SOZIALRECHTLICHE INFORMATIONEN

Für Familien mit
einem krebskranken Kind

HOFFNUNG AUF HEILUNG

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

Aktion für krebskranke Kinder e.V.

Dachverband

SOZIALRECHTLICHE INFORMATIONEN

Für Familien mit einem krebskranken Kind

Schriftenreihe der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe
– Aktion für krebskranke Kinder e.V. – Dachverband

Herausgegeben von: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
– Aktion für krebskranke Kinder e.V. –
Dachverband
Adenauerallee 134, 53113 Bonn

Tel.: 0228 / 68846-0; Fax: 68846-44

mailto: info@kinderkrebsstiftung.de
www.kinderkrebsstiftung.de

Überarbeitung der aktuellen Auflage: Maren Bösel, Elke Frackenpohl
Volker Krötz, Celal Aktas (Kap. VI)

Stand: 2013 (22. Auflage)

Druck: Wilhelm Werner, Bonn

Diese Broschüre enthält sozialrechtliche Hinweise für Familien mit krebskranken Kindern. Sie wurden zusammengetragen aus der Erfahrung der sozialrechtlichen Berater in den kinderonkologischen Abteilungen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Hinweise sind nicht rechtsverbindlich. Für eine umfassende rechtsverbindliche Aufklärung empfehlen wir die Einholung von Auskünften einschlägiger sozialberatender Institutionen und/oder rechtsanwaltlichen Rat.

Download unter: http://www.kinderkrebsstiftung.de

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT **4**

KURZER ÜBERBLICK ÜBER DAS SOZIALGESETZBUCH (SGB) **5**

SOZIALRECHTLICHE MÖGLICHKEITEN AUF EINEN BLICK **8**

I. DIE PFLEGEVERSICHERUNG (SGB XI) **10**
1. Grundprinzipien des SGB XI 10
2. Begriff der Pflegebedürftigkeit 10
3. Stufen der Pflegebedürftigkeit 11
4. Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) 12
5. Leistungen der Pflegeversicherung 14

II. LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN (SGB V) **18**
1. Zuzahlungen und Belastungsgrenze 18
2. Fahrkosten (§ 60 SGB V) 20
3. Kinderpflege-Krankengeld (§ 45 SGB V) 21
4. Mitaufnahme einer Begleitperson (§ 11 SGB V) 22
5. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) 22
6. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) 24
7. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen (§ 43 Abs. 2 SGB V) 24
8. Zuzahlungen auf einen Blick 25

III. LEISTUNGEN FÜR BEHINDERTE UND VON BEHINDERUNG BEDROHTE MENSCHEN (SGB IX) **26**
1. Der Schwerbehindertenausweis 26
2. Steuerliche Vergünstigungen 30
3. Frühförderung 31
4. Rechte und Hilfen bei der Berufsausbildung und im Arbeitsleben 31

IV. WEITERE SOZIALLEISTUNGEN **34**
1. Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) 34
2. Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) 34
3. Wohngeld 37

V. NACHSORGEMASSNAHMEN FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND FAMILIEN **38**
1. Familienorientierte Rehabilitation (FOR) 38
2. Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene 39

VI. BESONDERE HINWEISE FÜR AUSLÄNDISCHE PATIENTEN **40**
1. Gesetzliche Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht 40
2. EU-Bürger 41
3. Asylbewerber 42
4. Duldung 42

VII. KLINIKSCHULE UND HAUSUNTERRICHT **43**

VIII. FINANZIELLE ZUSCHÜSSE **44**
1. Sozialfonds des Dachverbands Deutsche Leukämie-Forschungshilfe e.V. 44
2. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e.V. 44
3. Krebsgesellschaften der Bundesländer 45
4. Fördervereine und Elterngruppen für krebskranke Kinder 45

IX. ADRESSEN UND WEITERE AUSKÜNFTE **46**

ANHANG: LITERATURÜBERSICHT **47**

Liebe Eltern,

durch die Erkrankung Ihres Kindes werden Sie mit den vielfältigsten Problemen konfrontiert. Lassen Sie sich nicht entmutigen und seien Sie auch bereit, die sozialrechtlichen Möglichkeiten rechtzeitig auszuschöpfen, die Ihnen vom Gesetzgeber angeboten werden.

Vielleicht werden Sie sagen: Dies alles kann mir die Gesundheit meines Kindes nicht wiedergeben; oder: Ich habe jetzt genug andere Probleme, ich kann mich nicht auch noch mit solchen Verwaltungsparagraphen abgeben. Deshalb sollten Sie mit den Sozialdiensten in Ihrer Klinik sprechen, die Ihnen, soweit möglich, helfen werden. Bedenken Sie auch, dass Sie in der nächsten Zeit durch die ständigen Fahrten ins Krankenhaus und/oder doppelte Haushaltsführung, Geschwisterbetreuung etc. sehr viele außergewöhnliche und auch finanzielle Belastungen verkraften müssen.

In der jüngsten Zeit sind viele Gesetze im Gesundheitswesen verändert worden. Da fällt es schwer, sich im Dickicht der Verordnungen zurecht zu finden. Wir möchten Sie mit den anschließenden sozialrechtlichen Ausführungen über Möglichkeiten der Hilfe informieren.

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
– Aktion für krebskranke Kinder - e.V. (Dachverband Bonn)

KURZER ÜBERBLICK ÜBER DAS SOZIALGESETZBUCH (SGB)

Grundgedanken unseres Sozialrechtes sind die Gleichbehandlung der Menschen vor dem Gesetz sowie die Fürsorge für Bedürftige. Die sozialen und gesundheitlichen Leistungen und deren Bedingungen sind im „Sozialgesetzbuch“ (SGB) zusammengefasst worden:

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

Die Voraussetzungen sind im SGB I §§ 1+2 dokumentiert:

§ 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuchs

(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen,

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

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

§ 2 Soziale Rechte

(1) Der Erfüllung der in § 1 genannten Aufgaben dienen die nachfolgenden sozialen Rechte. Aus ihnen können Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im Einzelnen bestimmt sind.

(2) Die nachfolgenden sozialen Rechte sind in der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden.

Über die Sozialleistungen geben die §§ 11-15 (SGB I) Auskunft:

§ 11 Leistungsarten

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Die persönliche und erzieherische Hilfe gehört zu den Dienstleistungen.

§ 12 Leistungsträger

Zuständig für die Sozialleistungen sind die in den §§ 18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger). Die Abgrenzung ihrer Zuständigkeit ergibt sich aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs.

§ 13 Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind *verpflichtet*, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

§ 14 Beratung

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 15 Auskunft

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

(3) Die Auskunftsstellen sind verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

Wichtige Hinweise für das Antragsverfahren

Alle Sozialleistungen können nur auf Antrag gewährt werden. Deshalb ist es sinnvoll, den Antrag frühzeitig zu stellen, weil die Einforderung von Leistungen – bis auf wenige Ausnahmen – im Nachhinein nicht möglich ist. Der Antrag kann schriftlich oder mündlich gestellt werden. Für den schriftlichen Antrag kann man einen evtl. vorliegenden Vordruck verwenden oder ihn „formlos“ stellen. Meist ist es sinnvoller, die Vordrucke auszufüllen, weil dort alle Daten abgefragt werden, die für die Prüfung der Leistungsgewährung wichtig sind.

Sie sind verpflichtet, Auskünfte über Ihre Situation zu erteilen, weil sich die beantragten Hilfen an Ihrer persönlichen Situation orientieren. Dies schließt auch ein, dass Sie mögliche Änderungen Ihrer Lebenssituation von sich den Institutionen mitteilen, von denen Sie Hilfe erfahren. Möglicherweise verändert sich dadurch das Ausmaß der unterstützenden Hilfsleistungen. Falls Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, müssen Sie mit negativen Konsequenzen rechnen.

Der Antrag wird vom Sachbearbeiter schriftlich oder auch mündlich beantwortet. Sind Sie mit der mündlichen Antwort nicht zufrieden, können Sie verlangen, dass Sie einen schriftlich Bescheid erhalten.

Falls aus Ihrer Sicht falsch entschieden wurde, also Ihrem Antrag gar nicht oder nur teilweise entsprochen wurde, können Sie Widerspruch einlegen. Die Widerspruchsfrist wird in schriftlichen Bescheiden in der „Rechtsbehelfsbelehrung“ genannt und beträgt in der Regel vier Wochen. Sollte ein Bescheid keine oder eine unrichtige Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr (§§ 36 und 62 SGB X in Verbindung mit § 66 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Ist die Frist versäumt, kommt die bereits mitgeteilte Entscheidung zur Geltung. In diesen Fällen kann nur ein neuer Antrag eingereicht werden, durch den allerdings die verflossene Zeit nicht berücksichtigt wird. Wenn der Bescheid auf den Widerspruch ebenfalls nicht richtig erscheint, können Sie beim Sozialgericht Klage einreichen.

Häufig ist dem Antragsteller nicht klar, welcher Rehabilitationsträger für die Leistungen zu Teilhabe (§5 SGB IX), wie u.a. zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, zuständig ist. Laut Gesetz (§ 14 SGB IX) muss der Rehabilitationsträger (Rentenversicherung, Arbeitsagentur, Krankenkasse etc.), bei dem die Leistung beantragt wurde, innerhalb von 14 Tagen feststellen, ob er nach dem geltenden Leistungsgesetz für die beantragte Leistung zuständig ist. (*Weitere Hinweise dazu findet man auch in der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vom 08.11.2005 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, www.bar-frankfurt.de*)

Datenschutz: Alle Angaben gegenüber den Behörden werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

SOZIALRECHTLICHE MÖGLICHKEITEN AUF EINEN BLICK

Was? ***Wo?***

Schwerbehindertenausweis § 69 Abs. 5 SGB IX **Stadt- od. Kreisverwaltung**

Frühförderung § 30 SGB IX **Sozial- und Gesundheitsämter**

Steuerliche Vergünstigungen **Finanzamt**

1. Pauschalbetrag für Körperbehinderte § 33b EStG
2. Außergewöhnliche Belastungen § 33 EStG
3. Pauschalbetrag für Kfz-Kosten § 33 EStG
4. Pauschalbetrag für Pflege § 33b Abs. 6 EStG
5. Freibetrag für die Beschäftigung einer Haushaltshilfe § 33a Abs. 3 EStG
6. Befreiung von der Kfz-Steuer § 3a KraftStG

Krankenkassenleistungen (SGB V) **Krankenkasse**

1. Fahrkostenerstattung § 60 SGB V
2. Haushaltshilfe § 38 SGB V
3. Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V
4. Heil- und Hilfsmittel §§ 32, 33 SGB V
5. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen („Kur“) § 40 SGB V / auch § 31 SGB VI
6. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes § 45 SGB V
8. Mitaufnahme als Begleitperson § 11 Abs. 3 SGB V

8.1. Übernahme der täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson

8.2. Erstattung von Verdienstausfall als Begleitkosten der stationären Behandlung

9. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen § 43 SGB V

Pflegekassenleistungen (SGB XI) **Pflegekasse**

1. Hilfen bei häuslicher Pflege
2. Pflegegeld
3. Pflege bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson
4. Pflegesachleistung (Einsatz von Pflegefachkräften)
5. Kombination Geld-/Sachleistung
6. Leistungen der sozialen Sicherung für Pflegepersonen
7. Zuschüsse für pflegebedingte Umbaumaßnahmen in der Wohnung
8. Pflegekurse für Angehörige

Jugendhilfeleistungen (SGB VIII) **Jugendamt**

Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen § 20 SGB VIII

Wohngeld nach Wohngeldgesetz (WoGG) **Wohnungsamt**

Erhöhte Frei- und Abzugsbeträge bei Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (§ 13 WoGG)

Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)

Arbeitslosengeld II / Sozialgeld **Arbeitsagentur/Jobcenter**

Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) **Sozialamt**

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit
3. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
4. Hilfen zur Gesundheit
5. Hilfe zur Pflege
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
7. Hilfe in anderen Lebenslagen

Parkerleichterungen **Straßenverkehrsamt**

1. Parkerleichterungen für Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen "aG" im Schwerbehindertenausweis)
2. Parkerleichterungen außerhalb der aG-Regelung (§ 46 Abs. 1. Satz 1 Nr. 11 StVO)

Hilfen ohne Rechtsanspruch

1. Psychosoziale Dienste der Kliniken
2. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen, Städtische Träger (z.B. Jugendamt), Caritas, Diakonie, Kinderschutzbund, frei praktizierende Therapeuten
3. Beratung und einmalige finanzielle Hilfen: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe und Deutsche Kinderkrebsstiftung, Elternvereine für krebskranke Kinder und Jugendliche, Deutsche Krebshilfe

I. DIE PFLEGEVERSICHERUNG (SGB XI)

Nach dem Gesetz zur Pflegeversicherung können Leistungen für die Versorgung von Menschen in Anspruch genommen werden, die in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigen. Der Anspruch auf Versorgung im Bereich der Grund- oder Behandlungspflege kann auch auf Grundlage anderer Rechtsvorschriften bestehen.

Bitte beachten Sie daher auch die Bereiche „Leistungen der Sozialhilfe“ und „Leistungen der Krankenkassen“.

1. Grundprinzipien des SGB XI [1]

a) Grundsatz der Selbstbestimmung

Die Hilfen der Pflegeversicherung sollen so ausgestaltet und eingesetzt werden, dass sie dazu beitragen den Betroffenen die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der verbliebenen Fähigkeiten zu gewähren. Dazu gehört auch, dass der Pflegebedürftige (bzw. dessen Eltern) zwischen den Einrichtungen und Diensten unterschiedlicher Leistungsträger wählen kann. Soweit möglich, soll den Wünschen des Pflegebedürftigen entsprochen werden.

b) Vorrang der häuslichen Pflege

In besonderem Maße soll die häusliche Pflege gefördert werden. Hierdurch soll dem Bedürfnis vieler Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen entsprochen werden, trotz Pflegebedürftigkeit in den eigenen vier Wänden zu bleiben. Durch soziale Sicherung der Pflegepersonen, mit Unterstützung durch Sach-/Geldleistungen, mit Hilfsmitteln sowie Beratung und Fortbildung der Pflegepersonen stehen viele Möglichkeiten offen, um die o.g. Zielsetzung zu erreichen.

c) Vorrang von Prävention und Rehabilitation

Der Vorrang von Vorsorge und Wiederherstellung von Gesundheit vor der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wird ausdrücklich geregelt. D.h. die Gutachter der Pflegekassen müssen in jedem Fall auch die Frage der Vorsorge und Rehabilitation überprüfen.

2. Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

[1] siehe auch: Schmidt, Michael: *Guter Rat zur Pflegeversicherung*, München: dtv, 1994, S. 30 ff.

(2) Krankheiten und Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
   1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
   2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
   3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung und Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
   1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
   2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
   3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
   4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

3. Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI)

Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

Pflegestufe I

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

→ Für die Einordnung in diese Pflegestufe muss für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erkennbar sein, dass die Pflegeperson (keine Fachkraft) wöchentlich im Durchschnitt **mindestens 90 Minuten pro Tag** für die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung des Pflegebedürftigen aufbringt. Der pflegerische Aufwand bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität muss dabei mehr als 45 Minuten betragen.

Pflegestufe II

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

→ Der Zeitaufwand für diese Stufe muss im Wochendurchschnitt **mindestens drei Stunden täglich** betragen. Hierbei müssen auf die Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegestufe III

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

→ Für die Einordnung in diese Pflegestufe muss erkennbar sein, dass der durchschnittliche tägliche Pflegeaufwand **mindestens 5 Stunden täglich** beträgt. Davon müssen auf den Pflegeaufwand bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Begutachtung von pflegebedürftigen Kindern wird der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität nicht berücksichtigt. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor (z.B. bei schweren Fehlbildungen oder Erkrankungen einer oder mehrerer Organsystem, bei erschwerter und um Stunden zeitaufwendiger Nahrungsaufnahme oder Körperpflege).

Nach § 60 SGB I sind Sie verpflichtet, mögliche Änderungen im Umfang der Pflegebedürftigkeit von sich aus der Pflegekasse mitzuteilen. Wenn der zeitliche Aufwand für die Pflege des Kindes der zuerkannten Pflegestufe nicht mehr entspricht, kann eine Einstufung in eine höhere Pflegestufe beantragt werden („Höherstufungsantrag“). Bei einer Verringerung der Pflegebedürftigkeit kann die Änderungsmitteilung dazu führen, dass die Hilfe eingeschränkt wird.

4. Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Der medizinische Dienst der Krankenversicherungen prüft die Pflegebedürftigkeit. Dazu wird eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in der häuslichen Wohnung durchgeführt. Die Begutachtung erfolgt nach den Richtlinien der Pflegekassen.

Nachzulesen in: „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeitsrichtlinien (PflRi)“, und in den „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungsrichtlinien – BRi)“ (Downloadmöglichkeit unter www.mds-ev.org).

Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Tätigkeiten wie z.B. die Versorgung eines Broviac®- oder Hickman®-Katheters oder die Medikamentengabe sind Maßnahmen der Behandlungspflege und werden bei der Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI im Regelfall **nicht** berücksichtigt. Bestimmte krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen können aber unter Umständen bei der Ermittlung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfes berücksichtigt werden.

Im Bereich der Körperpflege

1. das Waschen,
2. das Duschen,
3. das Baden,
4. die Zahn- (und Mund-) Pflege,
5. das Kämmen,
6. das Rasieren (Haut- und Gesichtspflege),
7. die Darm- oder Blasenentleerung

im Bereich der Ernährung

1. das mundgerechte Zubereiten der Nahrung (unmittelbare Vorbereitung),
9. die Aufnahme der Nahrung (Umgang mit Besteck, portions- und temperaturgerechte Vorgabe)

im Bereich der Mobilität

10. Aufstehen und Zubettgehen,
11. An- und Auskleiden,
12. Gehen,*
13. Stehen,
14. Treppensteigen,
15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (nur für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause, wenn der Pflegebedürftige z.B. persönlich irgendwo erscheinen muss. Bei Kindern kann die Notwendigkeit der Begleitung zum Arzt zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen oder zur Inanspruchnahme ärztlich verordneter Therapien vorausgesetzt und einschließlich der Wartezeit als Hilfebedarf berücksichtigt werden, wenn sie mindestens einmal pro Woche anfällt. Die Fahr- und Wartezeiten sind für die Bemessung des Zeitaufwandes auf den Tag umzurechnen.)

im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung

16. das Einkaufen,
17. das Kochen (Vor- und Zubereitung),
18. das Reinigen der Wohnung,
19. das Spülen,
20. das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung (auch Bügeln),
21. das Beheizen (auch Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials)

Bei kranken oder behinderten Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr kann ein

* **Gewertet wird nur die Hilfezeit im Zusammenhang mit den genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.**

Zeitbedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung im Umfang von 45 Minuten als erfüllt angesehen werden, wenn der pflegerische Zeitaufwand in den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität für die Zuerkennung einer Pflegestufe erreicht wurde und ein über dem Bedarf eines gesunden, gleichaltrigen Kindes liegender hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf erkennbar ist. Bei einem Mehraufwand in der Grundpflege, der die Kriterien der Pflegestufe 2 oder 3 erfüllt, kann ein Zeitbedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung von wenigsten 60 Minuten anerkannt werden. Bei Kindern nach vollendetem 8. Lebensjahr muss der konkrete hauswirtschaftliche Mehraufwand genau dokumentiert werden. Kann in nachvollziehbar begründeten Fällen der bestehende Mehraufwand nicht genau dargestellt werden, kann auch hier unter den genannten Voraussetzungen in der Pflegestufe I ein Zeitaufwand von 45 Minuten, in den Pflegestufen II und III ein Zeitaufwand von jeweils wenigstens 60 Minuten bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen unterstellt werden.

Die Hilfe soll wie folgt aussehen:

- Unterstützung bei pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens (aktivierende Pflege) bedeutet, vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern. Bei Kindern kommen außerdem in Betracht die sog. „pflegeunterstützenden Maßnahmen“, d.h. Maßnahmen der Behandlungspflege, die von ungeschulten Angehörigen durchgeführt werden können und die Durchführung der in § 14 SGB XI aufgezählten Verrichtungen erst ermöglichen (nicht zu verwechseln mit den „therapieunterstützenden Maßnahmen“).
- Teilweise oder vollständige Übernahme dieser Verrichtungen bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann.
- Mit Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen ist gemeint, dass der Pflegebedürftige diese selbst durchführt.

5. Leistungen der Pflegeversicherung

5.1 Voraussetzungen

Um Pflegeleistungen zu erhalten, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein. Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert war. Für familienversicherte Kinder gilt dies als erfüllt, wenn ein Elternteil die Versicherung nachweisen kann.

Zunächst muss ein **Antrag bei der Pflegekasse** gestellt werden. Diese beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK), eine Begutachtung beim Antragsteller durchzuführen, um danach die Zuordnung zu einer Pflegestufe vorzunehmen. Die Pflegekasse bestimmt unter Berücksichtigung des Gutachtens die Pflegestufe. Das Ergebnis der Begutachtung soll nach spätestens 5 Wochen vorliegen. Wird der Antrag während einer stationären Behandlungsphase gestellt, verkürzt sich die Begutachtungsfrist auf ein Woche.

Es ist sinnvoll, alle Pflegemaßnahmen, die Sie mit ihrem Kind tagsüber und nachts durchführen, so genau wie möglich zu erfassen und die Zeit dafür zu messen. Bitte fordern Sie die DLFH-Broschüre „Pflege zu Hause“ – Hilfen für die Begutachtung durch den medizinischen Dienst“ an. So können Sie sich auf den Besuch des MDK gut vorbereiten. (Siehe Bücherliste auf S. 43f)

Die Höhe der jeweiligen Pflegeleistungen richtet sich nach der vom MDK festgestellten Pflegestufe. Der Pflegebedürftige hat ein **Wahlrecht** zwischen **Pflegesachleistungen** (z.B. durch professionelle Kräfte eines ambulanten Pflegedienstes) und **Pflegegeldleistungen** (z.B. bei der Pflege durch Familienangehörige oder eigenbeschaffte Pflegekräfte). Es ist möglich Pflegegeld und Sachleistungen prozentual beliebig miteinander zu kombinieren.

Leistungen bei häuslicher Pflege	**Stufe I**	**Stufe II**	**Stufe III**
Pflegegeld monatlich	€ 235	€ 440	€ 700
Pflegesachleistungen bis zu Ab 01.01.2012 (in besonderen Härtefällen)	 € 450	 € 1.100	 € 1.550 € 1.918
Urlaubs- und Verhinderungspflege für bis zu vier Wochen im Jahr (Voraussetzung: vorherige 6-monatige Pflege)	€1.550	€1.550	€1.550
durch nahe Angehörige (auf Nachweis werden notwendige Aufwendungen, Verdienstausfall, Fahrkosten bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet	€235	€440	€700
Tages- und Nachtpflege in einer teilstationären Vertragseinrichtung monatlich bis zu	€450	€1.100	€ 1.550
(Wenn der Bedarf diesen Rahmen sprengt, soll Rücksprache mit der Kasse gehalten werden.)			
Kurzzeitpflege für bis zu vier Wochen im Jahr in einer vollstationären Einrichtung bis zu	€ 1.550	€1.550	€1.550
Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht, wenn im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder in Krisensituationen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Kinder unter 18 Jahren sollen in besonders auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Einrichtungen (z.B. Betreuungsplätze in Einrichtungen für Kinder mit Behinderung) betreut werden.			
Urlaubs- und Verhinderungspflege bzw. Kurzzeitpflege werden nicht gegeneinander aufgerechnet.			

Als weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind u.a. vorgesehen:

- Technische Pflegehilfsmittel (z.B. Pflegebett, Transferhilfen),
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Einmalartikel, wie z.B. Einmalhandschuhe bis maximal 31 € im Monat)
- Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 2.557 € je Maß-

nahme unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenanteils, wenn andere Finanzierungsmöglichkeiten ausscheiden,

- unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

5.2 Soziale Absicherung der Pflegepersonen

Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig pflegen (z.B. Angehörige oder Nachbarn), werden sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung für häusliche Pflegekräfte, die mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegen und keine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Std. wöchentlich ausüben. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Pflegestufe. Darüber hinaus werden alle in dieser Zeit beitragsfrei in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt.

Bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und -verpflichtungen von Pflegepersonen werden Geldbeträge aus der Pflegeversicherung nur in Ausnahmefällen angerechnet (§ 13 Abs. 6 SGB XI).

5.3 Pflegezeit für Beschäftigte

Es ist möglich, sich für die Dauer von bis zu 6 Monaten für die Pflege eines Angehörigen von seinem Arbeitgeber vollständig oder teilweise freistellen zu lassen. Um kurzfristig die Pflege und Betreuung von Angehörigen organisieren zu können, besteht zukünftig neben dem Anspruch auf Pflegezeit ein Anspruch auf eine kurzzeitige Freistellung („kurzzeitige Arbeitsverhinderung“) für bis zu 10 Arbeitstage. Aus den Bestimmungen des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) kann kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung abgeleitet werden. Eventuell sehen arbeits- oder tarifvertragliche Regelungen oder weitere gesetzliche Bestimmungen (z.B. § 616 BGB) einen Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes vor. Dies muss deshalb individuell geprüft werden.

Wenn Arbeitnehmer einen Angehörigen pflegen, gilt für sie ein besonderer Kündigungsschutz, ähnlich wie beim Mutterschutz oder der Elternzeit. Der Kündigungsschutz beginnt bereits mit der Ankündigung der Pflegezeit (oder der kurzzeitigen Freistellung) und dauert bis zu deren Ende an. Der Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht jedoch nur in Betrieben, die mehr als 15 Beschäftigte haben.

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt während der Pflegezeit für die Pflegeperson nur erhalten, wenn eine Möglichkeit zur Familienversicherung besteht. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung versichern und den Mindestbeitrag entrichten. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag in der Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bleibt erhalten. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der Pflegekasse übernommen.

5.4 Pflegeberatung als Unterstützung für den Pflegebedürftigen

Seit Januar 2009 haben Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf Hilfe und Unterstützung durch Pflegeberater. In der Regel sind es Mitarbeiter der Pflegekasse. Aufgaben des Pflegeberaters sind:

- Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den MDK systematisch zu erfassen und zu analysieren
- Individuellen Versorgungsplan zu erstellen (inkl. erforderlicher Sozialleistungen)
- Auf die Durchführung des Versorgungsplans hinzuwirken und diesen zu überwachen
- Dokumentation

Siehe auch „Ratgeber für Menschen mit Behinderung Ausgabe 2010“, S.106ff, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

II. LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN (SGB V)

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind im Sozialgesetzbuch V aufgeführt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben die Aufgabe die Gesundheit der Versicherten wieder herzustellen und ihnen Leistungen zu gewähren, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

1. Zuzahlungen und Belastungsgrenze

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 % der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro.

Zur Vermeidung von übermäßigen Belastungen müssen jedoch nur Zuzahlungen bis zu einer individuellen Belastungsgrenze geleistet werden. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt die jeweilige Kasse für den Rest des Kalenderjahres eine Bescheinigung über die Befreiung von Zuzahlungen aus. In jedem neuen Jahr müssen wieder Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet werden.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von allen Zuzahlungen, außer zu Fahrkosten, Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung, befreit.

Als Belastungsgrenze gilt 2 % des Bruttoeinkommens aller Familienangehörigen (Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, familienversicherte Kinder), die in einem gemeinsamen Haushalt leben. Zum Familieneinkommen zählen die Einkünfte aller Familienangehörigen, z.B. Arbeitslohn, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, Kapitalerträge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Nicht angerechnet werden u.a. das Kindergeld, Pflegegeld, Erziehungsgeld und Blindengeld, BAföG, Wohngeld sowie alle anderen zweckgebundenen Zuwendungen, die für einen beschädigungs- oder behinderungsbedingten Mehrbedarf gewährt werden. Das Einkommen von Kindern, die selbst versichert sind (z.B. durch den Bezug einer Halbwaisenrente oder durch eine Berufsausbildung), wird bei der Ermittlung des Familieneinkommens nicht berücksichtigt. Vom Familieneinkommen werden Freibeträge für den Ehepartner und die Kinder in Abzug gebracht. Für die Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen aller Familienangehörigen berücksichtigt. Selbst versicherte Kinder werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze eigenständig betrachtet. Bei Beziehern von Sozialhilfe oder von Arbeitslosengeld II gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze.

Chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, müssen Zuzahlungen in Höhe von 1 % der Bruttoeinnahmen pro Kalenderjahr leisten.

Die so genannte „Chronikerregelung“ sieht vor, dass als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Erkrankung pro Quartal**), und außerdem eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor (SGB XI).
- Es besteht ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60.
- Es besteht eine Erwerbsminderung (MdE) von mindestens 60%.

- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Bei einer festgestellten Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 wird nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit das Vorliegen einer Dauerbehandlung unterstellt.

Sobald ein familienversicherter Familienangehöriger schwerwiegend chronisch krank ist, gilt für alle Familienmitglieder die maximale Belastungsgrenze von 1%.

Die Fortdauer der Dauerbehandlung ist der Krankenkasse spätestens vor Ablauf des zweiten Jahres nachzuweisen. Eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ist möglich und kann angeordnet werden. Der Nachweis kann unterbleiben, wenn die notwendige Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung über eine ärztliche Bescheinigung bereits einmal getroffen wurde und es keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung gibt.

Empfänger von Arbeitslosengeld II können sich beim Erreichen der Belastungsgrenze nach § 61 und §62 SGB V befreien lassen.

Berechnungsbeispiel:

Maßgebend sind die Bruttoeinnahmen des Versicherten und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen. Zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden für jeden Familienangehörigen Freibeträge vom Brutto-Jahreshaushaltseinkommen abgezogen. Die Freibeträge für 2013 betragen:

4.851 Euro für den ersten Angehörigen (bei allein Erziehenden gilt der Freibetrag für das erste Kind),

Kinderfreibeträge:

Bei Eltern, die steuerlich gemeinsam veranlagt sind, beträgt der Freibetrag 7.008 Euro für jedes familienversicherte Kind.

Bei Eltern, die steuerlich getrennt veranlagt sind, beträgt der Freibetrag 3.864 Euro für jedes familienversicherte Kind.

Alleinverdiener, verheiratet (gemeinsam steuerlich veranlagt), 2 Kinder, Bruttoverdienst 25.000 Euro pro Jahr:

Bruttoeinkommen	25.000,00 Euro
Freibetrag Ehepartner	4.851,00 Euro
Freibetrag Kinder	14.016,00 Euro
	6.133,00 Euro
Jährlicher Zuzahlungsbetrag:	
(Belastungsgrenze von 2%)	122,66 Euro
(„chronisch krank“ – Belastungsgrenze von 1%)	61,33 Euro

Zur näheren Berechnung Ihrer Gesamtsituation wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse. Für die Abrechnung gilt grundsätzlich das Kalenderjahr. Die Krankenkasse erstattet am Jahresende den die Belastungsgrenze übersteigenden Betrag. **Wichtig: Verlangen Sie mit Ihrem Namen versehene Zuzahlungsbelege. Verwahren Sie diese Belege sorgfältig und legen Sie die gesammelten Belege der Krankenkasse vor.**

2. Fahrkosten (§ 60 SGB V)

Zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört auch die Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Leistungen

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind und vom Arzt verordnet wurden. Eine Fahrt mit einem Taxi darf nur verordnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel benutzt werden darf und ein privates Kraftfahrzeug nicht zur Verfügung steht.

Die Übernahme der Fahrkosten erfolgt

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung,
- bei Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenkraftwagen,
- bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

2.1 Fahrten zur ambulanten Behandlung

Neben den oben genannten Fällen werden Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur in besonderen Ausnahmefällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen. Sie müssen vom Arzt verordnet und im Regelfall vor Antritt der Fahrt von der Krankenkasse genehmigt werden. Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung sind:

- Der Patient wird wegen seiner Erkrankung mit einem Therapieschema behandelt, das häufige Behandlungseinheiten über einen längeren Zeitraum vorsieht,
- **und** die Behandlung bzw. der Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind bei Fahrten zur ambulanten Chemo- oder Strahlentherapie erfüllt.

- Fahrten zur ambulanten Behandlung können auch für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkmal „aG“, „Bl“ oder H haben oder eine Einstufung in Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können, bzw. wenn eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt und eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum notwendig ist.

Die **Zuzahlungsregeln** zu den verordneten Fahrkosten richten sich nach den im Gesetz festgelegten Regeln, d.h. es ist als Eigenbeteiligung eine Zuzahlung von 10% der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Fahrt, vom Versicherten selbst zu tragen, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Bei Serienbehandlungen, z.B. ambulant durchgeführte Chemo- oder Strahlentherapie, sind bei verschiedenen

Krankenkassen unterschiedliche Zuzahlungsregelungen möglich.

Bei Fahrkosten gibt es keine generelle Zuzahlungsbefreiung für Kinder.

2.2 Besuchsfahrten, die medizinisch notwendig sind

Auf die Erstattung der Kosten für Besuchsfahrten gibt es keinen gesetzlichen Anspruch. Wenn eine ärztliche Bescheinigung vorliegt, können Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Es gelten die Zuzahlungsregelungen. **Wichtig**: dies ist nur eine „Kann-Leistung“ und liegt im Ermessensspielraum der Kassen.

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

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

Wenn ein **Kind unter 12 Jahren** nach ärztlichem Attest gepflegt werden muss, kann der pflegende erwerbstätige Elternteil, der seiner Arbeit fernbleiben muss, **Krankengeld beantragen, bis zu 10 Tage pro Jahr für jedes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Kind**, sofern kein Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Voraussetzung ist, dass keine andere im Haushalt des Versicherten lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege übernehmen kann. Wenn beide Eltern arbeiten, so hat jeder einen Anspruch auf 10 Tage; bei Alleinerziehenden verdoppelt sich der Anspruch auf 20 Tage.

Bei mehreren versicherten Kindern ist der **Anspruch auf insgesamt 25 Arbeitstage pro Elternteil, bei Alleinerziehenden auf 50 Tage begrenzt**. Für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld haben Sie gegenüber Ihrem Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung. Sie müssen deshalb dem Arbeitgeber die ärztliche Bescheinigung vorlegen. Wenn beide Eltern beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt sind, können sie sich ihre Ansprüche (nach Rücksprache mit dem Arbeitgeber) übertragen.

Bezieher von Arbeitslosengeld haben gemäß § 126 Abs. 2 SGB III einen Anspruch auf Leistungsfortzahlung für den Fall einer nach ärztlichem Zeugnis erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege eines erkrankten Kindes. Die Voraussetzungen und die Leistungsdauer sind identisch mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Erkrankung eines Kindes.

Bei schwerer, unheilbarer Erkrankung eines Kindes mit nur noch geringer zeitlicher Lebenserwartung ist mit dem Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder (§ 45 Abs. 4 SGB V) ein zeitlich unbegrenzter Krankengeldanspruch für einen Elternteil geschaffen worden. Voraussetzungen sind die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung und ein Anspruch auf Krankengeld. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob eine andere im Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des schwerstkranken Kindes übernehmen könnte. So ist es möglich, dass auch ein berufstätiger Elternteil die Leistung beantragen kann, wenn der andere Elternteil des Kindes nicht berufstätig ist und das Kind ansonsten versorgt. Das Kind darf bei Beantragung der Leistung das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist, kann die Leistung auch nach Vollendung des 12. Lebens-

jahres beantragt werden.

Arbeitnehmer haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung. Dieser Anspruch gilt auch für Arbeitnehmer, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Sollte Beziehern von Arbeitslosengeld in dieser Situation eine unbefristete Leistungsfortzahlung nach § 126 SGB III nicht gewährt werden, hat die Krankenkasse die Möglichkeit, den Krankengeldanspruch zu erfüllen.

4. Mitaufnahme einer Begleitperson (§ 11 SGB V)

Aus medizinischen und psychologischen Gründen kann während der stationären Aufenthalte (sowohl während der Behandlung im Krankenhaus als auch während der stationären Nachsorge) eine Begleitperson mit aufgenommen werden. Das kann ein Elternteil oder ein anderer Angehöriger, oder eine andere, von den Erziehungsberechtigten bestimmte Person sein. Die Krankenkasse kann eine ärztliche Bescheinigung verlangen, in der die Notwendigkeit der Mitaufnahme begründet wird. Liegt diese vor, erstattet die Krankenkasse dem Krankenhaus Kosten für Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson. Wenn eine Unterbringung z.B. aus räumlichen Gründen nicht möglich ist, muss im Einzelfall mit der Kasse eine Regelung gefunden werden.

Wenn es der Begleitperson aus familiären, psychologischen, räumlichen oder sonstigen Umständen nicht möglich ist, mit aufgenommen werden zu können, kann die Kasse **die Kosten für die täglichen Fahrten anstelle der Mitaufnahme als Begleitperson** erstatten (ärztliches Zeugnis notwendig).

Wenn als einzige Begleitperson nur ein berufstätiger Elternteil zur Verfügung steht und eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme dieser Begleitperson während der stationären Behandlung bescheinigt wird, kann ein Ausgleich von Verdienstausfall der Begleitperson als Begleitkosten der stationären Behandlung bei der Krankenkasse beantragt werden. Dabei handelt es sich nicht um das Kinderpflege-Krankengeld, sondern um einen Anspruch, der sich aus § 11 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Notwendigkeit der stationären Behandlung ableitet. (Siehe dazu das Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 28./29. März 2001).
http://www.vdek.com/arbeitgeber/Besprechungsergebnisse/be_versicherung/versicherung_8/index.htm.

Wichtig: Im Gegensatz zum § 45 SGB V („Kinderpflege-Krankengeld“) haben die Begleitpersonen dabei **keinen Rechtsanspruch auf Freistellung** durch den Arbeitgeber. Außerdem werden bei dieser Erstattung von Verdienstausfall keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt. Deshalb wird bei einer Erstattung von länger als 28 Tagen der „Zeitraum der mitgliedserhaltenden Versicherung“ überschritten. D.h. ab dem 29. Tag muss die Begleitperson selbst Beiträge zur Krankenversicherung zahlen. Es ist daher unbedingt notwendig, vor Ablauf der 28-Tage-Frist mit der Krankenkasse eine Lösung für die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge auszuhandeln.

5. Haushaltshilfe § 38 SGB V

Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe zur Verfügung stellen, wenn der Versicherte oder sein Ehepartner in einem Krankenhaus stationär behandelt wird.

Dies gilt entsprechend für die Fälle, in denen ein Kind stationär behandelt wird und die Mitaufnahme eines Elternteils als Begleitperson notwendig wird und der andere Elternteil wegen der Berufstätigkeit abwesend ist. Voraussetzung für die Leistung „Haushaltshilfe“ ist in jedem Fall ein im Haushalt lebendes Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und/oder auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch besteht nicht, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Abhängig von der jeweiligen Krankenkassensatzung können die gesetzlichen Regelungen unterschiedlich ausgestaltet sein (z.B. höhere Altersgrenzen, Beschränkung der Leistungsdauer).

Die Krankenkasse hat die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe, die mit dem Versicherten nicht verwandt oder verschwägert ist, in angemessener Höhe zu erstatten. Je nach Kassensatzung werden unterschiedliche Stundenlöhne bis zu einem täglichen Höchstbetrag vergütet. **In jedem Fall muss vorher mit der Krankenkasse Rücksprache gehalten werden. Sollte die Haushaltshilfe länger als 2 Monate oder 50 Arbeitstage tätig sein, beginnt eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.**

Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad können die erforderlichen Fahrkosten und evtl. ein Verdienstausfall erstattet werden. Nimmt ein Elternteil für die Zeit der notwendigen Weiterführung des Haushaltes unbezahlten Urlaub, so erstattet die Krankenkasse den Betrag, den sie sonst für eine selbst beschaffte Ersatzkraft aufzuwenden gehabt hätte. Eine Ersatzkraft kann auch von der Krankenkasse vermittelt werden.

Falls Haushaltshilfe gewährt wird, ist pro Tag eine Zuzahlung von 10% der Kosten zu leisten, mindestens 5 €, jedoch höchstens 10 €.

Lehnt die Krankenkasse die beantragten Leistungen ab oder die bewilligten Leistungen für Haushaltshilfe reichen nicht aus, um die Betreuung und Versorgung von Kindern im Haushalt sicherzustellen, besteht die Möglichkeit „Leistungen zur Betreuung und Versorgung von Kindern in Notsituationen“ beim Jugendamt zu beantragen (§ 20 SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe). In diesem Fall müssen die Eltern nachweisen, dass sie ergänzende Haushaltshilfeleistungen selbst nicht finanzieren können.

6. Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V

Zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes oder zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlungsziele zu Hause kann häusliche Krankenpflege bewilligt werden. Diese kann aus Grundpflege (Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität) und/oder Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel) oder aus hauswirtschaftlicher Versorgung (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) durch geeignete Pflegekräfte bestehen.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit die im Haushalt lebenden Personen den Kranken nicht pflegen und versorgen können. Häusliche Krankenpflege für Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung wird bewilligt, wenn gleichzeitig die Notwendigkeit von Behandlungspflege besteht.

Bei festgestellter Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sind Leistungen für Grundpflege durch die Pflegeversicherung zu erbringen.

7. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen § 43 Abs. 2 SGB V

Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen können von Krankenkassen nach dem Ende der stationären Akutversorgung oder einer Rehabilitationsmaßnahme für schwerstkranke oder chronisch kranke Kinder bewilligt werden, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben und bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Diese Leistungen sind als Hilfe zur Selbsthilfe konzipiert und orientieren sich in Art, Dauer und Umfang an der Schwere der Erkrankung und dem Unterstützungsbedarf in der Familie. Die Nachsorgeleistungen umfassen die Einschätzung des Versorgungsbedarfes, die Vorbereitung und Koordinierung ambulanter ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, medizinisch-technischer und pflegerischer Versorgungsleistungen und die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen. Dadurch sollen das Krankheitsverständnis gefördert, Ängste im Zusammenhang mit der Versorgung abgebaut und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsspezifischer Versorgungsaufgaben gegeben werden.

8. Zuzahlungen auf einen Blick

Krankenkassen-Leistungen	Zuzahlungen	Belastungsgrenze, Befreiung/Ausnahmen
Arznei- und Verbandsmittel	Zuzahlung von 10% des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels	• Kinder • Belastungsgrenze
Krankenhausbehandlung für Versicherte ab 18 Jahren	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	• Kinder • Belastungsgrenze
Fahrkosten bei ambulanter Krankenbehandlung	100% der Kosten, altersunabhängig. Ausnahmeregelung: Bei zwingenden medizinischen Gründen kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen. Dann gilt folgende Zuzahlungsregelung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	• Belastungsgrenze
Fahrkosten bei oder anstelle stationärer Krankenhausbehandlung, Rettungsfahrt, Krankentransport	Zuzahlung von 10% der Kosten je Fahrt, mindestens 5 €, höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	• Belastungsgrenze
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik)	Zuzahlung von 10% der Kosten, zuzüglich 10 € je Verordnung	• Kinder • Belastungsgrenze
Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Bandagen)	Zuzahlung von 10% des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels	• Kinder • Belastungsgrenze
Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe oder Soziotherapie	Zuzahlung von 10% der Tageskosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €	• Belastungsgrenze
Bei Inanspruchnahme von Häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Tageskosten, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €	• Kinder • Belastungsgrenze
Stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	• Kinder • Belastungsgrenze
Anschlussrehabilitation und Mütterkuren	10 € pro Kalendertag	• Kinder • Belastungsgrenze
Zahnersatz	Festzuschuss von 50% der Kosten der Regelversorgung. Zusätzlicher Bonusanspruch bei regelmäßigen Zahnkontrolluntersuchungen nach 5 Jahren 20%, nach 10 Jahren 30%	• Härtefallregelung

III. LEISTUNGEN FÜR BEHINDERTE UND VON BEHINDERUNG BEDROHTE MENSCHEN (SGB IX)

Nach der gesetzlichen Definition gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate von einem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.

Um den Menschen mit Behinderung die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, Benachteiligungen zu vermeiden und die selbst bestimmte Gestaltung des eigenen Lebens nach ihren Fähigkeiten und Neigungen zu fördern, können Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Anspruch genommen werden.

Diese Leistungen können von verschiedenen Trägern erbracht werden. Das können Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozial- und Jugendhilfeträger und die Integrationsämter sein. Es werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen unterschieden. Die jeweiligen Leistungsträger müssen ermitteln, wer zuständig ist. Hilfreich für die Antragsteller ist eine vorherige Beratung durch den Sozialdienst.

Um bestimmte Rechte und Hilfen im Arbeitsleben in Anspruch nehmen zu können und einen Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile zu erhalten, ist die Feststellung der Behinderung und des Grades der Behinderung erforderlich. Diese Feststellung wird mit einem Ausweis bescheinigt.

1. Der Schwerbehindertenausweis

Der Antrag zur Feststellung einer Behinderung und ihres Grades wird bei den Ämtern für soziale Angelegenheiten[2] gestellt. Diese stellen den Schwerbehindertenausweis aus. Der Grad der Behinderung (GdB) wird in Stufen von 10 bis 100 ausgedrückt. Als schwerbehindert gelten Personen mit einem GdB von wenigstens 50.

Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die an Leukämie oder einer bösartigen Tumorerkrankungen leiden, kann ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gestellt werden (§ 69 Abs. 5 SGB IX).

Antragsformulare sind bei den Ämtern für soziale Angelegenheiten erhältlich. Der Antrag kann auch formlos gestellt werden. Wenn möglich, sollten Arztberichte und medizinische Befunde dem Antrag beigefügt werden, um die Bearbeitungszeiten zu verkürzen. Das Amt überprüft die vorgelegten Befunde und nimmt eine Einstufung vor. Das Amt orientiert sich dabei an der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ (VersMedV) mit ihrer Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“.

Die Versorgungsmedizinische Verordnung ist unter www.bmas.de downloadbar.

[2] in Brandenburg „Amt für Soziales und Versorgung“; in Hamburg „Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz – Versorgungsamt“; in Mecklenburg-Vorpommern „Landesamt für Soziales und Gesundheit“; in Nordrhein-Westfalen kommunale Ämter verschiedener Bezeichnung; im Saarland „Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz“; in Sachsen und Thüringen „Amt für Soziales und Familie“; in Sachsen-Anhalt: „Amt für Versorgung und Soziales“; in Schleswig-Holstein „Landesamt für soziale Dienste“

Für Menschen mit Behinderung sind verschiedene Formen des Nachteilsausgleichs vorgesehen. Außer der Feststellung des GdB stellt das zuständige Amt auch die gesundheitlichen Voraussetzungen der „Nachteilsausgleiche“ fest. Diese werden im Schwerbehindertenausweis vermerkt und sind die Grundlage für bestimmte Vergünstigungen in verschiedenen Lebensbereichen. In der Regel setzt dies einen GdB von mindestens 20 voraus. Schwerbehinderten Menschen **gleich gestellt** werden sollen behinderte Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber wenigstens 30, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können.

Trotz der nachstehend genannten Nachteilsausgleiche sollte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die vor dem Ende ihrer Schulausbildung und der Aufnahme einer Ausbildung stehen, genau überlegt werden, ob die Feststellung der Behinderung und die Ausstellung eines Ausweises angestrebt werden sollte. Obwohl die Einstellung eines Menschen mit Behinderung viele Vorteile für den Arbeitgeber haben kann, können nachteilige Effekte bei der Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche nicht ausgeschlossen werden.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Nachteilsausgleiche:

a) Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G) § 146 SGB IX

Eine erhebliche Gehbehinderung liegt vor, wenn der behinderte Mensch nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder Gefahren Wegstrecken zu Fuß zurücklegen kann, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Die Feststellung berechtigt ihn zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Nahverkehr mit oder ohne Selbstbeteiligung, zur Kfz-Steuerermäßigung sowie zur Inanspruchnahme von Hilfen zur Erreichung des Arbeitsplatzes.

b) Außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen aG)

Wenn behinderte Menschen sich dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Kraftanstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können, liegt eine außergewöhnliche Gehbehinderung vor. Siehe dazu die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zu § 46 der Straßenverkehrsordnung (VwVStVO). Als außergewöhnlich Gehbehindert gelten vor allem Querschnittsgelähmte, Doppelbeinamputierte und andere ähnlich schwer behinderte Personen.

Das Merkzeichen aG berechtigt vor allem zur Inanspruchnahme besonders gekennzeichneter Parkplätze sowie zum Parken an sonst verbotenen Plätzen, auch zur Beitrags- und Steuervergünstigung. Unabhängig von der Zuerkennung des Merkzeichens aG für den Schwerbehindertenausweis besteht für in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen die Möglichkeit, über eine Ausnahmegenehmigung Parkerleichterungen zu erlangen. Dafür muss ein Antrag nach § 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 beim Amt für Straßenverkehrsordnung (StVO) gestellt werden. Der Umfang der gewährten Parkerleichterungen und deren Voraussetzungen sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt**.** Auskünfte dazu erteilen die zuständigen Straßenverkehrsbehörden.

c) Berechtigung für eine ständige Begleitung (Merkzeichen B)

Mit dem Merkzeichen B wird die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen. Dieses Merkzeichen wird den Personen eingeräumt, die bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen

sind (z.B. beim Ein- und Aussteigen, während der Fahrt oder bei Orientierungsproblemen aufgrund von Behinderungen). Das ist stets bei Querschnittsgelähmten, Blinden, hochgradig Seh- und Hörbehinderten, Menschen mit geistiger Behinderung und Anfallskranken, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sind, anzunehmen. Das Merkzeichen B berechtigt zur unentgeltlichen Beförderung der Begleitperson in öffentlichen Verkehrsmitteln.

d) Hilflosigkeit (Merkzeichen H)

Erkrankte gelten als „Hilflos“, wenn sie mehr als 6 Monate lang für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang auf dauernde fremde Hilfe angewiesen sind. Das Merkzeichen H berechtigt neben der unentgeltlichen Beförderung vor allem zur Inanspruchnahme eines besonderen steuerlichen Freibetrages. Für die Dauer der zytostatischen Intensiv-Therapie ist bei Kindern und Jugendlichen nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) und den “Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ Hilflosigkeit anzunehmen.

e) Blindheit (Merkzeichen Bl)

Als blind gelten die Personen, denen das Augenlicht gänzlich fehlt, oder deren Sehschärfe auf keinem Auge mehr als 1/50 der normalen Sehschärfe beträgt oder bei denen eine erhebliche Störungen des Sehvermögens vorliegt, die mit einer vergleichbar starken Beeinträchtigung der Sehschärfe verbunden ist.

Den Blinden stehen als Nachteilsausgleiche außer den schon für H geltenden Vorteilen die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht sowie Parkerleichterungen wie bei aG zu.

f) Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht aus gesundheitlichen Gründen (Merkzeichen RF)

Von der Rundfunkgebührenpflicht können Personen befreit werden, bei denen mindestens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft und das Merkzeichen RF für den Schwerbehindertenausweis zuerkannt wurde:

- Blindheit oder nicht nur vorübergehende wesentliche Sehbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 60 allein wegen der Sehbehinderung;
- Hörschädigungen, bei denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,
- eine nicht nur vorübergehende Zuerkennung eines Grades der Behinderung von wenigstens 80, der ständig die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ausschließt.

Außerdem muss der Antragsteller nachweisen, dass er selbst das bei der GEZ angemeldete Rundfunk- oder Fernsehgerät zum Empfang bereithält. Den Antrag können nach § 6 des Rundfunkgebühren-Staatsvertrages (RgebStV) der Haushaltsvorstand, dessen Ehegatte oder ein sonstiger Haushaltsangehöriger stellen. Für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht ist die Gebühreneinzugszentrale (GEZ) zuständig.

Eltern erhalten aufgrund des Merkzeichens **RF** im Schwerbehindertenausweis ihres minderjährigen Kindes keine Gebührenbefreiung für gemeinsam genutzte Geräte, da es die Eltern sind, die die tatsächliche Verfügungsgewalt über das Gerät ausüben. Geräte im Zimmer des Kindes werden nach den Regelungen

des RgebStV als genehmigungsfreie Zweitgeräte betrachtet.

Unabhängig von der Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht aus gesundheitlichen Gründen ist u.a. für Empfänger von **Sozialhilfe**, **Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung, Sozialgeld oder Arbeitslosengeld II und Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz** eine Befreiung möglich. Antragsformulare sind bei der GEZ, 50656 Köln oder unter www.gez.de erhältlich.

Blinde, gehörlose oder sprachbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 90, die Kunden der Deutschen Telekom sind, können die freiwillige soziale Vergünstigung der Deutschen Telekom **(„Sozialtarif")** beantragen**.** Den Sozialtarif erhalten nur diejenigen Haushalte, die über einen Anschluss bei der Deutschen Telekom dauerhaft verfügen und einen von der Deutschen Telekom als sozialtariffähig benannten Telefon- und ISDN-Anschluss haben. Mit der Zuerkennung des Sozialtarifes für Blinde, Gehörlose oder Menschen mit Sprachbehinderung wird eine Vergünstigung von monatlich maximal 8,72 € für bestimmte selbst gewählte Verbindungen gewährt, die über das Telefonnetz der Deutschen Telekom geführt werden. Anträge für den Sozialtarif sind bei den örtlichen Niederlassungen der Deutschen Telekom erhältlich. Für Komplettpakete mit Telefonflatrate-Tarifen werden keine sozialen Vergünstigungen gewährt.

Eine soziale Vergünstigung in Höhe von maximal 6,94 € wird auch denjenigen gewährt, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder geringem Einkommen von der Rundfunkgebührenpflicht befreit sind oder BaföG gemäß dem Bundesausbildungsförderungsgesetz erhalten.

g) Gehörlosigkeit (MerkzeichenGl)

Als gehörlos gelten Menschen, bei denen Taubheit oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits vorliegt und zudem schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen.

Gültigkeitsdauer des Schwerbehindertenausweises

Die Gültigkeit des Ausweises soll befristet sein. Deshalb wird der Ausweis in der Regel zunächst für 5 Jahre gewährt. (§ 69 Abs. 5 Satz 3 SGB IX und § 6 Abs. 2 der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV). Für schwerbehinderte Kinder unter 10 Jahren ist die Gültigkeitsdauer des Ausweises bis zur Vollendung des 10. Lebensjahrs, für Kinder im Alter zwischen 10 und 15 Jahren bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs befristet.
In den Fällen, in denen eine Neufeststellung wegen einer wesentlichen Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen nicht zu erwarten ist, kann die Gültigkeitsdauer des Ausweises auf längstens 15 Jahre befristet werden. Bei nichtdeutschen schwerbehinderten Menschen, deren Aufenthaltsgenehmigung oder Aufenthaltsgestattung befristet ist, ist der Ausweis längstens bis zum Ablauf dieser Fristen gültig.
Die Gültigkeitsdauer des Ausweises kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden, danach muss der Ausweis neu beantragt werden.

2. Steuerliche Vergünstigungen

Die Einkommens- und Lohnsteuergesetze sehen verschiedene steuerliche Erleichterungen für behinderte Menschen und ihre Angehörigen vor. Abhängig vom Grad der Behinderung können Pauschalbeträge in die Lohnsteuerkarte eingetragen oder nachträglich bei der Einkommenssteuererklärung geltend gemacht werden. Nach § 33b Abs. 3 Einkommenssteuergesetz (EStG) werden als Pauschbeträge gewährt:

bei einem (GdB) von	ein jährlicher Pauschalbetrag von
25 - 30	310 €
35 - 40	430 €
45 - 50	570 €
55 - 60	720 €
65 - 70	890 €
75 - 80	1.060 €
85 - 90	1.230 €
95 - 100	1.420 €
Merkzeichen „H“ oder „Bl“ zuerkannt	3.700 €

Zusätzlich zu den Pauschalbeträgen können unter der Beachtung der steuerrechtlichen Voraussetzungen und Grenzen (zumutbare Eigenbelastung) weitere Kosten steuermindernd geltend gemacht werden. So können Aufwendungen für Fahrten bis zu einer jährlichen Gesamtfahrleistung von 3.000 km à 0,30 € (entspr. € 900,-) pauschal ohne Nachweis als außergewöhnliche Belastung abgesetzt werden, wenn ein GdB ab 80 oder ein GdB ab 70 und Merkzeichen „G“ vorliegt. Höhere Fahrleistungen müssen gegenüber dem Finanzamt nachgewiesen werden. Bei Zuerkennung der Merkzeichen „H“ oder „aG“ können behinderungsbedingte Fahrleistungen bis zu 15.000 km jährlich als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden.

Über Pauschalbeträge oder durch Nachweis der tatsächlich entstandenen Kosten können z.B. die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe oder für Kinderbetreuungskosten steuerlich geltend gemacht werden. Bei der Zuerkennung des Merkzeichens „H“ oder einer Einstufung in die Pflegestufe III besteht die Möglichkeit einen Pflegepauschbetrag in Höhe von € 924,- steuerlich abzusetzen.

Die Integrationsämter an den Ämtern für soziale Angelegenheiten/Versorgungsämtern verschicken auf Wunsch kostenlose Broschüren, die die hier angesprochenen Fragen erläutern.

Ferner wird in einigen Bundesländern (z.B. bei den jeweiligen Arbeits-, Sozial- oder Finanzministerien) oder bei Verbänden zusätzliches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, das sich stets auf dem neuesten Stand befindet. Ebenso können Steuerberater und Finanzämter detaillierte Auskünfte erteilen.

3. Frühförderung

Frühförderung soll dazu beitragen, Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder angemessen zu fördern. Zugleich sollen ihre Familien durch Beratung und Anleitung unterstützt werden. Die Maßnahmen der Frühförderung umfassen je nach Bedarf medizinisch-therapeutische, pädagogische, psychologische und soziale Hilfen. Sie sollen im Zeitraum der ersten Lebensjahre erbracht werden. Die gesetzlichen Regelungen zur Frühförderung sind in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Beratung zu Möglichkeiten von Frühförderung leisten u.a. Kinderkliniken, sozialpädiatrische Zentren, die Sozial- und Gesundheitsämter und Behindertenverbände. Ein aktuelles Verzeichnis aller Einrichtungen und Stellen, die Frühförderung anbieten, kann in der Datenbank Frühförderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de) eingesehen werden oder dort als Publikation „Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ bestellt werden.

4. Rechte und Hilfen bei der Berufsausbildung und im Arbeitsleben

Arbeitnehmer mit Behinderung sind durchaus voll leistungsfähig, wenn sie den richtigen Arbeitsplatz haben und durch berufliche Bildungsmaßnahmen qualifiziert sind.

Die Arbeitsmöglichkeiten eines behinderten Menschen müssen individuell beurteilt werden. Deshalb bedarf es vor einer Bewerbung immer einer guten Beratung durch einen Fachmann/eine Fachfrau. Dies gilt auch für krebskranke Menschen. Für eine solche fachkundige Hilfe kommen folgende Stellen in Betracht:

- Bundesagentur für Arbeit,
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Versicherungsanstalten)
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaften)
- Integrationsämter

Jeder Leistungsträger ist verpflichtet dem Ratsuchenden zu helfen und ihn ggf. an den tatsächlich zuständigen Träger weiterzuleiten.

Auch wenn der Grad der Behinderung weniger als 30 beträgt oder ein Grad der Behinderung nicht festgestellt ist, sind Jugendliche oder junge Erwachsene mit Behinderung schwerbehinderten Menschen während der Zeit einer Berufsausbildung in Betrieben und Dienststellen gleichgestellt (§ 68 Abs. 3 SGB IX). Der Nachweis der Behinderung wird in diesem Fall durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Viele besondere Regelungen für schwerbehinderte Menschen am Arbeitsplatz gelten in diesem besonderen Fall der Gleichstellung jedoch nicht. Weiterführende Auskünfte über die mit dieser besonderen Form der Gleichstellung verbundenen Rechte erteilt die örtliche Agentur für Arbeit.

Die Integrationsämter und die Agenturen für Arbeit werden bei der Durchführung ihrer Aufgaben durch **Integrationsfachdienste** unterstützt. Sie haben die Aufgabe, schwerbehinderte Menschen, insbesondere schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Unterstützung angewiesen sind, zu vermitteln und zu begleiten. Integrationsfachdienste gibt es im gesamten Bundesgebiet.

Eine vollständige Liste aller Integrationsfachdienste ist auf der Internetseite www.integrationsaemter.de einsehbar.

Fragen zur Einstellung oder Beschäftigung von Schwerbehinderten oder zu finanziellen Fragen beantworten:

- Beratungs- und Vermittlungsstelle für Rehabilitanden und schwerbehinderte Menschen sowie die Berufsberatung für Behinderte bei der örtlichen Agentur für Arbeit und
- das Integrationsamt

Auch die Dienststellen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen haben Fachberatungsstellen für Menschen mit Behinderung eingerichtet.

Jedem Rat- und Hilfesuchenden stehen außerdem die gemeinsamen Reha-Servicestellen der Rehabilitationsträger für Auskunft und Beratung in Fragen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zur Verfügung. Ein Verzeichnis der bisher im gesamten Bundesgebiet eröffneten gemeinsamen Reha-Servicestellen ist auf der Internetseite www.reha-servicestellen.de abrufbar.

4.1 Arbeitsrechtliche Schutzrechte

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

- Zusätzlich zum gesetzlichen Urlaub besteht ein Anspruch auf einen zusätzlichen bezahlten Urlaub von einer Arbeitswoche (§ 125 SGB IX).
- Besonderer Kündigungsschutz, denn der Arbeitgeber muss vor einer fristlosen oder ordentlichen Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes beantragen und erhalten, bevor die Kündigung wirksam werden kann (§§ 85 ff SGB IX).

Ein schwerbehinderter Mensch darf auch bei der Begründung eines Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnisses nicht benachteiligt werden (§ 81 Abs. 2 SGB IX). Bei nachgewiesener Diskriminierung kann ein Entschädigungsanspruch (gem. § 81 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX) erstritten werden. Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) darf seitens des Arbeitgebers eine Benachteiligung aufgrund der Behinderung nicht erfolgen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Schwerbehinderteneigenschaft nicht in jedem Fall offenbart werden muss. Eine Pflicht zur Offenbarung kann jedoch notwendig werden, wenn die Art der beruflichen Tätigkeit bestimmte körperliche oder geistige Anforderungen stellt und aufgrund einer Behinderung diesen Anforderungen nicht entsprochen werden kann.

4.2 Begleitende Hilfen im Berufsleben

Schwerbehinderte Menschen können persönliche Beratungshilfe zur Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche sowie materielle Hilfen beanspruchen (§ 102 SGB IX). Zum Beispiel können technische Arbeitshilfen am Arbeitsplatz (behinderungsbedingte Arbeitsmittel) finanziert werden oder Unterstützung zum Kauf eines Kfz für die Fahrt zum Arbeitsplatz sowie Zuschüsse zum Umbau einer behindertengerechten Wohnung gewährt werden.

4.3 Arbeits- und Berufsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit

Auch durch das Dritte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB III - Arbeitsförderung -)

werden Menschen mit Behinderung besondere Hilfen zuteil. Gefördert wird hier u.a. die berufliche Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung. Angeboten werden neben der Berufsberatung auch Lehrgänge zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung.

Daneben gibt es ein breites Angebot an materiellen Leistungen wie z.B. Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, die Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die Übernahme von Fahrt-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten für berufsfördernde Maßnahmen und erforderlichenfalls auch die Kosten für eine Haushaltshilfe. Alle Leistungen werden nur auf Antrag gewährt, deshalb ist eine Beratung bei der örtlichen Agentur für Arbeit bzw. dem Integrationsamt empfehlenswert.

4.4 Studium

Studieninteressierte mit Behinderung oder chronischen Krankheiten können Sonderanträge bei der ZVS oder den einzelnen Hochschulen stellen, um behinderungsbedingte Nachteilsausgleiche zu erhalten. So können z.B. bei Vorliegen einer Schwerbehinderung oder längerer krankheitsbedingter Abwesenheit vom Unterricht während der letzten drei Jahre vor Erwerb der Hoch- oder Fachhochschulreife Anträge auf Verbesserung der Durchschnittsnote oder auf Verkürzung der Wartezeit gestellt werden. Bei Studienbewerbern mit einem Schwerbehindertenausweis wird in der Regel durch die ZVS bzw. bei nicht zulassungsbeschränkten Studiengängen durch die betreffende Hochschule der erste Studienortwunsch berücksichtigt. Über einen Härtefallantrag ist unter bestimmten Voraussetzungen die sofortige Zulassung zum Studium ohne Wartezeit möglich.

Weitere Auskünfte erteilen die „Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung“ des Dt. Studentenwerkes e.V., Monbijouplatz 11, 10178 Berlin, Tel. 030-29 77 27-64, studium-behinderung@studentenwerke.de, oder die Beratungsstellen für Studenten mit Behinderung der Universitäten und Fachhochschulen.

4.5 Führerschein-/ Kfz-Kosten

Behinderten Menschen, die wegen ihrer Behinderung für die Fahrt zur Arbeit auf ein eigenes Kraftfahrzeug angewiesen sind, können zum Erwerb der Fahrerlaubnis sowie zur Beschaffung und behinderungsbedingten Ausstattung eines Kraftfahrzeuges Zuschüsse beantragen. Zuständig ist der Kostenträger der beruflichen Rehabilitation, in der Regel die Agentur für Arbeit. Um den Zuschuss zu erhalten, muss der behinderte Mensch vor allem zur Teilhabe am Arbeitsleben auf das Kfz angewiesen sein und in der Regel das Fahrzeug selbst benutzen können; außerdem muss die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder Fahrdiensten für Menschen mit Behinderung unmöglich oder unzumutbar sein. Gleiches gilt für den Besuch einer Berufsausbildungsstätte.

Aktuelle Informationen erhalten Sie von folgenden Stellen:

- Stadt- und/od. Kreisverwaltung, Integrationsämter
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Postfach 500, 53108 Bonn, Tel. 030-18527 2236 oder 01805-6767-15, Telefax: 0180 – 6767-17
- Beauftragter der Bundesregierung für Belange behinderter Menschen, Mauerstraße 53, 11017 Berlin, buero@behindertenbeauftragter.de,
- Tel. 030-18527 2944 oder 01805-6767-15

IV. WEITERE SOZIALLEISTUNGEN

1. Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)

Über das SGB II können Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Arbeitslosengeld II; „Sozialgeld“) erlangt werden. Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben grundsätzlich erwerbsfähige Hilfebedürftige zwischen 15 und 65 Jahren sowie ihre Angehörigen (Lebenspartner, minderjährige Kinder, Eltern oder Elternteile eines minderjährigen Kindes), die mit ihnen in einem Haushalt leben („Bedarfsgemeinschaft“).

Als hilfebedürftig ist derjenige anzusehen, der seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln und Kräften (z.B. durch Aufnahme einer Arbeit, aus Einkommen oder Vermögen oder durch Hilfe von Angehörigen) sichern kann. Der Vermögenseinsatz richtet sich nach den Bestimmungen des § 12 SGB II. Der Einsatz des Vermögens wird durch zahlreiche Ausnahmen und Freibetragsregelungen beschränkt.

Maßgeblich für einen Anspruch auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende ist die Erwerbsfähigkeit, d.h. die gesundheitlich bedingte Fähigkeit, mindestens 3 Stunden täglich unter den allgemeinen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig sein zu können. Zu den Erwerbsfähigen werden auch die Personen gezählt, die innerhalb von sechs Monaten die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Erlangen der Erwerbsfähigkeit erfüllen können. Wer länger als sechs Monate nicht mehr erwerbsfähig ist, hat keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II, kann aber Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII erhalten. Leistungen nach dem SGB II werden nicht an Auszubildende, Bezieher von Altersrenten oder Personen erbracht, die länger als sechs Monate in einer stationären Einrichtung untergebracht sind.

Das Arbeitslosengeld II wird an erwerbsfähige Hilfebedürftige gezahlt und setzt sich aus einer Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes, angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung, Mehrbedarfsleistungen (z.B. für kostenaufwändige Ernährung und Diäten, für Schwangere und Alleinerziehende) und Sonderbedarfleistungen (z.B. für Mietschuldenübernahme, Übernahme von Sozialversicherungsbeiträgen) zusammen.

Das Sozialgeld wird an nicht erwerbsfähige Angehörige gezahlt, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einem Haushalt leben, und umfasst, bis auf die Leistungen, die nur für erwerbsfähige Personen erbracht werden können, die gleichen Leistungen wie das Arbeitslosengeld II.

Auskunft und Beratung zur Beantragung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II gem. SGB II) erteilt das Jobcenter bzw. an einigen Wohnorten die so genannte Optionskommune.

Weitere Infos findet man unter www.bmas.de, Broschüre „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ (umgangssprachlich als Hartz IV bekannt).

2. Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, „den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht" (§ 1 Satz 1 SGB XII). Sozialhilfe erhält nicht, wer sich durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkom-

mens und seines Vermögens selbst helfen kann oder Hilfe von Angehörigen oder durch Träger anderer Sozialleistungen erhält. Der Vermögenseinsatz richtet sich nach den Bestimmungen des § 90 SGB XII. Vom Einsatz des Vermögens werden zahlreiche Ausnahmen gemacht (so genanntes „Schonvermögen“). Sozialhilfe soll zumindest eine Lebensführung ermöglichen, die noch einem gesellschaftlich anerkannten Niveau entspricht. Bei Vorliegen anderer Beeinträchtigungen, z.B. einer Behinderung oder bei Pflegebedürftigkeit, sollen die Leistungen mit dazu dienen, betroffenen Personen mit nicht ausreichendem Einkommen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern. – Das SGB XII differenziert seine Leistungen in sieben Kapitel, die gleichberechtigt nebeneinander stehend Leistungen für jeweils näher bestimmte Lebenslagen regeln.

2.1 Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten nur diejenigen, die bei Hilfebedürftigkeit keine anderen vorrangigen Leistungen (z.B. nach dem SGB II) erhalten können. Dazu gehören u.a. Kinder unter 15 Jahren, Menschen zwischen 15 und 65 Jahren, die für längere Zeit erwerbsunfähig sind, oder Personen, die länger als sechs Monate in voll- oder teilstationären Einrichtungen leben. Diese Unterstützung wird Hilfebedürftigen gewährt, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten können. Mit dem Regelsatz sind alle Kosten abzudecken, die entstehen in den Bereichen, Ernährung, Bekleidung, Hauswirtschaft, und damit verbundene Energiekosten, Verkehrs-, Kommunikations- und andere Dienstleistungen, Einrichtungsgegenstände sowie Ausgaben für Unterhaltung und Kultur. Daneben werden angemessene Kosten für Unterkunft und Heizung übernommen **sowie Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung. Es können auch Hilfen für die Altersvorsorge gewährt werden.**

Einmalige Leistungen können für die Erstausstattung einer Wohnung, einschließlich Haushaltsgeräten, für eine Erstausstattung mit Bekleidung, auch bei Schwangerschaft und Geburt, und für mehrtägige Klassenfahrten gewährt werden.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird nach Regelsätzen gewährt. Wenn im Einzelfall ein Bedarf erheblich von dem Regelbedarf abweicht, kann der Bedarf abweichend von den Regelsätzen festgelegt werden. Eigenes Einkommen und Vermögen und das des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft wird entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bei der Ermittlung des Bedarfs berücksichtigt.

Hilfe zum Lebensunterhalt wird vorrangig als Geldleistung erbracht. Bei der Ermittlung des Gesamtbedarfs werden neben dem Regelbedarf pauschale Mehrbedarfszuschläge berücksichtigt, z.B. für Schwangere, für Alleinerziehende, für kranke oder genesende Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, für Personen, die voll erwerbsgemindert und Inhaber eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen G sind, und für behinderte Menschen über 15 Jahre, die als Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, schulischen Ausbildung für einen Beruf oder Ausbildung für eine angemessene Tätigkeit erhalten. Soweit im Einzelfall ein höherer Mehrbedarf besteht, kann dieser geltend gemacht werden.

2.2 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 - 46 SGB XII)

Hilfebedürftige, dauerhaft aus medizinischen Gründen voll erwerbsgeminderte

Personen ab 18 Jahren und hilfebedürftige Personen ab 65 Jahren können auf Antrag Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten. Voll erwerbsgemindert ist ein Mensch, der wegen einer Erkrankung oder Behinderung nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich tätig zu sein. Keinen Anspruch auf Leistungen haben Personen, die in den letzten 10 Jahren ihre Bedürftigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Die Leistungen werden in gleicher Höhe bemessen wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. Einkommen wie z.B. Rentenbezüge oder das Vermögen des Leistungsberechtigten, des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners sowie des Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft werden angerechnet, jedoch werden Unterhaltsansprüche gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern nur geltend gemacht, wenn das Einkommen dieser Personen über 100.000 € jährlich liegt.

2.3 Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 - 52 SGB XII)

Im Krankheitsfall umfassen die Leistungen nach dem SGB XII alle Leistungen zur Krankenbehandlung, die auch von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Alle Sozialhilfeempfänger müssen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Zuzahlungen bis zur individuellen Belastungsgrenze leisten. Die Kosten für empfängnisverhütende Mittel werden übernommen, wenn diese ärztlich verordnet worden sind.

2.4 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 - 60 SGB XII)

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat als Aufgabe, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern" (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Durch die Leistungen sollen behinderte Menschen soweit wie möglich unabhängig von Pflege werden und ein Leben in der Gemeinschaft ermöglicht oder erleichtert werden. Leistungsberechtigt sind alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen nach § 54 SGB XII u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zum Leben in der Gemeinschaft (z.B. Versorgung mit Hilfsmitteln, Frühförderung, heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, oder Hilfen bei der Beschaffung, der Ausstattung, Umbau und Erhalt von Wohnraum). Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören insbesondere auch Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung, einer schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf, Hilfen zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit und Hilfen in Werkstätten für behinderte Menschen.

2.5 Hilfe zur Pflege (§§ 61 - 66 SGB XII)

Entscheidungen im Rahmen von Hilfe zur Pflege orientieren sich an den Maßstäben, die auch die gesetzliche Pflegeversicherung als Voraussetzungen für Pflegeleistungen benennt. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII kann an Pflegebedürftige geleistet werden, die die Kriterien der „erheblichen Pflegebedürftigkeit" (Stufe I nach § 15 SGB XI) nicht erfüllen oder Hilfen für andere Verrichtungen als den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Hilfe zur

Pflege kommt auch bei sehr kostenintensiver Pflege, für die die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht ausreichend sind, oder für die Finanzierung der verbliebenen Kosten bei der Pflege in Einrichtungen, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, in Betracht. Hilfe zur Pflege kann auch bei Fehlen der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. bei nicht erfüllter Vorversicherungszeit) sowie für nicht pflegeversicherte Personen in Anspruch genommen werden.

2.6 Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 - 69 SGB XII)

Diese Hilfen können von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen besonders belastende Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Dies kann z.B. bei Obdach- oder Wohnungslosigkeit, bei ungesicherter wirtschaftlicher Lebensgrundlage oder gewaltgeprägten Lebensumständen sein. Die Hilfe umfasst Dienst-, Geld- und Sachleistungen.

2.7 Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 - 74 SGB XII)

Zu diesen Leistungen gehört die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung des Haushalts geboten ist (§ 70 SGB XII), die Altenhilfe (§ 71 SGB XII), Blindenhilfe (§ 72 SGB XII), die Übernahme von Bestattungskosten (§ 74 SGB XII) und, als Auffangnorm, die Hilfe in sonstigen Lebenslagen (§ 73 SGB XII).

Sozialämter erteilen Auskunft und Beratung zur Beantragung von Leistungen der Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

3. Wohngeld

Unter bestimmten Voraussetzungen wird Wohngeld als Mietzuschuss für Mietwohnungen oder als Lastenzuschuss für eigengenutzte Eigenheime und Eigentumswohnungen gewährt. Das Wohngeld ist von der Familiengröße und dem Einkommen der Familie abhängig.

Bei der Berechnung des Wohngeldes werden nach § 13 Wohngeldgesetz (WoGG) Frei- und Abzugsbeträge für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 100 oder von wenigstens 80, wenn der schwerbehinderte Mensch häuslich pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI ist, berücksichtigt. Wohngeld ist eine antragsgebundene Leistung und wird ab Beginn des Monats gezahlt, in dem der Antrag beim Wohnungsamt eingeht.

Beziehern von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII und Beziehern von Leistungen in besonderen Fällen und Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wird mit der Leistung ein Zuschuss zu den Kosten der Wohnung gewährt. Der Wohngeldanspruch entfällt, wenn **alle** Haushaltsangehörigen eine der vorstehenden Leistungen beziehen. Wenn einer oder mehrere Haushaltsangehörige keine der oben genannten Leistungen beziehen, kann für diese Personen ein Anspruch auf Wohngeld bestehen.

Auskunft und Beratung zur Beantragung von Wohngeld erteilen die Wohnungsämter oder www.wohngeld.de.

V. NACHSORGEMASSNAHMEN FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND FAMILIEN

Zur Festigung des durch eine klinische Behandlung erreichten Erfolges kann für ein krebskrankes Kind eine gezielte Rehabilitationsmaßnahme in einer speziellen Einrichtung zwingend notwendig sein. Die dadurch entstehenden Kosten übernimmt entweder die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger des Versicherten.

1. Familienorientierte Rehabilitation (FOR)

Die familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme ist leider keine rechtlich gesicherte Leistung der Krankenkassen oder der Rentenversicherungsträger, auf die ein gesetzlicher Anspruch für die gesamte Familie besteht. Dennoch wird es von den Akut-Kliniken als sinnvoll betrachtet, im Anschluss an die intensive Phase der Behandlung eine Reha-Maßnahme für die gesamte Familie anzustreben. Da die körperlichen und seelischen Belastungen und deren Folgeerscheinungen nicht nur das erkrankte Kind betreffen, bedürfen alle Familienmitglieder, auch die Eltern und Geschwister, einer körperlichen und seelischen Rehabilitation. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen haben sich deshalb auf eine Verfahrensabsprache geeinigt, nach der die Bewilligung einer „Familienorientierten Rehabilitation“ erfolgen kann. Die Beantragung einer solchen gemeinsamen Maßnahme kann sehr kompliziert sein. Sie sollten unbedingt die Hilfe des Psychosozialen Dienstes Ihrer Klinik in Anspruch nehmen.

Nach einer Verwaltungsabsprache zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger vom 11.08.1994 sind die Kosten einer möglichen Familienrehabilitation von dem „Hauptleistungserbringer" zu übernehmen. Darum ist es wichtig, dass dem Reha-Antrag ein ausführliches Gutachten von der Klinik hinzugefügt wird, aus dem die Auswirkungen der Akutbehandlung hervorgehen und das die Notwendigkeit der Familienrehabilitation begründet. Denn der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme kann entscheidend davon abhängen, dass alle Bezugspersonen des Kindes in die Therapie mit einbezogen sind. Die Krankenkasse entscheidet, ob und inwieweit im Hinblick auf die Belange des krebskranken Kindes eine Mitaufnahme von Familienangehörigen geboten ist.

Die Kosten für eine solche Reha-Maßnahme werden in der Regel nur noch in Einrichtungen übernommen, die einen Vertrag mit den Kassen abgeschlossen haben. Die Maßnahme sollte in der Regel 4 Wochen dauern (was medizinisch zu begründen ist), kann aber auch auf 3 Wochen begrenzt sein. Dies gilt auch für die familienorientierten Nachsorgemaßnahmen, die nur in den entsprechenden Häusern durchgeführt werden können. Nach § 9 SGB IX soll berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten bei der Auswahl der Rehabilitationsklinik entsprochen werden. Hier die Anschriften der Einrichtungen, die Reha-Maßnahmen für Familien mit einem krebskranken Kind anbieten:

AWO-SyltKlinik, Osetal 7, 25996 Wenningstedt-Braderup
Tel.: 04651 / 949-0, Fax: 949-160, www.awo-syltklinik.de

Rehabilitationsklinik „Bad Oexen", Oexen 27, 32549 Bad Oeynhausen
Tel.: 05731 / 537-0, Fax: 537-736, www.badoexen.de

Rehabilitationsklinik „Katharinenhöhe", Oberkatzensteig 11,

78141 Schönwald/Schwarzwald, Tel.: 07723 / 6503-0, Fax: 6503-100, www.katharinenhoehe.de

Nachsorgeklinik Tannheim, Gemeindewaldstr. 75, 78052 Villingen-Schwenningen/Tannheim, Tel.: 07705 / 920-0, Fax: 920 199 www.tannheim.de

Kindernachsorgeklinik Berlin-Brandenburg, Bussardweg 1, 16321 Bernau Tel.: 03338 / 90 80 20, Fax: 90 80 39, www.knkbb.de

Sofern keine Ansprüche gegenüber einer Krankenkasse oder einem Rentenversicherungsträger bestehen, kann die Leistung ggf. vom Sozialamt zur Verfügung gestellt werden. Unter Umständen können Familien mit geringem Einkommen auch einen einmaligen Zuschuss bei der Deutschen Krebshilfe, beim DLFH-Dachverband oder bei den Krebsgesellschaften beantragen.

2. Rehabilitationsmaßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene

Nach- und Festigungsrehabilitationen können selbstverständlich auch Jugendliche und junge Erwachsene beanspruchen. Zuständiger Leistungsträger ist im Allgemeinen der Rentenversicherungsträger.

Die Reha-Dauer beträgt hier bis zu vier Wochen. Die Einrichtung wird vom Kostenträger anhand der medizinischen Unterlagen bestimmt. Wünsche der Anspruchsberechtigten sind angemessen zu berücksichtigen. Anträge sind rechtzeitig unter Beifügung eines ärztlichen Attests bei dem zuständigen Träger einzureichen. Im Gegensatz zu den Krankenkassen halten die Rentenversicherungsträger spezielle Antragsvordrucke bereit.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen je Kalendertag 10,- € für längstens 28 Tage als Eigenanteil an die Rehabilitationseinrichtung entrichten[3].

Rentenversicherungsträger haben andere Zuzahlungsregelungen und Befreiungsmöglichkeiten als die Krankenkassen. Eine Minderung der Zuzahlungen bei geringem Einkommen erfolgt stufenweise und orientiert sich hier am Nettoverdienst. Befreiungsmöglichkeiten sollten im Einzelfall vom Versicherten beim zuständigen Träger erfragt werden.

[3] Auch hierfür gelten die Zuzahlungsregeln und damit die Belastungsgrenze

VI. BESONDERE HINWEISE FÜR AUSLÄNDISCHE PATIENTEN

Die in dieser Broschüre besprochenen sozialrechtlichen Möglichkeiten haben unterschiedliche Rechtsgrundlagen. Es werden zur Erlangung von Leistungen bestimmte Voraussetzungen verlangt oder die individuellen Voraussetzungen geprüft. Der Umfang der Ausländern gewährten Sozialleistungen ist in der Regel vom jeweiligen Aufenthaltsstatus und von individuellen Voraussetzungen abhängig.

Der **Behindertenausweis** kann für Ausländer beantragt aufhalten, die sich rechtmäßig in Deutschland aufhalten.

Sogenannte **Familienleistungen** (Kindergeld, Elterngeld, Unterhaltsvorschuss) bekommen nur diejenigen, die mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland leben. Dazu zählen in der Regel Ausländer mit Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis. Durch weiterführende gesetzliche Bestimmungen kann der Bezug ausgeschlossen oder an die Erfüllung zusätzlicher Voraussetzungen geknüpft werden. Weitere Auskünfte dazu erteilen die Ausländerbehörden oder Migrationssozialberatungsstellen.

Regelungen durch **SGB V (Krankenversicherung), SGB VI (Rentenversicherung)** und **SGB XI (Pflegeversicherung)** beruhen auf dem Beitragsprinzip und richten sich nicht nach dem Aufenthaltsstatus. In Deutschland regulär beschäftigte ausländische Arbeitnehmer können alle aus dem Sozialgesetzbuch abgeleiteten Leistungen in Anspruch nehmen (Bedingung: Das Arbeitsverhältnis unterliegt der Sozialversicherungspflicht).

Manche Ausländer haben die Möglichkeit (aufgrund von zwischenstaatlichen Abkommen), sich ihre eigenen **Rentenbeiträge** auszahlen zu lassen, wenn sie Deutschland für immer verlassen. Wenn dieser Personenkreis allerdings an einer Rehabilitation teilgenommen hat entfällt die o.g. Möglichkeit. Die DRV würde zukünftig nur noch die nach der Rehabilitation eingezahlten Beiträge auszahlen. Um Härtefälle zu vermeiden kann die Krankenkasse um Prüfung gebeten werden, ob sie sich gemäß §40 SGB V "vorrangig zuständig" erklären kann und die Kosten der Maßnahme trägt. Zur Handlungssicherheit sollten in jedem Falle die Migrationssozialdienste um Unterstützung gebeten werden.

1. Gesetzliche Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht

Für jeden Ausländer gibt es eine Pass- und Aufenthaltsgenehmigungspflicht („Aufenthaltstitel“). Zuständig sind die Ausländerbehörden der Kreis- oder Stadtverwaltungen.

Die Arten der Aufenthaltstitel richten sich nach den unterschiedlichen Aufenthaltszwecken. Die Erteilung eines Aufenthaltstitels ist in der Regel davon abhängig, dass der Lebensunterhalt gesichert ist. Das Aufenthaltsgesetz (AufenthG) weist drei Aufenthaltstitel auf: das Visum, die (befristete) Aufenthaltserlaubnis und die (unbefristete) Niederlassungserlaubnis.

Visum

Ein Visum kann Ausländern für einen vorübergehenden, befristeten Aufenthalt bis zu einer Dauer von drei Monaten erteilt werden. Die Erteilung eines Visums

begründet keine Ansprüche auf öffentliche Leistungen. Ein Visum kann nicht eingeklagt werden.

Für die Erteilung eines Visums kann die Abgabe einer **Verpflichtungserklärung durch den Einladenden** notwendig sein. Dies ist eine Haftungserklärung. Die Verpflichtung erfasst die Aufbringung bzw. Erstattung aller öffentlichen Kosten für den gesamten Lebensunterhalt einschließlich der Kosten für die Unterkunft. Hierzu gehören auch die Kosten für die Krankenversorgung und die Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit aufgewendet werden müssen (z.B. Arztbesuche, Medikamente, Krankenhausaufenthalt). Erstattungspflichtig sind auch die Ausreisekosten (z.B. Kosten für ein Flugticket).

Nicht zu erstatten sind Kosten für Aufwendungen, die auf einer Beitragsleistung beruhen. Dazu gehören z.B. Kosten für medizinische Aufwendungen einer akuten Erkrankung, die durch eine Reisekrankenversicherung gedeckt sind. Die Ausländerbehörde verlangt in jedem Fall zur Absicherung des finanziellen Risikos im Krankheitsfall den Abschluss einer Krankenversicherung für die Zeit des Aufenthalts. Es kann sein, dass eine außerhalb Europas abgeschlossene Versicherung nicht anerkannt wird.

Aufenthaltserlaubnis

Die Aufenthaltserlaubnis wird für bestimmte Aufenthaltszwecke erteilt – z.B. zur Ausbildung (§§ 16, 17 AufenthG), zur Erwerbstätigkeit (§§ 18 – 21 AufenthG), aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen (§§ 22 – 26 AufenthG) und/oder aus familiären Gründen (§§ 27 – 36 AufenthG).

Niederlassungserlaubnis

Die Niederlassungserlaubnis ist ein räumlich und zeitlich unbefristeter Aufenthaltstitel. Voraussetzungen zur Erteilung sind u.a.

- der Besitz einer Aufenthaltserlaubnis seit fünf Jahren,
- Sicherung des Lebensunterhalts,
- ausreichender Wohnraum,
- ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sowie
- Grundkenntnisse der Rechts- und Gesellschaftsordnung und der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet,
- keine Straffälligkeit sowie
- 60 Monate Rentenversicherungsbeiträge.

2. EU-Bürger

EU-Bürger genießen in Europa Freizügigkeit, wenn sie sich als Arbeitnehmer, zur Arbeitssuche oder zur Berufsausbildung, als niedergelassene selbständig Erwerbstätige oder als Erbringer bzw. Empfänger von Dienstleistungen in Deutschland aufhalten. Sie müssen über ausreichende Existenzmittel und einen Krankenversicherungsschutz verfügen.

3. Asylbewerber

Jeder Mensch hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgungen Asyl zu suchen und zu genießen. (Art. 14 Ziffer 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948). Hierunter sind sog. „Asylbewerber“ nach Art. 16 Absatz 1 GG gemeint, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten. Ihre rechtliche Stellung richtet sich nach dem Asylverfahrensgesetz (AsylVfG).

Asylbewerber, die seit weniger als 48 Monaten in Deutschland leben, bekommen gemäß § 3 AsylbLG nur „Grundleistungen" (Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits-, Körperpflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts sowie einen minimalen Geldbetrag). Leistungen bei akuten Krankheiten, Schwangerschaft und Geburt werden nach § 4 AsylbLG erbracht.

Asylbewerbern, die mehr als vier Jahre Leistungen nach § 3 AsylbLG bezogen haben, stehen reguläre Leistungen analog der Sozialhilfe zu.

Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) sind auch Leistungen für alleinstehende minderjährige Flüchtlinge, darunter auch Hilfe zum Lebensunterhalt und die Krankenhilfe, zu erbringen. Dasselbe gilt nach § 42 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII bei einer vorläufigen „Inobhutnahme“. Der Anspruch ausländischer Flüchtlinge auf Jugendhilfeleistungen ergibt sich aus § 6 Abs. 2 SGB VIII und aus Artikel 1 und 9 des Haager Minderjährigenschutzabkommens.

Die Leistungen nach dem SGB VIII sind **vorrangig** zu den Leistungen nach dem SGB XII und nach dem AsylbLG.

4. Duldung (Aussetzung der Abschiebung)

Ausländer, die nicht mehr über einen erforderlichen Aufenthaltstitel verfügen, sind zur Ausreise verpflichtet und können abgeschoben werden. Menschen, die nicht abgeschoben werden können, erhalten nach § 60 AufenthG eine Bescheinigung über die Aussetzung der Abschiebung (Duldung).

In Härtefällen kann eine Aufenthaltsgewährung erteilt werden. Mit dieser Frage beschäftigen sich die „Härtefallkommissionen" der Bundesländer. Voraussetzung dafür ist, dass besonders schwerwiegende humanitäre Gründe vorliegen und alle rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Die Aufenthaltsgewährung kann davon abhängig gemacht werden, dass der Lebensunterhalt gesichert ist oder dass eine Verpflichtungserklärung abgegeben wird.

VII. KLINIKSCHULE UND HAUSUNTERRICHT

Die schulrechtlichen Vorgaben und Voraussetzungen zur Erteilung von Unterricht im Krankenhaus und im häuslichen Umfeld sind in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. Bitte erkundigen Sie sich bei dem psychosozialen Dienst Ihrer Klinik oder dem für Sie zuständigen Schulamt nach den in Ihrem Bundesland geltenden Richtlinien und den Möglichkeiten, Klinik- und Hausunterricht zu erhalten.

1. Unterricht im Krankenhaus

Grundsätzlich haben Klinikschulen die Aufgabe, kranke Schüler und Schülerinnen, die sich voraussichtlich für einen längeren Zeitraum im Krankenhaus befinden, so zu unterrichten und zu fördern, dass sie nach Möglichkeit den Anschluss an den Unterricht der von ihnen besuchten Schule nicht verlieren.

Der Klinikunterricht richtet sich im zeitlichen Umfang nach der Belastbarkeit des erkrankten Schülers. Um das Kind optimal fördern zu können, setzt sich der Kliniklehrer mit der Heimatschule in Verbindung und wählt unter dem Gesichtspunkt der Wiedereingliederung des Kindes in seine Klasse die Unterrichtsfächer und -themen aus.

2. Hausunterricht

Der Hausunterricht soll Schülern und Schülerinnen, die aus Krankheitsgründen längere Zeit nicht am Unterricht ihrer Schule teilnehmen können, ermöglichen, den Unterrichtsstoff ihrer Klasse zu bewältigen.

Der Antrag auf Hausunterricht muss von den Erziehungsberechtigten unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei der Schule des Schulpflichtigen gestellt werden. Der Hausunterricht wird nach Möglichkeit von Lehrern der betreffenden Schule erteilt und orientiert sich an den jeweiligen Lehrplänen der Klassenstufe.

3. Nachteilsausgleich

Behinderten Schülern kann ein Nachteilsausgleich bei Leistungsnachweisen gewährt werden. Die Schule ist verpflichtet einer nachgewiesenen Behinderung Rechnung zu tragen und durch eine spezifische Förderung dazu beizutragen, dass behinderten Schülern kein Nachteil entsteht. Die fachlichen Anforderungen dürfen jedoch nicht verringert werden. Formen des Nachteilsausgleiches sind u.a.: verlängerte Arbeitszeiten bei Klassenarbeiten, Zulassen spezifischer Arbeitsmittel, größere Exaktheitstoleranz, differenzierte Aufgabenstellung. Die individuellen Formen des Nachteilsausgleichs müssen mit der Schulbehörde abgesprochen werden.

Stütz- und Förderunterricht

Wenn nach Rückkehr in die Schule deutlich wird, dass durch krankheits- und behandlungsbedingte Unterrichtsversäumnisse Wissenslücken entstanden sind, sollten die Möglichkeiten für die Gewährung eines zusätzlichen, schulbegleitenden Stütz- oder Förderunterrichts geprüft werden, um individuelle Lerndefizite aufzuarbeiten und dadurch der Entstehung oder Verfestigung von Lernschwierigkeiten frühzeitig entgegenwirken zu können. Auskünfte zu den länderspezifischen Regelungen für Nachteilsausgleiche und Stütz- oder Förderunterricht können bei den Schulämtern eingeholt werden.

VIII. FINANZIELLE ZUSCHÜSSE

1. Sozialfonds des Dachverbandes Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

Aus Mitteln der Elterngruppen besteht ein begrenzter Fonds für finanzschwache Familien, die durch die Krebserkrankung ihres Kindes zusätzlich außergewöhnliche Belastungen erfahren. Es handelt sich um einmalige Zuwendungen, die nach § 84 SGB XII bzw. § 11 Abs. 3 Nr. 1b SGB II nicht auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende oder der Sozialhilfe angerechnet werden dürfen.

Voraussetzung für eine Leistung aus dem Sozialfonds ist selbstverständlich, dass die Familie die mit der Krankheit entstehenden besonderen Kosten nicht ohne Weiteres aus dem eigenen Vermögen bestreiten kann. Der Gesetzgeber sieht diese Grenze bei einem Sparguthaben/Vermögen von 15.500 Euro pro Person.

Die Anträge müssen die Vermögens- und Einkommensverhältnisse und die festen Ausgaben der Familie darlegen. Die Richtigkeit der Angaben muss durch Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes oder durch eine berechtigte Person einer Elterngruppe sowie durch den behandelnden Arzt bestätigt werden.

Antragsformulare können von der Website www.kinderkrebsstiftung.de heruntergeladen werden, oder Sie wenden sich an den psychosozialen Dienst der behandelnden Klinik oder direkt an die:

> Deutsche Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebskranke Kinder e.V. –
> Dachverband, Adenauerallee 134, 53113 Bonn
> Tel.: 0228 / 68 84 6-0

2. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e.V.

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

> Deutschen Krebshilfe e.V., Härtefonds, Buschstr. 32, 53113 Bonn,
> Tel. 0228 / 729900, oder im Internet unter:
> www.krebshilfe.de/haertefonds.html

Mit dem Antrag müssen Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen und zu den festen monatlichen Ausgaben gemacht werden. Die Gewährung der einmaligen Zuwendung ist abhängig von der Höhe der monatlichen Bezüge und der Anzahl der Personen, die im Haushalt leben. Zur Bewilligung einer Zuwendung darf das verfügbare Einkommen (monatliches Nettoeinkommen abzüglich feste monatliche Ausgaben) bei einer Person 350,00 €, bei zwei Personen 600,00 €, bei drei Personen 800,00 € nicht übersteigen. Die Zuwendungen liegen je nach Bedürftigkeit zwischen 300,00 € und 750,00 €.

Die im Antrag vorgenommenen Angaben müssen von einer öffentlichen Institution mit Unterschrift und Stempel abgezeichnet werden. Hierzu sollten die Unterlagen, aus denen die Angaben ersichtlich sind, der Institution vorgelegt werden. Die Bestätigung der Richtigkeit der Angaben kann durch Sozialämter, psychosoziale

Dienste der Klinik, Beratungsstellen, Kirchen- oder Bürgermeisterämter u.ä. vorgenommen werden.

3. Krebsgesellschaften der Bundesländer

Einige Landesverbände der Krebsgesellschaft (z.B. Baden Württemberg, Bayern und Berlin) gewähren Zuschüsse bei finanzieller Notlage. Beim Krebsverband Baden-Württemberg besteht z.B. die Möglichkeit, einen Antrag auf Ernährungszulage oder einmaligen Kostenzuschuss für einen Erholungsaufenthalt im Rahmen der Krebsnachsorge zu stellen. Finanzielle Zuschüsse der Krebsverbände sind einkommensabhängig und werden nur dann gewährt, wenn dem Versicherten die Leistungen der Krankenkasse, Rentenversicherungs- und Sozialhilfeträger nicht zustehen. Die Formen der Hilfe sind bei den einzelnen Landesverbänden unterschiedlich, und es wird grundsätzlich im Einzelfall geprüft, ob dem Antrag zugestimmt werden kann.

4. Fördervereine und Elterngruppen für krebskranke Kinder

Unter bestimmten Umständen gewähren auch Elterninitiativen Zuschüsse. Wenden Sie sich bitte an den Sie betreuenden Ortsverein. Eine jeweils überarbeitete Adressenliste der Elterngruppe erhalten Sie vom DLFH-Dachverband, Adenauerallee 134, 53113 Bonn, Tel.: 0228 / 68 84 6-0, oder im Internet unter
www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/elterngruppen.html

IX. ADRESSEN UND WEITERE AUSKÜNFTE

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
– Aktion für krebskranke Kinder e.V. – (Dachverband)
und Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn
Tel. 0228 / 68 84 6-0
info@kinderkrebsstiftung.de
www.kinderkrebsstiftung.de

Krebs-Informations-Dienst (KID)
des Deutschen Krebsforschungszentrums
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Tel. 06221 / 41 01 21
www.krebsinformationdienst.de

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstr. 32
53113 Bonn
Tel. 0228 / 72 99 00
www.krebshilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
von Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfelder Str. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211 / 31 00 60
www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
Tiergarten Tower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel. 030 / 322932960
www.krebsgesellschaft.de

Die DKG informiert über die Adressen ihrer Landesverbände.

ANHANG: LITERATURÜBERSICHT

„Behinderung und Ausweis“
kostenlos zu beziehen bei den Integrationsämtern der regionalen Bezirksregierungen/Regierungspräsidenten

„Nachteilsausgleich für behinderte Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmer“, Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, www.bibb.de

„Berufsbildungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit Behinderungen – Erstausbildung“
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Referat LP, 53107 Bonn, www.bmgs.bund.der

„Der besondere Kündigungsschutz für Schwerbehinderte“
Integrationsämter der regionalen Bezirksregierungen

„Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“
BMGS, www.bmgs.bund.de

„Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“
Hrsg.: BAG Selbsthilfe, Kirchfeldstrasse 149, 40215 Düsseldorf ,
Tel. 0211- 31 00 60, Telefax 0211-310 0648, www.bag-selbsthilfe.de

„Leitfaden ALG II/Sozialhilfe von A – Z“
Hrsg.: Tacheles e.V. www.tacheles-sozialhilfe.de

„Leitfaden für Behinderte“
BMGS, www.bmgs.bund.de

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

„Merkblatt für Arbeitslose“
Hrsg. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg,

„Merkblatt „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“
Hrsg.: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg,

„Nachteilsausgleiche“
Integrationsämter der regionalen Bezirksregierungen, oder Rathäuser

„Pflegeversicherung“
BMGS, www.bmgs.bund.de

„Pflegeversicherungsgesetz – Textausgabe“
BMGS, www.bmgs.bund.de

„Pflege zu Hause“ – Hilfen für die Begutachtung durch den medizinischen Dienst
Hrsg.: DLFH, Adenauerallee 134, 53113 Bonn

„Pflegen zu Hause – Ratgeber die für häusliche Pflege“
(BMGS), Referat LP, 53107 Bonn, www.bmgs.bund.de

„Ratgeber für Menschen mit Behinderung“
BMAS, www.bmas.de

„Rundschreiben: Leistungen der Pflegeversicherung“
Hrsg.: Spitzenverbände der Pflegekassen, zu beziehen bei:
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, www.aok-bv.de

„SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“
BMAS, www.bmas.de

„Soziale Sicherung im Überblick“
BMAS, www.bmas.bund.de

„Sozialhilfe und Grundsicherung“
BMAS, www.bmas.bund.de

„Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern“
Hrsg. : Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstraße 5-7, 40239 Düsseldorf Tel. 0211/64004-0 Fax 0211/64004-20
info@bvkm.de, www.bvkm.de

„Steuertipps für behinderte Mitbürgerinnen und Mitbürger “
Hrsg.: Finanzministerium des Landes NRW, Presse- und
Informationsreferat, 40190 Düsseldorf, www.callnrw.de

„Steuervorteile für Körperbehinderte“ – BDL Merkblatt
Bundesverband der Lohnsteuerhilfevereine e.V., Kastanienallee 18,
14052 Berlin, Tel. 030 / 30108610, Fax: 30108612 www.bdl-online.de

„Studium und Behinderung“
Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerks, Monbijouplatz 11,10178 Berlin, Tel: 030/ 29 77 27-64,Fax: 030/ 29 77 27-69, E-Mail: studium-behinderung@studentenwerke.de
www.studentenwerke.de/behinderung

„Wohngeldbroschüre“ – erhältlich beim örtlichen Wohnungsamt

Eine aktualisierte Bücherliste zum Thema „Krebs im Kindes- und Jugendalter“ erhalten Sie bei: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe - Aktion für krebskranke Kinder e.V. (DLFH Dachverband), Adenauerallee 134, 53113 Bonn

Download unter: http://www.kinderkrebsstiftung.de/ueber-uns/downloads.html

Broschüren der DLFH und der Kinderkrebsstiftung können online bestellt werden:
www.kinderkrebsstiftung.de/informationsmaterial/

Hinweis: Zahlreiche Informationen zu sozialrechtlichen Fragestellungen sind bei den zuständigen Behörden online im Internet zu finden und können als PDF-Datei heruntergeladen werden.