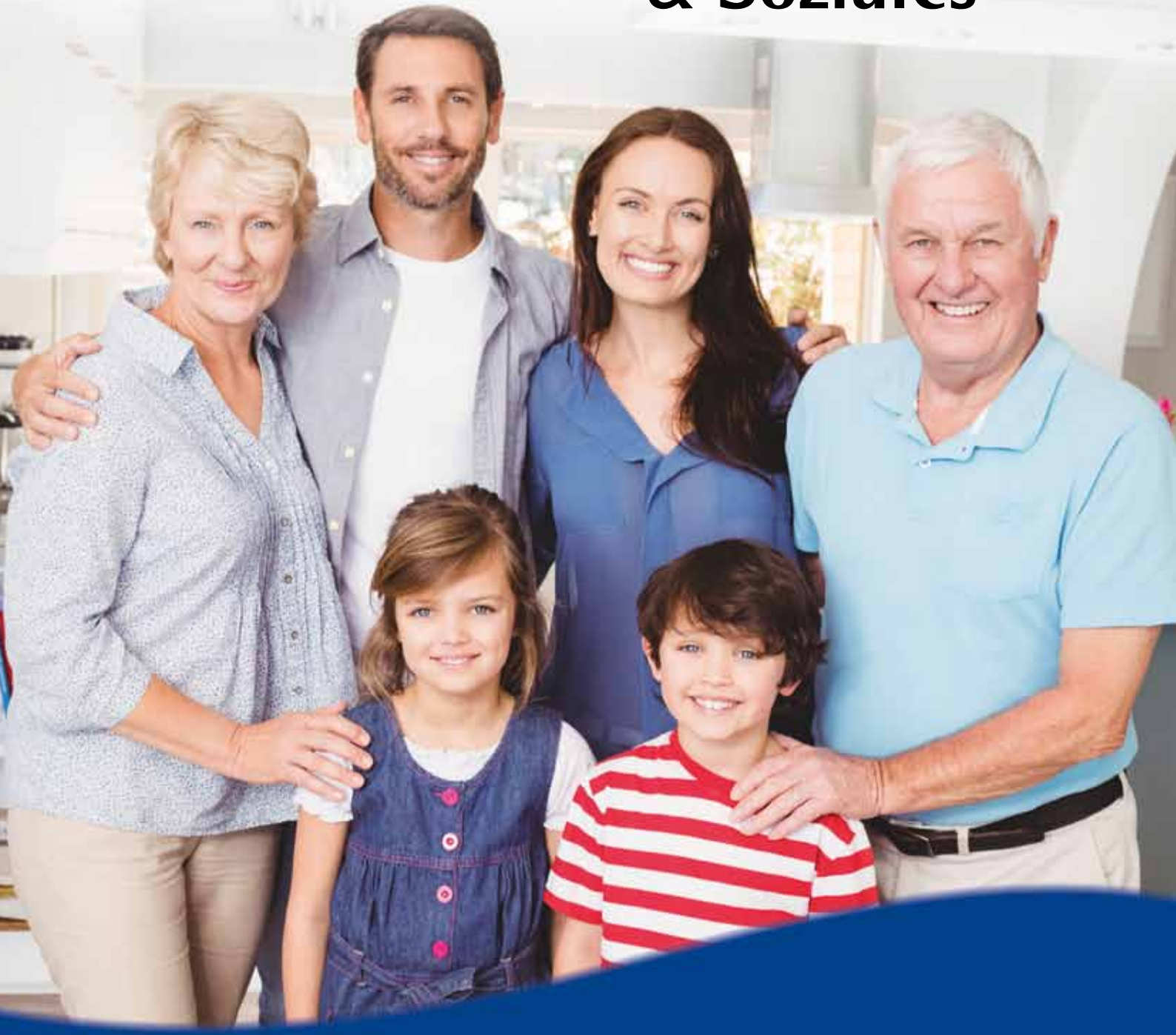
Ein Engagement der **betapharm**

www.betaCare.de

Familie
& Soziales



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

Vorwort 2

Familie und Arbeit 5
Mutterschutz 5
Elternzeit 10
Teilzeitarbeit 13
Kindererziehungszeiten für die Rente 16

Familie und Gesundheit 17
Schwangerschaftsverhütung 17
Genetische Beratung 18
Früherkennung von Krankheiten 20
Präventionskurse 23
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter 24
Kinderheilbehandlung 26
Eltern in der Krise 29
Hormonersatztherapie 31

Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt 33
Medizinische Leistungen 33
Mutterschaftsgeld 38
Leistungen der Sozialhilfe 41
Leistungen der Bundesstiftung „Mutter und Kind" 42

Hilfen für Schwangere in Notlagen 43
Hilfetelefon „Schwangere in Not" 43
Schwangerschaft nach Vergewaltigung 44
Schwangerschaftsabbruch 45

Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch 49
Künstliche Befruchtung 49
Kostenübernahme der Kryokonservierung 51
Fehlgeburt und Totgeburt 53

Finanzielle Leistungen für Eltern 55
Kindergeld 55
Kinderzuschlag 58
Leistungen für Bildung und Teilhabe 59
Elterngeld 61
Bayerisches Familiengeld 67
Landeserziehungsgeld Sachsen 68
Unterhaltsvorschuss für Kinder 69
Kinderpflege-Krankengeld 70
Steuerliche Vorteile für Eltern 73

Rechte und Pflichten von Eltern 77
Sorgerecht 77
Unterhaltspflicht 79
Vaterschaftsfeststellung 82
Umgangsrecht 85

Kinderbetreuung und weitere Hilfsangebote 87
Kindertagesstätten 87
Tagespflege von Kindern 89
Betreuung kranker Kinder 90
Haushaltshilfe 91

Unterstützung durch das Jugendamt 95
Beratung durch das Jugendamt 95
Frühe Hilfen 97
Erziehungshilfe 99
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche 101
Mutter-/Vater-Kind-Einrichtung 104
Vollzeitpflege 105
Adoption 108

Leistungen für pflegende Angehörige 111
Soziale Sicherung 111
Pflegezeit 113
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung 115
Pflegeunterstützungsgeld 115
Familienpflegezeit 116
Pflegekurse 119
Entlastung für pflegende Angehörige 119

Adressen 121
Kinderwunsch 121
Sexualität, Schwangerschaft, Beziehung, Ehe 122
Kinder, Kinderschutz, Erziehung 123
Belastung, Krankheit, Pflege 124
Wohlfahrtsverbände 124
Kassen, Versicherungen, Ämter 125

Impressum 127

Familie und Arbeit

Arbeitsrechtliche Fragestellungen können in den unterschiedlichsten Lebenslagen von Bedeutung sein. Oft steht eine Frau bei ihrer ersten Schwangerschaft mitten im Berufsleben und somit vor vielen offenen Fragen bezüglich ihrer beruflichen Zukunft.

Doch auch später im Familienleben können arbeitsrechtliche Angelegenheiten wieder an Bedeutung gewinnen, z.B. wenn ein Arbeitnehmer 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 Frauen in Beschäftigung, Ausbildung oder Studium während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit. Ziel ist es, Gefahren und Gesundheitsschäden für Mutter und Kind, Arbeitsplatzverlust und Einkommenseinbußen zu vermeiden.

Der Mutterschutz umfasst vor allem Beschäftigungsverbote vor und nach der Entbindung (§§ 3–6 MuSchG).

Damit der Arbeitgeber die Bestimmungen einhalten kann, sollte die werdende Mutter dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den vom Arzt oder einer Hebamme berechneten Entbindungstermin mitteilen, sobald ihr diese Informationen bekannt sind.

Die Regelungen des Mutterschutzgesetzes gelten für:

- Arbeitnehmerinnen
- Frauen in betrieblicher Berufsbildung und Praktikantinnen
- Frauen mit Behinderungen, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten
- Entwicklungshelferinnen
- Frauen im Jugend- oder Bundesfreiwilligendienst
- Mitglieder einer geistigen Genossenschaft, einer ähnlichen Gemeinschaft und Diakonissen
- Frauen in Heimarbeit
- Arbeitnehmerähnliche Selbstständige, die von einem Autraggeber wirtschaftlich abhängig sind
- Schülerinnen und Studentinnen, wenn Ort, Zeit und Ablauf der Ausbildung verpflichtend vorgegeben sind

Der Mutterschutz für Beamtinnen, Richterinnen und Soldatinnen ist in eigenständigen Rechtsvorschriften geregelt.

Beschäftigungs-verbote

Es gibt 3 Arten von **Beschäftigungsverboten**. Die Schutzfristen sowie das generelle Beschäftigungsverbot gelten für alle werdenden und zum Teil für stillende Mütter. Das ärztliche (früher 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 kann sie jederzeit widerrufen.

Die Schutzfrist endet im Normalfall **8 Wochen**, bei Geburt eines Kindes mit Behinderungen, bei Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 2.500 g) 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. 38).

Fehlgeburt und Totgeburt

Bei einer **Totgeburt** wird Mutterschutz gewährt, bei einer **Fehlgeburt** nicht. Näheres siehe S. 53.

Generelles Beschäftigungsverbot vor der Entbindung

Ein generelles/gesetzliches Beschäftigungsverbot für Schwangere 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.
- für Arbeiten, bei denen Lasten **mit** mechanischen Hilfsmitteln von Hand gehoben, gehalten, bewegt oder befördert werden müssen, wenn hierbei die Belastungen denen des ersten Punkts entsprechen.
- 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, getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo.

- 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 der Gefahr einer Übertragung von Windpocken oder Zytomegalie (CMV) in Kindergärten, Schulen, Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen.
- bei anderen Gefahren, z. B. bei der Betreuung von potenziell aggressiven Menschen.
- bei gefährlichen physikalischen Einwirkungen, z. B. Hitze, Lärm oder Strahlung.

Viele dieser Verbote gelten auch für stillende Mütter (§ 12 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.

Es gibt Ausnahmen von diesen Regelungen. So kann eine Schwangere oder Stillende bis 22 Uhr beschäftigt werden, wenn eine behördliche Genehmigung vorliegt. Die Frau muss sich dazu ausdrücklich bereiterklären, es darf kein ärztliches Zeugnis dagegensprechen und eine Gefährdung durch Alleinarbeit muss ausgeschlossen sein (§ 28 MuSchG).

Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen Schwangere und Stillende auch an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden (§ 6 MuSchG).

Ärztliches Beschäftigungsverbot vor der Entbindung

Ärztliches (früher: 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. Das ärztliche Zeugnis kann die Beschäftigung ganz oder teilweise untersagen.

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

Der Arbeitgeber muss das ärztlich attestierte Beschäftigungsverbot einhalten. Bei begründeten Zweifeln kann er eine Nachuntersuchung verlangen. Die Kosten dieser Untersuchung muss er selbst tragen.

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 der 8. Woche nach der Geburt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie bei Geburt eines Kindes mit Behinderungen 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 dem errechneten Geburtstermin nicht in Anspruch genommen werden konnten. Der Arbeitgeber wird nur über die Verlängerung der Schutzfrist, nicht aber über den Grund dafür, informiert.

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).

Praxistipps!

- Bei Geburt eines Kindes mit Behinderungen muss die Verlängerung der Schutzfrist bei der Krankenkasse beantragt und die Behinderungen innerhalb von 8 Wochen nach der Geburt ärztlich festgestellt werden.
- Im Rahmen einer schulischen oder hochschulischen Ausbildung kann die Mutter bereits in der Schutzfrist tätig werden, wenn sie dies gegenüber ihrer Ausbildungsstelle ausdrücklich verlangt.
- Beim Tod des Kindes kann die Mutter schon früher wieder beschäftigt werden, wenn sie dies ausdrücklich verlangt und aus ärztlicher Sicht nichts dagegen spricht.

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 3 Monate 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 während der ersten 12 Monate Stillzeit verlangen, mindestens zweimal 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 in *§ 7 MuSchG beim Bundesamt für Justiz unter www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018.*

Kündigungsschutz

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

Der Kündigungsschutz gilt auch für Frauen nach einer Fehlgeburt, wenn diese nach der 12. Schwangerschaftswoche erfolgte.

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 Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.bmfsfj.de > Suchbegriff: „Mutterschutz"* heruntergeladen werden.

Elternzeit

Elternzeit können Mutter und/oder Vater in Anspruch nehmen, um ihr Kind zu betreuen. Während dieser Zeit ruht das Arbeitsverhältnis und es besteht ein besonderer Kündigungsschutz. Jeder Elternteil kann längstens 3 Jahre Elternzeit in Anspruch nehmen. Eine Teilzeitbeschäftigung von bis zu 30 Stunden pro Woche ist möglich.

Voraussetzungen

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

- Betreuung eines Kindes
  - für das die Personensorge zusteht.
  - des unverheirateten Partners, mit Zustimmung des Sorgeberechtigten.
  - des Ehepartners.
  - das mit dem Ziel der Adoption aufgenommen wurde.
  - das in Vollzeit-Pflege aufgenommen wurde.
  - 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.

Dauer und Verteilung

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.

Kündigungsschutz, Teilzeitarbeit

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

Bei Geburten ab dem 01.07.2015 besteht der **Kündigungsschutz** für Elternzeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag frühestens 14 Wochen vor deren Beginn.

Während der Elternzeit ist eine Erwerbstätigkeit bis zu 30 Stunden wöchentlich zulässig. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Rechtsanspruch auf **Teilzeitarbeit** (siehe S. 13).

Krankenversicherung während der Elternzeit

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.

Anmeldefristen

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.
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.

Praxistipps!

- Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zum Thema Elternzeit bietet der Familienwegweiser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.familienportal.de* > *Familienleistungen* > *Elternzeit*.
- Ob und welche anderen Familienleistungen und -hilfen Ihnen zustehen, erfahren Sie im „Informationstool Familienleistungen" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *https://infotool-familie.de*.

Wer hilft weiter?

Auskünfte für Mütter, Väter und Arbeitgeber geben die Stellen, bei denen im jeweiligen Bundesland das Elterngeld (siehe S. 61) 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 vor Beginn schriftlich 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 berechtigt abgelehnt, kann der Arbeitnehmer erst nach 2 Jahren einen neuen Antrag stellen.

Elternzeit

Während der **Elternzeit** (siehe S. 10) 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 (bzw.13 Wochen bei Teilzeitarbeit zwischen dem 3. und 8. Geburtstag des Kindes) 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 (Hartz IV) 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.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Während der **Pflegezeit** (siehe S. 113) 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. 116), 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.

Behinderungen

Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis haben Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung (§ 164 Abs. 5 SGB IX), wenn die verringerte Arbeitszeit durch die **Behinderungen** 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.

Brückenteilzeit

Seit dem 01.01.2019 haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit (egal ob Voll- oder Teilzeit) befristet für 1...5 Jahre zu reduzieren. Eine Begründung ist nicht nötig. Der Arbeitgeber muss den Teilzeitwunsch mit dem Mitarbeiter besprechen. Auf Wunsch des Arbeitnehmers kann der Betriebsrat hinzugezogen werden.

Ein Anspruch auf Brückenteilzeit besteht, wenn

- der Arbeitnehmer länger als 6 Monate im Unternehmen arbeitet.
- der schriftliche Antrag mindestens 3 Monate vor der gewünschten Arbeitszeit-Verringerung gestellt wird.
- keine betrieblichen Gründe dagegen sprechen (Wesentliche Beeinträchtigung der Organisation, des Arbeitsablaufs oder der Sicherheit im Betrieb). Den Beweis muss der Arbeitgeber erbringen.
- im Betrieb mehr als 45 Mitarbeiter beschäftigt sind. Wenn 46–200 Mitarbeiter angestellt sind, steht die Brückenteilzeit nur jedem 15. Arbeitnehmer zu. Bei mehr als 200 Mitarbeitern hat jeder einen Anspruch.

Der Wunsch in Vollzeit zurückzukehren kann vom Arbeitgeber nur abgelehnt werden, wenn kein geeigneter Arbeitsplatz vorhanden oder der Arbeitnehmer nicht geeignet ist, z. B. aufgrund fehlender Qualifikationen.

Erneut kann eine Brückenteilzeit frühestens ein Jahr nach Ablauf der vorherigen Brückenteilzeit beantragt werden.

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" zum kostenlosen Download.

Kindererziehungszeiten für die Rente

Wer Kinder erzieht, bekommt in der Rentenversicherung Beitragszeiten angerechnet, für die er selbst keine Beiträge gezahlt hat. Dadurch erhöht sich die Rente (sog. Mütterrente). Die Mütterrente können auch Väter, Großeltern, Pflege- oder Adoptiveltern erhalten, wenn sie die Kinder erzogen haben. Grundsätzlich steht die Mütterrente immer nur einer Person zu, kann aber monatsweise aufgeteilt werden.

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

Dauer

Die anrechenbare Kindererziehungszeit umfasst bei Geburten

- ab 1992: 36 Monate (= 3 Rentenpunkte) ab dem Monat nach der Geburt des Kindes.
- vor 1992: 30 Monate (= 2,5 Rentenpunkte) ab dem Monat nach der Geburt des Kindes.

Mütterrente II

2019 gab es eine Renten-Erhöhung für Frauen, die vor 1992 Kinder bekommen haben, weil die Kindererziehungszeit von 24 auf 30 Monate erhöht wurde. Erhalten Frauen bereits Rente, erhöht sich diese automatisch, es ist kein Antrag notwendig. Bei allen Frauen, die erst später in Rente gehen, erfolgt die Anrechnung über das normale Renten-Antragsverfahren. Nur Pflege- und Adoptiveltern müssen einen formlosen Antrag bei der Rentenversicherung stellen.

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. Voraussetzung ist, dass man vor 1955 geboren wurde und Zeiten für die Kindererziehung bei der Rente anerkannt wurden.
- Neben den Kindererziehungszeiten gibt es sog. Kinderberücksichtigungszeiten, die unter Umständen die Rente erhöhen können. Näheres in der Broschüre „Kindererziehung – Ihr Plus für die Rente". Diese kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter *www.deutsche-rentenversicherung.de* > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Vor der Rente"* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Zuständig ist die Deutsche Rentenversicherung. Auskunfts- und Beratungsstellen sowie ehrenamtliche Versichertenberater und -älteste findet man unter *www.deutsche-rentenversicherung.de* > *Beratung & Kontakt* > *Beratung suchen & buchen.*

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, wann sie einem zusteht und wo man sie beantragen kann.

Schwangerschaftsverhütung

Als Schwangerschaftsverhütung gelten alle Maßnahmen, die eine ungewollte Schwangerschaft verhindern sollen. Es gibt verschiedene Methoden mit unterschiedlicher Zuverlässigkeit und Verträglichkeit.

Die Krankenkassen bezahlen Beratungen und Untersuchungen zur Schwangerschaftsverhütung. Empfängnisverhütende Mittel werden nur bis zum 22. Geburtstag übernommen.

Leistungen der Krankenkasse

Leistungen der Krankenkasse

- Beratung, Untersuchung und Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln (§ 24a Abs. 1 SGB V). Dazu zählen z. B. Fragen zur Verhütung, ggf. auch zur Förderung einer Empfängnis.
- Empfängnisverhütende, ärztlich verordnete Mittel (§ 24a Abs. 2 SGB V) bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres. Dazu zählen Anti-Baby-Pille (sog. hormonelle Antikonzeptiva) und die Spirale (sog. Intrauterinpessare, die ärztlich eingesetzt werden).
  Die „Pille danach" ist seit 2015 ohne ärztliche Verschreibung in Apotheken erhältlich. Allerdings müssen Versicherte ab dem 18. Geburtstag die gesetzliche Zuzahlung für diese „Notfallverhütung" 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.

Leistungen des Sozialamts

Das **Sozialamt** übernimmt dieselben Kosten als „Hilfe zur Familienplanung" (§ 49 SGB XII) wenn die Voraussetzungen der Gesundheitshilfe erfüllt sind. Die Gesundheitshilfe (sog. 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.

Keine Kostenübernahme

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 zur Kostenübernahme erteilen die Krankenkassen und das Sozialamt.

Genetische Beratung

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

Die genetische Beratung informiert z. B. bei

- Verdacht auf erblich bedingte Krankheiten.
- unerfülltem Kinderwunsch.
- mehrfachen Tod- oder Fehlgeburten.
- Auffälligkeiten während einer Schwangerschaft, z. B. beim Ersttrimester-Test (Näheres siehe Pränataldiagnostik, S. 33).
- (angeborener) Entwicklungsstörung oder Krankheit eines Kindes.
- Verdacht auf Entwicklungsstörung eines ungeborenen Kindes z. B. durch Behandlung mit erbgutverändernden Medikamenten oder Strahlenbehandlung
- gehäuftem Auftreten von Krankheiten innerhalb einer Familie, z. B. von Krebserkrankungen.
- Kinderwunsch von Partnern, die miteinander blutsverwandt sind.

Ablauf und Umfang der Beratung

In der Regel dauert eine genetische Beratung etwa 2–3 Stunden. Zu Beginn werden offene Fragen und das Ziel der Beratung geklärt. Im Verlauf werden vorliegende Arztberichte besprochen, ggf. genetische Untersuchungen (z. B. DNA-Analyse aus einer Blutprobe) durchgeführt und die Ergebnisse bewertet.

Die genetische Beratung kann z. B. dabei helfen,

- die Ursache einer Krankheit herauszufinden und wie man diese bestmöglich behandelt,
- zu erfahren wie hoch das Risiko einer erblichen Erkrankung ist *oder*
- welche Auswirkungen Belastungen während einer Schwangerschaft auf das ungeborene Kind haben.

Kostenübernahme

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 bei Frauenärzten und Schwangerschafts-beratungsstellen erfragt werden. Im Internet finden sich Adressen unter:

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

Früherkennung von Krankheiten

Viele Krankheiten können bei einer frühen Erkennung effektiver behandelt 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.

Gesundheitsuntersuchungen

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-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen, besteht von 18–34 Jahre ein einmaliger Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung, ab dem 35. Geburtstag besteht der Anspruch alle 3 Jahre (sog. Gesundheits-Check-up).
- Krebsvorsorgeuntersuchung (einschließlich der diesbezüglichen Beratung) **für Frauen**
  - ab 20 Jahren: Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (Pap-Abstrich) einmal jährlich **oder** ab 35 Jahren alternativ alle 3 Jahre eine Kombinationsuntersuchung (Pap-Abstrich und HPV-Test).
  - ab 30 Jahren: zusätzlich jährliche Früherkennung von Brustkrebs.
  - von 50 bis 54 Jahren: jährliche Stuhluntersuchung zur Darmkrebsfrüherkennung.
  - 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.
  - von 50 bis 54 Jahren: jährliche Stuhluntersuchung **oder** einmalige Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherkennung.
- Krebsvorsorgeuntersuchung (einschließlich der diesbezüglichen Beratung) **für Frauen und Männer**
  - ab 35 Jahren: Früherkennung von Hautkrebs alle 2 Jahre
  - 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* > *Richtlinien* heruntergeladen werden.

Kinder-früherkennungs-untersuchungen

Nach § 26 SGB V haben krankenversicherte **Kinder** und Jugendliche einen Anspruch auf **Früherkennungsuntersuchungen**.

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

U1: Neugeborenen–Erstuntersuchung
Direkt nach der Entbindung wird untersucht, ob das Baby die Geburt gut überstanden hat, ob äußerliche Fehlbildungen zu erkennen sind oder es behandlungsbedürftige Krankheiten hat.

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

Erweitertes Neugeborenenscreening bis zum 3. Lebenstag, spätestens bis zur U2
Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte und hormoneller Störungen.

U2: Neugeborenen–Untersuchung vom 3.–10. Lebenstag
Untersuchung auf angeborene Erkrankungen und Fehlbildungen, z. B. des Herzens.

U3: 4.–5. Lebenswoche
Körperliche Untersuchung wie bei der U 2, Prüfung der altersgemäßen Entwicklung, z. B. Abfrage des Trink- und Schlafverhaltens. Ultraschall-untersuchung der Hüftgelenke, um eventuelle Fehlstellungen zu erkennen.

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 Entwicklungs-verzögerungen oder -risiken.

U6: 10.–12. Lebensmonat
Kontrolle der kindlichen Fähigkeiten, z. B. der geistigen Entwicklung, der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit.

U7: 21.–24. Lebensmonat
Körperliche Untersuchung, Fragen zur sprachlichen und sozialen Entwicklung sowie Impfberatung.

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 behandeln.

Für Schulkinder und Jugendliche gibt es 4 weitere Vorsorgeuntersuchungen:

U10: 7–8 Jahre
Untersuchung der körperlichen und sozialen Entwicklung sowie der Zahngesundheit. Beratung bei eventuellen Verhaltensauffälligkeiten oder Teilleistungsstörungen (z. B. ADHS, Legasthenie etc.).

U11: 9–10 Jahre
Prüfung von Bewegungsgewohnheiten, Essverhalten, Zahngesundheit, Medienkonsum und möglichen Suchtentwicklungen.

J1: 12–14 Jahre
Körperliche Untersuchung sowie Fragen nach Essverhalten, Drogen, Alkohol und Rauchen. Erkennen eventueller Verhaltensstörungen, Schulprobleme oder chronischer Krankheiten.

J2: 16–17 Jahre
Mögliches Erkennen von Pubertäts- oder Sexualitätsproblemen, Verhaltens- oder Sozialisationsstörungen, Diabetes mellitus oder Haltungsstörungen. Informationen zu jugendrelevanten Themen.

Die Untersuchungsinhalte sind nicht vollständig, sondern beispielhaft aufgeführt.

Alle Krankenkassen übernehmen die Kosten für U1–U9 und J1.
U10, U11 und J2 sind nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, einige Krankenkassen übernehmen die Kosten jedoch als freiwillige Leistung.

Zusätzlich übernehmen die Krankenkassen die Kosten für drei **zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen** vom 3. bis zum 6. Lebensjahr sowie **individualprophylaktische Leistungen** (z. B. Beratung zur Mundhygiene, Einschätzung des Kariesrisikos usw.) vom 6. bis zum 18. Lebensjahr.

Sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung

Die **sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung** soll verhindern, dass Menschen, die Sport treiben oder wieder mit Sport beginnen wollen, gesundheitliche Risiken (z. B. plötzlich auftretende Herzrhythmusstörungen) eingehen. So sollen Todesfälle bei scheinbar gesunden Sportlern vermieden werden. Viele Krankenkassen übernehmen die Kosten dieser Untersuchung ganz oder teilweise.

Nähere Informationen sowie eine Liste von Ärzten, die von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) empfohlen werden, finden man unter *www.dgsp.de > Für Patienten > Sportärztliche Untersuchung*.

Präventionskurse

Fast alle Krankenkassen bieten ihren Versicherten verschiedene Maßnahmen der individuellen Prävention und Gesundheitsförderung an oder fördern entsprechende Angebote, z. B. Präventionskurse.

Präventionskurse sind Maßnahmen der Primärprävention und umfassen vor allem folgende Bereiche:

- Bewegung (Gesundheitssport, verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme, Vorbeugung gegen arbeitsbedingte Belastungen des Bewegungsapparats)
- Ernährung (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, gesunde Verpflegung am Arbeitsplatz)
- Stressmanagement (Stressbewältigung, Förderung von Entspannung)
- Suchtmittelkonsum (Rauchentwöhnung, Umgang mit Alkohol)

Von der Krankenkasse geförderte Präventionskurse umfassen in der Regel 8 bis 12 Unterrichtseinheiten. Anbieter können neben Krankenkassen auch Fitnessstudios, Reha-Einrichtungen, Therapeuten, Ärzte, Betriebe, Berufsverbände und viele andere sein. Entspannungsverfahren werden auch von speziell qualifizierten Hausärzten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung angeboten. Einige Krankenkassen bieten ihren Versicherten die kostenlose Nutzung von digitalen Präventionsangeboten, z. B. Meditation-Apps oder angeleitete Sportprogramme per Video, an.

Die Krankenkasse kann die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen mit einem Bonus fördern (§ 65a Abs. 2 SGB V). Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse nach entsprechenden Bonusprogrammen erkundigen.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Mütter und Väter haben Anspruch auf eine Reha in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder anderen geeigneten Einrichtungen, wenn diese medizinisch notwendig ist. Sie kann auch als Mutter/Vater-Kind-Maßnahme erfolgen und alle 4 Jahre beantragt werden.

Die Reha für Mütter bzw. Väter nach § 41 SGB V umfasst Reha-Maßnahmen 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 diese aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Daneben muss eine aktuelle Erziehungsverantwortung für Kinder unter 18 Jahren bestehen, bei Kindern mit Behinderungen auch länger. Dies umfasst auch Stief- und Pflegekinder. Die Reha-Maßnahme muss vom Arzt verordnet 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 rehabedürftig sind *oder*
- Mutter/Vater rehabedürftig ist und eine Trennung vom Kind unzumutbar wäre *oder*
- 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 Kindern mit Behinderungen gibt es keine Altersgrenze.

Kostenübernahme, Zuzahlung

Die **Kosten** einer Mutter-/Vater-Kind-Reha werden in der Regel von der Krankenkasse **übernommen**. Die Rentenversicherung ist nur dann zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit der Mutter/des Vaters eingeschränkt oder gefährdet ist.

In der **Krankenversicherung** beträgt die Zuzahlung ab Vollendung des 18. Lebensjahres täglich 10 €. 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.

In der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung ab Vollendung des 18. Lebensjahres täglich 10 €, maximal für 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Manche Personenkreise sind von diesen Zuzahlungen befreit, andere können sich unter bestimmten Voraussetzungen befreien lassen.

Antrag

Medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V) werden auf dem Muster 61 „Beratung zu medizinischer Rehabilitation/Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers" verordnet. In der Regel ist die Krankenversicherung zuständiger Kostenträger. Ist die Erwerbsfähigkeit der Mutter/des Vaters gefährdet, ist die Rentenversicherung zuständig. Dann können Kinder unter 12 Jahren unter bestimmten Voraussetzungen zur eigenen Kur mitgenommen werden.

Die Mutter-/Vater-Kind-Reha als **Vorsorgeleistung der Krankenkasse** wird bundesweit mit dem Formular 64 „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V" beantragt. Der behandelnde Arzt füllt dieses gemeinsam mit der Mutter/dem Vater aus. Wenn die Krankenkasse mit Hinweis auf die Rentenversicherung ablehnt oder den Antrag an die Rentenversicherung weiterleitet, ist es sinnvoll die Rentenversicherung direkt zu kontaktieren und mitzuteilen, dass eine Mutter/Vater-Kind-Kur als Vorsorgeleistung und keine Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beantragt wurde.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

Ist die Krankenkasse Kostenträger, kann die Einrichtung in der Regel selbst gewählt werden. Die Wunscheinrichtung sollte in einem formlosen Begleitschreiben bereits bei Antragstellung genannt werden.

Auch bei der Rentenversicherung muss die Wunscheinrichtung in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt werden. Wichtig ist hier eine Begründung (z. B. persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie oder religiöse bzw. weltanschauliche Bedürfnisse).

Besonderheiten bei Vater-Kind-Kur

Väter und ihre Kinder werden in bestimmten Kliniken des Müttergenesungswerks oder in gleichartigen Einrichtungen aufgenommen. Es gibt Kliniken, die zu bestimmten Zeiten ausschließlich Vater-Kind-Kuren anbieten oder parallele Vater-Kind-Gruppen die zeitgleich mit Mutter-Kind-Kuren durchgeführt werden. Weitere Informationen bietet die Elly Heuss-Knapp-Stiftung unter *www.muettergenesungswerk.de > Kur für mich > Vater-Kind-Kur*.

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!

- Antworten auf wichtige Fragen zur Mutter/Vater-Kind-Kur bietet die Caritas unter *www.caritas.de > Hilfe und Beratung > Online-Beratung > Kuren für Mütter und Väter > Häufig gestellte Fragen*.
- Die Kurkliniken haben unterschiedliche Bestimmungen über das Alter der Kinder, die sie aufnehmen.
- Schwangere werden in der Regel nicht aufgenommen, da Röteln und andere infektiöse Krankheiten die Gesundheit des ungeborenen Kindes beeinträchtigen können.
- Falls ein Kind mit Behinderungen oder ein Kind unter 12 Jahren während der Reha zu Hause bleibt, werden die Kosten für eine Haushaltshilfe unter bestimmten Voraussetzungen übernommen.
- Liegt eine Erkrankung eines Kindes vor, kann unter Umständen auch eine Kinderheilbehandlung beantragt werden, und Mutter oder Vater fahren als Begleitperson mit.
- Schulpflichtige Kinder müssen für die Dauer der Maßnahme vom Unterricht freigestellt werden. Eltern erhalten eine Bescheinigung für die Schule vom zuständigen Reha-Träger.
- 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 > Beratungsstelle finden* kann man Beratungsstellen in der Nähe finden. Diese Einrichtungen beraten, helfen bei der Suche nach der geeigneten Einrichtung und beim Ausfüllen der Formulare.

Kinderheilbehandlung

Eine Kinderheilbehandlung (Kinderreha) ist eine Kur für Kinder, die in den meisten Fällen vom Rentenversicherungsträger bei bestimmten Indikationen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bezahlt wird. Sie zählt zu den sonstigen Leistungen zur Rehabilitation und kann bei medizinischer Notwendigkeit beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die **Rentenversicherung** genehmigt eine Kinderheilbehandlung, wenn dadurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit verhindert werden kann oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert/wiederhergestellt werden kann.

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*
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor *oder*
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren (§ 50 SGB VI) *oder*
- Bezug einer Altersrente *oder*
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente.

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

Auch Großeltern, Pflege-Eltern oder erwachsene Geschwister können unter diesen Voraussetzungen für Kinder oder Jugendliche eine Kinderheilbehandlung beantragen, wenn diese in ihren Haushalt aufgenommen wurden und sie überwiegend für deren Lebensunterhalt aufkommen.

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten **nicht** bei akuten Erkrankungen und Infektionskrankheiten z. B. Scharlach, Diphtherie. Auch wenn frühere Kinderheilbehandlungen ohne triftigen Grund abgebrochen wurden, ist es möglich, dass der Antrag nicht genehmigt wird.

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 weiterer Träger

Wird die Kinderheilbehandlung aufgrund eines Unfalls in einer Tageseinrichtung oder Schule erforderlich, ist der Kostenträger die **Unfallversicherung**. Auch das **Jugendamt** kann als Kostenträger in Frage kommen, wenn die Reha-Leistung als Maßnahme der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erbracht wird. Das Jugendamt kann die Kosten auch im Rahmen der Hilfe für junge Volljährige übernehmen, in diesem Fall gelten gesonderte Altersgrenzen.

Begleitperson

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten zur Unterbringung

- einer **Begleitperson**, wenn nur so die Durchführung oder der Erfolg der Kinderheilbehandlung (Kinderreha) gewährleistet wird.
- der **Familienangehörigen**, wenn die Einbeziehung der Familie in den Rehabilitationsprozess notwendig ist.

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für die Mitnahme einer Begleitperson in der Regel

- bei Kindern bis zum 12. Geburtstag, bei älteren Kindern erfolgt bei Bedarf eine umfassende Einzelfallprüfung.
- bei Kindern, die eine Begleitperson brauchen, um sich artikulieren zu können (z. B. bei Taubheit).
- bei Kindern mit Behinderungen, die Unterstützung benötigen.
- bei Kindern mit schweren, chronischen Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose, Krebs).

Dauer und Wartezeit

Kinderheilbehandlungen dauern in der Regel mindestens 4 Wochen.
Eine Verlängerung ist möglich, wenn sie aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist und die Notwendigkeit vom Arzt oder von der Klinik begründet wird.

Seit Januar 2017 muss die Wartezeit von 4 Jahren zwischen 2 Reha-Maßnahmen nicht mehr berücksichtigt werden. Die Kinder- und Jugendreha kann bei medizinischer Notwendigkeit jederzeit beantragt werden.

Praxistipp!

Die Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ sowie das Faltblatt „Kinder und Jugendliche: Fit mit Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung können unter *www.deutsche-rentenversicherung.de* > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.

Wer hilft weiter?

- Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkassen.
- Das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR) bietet viele Informationen und Adressen spezialisierter Kliniken unter: *www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de.*

Eltern in der Krise

Kinder zu haben bedeutet 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.

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

Stellt sich das Gefühl ein, alleine die persönlichen und/oder familiären Schwierigkeiten 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 wird es, sie zu bewältigen.

Beratungsstellen

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

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

Selbsthilfegruppen

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

Therapeutische Angebote

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.

Jugendamt

Das **Jugendamt** unterstützt Eltern, aber auch Kinder und Jugendliche, in Krisensituationen und in allen Fragen der Erziehung, Betreuung und Bildung. Weitere Informationen siehe S. 95.

Wer hilft weiter?

- In der Bundeskonferenz der Erziehungsberatung haben sich deutschlandweit Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstellen zusammengeschlossen. Eltern können sich unter *https://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 Datenbank von Ehe-, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen. 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 informiert unter *www.nakos.de* > *Themen* > *Selbsthilfe und Familie* über Selbsthilfegruppen und unterstützt Betroffene beim Finden und bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe.
- Mithilfe der Therapeutensuche der Kassenärztlichen Vereinigung können unter *www.kbv.de* > *Service* > *Service für Patienten* > *Arztsuche* regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden – auch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor Ort.
- Das Sorgentelefon OSKAR berät und unterstützt Kinder mit lebensverkürzenden Erkrankungen, deren Angehörige und Freunde. Es ist rund um die Uhr erreichbar unter 0800 88884711. Weitere Informationen unter *www.oskar-sorgentelefon.de*.

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) bezeichnen 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 ziehen.

Behandlung

Die Hormonersatztherapie kann entweder durch Östrogen oder die Kombination von Östrogen und Gestagen erfolgen. Dafür können Tabletten eingenommen oder bei rein lokalen Beschwerden z. B. Cremes und Gele für die Scheide verwendet werden.

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.

Risiken

Eine HET erhöht das Risiko für:

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

HET zur Prävention

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

Eine Schwangerschaft und die Geburt sind prägende Abschnitte im Leben der Eltern und des Kindes. Kaum eine andere Phase ist von so vielen Fragen, Vorbereitungen und Veränderungen geprägt.

Jeder Schwangeren stehen medizinische Leistungen zu, um ihre Gesundheit und die ihres Kindes sicherzustellen. Krankenversicherte Arbeitnehmerinnen erhalten zudem Mutterschaftsgeld während der Mutterschutzzeit.

Verfügt die werdende Mutter nur über ein geringes Einkommen oder ist in einer finanziellen Notlage, können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der Sozialhilfe sowie Mittel der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens" beantragt werden.

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. Bei einem Schwangerschaftsabbruch (siehe S. 45) oder einer Fehlgeburt (siehe S. 53) liegt keine Entbindung vor.

Pränataldiagnostik

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.

Regelhafte Schwangerschaften

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 (in der Regel ab dem 6. Monat)
- Abtasten des Bauchs
- Kontrolle des Gebärmutterstands
- Herztonkontrolle des Kindes

Etwa 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 geprüft, ob eine Risikoschwangerschaft vorliegt.

Nach Zustimmung der Schwangeren können ein HIV-Test und zwischen der 24. und 27. SSW ein Diabetestest gemacht werden. Diese Tests werden von der Krankenkasse übernommen.

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

Risiko-schwangerschaften

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

Häufige Auffälligkeiten sind in den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt, z. B.:

- Erstgebärende unter 18 oder über 35 Jahre
- Frühere Abgänge oder Frühgeburten
- Blutgruppen-Unvereinbarkeit
- Schwangerschaftserkrankungen mit erhöhtem Blutdruck

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

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. Kardiotokographie)
- 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)

Welche Leistungen wann von der Krankenkasse bezahlt werden, ist in den **Mutterschafts-Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt, Download der Richtlinien unter *www.g-ba.de > Richtlinien > Mutterschafts-Richtlinien.*

Mutterschafts-Richtlinien

Praxistipp!

Seit 2012 gibt es in Deutschland Bluttests für Schwangere, um beim ungeborenen Kind eine Trisomie (z. B. Trisomie 21, sog. Down-Syndrom) feststellen zu können. Obwohl dieser Test ethisch umstritten ist, soll er 2021 für Risikoschwangerschaften oder zur Abklärung von Auffälligkeiten eine Kassenleistung werden, da er deutlich weniger Risiken als eine Amniozentese mit sich bringt.

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, siehe Schwangerschaftsabbruch S. 45.

Schwangerschaftsabbruch

Wer hilft weiter?

- Erster Ansprechpartner ist in der Regel der Frauenarzt.
- Stellen für genetische Beratung (siehe S. 18) informieren über Pränataldiagnostik sowie die Veranlagung zu Krankheiten.
  Infomaterialien bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter *www.bzga.de > Informaterialien > Familienplanung > Pränataldiagnostik sowie unter www.familienplanung.de > Schwangerschaft > Pränataldiagnostik.*

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der **Hebammenhilfe** inklusive aller Kosten für Hausbesuche bis zur 12. Woche nach der Entbindung, sofern die Mutter diese wünscht.

Hebammenhilfe

Die Hebammenhilfe umfasst z. B.:

Umfang

- 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 normal 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 unter Telefon 069 79534971 oder im Internet unter *www.bfhd.de* > *Hebammensuche* > *Hebamme finden* im jeweiligen Bundesland angefordert werden.
- In der Suchmaschine *www.hebammensuche.de* der HebRech GmbH & Co. KG – Hebammensoftware und Service können Hebammen nach PLZ/Vorwahl oder nach speziellen Tätigkeitsgebieten gesucht werden.

Stationäre Entbindung

Die Versicherte hat für sich und ihr Neugeborenes Anspruch auf **zuzahlungsfreie** stationäre Unterkunft, Pflege und Verpflegung.
In der Regel kann die Schwangere frei wählen, in welcher Klinik sie ihr Kind zur Welt bringen möchte. Die Geburtskliniken bieten werdenden Eltern Informationsabende, an denen der Kreißsaal und die Station angeschaut und Fragen gestellt werden können. Insbesondere über mögliche Anmeldefristen sollten sich die werdenden Mütter informieren, um sich für die Geburt rechtzeitig bei der Klinik ihrer Wahl anmelden zu können.

Hausgeburt

Die Krankenkasse übernimmt auch die Kosten einer **Hausgeburt** sowie die entsprechend entstehenden Kosten wie häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe (siehe S. 91). Eine Hausgeburt sollte nur bei einer komplikationsfreien Schwangerschaft in Betracht gezogen werden. Ab dem 3. Tag nach dem errechneten Geburtstermin ist zudem eine „Unbedenklichkeitsbescheinigung" vom Frauenarzt nötig.
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. 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 804 € für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung. Die Geburtshäuser rechnen die Betriebskosten in der Regel direkt mit der Krankenkasse ab. Einzelheiten dazu sollten, ebenso wie medizinische und praktische Fragen, mit dem jeweiligen Geburtshaus direkt abgesprochen werden.

Häusliche Krankenpflege

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.

Haushaltshilfe

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe (siehe S. 91), 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.

Praxistipps!

- 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 Mehrlingsschwangerschaften).
- Informationen rund um das Thema Schwangerschaft bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter *www.familienplanung.de* > *Schwangerschaft*. Menschen mit Behinderungen finden spezifische Informationen unter *www.familienplanung.de* > *Schwangerschaft* > *Schwanger mit Behinderung*.

Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen informieren über die Kostenübernahme der medizinischen Leistungen. Bei Notlagen ist das Hilfetelefon 0800 40 40 020 rund um die Uhr erreichbar. Näheres siehe Hilfen für Schwangere in Notlagen, S. 38.

Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V 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. Mutterschaftsgeld muss in jedem Fall beantragt werden.

Voraussetzungen

Anspruch auf Mutterschaftsgeld von der Krankenkasse hat nur die leibliche Mutter unter folgenden Voraussetzungen:

- Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung spätestens 6 Wochen vor der Entbindung (= Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 1 Mutterschutz-Gesetz). Familienversicherte haben nur Anspruch, wenn sie eine geringfügige Beschäftigung haben.
- Bei Arbeitsunfähigkeit und bestehendem Anspruch auf Krankengeld.
- Während der 14-wöchigen Mutterschutzfrist (§ 3 Abs. 1 und 2 Mutterschutz-Gesetz) 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

Eine **Auflösung des Arbeitsverhältnisses** durch den Arbeitgeber gilt nur als **zulässig**, wenn die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde, z. B. das Gewerbeaufsichtsamt in Bayern oder das Landesamt für Verbraucherschutz in Thüringen, dieser Auflösung schriftlich zugestimmt hat.
Die Zustimmung erfolgt in der Regel nur unter außergewöhnlichen Umständen, z. B. wenn die Schwangere ihren Arbeitgeber bestiehlt oder bedroht, bei drohender Insolvenz oder Betriebsstilllegung.

Antrag

Das Mutterschaftsgeld müssen gesetzlich Versicherte bei der Krankenkasse **beantragen** und ein ärztliches Attest über den voraussichtlichen Geburtstermin mitschicken (§ 24i Abs. 3 SGB V).

Höhe

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 zahlt bei **gesetzlich** Versicherten der Arbeitgeber als **Zuschuss zum Mutterschaftsgeld** (§ 20 MuSchG). Es steht also in der Regel das durchschnittliche Nettoarbeitsentgelt der letzten 3 Monate zur Verfügung.

Privat krankenversicherte Arbeitnehmerinnen erhalten auf Antrag einmalig Mutterschaftsgeld in Höhe von bis zu 210 € vom Bundesamt für Soziale Sicherung. Beträgt das durchschnittliche kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt mehr als 13 €, übernimmt auch hier der Arbeitgeber die Differenz als Zuschuss. Diese Regelung gilt auch für **familienversicherte** Arbeitnehmerinnen mit geringfügiger Beschäftigung (Minijob). Privatversicherte **Selbstständige** bekommen kein Mutterschaftsgeld vom Bundesamt für Soziale Sicherung.

Beamtinnen haben in der Regel keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld, sondern erhalten ihre Dienstbezüge während der Schutzfristen weiter.

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.

Steuerfrei

Das Mutterschaftsgeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt, d. h. dass sie zusätzlich zur Berechnung des Steuersatzes herangezogen werden. Somit kann sich die Steuerlast erhöhen und damit die Zahlung der Einkommenssteuer.

Sozialversicherung beitragsfrei

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.

Einkommen

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, wenn die (werdende) Mutter tatsächlich beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen mehr als einmal erhält.

Arbeitslosengeld

Bei Bezug von **Arbeitslosengeld** oder **Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung** wird das Mutterschaftsgeld in Höhe der jeweiligen Zahlung von der Krankenkasse gezahlt.
Bei Bezug von **Arbeitslosengeld II** (Hartz IV) wird dieses weitergezahlt, hier erhält die Schwangere ab der 13. Schwangerschaftswoche einen Mehrbedarfszuschlag.

Dauer

Mutterschaftsgeld wird 14 Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten oder Kindern mit Behinderungen 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).
- Bei **Kindern mit Behinderungen**: bis 12 Wochen nach der Entbindung. (**Wichtig**: Die Behinderung muss ärztlich festgestellt und die Schutzfrist-Verlängerung innerhalb von 8 Wochen nach der Geburt bei der Krankenkasse beantragt werden.)

Mutterschaftsgeld während der Elternzeit

Bekommt eine Frau während der Elternzeit (siehe S. 10) ein weiteres Kind, erhält sie von der Krankenkasse **Mutterschaftsgeld** in Höhe von 13 € täglich.
Der Arbeitgeber bzw. das Bundesamt für soziale Sicherung müssen keinen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zahlen, es sei denn, die Frau übt eine zulässige Teilzeitarbeit aus.

Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Telefon 0228 619-1888, Mo–Fr 9–12 Uhr und Do 13–15 Uhr. Informationen, Online-Antrag und Downloads unter *www.bundesamtsozialesicherung.de* > *Service* > *Mutterschaftsgeld* > *Antrag stellen*.

Leistungen der Sozialhilfe

Schwangere ohne Krankenversicherung und mit geringem Einkommen erhalten unter bestimmten Voraussetzungen „Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft" vom Sozialhilfeträger. Bezahlt werden Leistungen wie z. B. ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe und stationäre Entbindung, die sonst von der Krankenversicherung übernommen werden.

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

Auch können einmalige Leistungen zur Erstausstattung bei Schwangerschaft und Geburt übernommen werden. Diese umfassen eine Säuglingserstausstattung (z. B. Babykleidung, Kinderbett, Kinderwagen usw.) sowie Bekleidung für Schwangere (z. B. Umstandskleidung, Schwangerschaftsbadeanzüge, Still-BHs usw.). 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.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialhilfeträger.
Die Adresse kann bei der Stadt- oder Gemeindeverwaltung erfragt werden.

Leistungen der Bundesstiftung „Mutter und Kind“

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.

Die Leistungen der „Bundesstiftung Mutter und Kind“ umfassen finanzielle Mittel z. B. für Mietkosten, Erstausstattung oder Betreuung des Kindes. Die Leistungen werden nicht auf Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Hilfe zum Lebensunterhalt angerechnet.

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 finden* können Beratungsstellen in der Nähe gesucht werden, bei denen ein Antrag gestellt werden kann. Dazu ein Häkchen bei der „Beantragung 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?

Schwangerschaftsberatungsstellen, Gesundheitsämter und Ämter für Versorgung und Familienförderung.

Hilfen für Schwangere in Notlagen

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

Hilfetelefon „Schwangere in Not“

Das Hilfetelefon „Schwangere in Not – anonym und sicher“ richtet sich an Schwangere in Not- und Konfliktsituationen, aber auch Familienmitglieder oder Freunde können sich beraten lassen: Telefon 0800 4040020.

Die Nummer ist rund um die Uhr besetzt, der Anruf ist kostenlos und anonym. Bei Bedarf kann die Beratung auch in einer von 18 anderen Sprachen (z. B. arabisch, italienisch, persisch oder türkisch) stattfinden. Das Hilfetelefon möchte für Mutter und Kind einen guten und sicheren Weg finden.

Unter *www.geburt-vertraulich.de* > *Online Beratung* wird zudem Online-beratung per E-Mail oder Einzel-Chat angeboten.

Die Frau muss ihren Namen nicht nennen. Ihre Telefonnummer oder eine Internet-übertragung an die Beraterinnen wird verschlüsselt, sodass die Beraterinnen nichts nachverfolgen können. Es ist möglich, nur einmal anzurufen und sich nach der Beratung nie wieder beim Hilfetelefon zu melden.

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 – egal wie dieser aussieht.

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.

Vertrauliche Geburt

Die Beraterinnen verhelfen bei Bedarf zu einer **vertraulichen Geburt**, d. h.: 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.

Schwangerschaft nach Vergewaltigung

Das „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen" berät in allen Fällen von Gewalt gegen Frauen: Telefon 08000 116016.

Das Gespräch bleibt anonym, es werden keine Daten gespeichert. Die Beratung erfolgt rund um die Uhr, ist kostenlos und in 17 Sprachen sowie in Gebärdensprache möglich. Auf Wunsch empfehlen die Beraterinnen Ansprechpartnerinnen vor Ort.

Weitere Informationen sowie eine E-Mail- oder Chat-Beratung bietet das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben unter *www.hilfetelefon.de*.

Schangerschaftsabbruch

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*.

Nicht rechtswidriger Schwangerschafts-abbruch

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:** Eine Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung oder die Schwangere ist jünger als 14 Jahre. Eine Anzeige muss nicht erfolgt sein. Der Arzt muss feststellen, dass die Schwangerschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit eine kriminologische Indikation hat. Der Abbruch nur bis Ende der 12. Woche nach Empfängnis möglich.

Leistungen

Gewährt werden in allen Fällen

- Ärztliche Behandlung, z. B. der operative Eingriff
- Krankenhausbehandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, sowie mit Heilmitteln

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

Rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschafts-abbruch

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

- eine Beratungsbescheinigung gemäß § 7 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) einer anerkannten Konfliktberatungsstelle vorliegt (Datum der Bescheinigung mindestens 3 Tage vor dem Eingriff) *und*
- der Abbruch innerhalb von 12 Wochen nach Empfängnis von einem Arzt vorgenommen wird.

Kosten

Die **Kosten** eines rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruchs muss die Patientin selbst zahlen: Sie betragen etwa 350–600 € für einen ambulanten Abbruch (bei stationärer Behandlung kommen weitere Kosten hinzu). Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für eine ärztliche Beratung sowie ärztliche Leistungen und Medikamente vor dem Eingriff und für eventuell eintretende Komplikationen danach.

Es besteht **kein** Anspruch auf Krankengeld. Der Arzt kann jedoch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, sodass die Betroffene Entgeltfortzahlung erhält. Siehe auch Anspruch auf Entgeltfortzahlung, S. 47.

Beratung

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. Sie wird nicht zu einer bestimmten Entscheidung gedrängt und muss sich auch nicht rechtfertigen.

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 Name und Datum enthalten, darf aber nicht über Gesprächsinhalte informieren.

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 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 aufklären.

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 Menschen mit geringem Einkommen

Wenn nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz die **Kosten nicht zumutbar** sind, übernehmen in besonderen Fällen die Länder die Kosten.
Weitere Informationen findet man unter *www.betanet.de > Suchbegriff: „Schwangerschaftsabbruch".*

Richtlinie

Die „**Richtlinie** zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch" des Gemeinsamen Bundesausschusses kann unter *www.g-ba.de > Richtlinien* heruntergeladen werden.

Anspruch auf Entgeltfortzahlung

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.
- **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* > *Beratungsstellen*.
  - 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..
  - Staatliche Träger wie Landkreise und Kommunen. Die Adressen der staatlichen Beratungsstellen der einzelnen Bundesländer findet man unter *www.familienplanung.de* > *Beratungsstelle in Ihrer Nähe 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 allein gelassen 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 in der Regel 50 % der Kosten.

Voraussetzungen

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. 50. Die einer Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche werden nicht dazugezählt.
3. Ehepaar (Ausnahmen siehe S. 50).
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. 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 freiwillig die künstliche Befruchtung übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V), auch wenn nicht alle Voraussetzungen erfüllt sind. Wichtig ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Zudem gibt es einige Krankenkassen, die ihren Versicherten mit unerfülltem Kinderwunsch höhere Zuschüsse bieten. Das Informationsportal Krankenkassen Deutschland der Agentur für Verbaucherkommunikation „Euro-Informationen" bietet unter *www.krankenkassen.de > Krankenkassen-Vergleich > Leistungsvergleich* eine Suchfunktion, um solche Krankenkassen zu finden.

Methoden

Die Krankenkasse bezuschusst folgende Methoden:

- Insemination im Spontanzyklus = 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).
- 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 eingesetzen 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 > Recht und Finanzen > Wer die Kosten trägt.*

Förderung Bund und Länder

In bestimmten Bundesländern können Ehepaare und nichteheliche Lebensgemeinschaften 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 nichtehelichen 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 Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Nähere Informationen, Anträge und Kontakte unter *www.informationsportal-kinderwunsch.de > Finanzielle Förderung > Finanzielle Unterstützung von Bund und Ländern.*

Wer hilft weiter?

- Der Verein der Selbsthilfegruppen für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit: Wunschkind e.V., *www.wunschkind.de*, Telefon 01805 002166, E-Mail: kontakt@wunschkind.de
- Auskunft über Ärzte und Einrichtungen, die eine künstliche Befruchtung vornehmen, geben Schwangerschaftsberatungsstellen, Gesundheitsämter und die Ärztekammern.

Kostenübernahme der Kryokonservierung

Die Kosten der sog. Kryokonservierung werden bei bestimmten Krankheiten (z.B. Krebs oder rheumatologischen Erkrankungen) von der Krankenkasse übernommen.

Bei einer Kryokonservierung werden Ei-, Samenzellen oder Keimzellgewebe eingefroren, um eine spätere künstliche Befruchtung zu ermöglichen. Nach überstandener Krankheit kann dann durch In-vitro-Fertilisation (IVF) oder Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) eine künstliche Befruchtung vorgenommen werden.

Unfruchtbarkeit durch keimzellschädigende Therapien

Behandlungsmethoden wie z. B. Chemotherapie, Bestrahlung oder Operationen können **Keimzellen schädigen** und so zu Unfruchtbarkeit führen.
In Deutschland erkranken etwa 16.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 39 Jahren an Krebs. Die Heilungschancen von bis zu 80 % sind hoch, nicht selten machen die Therapien eine spätere Fortpflanzung jedoch unmöglich.

Kryokonservierung – Einfrieren von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe

Durch eine **Kryokonservierung** können sowohl befruchtete als auch unbefruchtete Eizellen eingefroren werden. Wichtig ist, dass der Behandlungsbeginn der Erkrankung (z. B. Brustkrebs) noch 2 Wochen warten kann, sodass durch hormonelle Stimulation genug Eizellen reifen können, um die Wahrscheinlichkeit einer späteren Schwangerschaft zu erhöhen.
Bei einer Kryokonservierung werden die entnommenen Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe aus Eierstock oder Hoden bei -196 Grad in flüssigem Stickstoff eingefroren. Bei dieser Methode sterben die Zellen nicht ab, sondern stellen die Stoffwechselvorgänge ein, bis sie wieder erwärmt werden.

Gesetz zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Seit Inkrafttreten des **Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)** am 11.05.2019 besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein **gesetzlicher Anspruch** auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe. Voraussetzung ist, dass das Einfrieren der Zellen bzw. des Gewebes wegen einer Erkrankung und der Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um eine spätere künstliche Befruchtung zu ermöglichen.

Es werden die **gesamten Kosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung** (insbesondere Entnahme, Aufbereitung, Lagerung, späteres Auftauen) von den Krankenkassen gezahlt.

Die Kosten werden **nur für Frauen bis zum 40. Lebensjahr und für Männer bis zum 50. Lebensjahr** übernommen, da mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft, auch durch eine künstliche Befruchtung, abnimmt. Andere Voraussetzungen, die zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse bei künstlicher Befruchtung notwendig sind (z. B. Mindestalter von 25 Jahren oder Ehe) müssen zum Zeitpunkt der Gewebe-, Ei- oder Samenzellenentnahme jedoch nicht erfüllt werden. Zum Zeitpunkt der geplanten Befruchtung gelten aber die allgemeinen Voraussetzungen der künstlichen Befruchtung, siehe S. 49.

Die Gesetzesänderung sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie für die Durchführung der Kryokonservierung erarbeiten und festschreiben muss. Es wird voraussichtlich bis ins zweite Halbjahr 2020 dauern, bis alle Beschlüsse und Festschreibungen fertig sind. **Bis dahin lehnen die gesetzlichen Krankenkassen eine Kostenübernahme in der Regel ab.** Was Betroffene tun können, um durch eine Einzelfallentscheidung doch schon vorher die Kosten erstattet zu bekommen, beschreibt die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs unter *https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/finanzierungshindernisse-fuer-die-kryokonservierung-von-eizellen-spermien-oder-hodengewebe-sind-noch-nicht-beseitigt*.

Kostenübernahme einer späteren künstlichen Befruchtung

Ist die Krankheit überstanden und eine künstliche Befruchtung geplant, muss der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Krankenkasse übernimmt dann die Hälfte der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Fehlgeburt und Totgeburt

Eine Fehl- oder Totgeburt ist für betroffene Eltern ein schwerer Schicksalsschlag. Um eine Fehl- oder Totgeburt psychisch zu verarbeiten, kann eine Bestattungszeremonie hilfreich sein, aber auch die Klinikseelsorge, der psychosoziale Dienst der Klinik und Selbsthilfegruppen.

Unterscheidung Fehlgeburt und Totgeburt

Eine **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 15.05.2013 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.

Mutterschutz

Bei einer **Totgeburt** wird **Mutterschutz** (siehe S. 5) gewährt. Die Dauer entspricht in der Regel der allgemeinen Schutzfrist nach der Entbindung. 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. Zudem gibt es seit 01.01.2018 einen Kündigungsschutz bis zum Ablauf von 4 Monaten für Frauen nach einer Fehlgeburt, die nach der 12. Schwangerschaftswoche erfolgte.

Bestattung

Totgeborene Kinder unterliegen der Bestattungspflicht und damit den unterschiedlichen Bestattungsgesetzen der jeweiligen Bundesländer. Unter Umständen empfiehlt sich 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, können Selbsthilfegruppen hilfreich sein. 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" unter *www.initiative-regenbogen.de*. Hier werden Betroffene, Freunde und Helfende von Eltern unterstützt, die selbst ein oder mehrere Kinder vor oder kurz nach der Geburt verloren haben. Kontaktadressenvermittlung zu anderen betroffenen Eltern per E-Mail über KAV@initiative-regenbogen.de.

Finanzielle Leistungen für Eltern

Laut statistischem Bundesamt geben Eltern etwa 500–700 € 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 Kinder, Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder.

Es beträgt seit dem 01.07.2019 bis Ende 2020 je 204 € monatlich für die ersten 2 Kinder, 210 € für das 3. Kind und je 235 € ab dem 4. Kind. Kindergeld gibt es bis 18, bei Schülern, Studenten und freiwilligen Diensten auch länger.

Voraussetzungen

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 unter bestimmten Voraussetzungen.
  Nähere Informationen bietet die Bundesagentur für Arbeit unter *www.arbeitsagentur.de/familie-und-kinder/kindergeld-ausland*.

Anspruchsberechtigt ist immer nur eine Person. Bei getrennt lebenden Elternteilen in der Regel der Elternteil, in dessen Haushalt das Kind lebt.

Bestimmte Personengruppen, z. B. Eltern, die in Deutschland nicht unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind, oder Vollwaisen, erhalten Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG). Auch anerkannte Flüchtlinge und Asylberechtigte haben einen Anspruch auf Kindergeld.

Definition Kinder

Als Kinder gelten

- im ersten Grad mit dem Antragsteller verwandte Kinder:
  eheliche, für ehelich erklärte, nichteheliche und adoptierte Kinder.
- Kinder des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (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.

Dauer

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

Unter bestimmten Voraussetzungen 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.
  - das Kind eine Berufsausbildung beginnen will, aber (noch) keinen Ausbildungsplatz gefunden hat.
  - ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im In- oder Ausland nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz geleistet wird.
- die Altersgrenze (25. Geburtstag) erhöht sich längstens um die jeweilige Dauer des entsprechenden Dienstes, wenn vor dem 01.07.2011 folgende Dienste oder Tätigkeiten angetreten wurden:
  - Gesetzlicher Grundwehrdienst oder Zivildienst
  - Freiwillige Verpflichtung zum Wehrdienst für nicht länger als 3 Jahre
  - Eine gleichgestellte Tätigkeit, z. B. als Entwicklungshelfer
- ohne Altersbegrenzung bei Kindern mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen, die sich deshalb nicht selbst unterhalten können und deren Behinderung vor dem 25. Geburtstag eingetreten ist.

Kindergeld kann auch während einer Übergangszeit/Zwangspause von bis zu 4 Monaten bezogen werden, wenn z. B. zwischen Schulabschluss und Ausbildungsbeginn eine Lücke entsteht.

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. Für einen Zeitraum von höchstens 2 Monaten kann die Arbeitszeit auch über die 20 Wochenstunden hinaus gehen.

Kindergeld in der Ausbildung bis zum 25. Lebensjahr

Hat das Kind die erste Ausbildung abgeschlossen und eine Arbeit aufgenommen, besteht in der Regel kein Anspruch mehr auf Kindergeld. Berufsausbildung oder Studium gelten dann als abgeschlossen, wenn das Kind danach einen Beruf ausüben kann und eine staatlich anerkannte Prüfung abgelegt hat. Während der ersten Ausbildung gibt es keine Beschränkungen für Nebenjobs, d. h. es darf unbegrenzt zusätzlich gearbeitet und damit auch verdient werden.

Rückwirkende Auszahlung des Kindergelds

Das Kindergeld wird nur für 6 Monate rückwirkend gezahlt, auch wenn der Anspruch schon länger bestand.

Höhe des Kindergelds

Das Kindergeld beträgt monatlich:

	01.07.2019–31.12.2020	ab 2021
1. und 2. Kind	je 204 €	je 219 €
3. Kind	210 €	225 €
ab 4. Kind	235 €	250 €

Aktuelle Informationen zur monatlichen Auszahlung des Kindergelds (Überweisungstermine) gibt es unter *www.arbeitsagentur.de > Privatpersonen > Familie und Kinder > Auszahlungstermine anzeigen*.

Kinderfreibetrag

Wer Kindergeld bekommt, dem gesteht das Finanzamt **alternativ** einen **Kinderfreibetrag** zu. Das Finanzamt errechnet automatisch bei der jährlichen Berechnung der Einkommensteuer (Veranlagung) im Rahmen einer Günstigerprüfung, welche Leistung für den/die Steuerpflichtigen finanziell besser ist.

Antrag und Beratung

Das Kindergeld muss schriftlich bei der Familienkasse vor Ort **beantragt** werden. Dort gibt es auch Information und Beratung. 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 (siehe S. 58) zusätzlich zum Kindergeld beantragen.
- Wenn Sie Kindergeld erhalten, sind Sie verpflichtet der Familienkasse alle Änderungen bezüglich des Kindergeldanspruchs mitzuteilen. Dies gilt z. B. dann, wenn Sie oder das Kind den bisherigen Haushalt verlassen oder die anspruchsberechtigte Person eine Beschäftigung im Ausland wahrnimmt. Weitere Informationen findet man im Merkblatt Kindergeld des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.bmfsfj.de > Suchbegriff: „Merkblatt Kindergeld“* (ab S. 8). Teilen Sie Änderungen nicht (rechtzeitig) mit, kann dies eine Straftat oder Ordnungswidrigkeit darstellen und zudem mit Rückzahlungen verbunden sein.

Kinderzuschlag

Den Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz (BKGG) erhalten Eltern, deren Einkommen zwar für ihren eigenen Lebensunterhalt ausreicht, nicht aber für den ihres/r Kindes/r.

Der Kinderzuschlag wird gemeinsam mit dem Kindergeld ausgezahlt.
Den Kinderzuschlag erhalten berechtigte Personen für die in ihrem Haushalt lebenden unverheirateten Kinder unter 25 Jahren. Er beträgt für jedes zu berücksichtigende Kind maximal 185 € monatlich.

Voraussetzungen

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

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.

Änderungen durch das Starke-Familien-Gesetz

Durch das sog. Starke-Familien-Gesetz wurde der Kinderzuschlag in 2 Schritten neu gestaltet:

- **Änderungen zum 01.07.2019**
  - Erhöhung des Kinderzuschlags von bisher 170 € auf 185 € monatlich je Kind.
  - Kindeseinkommen (z. B. Unterhalt vom anderen Elternteil) wird nur noch zu 45 % (statt bisher zu 100 %) angerechnet.
  - Festlegung eines einheitlichen Bewilligungszeitraums von 6 Monaten und fester Bemessungszeiträume für Einkommen und Wohnkosten.
- **Änderungen zum 01.01.2020**
  - Abschaffung der oberen Einkommensgrenzen.
  - Elterneinkommen wird nur noch zu 45 % (statt bisher zu 50 %) angerechnet.
  - Mehr Familien erhalten Kinderzuschlag: Auch Familien, die zwar hilfebedürftig nach dem SGB II sind, denen aber mit Erwerbseinkommen, Kindergeld, Kinderzuschlag und ggf. Wohngeld nur 100 € fehlen, um diese Hilfebedürftigkeit zu vermeiden.

Antrag und Beratung

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

Bei der Bundesagentur für Arbeit kann der Antrag auf Kinderzuschlag unter *www.arbeitsagentur.de/privatpersonen > Familie und Kinder > Kinderzuschlag beantragen* auch online gestellt werden.

Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet viele Informationen rund um den Kinderzuschlag unter *www.bmfsfj.de > Themen > Familie > Familienleistungen > Kinderzuschlag*.
- Bei der Bundesagentur für Arbeit können Sie unter *www.arbeitsagentur.de > Familie und Kinder > KiZ-Lotse: Anspruch auf Kinderzuschlag ermitteln* ausrechnen, ob eine Antragstellung Aussicht auf Erfolg hat.

Leistungen für Bildung und Teilhabe

Die Leistungen für Bildung und Teilhabe sollen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus Familien mit geringem Einkommen den Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe und Bildung erleichtern.

Die Leistungen werden nur auf Antrag und in Form von Gutscheinen, Direktzahlungen an Anbieter sowie Geldleistungen erbracht. Entsprechend der in Anspruch genommenen Sozialleistungen sind entweder das Jobcenter oder die Kommune, d. h. die Gemeinde, der Landkreis oder die Stadtverwaltung, zuständig.

Voraussetzungen

Einen Rechtsanspruch auf Bildungs- und Teilhabeleistungen haben grundsätzlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, wenn sie bzw. ihre Eltern zum Zeitpunkt des Antrags eine der folgenden Sozialleistungen erhalten:

- Sozialhilfe *oder*
- Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Sozialgeld *oder*
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz *oder*
- Wohngeld *oder*
- Kinderzuschlag.

Wer keine dieser Leistungen erhält und den spezifischen Bildungs- und Teilhabebedarf des Kindes nicht decken kann, hat möglicherweise einen Anspruch auf Leistungen des Bildungspakets nach dem SGB II und kann beim zuständigen Jobcenter anfragen.

Leistungen für Bildung werden nur gewährt, wenn das Kind oder der Jugendliche

- eine allgemein- oder berufsbildende Schule besucht *und*
- keine Ausbildungsvergütung erhält *und*
- das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Leistungen

Folgende Bildungs- und Teilhabeleistungen können beantragt werden:

- Lernförderung in Form von Nachhilfestunden und Kursen. Voraussetzung ist eine Bestätigung der Schule, dass die Nachhilfe z. B. zum Erreichen eines besseren Schulabschlusses, bei Dyskalkulie oder Sprachschwierigkeiten notwendig ist und nicht von der Schule geleistet werden kann.
- Persönlicher Schulbedarf: 150 € pro Jahr (100 € zu Beginn des Schuljahres und 50 € zum zweiten Halbjahr). Ab 2021 wird die Höhe des Persönlichen Schulbedarfs jährlich ebenso wie die Regelsätze erhöht.
- Schülerbeförderung in die nächstgelegene Schule des gewählten Bildungsgangs. Als „nächstgelegene" Schule gelten auch Schulen mit bestimmten Schwerpunkten wie z. B. Naturwissenschaften oder Sport bzw. bilingualem oder ganztägigem Unterricht.
- Mittagessen in Kita, Schule, Hort (ohne Eigenanteil).
- Ein- oder mehrtägige Klassen- und Kitafahrten. Schulen können für leistungsberechtigte Kinder die Leistungen für eintägige Schulausflüge sammeln und mit dem zuständigen Träger direkt abrechnen.
- Angebote aus Kultur, Sport und Freizeit, z. B. Babyschwimmen, Sportkurse, Musikunterricht, werden bis zum 18. Geburtstag mit bis zu 15 € monatlich gefördert. Die tatsächlichen Kosten müssen nachgewiesen werden. In Einzelfällen können auch höhere Kosten berücksichtigt werden.

Eine Leistung kann als Geld- oder Sachleistung gewährt werden. Die Kinder und Jugendlichen können grundsätzlich Teilhabeangebote im gesamten Bundesgebiet in Anspruch nehmen, wenn das Angebot den vorgesehenen Zweck erfüllt.

Im Rahmen der sog. berechtigten Selbsthilfe ist eine nachträgliche Erstattung von Geldern möglich, **wenn** Leistungen unverschuldet nicht rechtzeitig beantragt oder erbracht werden konnten, z.B. für kurzfristige Ausflüge oder Nachhilfeangebote oder bei Versäumnissen der zuständigen Leistungsträger.
Der Teilhabebetrag in Höhe von bis zu 15 € pro Monat kann im gesamten Bewilligungszeitraum auch rückwirkend angespart werden, z. B. für Mitgliedsbeiträge für Vereine.

Antrag und Beratung

Wer **Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld, Kinderzuschlag oder Wohngeld** bezieht, muss keinen gesonderten **Antrag** auf Leistungen für Bildung und Teilhabe stellen, es reicht der allgemeine Antrag. Nur für Nachhilfeunterricht ist ein extra Antrag notwendig.

Auch wenn noch kein ALG II (Hartz IV) oder Sozialgeld bezogen wird, besteht eventuell über den Bildungs- und Teilhabebedarf der Kinder oder Jugendlichen ein Anspruch auf Leistungen. Dann ist auch das zuständige Jobcenter der richtige Ansprechpartner.

Wer **Sozialhilfe oder Leistungen nach dem AsylbLG** bezieht, muss die Leistungen für Bildung und Teilhabe extra beantragen und die Ansprechpartner bei der Kommune erfragen, z. B. im Rathaus, im Bürgeramt oder in der Kreisverwaltung.

Praxistipps!

- Nähere Informationen bietet das Bundesfamilienministerium unter *www.familienportal.de > Familienleistungen > Bildung und Teilhabe*.
- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales informiert unter *www.bmas.de > Themen > Arbeitsmarkt > Grundsicherung > Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts > Bildungspaket*.
- Infotelefon zum Bildungspaket, Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter 030 221911009, erreichbar Mo–Do von 8–20 Uhr.

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.

Voraussetzungen

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.

Höhe

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 €

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 € (Basiselterngeld) 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 € (Basiselterngeld) oder 37,50 € (ElterngeldPlus). 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 Geschwisterkind mit Behinderungen 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 erzieltem Einkommen **nach** der Geburt.

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

Berechnungsbeispiele:

Elterngeld ohne Einkommen nach der Geburt

Einkommen vor der Geburt	davon 65 % = Elterngeld monatlich
1.400 €	= 910 €

Elterngeld mit Teilzeitbeschäftigung

Einkommen vor der Geburt	abzüglich dem Teilzeit-Verdienst nach der Geburt	Einkommenswegfall durch die Teilzeit-arbeit	davon 65 % = Elterngeld in Teilzeit
1.400 €	- 400 €	= 1.000 €	650 € monatlich

ElterngeldPlus mit Teilzeitbeschäftigung

Elterngeld in Teilzeit	höchstens halb so hoch wie das normale Elterngeld ohne Erwerbstätigkeit	= ElterngeldPlus
650 €	910 € : 2 = 455 €	= 455 € für 2 Monate (Anspruchsdauer doppelt so lange) = 910 € insgesamt

Praxistipps!

- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet einen Elterngeldrechner unter *www.familienportal.de > Rechner & Anträge > Elterngeldrechner* an.
- Weiterführende Informationen und Broschüren zum ElterngeldPlus bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.elterngeld-plus.de*.

Bezugsdauer

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 (siehe S. 65).

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.

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 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

Verhältnis zu anderen Leistungen

- **Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II (Hartz IV), 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 € (Basiselterngeld) oder 150 € (ElterngeldPlus) und wird bis zu dieser Höhe nicht auf die Sozialleistungen angerechnet.

- **Mutterschaftsgeld**
  Mutterschaftsgeld (siehe S. 38) 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 Bundesamt für soziale Sicherung als einmalige Leistung ausgezahlt wird, bleibt unberücksichtigt.

Landeserziehungsgeld Sachsen

Das **Landeserziehungsgeld** ist eine freiwillige Leistung des Bundeslandes **Sachsen**. Es kann erst im Anschluss an das Basiselterngeld, jedoch parallel zum ElterngeldPlus, in Anspruch genommen werden, siehe S. 68.

Bayerisches Familiengeld

Das **Bayerische Familiengeld** (siehe S. 67) wird unabhängig vom Besuch einer Kindertagesstätte und dem Elterngeld gezahlt.

Berücksichtigung bei der Einkommensteuer

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

Antragstellung

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 jeder 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.

Die Antragsformulare sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und der Antrag ist jeweils bei einer anderen Stelle einzureichen. Beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 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.familienportal.de > Rechner & Anträge > Elterngeldrechner* einen Elterngeldrechner sowie unter *www.elterngeld-digital.de* die Möglichkeit, den Antrag auf Elterngeld online zu stellen.

Bayerisches Familiengeld

Das Bayerische Familiengeld erhalten seit dem 01.08.2018 alle Familien in Bayern, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Es ersetzt das Betreuungs- und Landeserziehungsgeld in Bayern und beträgt mindestens 250 € im Monat pro Kind. Es wird vom 13. bis zum vollendeten 36. Lebensmonat des Kindes gezahlt.

Das Bayerische Familiengeld bündelt das Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld zu einer einzigen Leistung. Ziel ist, dass Familien dadurch insgesamt mehr Geld bekommen, um ihren Kindern individuelle, selbst gewählte Erziehungs- und Bildungsmöglichkeiten bieten zu können.

Voraussetzungen

Familien erhalten das Familiengeld unter folgenden Voraussetzungen:

- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Antragstellers in Bayern.
- Das Kind lebt im Haushalt des Antragstellers und es wird dafür Kindergeld bezogen.
- Der Antragsteller erzieht das Kind selbst – unabhängig davon, ob das Kind eine Kindertagesstätte (KiTa) besucht.
- Das Kind ist zwischen 13 und 36 Lebensmonate alt.
- Das Familiengeld ist unabhängig vom Einkommen und weiteren Geldleistungen wie z.B. dem Elterngeld. Es gibt keine Anrechnung auf das Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

Höhe

Familien erhalten:

- Für jedes Kind 250 € im Monat.
- Ab dem 3. Kind 300 € im Monat.

Das sind 6.000 bzw. 7.200 € pro Kind bei Inanspruchnahme des vollen Bezugszeitraums von 2 Jahren.

Dauer

Das Familiengeld wird für maximal 2 Jahre (13. bis vollendeter 36. Lebensmonat des Kindes) gezahlt.

Antrag

Wer in Bayern Elterngeld beantragt, muss keinen extra **Antrag** stellen, da der Elterngeldantrag auch als Antrag für das Familiengeld gilt.

Bezieht eine Familie kein Elterngeld, dann kann der Online-Antrag für Familiengeld, frühestens 3 Monate vor beabsichtigtem Leistungsbeginn, unter *www.zbfs.bayern.de > Familie, Kinder und Jugend > Bayerisches Familiengeld > Antrag* gestellt werden.

Geht ein Antrag verspätet ein, wird rückwirkend nur für die letzten 3 Lebensmonate vor Beginn des Lebensmonats Familiengeld geleistet, in dem der Antrag eingegangen ist.

Wer hilft weiter?

Das Servicetelefon des Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) unter 0931 32090929 (Mo–Do von 8–16 Uhr und Fr von 8–12 Uhr).

Praxistipp!

Eine Übersicht sowie Antworten auf die häufigsten Fragen zum Familiengeld finden Sie unter *www.zbfs.bayern.de > Familie, Kinder und Jugend > Familiengeld > Häufige Fragen*.

Landeserziehungsgeld Sachsen

Das Landeserziehungsgeld ist eine freiwillige Leistung des Bundeslandes Sachsen. Es wird im Anschluss an das Elterngeld (siehe S. 61) gezahlt und nicht auf das Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder die Sozialhilfe angerechnet.

Das Landeserziehungsgeld Sachsen wird entweder beginnend im 2. Lebensjahr oder im 3. Lebensjahr des Kindes gewährt.

Höhe

Höhe und Dauer bei Kindern im 2. Lebensjahr:

- 1. Kind: 5 Monate lang 150 € monatlich
- 2. Kind: 6 Monate lang 200 € monatlich
- Ab dem 3. Kind: 7 Monate lang je 300 € monatlich

Höhe und Dauer bei Kindern im 3. Lebensjahr:

- 1. Kind: 9 Monate lang 150 € monatlich
- 2. Kind: 9 Monate lang 200 € monatlich
- Ab dem 3. Kind: 12 Monate lang je 300 € monatlich

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.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- 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: 21.600 €, Eltern: 24.600 €) dürfen nicht überschritten werden. Die Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes weitere Kind um 3.140 €. Ab dem 3. Kind wird das Landeserziehungsgeld einkommensunabhängig gezahlt.

Das Landeserziehungsgeld kann erst im Anschluss an das Basiselterngeld, jedoch parallel zum ElterngeldPlus, in Anspruch genommen werden.
Weitere Informationen siehe Elterngeld, S. 61.

Antrag/Zuständigkeit

Zuständig sind die Elterngeldstellen der Landratsämter bzw. Stadtverwaltungen. Adressen findet man unter *www.elterngeld.net > Anträge & Behörden > Elterngeldstellen > Sachsen.*

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- 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 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Höhe

Die Höhe richtet sich nach dem Alter des Kindes:

- **Für Kinder bis zum 6. Geburtstag:** 165 € monatlich
- **Für Kinder vom 6. Geburtstag bis zum 12. Geburtstag:** 220 € monatlich
- **Für Kinder vom 12. Geburtstag bis zum 18. Geburtstag:** 293 € monatlich. **Voraussetzung:** Das Kind erhält **keine** SGB-II-Leistungen (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) **oder** der/die Alleinerziehende verdient im SGB-II-Bezug mindestens 600 € brutto dazu **oder** das Kind ist durch den Unterhaltsvorschuss nicht mehr auf SGB-II-Leistungen angewiesen.

Der Unterhaltsvorschuss gilt beim Beantragen von Sozialhilfe als Einkommen.

Praxistipps!

- Die kostenlose Broschüre „Der Unterhaltsvorschuss" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kann unter *www.bmfsfj.de* > *Suchbegriff: „Unterhaltsvorschuss"* heruntergeladen werden.
- Unterhaltvorschuss 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

Unter folgenden Voraussetzungen erhält man Kinderpflege-Krankengeld:

- Der Elternteil, der Kinderpflege-Krankengeld in Anspruch nimmt, muss einen Anspruch auf Krankengeld haben.
- Das Kind ist gesetzlich krankenversichert, z. B. in einer Familienversicherung.
- Ds Kind lebt im Haushalt des Versicherten.
- Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder hat eine Behinderung (ohne Altersbegrenzung).
- Aufgrund eines 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.
- Verdienstausfall.

Praxistipps!

Zur Auszahlung des Kinderpflege-Krankengelds sind 2 Bescheinigungen notwendig:

- Die **ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes**, 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 bereit.

Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts (andere Berechnungsbasis als beim normalen Krankengeld) bezahlt, das während der Freistellung verdient worden wäre. Wenn der Elternteil in den 12 Monaten vor der Erkrankung Einmalzahlungen erhalten hat, z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, erhält er das volle ausgefallene Nettoarbeitsentgelt (100 %). In beiden Fällen gilt jedoch ein Höchstbetrag von 109,38 € täglich (70 % der Beitragsbemessungsgrenze).

Vom Krankengeld werden die (halben) Beiträge zu Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung abgezogen. Das bedeutet einen Abzug von 12,025 %, der von der Krankenkasse direkt einbehalten wird. Eltern erhalten also maximal 96,23 €.

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.

Ist die Anzahl an Kinderpflege-Krankengeld-Tagen aufgebraucht, gibt es die Möglichkeit, sein krankes Kind im eigenen Zuhause durch einen Betreuungsdienst beaufsichtigen zu lassen. Näheres unter Betreuung kranker Kinder, siehe S. 90.

Besonderheit

Besonderheit bei Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder

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

Voraussetzungen

- Schwerste unheilbare Erkrankung des Kindes laut ärztlichem Zeugnis, d. h.: 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* hat eine Behinderung und ist auf Hilfe angewiesen. (Der GKV-Spitzenverband ist die Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Er empfiehlt aufgrund der starken psychischen Belastung der Eltern die Leistung auch nach Vollendung des 12. Lebensjahres weiter zu bezahlen.)

Unter diesen Voraussetzungen hat ein Elternteil

- Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld für die gesamte Dauer der Pflege (auch wenn das Kind stationär in einem Krankenhaus oder einem Kinderhospiz gepflegt wird) *sowie*
- Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit. Dieser Anspruch gilt auch für Arbeitnehmer, die **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Die Höhe entspricht in diesem Fall dem normalen Krankengeld: 70 % des Bruttoarbeitsentgelts, maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts sowie maximal 109,38 € täglich. Es gilt dieselbe Obergrenze wie auf S. 71.

Beginn

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.

Übertragung

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.

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 (Hartz IV) 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 Kindern mit Behinderungen können diesen Abzug auch noch geltend machen, wenn diese bereits erwachsen sind.

Höhe

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

- 5.172 € pro Kind bei zusammen veranlagten Eltern bzw.
- 2.586 € pro Kind je Elternteil.

Der sog. 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

- 7.812 € pro Kind für die Eltern bzw.
- 3.906 € pro Kind je Elternteil.

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

Kindergeld ist vorrangig

Kinderfreibeträge sind eine **Alternative zu Kindergeldzahlungen**, aber nur dann, wenn die Freibeträge sich günstiger auswirken als das Kindergeld (siehe S. 55). 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.

Dauer

Der Anspruch auf den Kinderfreibetrag besteht

- generell bis zum 18. Lebensjahr.
- bis zum 21. Lebensjahr, wenn das Kind kein Beschäftigungsverhältnis hat und arbeitslos gemeldet ist.
- bis zum 25. Lebensjahr, wenn
  - das Kind eine Ausbildung macht oder studiert.
  - sich in einer Übergangszeit von höchsten 4 Monaten zwischen zwei Ausbildungsabschnitten befindet,
  - ein freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr bzw. einen Bundesfreiwilligendienst oder Internationalen Jugendfreiwilligendienst leistet *oder*
  - keine Berufsausbildung absolvieren kann, weil es keinen Ausbildungsplatz findet.
- bei **Kindern mit Behinderungen** auch länger als bis zum 25. Lebensjahr, wenn sie aufgrund ihrer Behinderungen außerstande sind, selbst in ausreichendem Maß für ihren Lebensunterhalt zu sorgen. Die Behinderung muss bereits vor Vollendung des 25. Lebensjahres vorgelegen haben.

Kinderbetreuungskosten und Schulgeld

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.

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).

Ausbildungsfreibetrag

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 € pro Kind und Jahr geltend machen. Voraussetzung ist, dass den Eltern Kosten für die Ausbildung des Kindes entstehen und das Kind Anspruch auf Kindergeld oder den Kinderfreibetrag hat.

Entlastungsbetrag für Alleinerziehende

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 €.

Kranken- und Pflegeversicherung

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.

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 im Jahr 2020 maximal 9.408 € als außergewöhnliche Belastung geltend machen. Alle Einkünfte des Kindes von mehr als 624 € im Jahr, zieht das Finanzamt von diesem Betrag ab.

Kinder mit Behinderungen

Hat das **Kind mit Behinderungen** 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 alternativ zum Behinderten-Pauschbetrag nach § 33 EStG ihre eigenen **außergewöhnlichen Belastungen** absetzen, die in der Regel bei der Erziehung und Pflege von Kindern mit Behinderungen entstehen.

Kosten für die **Betreuung** von Kindern mit Behinderungen können auch über das 14. Lebensjahr hinaus geltend gemacht werden, siehe Kinderbetreuungskosten S. 74. Voraussetzung ist, dass die Behinderung vor dem 25. Geburtstag eingetreten ist.

Wer hilft weiter?

Das zuständige Finanzamt gibt individuelle Auskünfte.

©Hugo Berties_fotolia.com

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.

Gemeinsames Sorgerecht

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.

Alleiniges 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.

Umfang

Die elterliche Sorge umfasst die Personensorge und die Vermögenssorge.

Personensorge

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

- Pflege
- Erziehung
- Beaufsichtigung
- Bestimmung der Vornamen
- Aufenthaltsbestimmung (Wohnort, Urlaub)
- Einwilligung in medizinische Behandlungen und Operationen
- Umgangsbestimmung
- Ausbildung und Berufswahl
- Förderung von Hobbys, z. B. Musikunterricht, Sportangebote, usw.
- 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. Jede 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

Sonderregelung: 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

Das Sozialamt leistet nachrangig gegenüber dem Einsatz von eigenem Einkommen und Vermögen. Bevor Sozialhilfe geleistet wird, wird daher erst geprüft, ob Hilfsbedürftige gegenüber Angehörigen Ansprüche auf Unterhaltszahlungen haben.

In besonderem Maße unterhaltspflichtig sind Eltern, Ehe- und Lebenspartner. Normal unterhaltspflichtig sind Eltern für ihre volljährigen Kinder und volljährige Kinder gegenüber ihren Eltern, seit 01.01.2020 allerdings erst ab einem Jahreseinkommen von über 100.000 €. Nicht unterhaltspflichtig sind Geschwister untereinander, Enkel, Großeltern und verschwägerte Personen.

Gesteigert Unterhaltspflichtige

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

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 untereinander**, auch getrennt lebende und geschiedene Ehegatten, wenn nicht anders lautende Verträge abgeschlossen wurden oder Urteile ergangen sind.
- **Eheähnliche Gemeinschaft:** Nach bürgerlichem Recht besteht zwischen unverheirateten Partnern keine Unterhaltspflicht. Beantragt jedoch einer der Partner Sozialhilfe, wird für die Berechnung der Sozialhilfe grundsätzlich auch das Einkommen und Vermögen des anderen Partners berücksichtigt.

Wohn- oder Haushaltsgemeinschaft?

Nicht gegenseitig unterhaltspflichtig sind Menschen, die zwar eine **Wohngemeinschaft** haben, aber keine **Haushaltsgemeinschaft** bilden, d. h. die nicht gemeinsam wirtschaften.
Beweise **für** die Wohngemeinschaft sind: Getrennte Schlafstellen und Wohnecken, 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, wenn ein Elternteil oder beide Eltern gemeinsam mehr als 100.000 € Jahresbruttoeinkommen hat bzw. haben.
- Jedes **volljährige Kind**, dessen Jahresbruttoeinkommen 100.000 € übersteigt, für seine Eltern.
- Der **Vater eines nichtehelichen Kindes** gegenüber der Kindsmutter.

Unterhaltspflichtig von Eltern gegenüber volljährigen Kindern mit Behinderungen

Wenn **volljährige Kinder mit Behinderungen** Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, wird das Vermögen ihrer Eltern seit 01.01.2020 nicht mehr berücksichtigt.

Bei Leistungen der Sozialhilfe müssen Eltern nur Unterhalt zahlen, wenn sie ein Jahresbruttoeinkommen von mehr als 100.000 € haben. Bei Hilfe zur Pflege zahlen die Eltern dann einen pauschalen Unterhaltsbeitrag von 34,44 €, bei Hilfe zum Lebensunterhalt und bei Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 26,49 € monatlich. Lebt ein volljähriges Kind mit Behinderung in besonderen Ausbildungsstätten über Tag und Nacht (z. B. Internat), werden die Eltern unabhängig vom Einkommen nicht zu den Lebensunterhaltskosten herangezogen.

Unterhaltspflicht von Kindern gegenüber Eltern im Heim

Wenn die Kosten eines Alten- oder Pflegeheims weder durch das eigene Vermögen noch durch die Pflegekasse abgedeckt werden können, leistet das Sozialamt im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Ein erwachsenes Kind ist nur unterhaltspflichtig, wenn es mehr als 100.000 € Bruttoeinkommen im Jahr hat. Das Einkommen wird vom Sozialamt nur überprüft, wenn ein entsprechender Verdacht oder Hinweis vorliegt. Dann müssen die Einkünfte offengelegt werden. Vorhandenes Vermögen wird nicht berücksichtigt.

Gibt es mehrere Kinder, aber nur eines hat ein Bruttoeinkommen über 100.000 € im Jahr, muss dieser Gutverdiener nicht den gesamten Unterhalt übernehmen. Vielmehr wird die Unterhaltspflicht prozentual anteilig nach den Erwerbs- und Vermögensverhältnissen (nicht nach Kopfteilen) aufgeteilt.

Diese Regelung gilt nicht, wenn sich Ehegatten untereinander Unterhalt zahlen müssen. Das passiert dann, wenn der pflegebedürftige Ehegatte ins Pflegeheim kommt, während der andere zu Hause wohnen bleibt. In diesem Fall muss sich der zu Hause verbleibende Ehe-/Lebenspartner an den Heimkosten beteiligen.

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 Jahren nach der Geburt (§ 1615 l BGB).

Nicht Unterhalts-pflichtige

Nicht unterhaltspflichtig im Sinne der Sozialhilfe sind die folgenden Verwandten:

- **Geschwister** untereinander.
- **Enkel** für ihre Großeltern, **Großeltern** für ihre Enkel.
- **Verschwägerte** 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 Kindes mit Behinderungen oder eines von Behinderung bedrohten Kindes, das Hilfe zur Pflege in einer vollstationären Einrichtung erhält. In diesem Fall sind die Eltern lediglich verpflichtet, einen pauschalen Unterhaltsbeitrag zu leisten.

Praxistipp!

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, Cousinen 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.

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. 83).

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 Vaterschaftsanerkenntnis *oder*
- durch gerichtliche Verfahren festgestellt.

Ohne wirksame Vaterschaftsfeststellung hat das Kind **keine** Unterhalts- oder Erbansprüche 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 Vaterschaftsanerkenntnis nicht widerrufen, aber gerichtlich anfechten.

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. Kinder, die seit Juli 2018 durch eine Samenspende gezeugt wurden, haben jedoch den Anspruch durch das bundesweite Samenspender-Register zu erfahren, wer ihr leiblicher Vater ist.
Weitere Informationen bietet das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information unter *www.dimdi.de > Weitere Fachdienste > Samenspender-Register.*

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.

Vaterschaftsgutachten, Abstammungsgutachten

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 unten) aufgrund einer Blutprobe. Für Vaterschaftsgutachten müssen die 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.

Vaterschaftstest

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.

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 ggf. das 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 sog. Kernkörperchen, den Chromosomen, vorhanden ist. Jeder Mensch hat eine einzigartige DNA, nur eineiige Zwillinge haben dieselbe.

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, Zigarettenkippe) 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 findet man beim Bundesverband der Sachverständigen für Abstammungsgutachten unter *www.vaterschaftstest.de > Fachgutachter*.
- Detaillierte Auskünfte erteilen auch 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

Regelung des Umgangs

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 (sog. Umgangspfleger) stattfinden darf. Diese kann durch einen Träger der Jugendhilfe oder einen anderen Verband bestimmt werden und unterstützt die Eltern dabei, einen regelmäßigen, konfliktfreien Umgang umzusetzen.

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.

Umfang des Umgangs

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 das Familiengericht entscheidet. Das Umgangsrecht schließt auch den Kontakt per Telefon, E-Mail oder Brief mit ein.

Praxistipp!

Die Broschüre „Kindschaftsrecht" des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz enthält Fragen und Antworten zum Umgangsrecht sowie zum Sorgerecht, Namensrecht, Kindesunterhaltsrecht und gerichtlichen Verfahren. Kostenloser Download unter *www.bmjv.de* > *Suchbegriff: „Kindschaftsrecht".*

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 in der Regel 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.

Formen

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 der/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 bis noch nicht 18 Jahre) in einer Tageseinrichtung findet **nicht** statt. Für Jugendliche kommt nur die Betreuung in einer Tagesgruppe oder einer Ganztagsschule in Betracht.

Aufgaben der Kindertagesstätten

- Unterstützung und Ergänzung der Betreuung, Erziehung und Bildung innerhalb der Familie.
- Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Eltern.
- 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.

Befreiung von Kita-Gebühren

Zum 01.01.2019 ist das sog. Gute-Kita-Gesetz in Kraft getreten. Die **Kita-Gebühren** müssen seitdem nach sozialen Kriterien (z. B. Einkommen, Anzahl der Kinder) gestaffelt werden.

Zudem sind generell alle Eltern mit geringem Einkommen von den Gebühren befreit, also alle Eltern, die eine der folgenden Leistungen beziehen:

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld)
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- Kinderzuschlag gemäß Bundeskindergeldgesetz
- Wohngeld

Viele Bundesländer nutzen zudem die finanziellen Mittel aus dem Gute-Kita-Gesetz, um die Kita-Gebühren für alle Eltern zu senken. Weitere Ziele des Gesetzes sind der Ausbau des Kita-Personals, bessere Aus- und Fortbildungen, erweiterte Öffnungszeiten und eine individuellere Betreuung der Kinder. Weitere Informationen bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.bmfsfj.de/gute-kita-gesetz*.

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/Tagesvater" 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 „Pflegeerlaubnis" kann das Jugendamt bei niedrigem Einkommen der Eltern übernehmen.

Eine Tagesmutter/ein Tagesvater 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.

Für die Arbeit als Tagesmutter/-vater 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/-väter sollen vertiefte Kenntnisse zu den Anforderungen der Kindertagespflege haben, die sie in qualifizierten Lehrgängen oder auf andere Weise erworben haben.

Kosten

Die **Kosten** für die Tagespflegeperson 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.

Praxistipps!

- Eine Vertragsvorlage für Kindertagespflegepersonen und Eltern gibt es beim Bundesverband für Kindertagespflege, *www.bvktp.de > Service > Publikationen*.
- 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 (siehe S. 70) 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 Zuhause 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 > DKSB vor Ort* zu finden.
- In vielen deutschen Städten (z. B. Frankfurt, Berlin, Hamburg, Köln, Stuttgart) vermittelt der Notmütterdienst unter *www.notmuetterdienst.de* eine passende Kinderbetreuung, in München helfen der soziale Vermittlungsservice *www.zu-hause-gesund-werden.de* und der Leihomaservice (*www.leihomaservice.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.

Voraussetzungen

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

Voraussetzungen der Krankenversicherung

Die Krankenkasse stellt 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*
  - in Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat 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 oder dem Umfang 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, kann die Haushaltshilfe seit 01.01.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

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 die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer Rehabilitation oder Beruflicher Rehabilitation (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 eine Behinderung hat 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 oder dem Umfang 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 die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist *und*
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das eine Behinderung hat 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 oder dem Umfang 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 müssen die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen Rehabilitation erfüllt sein. Wenn diese nicht erfüllt sind (z. B. das Kind älter als 12 Jahre ist), können unvermeidbare Kosten für die Kinderbetreuung von der Rentenversicherung bezuschusst werden.

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** (Grundsatzurteil des BSG vom 23.11.1995). Zudem müssen die weiteren oben genannten Voraussetzungen vorliegen.
- Bei „normalen" Krankheiten, z. B. Grippe, gibt es in der Regel keine Haushaltshilfe. Einige Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Ausnahmen festgelegt oder übernehmen in Einzelfällen **und** wenn es der Arzt verordnet freiwillig die Haushaltshilfe.
- 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.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts" zu erhalten.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und 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. Haushaltshilfskräfte 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, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägerte 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 Verdienstausfalls geben (siehe S. 94), nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

Fahrtkosten, Verdienstausfall

Die Krankenkassen, der Unfallversicherungsträger und die Rentenversicherungsträger können die erforderlichen **Fahrtkosten** und den **Verdienstausfall** für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad (siehe S. 93) erstatten. Den Verdienstausfall 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 (§ 74 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 sog. 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. Inhalte der Beratung können z. B. partnerschaftliches Zusammenleben, Trennung oder Fragen zu Unterhaltsansprüchen sein.

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**.

Mütter und/oder Väter

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

Alleinerziehende Mütter oder Väter

Beratung und Unterstützung nach § 18 SGB VIII von Müttern oder Vätern, die allein für ein Kind oder einen Jugendlichen zu sorgen haben, vorwiegend in folgenden Bereichen:

- Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der **Personensorge**. Näheres siehe Sorgerecht S. 77.
- 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.
- **Beistandschaft:** Ein Hilfsangebot des Jugendamts, das freiwillig angenommen werden kann. Das Jugendamt erhält vom Standesamt die Informationen über die Geburt jedes nichtehelichen Kindes, für das keine Vaterschaftsfeststellung vorliegt, 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 Unterhaltsersatzansprüche 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.

Bei jungen Volljährigen (siehe S. 101) gilt die Hilfe vorwiegend bei der Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen, z. B. zur Höhe des Unterhalts. Darüber hinaus kann eine Nachbetreuung in Frage kommen.

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 von Kindern mit Behinderungen nach dem SGB IX.

Ziele

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.

Angebote

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.

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 > Themen > Kinder und Jugend > Gesamtkonzept Kinderschutz > Frühe Hilfen*
- **Berlin:** *www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kinderschutz/fruehe-hilfen*
- **Brandenburg:** *https://mbjs.brandenburg.de > Kinder und Jugend > Unterstützen Stärken Schützen > Unterstützung für junge Familien > Frühe Hilfen*
- **Bremen:** *www.familiennetz-bremen.de/fruehe-hilfen*
- **Hessen:** *https://soziales.hessen.de > Familie und Soziales > Familie > Frühe Hilfen und Kinderschutz*
- **Hamburg:** *www.hamburg.de/fruehe-hilfen*
- **Mecklenburg-Vorpommern:** *www.regierung-mv.de > Landesregierung > Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung > Jugend und Familie > Familie > Frühe Hilfen*
- **Niedersachsen:** *www.soziales.niedersachsen.de > Kinder, Jugend und Familie > Kinder und Familie > Bundesstiftung Frühe Hilfen*
- **Nordrhein-Westfalen:** *www.fruehehilfen-online.nrw.de*
- **Rheinland-Pfalz:** *https://mifkjf.rlp.de > Themen > Familie > Guter Start ins Kinderleben*
- **Saarland:** *www.saarland.de/fruehe-hilfen.htm*
- **Sachsen:** *www.landesjugendamt.sachsen.de > Landesjugendamt > Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen*
- **Sachsen-Anhalt:** *https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/familie/fruehe-hilfen-fuer-familien*
- **Schleswig-Holstein:** *www.schleswig-holstein.de > Themen & Aufgaben > E–F > Frühe Hilfen*
- **Thüringen:** *www.kinderschutz-thueringen.de/fruehe-hilfen*

Kosten

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

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.

Erziehungsberatung

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.

Die 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?

- Weitere Informationen zur Erziehungsberatung und deutschlandweiten Beratungsstellen geben die Jugendämter.
- Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung bietet zudem eine Online-Beratung für Jugendliche und Eltern sowie eine Beratungsstellen-Suche unter *www.bke.de > Für Ratsuchende*.

Tagesgruppe für Kinder

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.

Tagesgruppen sollten nicht mit der Tagespflege für Kinder (siehe S. 89) verwechselt werden, die umgangssprachlich „Tagesmütter/-väter" genannt werden.

Die Aufgaben der Tagesgruppe sind:

- Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen 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 in der Regel maximal 12 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. Sie leistet „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.

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 Kommunikationsproblemen, Kontaktängsten oder massiven Schul- oder Pubertätsschwierigkeiten.

Hilfe für junge Volljährige

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, wenn die Maßnahme bereits vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde. Hat allerdings der junge Volljährige vor Vollendung des 21. Lebensjahres eine Hilfe abgebrochen, so kommt die Ausnahmeregelung der Betreuung bis zum vollendeten 27. Lebensjahr nicht zur Anwendung.

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 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. In der Regel wird die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren gewährt.

Psychische Beeinträchtigungen sind z. B.:

- Affektive Störungen (Psychosen mit depressiven, manischen oder bipolaren Ausprägungsformen)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte 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/-minderung
- Verhaltens- und emotionale Störungen
  - ADS/ADHS
  - Einnässen, Einkoten

Eingliederungshilfe erhalten auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erwarten ist.

Formen der Eingliederungshilfe

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

1. Ambulante Eingliederungshilfen (z. B. Förderkurse, Therapien usw.)
2. Eingliederungshilfen in Kindertagesstätten, teilstationären Einrichtungen oder auch in heilpädagogischen Einrichtungen
3. Eingliederungshilfen durch geeignete Pflegepersonen (Tagespflege von Kindern, siehe S. 89)
4. Eingliederungshilfen in Einrichtungen über Tag und Nacht (z. B. Heimerziehung), in Pflegefamilien (Vollzeitpflege, siehe S. 105) oder sonstigen Wohnformen

Heilpädagogische Einrichtungen

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

Die Übergänge zu den Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren sind fließend. **Vorrangig** sind bei nicht schulpflichtigen Kindern die Leistungen der Krankenkassen in sozialpädiatrischen Zentren. Dies gilt jedoch nur, wenn der spezifische Bedarf des seelisch behinderten Kindes im sozialpädiatrischen Zentrum sichergestellt ist.

Heilpädagogische Leistungen

Heilpädagogische Leistungen sollen die drohende oder bestehende Behinderung aufhalten bzw. abmildern.

Hierzu zählen z. B.:

- Alle pädagogischen Maßnahmen, welche die Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung des Kindes anregen.
- Sozial- und sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen.
- Beratung der Erziehungsberechtigten.

Weitere Anwendungsbereiche der Eingliederungshilfe

Unter Umständen kann z. B. eine **Lerntherapie** bei Lese-Rechtschreib- oder Rechenstörung in Anspruch genommen werden. Es kann ggf. auch ein **Integrationshelfer** oder **Schulbegleiter** finanziert werden. Die Genehmigung der Leistungen ist vom **individuellen Hilfebedarf** abhängig.

Aufgabe und Ziel

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

Ziel der Eingliederungshilfe ist die **soziale Integration**, die oft auch mit Hilfe der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen angestrebt wird. Die individuellen Ziele der Eingliederungshilfe werden vom Jugendamt mit dem Betroffenen und seinen Bezugspersonen erarbeitet und in einem sog. Hilfeplan festgeschrieben.

Kosten

Der Antrag zur **Kosten**übernahme der Leistungen ist beim zuständigen Jugendamt zu stellen. Der Eingliederungshilfebedarf wird dann von einer Fachkraft des Jugendamts ermittelt. Grundlage dafür sind ärztliche oder psychiatrische Gutachten (in manchen Fällen sind auch Stellungnahmen ausreichend). Zudem erfolgt eine „Erklärung zur wirtschaftlichen Situation", um den (eigenen) Kostenbeitrag zu ermitteln. Um die konkrete Kostenübernahme zu klären, empfiehlt sich eine Beratung beim zuständigen Jugendamt.

Praxistipp!

Für seelisch behinderte junge Erwachsene kommt unter Umständen auch eine Nachbetreuung in Frage, siehe Hilfe für junge Volljährige S. 101.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Jugendamt.

Mutter-/Vater-Kind-Einrichtung

Wenn ein Elternteil allein für ein Kind unter 6 Jahren sorgt und dabei auf Unterstützung angewiesen ist, kann er gemeinsam mit seinem Kind in einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung betreut werden. Dies schließt auch ältere Geschwisterkinder mit ein. Schwangere können bereits vor der Geburt des Kindes in eine Einrichtung aufgenommen werden.

Voraussetzungen

Wer im Alltag alleine für sein Kind sorgt und auf Grund seiner Persönlichkeitsentwicklung (noch) **Unterstützung bei der Pflege und Erziehung seines Kindes benötigt**, kann in einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung gemeinsam mit diesem betreut werden. Auch die älteren Geschwister können mit aufgenommen werden, wenn Mutter/Vater alleine für diese sorgen.
Haben beide Eltern das Sorgerecht (siehe S. 77), wird das Einverständnis des Partners (bzw. eine gerichtliche Ersetzung) benötigt.

Umfang

In einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung wird ein Elternteil gemeinsam mit einem Kind unter 6 Jahren und ggf. älteren Geschwisterkindern in einer geeigneten Wohnform betreut, solange er Unterstützung benötigt. In der Regel werden die Eltern und Kinder von Sozialpädagogen, Erziehern und medizinischem Fachpersonal betreut und unterstützt. Sie haben rund um die Uhr Ansprechpartner, an die sie sich bei Bedarf wenden können.

Den Eltern und Kindern werden feste Tagesstrukturen geboten (z. B. vormittags Betreuung der Kinder und Berufsschule für die Mutter/den Vater) und sie werden im lebenspraktischen Bereich (z.B. Verpflegung der Kinder, Haushaltsführung) unterstützt. Die sozialpädagogische Beratung soll der Mutter/dem Vater helfen, ihre /seine Persönlichkeit weiterzuentwickeln, Schwierigkeiten zu bewältigen und Zukunftsperspektiven zu erarbeiten.

Die **Kosten** übernimmt, bei Vorliegen aller Voraussetzungen, das Jugendamt.

Ziele

In einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung soll insbesondere darauf hingewirkt werden, dass

- die Mutter/der Vater eine schulische oder berufliche Ausbildung anfangen oder eine bereits begonnene Ausbildung weiterführen kann.
- die Mutter/der Vater lernen, ihr Kind/ihre Kinder selbstständig zu versorgen und den Haushalt eigenständig zu erledigen.
- eine stabile Beziehung zwischen der Mutter/dem Vater und dem Kind/den Kindern entsteht.
- bestehende Konflikte, z. B. mit dem Partner oder den Eltern von der Mutter/dem Vater geklärt werden.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Jugendamt.

Vollzeitpflege

Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII ist eine Form der Erziehungshilfe des Jugendamts. Dabei 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 Unabkömmlichkeit des anderen Elternteils verursacht werden.
- **Dauerpflegestelle**
  Eine Dauerpflegestelle ist die Unterbringung eines Kindes in einer Pflegefamilie – in der Regel für viele Jahre bzw. bis zur Volljährigkeit. Diese Pflegestelle 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 Heimerziehung vorrangig.
- **Adoptionspflege**
  Die Adoptionspflege ist der Zeitraum zwischen Einzug des Kindes bei den Adoptiveltern und der endgültigen Übertragung des Sorgerechts. In dieser Erprobungsphase von etwa einem Jahr soll eine Beziehung zwischen dem Kind und den Adoptiveltern aufgebaut werden. Das Sorgerecht liegt in dieser Zeit beim Jugendamt, welches die Familie während der Adoptionspflege begleitet und berät. Die Adoption 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.

Gefahr in Verzug

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.

Einschränkung der Vertretungsbefugnis

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

Pflegeerlaubnis

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.

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.

Ausnahmen

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 Verschwägerte bis zum 3. Grad.
- Kurzzeitpflegepersonen bis zu 8 Wochen.
- Aufnehmende Familien im Rahmen von Jugend- und Schüleraustausch.
- Aufnehmende einer Adoptionspflege.

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.

Sonderpflegestellen

In Sonderpflegestellen betreuen fachlich kompetente Pflegeeltern Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Behinderungen.

- Für Kinder mit **seelischen** Behinderungen ist das Jugendamt zuständig. Die Leistung heißt Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.
- Für Kinder mit **geistigen oder körperlichen** Behinderungen ist neben der Kinder- und Jugendhilfe auch die Sozialhilfe zuständig. Diese Leistung wird als Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bezeichnet.

Heim oder Pflegefamilie?

Ob die Erziehung bei einer Pflegefamilie 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 Vollzeitpflege. 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.

Praxistipp!

Nach der Vollzeitpflege kann für junge Erwachsene unter Umständen auch eine Nachbetreuung (Hilfe für junge Volljährige, siehe S. 101) 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.: *www.evangelische-adoption.de*
- Sozialdienst katholischer Frauen Zentrale e.V.: *www.skf-zentrale.de*
- Deutscher Caritasverband: *www.caritas.de*

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 Adressen der Zentralen Adoptionsstellen sind beim Bundesamt für Justiz unter *www.bundesjustizamt.de > Themen > Bürgerdienste > Auslandsadoption > Anschriften > Zentrale Adoptionsstellen der Landesjugendämter* zu finden.

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 man auch die Broschüre „Internationale Adoption" mit detaillierten Informationen.

Praxistipp!

Unter bestimmten Voraussetzungen können sich Adoptiveltern die Zeiten der Kindererziehung als Beitragszeiten für ihre Rente anrechnen lassen (§§ 56 Abs. 2 Satz 6, 307d Abs. 5 SGB VI). Eine Kontenklärung beim zuständigen Rentenversicherungsträger sollte möglichst zeitnah erfolgen.
Informationen zur Mütterrente im Zusammenhang mit Adoption bietet das Deutsche Institut für Altersvorsorge unter *www.dia-vorsorge.de/gesetzliche-rente/adoptivmuetter-gehen-leer-aus*.

Wer hilft weiter?

- Die örtlichen Jugendämter.
- Der Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V. (PFAD) hilft Pflege- und Adoptiveltern in Krisen und Konfliktsituationen und unterstützt diese durch Beratung, Fortbildung, Erfahrungsaustausch, Interessensvertretung und aktuelle fachliche Informationen unter *www.pfad-bv.de*.
- Über die Voraussetzungen für die Adoption eines minderjährigen Kindes informiert das Familienportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *https://familienportal.de* > *Meine Lebenslage* > *Kinderwunsch & Adoption* > *Adoption*.

©Tobi82_fotolia.com
ECB EZB EKT EKP 2002
EKP 2002
10
20
50
EURO

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 pflegen, werden von der Pflegeversicherung sozial abgesichert, wenn sie nicht mehr als 30 Stunden voll erwerbstätig sind und einen oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche, im häuslichen Umfeld pflegen.

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Bei Erhalt von Pflegeunterstützungsgeld und in der Familienpflegezeit gelten andere Regelungen.

Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht **während der pflegerischen Tätigkeit** unter dem Schutz der gesetzlichen **Unfallversicherung**. Das gilt auch für die Wegzeiten, also den Hin- und Rückweg zum oder vom Pflegebedürftigen. Betreuungsleistungen, wie z. B. spazieren gehen, werden hingegen nicht von der Unfallversicherung abgedeckt.

Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen findet man bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung unter *www.dguv.de* > rechts unter *Berufsgenossenschaften / Unfallkassen / Landesverbände* > *Unfallkassen.*

Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen" vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter *www.bmas.de* > *Suchbegriff: „A401".*

Rentenversicherung

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.

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.

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.

Krankenversicherung

Pflegepersonen müssen auf ihre Krankenversicherung achten, denn es gilt eine generelle Krankenversicherungspflicht.

- Pflegende Rentner sind unverändert über die Rentnerkrankenversicherung versichert.
- Arbeitnehmer, die neben der Pflege weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert.
- Pflegende Ehepartner können familienversichert sein oder werden.
- Bei Arbeitslosigkeit, Grundsicherung oder Sozialhilfe ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z. B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

Arbeitslosenversicherung

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**. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Wer hilft weiter?

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

Pflegezeit

Berufstätige haben 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 beantragt werden.

Voraussetzungen

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

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen.
  Nahe Angehörige sind:
  - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
  - Ehe- und Lebenspartner, Partner ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften, Geschwister, Schwägerinnen/Schwäger
  - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehe- oder Lebenspartners), Schwiegersohn oder -tochter, Enkelkinder
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst (MD).
- 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 betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Dauer

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 (Urteil des BAG vom 15.11.2011 – Az.: 9 AZR 348/10); eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe 114).

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 und muss unmittelbar an die Pflegezeit anschließen.

Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen längstens 24 Monate dauern.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber ist darüber unverzüglich zu informieren. Solche Umstände können z. B. Tod des Pflegebedürftigen, 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.

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Pflegezeit

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson über die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Die Pflegekasse führt an folgende gesetzliche Sozialversicherungen Beiträge ab:

- **Unfallversicherung**
- **Rentenversicherung**
  Die Höhe der Beiträge orientiert sich am Pflegegrad des Pflegebedürftigen.
- **Kranken- und Pflegeversicherung**
  Besteht die Möglichkeit der Familienversicherung, so ist diese zu wählen. Ist dies nicht möglich, muss sich die Pflegeperson während der Pflegezeit freiwillig oder privat krankenversichern. Auf Antrag bezuschusst die Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags der Kranken- und Pflegeversicherung.

Pflegepersonen können sich unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig in der Arbeitslosenversicherung versichern.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

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

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.

Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2020 maximal 109,38 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Voraussetzungen

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

Sozialversicherung der Pflegeperson

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Während des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld bleibt die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.
- Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt, aber die Pflegeperson steht während der Pflegetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeträge zu Renten- und Krankenversicherung.

Kündigungsschutz

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Pflegezeit darf der Arbeitgeber in der Regel das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

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 nehmen zu können, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (MD) nachgewiesen werden. Sind Pflegebedürftige in der privaten Pflegeversicherung versichert, ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen. Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

Dauer und Beendigung

Die Familienpflegezeit darf **maximal 24 Monate** dauern. In dieser Zeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren und stehen unter **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 denselben Angehörigen eine Familienpflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 3 Monate vor Beginn der Familienpflegezeit beim Arbeitgeber schriftlich ankündigen.

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

Beendigung

Vorzeitig beendigt 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.

Praxistipp!

Die kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf" zur Familienpflegezeit kann beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter *www.bmfsfj.de > Suchbegriff: „Pflege und Beruf"* heruntergeladen werden.

Sozialversicherung der Pflegeperson

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

- Im Rahmen der reduzierten Lohnzahlung werden auch Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung weiterbezahlt.
- Wegen des niedrigeren Einkommens während der Familienpflegezeit sind im Bedarfsfall auch **Arbeitslosengeld und Krankengeld** niedriger.
- Auch die **Beiträge zur Rentenversicherung** sind während dieser Zeit niedriger, da sie sich prozentual aus dem Einkommen berechnen. Allerdings haben Pflegende die Möglichkeit, zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung über die Pflegekasse zu beantragen. Weitere Auskünfte gibt der Rentenversicherungsträger.
- Ist der Pflegende **privat krankenversichert**, weil sein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann es passieren, dass das reduzierte Einkommen unter diese Grenze sinkt. Dann ist der Pflegende verpflichtet, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Auf Antrag kann er jedoch für die Familienpflegezeit von dieser Versicherungspflicht befreit werden und Mitglied seiner privaten Krankenversicherung bleiben. Für diese Zeit wird in der Regel eine individuelle, befristete Vertragsänderung ausgehandelt.

Darlehen zur Gehaltsaufstockung

Der pflegende Angehörige kann für die Familienpflegezeit ein zinsloses **Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter *www.bafza.de > Programme und Förderungen > Familienpflegezeit > Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben.

Rückzahlung des Darlehens

Das **Darlehen** wird innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Familienpflegezeit oder Pflegezeit fällig und muss ab dem Ende der Freistellungsphase bzw. ab Ende der Darlehenszahlungen **zurückgezahlt** werden.

Ausnahme: Das Darlehen wird zu einem Viertel erlassen, wenn der Pflegebedarf über die Dauer der Freistellung hinausgeht und der Pflegende seine Freistellung fortführt.

Eine Stundung ist in folgenden Härtefällen möglich: Bezug von

- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Wer hilft weiter?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben haben ein gemeinsames Servicetelefon Pflege eingerichtet: 030 20179131 (Mo–Do von 9–18 Uhr) und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter *www.wege-zur-pflege.de*.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen Pflegekurse an.

Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs vermittelt Angehörigen Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege, er kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Entlastung pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige sind häufig stark belastet – sowohl körperlich als auch psychisch. Das führt nicht selten zu gesundheitlichen Problemen. Dann ist es wichtig, sich bei Erschöpfung eines Auszeit zu nehmen oder Hilfe von außen zu suchen.

Auszeit bei Erschöpfung

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, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren oder eine Medizinische Reha-Maßnahme, wenn die Gesundheit der Pflegeperson durch die dauernde Belastung gefährdet ist. Eine stationäre Reha ist seit 01.01.2019 für pflegende Angehörige auch möglich, wenn ambulante Reha-Maßnahmen ausreichen würden. Die medizinische Notwendigkeit ist weiterhin Grundvoraussetzung. Weitere Informationen im Internet unter w*ww.betanet.de* > *Suchbegriff: „Medizinische Rehabilitation".*
- Pflegende Frauen und Männer können für eine Auszeit auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks (*www.muettergenesungswerk.de*) nutzen.
- Während der Auszeit der Pflegeperson kann der Patient über die sog. Ersatzpflege von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege 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.

Hilfen von außen

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

- Ein ambulanter Pflege- und/oder Betreuungsdienst kann einen Teil der erforderlichen Tätigkeiten übernehmen.
- Eine stundenweise Betreuung ist in Einrichtungen der Tagespflege oder der Nachtpflege möglich.
- Es können Pflegekräfte oder Haushaltshilfen beim Pflegebedürftigen wohnen und die Angehörigen so entlasten.

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.
- Ein ausführlicher Ratgeber zum Thema Pflege kann unter *www.betaCare.de/ratgeber.html* kostenlos heruntergeladen werden.

Adressen

Die folgenden Organisationen informieren über kostenlose Familienberatung, Hilfsangebote und Beratungsstellen vor Ort.

Kinderwunsch

Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft" e.V.
Hauptgeschäftsstelle
Hillebachstraße 20, 37632 Eimen
Telefon und Fax: 05565 9119113
E-Mail: HGST@initiative-regenbogen.de
www.initiative-regenbogen.de

Wunschkind e.V.
Metzgeshauser Weg 20, 42489 Wülfrath
Telefon und Fax: 01805 002166
E-Mail: kontakt@wunschkind.de
www.wunschkind.de

PFAD – Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V.
Oranienburger Straße 13–14, 10178 Berlin
Telefon 030 948794-23
Fax 030 479850-31
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 408795-0
Fax 0211 408795-26
E-Mail: evap@evangelische-adoption.de
www.evangelische-adoption.de

Bundesamt für Justiz, Bundeszentralstelle für Auslandsadoption
Adenauerallee 99–103, 53113 Bonn
Telefon 0228 99410-5415
Fax 0228 410-5402
E-Mail: auslandsadoption@bfj.bund.de
www.bundesjustizamt.de > Themen > Bürgerdienste > Auslandsadoption

Sexualität, Schwangerschaft, Beziehung, Ehe

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
Mainzer Landstraße 250–254, 60326 Frankfurt/Main
Telefon 069 2695779-0
Fax 069 2695779-30
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 369488-0
Fax 0228 369488-69
E-Mail: info@donumvitae.org
www.donumvitae.org

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt
Telefon 069 7953497-1
Fax 069 7953497-2
E-Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de
www.bfhd.de

Kinder, Kinderschutz, Erziehung

Bundeskonferenz 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 214809-0
Fax 030 214809-99
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 8992-0
Fax 0221 8992-300
E-Mail: redaktion@fruehehilfen.de
www.fruehehilfen.de

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei
Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V.
Sternstraße 9–11, 40479 Düsseldorf
Telefon 0211 497680-0
Fax 0211 497680-20
E-Mail: info@dgfpi.de
www.dgfpi.de

Bundesverband für Kindertagespflege e.V.
Baumschulenstraße 74, 12437 Berlin
Telefon 030 780970-69
E-Mail: info@bvktp.de
www.bvktp.de

Belastung, Krankheit, Pflege

Deutsches Müttergenesungswerk – Elly Heuss-Knapp-Stiftung
Bergstraße 63, 10115 Berlin
Telefon 030 330029-0
Fax 030 330029-20
E-Mail: info@muettergenesungswerk.de
www.muettergenesungswerk.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.
Thomas-Mann-Straße 2–4, 53111 Bonn
Telefon 0228 249993-0
Fax 0228 249993-20
E-Mail: kontakt@bagso.de
www.bagso.de

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.
Am Karlsbad 15, 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Fax 030 235009-44
E-Mail: bgst@dptv.de
www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de

Wohlfahrtsverbände

AWO Bundesverband e.V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
Telefon 030 26309-0
Fax 030 26309-32599
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
Online-Beratung unter *https://beratung.caritas.de*

Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Agnes-Neuhaus-Straße 5, 44135 Dortmund
Telefon 0231 557026-22
Fax 0231 557026-60
E-Mail: info@skf-zentrale.de
www.skf-zentrale.de

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1, 10115 Berlin
Telefon 030 65211-0
Fax 030 65211-3333
E-Mail: diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de
Online-Beratung unter *https://hilfe.diakonie.de*

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.
Hebelstraße 6, 60318 Frankfurt am Main
Telefon 069 944371-0
Fax 069 494817
E-Mail: zentrale@zwst.org
www.zwst.org

Kassen, Versicherungen, Ämter

Die folgenden Webseiten informieren über die zuständige Pflegekasse, Rentenversicherung, Unfallversicherung, das Jugendamt und das Finanzamt.

Nähere Informationen zu Leistungen und Zusatzleistungen der Krankenkassen:

- *www.krankenkassen.de*
- *www.krankenkasseninfo.de*
- *www.gesetzlichekrankenkassen.de*
- *www.krankenkassenzentrale.de/wiki/familienversicherung*
  (Informationen zur gesetzlichen Familienversicherung)

Generell ist jeder dort pflegeversichert, wo er krankenversichert ist.

Rentenversicherungsträger:

www.deutsche-rentenversicherung.de > Beratung & Kontakt > Beratung suchen & buchen

Unfallversicherungsträger:

www.dguv.de/de > Versicherung > Zuständigkeit
oder telefonisch bei der kostenlosen Infoline der Gesetzlichen Unfallversicherung: 0800 6050404

Jugendamt:

www.familienportal.de > Ihre Beratung vor Ort > Thema: Jugendamt

Finanzamt:

www.bzst.de > Service > Behördenwegweiser > Finanzamtsuche

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – Informationstool Familienleistungen:

Anspruch auf Familienleistungen und -hilfen: *https://infotool-familie.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: Ruth Fries, Maria Kästle, Simone Kreuzer, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz
Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten
© 2020
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.

2. Auflage, Juli 2020

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de

QUALITÄTSSICHERHEIT
beta Institut
sozialrechtl. & psychosoziale Informationen

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
- Osteoporose & 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