit arbeiten, denn mit den ElterngeldPlus-Monaten kann die Förderung durch das Elterngeld doppelt so lange genutzt werden: Aus einem Elterngeldmonat werden 2 ElterngeldPlus-Monate.

Anspruch auf Elterngeld hat, wer

- seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat,
- sein Kind selbst betreut und erzieht,
- im Jahr vor der Geburt des Kindes als Alleinerziehender weniger als 250.000 € oder als Paar weniger als 500.000 € zu versteuerndes Einkommen hat,
- nach der Geburt des Kindes keine oder keine volle Erwerbstätigkeit (= nicht mehr als 30 Wochenstunden) ausübt und
- mit seinem Kind in einem Haushalt wohnt oder
- mit einem Kind in einem Haushalt lebt, das er mit dem Ziel der Adoption als Kind aufgenommen hat.
- ein Kind des Ehegatten oder des Lebenspartners in seinen Haushalt aufgenommen hat.
- als Verwandter bis zum dritten Grad (und auch deren Ehegatten und Lebenspartner) das Kind erzieht, weil dessen Eltern wegen schwerer Krankheit, Schwerbehinderung oder Tod dazu nicht in der Lage sind.

Elterngeld ist einkommensabhängig und beträgt ca. 2/3 des Einkommens aus Erwerbstätigkeit vor der Geburt des Kindes (siehe unten), maximal jedoch 1.800 €.

Einkommen aus Erwerbstätigkeit (EaE)	Höhe des Elterngelds monatlich
kein Einkommen oder Einkommen bis 300 €	300 €
300–340 €	100 % des EaE
340–1.000 €	67 % des EaE + 0,1 % für je 2 €, um die das Einkommen unter 1.000 € liegt
1.000–1.200 €	67 % des EaE
1.200–1.240 €	67 % des EaE - 0,1 % für je 2 €, um die das Einkommen über 1.200 € liegt.
1.240–2.769 €	65 % des EaE
ab 2.770 €	1.800 €

Voraussetzungen

Berechnung des Einkommens aus Erwerbstätigkeit

Bemessungszeitraum

Zur Ermittlung des Einkommens pro Monat werden die 12 Kalendermonate vor Geburt des Kindes herangezogen. Monate mit Bezug von Mutterschaftsgeld oder Elterngeld sowie Monate, in denen aufgrund einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung das Einkommen gesunken ist, werden nicht mitgezählt. Stattdessen können weiter zurückliegende Monate in die Berechnung einfließen.

Höhe des Einkommens aus Erwerbstätigkeit

Als Einkommen aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Erwerbstätigkeit gilt das jeweilige Bruttoeinkommen abzüglich

- Steuern (Einkommenssteuer, Solidaritätszuschlag, Kirchensteuer) unter Berücksichtigung der Steuerklasse und des Faktors nach § 39f EStG sowie Arbeitnehmerpauschale und Vorsorgepauschale. Freibeträge und Pauschalen, die nicht ohne weitere Voraussetzung jeder berechtigten Person zustehen (z. B. Pendlerpauschale, Kinderfreibetrag), werden nicht berücksichtigt.
- Sozialabgaben anhand von Beitragssatzpauschalen (9% für Kranken- und Pflegeversicherung, 10% für Rentenversicherung, 2% für Arbeitsförderung).

Die Höhe der Abzüge durch Steuern und Sozialabgaben richtet sich nach den Angaben in der Lohn- und Gehaltsbescheinigung für den letzten Monat vor der Geburt. Wenn sich in den 12 Kalendermonaten vor der Geburt ein Abzugsmerkmal (z. B. die Steuerklasse) geändert hat, wird die neuere Angabe nur dann als Grundlage genommen, wenn sie mindestens 7 Monate bestanden hat.

Zuschlag bei Mehrlingsgeburten

Für das zweite und jedes weitere Kind gibt es einen **Mehrlingszuschlag** von je 300 € (Elterngeld) oder 150 € (ElterngeldPlus).

Geschwisterbonus

Leben im Haushalt des Antragstellers neben dem Neugeborenen noch ein Kind unter 3 Jahren oder noch 2 oder mehr Geschwister unter 6 Jahren, dann gibt es den sog. „**Geschwisterbonus**“. Dieser beträgt zusätzlich 10% des zustehenden Elterngelds, mindestens jedoch 75 €. Der Anspruch auf den Geschwisterbonus endet mit dem Ablauf des Monats, in dem das/die Geschwister die Altersgrenze von 3 bzw. 6 Jahren überschreiten, bzw. 14 Jahre, wenn es sich um ein behindertes Geschwisterkind handelt.

Anrechnung von Einkommen während des Elterngeldbezugs

Wenn ein Elternteil während des Bezugs von Elterngeld arbeitet, errechnet sich die Höhe des **Basiselterngelds** aus der Differenz von Einkommen vor der Geburt und dem voraussichtlich durchschnittlich erzieltm Einkommen nach der Geburt.

ElterngeldPlus beträgt höchstens die Hälfte des Elterngeldanspruchs, der einem Elternteil ohne Teilzeiteinkommen nach der Geburt zustehen würde.



Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet einen Elterngeldrechner unter www.familien-wegweiser.de/Elterngeldrechner an.
- Weiterführende Informationen und Broschüren zum ElterngeldPlus bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.elterngeld-plus.de.

Elterngeld kann vom Tag der Geburt des Kindes maximal 28 Lebensmonate (nicht Kalendermonate!) bezogen werden. Die individuelle Bezugsdauer ist davon abhängig, ob Basiselterngeld oder ElterngeldPlus beantragt wird bzw. ob beide Leistungen miteinander kombiniert werden. Die Mindestbezugsdauer beträgt 2 Monate.

Für **adoptierte** Kinder kann Elterngeld vom Tag der Aufnahme bezogen werden. Der Anspruch endet mit dem 8. Geburtstag des Kindes.

Bezugsdauer Basiselterngeld

Für ein Kind gibt es **maximal 14 Monatsbeträge**: maximal 12 Monate für den einen und 2 weitere Monate für den anderen Elternteil (= Partnermonate), wenn der Partner in dieser Zeit nicht erwerbstätig ist bzw. nicht mehr als 30 Stunden in der Woche arbeitet. Die Eltern können die beantragten Monatsbeträge auch abwechselnd oder gleichzeitig beziehen.

Beantragt **nur ein** Elternteil Basiselterngeld, dann wird maximal für 12 Monate bezahlt. Ausnahme: Alleinerziehende.

Beispiele:

- Die Mutter bezieht vom 1. bis zum 12. Lebensmonat Basiselterngeld, der Vater im 13. und 14. Lebensmonat.
- Beide Eltern beziehen in den ersten 7 Lebensmonaten das Basiselterngeld gleichzeitig.
- Die Mutter bezieht das Basiselterngeld vom 1. bis zum 8. Lebensmonat, der Vater vom 6. bis zum 11. Monat.

Bezugsdauer ElterngeldPlus

ElterngeldPlus kann doppelt so lange bezogen werden wie Basiselterngeld.

Partnerschaftsbonus

Arbeiten **beide** Eltern 4 aufeinanderfolgende Monate **gleichzeitig** zwischen 25 und 30 Stunden, erhalten sie jeweils 4 zusätzliche Monate ElterngeldPlus (Partnerschaftsbonus). Diese Regelung gilt auch für Alleinerziehende.

Bezugsdauer

Beispiele:

- Beide Eltern beziehen in den ersten 14 Lebensmonaten gleichzeitig ElterngeldPlus und anschließend vom 15. bis zum 18. Lebensmonat weitere 4 Monate ElterngeldPlus (Partnerschaftsbonus).
- Die Mutter bezieht Basiselterngeld vom 1. bis zum 6. Lebensmonat und ElterngeldPlus vom 7. bis 18. Lebensmonat, der Vater bezieht die ersten beiden Lebensmonate Basiselterngeld. Beide Eltern arbeiten ab dem 19. Lebensmonat zwischen 25 und 30 Stunden und erhalten bis zum 22. Lebensmonat weitere 4 Monate ElterngeldPlus (Partnerschaftsbonus).

Bezugsdauer für einen Elternteil allein

Ein Elternteil allein kann **14 Monate** (statt 12 Monate) Basiselterngeld beziehen bzw. **auch ohne Partner 4 weitere Monate** ElterngeldPlus erhalten, wenn er in mindestens 4 aufeinanderfolgenden Monaten zwischen 25 und 30 Stunden arbeitet.

Voraussetzung

Voraussetzung ist, dass

- mit der Betreuung durch den anderen Elternteil eine Gefährdung des Kindeswohls verbunden wäre.
- die Betreuung durch den anderen Elternteil unmöglich ist, weil dieser wegen einer schweren Erkrankung oder Schwerbehinderung sein Kind nicht betreuen kann.
- die elterliche Sorge oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht diesem alleine zusteht bzw. vorläufig übertragen wurde und der andere Elternteil weder mit ihm noch mit dem Kind in einer Wohnung lebt.

Verhältnis zu anderen Leistungen

Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Kinderzuschlag

Bei Sozialleistungen, deren Höhe einkommensabhängig ist (z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Kinderzuschlag), wird das Elterngeld als Einkommen vollständig angerechnet.

Ausnahme: Elterngeldberechtigte, die Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe oder Kinderzuschlag erhalten und vor der Geburt ihres Kindes erwerbstätig waren, erhalten einen Elterngeldfreibetrag. Dieser beträgt höchstens 300 € und wird bis zu dieser Höhe nicht auf die Sozialleistungen angerechnet.

Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld (siehe S. 36) der Krankenkasse und Arbeitgeberzuschuss, worauf die berufstätige Mutter in der Mutterschutzfrist nach Geburt Anspruch hat, werden auf das Elterngeld angerechnet. Dies bedeutet, dass die ersten

beiden Monate, in denen Mutterschaftsgeld bezogen wird, für das Elterngeld immer als Bezugsmonate der Mutter gelten. Auch Mutterschaftsgeld für ein weiteres Kind, das während des Bezugs von Elterngeld für ein älteres Kind bezogen wird, wird angerechnet.

Mutterschaftsgeld, das vom Bundesversicherungsamt als einmalige Leistung ausgezahlt wird, bleibt unberücksichtigt.

Betreuungsgeld

In Bayern kann im Anschluss an Elterngeld Betreuungsgeld (siehe S. 60) beantragt werden, wenn das Kind nicht von einer öffentlich finanzierten Kita oder Tagesmutter betreut wird.

Landeserziehungsgeld

Das Landeserziehungsgeld (siehe S. 62) ist eine freiwillige Leistung der Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen, die unabhängig vom Elterngeld zu betrachten ist.

Elterngeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird.

Berücksichtigung bei der Einkommenssteuer

Elterngeld sollte möglichst bald nach der Geburt des Kindes schriftlich beantragt werden. Bei der **Antragstellung** muss zwischen dem Bezug von Basiselterngeld und ElterngeldPlus gewählt und für jeden Bezugsmonat einzeln festgelegt werden. Eine nachträgliche Änderung ist möglich. Rückwirkend wird es nur für die letzten 3 Monate vor Antragstellung gezahlt. Jeder Elternteil beantragt Elterngeld für sich. Zur Antragstellung ist die Geburtsurkunde des Kindes notwendig.

Antragstellung

Die Antragsformulare sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und der Antrag ist jeweils bei einer anderen Stelle zu stellen.

Beim Familienministerium kann eine Liste dieser Elterngeldstellen unter www.bmfsfj.de > Suchbegriff „Elterngeldstellen“ abgerufen werden.



Wer hilft weiter?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beantwortet über das Servicetelefon 030 20179130 (Mo–Do von 9–18 Uhr) Fragen zum Elterngeld und ElterngeldPlus und bietet unter www.familien-wegweiser.de > Stichwort „Elterngeld“ viele Informationen und kostenlose Broschüren zu diesem Thema.

Betreuungsgeld Bayern

Betreuungsgeld erhalten nur in **Bayern** Eltern von Ein- oder Zweijährigen, die ihr Kind nicht in eine öffentlich geförderte Kinderbetreuung (z. B. Kinderkrippe, Tagesmutter) geben.

Das **bundesweite** Betreuungsgeld war eine Leistung, die zum 01.08.2013 eingeführt und durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 21.07.2015 gekippt wurde. Bereits genehmigtes Betreuungsgeld wird weiter bezahlt.

Voraussetzungen

Anspruch auf Betreuungsgeld hat, wer

- seinen Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Bayern hat,
- die Einkommensgrenze (250.000 € bei Alleinerziehenden, 500.000 € bei Elternpaaren) nicht überschreitet,
- mit seinem Kind in einem Haushalt lebt,
- für dieses Kind die nötigen Früherkennungsuntersuchungen gemäß dem gelben U-Heft vorweisen kann und
- das Kind nicht von einer öffentlich geförderten Kindertagesbetreuung (z. B. Kinderkrippe, Tagesmutter) betreuen lässt.

Antrag

Betreuungsgeld muss beantragt werden. Wer Elterngeld erhalten hat, bekommt den Antrag automatisch zugeschickt, etwa 6 Wochen vor Beginn des Betreuungsgeldanspruchs.

Ansonsten kann man sich an die zuständige Regionalstelle wenden. Adressen findet man im Internet unter www.zbfs.bayern.de/behoerde/regionalstellen.

Beginn und Dauer

Betreuungsgeld (geregelt in den §§ 4a–4d BEEG und dem BayBtGG) gibt es in der Regel erst ab dem 15. Lebensmonat des Kindes für maximal 22 Monate, längstens bis zum 3. Geburtstag.

Ausnahmsweise früher gibt es das Betreuungsgeld, wenn die Eltern die ihnen zustehenden Monatsbeträge des Elterngelds (siehe S. 54) vollständig in Anspruch genommen haben, z. B. wenn Mutter und Vater zeitgleich 7 Monate Elterngeld bezogen haben. Auch hier gibt es längstens 22 Monate Betreuungsgeld.

Ab dem 15. Lebensmonat kann das Betreuungsgeld parallel zum ElterngeldPlus bezogen werden. Auch das bayerische Landeserziehungsgeld (siehe S. 62) kann zeitgleich und unabhängig vom Betreuungsgeld in Anspruch genommen werden.

Wenn sich während des Bezugs von Betreuungsgeld die Voraussetzungen ändern, also z. B. das Kind in eine öffentliche Kita kommt, muss dies der Betreuungsgeldstelle unverzüglich mitgeteilt werden und der Bezug von Betreuungsgeld endet.

Die Höhe des Betreuungsgeldes ist unabhängig vom Einkommen und der wöchentlichen Arbeitszeit der Eltern. Es beträgt 150 € monatlich. Bei Zwillingen, Mehrlingen und Geschwistern gibt es Betreuungsgeld in voller Höhe für jedes Kind.

Anrechnung auf andere Sozialleistungen

Das Betreuungsgeld wird auf das Arbeitslosengeld II, die Sozialhilfe und den Kinderzuschlag angerechnet. Bei allen anderen Sozialleistungen, z. B. Arbeitslosengeld und BAföG, wird das Betreuungsgeld (wie das Elterngeld) bis zu 300 € monatlich nicht als Einkommen berücksichtigt.



Wer hilft weiter?

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales beantwortet über das Servicetelefon 0931 32090929 (Mo–Fr von 8–12 Uhr) Fragen zum Betreuungsgeld und bietet unter www.betreuungsgeld.bayern.de ein Falblatt mit weiterführenden Informationen.

Landeserziehungsgeld

Das Landeserziehungsgeld ist eine freiwillige Leistung der Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen. Es wird im Anschluss an das Elterngeld (siehe S. 54) gezahlt und wird nicht auf das Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder die Sozialhilfe angerechnet. Die Voraussetzungen und die Höhe sind in den Ländern unterschiedlich geregelt.

Bayern

Höhe

- 1. Kind: 6 Monate lang bis zu 150 € monatlich
- 2. Kind: 12 Monate lang bis zu 200 € monatlich
- Ab dem 3. Kind: 12 Monate lang bis zu 300 € monatlich

Voraussetzungen

- Der Antragsteller muss vor Leistungsbeginn mindestens 12 Monate in Bayern gewohnt haben.
- Er ist wöchentlich maximal 30 Stunden erwerbstätig.
- Die Einkommensgrenzen (pauschaliertes Nettojahreseinkommen) dürfen nicht überschritten werden.
Einkommensgrenze für Alleinerziehende: 22.000 €,
Einkommensgrenze für Ehepaare, Eltern in eheähnlicher Gemeinschaft und Lebenspartner: 25.000 €. Die Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind um 3.140 €.
- Nachweis für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen U6 bzw. U7 (siehe Früherkennung von Krankheiten, S. 18).

Für Kinder, die ab 01.01.2017 geboren wurden, gelten höhere Einkommensgrenzen:

- Einkommensgrenze für Alleinerziehende: 31.000 €.
- Einkommensgrenze für Ehepaare, Eltern in eheähnlicher Gemeinschaft und Lebenspartner: 34.000 €.
- Die Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind um 4.440 €

Antrag/Zuständigkeit

Zuständig sind die Regionalstellen des Zentrums Bayern Familie und Soziales, Adressen unter www.zbfs.bayern.de/behoerde/regionalstellen.

Sachsen
Das Landeserziehungsgeld wird entweder beginnend im 2. Lebensjahr oder im 3. Lebensjahr des Kindes gewährt.
<p>Höhe und Dauer bei Kindern im 2. Lebensjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Kind: 5 Monate lang 150 € monatlich • 2. Kind: 6 Monate lang 200 € monatlich • Ab dem 3. Kind: 7 Monate lang je 300 € monatlich <p>Höhe und Dauer bei Kindern im 3. Lebensjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Kind: 9 Monate lang 150 € monatlich • 2. Kind: 9 Monate lang 200 € monatlich • Ab dem 3. Kind: 12 Monate lang je 300 € monatlich <p>Voraussetzung dafür ist, dass für das Kind seit dem vollendeten 14. Lebensmonat kein Platz in einer staatlich geförderten Kindertagesstätte in Anspruch genommen wurde. Ansonsten gilt die gleiche Höhe wie bei Kindern im 2. Lebensjahr.</p>
<p>Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Kind darf nicht in einer staatlich geförderten Kindertageseinrichtung untergebracht sein oder staatlich geförderte Tagespflege beanspruchen. • Die Grenze für die zulässige Erwerbstätigkeit des Antragstellers beträgt wöchentlich 30 Stunden. • Die Einkommensgrenzen (Alleinerziehende: 14.100 €, Eltern: 17.100 €) dürfen nicht überschritten werden. Die Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind um 3.140 €. Für Geburten seit 01.01.2015 gilt für das Landeserziehungsgeld des 3. Kindes keine Einkommensgrenze.
<p>Antrag/Zuständigkeit</p> <p>Zuständig sind die Elterngeldstellen der Landratsämter bzw. Stadtverwaltungen, Adressen als PDF-Download rechts auf der Seite www.familie.sachsen.de/22727.html.</p>

Thüringen

Das Thüringer Erziehungsgeld wird unabhängig vom Einkommen und der wöchentlichen Arbeitszeit im Anschluss an das Elterngeld gezahlt. Es wird im Rahmen einer Übergangsregelung nur noch für Kinder gewährt, die bis 30.06.2015 geboren wurden.

Höhe

- 1. Kind: 12 Monate lang 150 € monatlich
- 2. Kind: 12 Monate lang 200 € monatlich
- 3. Kind: 12 Monate lang 250 € monatlich
- Ab dem 4. Kind: 12 Monate lang 300 € monatlich

Voraussetzungen

- Das Kind wird nicht oder nicht mehr als fünf Stunden täglich in einer Kindertageseinrichtung oder von einer Kindertagespflegeperson betreut.
- Den vollen Betrag des Landeserziehungsgelds gibt es nur bei häuslicher Betreuung des Kindes. Wird das Kind nicht mehr als fünf Stunden täglich in einer Kindertageseinrichtung oder von einer Kindertagespflegeperson betreut, dann verringert sich das monatliche Erziehungsgeld um 75 €.
- Nachweis der Durchführung der Früherkennungsuntersuchung U6 (siehe Früherkennung von Krankheiten, S. 18).

Antrag/Zuständigkeit

Die jeweilige Wohnsitzgemeinde.

Unterhaltsvorschuss für Kinder

Wenn ein alleinerziehender Elternteil für ein Kind unter 18 Jahren keinen oder zu wenig Unterhalt erhält, kann Unterhaltsvorschuss nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UhVorschG) beim Jugendamt beantragt werden.

Voraussetzungen

- Das Kind lebt in Deutschland bei einem alleinerziehenden (= ledigen, verwitweten, getrennt lebenden oder geschiedenen) Elternteil und
- erhält von dem anderen Elternteil keinen oder zu wenig Unterhalt (= geringer als der maßgebliche Regelbedarf) und
- das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder das Kind ist zwischen 12 bis 17 Jahre alt und erhält keine SGB-II-Leistungen (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) oder der alleinerziehende Elternteil im SGB-II-Bezug verdient mindestens 600 € brutto.

Höhe

- **Für Kinder bis zum 6. Geburtstag:**
150 € monatlich (= 342 € Mindestunterhalt nach § 1612a Abs. 1 BGB abzüglich 192 € Kindergeld)
- **Für Kinder vom 6. Geburtstag bis zum 12. Geburtstag:**
201 € monatlich (= 393 € Mindestunterhalt nach § 1612a Abs. 1 BGB abzüglich 192 € Kindergeld)
- **Für Kinder vom 12. Geburtstag bis zum 18. Geburtstag:**
268 € monatlich (= 460 € Mindestunterhalt nach § 1612 Abs. 1 BGB abzüglich 192 € Kindergeld), Voraussetzungen siehe S. 64.

Der Unterhaltsvorschuss gilt beim Beantragen von Sozialhilfe als Einkommen.



Praxistipps!

- Die kostenlose Broschüre „Der Unterhaltsvorschuss“ ist erhältlich beim Bestellservice für Publikationen der Bundesregierung, Telefon 030 182722721. Die Broschüre kann auch unter www.bmfsfj.de > Service > Publikationen > Suchtext „Unterhaltsvorschuss“ bestellt oder heruntergeladen werden.
- Unterhaltsvorschuss muss schriftlich beantragt werden. Der Antrag ist in der Regel beim zuständigen Jugendamt zu stellen. Das Antragsformular erhält man auch bei der Stadt-, Gemeinde- oder Kreisverwaltung.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte und Hilfe bei der Antragstellung gibt das Jugendamt.

Kinderpflege-Krankengeld

Kinderpflege-Krankengeld nach § 45 SGB V zahlt die Krankenkasse bei Erkrankung des Kindes, wenn ein berufstätiger Elternteil die Betreuung oder Pflege übernehmen muss. Zuständig ist die Krankenkasse des Elternteils, der diese Leistung in Anspruch nimmt.

Grundsätzlich gibt es Kinderpflege-Krankengeld 10 Tage pro Jahr und Kind, die Höhe richtet sich nach dem Einkommen, ist aber niedriger. Kinderpflege-Krankengeld gibt es allerdings grundsätzlich nicht, solange ein Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht.

Voraussetzungen

- Der Elternteil, der Kinderpflege-Krankengeld in Anspruch nimmt, muss einen Anspruch auf Krankengeld haben.
- Versicherteneigenschaft des Kindes, z.B. Familienversicherung.
- Kind lebt im Haushalt des Versicherten.
- Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert (ohne Altersbegrenzung).
- Aufgrund ärztlichen Zeugnisses ist eine Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes und damit ein Fernbleiben von der Arbeit erforderlich.
- Keine andere im Haushalt lebende Person kann zur Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung anwesend sein.
- Kein Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf bezahlte Freistellung.
- Verdienstausschluss.



Praxistipps!

Zur Auszahlung des Kinderpflege-Krankengelds sind 2 Bescheinigungen notwendig:

- Die **ärztliche Bescheinigung**, dass aufgrund Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege des Kindes ein Erscheinen am Arbeitsplatz nicht möglich ist. Diese Bescheinigung geht an die Krankenkasse **und** an den Arbeitgeber.
- Die **Bescheinigung des Arbeitgebers**, dass der betreuende Elternteil zwar von der Arbeit freigestellt wird, aber für diese Zeit kein Gehalt erhält. Diese Bescheinigung geht an die Krankenkasse. Die Krankenkassen halten auch Formulare für diese Bestätigung vor.

Höhe

Es werden 90% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts (andere Berechnungsbasis als beim normalen Krankengeld) bezahlt, das während der Freistellung verdient worden wäre, maximal jedoch 101,50 € täglich (70% der Beitragsbemessungsgrenze). Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts in voller Höhe berücksichtigt.

Dauer

Kinderpflege-Krankengeld gibt es pro Kalenderjahr

- für erwerbstätige und versicherte **Eltern**
pro Elternteil längstens 10 Arbeitstage pro Kind, insgesamt aber nicht mehr als 25 Arbeitstage je Elternteil für alle Kinder
- für **alleinerziehende** Versicherte
längstens 20 Arbeitstage pro Kind, insgesamt aber nicht mehr als 50 Arbeitstage für alle Kinder

Kinderpflege-Krankengeld wird für **Arbeitstage** gewährt, d. h. für Tage, an denen der Versicherte ohne die Verhinderung durch die Krankheit seines Kindes gearbeitet hätte.

Besonderheit bei Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder

Die oben genannte maximale Dauer der Zahlung von Kinderpflege-Krankengeld wird bei Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder aufgehoben.

Voraussetzungen

- Schwerste unheilbare Erkrankung des Kindes laut ärztlichem Zeugnis, das heißt: Die Krankheit hat ein sich zunehmend verschlimmerndes weit fortgeschrittenes Stadium erreicht, eine palliativmedizinische Behandlung ist notwendig bzw. von einem Elternteil erwünscht und die Lebenserwartung ist auf Wochen bzw. wenige Monate begrenzt und
- das Kind ist gesetzlich krankenversichert und
- das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf andere Hilfe angewiesen.

Unter diesen Voraussetzungen hat ein Elternteil

- Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld für die gesamte Dauer der Pflege sowie
- Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit. Dieser Anspruch gilt auch für Arbeitnehmer, die **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Der Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld beginnt mit dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit. Der Versicherte kann wählen, an welchen Tagen er zur Betreuung des Kindes der Arbeit fernbleiben will.

Beginn

Eine Übertragung von Ansprüchen zwischen versicherten Ehegatten ist möglich, wenn ein Ehegatte die Betreuung nicht übernehmen kann und der Arbeitgeber den Freistellungsanspruch (nochmals) gegen sich gelten lässt.

Übertragung

Der **Anspruch des Versicherten gegenüber dem Arbeitgeber** auf unbezahlte Freistellung ist nicht durch Vertrag ausschließ- oder beschränkbar. Vorrang vor dem Kinderpflege-Krankengeld hat ein Anspruch auf bezahlte Freistellung (begründet z. B. über § 616 BGB vorübergehende Verhinderung, Arbeitsvertrag oder Tarifvertrag). Erfüllt der Arbeitgeber seine Verpflichtung zur Zahlung des Arbeitsentgelts nicht, so muss die Krankenkasse das Kinderpflege-Krankengeld gewähren. Der Lohnanspruch des Versicherten geht dann auf die Krankenkasse über.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit werden Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II bei Pflege eines erkrankten Kindes weiter bezogen. Weil die pflegende Person dann der Arbeitsvermittlung nicht mehr zur Verfügung steht, muss der Agentur für Arbeit die ärztliche Bestätigung vorgelegt werden, dass Pflege, Betreuung und Aufsicht des Kindes durch diese bestimmte Person erforderlich sind. Arbeitslosen steht dieselbe Anzahl an Kinderpflegetagen zu wie Berufstätigen. Die Bezugsdauer des Arbeitslosengelds verlängert sich dadurch nicht.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilen Krankenkassen und Arbeitgeber.

Steuerliche Vorteile für Eltern

Eltern sind mit den Ausgaben für ihre Kinder (z. B. Kinderbetreuungskosten, Verpflegung, Möbel, Spielzeug, Eintrittsgelder, Hobbys) finanziell oft stark belastet. Durch steuerliche Vergünstigungen möchte der Staat die Familien etwas entlasten.

Kinderfreibetrag

Der Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG ist eine steuerliche Abzugsmöglichkeit alternativ zum Kindergeld. Eltern von behinderten Kindern können diesen Abzug auch noch geltend machen, wenn diese schon erwachsen sind.

Höhe

Der Kinderfreibetrag (Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes) liegt jährlich bei

- 4.716 € pro Kind bei zusammen veranlagten Eltern bzw.
- 2.358 € pro Kind je Elternteil.

Der sogenannte Betreuungsfreibetrag (Freibetrag für den Betreuungs-, Erziehungs- und Ausbildungsbedarf) liegt jährlich bei

- 2.640 € pro Kind bei zusammen veranlagten Eltern bzw.
- 1.320 € pro Kind je Elternteil.

Die beiden Freibeträge ergeben einen Gesamtfreibetrag von

- 7.356 € pro Kind für die Eltern bzw.
- 3.678 € pro Kind je Elternteil.

Dieser Freibetrag wird vom zu versteuernden Einkommen abgezogen und ermäßigt damit das zu versteuernde Einkommen.

Kinderfreibeträge sind eine **Alternative zu Kindergeldzahlungen**, aber nur dann, wenn die Freibeträge sich günstiger auswirken als das Kindergeld (siehe S. 51). Die Prüfung erfolgt am Jahresende automatisch durch das Finanzamt. Ist der Steuervorteil durch Freibeträge höher als das bereits ausgezahlte Kindergeld, wird die Differenz zwischen Steuervorteil und Kindergeld erstattet.

*Kindergeld ist
vorrangig*

Behinderte Kinder unter 18 Jahren werden wie gesunde Kinder berücksichtigt. Behinderte Kinder über 18 Jahren können weiterhin auf Antrag vom Finanzamt auf der Lohnsteuerkarte eingetragen werden, wenn sie aufgrund ihrer Behinderung außerstande sind, selbst in ausreichendem Maß für ihren Lebensunterhalt zu sorgen. Dies gilt auch für ältere behinderte Menschen, sofern die Behinderung und die Unfähigkeit, selbst in ausreichendem Maß für den Lebensunterhalt zu sorgen, bereits vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorgelegen haben.

Behinderte Kinder

Zwei Drittel der **Kinderbetreuungskosten** (z. B. Kosten für Kindertagesstätten, Tagesmütter, Hausaufgabenbetreuung), maximal 4.000 € pro Kind (bis 13 Jahre) und Jahr können nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG als Sonderausgaben von der Steuer abgesetzt werden. Die Kosten müssen durch Rechnung und Überweisung nachgewiesen werden.

*Kinderbetreuungs-
kosten und Schulgeld*

Auch die Kosten für begünstigte Privatschulen (z. B. privates Gymnasium, private Berufsschule, Waldorfschule, Montessori-Schule) können zu 30%, maximal aber 5.000 € pro Kind und Jahr geltend gemacht werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 9 EStG).

Ist das Kind volljährig, befindet sich in Berufsausbildung und wohnt nicht mehr bei den Eltern können diese den **Ausbildungsfreibetrag** nach § 33a Abs. 2 EStG in Höhe von 924 € geltend machen. Voraussetzung ist, dass den Eltern Kosten für die Ausbildung des Kindes entstehen und dieses Anspruch auf Kindergeld oder den Kinderfreibetrag hat.

Ausbildungsfreibetrag

Wer alleine mit mindestens einem Kind in seinem Haushalt lebt und für dieses Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhält, hat nach § 24b EStG Anspruch auf den **Entlastungsbetrag für Alleinerziehende**. Dieser beträgt 1.908 € für das erste Kind und erhöht sich pro weiterem Kind um je 240 €.

*Entlastungsbetrag
für Alleinerziehende*

Beiträge zur **Kranken- und Pflegeversicherung** für Kinder können nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 2 EStG als Sonderausgaben abgesetzt werden, wenn für das Kind ein Anspruch auf Kindergeld oder Kinderfreibetrag besteht.

*Kranken- und
Pflegeversicherung*

Riester-Förderung

Wer eine private Riester-Altersvorsorge abgeschlossen hat, erhält nach § 85 EStG eine Kinderzulage. Diese beträgt bei Kindern, die bis zum 31.12.2007 geboren wurden, je 185 € jährlich. Für Kinder die ab dem Jahr 2008 geboren wurden, können jährlich je 300 € abgesetzt werden.

Unterhalt für erwachsene Kinder

Wenn Eltern für ihr erwachsenes Kind, für das kein Kindergeldanspruch mehr besteht, **Unterhalt** bezahlen, können Sie nach § 33a Abs. 1 EStG maximal 8.820 € als außergewöhnliche Belastung geltend machen. Alle Einkünfte, die das Kind mehr als 624 € im Jahr verdient, zieht das Finanzamt von diesem Betrag ab.

Behinderte Kinder

Hat das **behinderte Kind** Anspruch auf Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag und steht ihm der Behinderten-Pauschbetrag zu, können Eltern diesen auf sich übertragen lassen. Die Höhe des Pauschbetrags richtet sich nach dem Grad der Behinderung und ist im § 33b EStG nachzulesen.

Des Weiteren können Eltern zusätzlich nach § 33 EStG ihre eigenen außergewöhnlichen Belastungen absetzen, die in der Regel bei der Erziehung und Pflege behinderter Kinder entstehen.

Kosten für die Betreuung behinderter Kinder können auch über das 14. Lebensjahr hinaus geltend gemacht werden, siehe Behinderte Kinder S. 69.



Wer hilft weiter?

Das zuständige Finanzamt gibt individuelle Auskünfte.

Rechte und Pflichten von Eltern

Die Pflege und Erziehung des eigenen Kindes/der eigenen Kinder sind in Artikel 6 des Grundgesetzes als das natürliche Recht und die wichtigste Pflicht der Eltern definiert. Denn auch Kinder haben Rechte. Diese sind in der UN-Kinderrechtskonvention festgehalten und dienen insbesondere dem Wohl des Kindes. Der Staat wacht darüber, dass Eltern die Verantwortung für den Schutz ihres Kindes/ihrer Kinder übernehmen.

Sorgerecht

Eltern haben laut Gesetz (§§ 1626 ff. BGB) sowohl die Pflicht als auch das Recht für ihr minderjähriges Kind zu sorgen. Die elterliche Sorge kann von beiden oder nur von einem Elternteil ausgeübt werden und ist aufgeteilt in Personensorge und Vermögenssorge.

Ein gemeinsames Sorgerecht liegt vor, wenn

- die Eltern verheiratet sind, auch wenn sie erst nach der Geburt geheiratet haben.
- die Eltern erklären, dass sie die elterliche Sorge gemeinsam übernehmen wollen (Sorgeerklärung).
- das Familiengericht den Eltern das Sorgerecht gemeinsam überträgt.

Nach einer Trennung oder Scheidung haben weiterhin beide Eltern das Sorgerecht.

Wenn die Eltern bei der Geburt des Kindes nicht miteinander verheiratet sind und es weder eine Sorgeerklärung noch eine gerichtliche Entscheidung gibt, hat die Mutter das **alleinige Sorgerecht**. Der Vater kann jedoch einen Antrag beim Familiengericht stellen, um das Sorgerecht auch ohne Zustimmung der Mutter zu erhalten.

In bestimmten Fällen ist es für das Kind am besten, wenn nur ein Elternteil die elterliche Sorge ausübt. Eltern haben das Recht auf eine Beratung durch das Jugendamt. Können sie sich nicht einigen, entscheidet das Familiengericht.

*Gemeinsames
Sorgerecht*

*Alleiniges
Sorgerecht*

Umfang

Die elterliche Sorge umfasst die **Personensorge** und die **Vermögenssorge**.

Die **Personensorge** beinhaltet alle Angelegenheiten, die das Kind direkt betreffen, z. B.:

- Pflege
- Erziehung
- Beaufsichtigung
- Vornamen bestimmen
- Aufenthaltsbestimmung (Wohnort, Urlaub)
- Einwilligung in medizinische Behandlungen und Operationen
- Umgangsbestimmung
- Ausbildung und Berufswahl
- Förderung von Hobbys, z. B. Musikunterricht, Sportangebote, ...
- Rechtsansprüche des Kindes vertreten, vor allem Schadensersatz- und Unterhaltsansprüche
- Religionszugehörigkeit. Ab 14 Jahren sind Kinder jedoch religionsmündig und können selbst bestimmen.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. Entziehungskur in geschlossener Einrichtung. Hierfür brauchen die Eltern die Genehmigung des Familiengerichts.

Bei der Personensorge geht es insbesondere um die Pflicht der Eltern, zum Wohl ihres Kindes zu handeln. Das Kind soll seinem Alter und Entwicklungsstand entsprechend in Entscheidungen (z. B. Freizeitgestaltung, Ausbildungswahl, Umgang mit Freunden und Bekannten) eingebunden werden. Körperliche Bestrafung als Erziehungsmaßnahme ist durch das Gesetz untersagt.

Vermögenssorge

Eltern müssen für das Vermögen, z. B. Grundbesitz oder Wertpapiere, des Kindes sorgen, d. h.: das Geld des Kindes erhalten oder bestenfalls vermehren.

Es gibt Ausnahmen. Nicht unter die Vermögenssorge fallen z. B.:

- Erbschaft, Vermächtnis
- Schenkung, wenn der Schenkende bestimmt, dass die Eltern das Geld nicht verwalten sollen
- Taschengeld

Sonderregelungen

- Bei verheirateten Jugendlichen steht den Eltern nur noch die gesetzliche Vertretung zu.
- Minderjährige Eltern sind nur beschränkt geschäftsfähig und können aus diesem Grund weder die Vermögenssorge für ihr Kind ausüben noch dieses rechtlich vertreten.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilen das Jugendamt oder freie Träger der Jugendhilfe (z. B. gemeinnützige und kirchliche Verbände).

Unterhaltspflicht

Bevor Sozialämter Sozialhilfe leisten, prüfen sie im Sinne der §§ 93, 94 SGB XII, ob Hilfsbedürftige von Angehörigen finanziell unterstützt werden können. In besonderem Maße unterhaltspflichtig sind Eltern, Ehe- und Lebenspartner. Normal unterhaltspflichtig sind Eltern für ihre volljährigen Kinder und volljährige Kinder gegenüber ihren Eltern. Nicht unterhaltspflichtig sind Geschwister untereinander, Enkel, Großeltern und verschwägte Personen.

Gesteigert Unterhaltspflichtige müssen einen höheren Unterhalt leisten und können einen geringeren Selbstbehalt beanspruchen.

*Gesteigert
Unterhaltspflichtige*

Gesteigert unterhaltspflichtig sind:

- **Eltern gegenüber ihren minderjährigen und unverheirateten Kindern** (Umgangssprachlich: „Alimente“). Dies gilt nicht, wenn eine minderjährige Hilfesuchende schwanger ist oder ihr leibliches Kind bis zum 6. Geburtstag betreut.
- **Eltern gegenüber ihren volljährigen und unverheirateten Kindern bis zu deren Alter von 21 Jahren**, sofern diese im Haushalt der Eltern oder eines Elternteils wohnen und sich in der allgemeinen Schulausbildung befinden.
- **Ehegatten** und gleichgeschlechtliche Lebenspartner untereinander, auch getrennt lebende und geschiedene Ehegatten/Lebenspartner, wenn nicht anders lautende Verträge abgeschlossen wurden oder Urteile ergangen sind.
- **Eheähnliche Gemeinschaft:** lebt ein Hilfesuchender mit einer Person in eheähnlicher Gemeinschaft, sind die Partner gegenseitig unterhaltspflichtig. Wenn das Einkommen und Vermögen des Lebenspartners nicht ausreicht, setzt die Sozialhilfe ergänzend ein.

Nicht gegenseitig unterhaltspflichtig sind Menschen, die zwar eine **Wohngemeinschaft** haben, aber keine Haushaltsgemeinschaft bilden, d. h.: die nicht gemeinsam wirtschaften.

*Nicht gegenseitig
unterhaltspflichtig*

Beweise für die Wohngemeinschaft sind: Getrennte Schlafstellen und Wohn-ecken, klar getrennte Lebensmittel, kein gemeinsames Kochen, Untermietvertrag oder getrennter Mietvertrag, Strom, Radio, Zeitung getrennt. Das Sozialamt überprüft die Angaben bei einem Hausbesuch.

*Normal
Unterhaltspflichtige*

Normal oder nicht gesteigert **Unterhaltspflichtige** müssen einen niedrigeren Unterhalt leisten und können einen höheren Selbstbehalt beanspruchen.

Normal unterhaltspflichtig sind:

- Eltern für ihre volljährigen Kinder
- Volljährige Kinder für ihre Eltern
- der Vater eines nichtehelichen Kindes gegenüber der Kindsmutter

Unterhalt des Vaters an die Mutter eines unehelichen Kindes

Die Unterhaltspflicht für den Kindsvater besteht in der Regel 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt des Kindes. Ist die Mutter wegen der Schwangerschaft oder einer Krankheit infolge der Schwangerschaft oder Entbindung arbeitsunfähig, so besteht die Unterhaltspflicht für den Kindsvater bereits 4 Monate vor und bis zu 3 Jahre nach der Geburt. Wenn die Mutter (bzw. der Vater) wegen der Pflege oder Erziehung des Kindes nicht arbeitet, besteht ebenfalls eine Unterhaltspflicht für den Kindsvater (bzw. die Mutter) bis zu 3 Jahre nach der Geburt (§ 1615I BGB).

*Nicht
Unterhaltspflichtige*

Nicht unterhaltspflichtig im Sinne der Sozialhilfe sind die folgenden Verwandten:

- Geschwister untereinander.
- Enkel für ihre Großeltern, Großeltern für ihre Enkel.
- Verschwägerete untereinander.
- Schwiegertöchter/-söhne für Schwiegereltern, Schwiegereltern für ihre Schwiegertöchter/-söhne.
- Eltern von Schwangeren und Müttern mit einem Kind unter 6 Jahren.

Unbillige Härte: Keine Unterhaltspflicht besteht zudem, wenn eine unbillige Härte entstehen würde, z. B. für Eltern eines volljährigen behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes, das Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege in einer vollstationären Einrichtung erhält. In diesem Fall sind die Eltern lediglich verpflichtet, einen pauschalen Unterhaltsbeitrag zu zahlen (siehe S. 76).

 **Wer hilft weiter?**

Wer als nicht unterhaltspflichtiger Verwandter dennoch vom Sozialamt wegen Unterhalt angeschrieben wird, sollte schriftlich darstellen, dass er nicht unterhaltspflichtig ist.

Verwandte in einem Haushalt

Sehr komplex ist die Situation bei Verwandten, die in einem Haushalt wohnen. Das Sozialamt geht dann davon aus, dass der Hilfesuchende von den Verwandten Leistungen zum Lebensunterhalt erhält und legt für die Berechnung der Sozialhilfe das Einkommen aller verwandten Haushaltsmitglieder zugrunde, also auch derer, die keine Sozialhilfe beantragt haben.

Unabhängige Sozialhilfe für Hilfesuchende ist nur möglich, wenn ein offizielles **Untermietverhältnis** vorliegt (mit Vertrag, getrennter Heizkostenabrechnung etc.) und wenn der Hilfesuchende glaubhaft machen kann, dass er **keine Hilfe** von den Verwandten erhält.

Als verwandt und verschwägert gelten:

Eltern, Kinder, Großeltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Stiefkinder, Geschwister, Schwager/Schwägerin, Tanten, Onkel, Nichten, Neffen, Cousins etc., unabhängig vom Grad der Verwandtschaft und der Unterhaltspflicht nach bürgerlichem Recht.

Wenn das Einkommen und Vermögen der Verwandten/Verschwägerten **nicht ausreicht**, setzt die Sozialhilfe ergänzend ein.

Wenn die Kosten eines Alten- oder Pflegeheims weder durch das eigene Vermögen noch durch die Pflegekasse abgedeckt werden können, leistet das Sozialamt. Dabei prüft es jedoch, ob Verwandte ersten Grades den Hilfeempfängern gegenüber unterhaltspflichtig sind. Kommt das Sozialamt zu dem Ergebnis, dass Kinder aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse leistungsfähig sind, verlangt es von diesen die Erstattung der an die Eltern gezahlten Sozialhilfe.

Die Kinder müssen jedoch nicht ihr gesamtes Einkommen für den Unterhalt ihrer Eltern einsetzen. Die Sozialämter orientieren sich beim Selbstbehalt an der „Düsseldorfer Tabelle“ (für West) bzw. den „Unterhaltsrechtlichen Leitlinien“ (für Ost).

Der Selbstbehalt beträgt 2017 monatlich 1.800 €

- **plus** die Hälfte des darüber hinausgehenden Einkommens
- **plus** ca. 1.440 € für den mit dem Unterhaltspflichtigen zusammenlebenden Ehepartner.

Diese Angaben sind Richtwerte; in verschiedenen Bundesländern finden sich hiervon abweichende Regelungen.

Unterhaltspflicht von Kindern gegenüber Eltern im Heim

Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs zum Selbstbehalt

Nach dem Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs vom 23.10.2002 (XII ZR 266/99) muss den Unterhaltspflichtigen jedoch ein höherer Selbstbehalt bleiben. Spürbare und dauerhafte Einschränkungen ihres Lebensstils brauchen sie nicht hinzunehmen. Allerdings müssen sie dem Sozialamt nachweisen, dass sie kein „ausschweifendes Luxusleben“ führen. Und es muss genügend Geld bleiben, mit dem sie ihre eigene angemessene Altersvorsorge sichern können.

Welcher konkrete Betrag den unterhaltspflichtigen Kindern verbleiben muss, lässt der Bundesgerichtshof offen. Das ist eine **Einzelfallentscheidung des Sozialamts**. Das Amt darf aber bei der Ermittlung des Selbsthalts nicht mehr schematisch (nach Tabelle) vorgehen.

Nach einem **Urteil des Bundesverfassungsgerichts** vom 07.06.2005 (1BvR 1508/96) wird dem Kindesunterhalt gegenüber dem Elternunterhalt vorrangiges Gewicht verliehen. Die Belastung erwachsener Kinder durch die Pflicht zur Zahlung von Elternunterhalt soll unter Berücksichtigung ihrer eigenen (finanziellen) Lebenssituation in Grenzen gehalten werden.

Unterhaltspflicht für Schwiegereltern

Bei einem hohen Familieneinkommen ist es denkbar, dass z. B. eine Tochter zu den Unterhaltskosten ihrer im Alten- oder Pflegeheim lebenden Eltern herangezogen werden kann, auch wenn sie selbst kein hohes Einkommen hat, allerdings ihr Ehegatte über ein hohes Einkommen verfügt. Grund dafür ist, dass die Frau gegenüber ihrem gut verdienenden Mann einen Unterhaltsanspruch hat, wodurch sie an ihre Eltern Unterhalt zahlen kann. Demgegenüber hat jedoch ein angemessener Familienunterhalt (jeweils einzelfallspezifisch) Vorrang. Dieser Familienunterhalt orientiert sich u.a. auch an der Zahl der Kinder im Haushalt.

Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber behinderten volljährigen Kindern

Leistet das Sozialamt bei **volljährigen behinderten** oder pflegebedürftigen **Kindern** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege, dann zahlen deren Eltern einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 32,42 € monatlich, ohne Überprüfung des Einkommens und Vermögens der Eltern.

Leistet das Sozialamt bei volljährigen behinderten oder pflegebedürftigen Kindern Hilfe zum Lebensunterhalt, dann zahlen deren Eltern einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von maximal 24,94 € monatlich, ohne Überprüfung des Einkommens und Vermögens der Eltern.

Treffen beide Pauschalen zusammen, wird insgesamt ein monatlicher Pauschalbetrag von maximal 57,36 € von den Eltern verlangt.

Die Eltern müssen die pauschalen Unterhaltsbeiträge **nicht** zahlen, wenn sie selbst Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten oder wenn sie aufgrund dieser Unterhaltsbeitragszahlung bedürftig würden.

Vaterschaftsfeststellung

Ist eine Mutter verheiratet, gilt dem Gesetz nach ihr Ehemann als Vater. Ist eine Mutter unverheiratet, wird durch eine Vaterschaftsfeststellung geklärt, wer der Vater des Kindes ist: entweder durch eine freiwillige Anerkennung der Vaterschaft oder durch ein gerichtliches Verfahren.

Eine solche Feststellung ist wichtig, um Unterhaltsansprüche geltend machen zu können, aber natürlich auch, weil das Kind das Recht hat seine Herkunft zu kennen.

Bekommt eine verheiratete Frau ein Kind, gilt der Ehemann per Gesetz als Kindsvater (§ 1592 BGB). Es ist keine besondere Vaterschaftsfeststellung notwendig.

Vater, Mutter und Kind können aber jeweils gerichtlich überprüfen lassen, ob der rechtliche Kindsvater auch der leibliche Vater ist. Dafür gibt es 2 gerichtliche Verfahrensmöglichkeiten (siehe S. 78).

Bekommt eine nicht verheiratete Frau ein Kind, muss immer eine Vaterschaftsfeststellung erfolgen, selbst wenn Mutter, Vater und Kind zusammenleben.

Die Vaterschaft wird entweder

- durch ein freiwilliges Vaterschaftsanerkennnis oder
- durch gerichtliche Verfahren festgestellt.

Ohne wirksame Vaterschaftsfeststellung hat das Kind keine Unterhalts- oder Erbensprüche gegenüber dem Vater. Unabhängig von der finanziellen Seite ist die Feststellung des Vaters für ein Kind wichtig, weil es ein Grundrecht auf Kenntnis seiner Herkunft hat.

Freiwillige Vaterschaftsanerkennung

Die freiwillige Vaterschaftsanerkennung erfolgt durch eine öffentliche Urkunde, die bei folgenden Stellen aufgenommen werden kann:

- Jugendamt
- Amtsgericht (Rechtspfleger beim Familiengericht)
- Notar (kostenpflichtig!)
- Standesamt
- deutsche Auslandsvertretungen

Der Vater muss persönlich erscheinen und sich mit Personalausweis oder Reisepass ausweisen. Die Mutter muss der Erklärung des Vaters zustimmen, ebenfalls in urkundlicher Form. Ist die Mutter minderjährig, muss zusätzlich der Vormund des Kindes zustimmen.

Wenn ein Mann, der die Vaterschaft freiwillig anerkannt hat, nachträglich Zweifel an seiner Vaterschaft hat, kann er das Vaterschaftsanerkennnis nicht widerrufen, aber gerichtlich anfechten (siehe unten).

Gerichtliche Vaterschaftsfeststellung

Die Vaterschaft kann mit 2 voneinander unabhängigen, gerichtlichen Verfahren geklärt werden. Neben der bereits seit langem möglichen „Anfechtung der Vaterschaft“ ist seit 01.04.2008 die „Klärung der Abstammung“ möglich. Das zweifelnde Familienmitglied (Vater, Mutter, Kind) hat die Wahl, eines oder beide Verfahren in Anspruch zu nehmen.

Verfahren auf Klärung der Abstammung

Vater, Mutter und Kind haben laut § 1598a BGB jeweils gegenüber den anderen beiden Familienangehörigen einen Anspruch auf **Klärung der Abstammung**. Die Betroffenen müssen in die genetische Abstammungsuntersuchung einwilligen und die Entnahme der erforderlichen Proben dulden. Dieser Anspruch ist an **keine Frist** gebunden.

Wird die Einwilligung versagt, kann sie vom Familiengericht ersetzt werden. In außergewöhnlichen Fällen (besondere Lebenslagen und Entwicklungsphasen des Kindes) kann das Verfahren ausgesetzt und erst später wieder aufgenommen werden.

Verfahren zur Anfechtung der Vaterschaft

Folgende Personen können nach den §§ 1600 ff. BGB die Vaterschaft gerichtlich anfechten:

1. der Mann, der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter verheiratet war.
2. der Mann, der die Vaterschaft anerkannt hat.
3. der Mann, der eidesstattlich versichert, mit der Mutter während der Empfängniszeit Geschlechtsverkehr gehabt zu haben.
4. die Mutter.
5. das Kind selbst bzw. sein Vormund.

Auch die Behörde, bei der die Vaterschaft anerkannt wurde, ist berechtigt, diese im Zweifelsfall anzufechten.

Für die Anfechtungsklage besteht eine Frist von 2 Jahren nachdem der Kläger Umstände erfahren hat, die ihn ernsthaft an der biologischen Vaterschaft zweifeln lassen.

Ist ein Kind durch Samenspende eines fremden Mannes gezeugt worden, kann die Vaterschaft **nicht** angefochten werden.

Wird ein angeblicher Vater vom Gericht rechtskräftig zum Nicht-Vater erklärt, wird mit dem Urteil das Vater-Kind-Verhältnis rückwirkend bis zur Geburt aufgelöst. Er hat keine Unterhaltsverpflichtungen mehr, das Kind hat keine Erbansprüche und der Scheinvater kann geleisteten Unterhalt vom tatsächlichen Vater zurückfordern, sobald dessen Vaterschaft festgestellt ist.

Ein **Vaterschafts- oder Abstammungsgutachten** muss nachvollziehbar sein, d.h.: Schon bei der Probengewinnung wird der Ausweis kontrolliert und dokumentiert. Manchmal werden auch Fingerabdrücke und Fotos gemacht. Alle zu untersuchenden Personen müssen dem Test zustimmen. Erstellt wird in der Regel eine DNA-Analyse (siehe S. 80) aufgrund einer Blutprobe.

*Vaterschaftsgutachten,
Abstammungsgutachten*

Für Vaterschaftsgutachten müssen Kosten in unterschiedlicher Höhe getragen werden. Auftraggeber für Gutachten sind in der Regel Familiengerichte. Aber auch Privatpersonen können einen Auftrag für ein Gutachten erteilen. Voraussetzung dafür ist, dass alle Beteiligten freiwillig an dem Test teilnehmen.

Ist der mögliche Vater gestorben, kann das Gutachten unter Einbeziehung von Blutsverwandten des Verstorbenen erstellt werden.

Im akuten Fall kann ein Richter die Entnahme von Leichenmaterial anordnen. Manchmal liegen auch Gewebeproben bei Ärzten des Verstorbenen vor. Im Extremfall ist eine Exhumierung möglich.

In den letzten Jahren bieten zunehmend Labore **Vaterschaftstests** an. Häufig ist das Internet die Kontaktstelle zwischen zweifelndem Vater und Labor. Die Institute verschicken auf Bestellung Probensets mit Gebrauchsanweisung. Die Betroffenen nehmen dann die Proben selbst und schicken diese an die Labore zurück. Vaterschaftstests sind kostenpflichtig und variieren stark im Preis.

Vaterschaftstest

Heimliche Vaterschaftstests sind seit 01.02.2012 verboten und werden von deutschen Gerichten nicht anerkannt. Sie gelten als Ordnungswidrigkeit und können mit einer Geldbuße von bis zu 5.000 € bestraft werden. Sie verletzen das Persönlichkeitsrecht des Kindes und gegebenenfalls der Mutter.

Das Einverständnis aller Personen zu einem Test ist notwendig. Bei Kindern und Jugendlichen entscheidet der Erziehungsberechtigte oder das Jugendamt über das Einverständnis.

DNA-Analyse

Untersucht wird bei Vaterschaftsgutachten und -tests die Erbsubstanz DNA. Die DNA ist ein langes fadenförmiges Molekül, das in jedem Zellkern in Form der sogenannten Kernkörperchen, den Chromosomen, vorhanden ist. Jeder Mensch hat eine einzigartige DNA, nur eineiige Zwillinge haben dieselbe DNA.

Die DNA ist in allen Zellen des Körpers gleich. Deshalb können neben Blutproben auch Schleimhaut (z. B. von der Innenseite der Wangen oder einem benutzten Papiertaschentuch), Haare, Fingernägel oder Speichel (von einem Kaugummi, Schnuller, einer Zahnbürste, Zigarettenspitze) als Probe genutzt werden. Für die Feststellung der Vaterschaft genügen DNA-Proben von Vater und Kind; sicherer und vor Gericht zwingend notwendig ist es jedoch, wenn auch die Mutter an dem Test beteiligt wird.

Die DNA-Analyse ist sogar schon bei einem Fötus ab der 9. Schwangerschaftswoche durch eine Blutprobe der Mutter möglich. Dies ist in Deutschland aber nur in Ausnahmefällen gestattet, z. B. nach einer Vergewaltigung oder nach Kindesmissbrauch. Einen vorgeburtlichen Vaterschaftstest kann nur eine staatliche Behörde anordnen.



Wer hilft weiter?

- Adressen von Gutachtern finden Sie unter www.vaterschaftstest.de.
- Detaillierte Auskünfte erteilen u. a. die Jugendämter.

Umgangsrecht

Ein Recht auf Umgang haben Kinder, Eltern und andere Bezugspersonen. Insbesondere nach einer Trennung oder Scheidung soll das Kind weiterhin Kontakt zu den Personen haben, die ihm besonders nahe stehen.

Das Kind hat ein Recht auf Umgang mit jedem Elternteil.

Ein Recht auf Umgang mit dem Kind haben folgende Personen:

- Mutter und Vater (Recht **und** Pflicht)
- Geschwister, wenn dies dem Kindeswohl dient
- Großeltern, wenn dies dem Kindeswohl dient
- Andere enge Bezugspersonen (z.B. früherer Partner, der lange mit dem Kind zusammengelebt hat), wenn dies dem Kindeswohl dient

Einigung

Im Idealfall regeln die Eltern den Umgang ihres Kindes in gegenseitigem Einvernehmen. Mutter und Vater dürfen das Verhältnis des Kindes zum anderen Elternteil nicht negativ beeinflussen oder dessen Erziehungsbemühungen erschweren.

Antrag vor Gericht

Wenn eine Einigung über den Umgang nicht möglich ist, kann das Familiengericht entscheiden. Dieses orientiert sich immer an dem, was für das Kind am besten ist: „Kindeswohl vor Umgangsrecht“. Um dies herauszufinden, wird das Jugendamt am Verfahren beteiligt. Es spricht mit den Eltern und dem Kind und gibt eine Empfehlung ab. Ist das Kindeswohl in Gefahr, kann ein Recht auf Umgang auch eingeschränkt oder ausgeschlossen werden.

Das Familiengericht kann anordnen, dass der Umgang nur durch eine dritte Person stattfinden darf. Diese kann durch einen Träger der Jugendhilfe oder einen anderen Verband bestimmt werden.

Auch das Kind kann den Umgang mit seiner Mutter oder seinem Vater einklagen, denn jeder Elternteil ist dazu verpflichtet, den Kontakt zu seinem Kind zu halten.

Stärkung des Umgangsrechts für leibliche Väter

2012 wurde das Umgangsrecht für leibliche Väter gestärkt. Väter, die nicht das Sorgerecht und noch keine enge Bindung zu ihrem Kind haben, sollen ein Umgangsrecht erhalten, wenn dies im Sinne des Kindeswohls ist. Das kann z. B. der Fall sein, wenn ein Vater gar nicht wusste, dass er ein Kind hat, aber gerne Verantwortung für dieses übernehmen möchte.

Regelung

Umfang

Der zum Umgang berechtigte Elternteil darf sein Kind in regelmäßigen Abständen persönlich treffen. Wie oft, wie lange und wo der Umgang stattfindet, regeln die Eltern untereinander oder entscheidet das Familiengericht. Das Umgangsrecht schließt auch den Kontakt per Telefon, E-Mail oder Brief mit ein.

Praxistipp!

Die Broschüre „Wegweiser für den Umgang nach Trennung und Scheidung“ gibt weiterführende Informationen und bietet eine Checkliste für den Umgang sowie eine Mustervereinbarung. Download unter www.familien-wegweiser.de > Familienthemen A-Z > Umgangsrecht.

Wer hilft weiter?

Das Jugendamt oder freie Träger der Jugendhilfe (z. B. gemeinnützige und kirchliche Verbände) erteilen individuelle Auskünfte.

Kinderbetreuung und weitere Hilfsangebote

So schön und wichtig die ersten Monate und Jahre gemeinsam mit dem Kind sind, irgendwann kommt der Punkt, an dem es in die Krippe, zur Tagesmutter oder in den Kindergarten kommt.

Dann sollte sich das Kind wohlfühlen und die Eltern ein gutes Gefühl bei der Betreuung haben. Wann der notwendige und geeignete Zeitpunkt für die Kinderbetreuung gekommen ist und welche Form gewählt wird, ist je nach Familie ganz individuell.

Kindertagesstätten

Es gibt verschiedene Formen von Kindertagesstätten (kurz KiTa): Beginnend bei der Kinderkrippe bis zum Kinderhort. Hier werden Kinder für einen Teil des Tages oder ganztägig in Gruppen betreut und gefördert.

Die Aufgaben der Tagesstätten sind breit gefächert und umfassen insbesondere die Erziehung, Bildung und Betreuung der Kinder. Gesetzliche Regelungen finden sich in den §§ 22 ff. SGB VIII.

Die verschiedenen Formen der Kindertagesstätten sind nach Alter der betreuten Kinder aufgeteilt.

- **Kinderkrippe: für Kinder bis zu 3 Jahre**

Seit dem 01.08.2013 haben alle Kinder vom 1. bis zum 3. Geburtstag einen Rechtsanspruch auf einen Krippenplatz.

Auch Kinder vor dem 1. Geburtstag haben einen Anspruch auf frühkindliche Förderung in einer Tageseinrichtung oder in der Kindertagespflege, wenn dies z. B. für die Entwicklung des Kindes wichtig ist oder die Erziehungsberechtigte(n) arbeiten, arbeitssuchend sind, sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder Leistungen zur Eingliederung in Arbeit (SGB II) bekommen.

- **Kindergarten: für Kinder ab 3 Jahre bis Schuleintritt**

Es besteht ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für ein Kind ab dem 3. Geburtstag bis zum Schuleintritt.

- **Kinderhort: für schulpflichtige Kinder in der Regel bis zur 4. Klasse, teilweise auch bis 14 Jahre**

In den einzelnen Bundesländern gibt es unterschiedliche Regelungen. Auskünfte geben die einzelnen Einrichtungen.

Eine **Betreuung von Jugendlichen** (14–17 Jahre) in einer Tageseinrichtung findet **nicht** statt. Für Jugendliche kommt nur die Betreuung in einer Tagesgruppe oder einer Ganztagschule in Betracht.

Formen

Aufgaben der Kindertagesstätten

- Unterstützung und Ergänzung der Betreuung, Erziehung und Bildung innerhalb der Familie.
- Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Förderung der kindlichen Entwicklung hin zu Eigenverantwortung und Gemeinschaftsfähigkeit. Die Förderung soll sich an der geistigen, körperlichen, sozialen und emotionalen Reife der Kinder orientieren und ihnen grundlegende Regeln und Werte vermitteln. Alter und Entwicklungsstand des einzelnen Kindes sind dabei ebenso zu beachten wie seine Fähigkeiten, seine Lebenssituation, seine Interessen und Bedürfnisse.



Wer hilft weiter?

Das Jugendamt oder die zuständige Stadt- oder Gemeindeverwaltung beantworten Fragen zu Kindertagesstätten und unterstützen bei der Suche nach einem geeigneten KiTa-Platz.

Tagespflege von Kindern

Die Tagespflege im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach § 23 SGB VIII, im allgemeinen „Tagesmutter“ genannt, hat die Aufgabe, Kinder in den ersten Lebensjahren zu betreuen, zu erziehen und zu bilden.

Sie wird in der Regel bei Berufstätigkeit der Eltern notwendig und kann üblicherweise bis zum 3. Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden.

Die Kosten einer Tagespflege durch eine Person mit „Pflegerlaubnis“ kann das Jugendamt bei niedrigem Einkommen der Eltern übernehmen.

Eine Tagesmutter ist eine sog. „Tagespflegeperson“, die Kinder

- in kindgerechten Räumen außerhalb des Haushalts des Erziehungsberechtigten,
- während eines Teils des Tages (nicht über Nacht)
- mehr als 15 Stunden wöchentlich
- länger als 3 Monate
- gegen Entgelt

betreut.

Dafür ist eine **Pflegeerlaubnis** im Sinne des § 43 SGB VIII notwendig. Diese wird nach einer Eignungsfeststellung (z. B. durch Einzelgespräche, Hausbesuche, Vorlage des erweiterten Führungszeugnisses) vom Jugendamt erteilt. Sie erlaubt die Betreuung von bis zu maximal 5 fremden Kindern (regional unterschiedlich) und ist auf 5 Jahre befristet.

Tagesmütter sollen vertiefte Kenntnisse zu den Anforderungen der Kindertagespflege haben, die sie in qualifizierten Lehrgängen oder auf andere Weise erworben haben.

Die **Kosten** für die Tagesmutter werden gewöhnlich von Land, Kommune und Eltern anteilig übernommen. Die Höhe der Kostenbeiträge der Eltern hängt von ihrem Einkommen ab und unterscheidet sich je nach Kommune, Betreuungsdauer und Alter des Kindes.

Auf Antrag übernimmt das Jugendamt bei keinem oder geringem Einkommen die Kosten oder beteiligt sich daran.

Kosten



Praxistipp!

- Tipps und Vertragsmuster gibt es beim Bundesverband für Kindertagespflege, www.bvkt.de, Adresse siehe S. 119.
- Weiterführende Informationen sowie Telefon- und Online-Beratung zur Kindertagespflege bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.handbuch-kindertagespflege.de.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Jugendamt.

Betreuung kranker Kinder

Berufstätigen Eltern stehen zur Betreuung ihrer kranken Kinder grundsätzlich jeweils 10 Tage Kinderpflege-Krankengeld pro Kind und Jahr zu. Es kann jedoch Situationen geben, in denen es sehr schwierig ist, der Arbeit fernzubleiben: wichtige Termine, keine Vertretung, Abgabefristen oder schon eine hohe Anzahl an Fehltagen. Dennoch ist es für das kranke Kind wichtig, in Ruhe und in seinem eigenen zu Hause gesund zu werden. Für diese Fälle gibt es die Möglichkeit, private Betreuungsdienste in Anspruch zu nehmen.

Betreuungsdienste

Die Mitarbeiter der **Betreuungsdienste** pflegen kranke Kinder im Haushalt der Eltern. Sie kümmern sich bis zu 8 Stunden um das Kind und erledigen je nach Betreuungsdienst auch den Haushalt oder die Essenszubereitung. Die Kosten belaufen sich auf etwa 5 bis 13 € pro Stunde und müssen von den Eltern getragen werden.

Es empfiehlt sich, den Bedarf mindestens 1–2 Tage vorher anzumelden. In Notfällen wird versucht, eine Betreuung am selben Tag innerhalb von 2–3 Stunden zu organisieren, dafür gibt es jedoch keine Garantie.



Wer hilft weiter?

- Der Kinderschutzbund vor Ort hat im Regelfall eine Liste der örtlichen Betreuungsdienste, einige verfügen auch selbst über einen Babysitterdienst. Adressen sind unter www.dksb.de > Über uns > DKSB vor Ort zu finden.
- In den Städten Frankfurt und Köln vermittelt der Notmütterdienst unter www.notmuetterdienst.de eine passende Kinderbetreuung, in München hilft der soziale Vermittlungsservice www.zu-hause-gesund-werden.de weiter.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z. B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung.

Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z. B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und zu Hause Kinder unter 12 Jahren zu versorgen sind. Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten die tariflichen bzw. üblichen Kosten. Eine Haushaltshilfe muss beantragt werden.

Haushaltshilfe kann eine Leistung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

Voraussetzungen Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt nach § 38 SGB V eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege, Medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung und
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation.
Die Haushaltshilfe kann seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V). Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Voraussetzungen Unfallversicherung

Der Unfallversicherungsträger übernimmt nach § 42 SGB VII und den §§ 44, 54 SGB IX die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn:

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (infolge von Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) und
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Voraussetzungen Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt nach § 28 SGB VI i. V. m. §§ 44, 54 SGB IX die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn:

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, z. B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z. B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung.

Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z. B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d. h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation oder der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erfüllen.

Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus. Zudem müssen die weiteren o.g. Voraussetzungen vorliegen.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf ambulante Familienpflege gestellt werden.

Sachleistungserbringung

Vorrangig erbringen die Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger eine Sachleistung, d. h.: Sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann.

Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z. B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfekräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe, d. h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, von Krankenkasse oder Unfallversicherungsträger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, d. h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin kann es lediglich eine Erstattung der Fahrtkosten und des Verdienstauffalls geben, nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Die Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger können die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstauffall für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad erstatten.

Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung (§ 54 Abs. 2 SGB IX).

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich.

Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Unfallversicherungsträgern und den Rentenversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

Unterstützung durch das Jugendamt

Alle Eltern machen früher oder später die Erfahrung an ihre Grenzen zu stoßen. Fehlt es dann an familiärer Unterstützung oder kommen weitere Belastungen hinzu, stellen sich oft Hilflosigkeit und Überforderung ein. In diesen Fällen kann es hilfreich und notwendig sein, Unterstützung durch das Jugendamt anzunehmen.

Beratung durch das Jugendamt

Eine Beratung durch das Jugendamt richtet sich an (alleinerziehende) Mütter und/oder Väter sowie an Kinder, Jugendliche und junge Volljährige. Dabei geht es unter anderem um den Aufbau eines partnerschaftlichen Zusammenlebens, um Trennung oder um Unterhaltsansprüche.

Die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sieht verschiedene Formen der Beratung vor. Auf die nachfolgend genannten kostenlosen Beratungen und Unterstützungen des Jugendamts besteht ein Rechtsanspruch.

Beratung nach den §§ 17, 28 SGB VIII von Müttern und/oder Vätern, die für ein Kind (0–13 Jahre) oder einen Jugendlichen (14–17 Jahre) zu sorgen haben, vorwiegend in folgenden Bereichen:

- Aufbau eines partnerschaftlichen Zusammenlebens in der Familie
- Bewältigung von Konflikten und Krisen in der Familie
- Unterstützung bei Trennung und Scheidung
- Klärung und Bewältigung persönlicher oder familiärer Probleme
- Lösung von Erziehungsfragen

Beratung und Unterstützung nach § 18 SGB VIII von Müttern oder Vätern, die allein für ein Kind (0–13 Jahre) oder einen Jugendlichen (14–17 Jahre) zu sorgen haben, vorwiegend in folgenden Bereichen:

- Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge.
Näheres siehe Sorgerecht S. 71.
- Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen.
- Amtsvormundschaft:
Ledige minderjährige Mütter/Väter erhalten automatisch einen Amtsvormund für ihr Kind, d. h. ihnen sowie dem Amtsvormund steht die Personensorge zu. Bei Meinungsverschiedenheiten geht die Meinung des minderjährigen Elternteils in der Regel vor. Aufgrund ihrer beschränkten Geschäftsfähigkeit können sie ihr Kind jedoch nicht gesetzlich vertreten. Die Amtsvormundschaft endet mit der Volljährigkeit des ledigen Elternteils oder kann auf Antrag in eine Beistandschaft übergehen.

Mütter und/oder Väter

*Alleinerziehende
Mütter oder Väter*

- **Beistandschaft:**
Ein Hilfsangebot des Jugendamts, das freiwillig angenommen werden kann. Das Jugendamt erhält vom Standesamt die Informationen über die Geburt jedes nichtehelichen Kindes und informiert den Sorgeberechtigten dann schriftlich über seine Hilfsangebote.

Antrag auf Beistandschaft

Sorgeberechtigte ledige oder in Trennung oder Scheidung lebende volljährige Mütter/Väter können einen **Antrag auf Beistandschaft** stellen. Der Antrag kann auch schon vor Geburt des Kindes gestellt werden. Sie erhalten dann Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Unterhaltsansprüche oder der Unterhaltersatzansprüche für das Kind und Hilfe bei der Vaterschaftsfeststellung. Die Aufgaben der Beistandschaft richten sich nach den Wünschen der/des Sorgeberechtigten. Das Sorgerecht wird durch die Beistandschaft nicht eingeschränkt.

Ende der Beistandschaft

Die Beistandschaft endet bei

- Schriftlichem Antrag der/des Sorgeberechtigten
- Volljährigkeit des Kindes
- Adoption des Kindes
- Beendigung der vereinbarten Aufgabenunterstützung durch das Jugendamt

Kinder, Jugendliche und junge Volljährige

Kinder, Jugendliche und junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, in Ausnahmefällen bis zum 27. Lebensjahr, können sich ebenfalls nach § 28 SGB VIII vom Jugendamt beraten und unterstützen lassen: in allen Angelegenheiten, die ihre Erziehung und persönliche Entwicklung betreffen. Das Jugendamt ist verpflichtet, den Anliegen von Kindern und Jugendlichen ernsthaft nachzugehen und mit ihnen und ihren Sorgeberechtigten angemessene Lösungen zu finden. In Not- und Konfliktlagen haben Kinder und Jugendliche auch einen Anspruch auf Beratung, ohne dass ihre Eltern darüber informiert werden.

Junge Volljährige benötigen die Hilfe vorwiegend bei der Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen, z. B. zur Höhe des Unterhalts.

Frühe Hilfen

Frühe Hilfen nach § 16 SGB VIII sind Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für Eltern während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes. Sie sollen v.a. dazu beitragen, die Elternkompetenz zu stärken und den vorbeugenden Kinderschutz zu fördern. Die Angebote sind sehr vielfältig und haben je nach Bundesland unterschiedliche Ausrichtungen.

Frühe Hilfen sind nicht zu verwechseln mit der Frühförderung behinderter Kinder nach dem SGB IX.

Ziele früher Hilfen sind:

- Frühzeitige und nachhaltige Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft.
- Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Eltern.
- Gesundes Aufwachsen und Sicherung der Rechte von Kindern auf Schutz, Förderung und Teilhabe.
- Frühzeitiges Wahrnehmen und Reduzieren von Risiken für Kinder.

Diese Ziele sollen durch eine enge Vernetzung von Institutionen und Angeboten aus der Schwangerschaftsberatung, dem Gesundheitswesen, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste verwirklicht werden.

Frühe Hilfen umfassen sowohl allgemeine als auch spezifische Angebote und richten sich an

- werdende Eltern und Kinder bis zu 3 Jahren.
- alle Eltern im Sinne einer Gesundheitsförderung, d.h. das Auftreten einer Krankheit oder einer psychischen Störung soll verhindert werden.
- Familien in Problemlagen mit dem Ziel des frühzeitigen Erkennens und Abwendens von Kindeswohlgefährdungen.

Zu den Angeboten Früher Hilfen zählen z.B. Informationsangebote, Willkommensbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, Elternkurse, Beratungsangebote, Unterstützung durch Familienhebammen.

Familienhebammen unterstützen Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Sie helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit dem Baby umzustellen, geben Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes und vermitteln bei Bedarf zu weiteren Frühen Hilfen.

Ziele

Angebote

Wer hilft weiter?

Folgende Internet-Seiten informieren zu Angeboten, Modellprojekten und Ansprechpartnern Früher Hilfen in den jeweiligen Bundesländern:

- Baden-Württemberg: <http://fruehehilfen-vorort.de>
- Bayern: www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/fruehehilfen
- Berlin: www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kinderschutz/fruehe-hilfen
- Brandenburg: <http://fruehe-hilfen-brandenburg.de>
- Bremen: www.familiennetz-bremen.de/fruehe-hilfen.html
- Hessen: <http://hsm.hessen.de/familie-soziales/familie/fruehe-hilfen-und-kinderschutz>
- Hamburg: www.hamburg.de/fruehe-hilfen
- Mecklenburg-Vorpommern: www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Familie/Familie/FrueHilfen
- Niedersachsen: www.soziales.niedersachsen.de > Kinder, Jugend und Familie > Kinder und Familie > Frühe Hilfen Bundesinitiative > Das Förderprogramm
- Nordrhein-Westfalen: www.mfkjks.nrw/fruehe-hilfen-fuer-werdende-eltern-und-eltern-mit-kleinkindern
- Rheinland-Pfalz: <http://mifkjf.rlp.de/de/themen/familie/guter-start-ins-kinderleben>
- Saarland: www.saarland.de/fruehe-hilfen.htm
- Sachsen: www.familie.sachsen.de/Kinderschutz.html
- Sachsen-Anhalt: www.ms.sachsen-anhalt.de/themen/familie/fruehe-hilfen-fuer-familien
- Schleswig-Holstein: www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/kinderschutz/Fruehe_Hilfen.html
- Thüringen: www.fruehehilfen-thueringen.de/kinderschutz/fruehe_hilfen

Kosten

Die Beratung sowie viele Unterstützungsangebote (z. B. Familienhebammen, Eltern-Kind-Gruppen, Haushalts-Organisations-Training, Vermittlung ehrenamtlicher HelferInnen, ...) sind in der Regel kostenlos. Vereinzelt wird ein Teilnahmebeitrag erhoben.

Praxistipps!

- Informationen zu Frühen Hilfen für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens bietet die Bundeszentrale Wissens- und Informationsplattform des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen unter www.fruehehilfen.de.
- Für Fachkräfte bietet das Universitätsklinikum Ulm den kostenlosen E-Learning Kurs „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ unter <https://fruehehilfen-bw.de/login/index.php> an.

Erziehungshilfe

Erziehungsberechtigte haben Anspruch auf verschiedenste Formen staatlicher Hilfen bei der Erziehung. Das Spektrum reicht von der freiwilligen Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung. Zuständig ist das Jugendamt.

Die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sieht vielfältige Hilfsangebote vor, insbesondere pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen. Ausgewählt werden die Maßnahmen der Erziehungshilfe nach den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen, dessen Entwicklungsstand und der Notwendigkeit.

Die Kosten werden in der Regel vom Jugendamt getragen. Eltern, Kinder, Jugendliche und deren Ehegatten/Lebenspartner können unter Umständen jedoch zu diesen Kosten herangezogen werden.

Im Folgenden werden wichtige Angebote der Erziehungshilfe näher beschrieben.

Die **Erziehungsberatung** nach § 28 SGB VIII ist eine kostenlose Hilfe für Kinder, Jugendliche und deren Eltern. In den Erziehungsberatungsstellen bieten Fachkräfte Unterstützung bei Erziehungsfragen, bei persönlichen oder familienbezogenen Problemen und geben eine erste Orientierung in Krisensituationen. Die Beratung ist freiwillig und vertraulich, d. h. die Berater unterliegen der Schweigepflicht.

Erziehungsberatung

Aufgaben der Erziehungsberatungsstellen sind:

- Unterstützung von Kindern (0–13 Jahre), Jugendlichen (14–17 Jahre) und Eltern in Fragen der Erziehung, z. B. Ängste, Aggressionen, psychosomatische Störungen, Probleme im Sozialverhalten, Beziehungsprobleme, Schulprobleme, Pubertätsschwierigkeiten.
- Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern bei Trennung und Scheidung.



Wer hilft weiter?

Adressen von Erziehungs- und Familienberatungsstellen öffentlicher und anerkannter freier Träger bekommt man über die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. im Internet unter www.bke.de.

Die **Tagesgruppe** nach § 32 SGB VIII wird in der Regel an Wochentagen angeboten, z. B. an den Nachmittagen (nach Beendigung der Schule), möglichst wohnortnah und mit einem begleitenden Freizeitprogramm. Tagesgruppen sollen Kinder über die Familie hinaus bei sozialen und schulischen Aufgaben unterstützen.

Tagesgruppe

Tagesgruppen sollten nicht mit der Tagespflege für Kinder verwechselt werden, die umgangssprachlich „Tagesmütter“ genannt werden.

Die Aufgaben der Tagesgruppe sind:

- Entwicklung des Kindes (0–13 Jahre) oder Jugendlichen (14–17 Jahre) durch soziales Lernen in der Gruppe.
- Sicherung des Schulerfolgs durch schulische und erzieherische Förderung, die nicht nur auf Hausaufgabenhilfe beschränkt bleiben darf.
- Familienergänzende Unterstützung der schulischen Elternarbeit.
- Im Unterschied zu Kindertagesstätten haben die Gruppen 8 bis maximal 10 Kinder. Das ermöglicht eine sehr intensive Betreuung.

Sozialpädagogische Familienhilfe

Die **sozialpädagogische Familienhilfe** nach § 31 SGB VIII betreut und unterstützt die gesamte Familie. Sie wird in der Regel für ca. 6 Stunden in der Woche über einen Zeitraum von 1–2 Jahren geplant.

Die sozialpädagogische Fachkraft kommt meist in die Wohnung der Familie und unterstützt ganz konkret bei alltäglichen Problemen, bei Erziehungsschwierigkeiten und beim Umgang mit Ämtern und Behörden. Auch aktuelle Krisen oder Konflikte, z. B. mit dem Partner oder den Großeltern, werden gemeinsam bearbeitet.

Die sozialpädagogische Familienhilfe möchte erreichen, dass die Familie alleine gut im alltägliche Leben zurechtkommt, ohne weitere Hilfen vom Jugendamt zu benötigen: „Hilfe zur Selbsthilfe“. Es geht vor allem darum, dass das Kind/die Kinder weiterhin in der Familie aufwachsen und sich gut entwickeln können.

Um eine sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch zu nehmen, muss in der Familie mindestens ein minderjähriges Kind aufwachsen. Ganz wichtig ist auch die Bereitschaft aller Familienmitglieder Hilfe anzunehmen und mit der sozialpädagogischen Fachkraft zusammen die vorhandenen Probleme anzugehen.

Erziehungsbeistand

Ein **Erziehungsbeistand** ist in der Regel ein Sozialpädagoge, der Kinder und Jugendliche in sozialen und familiären Krisensituationen unterstützt. Das Sorgerecht der Eltern wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Erziehungsbeistände sind sozialpädagogisch ausgebildete Fachkräfte, die über eine längere Zeit Kinder (0–13 Jahre) oder Jugendliche (14–17 Jahre) begleiten, die ohne diese individuelle persönliche Unterstützung mit ihrer familiären oder sozialen Lebenssituation nicht mehr zurecht kommen würden.

Vorrangige Aufgaben sind:

- Hilfe zur Bewältigung von Entwicklungsproblemen.
- Förderung der Verselbstständigung des Kindes oder des Jugendlichen unter Erhalt des Lebensbezugs zur Familie.

Eltern können einen Erziehungsbeistand beim Jugendamt beantragen. Empfehlenswert ist ein Erziehungsbeistand z. B. bei Schulschwierigkeiten, Kommunikationsproblemen, Kontaktängsten oder massiven Pubertätsproblemen.

Erziehungsbeistandschaft darf nicht mit Sozialpädagogischer Familienhilfe verwechselt werden, bei der die Eltern und die Gesamtfamilie im Mittelpunkt stehen.

Die beschriebenen Erziehungshilfen können unter bestimmten Voraussetzungen nach § 41 SGB VIII auch jungen Erwachsenen ab 18 Jahren zukommen. Die „**Hilfe für junge Volljährige**“ dauert in der Regel bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, ausnahmsweise bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Den Bedarf stellt das Jugendamt fest.

*Hilfe für
junge Volljährige*



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte zu den unterschiedlichen Angeboten der Erziehungshilfe erteilt das zuständige Jugendamt.

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII richten sich an Kinder und Jugendliche, die durch Psychosen, Neurosen, Sucht oder andere seelische Störung nicht ihrem Alter entsprechend am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Als Hilfen stehen ambulante und stationäre Betreuungsformen zur Verfügung, insbesondere dafür vorgesehen sind heilpädagogische Einrichtungen. Ziel ist, den Patienten möglichst viel Autonomie und soziale Kompetenz zu vermitteln.

Eingliederungshilfe erhalten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, deren seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und deren Teilnahme am gesellschaftlichen Leben aufgrund psychischer Belastungen und Besonderheiten beeinträchtigt ist.

Psychische Beeinträchtigungen sind z. B.:

- Affektive Störungen (Psychosen mit depressiven, manischen oder bipolaren Ausprägungsformen)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Entwicklungsstörungen
 - des Sprechens und der Sprache
 - schulischer Fertigkeiten
 - frühkindlicher Autismus
 - oder wenn die Störungen im seelischen Bereich selbst eine Äußerung der Krankheit sind
- Suchtkrankheiten, z. B. Drogensucht
- Intelligenzstörung oder -minderung
- Verhaltens- und emotionale Störungen
- ADS/ADHS
- Einnässen, Einkoten

Eingliederungshilfe erhalten auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, denen psychische Beeinträchtigungen drohen.

Formen der Eingliederungshilfe

Für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bietet die Kinder- und Jugendhilfe folgende Hilfeformen:

1. ambulante Eingliederungshilfen (z. B. Förderkurse, Therapien etc.)
2. in Kindertagesstätten oder teilstationären Einrichtungen oder auch in heilpädagogischen Einrichtungen
3. durch geeignete Pflegepersonen (Tagespflege von Kindern)
4. Eingliederungshilfen in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen (Heimerziehung)

Heilpädagogische Einrichtungen

Heilpädagogische Einrichtungen gehen auf die speziellen Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen ein. In altersgerecht zusammengestellten Gruppen werden die Entwicklung der sozialen Kompetenz und die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung gefördert.

Die Übergänge zu den Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren sind fließend. Diese sind bei nicht schulpflichtigen Kindern vorrangig und eine Leistung der Krankenkasse. Sozialpädiatrische Zentren übernehmen die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Kindern die wegen Art, Schwere und Dauer der Behinderung nicht anderweitig behandelt werden können. Dies gilt jedoch nur, wenn der spezifische Bedarf des seelisch behinderten Kindes im sozialpädiatrischen Zentrum sichergestellt ist.

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist die Verbesserung entwicklungspsychologisch wichtiger Funktionen wie Autonomie und Bindungsfähigkeit, z. B. in Form einzel- oder gruppentherapeutischer Verfahren mit gestalterischen oder spielerischen Inhalten.

Ziel der Eingliederungshilfe ist die soziale Integration. Die individuellen Ziele der Eingliederungshilfe werden vom Jugendamt mit dem Betroffenen und seinen Bezugspersonen erarbeitet und im sog. Hilfeplan festgeschrieben.

Das Jugendamt trägt die **Kosten**.

Die Eltern, Kinder, Jugendlichen und deren Ehegatten/Lebenspartner können zu den Kosten herangezogen werden, allerdings nicht bei ambulanten Eingliederungshilfen. Der Kostenbeitrag richtet sich nach der Kostenbeitragsverordnung und kann in der Höhe regional unterschiedlich ausfallen.

Weitere Leistungen des Jugendamts für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

- **Unterhaltsleistungen**

Das Jugendamt ist für die Unterhaltsleistungen zuständig, wenn dem Kind oder Jugendlichen Hilfe außerhalb des Elternhauses gewährt wird (§ 39 SGB VIII), **nicht** bei ambulanten Eingliederungshilfen.

- **Taschengeld**

Ein Taschengeld (Barbetrag) steht bei vollstationären Eingliederungshilfen dem Kind oder Jugendlichen persönlich zur Verfügung (§ 39 SGB VIII). Taschengeld gibt es **nicht** bei ambulanten Eingliederungshilfen. Die Höhe des Taschengelds setzen die Landesbehörden fest.

- **Krankenhilfe**

Krankenhilfe (§ 40 SGB VIII) wird geleistet, wenn für das Kind oder den Jugendlichen kein Krankenversicherungsschutz besteht (in der Regel über die Familienversicherung abgedeckt). Krankenhilfe wird nur bei Tagespflege von Kindern und Heimerziehung gewährt, **nicht** bei ambulanten oder teilstationären Eingliederungshilfen.

Der Leistungsumfang entspricht der Gesundheitshilfe des Sozialamts.

Praxistipp!

Für seelisch behinderte junge Erwachsene kommt unter Umständen auch eine Nachbetreuung in Frage, siehe Hilfe für junge Volljährige S. 97.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Jugendamt.

Aufgabe und Ziel

Kosten

Weitere Leistungen

Mutter-/Vater-Kind-Einrichtung

Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder nach § 19 SGB VIII nehmen einen Elternteil (in der Regel eine junge Mutter, unter Umständen auch einen Vater) mit einem Kind unter 6 Jahren (und gegebenenfalls Geschwister ohne Altersbegrenzung) auf, um diese zu unterstützen. Eine Schwangere kann auch schon vor der Geburt des Kindes in dieser Wohnform betreut werden. Sind die Voraussetzungen für eine Aufnahme erfüllt, übernimmt das Jugendamt die Kosten.

Bei einem niedrigeren Betreuungsbedarf ist auch die Unterbringung in einer sonstigen Wohnform (z. B. Apartmenthaus mit geringerer Betreuungsintensität, betreute Einzelwohnungen) möglich.

Voraussetzungen

- Alleinige Sorge für ein Kind unter 6 Jahren.
- Der alleinerziehende Elternteil bedarf aufgrund seiner Persönlichkeitsentwicklung einer Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes.

Alleinige Sorge ist nicht mit dem alleinigen Sorgerecht gleichzusetzen. Es bedeutet vielmehr, dass die Mutter oder der Vater im Alltag alleine für das Kind sorgt. Wenn ein gemeinsames Sorgerecht der Eltern vorliegt, ist das Einverständnis des Partners, bzw. eine gerichtliche Ersetzung, nötig. Näheres unter Sorgerecht, siehe S. 71.

Umfang

- Gemeinsame Betreuung der Mutter oder des Vaters zusammen mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform.
- Entwicklung einer emotional stabilen Mutter-/Vater-Kind-Beziehung.
- Klärung bestehender Partnerschaftsprobleme.
- Stabilisierung der Elternpersönlichkeit, Stärkung des Selbstwertgefühls und Durchhaltevermögens, Befähigung zur Konfliktbewältigung.
- Die Mutter/der Vater soll während dieser Zeit eine schulische oder berufliche Ausbildung beginnen oder fortführen oder eine Berufstätigkeit aufnehmen.
- Erlernen grundlegender Fähigkeiten zur Haushaltsführung und Alltagsbewältigung.
- Notwendiger Unterhalt und Krankenhilfe für die betreuten Personen.

Ziele

Die Mutter/der Vater wird in ihrer/seiner Persönlichkeit gestärkt, um auf Dauer alleine die Erziehungsverantwortung für das Kind übernehmen zu können. Das alleinerziehende Elternteil wird schrittweise auf ein selbstständiges und eigenverantwortliches Leben mit (oder wenn notwendig ohne) dem Kind vorbereitet und auf diesem Weg begleitet. Hierfür ist insbesondere die Entwicklung einer beruflichen Perspektive notwendig.

Schwangere in Konfliktlagen sollen in der Einrichtung in ihrer Entscheidungsfindung (z. B. weitere Inanspruchnahme der Hilfe nach der Geburt, Unterbringung des Kindes in Vollzeitpflege oder Freigabe zur Adoption) unterstützt werden.

Das Jugendamt trägt die **Kosten**.

Mutter, Vater, Kinder oder die Eltern der Mutter/des Vaters können an diesen Kosten beteiligt werden. Der Kostenbeitrag richtet sich nach der Kostenbeitragsverordnung und ist in der Höhe regional unterschiedlich. Vorab wird jedoch geprüft, ob von einer Kostenbeteiligung abgesehen werden kann, z. B. im Falle einer Schwangerschaft oder der Betreuung eines leiblichen Kindes unter 6 Jahren.

Kosten



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Jugendamt.

Vollzeitpflege

Während der Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII wird das Kind von seiner Familie getrennt. Unterschieden werden eine kurzzeitig angelegte Vollzeitpflege im Fall akuter Krisensituationen und eine dauerhafte Vollzeitpflege in einem Heim, einer Pflegefamilie oder einer betreuten Wohneinrichtung.

Vorrangig gegenüber der Vollzeitpflege, die mit einer Trennung des Kindes oder Jugendlichen von der Familie verbunden ist, sind familienergänzende Maßnahmen wie Erziehung im Rahmen einer sozialpädagogischen Familienhilfe, eines Erziehungsbeistands oder in einer Tagesgruppe.

*Formen der
Pflegestellen*

Vollzeitpflegestellen können befristet und unbefristet sein.

Folgende Formen zählen zur Vollzeitpflege:

- **Kurzzeitpflegestelle**
 - Als Bereitschaftspflegestelle für Kinder und Jugendliche, die wegen familiärer Konflikte und Gefährdungen sehr rasch aus der Familie herausgenommen werden müssen.
 - Als Übergangspflegestelle für Kinder und Jugendliche, bei denen die Erziehung in der Familie nicht sichergestellt ist. In der Regel handelt es sich dabei nicht um Konflikte, sondern um Krisen, die z. B. durch Krankenhausaufenthalt des erziehenden Elternteils und berufliche Unabkömmllichkeit des anderen Elternteils verursacht werden.

- **Dauerpflegestelle**

- Bei einer Pflegefamilie, die den Charakter einer Ersatzfamilie hat.
- In einem Heim (Heimerziehung).
- In einer betreuten Wohnform.

Eine Dauerpflegestelle wird durch das Jugendamt vermittelt, kann allerdings auch selbst vom Erziehungsberechtigten gesucht werden und braucht dann eine Pflegeerlaubnis durch das Jugendamt. Bei jüngeren Kindern ist die Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie gegenüber der Heimunterbringung vorrangig.

- **Adoptionspflege**

- In der Erprobungsphase von ca. 1 Jahr.
- Als offene Adoptionsstelle mit Einfluss der leiblichen Eltern/Mutter darauf, zu wem ihr Kind kommt, und regelmäßigen Informationen über das Kind von den Adoptiveltern an die leiblichen Eltern.
- Als geheime Adoptionsstelle ohne Informationsfluss zwischen leiblichen und Adoptiveltern.

Die Adoption (siehe S. 106) ist keine Leistung der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), sondern wird zivilrechtlich im BGB geregelt. Die Abwicklung einer Adoption läuft aber über das Jugendamt.

Rechte der Eltern und Pflegeeltern

Bei Vollzeitpflege gelten folgende Regelungen:

- Bei unterschiedlichen Interessen von Kindern, Eltern und Pflegeeltern ist für das Gericht immer das Kindeswohl ausschlaggebend.
- Die Pflegepersonen sind gesetzlich (§ 1688 BGB) berechtigt, in Angelegenheiten des täglichen Lebens für das Kind alleine zu entscheiden und dabei die Sorgerechtsinhaber (= leibliche Eltern) zu vertreten.

Angelegenheiten des täglichen Lebens

Als **Angelegenheit des täglichen Lebens** gilt, was häufig vorkommt und keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes hat.

Hierzu zählen z. B.:

- Kaufverträge
- Vereinsbeitritt (z. B. Sportverein)
- Übliche ärztliche Behandlungen
- Unterschriften unter Klassenarbeiten und Zeugnissen
- Zustimmung zur Teilnahme an Klassenfahrten

Nicht dazu zählen Grundentscheidungen, z. B. zur Schul-, Ausbildungs- und Berufswahl.

Bei **Gefahr im Verzug** bzw. sog. Eilentscheidungen besteht eine Vertretungsbefugnis (§ 1629 Abs. 1 BGB). Dies ist z. B. bei schwerwiegenden, eilbedürftigen ärztlichen Behandlungen der Fall. In der Regel sollte auch das Kind oder der Jugendliche in eine Heilbehandlung einwilligen, wenn es/er die Tragweite des Eingriffs und die Erklärungen dazu versteht. Der Erziehungsberechtigte ist unverzüglich zu informieren.

Gefahr in Verzug

Die gesetzliche **Vertretungsbefugnis** der Pflegeeltern kann durch den Sorge-rechtsinhaber eingeschränkt werden, jedoch nur unter dem Vorbehalt, dass den Pflegeeltern die Entscheidungs- und Handlungsbefugnisse erhalten bleiben, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgabe und Pflichten im Rahmen der Erziehung brauchen.

Einschränkung der Vertretungsbefugnis

Wer ein Kind oder einen Jugendlichen über Tag und Nacht aufnimmt, braucht eine **Pflegeerlaubnis** nach § 44 SGB VIII. Sie wird vom örtlich zuständigen Jugendamt erteilt. Freie Träger können zwar Pflegepersonen vermitteln, aber keine Pflegeerlaubnis erteilen.

Pflegeerlaubnis

Die Pflegeerlaubnis wird nur erteilt, wenn die überprüfte Pflegestelle das Wohl des Kindes gewährleisten kann. Pflegepersonen mit Pflegeerlaubnis sind verpflichtet, das Jugendamt über wichtige Ereignisse zu unterrichten, die das Wohl des Kindes betreffen.

Keine Pflegeerlaubnis brauchen:

- Pflegepersonen, die Kinder und Jugendliche direkt vom Jugendamt vermittelt bekommen.
- Personen, die bereits als Vormund oder Pfleger für das Kind oder den Jugendlichen tätig sind.
- Verwandte und Verschwägerter bis zum 3. Grad.
- Kurzzeitpflegepersonen bis zu 8 Wochen.
- Aufnehmende Familien im Rahmen von Jugend- und Schüleraustausch.
- Aufnehmende einer Adoptionspflege.

Ausnahmen

Die Pflegeerlaubnis darf nicht mit Bedingungen oder Auflagen verbunden werden. Die Pflegestellen können jedoch vom Jugendamt immer wieder überprüft werden.

Die Pflegeerlaubnis ist den Pflegeeltern zu entziehen, wenn das Wohl des Kindes oder Jugendlichen in der Pflegestelle gefährdet ist und die Pflegeperson nicht bereit oder in der Lage ist, die Gefährdung abzuwenden.

Sonderpflagestellen

In Sonderpflagestellen betreuen fachlich kompetente Pflageeltern verhaltensauffällige, entwicklungsbeeinträchtigte oder behinderte Kinder und Jugendliche.

- Für seelisch behinderte Kinder ist das Jugendamt zuständig. Die Leistung heißt Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.
- Für geistig oder körperlich behinderte Kinder ist neben der Kinder- und Jugendhilfe auch die Sozialhilfe zuständig. Diese Leistung wird als Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bezeichnet.

Heim oder Pflagefamilie?

Ob die Erziehung bei einer Pflagefamilie oder in einem Heim stattfinden soll, orientiert sich maßgeblich an folgenden Überlegungen:

- Liegen Störungen vor, die im familiären Bereich nicht bewältigt werden können, sondern professionellen Einsatz erforderlich machen?
- Ist eine zeitlich begrenzte Herausnahme aus der Familie zur Bewältigung einer vorübergehenden Konfliktsituation empfehlenswert?
- Ist die Heimerziehung ein geeigneter und notwendiger Schritt zur Ablösung von der Familie?

Leistungen

Das Jugendamt trägt die Kosten der Vollzeitpflage. Die Eltern, Kinder, Jugendlichen und deren Ehegatten/Lebenspartner können zu diesen Kosten herangezogen werden. Der Kostenbeitrag richtet sich nach der Kostenbeitragsverordnung und kann in der Höhe regional unterschiedlich ausfallen.

Nachfolgend Leistungen des Jugendamts:

• **Unterhaltsleistungen**

Zu den Unterhaltsleistungen (Jugendamt) gehört der gesamte regelmäßig wiederkehrende Bedarf, z. B. Kleidung, Ernährung oder Unterkunft.

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat einheitlich für alle Bundesländer folgende Empfehlungen für die Pauschalbeträge für Sachkosten hinsichtlich der Unterhaltsleistungen bei Vollzeitpflage in einer Pflagefamilie ausgesprochen:

- bis zum 6. Lebensjahr: 515 € monatlich
- bis zum 12. Lebensjahr: 589 € monatlich
- über dem 12. Lebensjahr: 676 € monatlich

Die verbindliche Festsetzung der Pauschalbeträge obliegt den Landesbehörden.

• **Pflage- und Erziehungsleistungen**

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat als Leistungen für die Pflage und Erziehung bei Vollzeitpflage in Pflagefamilien einen Pauschalbetrag von 237 € festgelegt.

Die verbindliche Festsetzung der Pauschalbeträge obliegt den Landesbehörden.

- **Taschengeld**

Kinder oder Jugendliche erhalten bei vollstationären Hilfen einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung (§ 39 SGB VIII). Die Höhe dieses Barbetrags setzen die Landesbehörden fest.

- **Krankenhilfe**

Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII gibt es, wenn für das Kind oder den Jugendlichen kein Krankenversicherungsschutz besteht (in der Regel über die Familienversicherung abgedeckt). Der Leistungsumfang entspricht der Gesundheitshilfe des Sozialamts.

- **Beihilfen und Zuschüsse**

In Einzelfällen kann das Jugendamt auf Antrag Beihilfen leisten, z. B. für:

- Erstausrüstung
- Weihnachten
- Klassenfahrten
- Besondere pädagogische Förderung

- **Unfallversicherung und Alterssicherung**

Pflegeeltern, die Vollzeitpflege leisten, werden auf Antrag Beiträge zur Unfallversicherung sowie einer angemessenen Alterssicherung erstattet.



Praxistipp!

Nach der Vollzeitpflege kann für junge Erwachsene unter Umständen auch eine Nachbetreuung (Hilfe für junge Volljährige, siehe S. 97) in Frage kommen.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen geben die örtlichen Jugendämter und folgende Verbände:

- PFAD – Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V., www.pfad-bv.de
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, www.awo.org
- Evangelischer Verein für Adoption und Pflegekinderhilfe e.V.,
Beratungs- und Vermittlungsstellen unter [www.evangelische-adoption.de/
evangelische-beratungs-und-vermittlungstellenm](http://www.evangelische-adoption.de/evangelische-beratungs-und-vermittlungstellenm)
- Sozialdienst katholischer Frauen Zentrale e.V., www.skf-zentrale.de
- Deutscher Caritasverband, www.caritas.de

Adressen siehe S. 117.

Adoption

Adoption im Sinne der §§ 1741 ff. BGB bedeutet: Nach der Adoption gehört das Kind ganz zur neuen Familie, mit allen Rechten und Pflichten eines leiblichen Kindes. Das Verwandtschaftsverhältnis zur Ursprungsfamilie ist vollkommen gelöst. Erste Anlaufstelle ist das Jugendamt: sowohl für Eltern, die ein Kind adoptieren wollen, als auch für Eltern, die ein Kind zur Adoption freigeben wollen.

Zentrale Adoptionsstellen der Landesjugendämter

Die Adoptionsvermittlung ist Aufgabe der Adoptionsvermittlungsstellen bei den Jugendämtern und der **zentralen Adoptionsstellen der Landesjugendämter**. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter vermittelt unter www.bagljae.de > Landesjugendämter > Zentrale Adoptionsstellen Kontakte zu den zuständigen Stellen.

Auslandsadoption

Es gibt auch die Möglichkeit, Kinder aus dem Ausland zu adoptieren. Dazu informiert die Bundeszentrale für **Auslandsadoption** des Bundesamts für Justiz im Internet unter www.bundesjustizamt.de > Themen > Bürgerdienste > Auslandsadoption. Unter Infomaterial finden Sie auch die Broschüre „Internationale Adoption“ mit detaillierten Informationen.



Wer hilft weiter?

- Die örtlichen Jugendämter.
- Der Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V. (PFAD) hilft Pflege- und Adoptiveltern in Krisen und Konfliktsituationen und unterstützen diese durch Beratung, Fortbildung, Erfahrungsaustausch, Interessensvertretung und aktuelle fachliche Informationen unter www.pfad-bv.de. Adresse siehe S. 120.
- Über die Voraussetzungen für die Adoption eines minderjährigen Kindes informiert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.familien-wegweiser.de > Familienthemen A-Z > Adoption.

Leistungen für pflegende Angehörige

Wird ein Familienmitglied pflegebedürftig stehen oft eine ganze Reihe organisatorischer Fragen an. Die pflegenden Angehörigen sind in dieser schwierigen Zeit meist stark belastet, sowohl finanziell als auch psychisch und körperlich. Deshalb ist es wichtig zu wissen, welche Unterstützungsleistungen es gibt und wo man diese beantragen kann.

Soziale Sicherung

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen, werden von der Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Die Pflegeperson steht während der pflegerischen Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen **Unfallversicherung**. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt.

Unfallversicherung



Praxistipps!

- Adressen unter www.dguv.de > unten bei den Quicklinks unter „Unfallkassen“.
- Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“.

Die Pflegeversicherung zahlt der Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslicher Umgebung.
- Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Rentenversicherung

Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person. Die Pflegekasse meldet die rentenversicherungspflichtige Pflegeperson beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab.

Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden auch während eines Urlaubs bis zu 6 Wochen im Jahr von der Pflegeversicherung weiterbezahlt. Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.

Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“.

Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger „**Hilfe zur Pflege**“ vom Sozialamt, werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Besonderheit

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.

Krankenversicherung

Ihre **Krankenversicherung** muss eine Pflegeperson selbst bezahlen. Eine soziale Absicherung wie bei der Unfall- und Rentenversicherung gibt es hier in der Regel nicht. Ist eine beitragsfreie Familienversicherung der Pflegeperson nicht möglich, besteht die Möglichkeit der freiwilligen Krankenversicherung.

Auf Antrag bezuschusst die Pflegekasse die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

- wenn nur eine freiwillige Krankenversicherung möglich ist.
- bei der Inanspruchnahme der vollen Pflegezeit.
- wenn Pflegepersonen einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) nachgehen.

Pflegepersonen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert. Dies gilt z. B. während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Bei vielen älteren Pflegepersonen läuft die Rentenkrankenversicherung weiter.

Arbeitslosen- versicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur **Arbeitslosenversicherung**.

Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger, die Pflegekassen, das Sozialamt oder die örtliche Agentur für Arbeit.

Pflegezeit

Für berufstätige Angehörige gibt es einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen (siehe S. 113) beantragt werden.

Um Pflegezeit beantragen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen.
Nah Angehörige sind:
 - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
 - Ehe- und Lebenspartner, ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften, Geschwister, Schwägerinnen/Schwäger
 - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehe- oder Lebenspartners),
 - Schwiegersohn oder Schwiegertochter, Enkelkinder
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber. Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Dabei muss der Zeitraum der Pflegezeit oder der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt sein.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt dringende betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Eine Aufteilung der Pflegezeit in mehrere getrennte Abschnitte ist nicht möglich. Die Pflegezeit kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme der Pflegezeit ist ein weiterer Anspruch hierauf erloschen; eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe S. 110).

Soll im Anschluss an die Pflegezeit Familienpflegezeit genommen werden, muss dies dem Arbeitgeber innerhalb von 3 Monaten, spätestens 8 Wochen vor Ende der Pflegezeit, mitgeteilt werden. Die Familienpflegezeit muss unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen längstens 24 Monate dauern.

Voraussetzungen

Dauer

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder ist eine häusliche Pflege nicht mehr möglich, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden. Solche Umstände können z. B. der Tod des Pflegebedürftigen, eine stationäre Unterbringung oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein. Liegen keine entsprechenden schweren Umstände vor und die Pflegezeit soll trotzdem vorzeitig beendet werden, so ist dies von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig.

Verlängerung der Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt. Eine Verlängerung kann z. B. dann notwendig sein, wenn die Pflege von der zukünftigen Pflegeperson zum vereinbarten Zeitpunkt nicht angetreten werden kann.

Zur Sterbebegleitung kann die Pflegezeit um bis zu 3 Monate verlängert werden. Das ist auch dann möglich, wenn der Sterbende in einem Hospiz lebt.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die **kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße einen Anspruch hat. Diese sog. „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation genutzt werden.**

In dieser Zeit kann z. B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Dieser kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Lohnfortzahlungen können gegeben sein, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Sie benötigt dazu eine ärztliche Bescheinigung. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird beim Bezug einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

Die Pflegeperson erhält keinen Lohn vom Arbeitgeber und kein Kinderpflege-Krankengeld.

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2017 maximal 101,50 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Sie erhält auf Antrag einen Zuschuss zur Kranken- und Rentenversicherung, jeweils über die Hälfte des Pflichtbetrags (auf 80 % des laufenden Arbeitsentgelts).
- Ist eine Familienversicherung möglich, wird sie darüber krankenversichert.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zahlt die Pflegeversicherung des Angehörigen.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeträge zur Renten- und Krankenversicherung.

Voraussetzungen

Höhe

Sozialversicherung

Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.

Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachgewiesen werden.

Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

Dauer

Im Rahmen der Familienpflegezeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren.

Die Familienpflegezeit darf maximal 24 Monate dauern.

In der Familienpflegezeit besteht Kündigungsschutz.

Kombination mit Pflegezeit

Wird sowohl Familienpflegezeit als auch Pflegezeit genommen, dürfen beide Leistungen zusammen maximal 24 Monate betragen, davon die Pflegezeit maximal 6 Monate. Die Kombination muss immer nahtlos erfolgen.

Soll nach der Pflegezeit für den selben Angehörigen eine Familienpflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 3 Monate vor Beginn der Familienpflegezeit beim Arbeitgeber schriftlich ankündigen.

Soll nach der Familienpflegezeit für den selben Angehörigen eine Pflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 8 Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.

Kinderpflege-Krankengeld der Krankenkasse wird auf diese Leistungen zeitlich nicht angerechnet.

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase 8 Wochen nachdem

- eine Änderung eingetreten ist, wegen der mindestens eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt ist.
- der Arbeitnehmer die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z. B. Tarifverträge) unterschreitet.

Ausnahme: Wird die wöchentliche Mindestarbeitszeit wegen der Einführung von Kurzarbeit unterschritten, führt das nicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Familienpflegezeit.



Praxistipps!

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.
- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesfamilienministerium heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Vereinbarkeit Familie und Pflege“.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern, bietet die Pflegekasse Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen an.

Pflegekurse vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Oft werden diese Kurse von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten.

Die Teilnahme ist für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer kostenlos.



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Entlastung pflegender Angehöriger

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht. Es gibt verschiedene Entlastungsmöglichkeiten. Grundsätzlich sollten die Leistungen der Pflegeversicherung – falls die Voraussetzungen vorliegen – genutzt werden.

Leistungen der Pflegeversicherung

Wenn ein Patient nicht nur Hilfe in kleinerem Umfang benötigt, sondern deutlich pflegebedürftig ist, unterstützt ihn die Pflegeversicherung. Dafür müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein und ein Antrag gestellt werden. Die Hauptleistung der Pflegeversicherung bei Pflege durch Angehörige ist das Pflegegeld. Wenn keine Pflegeversicherung und kein eigenes Vermögen besteht, kann auch die „Hilfe zur Pflege“ des Sozialamts in Frage kommen.

Die Pflegekassen finanzieren unter bestimmten Voraussetzungen eine Entlastung der pflegenden Angehörigen bis zu 14 Wochen im Jahr: 8 Wochen Kurzzeitpflege und 6 Wochen Ersatzpflege.

Möglich ist auch, dass sich Angehörige über den Entlastungsbetrag Entlastungen finanzieren.

Schutz der eigenen Kräfte: Self Care

Bei allen Wünschen, die man Patienten erfüllt, bei allen Diensten, die man ihnen tut, bei all der Zeit, die man mit ihnen verbringt – auch die Kraft von Angehörigen ist endlich. Sie sollten auf sich achten und wenn sie Hilfe und Unterstützung brauchen, sollten sie sich dies auch zugestehen und aktiv holen, z. B. bei Nachbarn, Freunden oder anderen Angehörigen. Wenn Patienten unheilbar krank sind, können ambulante Hospizdienste eine wertvolle Stütze sein. Pflegende Angehörige sind oft gleichermaßen körperlich und psychisch belastet, denn Pflege kostet Zeit, ist anstrengend und es ist oft schwer, die Krankheit des Angehörigen auszuhalten.

Beratung

Eine umfassende **Beratung** und Hilfestellung finden pflegende Angehörige bei Senioren- oder Pflegeberatungsstellen und Pflegestützpunkten. Die Adressen sind bei Stadt- bzw. Gemeindeverwaltungen zu erfragen.

Adressen zur Pflegeberatung bietet die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) in einer kostenlos zugänglichen Datenbank auf <http://psp.zqp.de>.

Hilfe bei psychischer Belastung

- Ein Ratgeber, der vor allem auf die psychische Belastung abzielt, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) herausgegeben. Er kann unter dem Titel „Entlastung für die Seele“ bei der BAGSO (www.bagso.de/pflege/pflege-zu-hause/pflege-durch-angehoerige/hilfen-fuer-die-pflegepersonen.html) bestellt oder bei der DPtV (www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/patienten/faltblaetter-broschueren/#c3331) heruntergeladen werden. Adressen siehe S. 120.

- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen: www.pflegen-und-leben.de. Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die in einer Krankenkasse versichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.

Ein schwieriges und sensibles Thema ist **Gewalt** gegen Pflegebedürftige, aber auch gegen Pflegende. Informationen und hilfreiche Anlaufstellen bietet www.pflege-gewalt.de/pflegende_angehoerige.html.

Für Personen, die über längere Zeit die anspruchsvolle Pflege eines Angehörigen übernehmen, empfiehlt sich zwischendurch eine kleine „**Auszeit**“ von der Pflege, um wieder neue Kraft tanken zu können.

Möglichkeiten sind z. B.:

- Ein Urlaub oder eine medizinische Reha-Maßnahme, wenn die Gesundheit der Pflegeperson durch die dauernde Belastung gefährdet ist.
- Pflegende Frauen können für eine Auszeit auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks (www.muettergenesungswerk.de) nutzen. Adresse siehe S. 119.
- Während der Auszeit der Pflegeperson kann der Patient über die sog. Ersatzpflege von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden.
- Seit 01.01.2013 ist es möglich, dass Reha-Kliniken neben dem Pflegenden auch den Pflegebedürftigen aufnehmen, falls sie die Voraussetzungen erfüllen.

Welche Form gewählt wird, hängt davon ab, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, bzw. welche Form für die individuelle Pflegesituation sinnvoll ist.

Bei länger andauernder Pflege und Überlastung der pflegenden Angehörigen ist zu überlegen, welche Entlastungen in der täglichen Pflege möglich sind:

- Ein Pflegedienst kann einen Teil der erforderlichen Tätigkeiten übernehmen.
- Eine stundenweise Betreuung ist möglich in Einrichtungen der Tagespflege oder der Nachtpflege. Hier wird ein Pflegebedürftiger eigentlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt.
- Es können Pflegekräfte oder Haushaltshilfen beim Pflegebedürftigen wohnen und die Angehörigen so entlasten.

Hilfe bei Gewalt

Auszeit bei Erschöpfung

Hilfen von außen

Bei todkranken Patienten, bei denen sich die Krankheits- und Pflegesituation häufig in den letzten Wochen verschärft, kann Beratung oder Unterstützung durch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) angefordert werden. Entsprechende SAPV-Teams sind allerdings noch nicht überall in Deutschland verfügbar.

Wer hilft weiter?

- Die Pflegestützpunkte sowie viele Senioren- und Pflegeberatungsstellen sind darauf ausgerichtet, speziell auch zur Entlastung der Angehörigen zu beraten. Adressen finden Sie im Internet unter www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de oder unter www.pflegestuetzpunkte-online.de.
- Fragen zur gesetzlichen Pflegeversicherung beantwortet das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Ein ausführlicher Ratgeber zum Thema Pflege kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.

Adressen

Nähere Informationen zu Leistungen und Zusatzleistungen der Krankenkassen:

- www.krankenkassen.de
- www.krankenkasseninfo.de
- www.gesetzlichekrankenkassen.de

Generell ist jeder dort pflegeversichert, wo er krankenversichert ist.

Den jeweils zuständigen Versicherungsträger findet man im Internet unter:

- **Rentenversicherungsträger**
www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Funktionen/Traegerauswahl/Traegerauswahl
- **Unfallversicherungsträger**
www.dguv.de/de/versicherung/zustaendigkeit/index.jsp
oder telefonisch bei der kostenlosen Infoline der Gesetzlichen Unfallversicherung: 0800 6050404
- **Jugendamt**
www.familien-wegweiser.de > PLZ-Suche > Jugendämter
- **Finanzamt**
<http://gemfa.bzst.bund.de/gemfai.exe>

Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung e. V.

Herrnstraße 53, 90763 Fürth
Telefon 0911 977140
Fax 0911 745497
E-Mail: bke@bke.de
www.bke.de

Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Schöneberger Straße 15, 10963 Berlin
Telefon 030 2148090
Fax 030 21480999
E-Mail: info@dksb.de
www.dksb.de

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung**

Maarweg 149–161, 50825 Köln
Telefon 0221 89920
Fax 0221 8992300
E-Mail: redaktion@fruehehilfen.de
www.fruehehilfen.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB)

Bundesgeschäftsstelle
Neumarkter Straße 84c, 81673 München
Telefon 089 4361091
Fax 089 4311266
E-Mail: info@dajeb.de
www.dajeb.de

pro familia Bundesverband

Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main
Telefon 069 26957790
Fax 069 269577930
E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de

**Donum vitae – zur Förderung des Schutzes des menschlichen Lebens e.V.
Bundesverband**

Thomas-Mann-Straße 4, 53111 Bonn
Telefon 0228 3867343
Fax 0228 3867344
E-Mail: info@donumvitae.org
www.donumvitae.org

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
Telefon 030 263090
Fax 030 2630932599
E-Mail: info@awo.org
www.awo.org

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon 0761 2000
E-Mail: info@caritas.de
www.caritas.de

Sozialdienst katholischer Frauen e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Agnes-Neuhaus-Straße 5, 44135 Dortmund
Telefon 0231 5570260
Fax 0231 55702660
E-Mail: info@skf-zentrale.de
www.skf-zentrale.de

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.

Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt
Telefon 069 79534971
Fax 069 79534972
E-Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de
www.bfhd.de

Bundesverband für Kindertagespflege e.V.

Baumschulenstraße 74, 12437 Berlin
Telefon 030 78097069
E-Mail: info@bvkt.de
www.bvkt.de

Deutsches Müttergenesungswerk – Elly Heuss-Knapp-Stiftung

Bergstraße 63, 10115 Berlin
Telefon 030 3300290
Fax 030 33002920
E-Mail: info@muettergenesungswerk.de
www.muettergenesungswerk.de

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V

Sophienstraße 25, 99518 Bad Sulza
Telefon 036461 970
Fax 036461 97819
E-Mail: info@ag-kinderreha.de
www.ag-kinderreha.de

Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V.

Hauptgeschäftsstelle
Haegweg 5, 29303 Offen
Telefon und Fax 05051 5093268
E-Mail: HGST@initiative-regenbogen.de
www.initiative-regenbogen.de

Wunschkind e.V.

Metzgeshauser Weg 20, 42489 Wülfrath
Telefon und Fax 0180 5002166
E-Mail: kontakt@wunschkind.de
www.wunschkind.de

PFAD – Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V.

Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin
Telefon 030 94879423
Fax 030 47985031
E-Mail: info@pfad-bv.de
www.pfad-bv.de

Evangelischer Verein für Adoption und Pflegekinderhilfe e.V.

Heerdter Landstraße 141, 40549 Düsseldorf
Telefon 0211 4087950
Fax 0211 40879526
E-Mail: evap@evangelische-adoption.de
www.evangelische-adoption.de

Bundesamt für Justiz, Bundeszentrale für Auslandsadoption

Adenauerallee 99–103, 53113 Bonn
Telefon 0228 994105415
Fax 0228 994105402
E-Mail: auslandsadoption@bfj.bund.de
www.bundesjustizamt.de > Themen > Bürgerdienste > Auslandsadoption

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.

Thomas-Mann-Straße 2–4, 53111 Bonn
Telefon 0228 2499930
Fax 0228 24999320
E-Mail: kontakt@bagso.de
www.bagso.de

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.

Am Karlsbad 15, 10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
E-Mail: bgst@dptv.de
www.dptv.de

Impressum

Herausgeber

betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
service@betapharm.de
www.betapharm.de

Redaktion

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de

Redaktionsleitung: Janina del Guidice

Redaktionsteam: Anna Yankers, Jutta Meier, Andrea Nagl

Layout und Gestaltung

Manuela Mahl

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung
für die Angaben in diesem Werk.

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

1. Auflage, September 2017

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*

Aktuell sind folgende Ratgeber unter www.betaCare.de erhältlich:

- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Demenz & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- HIV/AIDS & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychosen, Schizophrenie & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter www.betanet.de zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm