

KINDERNETZWERK



WIR HELFEN WEITER

Teilhabe für alle - *Online-Link-Wegweiser* von Kindernetzwerk e.V.



Kindernetzwerk e.V.

Hanauer Straße 8
63739 Aschaffenburg
Telefon: 0 60 21-1 20 30
Fax: 0 60 21-1 24 46
info@kindernetzwerk.de

Eine Handreichung

IMPRESSUM

Herausgeber:

Kindernetzwerk e.V. - für Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene mit chronischen Krankheiten und Behinderungen

Hanauer Straße 8
63739 Aschaffenburg

Telefon: 0 60 21/1 20 30

E-Mail: info@kindernetzwerk.de

Internet: www.kindernetzwerk.de

Spendenkonto:

Sparkasse Aschaffenburg-Alzenau
Spendenkonto-Nr. 924 290
IBAN DE0279550000000924290
BIC BYLADEM1ASA

Vorstand:

Dr. Annette Mund (1. Vorsitzende)
Dr. Wolfram Hartmann (1. Stellvertretender Vorsitzende)
Volker Koch (2. Stellvertretender Vorsitzender)
Dr. Richard Haaser (Kassenwart)
Dr. Theodor Michael (Schriftführer)
Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß (Ehrevorsitzender)

Geschäftsführer:

Dipl. Volkswirt Raimund Schmid

Gestaltung:

Hartmut Kreutz

Fotos:

Hartmut Kreutz

Druck:

Kindernetzwerk e.V.

Stand:

Februar 2017

**Das Kindernetzwerk verbindet Menschen, bündelt Wissen
und Themen und hilft weiter.**

EINLEITUNG

Teilhabe für alle- Online-Link-Wegweiser von Kindernetzwerk e.V.

Eine Handreichung

An der Erarbeitung dieser Handreichung haben mitgewirkt:

Claudia Groth, Kinder Pflege-Netzwerk

Roman Nitsch (Vorstand Caritas Mannheim)

Cordula Ulbrich (INTENSIV Kinder zu Hause e.V.)

Heidrun Siebel-Wiese (Sozialamt Stuttgart)

Nadine Szepan, Abteilungsleiterin Pflege im AOK BV

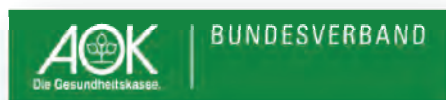
Dr. Annette Mund (Bundesvorsitzende Kindernetzwerk e.V.)

Raimund Schmid (Geschäftsführer von Kindernetzwerk e.V.)

Alle Mitglieder des Kindernetzwerk-AK's „Versorgung und Pflege“

Hartmut Kreutz (Layout und Visualisierungen)

Das Kindernetzwerk bedankt sich bei allen für das große Engagement



**und beim AOK-Bundesverband für
die finanzielle Unterstützung.**

Einführung zu diesem Online-Link-Wegweiser für eine bessere Teilhabe von Familien mit besonderem Bedarf

Die Gesellschaft besteht aus vielen Individuen, von denen ein Teil ganz spezifische Hilfestellungen benötigen. Kinder, Jugendliche und junge Menschen sowie junge Familien sind dabei in ganz besonderer Weise auf Unterstützung angewiesen. Ganz wesentlich für die psychische Stabilität und das psychische Gleichgewicht betroffener Eltern und des gesamten Familiensystems sind dabei Kenntnisse und das Wissen um Entlastungsmöglichkeiten, zustehende Hilfen und zur Verfügung stehende Finanz- und Sachleistungen aus dem Sozialsystem.

Um diese Menschen aufzufangen und rechtlich abzusichern, haben die politisch Verantwortlichen in vielen Jahren durchaus hilfreiche und passende Gesetze auf den Weg gebracht. Da sich die Gegebenheiten in einer Gesellschaft immer verändern, ist dieser Gesetzgebungsprozess allerdings niemals abgeschlossen. So werden auch in Zukunft Gesetze angepasst, verändert und neu verabschiedet werden müssen. Um als Betroffener diese Entwicklung nicht zu verpassen und die wesentlichen Gesetzestexte und relevante Gesetzespassagen rasch auffinden zu können, hat Kindernetzwerk e.V. mit Unterstützung des AOK-Bundesverbands **einen Online-Link Wegweiser** erarbeitet.

Bisher gibt es Sozialwegweiser krankheitsübergreifend oder auch indikationsspezifisch und zumeist in gedruckter Form. Oft werden die speziellen Bedarfe von Kindern, jungen Menschen ihren Familien und Angehörigen nicht explizit aufgeführt.

Hier nun werden diagnoseunabhängig, relevante Gesetze aufgeführt und auch - falls vorhanden – direkt auf weiter erläuternde Link-Seiten bzw. Hyperlinks verwiesen, über die weitergehende Informationen eingeholt und verständliche Erläuterungen zur Bedeutung der jeweiligen Gesetzes-Paragrafen eingeholt werden können.

Der Online-Link-Wegweiser wird konstant weiterentwickelt. Das Kindernetzwerk wird mit Unterstützung seines Arbeitskreises „Versorgung und Pflege“ und des AOK-Bundesverbandes den Gesetzesdschungel durchleuchten und diesen Wegweiser stetig ausbauen und weiter qualifizieren.

Am Anfang steht für die meisten Familien zunächst einmal eine Diagnose. **Gesetze können erst dann greifen oder Paragrafen erst dann zur Anwendung kommen, wenn die Krankheit einen Namen hat.** Nicht immer können aber beim Vorliegen unterschiedlicher Krankheitssymptome umgehend Diagnosen gestellt werden.

Bei seltenen Erkrankungen trifft dies besonders häufig zu. Wer schon lange vergeblich nach einer Diagnose sucht, kann über folgende Links vielleicht Klarheit erhalten, **wobei hier besonders betont sein soll, dass jede Verdachtsdiagnose, die über eine Internetrecherche ermittelt wird, mit einem Facharzt/einer Fachärztin abgesprochen werden sollte.**

http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/umr_zuk/27260.html

<http://www.kgu.de/kliniken-institute-zentren/einrichtungen-des-klinikums/zentren/frankfurter-referenzzentrum-fuer-seltene-erkrankungen-frzse/frankfurter-referenzzentrum-fuer-seltene-erkrankungen-frzse.html>

Wer eine Diagnose hat, aber die vorliegenden medizinische Befunde nicht versteht, kann auf Unterstützung hoffen. Beispielsweise über die Online-Plattform „washabich.de“, über die man Diagnosen und medizinische Befunde sowie Fachbegriffe kostenfrei von versierten Medizinstudenten in eine leicht verständliche Sprache übersetzen lassen kann.

Link: <https://washabich.de>

Wenn nun aber alle Befunde vorliegen und eine Diagnose gestellt ist, greifen hierzulande eine Vielzahl von Sozialgesetzen. Gerade für Eltern kranker Kinder oder Familien mit besonderem Bedarf ist die gezielte, frühzeitige und vollständige Kenntnis und Anwendung der Sozialgesetze besonders wichtig, weil Kinder erst am Anfang ihres Lebens stehen und junge Eltern nichts verpassen wollen, was ihrem Kind nützlich sein könnte.



Sind Sie Eltern, Angehörige oder Pflegepersonen eines von Beeinträchtigung und Behinderung betroffenen Kindes?



Oder benötigen Sie Beratung und wollen wissen, welche Hilfen es für Sie und Ihr Kind gibt und wo Sie Ansprechpartner für die Pflege und Teilhabesicherung Ihres Kindes finden können?

Dann kann Ihnen dieser Leitfaden dabei helfen.

Es gibt **zwölf** Sozialgesetzbücher (SGB). Jedes Buch beschäftigt sich mit einem anderen Aspekt des sozialen Lebens in Deutschland.

Die ÜBERSICHT:

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

SOZIALGESETZLICHE REGELUNGEN

SGB I, § 1

Das erste Buch regelt die allgemeinen Vorschriften für alle Sozialversicherungszweige und enthält den allgemeinen Leistungskatalog, der in den einzelnen Büchern präzisiert und konkretisiert wird. Über alle Sozialbücher hinweg sind die Ansprüche auf Aufklärung, Beratung und Auskunft durch den Leistungsträger festgeschrieben.

Besonders wichtig sind die Regelungen zur Mitwirkung laut §§ 60ff. Alle Menschen, die Sozialleistungen beantragen oder erhalten, haben Mitwirkungspflichten, die, wenn sie nicht eingehalten werden, negative Folgen nach sich ziehen können - §§ 66 und 67 SGBI

Für Eltern ist § 36 SGBI wichtig, da er die Eigenständigkeit der Kinder auf Antragstellung von Sozialleistungen mit Vollendung des 15. Lebensjahres regelt. Die Kinder können eigenständig Anträge stellen, verfolgen und Sozialleistungen entgegen nehmen; die Eltern müssen allerdings als gesetzliche Vertreter informiert werden.

Im SGB I, **Absatz 1** heißt es:

„Aufgaben des Sozialgesetzbuchs: Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten.

Es soll dazu beitragen,

- Ein menschenwürdiges Dasein zu sichern
- Gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen
- Die Familie zu schützen und zu fördern
- Den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und
- Besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.“

Absatz 2 erklärt:

„Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, dass die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.“

Die große **Kindernetzwerkstudie**¹ ergab, dass...



...sich nur die wenigsten der Befragten mit den Gesetzen und Regelungen der Sozialgesetzbücher auskennen.

Oft fehlt ein Ansprechpartner, der über die gesetzlichen Hilfen informieren kann.

In der Kindernetzwerk-Umfrage gaben nur etwa 26% aller Befragten an, einen solchen zu haben.

¹ Studie des Kindernetzwerks und dem Institut für medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Eppendorf 2013/2014; gefördert vom AOK-Bundesverband.

Abteilung Prävention des AOK-Bundesverbandes (Hrsg.) (2015): Familie im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Berlin 2014

Wir wollen Ihnen nun im Folgenden die Gesetze vorstellen, die für Sie als Eltern, Angehörige oder Pflegepersonen von beeinträchtigten und behinderten Kindern wichtig sind

► **Für betroffene Familien sind die Sozialgesetzbücher V, VIII, IX, XI und XII relevant.**

Siehe auch: <https://dejure.org/>

SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

Alle Leistungen, die Sie über Ihren Kinder- und Jugendarzt oder den Hausarzt beziehen können und von den Krankenkassen getragen werden, werden in diesem Gesetzbuch beschrieben.

Hier **wichtige Leistungen lassen sich in drei Arten unterteilen:**

- a) **Verhütung von Krankheiten (§§ 20 – 24)**
- b) **Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26)**
- c) **Behandlung einer Krankheit (§§ 27 – 51)**

Zu a)

Hierunter fallen alle Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe. **Selbsthilfe** vermittelt Rat, Unterstützung und Hilfe und sollte immer aufgesucht werden. Die Angebote sind niedrigschwellig und kostenlos.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://www.nakos.de>

<http://www.bag-selbsthilfe.de/>

<http://www.achse-online.de/>

§ 20h beschreibt die Förderung der Selbsthilfe. Seit dem 01.01.2016 wurde der Satz pro gesetzlich Versichertem auf 1,05 € angehoben. Er wird in den folgenden Jahren nach einem bestimmten Schlüssel der Sozialversicherung (prozentuale Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV) angepasst. 2017 wird die Selbsthilfe mit 1,08 € pro Versichertem gefördert.

<http://www.kombabb.de>

„Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

§ 20d betrifft die **Schutzimpfungen**, die vom Kinder- und Jugendarzt, bzw. dem Hausarzt durchgeführt werden.

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/ImpfungenAZ_node.html

http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Schutzimpfungen-1222.html

§ 22 beschäftigt sich mit der **individuellen Verhütung von Zahnerkrankungen**.

§ 23 regelt die **medizinischen Vorsorgeleistungen**.

http://dejure.org/gesetze/SGB_V/23.html

§ 24 regelt u. a. die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter. Mutter/Vater-Kind-Kuren des Müttergenesungswerks/Elly-Heuss-Knapp-Stiftung werden hier geregelt.

Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren: [hier klicken](#)

Müttergenesungswerk: [hier klicken](#)

Zu b)

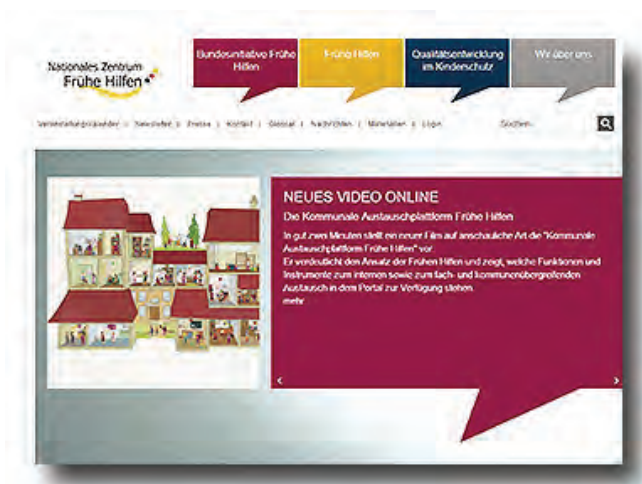
§ 25 behandelt die Formen der Gesundheitsuntersuchungen/Früherkennungsprogramme.

§ 26 befasst sich mit den **Kinderuntersuchungen** „zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Diese Untersuchungen werden häufig als „Us“ bezeichnet. In allen Bundesländern gelten zu den „Us“ verbindliche Einladungs- und, wenn ihnen nicht Folge geleistet wird, Melde- und Einbestellungsverfahren über die Jugendämter. Die Kinderuntersuchungen zählen zum Maßnahmenpaket der Frühen Hilfen (Präventionskette zur Sicherstellung des Kindeswohls).

<http://www.kinderaerzte-im-netz.de/vorsorge/>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Kindervorsorgeuntersuchung>

www.fruehehilfen.de



Zu c)

§ 27 definiert die **Krankenbehandlung** einschließlich Psychotherapie, Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation.

§ 31 beschreibt die Ansprüche der Versicherten auf **Arznei- und Verbandsmittel**,

§ 32 beschäftigt sich mit **HEILmitteln**, deren Zuzahlungsmodalitäten und Vergabe. Heilmittel sind:

- Maßnahmen der physikalischen Therapie (unter anderem Massagen und Krankengymnastik, inklusive der Methoden Bobath und Vojta)
- Maßnahmen der Ergotherapie
- Maßnahmen der Logotherapie
- Maßnahmen der Podologie²

<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>

<http://www.mdk.de/1320.htm>

§ 33 regelt die **HILFSmittelversorgung**.

Es muss eine vertragsärztliche Verordnung vorliegen, damit Hilfsmittel gewährt werden können. Zu den Hilfsmitteln gehören

- Hörgeräte
- Rollstühle
- Prothesen
- Sehhilfen
- Kommunikationsmittel³.

<http://nullbarriere.de/hilfsmittelversorgung.htm>

<http://hilfsmittel.bag-selbsthilfe.de/erstattungsfaehigkeit.html>

Sehr weitreichende Informationen zum Thema Kinder-Hilfsmittel stehen im Internet-Portal der Internationalen Fördergemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V., einem Zusammenschluss von Herstellern im Hilfsmittelbereich für Kinder:



§ 37 (1) regelt die **häusliche Krankenpflege**; „Die häusliche Krankenpflege umfasst die im

² www.kinderpflegenetzwerk.de/pflege-projekte/elternbroschuere/, S. 6

³ A. a. O.;

[§ 37](#) (1) regelt die **häusliche Krankenpflege**; „Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.“

Je nach Schweregrad der Erkrankung ist es möglich, die Krankenpflege für einen erheblich längeren Zeitraum zu bekommen (Krankenhausvermeidungspflege).

[§ 37](#) (2) gilt für alle anderen Fälle von chronischer Erkrankung

Gehe zu: [GKV-Spitzenverband](#) (Häusliche Krankenpflege)

Gehe zu: [Pflege-ABC](#)

[§ 38](#) regelt die Möglichkeit, eine **Haushaltshilfe** gestellt zu bekommen. Die Krankenkasse hat die Kosten einer Haushaltshilfe zu übernehmen, wenn ein/e Versicherte/r den Haushalt nicht selbst weiterführen kann, keine andere im Haushalt lebende Person einspringen kann und ein Kind unter 13 Jahren **oder mit Behinderung** im Haushalt lebt. Die Haushaltshilfe beinhaltet die Versorgung des gesamten Haushalts und schließt etwa bei der Beschaffung und Zubereitung der Mahlzeiten alle üblicherweise im Haushalt zu versorgenden Personen ein.

Gehe zu: [GKV-Spitzenverband](#) (Haushaltshilfe)

[§ 40](#) beschreibt die Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**. [Kinder- und Jugendrehabilitation](#) sind hier zuzurechnen. Man kann einen Antrag auf eine Kinder- und Jugendrehabilitation bei der Krankenkasse oder der Rentenkasse stellen.

Links: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de und www.kindernetzwerk.de/kinder-und-Jugendrehabilitation

[§ 41](#) regelt die [medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter](#).

[§ 43a](#) beschreibt die [nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen](#). Diese werden in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), von sozialpädiatrischen Diensten, Kinderzentren (BaWü, Bayern), Kinder- und Jugendambulanzen (Berlin) und in Interdisziplinären Frühförderstellen erbracht.

„Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.“

**Das Kindernetzwerk unterstützt die Forderung nach einem stärkeren
Ausbau der SPZ-Struktur.**

§ 43a (2) gilt für „versicherte Kinder mit Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten **psychiatrischen** Behandlung erbracht werden.“

§ 45 regelt den Anspruch auf **Krankengeld bei Erkrankung des Kindes**. Er kann bewilligt werden, wenn die Versicherten, basierend auf einem ärztlichen Zeugnis, ihr erkranktes Kind zuhause beaufsichtigen und betreuen müssen, das Kind unter 13 Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und keine andere Person die Betreuung und Beaufsichtigung übernehmen kann. Die Dauer der Krankengeldzahlung ist auf **10 Tage/Jahr begrenzt**. Alleinerziehende erhalten **maximal 20 Tage** Kinder-Krankengeld. Zu beachten ist, dass die Krankschreibung auf die Mutter, den Vater, das heißt den Versicherten, ausgestellt werden muss.

Siehe hierzu:

<https://www.tk.de/tk/beratung/geburt-und-familie/kinderkrankengeld/40026>

<http://www.finanztip.de/krankengeld/kinderkrankengeld/>

Sozialmedizinische Nachsorge für schwerkranke Kinder: [hier klicken](#)

§ 60 SGB V Fahrkosten/Krankentransport (siehe hier):

<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/fahrkosten.html>

§ 66 SGB V Behandlungsfehler (siehe hier):

<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>

Patientenberatung (siehe hier):

<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/patientenberatung.html>

Informationen über Zuzahlungen für die wichtigsten Leistungen aus dem SGB V:

http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Zuzahlungen-Krankenversicherung-482.html



SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

„Insbesondere haben seelisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche ein besonderes Recht (Rechtsanspruch) auf „Eingliederungshilfe“, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“⁴

„Informationen über die Verfügbarkeit der gesetzlich vorgesehenen Leistungen der Jugendhilfe sind **beim örtlichen Jugendamt** zu erfragen, da diese Leistungen selbst oder über beauftragte Dritte (Freie Träger, privatgewerbliche Angebote) sicherzustellen sind. Auskunft können in der Regel auch die örtlichen Erziehungsberatungsstellen erteilen.“⁵

Unterstützungsleistungen der Jugendhilfe greifen in folgenden Feldern:

1. Information und Beratung

§ 1 Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe; Jugendhilfe soll ... (3, 2) „Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen.“

§ 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (2): Leistungen zur Förderung der Familie sind insbesondere (2) „Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen“.

§ 17 Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung

§ 28 Erziehungsberatung

Die Leistungen der Erziehungsberatung können von Eltern oder anderen Ratsuchenden kostenfrei und direkt in Anspruch genommen werden.

http://dejure.org/gesetze/SGB_VIII/28.html

2. Familiäre Belastungen

§ 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

„(2) Leistungen zur Förderung der Familie sind insbesondere Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung, insbesondere in belastenden Familiensituationen, die bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder einschließen“.

§ 20 Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (Familienpflege)

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Familienpflege>

⁴ Trost-Brinkhues, Gabriele (2015): Rechtliche und gesetzliche Grundlagen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche; Ein Überblick über die vorhandenen Gesetze und deren Bedeutung für Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern. In: Online-Ratgeber Teilhabe des KNW

⁵ Nitsch, Roman (2015): Online Handreichung des KNW

§ 22a Förderung in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege: „(4) Kinder mit und ohne Behinderung sollen, sofern der Hilfebedarf dies zulässt, in Gruppen gemeinsam gefördert werden.“

§ 23 Förderung in Kindertagespflege
Gesetzliche Grundlagen: [hier klicken](#)

§ 25 Unterstützung selbst organisierter Förderung von Kindern

§ 27 ff: Hilfen zur Erziehung: Hilfen zur Erziehung werden bei Bedarf in folgenden Formen geleistet: Erziehungsberatung (§ 28), Soziale Gruppenarbeit (§ 29), Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§ 30), Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31), Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32), Vollzeitpflege (§ 33), Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform (§ 34), Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35).
Diese Formen der Hilfe können auch jungen Volljährigen gewährt werden (§ 41).
<http://www.fzpsa.de/Recht/Fachartikel/KJHG-Kommentar/27>



§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(!) „Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- 1. Ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und**
- 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten sind.“**

Maßnahmen zur Eingliederungshilfe trägt das jeweils zuständige Jugendamt.

Es holt sich zur Erarbeitung des Maßnahmenkatalogs die fachmännische Beurteilung eines Gutachters ein; wesentlich ist, dass dieser Gutachter nicht gleichzeitig der den Fall betreuende Therapeut sein darf.

Rechtstipp auf [Anwalt.de](#): **Der berühmte § 35a SGB VIII:** [Hier klicken](#)
Moses online: **Was sind seelische Behinderungen:** [Hier klicken](#)

§ 36 regelt die **Mitwirkung der Betroffenen bei der Erstellung eines Hilfeplans:**

„(1) Der **Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche** sind vor der Entscheidung oder die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen.“

§ 41 betrifft die **Hilfeleistung für junge Volljährige - Hilfe in der Regel bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres**



SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - Schwerbehindertenrecht

Im **ERSTEN KAPITEL (§§ 1 – 16)** geht es um allgemeine Regelungen für behinderte und von **Behinderung** bedrohte Menschen.

§ 2 **Behinderung:** es geht um die Feststellung des Kausalzusammenhangs zwischen einer vorliegenden Behinderung und einer daraus resultierenden Teilhabe-Beeinträchtigung. Dieser Zusammenhang entscheidet über den Leistungsanspruch.⁶

§ 5 beschreibt die **Leistungsgruppen**. „Zur Teilhabe werden erbracht

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

§ 9 bestätigt das **Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten**.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Leistungsberechtigte Wünsche zur Leistung und Ausführung von Teilhabeleistungen anmelden kann und auf diese, falls sie berechtigt und erfüllbar sind, eingegangen werden soll. „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen.“

§ 14 und

§ 15 regeln die Frage der **Zuständigkeit der Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe**.

§ 17 (**ZWEITES KAPITEL**) regelt die **Ausführungen von Leistungen, Persönliches Budget**.

Satz 2 und 3 des Paragraphen bestärken die Führung eines selbstbestimmten Lebens des Leistungsberechtigten durch Beantragung des Persönlichen Budgets.

Es wird trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht und wird „in der Regel als Geldleistung ausgeführt“ und „soll ... die Kosten aller bisher festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringende Leistungen nicht überschreiten.“

⁶ A. a. O.

KAPITEL 3 (§§ 22 – 25) regeln die Gemeinsamen Servicestellen.

§ 22 beschreibt die **Aufgaben**,

§ 23 die **Servicestellen**. Gemeinsame Servicestellen bieten „behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten“ Beratung und Unterstützung an.

Die vorhandenen Reha-Servicestellen der Rehabilitationsträger kennen nur 27% aller Befragten. Zwar besserte sich der Wert gegenüber der Kindernetzwerkumfrage von 2004 (4%), dennoch ist der Befund nicht positiv zu bewerten.

Link: <http://www.reha-servicestellen.de>

Info:

“Die Servicestellen für Rehabilitation ... sind zwar organisatorisch immer bei einem bestimmten Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Rentenversicherungsträger, gesetzliche Unfallversicherungsträger, Agenturen für Arbeit, öffentliche Jugendhilfe oder dem Sozialhilfeträger) angesiedelt. Durch Bildung regionaler Beratungsteams stehen jedoch jeder „Gemeinsamen Servicestelle“ jederzeit die Mitarbeiter anderer Rehabilitationsträger für Rückfragen zur Verfügung.“⁷

Problem:

Die Servicestellen sind für Eltern und Angehörige häufig so schwer ausfindig zu machen, dass die meisten Ratsuchenden erst gar nicht bei ihnen landen. Deren Potentiale bleiben somit für viele Familien mit besonderem Bedarf weitgehend ungenutzt.

§ 30 **Früherkennung und Frühförderung**; die Leistungen werden als Komplexleistung, das heißt durch fachübergreifende Dienste und Einrichtungen erbracht. Medizinische, nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale, nichtärztliche therapeutische und sonderpädagogische Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten erfolgen durch Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF). Es gilt die **Arbeitshypothese „mit den Eltern für das Kind“**.

[http://www.einfach-teilhabe.de/DE/StdS/Kindheit Familie/Fruehfoerderung/fruehfoerderung_node.html](http://www.einfach-teilhabe.de/DE/StdS/Kindheit_Familie/Fruehfoerderung/fruehfoerderung_node.html)

<http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/hintergruende-grundlagen/fruehe-hilfen/bundesinitiative-fruehe-hilfen/>

Dennoch kennen die wenigsten Eltern bestehende Angebote zur Familienentlastung (78%) oder den Bereich der Frühförderung. 31% der befragten Eltern kennen dieses Angebot überhaupt nicht, 34% geben an, diese Maßnahmen „ein wenig“ zu kennen.

⁷ Trost-Brinkhues, Gabriele (2015): Teilhabe-Handreichung KNW

Problem:

„Medizinisch pflegebedürftige Kinder (INTENSIVkinder mit Tracheostoma, Beatmung und so weiter) werden von den Familien unterstützenden Diensten **NICHT** als Klienten angenommen. Teilnahme an Angeboten der Familienentlastung ist **NUR** in Begleitung von Pflegepersonal möglich. Hoher Doppelorgansiationsaufwand für Familien. Außerdem zahlt die Krankenkasse die Pflegestunden meist nicht für Freizeitaktivitäten. => gerade bei INTENSIVkindern meist KEINE Entlastung auf diesem Wege möglich.“⁸

Im KAPITEL 7 (§§ 55 – 59) geht es um **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**. Dies sind u.a. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind oder auch Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht (§ 55).

Weitere Einzelheiten siehe hier: http://dejure.org/gesetze/SGB_IX/55.html

§ 57 Förderung der Verständigung; hörbehinderten Menschen oder Menschen mit starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit werden erforderliche Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet, sofern die Verständigung mit der Umwelt eingeschränkt ist.

Weitere Einzelheiten siehe hier: http://dejure.org/gesetze/SGB_IX/57.html

§§ 109 ff klären **Begriff und Personenkreis der Integrationsfachdienste**.

(1) Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden.

(2) Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere

1. schwerbehinderte Menschen mit einem **besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,**
2. schwerbehinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung durch die Werkstatt für **behinderte Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt teilhaben sollen** und dabei auf aufwendige, personalintensive, individuelle arbeitsbegleitende Hilfen angewiesen sind sowie
3. schwerbehinderte **Schulabgänger, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt** auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.⁹

⁸ Ulbrich, Cordula (2015): Online Handreichung KNW

⁹ siehe https://dejure.org/gesetze/SGB_IX/109.html

Teil 2 des SGB IX

beinhaltet besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (**Schwerbehindertenrecht**).

§ 69 Feststellung der Behinderung, Ausweise; „Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) fest.“ Dem Antrag müssen aussagekräftige ärztliche Atteste/Unterlagen beigefügt werden. Die Stellen, bei denen ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden kann, sind je nach Bundesland verschieden. Ein **Ortsverzeichnis der Versorgungsämter** (mit Suchmaske) in Deutschland finden Sie [hier](#).

Ab einem GdB von 50% können verschiedene Nachteilsausgleiche gewährt werden - unentgeltliche (oder geringfügige Bezahlung für die) Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Parkerleichterungen, freier oder geringer Eintrittspreis kultureller Institutionen, Steuererleichterungen, Kfz-Steuerbefreiung, Wohngeldermäßigung.

Merkzeichen:

http://www.bmas.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html?cms_lv2=75922

Integrationshelfer:

http://www.bmas.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html?cms_lv2=75820





SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

In Deutschland gibt es zurzeit etwa 2,7 Mio. Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Darunter befinden sich laut amtlicher PG2 Statistik auch knapp 130.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 20 Jahren.¹⁰

Von den Befragten der Kindernetzwerkstudie gaben 60% an, eine **Pflegestufe (PS)** für ihre Kinder zu haben (35% PS I, 34% PS II, 31% PS III, beziehungsweise III+). Bei einem Drittel der Befragten wurde kein Antrag gestellt.

Bei 72 PS-Anträgen wurden 46% innerhalb der primär von Stoffwechselerkrankungen betroffenen Kindern abgelehnt und 33% der primär geistig beeinträchtigten Kindern aufgrund fehlender Anspruchsvoraussetzungen.

Über 98% der Kinder bis 15 Jahren mit einer Pflegestufe werden zu Hause versorgt.¹¹ In 98% der berechtigten Antragstellungen im Sinne des SGB XI werden Geldleistungen bezogen; 10,5% der Eltern nutzen ausschließlich Sachleistungen, 70,5% eine Kombination aus beiden.

Die Zufriedenheit mit der Begutachtung des Kindes zur Feststellung der Pflegestufe ist mit 77% der befragten Eltern hoch. In Hinsicht auf die Pflegeversicherungsleistungen äußern sich allerdings nur 51% aller Eltern zufrieden. Gerade Eltern von Kindern mit primär körperlichen Behinderungen (49%) und Mehrfachbehinderungen (45%) empfinden die Leistungen als nicht ausreichend.

§ 1 (4) Soziale Pflegeversicherung; „Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.“

§ 2 Selbstbestimmung; der Paragraf weist auf die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen hin, der den Leistungserbringer wählen und die Gestaltung der Hilfen religions- und kultursensibel wünschen kann.

¹⁰ Siehe <http://www.kinderpflegekompass.de/>

¹¹ Siehe [deutschlandweite Pflegestatistik 2011](#)

Beratungsangebote der Pflegekassen:

§ 7 Aufklärung und Auskunft; „die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartnern in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegeversicherung sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Sprache zu informieren und aufzuklären.“



Alle Kranken- und Pflegekassen halten **Aufklärungs- und Informationsmaterialien** in Druckversion und als Online-Fassungen vor, wie

- Erklärfilm zur Leistungen der Pflegeversicherung
- Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, niedrigschwellige Angebote (zu finden unter <https://www.youtube.com/watch?v=rf8yoSR8CY>)
- Erklärfilm zum Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Pflegebedürftigkeitsbegriff leicht erklärt (zu finden unter anderem auf dem YOU Tube Kanal der AOK): https://www.youtube.com/watch?v=3Mq3FW0k_NM
- Film zur Pflegebegutachtung des MDS: <https://pflegebegutachtung.de/versicherte/film-zur-pflegebegutachtung.html>
- Erklärfilm zu Angeboten der Unterstützung im Alltag
- Leistungsanspruch allgemein (ambulant/stationär) – Überblick: <https://www.youtube.com/watch?v=r5Z6acGnEpQ> und www.aok.de/pflege

§ 7a Pflegeberatung; „Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ... Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung).“

Pflegeberatung ist ein Leistungsanspruch!

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten oder beantragt haben, haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater. Bei bedarf koordinieren die Pflegeexperten der Pflegekasse die Organisation der notwendigen Leistungen für den Pflegebedürftigen. Die Pflegeberater kennen Leistungserbringer, niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote zur Unterstützung im Alltag und ehrenamtliche Anbieter vor Ort und können diese in die Versorgungsplanung mit einbinden. Aufgabe des Pflegeberaters ist es, den individuellen Hilfebedarf zu erfassen und zu analysieren. Er erstellt einen individuellen Versorgungsplan mit den erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen.

Weiterhin wirkt er auf die Durchführung der im Versorgungsplan festgestellten Maßnahmen hin, überwacht deren Durchführung und passt sie bei Bedarf an. Darüber hinaus informiert er über Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson.

Wer Fragen zur Pflege hat, kann sich an die nächste Krankenkassen-Geschäftsstelle, einen der zahlreichen Pflegestützpunkte oder direkt an den zuständigen Pflegeberater der Pflegekasse wenden.

Unter www.aok.de/palliativwegweiser

findet man die Namen und Kontaktdaten von **675 AOK-Pflegeberatern** sowie die Adressen und Kontaktdaten **von 319 Pflegestützpunkten**.

Eine Übersicht über **kommunale Beratungsstellen** liefert das Zentrum für Qualität in der Pflege unter <https://bdb.zqp.de/#/home>

Tipp: Alle Pflegekassen bieten eine Pflegeberatung für ihre großen wie auch für die kleinen Versicherten und Angehörigen an. Dieses Angebot ist aber in vielen Familien nicht bekannt oder es wird nicht genutzt. Informieren Sie sich daher bei ihrer Kasse und probieren Sie die Beratung, auf die Sie einen gesetzlichen Anspruch haben, einfach einmal aus.

Pflegekurse nach § 45 SGB XI

Spezielle Pflegekurse vermitteln pflegenden Angehörigen nützliches Basiswissen für den Pflegealltag. **Geschulte Fachkräfte zeigen den Eltern unter anderem, wie sie zuhause**

- Rückenschonend richtig heben und tragen
- Hilfreiche Handgriffe ausführen können

Sie erhalten wichtige Informationen

- Zum Thema Gesundheit
- Rund um die Hygiene
- Zu den Leistungen der Sozialversicherungen
- Zum Betreuungsrecht

Individuelle Schulungen

Treten bei der Pflege Ihrer Kinder sehr spezielle Fragen auf, können Eltern eine individuelle Pflegeschulung in Anspruch nehmen. Dabei kommt eine geschulte Pflegekraft nach Hause und schaut sich die individuelle konkrete Pflegesituation genau an. Anschließend zeigt und erklärt sie, was Eltern tun können. In der Regel dauert eine solche Schulung zwei Stunden. Die Kosten übernimmt die Pflegekasse. Bei Interesse kann man sich an die Pflegeberater wenden.

§ 14 **Begriff der Pflegebedürftigkeit**; wurde **zum 01.01.2017** neu definiert

*„Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde völlig neu definiert. Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind jetzt Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden **sechs Bereichen (Module)**:*

1. **Mobilität**
(z.B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen etc.)
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
(z.B. örtliche und zeitliche Orientierung etc.)
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
(z.B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)
4. **Selbstversorgung**
(z.B. Körperpflege, Ernährung etc. -> hierunter wird bisher die "Grundpflege" verstanden)
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
(z.B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuche, Therapieeinhaltung)
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
(z.B. Gestaltung des Tagesablaufs)

Dabei spielen die bisherigen Zeitorientierungswerte keine Rolle mehr.

Vielmehr geht es in der Regel um die Frage, ob die erforderliche Fähigkeit vorhanden ist und ob damit verbundene Tätigkeiten selbständig, teilweise selbständig oder nur unselbständig ausgeübt werden können.“¹²

Begutachtungsfristen: [hier klicken](#)

§ 15 **Ermittlung der Grade der Pflegebedürftigkeit**; **ebenfalls zum 01.01.2017**

Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs Bereichen, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten, für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit des Betroffenen eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten noch vorhanden sind.

Grundsätzlich gilt: je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

Die vergebenen Punkte für die verschiedenen Kriterien werden innerhalb eines Bereiches zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen, der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit

¹² <http://www.kv-media.de/pflegereform-2016-2017.php>

körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits berücksichtigt werden können: Und das sachgerecht und angemessen. Aus dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet. **Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Bereiche 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte in die Berechnung eingeht.**

„Zur Ermittlung eines Pflegegrades werden die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul addiert und - unterschiedlich gewichtet - in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. **Diese Gesamtpunkte ergeben die Zuordnung zum maßgeblichen Pflegegrad.**“

Pflegegrad 1:

geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2:

erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3:

schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4:

schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 5:

schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Das neue Begutachtungsinstrument eignet sich auch dafür, den Pflegegrad bei Kindern und Jugendlichen zu ermitteln.

Allerdings gelten für Kinder unter 12 Jahren andere Maßstäbe. Ob und in welchem Maß ein Kind pflegebedürftig ist, zeigt sich im Vergleich mit gesunden Altersgenossen (Peers).

Dabei muss der Gutachter nicht mehr wie bisher entscheiden, inwieweit fehlende Selbstständigkeit altersgemäß oder durch eine Krankheit bedingt ist. Dies leistet das Begutachtungsinstrument anhand vorgegebener Altersstufen selbst.

Der Gutachter kann ablesen, wie sich die Selbstständigkeit bei gesunden Kindern entwickelt und in wie weit das pflegebedürftige Kind davon abweicht. Den Unterschieden in der Selbstständigkeit sind feste Punkte zugeordnet.

Gleiches Alter, unterschiedliche Fähigkeiten

Ein Beispiel:

Ein zwölf Monate altes Kind mit einer schweren körperlichen und geistigen Behinderung kann sich aus eigener Kraft kaum bewegen. Es kann lediglich in Bauchlage den Kopf anheben. Ansonsten müssen seine Eltern es lagern, halten und tragen. Deshalb stuft der Gutachter in Modul Mobilität beim Kriterium „stabile Sitzposition halten“ als „unselbstständig“ ein. Die Übersicht mit der altersentsprechenden Entwicklung zeigt dem Gutachter, dass gesunde Kinder in diesem Alter die stabile Sitzposition selbstständig halten können. Die Abweichung des pflegebedürftigen Kindes in der Selbstständigkeit von seinen Altersgenossen beträgt hier drei Punkte.

Sonderregelung für Kinder unter 18 Monate

Da Kleinkinder bis 18 Monate von Natur aus in den meisten Bereichen des Alltagslebens Hilfe benötigen, können sie ohne Sonderregelung keine oder nur einen niedrigen Pflegegrad erreichen. Deshalb werden Kinder dieser Altersgruppe pauschal höher eingestuft. Liegt das Gesamtergebnis zwischen 47,5 und 70 Punkten, bekommt ein Kind unter 18 Monaten den Pflegegrad 4. Für alle anderen Altersstufen entspricht dieses Ergebnis Pflegegrad 3. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass für Kinder unter 18 Monaten nur die altersunabhängigen Module 3 und 5, die Fragen zur besonderen Bedarfskonstellation ausschlaggebend sind. Anstelle des Moduls 4 ist die Frage nach gravierenden Problemen bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen, Ausschlag gebend.

Nach dem 18. Lebensmonat erfolgt eine reguläre Einstufung, ohne dass eine erneute Begutachtung erfolgen muss. Diese erfolgt nur dann, wenn relevante Änderungen vorliegen.

Die meisten Leistungen der Pflegeversicherung stehen den Pflegebedürftigen ab dem 01.01.2017 erst ab Pflegegrad 2 zu:

Pflegegrad	Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige (monatlich)	Entlastungsbetrag (monatlich)	Verhinderungspflege (pro Jahr)	Kurzzeitpflege (pro Jahr)
1	-	125 €	-	-
2	316 €	125 €	1.612 €	1.612 €
3	545 €	125 €	1.612 €	1.612 €
4	728 €	125 €	1.612 €	1.612 €
5	901 €	125 €	1.612 €	1.612 €

Der ab dem 01.01.2017 für alle Pflegebedürftigen vorgesehene monatliche Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € entspricht in etwa den bisherigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Er steht weiterhin nur als sogenannte Pflegesachleistung zur Verfügung, das heißt, er wird von der Pflegekasse erstattet, wenn der Pflegebedürftige nachweist, dass er bestimmte qualitätsgesicherte Leistungen zur Förderung seiner Selbstständigkeit im Alltag oder zur Entlastung pflegender Angehöriger in Anspruch genommen hat. Mit dem Entlastungsbetrag können zum Beispiel sogenannte niedrighschwellige Betreuungsangebote oder Entlastungsleistungen wie beispielsweise die hauswirtschaftliche Versorgung bei anerkannten Trägern abgerufen werden. Familienentlastende Dienste bieten unter anderem auch Ferienbetreuung oder Freizeiten an, die ebenfalls mit Hilfe des Entlastungsbetrages (mit)finanziert werden können.

Am Ende eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommene Entlastungsbeträge können in das erste Folgehalbjahr übertragen werden.

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach der in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung gelten den Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.“



§ 28 a **neu Leistungen bei Pflegegrad 1**

„Dem Pflegegrad 1 dürfte ein Großteil der Antragsteller zugeordnet werden, der bislang nicht von den Leistungen der Pflegeversicherung profitieren konnte. Der Gesetzgeber eröffnet nun auch mit dem Pflegegrad 1 bei geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten einen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung im Sinne eines Präventionspflegegrades. Zur Zeit geht man hier von etwa 500.000 neuen Pflegebedürftigen - vorwiegend mit körperlichen Behinderungen - aus, die bislang keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.“

Bei Pflegegrad 1 sind folgende Leistungen vorgesehen:

- Pflegeberatung gemäß der §§ [7a](#) und [7b](#)
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß [§ 37 Absatz 3](#)
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß [§ 38a](#)
- Versorgung mit [Pflegehilfsmitteln](#) gemäß [§ 40](#) Absatz 1 bis 3 und Absatz 5,
- finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß [§ 43b](#),
- [Pflegekurse](#) für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß [§ 45](#).

Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß [§ 45b](#) in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann nur beim Pflegegrad I auch für die Sachleistung durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.

Zur ambulanten Pflege (siehe hierzu):

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/ambulante-pflege.html>

Ambulanter Pflegedienst (siehe hierzu):

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/ambulanter-pflegedienst.html>

Bei vollstationärer Pflege wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro geleistet.¹⁴

§ 39 **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr.¹⁵

¹⁴ A.a.O.

¹⁵ A.a.O.

Neu: „Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2.

Pflegegeld wird für bis zu 6 Wochen hälftig weitergezahlt. Der Anspruch beträgt weiterhin 1.612 EUR im Kalenderjahr für maximal 42 Kalendertage. Auch ist weiterhin ein Übertrag der halben Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege möglich.“

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Zur Erleichterung und Durchführung der Pflege können Pflegehilfsmittel in Anspruch genommen werden. Eltern werden an den Kosten für Pflegehilfsmittel beteiligt, wenn festgelegte Kostengrenzen überschritten werden. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel stehen monatlich 40 Euro zur Verfügung.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes können Familien mit pflegebedürftigen Kindern wie bisher bis zu 4.000 Euro je Maßnahme erstattet bekommen.

Die Pflegekasse bezuschusst Umbaumaßnahmen in der Wohnung, wenn dadurch die Pflege zuhause ermöglicht oder erheblich erleichtert wird

Hierzu Link zur AOK: <https://www.aok.de/inhalt/wohnraumanpassung-in-der-pflege/>

§ 42 Kurzzeitpflege

„Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung.“

Neu: „Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungszeitraum wird nunmehr eindeutig auf 8 Wochen festgesetzt. Die Leistungshöhe verbleibt bei 1.612 EUR, wobei die Aufstockung um die Mittel der Verhinderungspflege weiterhin möglich ist. Pflegegeld wird für bis zu 8 Wochen hälftig weitergezahlt.“¹⁶

§ 44 Leistung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen

„Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen ... in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.“

Neu: „Beiträge zur Rentenversicherung werden gezahlt, wenn ein Pflegegrad 2-5 vorliegt und die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der **MDK** soll im Rahmen der Begutachtung feststellen, ob die Pflegeperson **eine oder mehrere** pflegebedürftige Personen **wenigstens zehn Stunden** wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt.

Pflegten Personen am 31. Dezember 2016 regelmäßig mindestens 10 Stunden in der Woche verteilt auf mindestens zwei Tagen nicht erwerbsmäßig einen Versicherten ohne Pflegestufe, jedoch mit eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe 0), sind sie ab dem 1. Januar 2017 nach neuem Recht für diese Pflegetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

¹⁶ A.a.O.

Durch die Absenkung der erforderlichen wöchentlichen Mindestpflege von 14 Stunden auf künftig 10 Stunden, sowie durch die Einbeziehung der bisherigen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 (künftig übergeleitet in den Pflegegrad 2) ist künftig von einer nicht unerheblichen Ausweitung der sozial abgesicherten Pflegepersonen auszugehen.“¹⁷

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich selbstbestimmt und selbstständig in ihrer vertrauten Umgebung leben können – und pflegende Angehörige mit Rat und Tat unterstützt werden.

Die Pflegekassen unterscheiden drei Angebotsformen:

1. **Betreuungsangebote**, bei denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegerischer Anleitung die Tages- oder Einzelbetreuung zuhause übernehmen
2. **Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen**, bei denen pflegende Angehörige durch ausgebildete Pflegebegleiter gezielt entlastet und beraten werden
3. **Angebote zur Entlastung im Alltag**, die Pflegebedürftige bei der Bewältigung des Alltags oder im Haushalt unterstützen

Wer die Kosten für diese Leistungen erstattet bekommen möchte, darf nur Angebote in Anspruch nehmen, die nach Landesrecht anerkannt sind.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse nach den Leistungen und Kosten

für qualifizierte und anerkannte Unterstützungsangebote in Ihrer Nähe.

§ 45b Entlastungsbetrag

Jedem Pflegebedürftigen steht dafür ein Entlastungsbetrag zur Verfügung – **ab dem 01.01.2017 einheitlich 125 €/Monat**.

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 dürfen Pflegesachleistungsbeträge bis zu einer Höhe von **40%** für die Nutzung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag verwenden.

Der monatliche Entlastungsbetrag kann auch für die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeitpflege oder die Leistungen der ambulanten Pflege verwendet werden. Beiträge, die in einem Jahr nicht genutzt werden, können bis zum 30. Juni des folgenden Jahres genutzt werden.

NEU: Arbeitslosenversicherung der Pflegeperson

Pflegepersonen werden nach den Vorschriften des SGB III in der **Arbeitslosenversicherung** versichert. Hierbei ist nach § 26 SGB III grundsätzlich erforderlich, dass unmittelbar vor der Pflgetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosen-

¹⁷ A.a.O.

versicherung bestanden haben muss oder eine Leistung nach dem SGB III (zum Beispiel Arbeitslosengeld) bezogen wurde.

Diese Regelung greift nur, sofern nicht ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung - zum Beispiel aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung und so weiter - besteht.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden aus 50 % der monatlichen Bezugsgröße berechnet. Dies entspricht im Jahre 2017 1.487,50 € monatlich und damit einem monatlichen Beitrag in Höhe von 44,63 €. Für Pflegepersonen besteht damit die Möglichkeit, nach dem Ende der Pfl egetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.¹⁸

§ 44a **Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung**

Pflegepersonen können maximal 10 Arbeitstage/Jahr, d. h. auf den maximalen Zeitraum auf 14 Kalendertagen (2 Wochen) begrenzt¹⁹, Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld haben.

„Nach dem geplanten neuen § 44a Abs. 3 SGB XI haben pflegende Angehörige in einem Beschäftigungsverhältnis für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage, wenn sie für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können. Auch Personen, die einen sogenannten "Minijob" - also eine Beschäftigung mit einem Entgelt von bis zu 450 EUR im Monat - ausüben, haben Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld. Der Anspruch ist auf 10 Arbeitstage je Pflegebedürftigem begrenzt, d.h. mehrere Angehörige müssen sich diese 10 Tage ggf. aufteilen.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend, d.h. die Leistung wird in Höhe der Leistung des Kinderkrankengeldes gewährt. Hierbei ist anzumerken, dass die Berechnung des Kinderkrankengeldes ab 2015 völlig neu geregelt wird.“²⁰

Familienpflegezeit:
[hier klicken](#)



¹⁸ A.a.O.

¹⁹ <http://www.kv-media.de/pflegeunterstuetzungsgeld.php>

²⁰ A.a.O.

Und schließlich **noch zwei weiterführende Links** für all die Familien, die über die möglichen Pflegeleistungen hinaus weitere ganz spezifische Bedarfe haben:



www.oskar-sorgentelefon.de

Das erste Sorgentelefon für Familien mit sterbenskranken Kindern über eine von Bundesverband Kinderhospiz eingerichtete Hotline.



www.vigolichtblick.de

Ein ganz besonderes Angebot zur sehr weitreichenden Begleitung von Familien mit schwerwiegend chronisch kranken Kindern der AOK Rheinland/Hamburg

SGB XII – Sozialhilfe

„Im SGB XII werden zunächst einmal alle Leistungen der Sozialhilfe beschrieben.
Für chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche und ihre Familien sind aber besonders die §§ 53 bis 60 relevant.“²¹

SECHSTES Kapitel – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen; wesentlich hier § 53 (1) und (2) „Leistungsberechtigte“

§ 53 (3) Leistungsberechtigte und Aufgabe;

„Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.“

§ 54 Leistungen der Eingliederungshilfe

Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf, und weitere

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: [hier klicken](#)

Grundpflege/Eingliederungshilfe: [hier klicken](#)

§ 55 Sonderregelungen für behinderten Menschen in Einrichtungen

http://dejure.org/gesetze/SGB_XII/55.html

§ 57 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Sehr ausführliche weiterführende Infos gibt es unter:

http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Personliches-Budget-823.html

Weiterführende Erläuterungen zu den § 53 bis 60 stehen unter:

[buzer.de](#)

[Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland \(ISL e.V.\)](#)

[forsea.de](#)

[assistenzoerse.de](#)

[mobile-dortmund.de](#)

²¹ Trost-Brinkhues, Gabriele (2015): a.a.O.

Hinweis am Ende:

Dieser Online-Link-Wegweiser wird von den Autoren immer wieder erweitert und qualifiziert werden, so dass die darin enthaltenen Links und Informationen in Zukunft von den Nutzern noch besser eingeordnet und noch zielgerichteter genutzt werden können.

