

***Sozialrechtliche Hilfen  
für  
organtransplantierte Kinder  
und Jugendliche***



*Stand: April 2011*

<b>Inhaltsverzeichnis:</b>	<b>Seite:</b>
1. Schwerbehindertenausweis	3
Grad der Behinderung	<b>3</b>
Pauschbeträge	4
Merkzeichen	4
Private Fahrtkosten	6
Haushaltshilfe	6
Vergünstigungen beim KfZ	6
Parkausweis	7
Freifahrten im Nahverkehr	7
Flugpreisermäßigungen	7
2. Pflegegeld	7
3. Leistungen der Krankenkasse	12
Haushaltshilfe	10
Kinder-Krankenpflegegeld	12
Fahrtkosten	13
4. Rehabilitation	14
5. Integrationsmaßnahmen	17
Frühförderung	17
Kindergarten	18
Schule	19
Berufsausbildung/Berufsausübung	20
6. Verfahren	21

**Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Autorin erlaubt.**

## 1. Schwerbehindertenausweis

Nach dem Sozialgesetzbuch IX sind Menschen behindert, wenn ihr körperlicher, seelischer oder geistiger Zustand von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand für mindestens 6 Monate abweicht.

Ein Kind mit einem transplantierten Organ ist immer behindert im Sinne dieses Gesetzes. Eltern mit einem organtransplantierten Kind haben im privaten und öffentlichen Leben eine Reihe von Nachteilen hinzunehmen. Die Möglichkeiten, die ihnen der Schwerbehindertenausweis bietet, sollen hier einen Ausgleich für diese Nachteile darstellen.

Nutzen Sie diese Möglichkeiten und haben Sie keine Sorge, hierdurch das Kind zu stigmatisieren! Schließlich müssen Sie ihrem Kind den Ausweis nicht um den Hals hängen!

Auch wenn Sie auf den Ausweis verzichten wollen, bedeutet das nicht den Verzicht auf die Schwerbehinderteneigenschaft. Diese entsteht kraft Gesetzes und nicht Kraft Antrags.

**Antrag:** der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft ist beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen. Der Ausweis wird in der Regel zunächst für 5 Jahre ausgestellt, bei Kindern ohne Passbild bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres. Bei Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr. Der Schwerbehindertenausweis erlangt seine Wirkung auch rückwirkend zum Zeitpunkt der Grunderkrankung bzw. Geburt, wenn die Grunderkrankung angeboren war. Die Steuervergünstigungen durch den Schwerbehindertenausweis werden bis zu 5 Jahren rückwirkend gewährt

Benennen Sie alle Ärzte, die relevante Auskünfte über Ihr Kind geben können. Die Antragstellung sollte mit dem betreuenden Zentrum/Arzt vorher besprochen werden, damit ein entsprechender aussagekräftiger Arztbericht gleich beigefügt werden kann.

Ein Tipp: nehmen Sie sich Zeit für den Antrag, schildern Sie eventuell in einem Beiblatt die Auswirkungen der Immunsuppression und den sich daraus ergebenden Tagesablauf Ihres organtransplantierten Kindes. Bei den Versorgungsämtern arbeiten meist keine Ärzte mit Erfahrung im Transplantationsbereich. Schildern Sie nicht medizinische Fakten, sondern die Auswirkungen auf das Leben Ihres Kindes!

### **Grad der Behinderung:**

Der Grad der Behinderung (GdB) kennzeichnet die Schwere der Behinderung. Er ist entsprechend der Grunderkrankung zu bemessen, wird bei Wartepatienten aber wegen der Schwere der Erkrankung in der Regel bei 100 liegen.

Nach der Organtransplantation ist zunächst ein GdB mit 100 anzusetzen. Bei erwachsenen Transplantierten ist dieser Grad für die Dauer einer sogenannten **Heilungsbewährung von 2 Jahren** anzunehmen. Danach erfolgt eine erneute Überprüfung.

Seit 2009 regeln die Versorgungsmedizinischen Grundsätze als Anlage der Versorgungsmedizin-Verordnung den Grad der Behinderung sowie die Nachteilsausgleiche.

Diese sehen im Einzelnen vor, dass nach Organtransplantation auch bei günstiger Entwicklung folgende Grade (GdB) nicht unterschritten werden dürfen:

Herztransplantation mind. 70  
 Herz-/Lungentransplantation mind. 70  
 Lungentransplantation mind. 70  
 Lebertransplantation mind. 60  
 Nierentransplantation mind. 50

Ansonsten ist für die Beurteilung des GdB durch die zuständigen Versorgungsämter die durch die Transplantation bedingte **Leistungseinbuße im Einzelfall** entscheidend. Das behandelnde Zentrum sollte daher die vorhandenen Symptome, die zu einer Leistungseinbuße führen, so anschaulich wie möglich schildern. Eine Aufzählung von rein medizinischen Fakten durch den Arzt reicht hier nicht. Wichtig ist, dass der Sachbearbeiter beim Versorgungsamt einen Eindruck von der tatsächlichen Leistungseinbuße im täglichen Leben bekommt. Sprechen Sie mit dem behandelnden Arzt, bevor Sie den Antrag stellen, damit diese Punkte mit in den Arztbrief aufgenommen werden.

### **Pauschbetrag für Behinderte:**

Je nach Grad der Behinderung beträgt dann der Pauschbetrag

Bei 45 und 50	€ 570,-
Bei 55 und 60	€ 720,-
Bei 65 und 70	€ 890,-
Bei 75 und 80	€ 1.060,-
Bei 85 und 90	€ 1.230,-
Bei 95 und 100	€ 1.420,-

Der Pauschbetrag ist den außergewöhnlichen Belastungen zugeordnet und daher einkommensabhängig.

Anstatt des Pauschbetrages können auch die tatsächlich entstandenen Kosten gegen Nachweis geltend gemacht werden, wenn sie höher sind (z.B. Operationskosten, Schulgeld, Besuchsfahrten, Hilfsmittel soweit nicht von der Kasse übernommen etc.).

### **Merkzeichen:**

Neben dem GdB werden seitens des Versorgungsamtes noch bestimmte Merkzeichen gewährt, die den Ausgleich von Nachteilen im Alltag

bezwecken. Deren Vorliegen ist bei behinderten Kindern oft wichtiger, als der GdB, sie erhöhen die Vergünstigungen zum Teil erheblich. Im Einzelnen sind für die meisten Kinder mit einem transplantierten Organ folgende Merkmale relevant.

„H“ Hilflosigkeit, d.h. deutlicher Mehraufwand bei Pflege und Beaufsichtigung.

„G“ Gehbehindert, d.h. über das Altersübliche hinaus eingeschränkt übliche Wegstrecken zurückzulegen.

„aG“ Außergewöhnlich gehbehindert, d.h. nur unter großer Anstrengung sind kleine Wegstrecken möglich.

„B“ Begleitperson erforderlich,

„Rf“ Rundfunkgebührenbefreiung

(für Behinderte nach Organtransplantation, wenn über einen Zeitraum von einem halben Jahr hinaus die Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten in einer so hohen Dosierung erfolgt, dass dem Betroffenen auferlegt wird, alle Menschenansammlungen zu meiden. Nachprüfungen sind in kurzen Zeitabständen erforderlich)

### **Merkmale „H“:**

Das organtransplantierte Kind ist bei der Beurteilung der Merkmale grundsätzlich mit einem gleichaltrigen gesunden Kind zu vergleichen. So auch bei der „Hilflosigkeit“. Ein Säugling ist beispielsweise immer hilflos, das Merkmal „H“ wird daher nur gewährt, wenn der behinderte Säugling im Verhältnis zum gesunden gleichen Alters, bzw. Entwicklungsstufe, einen deutlich erhöhten Pflege oder Beaufsichtigungsaufwand erfordert.

Der besondere Hilfebedarf eines organtransplantierten Kindes ergibt sich dabei aus folgenden Umständen: durch die verabreichten Immunsuppressiva wird lebenslang medikamentös die körpereigene Abwehr geschwächt, was zwangsläufig mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden ist. Für dieses erhöhte Krankheitsrisiko fehlt den Kindern aber die Einsichtsfähigkeit. Die erforderlichen Hygiene- und Ernährungsregeln zur Vermeidung von Infekten kann das Kind noch nicht alleine einhalten. Hinzu kommt, dass die Infektanfälligkeit für das Kind selbst und Außenstehende nicht erkennbar ist.

Ein besonderer Hilfebedarf ergibt sich zudem aus den zu exakt gleichen Zeiten einzunehmenden Medikamenten.

Nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“, die als Entscheidungsgrundlage für die Einstufung bei Schwerbehinderten dienen, sind

**organtransplantierte Kinder dann hilflos, wenn aufgrund des durch die Organtransplantation bestehenden therapieinduzierten Immundefektes eine**

## **ständige Überwachung wegen der Infektionsgefahr erforderlich ist.**

Drei Merkmale müssen erfüllt sein:

### **1. Therapieinduzierter Immundefekt:**

Dieser entsteht durch die Gabe von Immunsuppressiva

### **2. Ständige Überwachung:**

Ständig heißt nicht rund um die Uhr, es muss aber ein Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand von mind. 2 Std. täglich bestehen. Ausreichend ist daher nicht, nur auf die Hilfe bei der Medikamenteneinnahme hinzuweisen. Es ist herauszuarbeiten, dass ein Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand z.B. bei Hygiene und Ernährungsregeln besteht.

### **3. Infektionsgefahr:**

Es ist herauszuarbeiten, dass eine **Infektionsgefahr** besteht, auch dann, wenn ein organtransplantiertes Kind wieder in den Kindergarten oder die Schule gehen kann. Die Gefahr der Infektion muss sich nicht permanent realisieren, es reicht die Gefahr, dass sich diese realisieren kann. Hilfreich ist die Aufzählung von durchgemachten Infekten, Fehltagen in der Schule etc.

Die Voraussetzungen der Hilflosigkeit können erst dann entfallen, wenn der Behinderte infolge des Reifungsprozesses, z.B. nach der Pubertät, gelernt hat, die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen.

Einzelne Versorgungsämter setzten die Stufe des Reifeprozesses jedoch früher an. Verlangen Sie eine Begründung für diese Einstufung, schildern Sie anschaulich den Tagesablauf bzw. legen Sie Widerspruch ein.

**Bei dem Merkzeichen „H“ erhöht sich der Pauschbetrag auf € 3.700,- unabhängig vom festgestellten Grad der Behinderung. Zusätzlich wird bei Vorliegen des Merkzeichen „H“ ein Pflegepauschbetrag in Höhe von € 924,- gewährt, wenn die Eltern die Pflege in der eigenen Wohnung ausführen.**

### **Merkzeichen „B“:**

Das Merkzeichen „B“ gewährt der Begleitperson eine unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Voraussetzung ist, dass eine Begleitperson für das behinderte Kind **bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig ist**, um Gefahren für das Kind oder Dritte zu vermeiden.

Die Vergabe dieses Merkzeichens erfolgt sehr unterschiedlich seitens der Versorgungsämter. Argumentativ stützen sollte man sich auf die

Infektanfälligkeit und die sich daraus ergebende Notwendigkeit der Begleitperson zum Schutz vor ansteckenden Mitreisenden.

### **Private Fahrkosten:**

Können ab einem GdB ab 80, oder ab 70 und Merkzeichen „G“, jährlich für einen Fahraufwand von 3000 km a € 0,30 (entspr. € 900,-) pauschal ohne Nachweis als außergewöhnliche Belastungen angesetzt werden.

Bei Vorliegen der Merkzeichen „aG“ und „H“ können bis 15.000 km jährlich alle Privatfahrten als außergewöhnliche Belastungen geltend gemacht werden.

Höhere Fahrkosten können in beiden Fällen angesetzt werden, sofern sie mit einem Fahrtenbuch nachgewiesen werden und behinderungsbedingt sind.

### **Haushaltshilfe:**

Die Kosten für eine Haushaltshilfe können bis zu einer Höhe von € 924,- geltend gemacht werden, sofern ein GdB von mindestens 45 oder das Merkzeichen „H“ vorliegt. Hierunter fallen alle Hilfen im Haushalt, z.B. die Putzfrau oder der Fensterputzer. Bedachten Sie aber, dass sie diese anmelden müssen, oder eine Rechnung benötigen!

### **Vergünstigungen beim Kfz:**

Schwerbehinderte Kinder, denen das Merkzeichen „H“ oder „aG“ zuerkannt wurden, können durch ihre Eltern das Kfz bei der Zulassungsstelle auf ihren Namen zulassen.

Voraussetzung ist, dass das Kfz für die Beförderung des Kindes notwendig ist, z.B. für Fahrten zur Klinik, Arzt, Apotheke, Einkaufen etc.. Das Fahrzeug muss im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder der Haushaltsführung des behinderten Kindes stehen.

Das Fahrzeug wird dann durch Antrag beim Finanzamt von der Kfz Steuer befreit

(§ 3 a Abs.1 Kraftfahrzeugsteuergesetz).

### **Blauer Parkausweis:**

Behinderte Kinder mit Merkzeichen „aG“ können bei der Straßenverkehrsbehörde eine Ausnahmegenehmigung zum Parken durch ein Fahrzeug auf besonders gekennzeichneten Parkplätzen beantragen. Auch das Parken in eingeschränktem Halteverbot sowie das kostenlose Parken an Parkscheinautomaten sind dann zulässig.

### **Orangener Parkausweis:**

Dieser wird vergeben für:

Schwerbehinderte Menschen, die die Merkzeichen G und B erhalten haben und einen GdB von mindestens 80 für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf

das Gehvermögen auswirken) anerkannt bekommen haben. Achtung: Es gilt nicht der Gesamt-GdB.

Schwerbehinderte Menschen, die die Merkzeichen G und B erhalten haben und für die Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) einen GdB von wenigstens 70 und gleichzeitig einen GdB von mindestens 50 durch Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane anerkannt bekommen haben.

Personen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 60 anerkannt wurde.

Personen mit Doppelstoma (künstlicher Darmausgang und künstliche Harnableitung nach außen) mit Einzel-GdB 70

### **Freifahrt im Nahverkehr:**

Bei Merkzeichen „H“, oder „aG“ kann im Nahverkehr bis 50 km eine Wertmarke beim Versorgungsamt beantragt werden. Dies ist bei Merkzeichen „H“ kostenlos, ansonsten kostet sie pro Jahr € 60,- . Bei Merkzeichen „G“ kann wahlweise eine 50 prozentige Steuerermäßigung beim KfZ oder die unentgeltliche Beförderung mit Wertmarke in Anspruch genommen werden

**Die Begleitperson wird bei Vorliegen des Merkzeichen „B“ sowohl im Nah-, als auch im Fernverkehr immer kostenlos befördert!**

## **2. Pflegegeld**

### **Antragstellung**

Pflegegeld wird erst ab Antrag bezahlt, sodass der Antrag bereits dann zu stellen ist, wenn man absehen kann, dass über einen Zeitraum der nächsten 6 Monate Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich ist. Der Antrag kann formlos bei der Krankenkasse/Pflegekasse gestellt werden, ich rate aber, dies schriftlich zu tun, um das Datum zu dokumentieren.

Laut Gesetz soll dem Antragsteller spätestens **fünf Wochen** (§ 18 Abs. 3 SGB XI) nach Eingang des Antrags die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Dies beinhaltet, dass innerhalb dieser fünf Wochen auch ein Gutachten durch den MDK erstellt wurde. Die meisten Krankenkassen benötigen jedoch deutlich länger für die Begutachtung und die Erstellung der Entscheidung, wissen sie doch, dass kaum ein Antragsteller diese Fünfwochenfrist kennt. Das Verstreichen der Frist ist auch nicht mit einer Sanktion belegt, gäbe aber das Recht, eine Untätigkeitsklage bei Gericht einzureichen.

Befindet sich der Antragsteller noch im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, gelten sogar noch engere Grenzen **von einer Woche**.

### **Die Begutachtung durch den MDK**

Der MDK meldet sich bei Ihnen zu Hause an. Es ist wichtig, dass Sie sich vorab Gedanken über den Tagesablauf mit Ihrem Kind gemacht haben.

Zunächst ist einmal zu betrachten, welche Bereiche der Pflege überhaupt unter das Pflegegesetz fallen. Der folgende **abschließende** Katalog soll hierzu Aufschluss geben:

#### **Grundpflege:**

##### **Im Bereich der Körperpflege:**

1. waschen/duschen/baden
2. Zahnpflege
3. kämmen
4. rasieren
5. die Darm- oder Blasenentleerung

##### **Im Bereich der Ernährung:**

1. das mundgerechte Zubereiten der Nahrung
2. die Aufnahme der Nahrung

##### **Im Bereich der Mobilität:**

1. aufstehen und zu Bett gehen
2. an- und auskleiden
3. stehen/gehen
4. Treppen steigen
5. verlassen der Wohnung und wieder aufsuchen der Wohnung

#### **Hauswirtschaftliche Versorgung:**

1. einkaufen
2. kochen
3. reinigen der Wohnung
4. spülen
5. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
6. heizen

**Der zeitlich notwendige Hauswirtschaftliche Mehrbedarf wird bei Kindern bis zum vollendeten achten Lebensjahr auch ohne Nachweis angenommen.**

## **Pflegestufe**

Nach der Gesamtdauer der jeweiligen Verrichtungen errechnet sich die Pflegestufe. Relevant ist in der Regel nur die Grundpflegeverrichtungen, nicht die hauswirtschaftliche Versorgung.

**In der Pflegestufe I muss die Grundpflege mehr als 45 Minuten betragen.**

**In der Pflegestufe II mindestens 2 Stunden.**

**In der Pflegestufe III mindestens 4 Stunden, auch nachts.**

Auf die hauswirtschaftliche Versorgung fallen für die Pflegestufe I 45 Minuten an, für die Pflegestufe II und III jeweils eine Stunde.

## **Orientierungswerte**

Die Gutachter bewerten die einzelnen Verrichtungen nach zeitlichen Orientierungswerten, so wird z.B. für das Duschen und die Nahrungsaufnahme 15-20 Minuten gerechnet. Diese Zeiten dürfen aber nur Anhaltswerte sein, sie enthalten keine verbindlichen Vorgaben. Sie entbinden den Gutachter auch nicht davon, in jedem Einzelfall den Zeitaufwand festzustellen. Dennoch ist immer wieder zu beobachten, dass der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bzw. die Firma Medic-Proof bei privaten Krankenversicherten sehr schematisch vorgehen.

## **Pflegeerschwerende Faktoren**

Unbedingt sollten Sie dem Gutachter Gründe nennen, die die Pflege erschweren. Z.B. Schluckstörungen, Abwehrverhalten, fehlende Kooperation.

## **Zeitlicher Abzug bei Kindern**

Das Pflegegesetz (SGB XI) differenziert grundsätzlich nicht zwischen Erwachsenen und Kindern. Jedes Kind muss zunächst gefüttert, gewickelt und getragen werden. Um die reine Netto-Pflegezeit zu ermitteln, wird daher das zu begutachtende Kind grundsätzlich mit einem gesunden Kind gleichen Alters verglichen.

Der Gutachter erfasst dabei die Zeiten für alle Verrichtungen, zieht aber wieder ab, was ein gesundes gleichaltriges Kind für die Pflege benötigen würde. Jedes Kleinkind wird gefüttert und gewickelt. Aus diesem Grund bleiben oft nur wenige Minuten pflegerelevanter Zeit übrig, die Nettopflegezeit. Hier gibt es feste Zeiten, die für ein gesundes gleichaltriges Kind in Ansatz gebracht werden. Diese sind in den Begutachtungsrichtlinien geregelt und gehen in Jahresabschnitten vor.

Ein ganz wichtiger Punkt ist im Bereich der **Mobilität** das Verlassen- und Wiederaufsuchen der Wohnung. Hier wird nicht jedes Verlassen Ihres Kindes bewertet, sondern nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Dazu gehören das **Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten**. Dies muss regelmäßig, im Durchschnitt mindestens ein Mal pro Woche, und auf Dauer für voraussichtlich mindestens sechs Monate anfallen.

Viele kranke/behinderte Kinder haben mehrere Therapien, die sie wöchentlich durchführen. Berücksichtigt werden in diesem Rahmen aber nur solche Therapien, die ärztlich verordnet werden können und therapeutischen Zwecken dienen, wie physikalische Therapien, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Nicht verordnungsfähige Therapien (Maltherapie, Musiktherapie, heiltherapeutisches Reiten, Hippotherapie, etc. ...) zählen hier ebenso wenig, wie all das, was der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen ist. Rehabilitation umfasst die physischen, psychischen und sozialen Aspekte und geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Im Einzelnen ist es äußerst schwierig, Therapien dem therapeutischen oder dem rehabilitativen Bereich zuzuordnen. Ohne die Kenntnis der hierzu einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist dies kaum möglich.

Die Zeiten für das Verlassen - und Wiederaufsuchen der Wohnung sind deshalb so wertvoll, da hier nicht nur die Therapiezeit sondern auch die Fahrzeit und die zwangsläufig anfallende Warte- und Begleitzeit der Begleitperson anzurechnen sind. Bei Kindern kann die Notwendigkeit der Begleitung beim Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung bei Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien vorausgesetzt werden. **Von diesen Zeiten werden grundsätzlich keine Zeiten abgezogen, die für ein gesundes gleichaltriges Kind anfallen würden**, da ein gesundes gleichaltriges Kind nicht ein Mal wöchentlich den Arzt oder Therapeuten aufsucht.

*Bsp: Geht man von einer durchschnittlichen Therapiedauer von einer Stunde aus, einer durchschnittlichen Fahrzeit von 30 Minuten je Fahrweg, so erreicht man schon zwei Stunden, was auf den Tag verteilt (also durch sieben geteilt) über 17 Minuten pro Tag ausmacht.*

Achten Sie also darauf, dass Sie dem MDK sämtliche Therapien mitteilen, sowie die entsprechenden Fahrt- und Wartezeiten hierfür.

Die Grundpflege kann in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtung oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung geschehen. Wird eine eigenständige Übernahme (bspw. bei

(schwerstbehinderten Kindern) nie erreicht werden können, zählt auch die Anleitung hierzu nicht dazu.

### **Problem: Abgrenzung Grundpflege – Behandlungspflege:**

Medikamenteneinnahme, Inhalieren oder eincremen mit ärztlich verordneten Salben ist keine Grundpflege, sondern Behandlungspflege. Behandlungspflege ist grundsätzlich all das, was vom Arzt verordnet wurde und medizinischen Zwecken dient. Behandlungspflege wird nicht bei der Pflegeversicherung berücksichtigt. Es gibt aber Ausnahmen: Wenn die Behandlungspflege untrennbarer Bestandteil einer Grundpflegemaßnahme ist oder mit ihr in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht, wird sie zeitlich auch berücksichtigt. Dies nennt man dann **verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**.

Deshalb ist ganz genau zu erfassen, wann welche Pflegemaßnahme durchgeführt wird.

### **Widerspruch**

Wenn Ihnen Pflegegeld bezahlt wird, achten Sie darauf, dass es auch ab Antragstellung nachgezahlt wird. Wenn der MDK lange für die Begutachtung und/oder die Kasse lange für die Entscheidung benötigt hat, ist das deren Versäumnis.

Haben Sie keine oder nicht die erwartete Pflegestufe erhalten, können Sie gegen den Bescheid der Krankenkasse innerhalb von **einem Monat** ab Zugang des Bescheides Widerspruch einlegen. Lassen Sie sich von der Krankenkasse/Pflegekasse auf jeden Fall das MDK Gutachten vorlegen. Wenn Sie die Zeiten dort vergleichen, müssen Sie bedenken, dass dort nur noch die reine Netto-Pflegezeit aufgeführt wurde, also von den ermittelten Pflegezeiten der altersbedingte Hilfebedarf für ein gesundes gleichaltriges Kind bereits abgezogen wurde.

Das Ziel im Widerspruchsverfahren ist es, eine neue MDK Begutachtung zu erreichen. Da Sie nun bereits wissen, wie der Besuch des MDK abläuft, können Sie sich gezielter darauf vorbereiten.

### **Klage**

Gegen den Widerspruchsbescheid ist wiederum innerhalb von **einem Monat** ab Zugang des Widerspruchs die Möglichkeit der Klage beim

Sozialgericht gegeben. Das Sozialgerichtsverfahren ist gerichtskostenfrei, sofern Sie anwaltlich vertreten sind, fallen jedoch hierfür Kosten an. Möglicherweise haben Sie auch Anspruch auf Prozesskostenhilfe (PKH), was das Gericht bei einem entsprechenden Antrag prüft.

Für den Fall einer anwaltlichen Vertretung rate ich dringend einen Fachanwalt für Sozialrecht aufzusuchen bzw. ein im Sozialrecht erfahrenen Rechtsanwalt.

Das Ziel der Klage ist wiederum eine Begutachtung zu erhalten. Dieses Gutachten wird nun nicht mehr vom MDK erstellt, sondern von einem vom Gericht beauftragten Gutachter (in der Regel ein Kinderarzt/Kinderärztin oder eine in der sozialmedizinischen Begutachtung erfahrene Pflegefachkraft).

## **Angehörige**

### Pflegezeit

Damit sich Angehörige (Vater/Mutter) um ihr pflegebedürftiges Kind kümmern können erhalten sie als Arbeitnehmer für die Dauer von bis zu sechs Monaten eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit. Voraussetzung ist eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit mind. der Pflegestufe I. Für diesen Fall sieht das Gesetz zu dem eine Frist zur Begutachtung von maximal zwei Wochen vor. Bei akut auftretenden Pflegesituationen wird für Angehörige ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit von bis zu 10 Tagen gewährt.

### Rentenversicherungsbeiträge:

Sowohl die gesetzliche als auch die private Pflegeversicherung führt Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung für die Pflegeperson ab, wenn diese nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Zudem ist die Pflegeperson gesetzlich unfallversichert.

## **Leistungen**

Pflegegeld für die eigene Pflege belaufen sich auf:

	<b>derzeit:</b>	<b>Ab 1.1.2010</b>	<b>Ab 1.1.2012</b>
<b>Pflegestufe I</b>	215 €	225 €	235 €
<b>Pflegestufe II</b>	420 €	430 €	440 €
<b>Pflegestufe III</b>	675 €	685 €	700 €

Pflegegeld wird bei anderen Sozialleistungen nicht berücksichtigt, es darf beispielsweise beim AlgII Bezug (Harzt4) nicht angerechnet werden. Auch

auf Unterhaltsansprüche oder Unterhaltsverpflichtungen wird Pflegegeld nicht angerechnet. Befindet sich das Kind in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus oder Reha-Klinik) kann das Pflegegeld für diese Zeit anteilig gekürzt oder gestrichen werden.

### **3. Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse:**

#### **Haushaltshilfe**

Nach § 38 SGB V steht der haushaltsführenden Person eine Haushaltshilfe zu, wenn sie ihren Haushalt aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, einer Reha-Maßnahme oder Mutter-Kind-Kur nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist zu Hause ein weiteres Kind unter 12 Jahren bzw. ein behindertes Kind, das betreut werden muss.

Im Falle eines Klinikaufenthaltes eines Kindes setzt dieser Anspruch jedoch voraus, dass Mutter/Vater aus medizinischen Gründen als Begleitperson mitaufgenommen werden müssen und dies vom Arzt /Klinik bescheinigt wird (s.o.).

Die Ersatzkraft, die Sie auch selbst suchen können, wird üblicherweise in dem Umfang, in dem sie benötigt wird, erstattet. Springen verwandte oder verschwägerte Personen als Haushaltshilfe ein, werden in der Regel aber nur Fahrkosten und eventuell Spesen übernommen. Eine vorherige Absprache mit der Krankenkasse empfiehlt sich aber.

#### **Kinderpflege-Krankengeld**

Wenn Sie aufgrund der Erkrankung Ihres Kindes Ihren Beruf nicht ausüben können, muss der Arbeitgeber Sie unbezahlt freistellen, solange Ihnen auch das sog. Kinderpflege-Krankengeld zusteht (§ 45 Abs. 1 SGB V). Das Kinderkrankenpflegegeld erhalten Sie über die Krankenkasse und beantragen es auch dort. Voraussetzung ist eine ärztliche Bescheinigung, dass ein krankes Kind beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden muss, diese Aufgabe von keiner anderen im Haushalt lebenden Person übernommen werden kann und das kranke Kind unter 12 Jahren oder behindert (wie das organtransplantierte Kind) ist.

Die Krankenkasse gewährt dann das sog.

**Kinderpflege-Krankengeld für längstens 10 Tage,  
bei Alleinerziehenden für 20 Tage**

für ein Kind. (Bei mehreren Kindern 25 Arbeitstage, bzw. 50 bei Alleinerziehenden).

Arbeitnehmer haben zudem gegenüber ihrem Arbeitgeber nach § 616 BGB einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für max. 5 Arbeitstage, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes der Arbeit fern bleiben.

Unter besonderen Umständen kann die zeitliche Beschränkung nach dem am 01.08.2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder die zeitliche Begrenzung der Zahlung von Kinderkrankengeld aufgehoben werden. Bei schwerstkranken Kindern mit einer unheilbaren Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium bestehen dann der Krankengeldanspruch sowie ein Arbeitsfreistellungsanspruch **zeitlich unbegrenzt**, wenn die oben genannten Voraussetzungen ebenfalls erfüllt sind.

Für viele Eltern, deren Kind im Krankenhaus auf ein Organ wartet, wird diese Vorschrift Anwendung finden können.

## **Fahrtkosten**

Fahrtkosten, die aus **zwingenden medizinischen** Gründen **notwendig** sind, übernimmt die gesetzliche Krankenkasse. Wichtig für Organtransplantierte ist die Kostenerstattung für:

- Ambulante vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.  
**Achtung:** Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse übernommen.
- **Häufige Therapie bei bestimmten Erkrankungen**  
Fahrten zur ambulanten Behandlung, wenn der Patient an einer Grunderkrankung leidet, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss und der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung unerlässlich ist (z.B. Dialysebehandlung, onkologische Strahlen- oder Chemotherapie). Dies muss vom Arzt attestiert werden.
- **Schwerbehinderte**  
Fahrten zur ambulanten Behandlung, wenn der Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), dem Merkzeichen Bl (blind) oder dem **Merkzeichen H** (hilflos) hat oder die Pflegestufe II oder III nachweisen kann.

## 6. Rehabilitation

Medizinisch stationäre Rehabilitationen werden für kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder hauptsächlich von den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung (früher BfA und LVA) erbracht, wenn Leistungen der ärztlichen Behandlung oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichen, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Selbstverständlich ist eine **medizinische Indikation** Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Reha. Der Klinikarzt oder der niedergelassene Vertragsarzt bescheinigen und begründen die Voraussetzungen auf entsprechendem Formular.

Die medizinische Indikation umfasst die

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit und
- die positive Rehabilitationsprognose

Das Gesetz sieht die Inanspruchnahme von Reha´s alle 4 Jahre vor. Wenn eine vorzeitige Inanspruchnahme beantragt wird, muss dies besonders sorgfältig vom Arzt begründet werden.

Wenn nicht schon die Klinik den Antrag einreicht, dann stellen Sie ihn selbst **immer schriftlich**. Der Rehabilitationsträger muss innerhalb von **2 Wochen** feststellen, ob er zuständig ist. Hält er sich nicht für zuständig, leitet er selbst unverzüglich den Antrag an den zuständigen Träger weiter. Bei Kindern haben sich die beiden in Frage kommenden Träger insoweit geeinigt, dass immer die zuerst angerufene Stelle auch zuständig ist. Ich empfehle aus vielerlei Gründen den Antrag bei der Krankenkasse und nicht bei der Deutschen Rentenversicherung einzureichen. Gelegentlich dann vorkommende telefonische Versuche der Krankenkassen, Sie zu überzeugen den Antrag doch besser woanders einzureichen, sollten Sie ignorieren. Aus Anwaltssicht kann man ohnehin sagen, dass man mit Behörden ausschließlich schriftlich kommunizieren sollte – Telefonate und auch Besuche in der Geschäftsstelle werden oft nicht dokumentiert.

Der zuständige Träger entscheidet innerhalb von **3 Wochen inhaltlich** über den Antrag. Wenn noch ein Gutachten z.B. über die Rehabedürftigkeit einzuholen ist, muss die Entscheidung spätestens 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens ergehen. Sie sehen, hier sind für die Rehabilitationsträger enge Fristen einzuhalten, die aus Personalmangel oft nicht eingehalten werden können. Was können Sie tun? Sie setzen dem Rehaträger **schriftlich eine angemessene Frist** und können nach Ablauf der Frist die Reha auch ohne Zustimmung antreten. Die Rehaträger müssen danach die Kosten erstatten, eine inhaltliche Prüfung des Antrags darf nicht mehr nachgeschoben werden. Allerdings sollten Sie dieses

Vorgehen mit der gewünschten Rehaklinik abstimmen, sofern Sie nicht mit den Kosten in Vorleistung gehen wollen!

Unproblematisch gestalten sich medizinische Reha´s nach einer OP und längerem Krankenhausaufenthalt. Eine beantragte Anschlussheilbehandlung direkt nach einer OP soll grundsätzlich von der Kasse genehmigt werden, es ist kein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) nötig. Auch wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen, kann der Sachbearbeiter selbst entscheiden. In allen anderen Fällen hat eine Begutachtung durch den MDK zu erfolgen. Das bedeutet, dass in allen ablehnenden Fällen der MDK mit einem Gutachten beauftragt werden **muss**. Die oft anzutreffende Unsitte bspw. mancher Krankenkassen, sich in einer Ablehnung auf einen namenlosen Beratungsarzt zu beziehen, dessen Gutachten oder Stellungnahme dann in keiner Akte auftaucht, muss nicht hingenommen werden. Sie haben immer Anspruch darauf in ablehnenden Fällen ein MDK Gutachten einzusehen.

Häufig wird die Bewilligung aus folgenden Gründen abgelehnt:

#### **Ambulant vor stationär:**

Der Rehaträger ist der Auffassung, dass noch nicht alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sind. In diesem Zusammenhang wird der sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung, als auch Rentenversicherung geltende Grundsatz „ambulant vor stationär“ oft übersehen und den Kostenträgern eine Chance zur Ablehnung gegeben, wenn man den Antrag dahingehend nicht gut vorbereitet hat.

#### **Wunsch- und Wahlrecht:**

Grundsätzlich bestimmen **Sie** die Rehaklinik, sofern es sich hierbei um berechnigte Wünsche handelt und mit der ausgesuchten Klinik ein Versorgungsvertrag besteht.

Der häufig von den Krankenkassen vorgebrachte Einwand, dass diese ein Ermessen bei der Auswahl der Rehaklinik hätten, bezieht sich nach Ansicht der Sozialgerichte jedoch nur auf Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung. **Berechtigte Wünsche**, z.B. bezüglich des Alters, der Erkrankung des Kindes, oder der Lebensumstände **sind von der Krankenkasse zu berücksichtigen**. Ebenso verhält es sich bei der Rentenversicherung. Aber Vorsicht: Gerade hier ist immer Voraussetzung, dass ein Versorgungsvertrag auch mit der Deutschen Rentenversicherung besteht.

#### **Familienorientierte Rehabilitation (FOR):**

Die Familienorientierte Rehabilitation bezieht die ganze Familie des erkrankten Kindes in die Rehabilitationsmaßnahme mit ein, was bedeutet, dass ein schwerkrankes Kind zusammen mit Eltern und allen Geschwisterkindern in einer eigens dafür eingerichteten und qualifizierten Reha-Klinik aufgenommen wird.

Die „Familienorientierte Rehabilitation“ – obwohl schon seit Jahren ein stehender Begriff in der Rehabilitation bei Kindern – war gesetzlich nie geregelt. Es gab jedoch schon seit Jahren durch die lobenswerte Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Familienorientierte Rehabilitation (AGFOR) interne Absprachen, die es ermöglichten, bei schweren Erkrankungen die ganze Familie als Patient aufzunehmen. In der Regel fand eine Kostenteilung zwischen den Rentenversicherungsträgern statt. Einzelne Krankenkassen ignorierten dieses bewährte Prozedere jedoch. Da es keinen gesetzlichen Anspruch auf eine FOR gab, sondern nur die Reha des Kindes und die Begleitperson der Mutter gesetzlich geregelt sind, konnte auch nur das gerichtlich durchgesetzt werden.

Hier hat sich nun einiges geändert: Um sicherzustellen, dass schwerst chronisch kranke Kinder und ihre Familien nach einheitlichen Voraussetzungen unbürokratisch eine „Familienorientierte Rehabilitation“ erhalten können, haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit Wirkung zum 1.10.2009 eine Verfahrensabsprache getroffen. Hierbei ist geregelt, dass Kinder mit schwersten chronischen Erkrankungen von ihren Eltern und Geschwistern zur Reha begleitet werden können, wenn die Erkrankung Auswirkungen auf diese Familienangehörigen hat. Die Krankheit des Kindes muss die Alltagsaktivitäten der Familie erheblich beeinträchtigen. Explizit genannt sind hier auch Organtransplantationen als schwere Erkrankung neben der Krebserkrankung, der Mukoviszidose und dem Zustand nach operierten Herzfehler.

Voraussetzung ist jedoch nach wie vor die Rehabilitationsbedürftigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose und zwar des erkrankten Kindes und nicht seiner Familie. Die häufig zu lesenden sehr ausführlichen Anträge aus Kliniken vergessen oft den Schwerpunkt beim kranken Kind zu belassen. Erst wenn dessen Reha bedürftigkeit bejaht werden kann, kann im zweiten Schritt geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine FOR vorliegen. Allein eine angespannte oder überlastete Familiensituation kann allenfalls zu einer Mutter-Kind-Kur berechtigen, auf die manche Krankenkassen den Antrag dann auch gerne reduzieren wollen.

Geht ein Antrag auf eine „Familienorientierte Rehabilitation“ bei der Deutschen Rentenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse ein, koordiniert dieser Rehabilitationsträger, unabhängig von seiner Zuständigkeit das Antragsverfahren federführend.

Eine gravierende Verschlechterung bringt diese Verfahrensabsprache jedoch: Eine "Familienorientierte Rehabilitation" kann jetzt in der Regel nur noch **einmal** nach Stellung der Erstdiagnose beziehungsweise nach Abschluss der Primärbehandlung durchgeführt werden. Nur bei Rezidivkrankungen kann eine Wiederholung der Leistung in Betracht kommen. Es bleibt abzuwarten, wie dies in der Praxis gehandhabt werden wird.

Folgende Rehakliniken sind der Arbeitsgemeinschaft AGFOR angeschlossen.

Klinik Bad Oexen  
32549 Bad Oeynhausen  
[www.badoexen.de](http://www.badoexen.de)  
[klinik@badoexen.de](mailto:klinik@badoexen.de)

Syltklinik  
25996 Winnigstedt/Sylt  
[www.awo-syltklinik.de](http://www.awo-syltklinik.de)  
[info@awo-syltklinik.de](mailto:info@awo-syltklinik.de)

Reha-Klinik Katharinenhöhe  
78141 Schönwald/Schwarzwald  
[www.katharinenhoehe.de](http://www.katharinenhoehe.de)  
[familienreha@katharinenhoehe.de](mailto:familienreha@katharinenhoehe.de)

Nachsorgeklinik  
Tannheim  
78052 VS-Tannheim  
[www.tannheim.de](http://www.tannheim.de)  
[verwaltung@tannheim.de](mailto:verwaltung@tannheim.de)

Kindernachsorgeklinik  
Berlin-Brandenburg gGmbH  
16321 Bernau  
[www.knkbb.de](http://www.knkbb.de)  
[info@knkbb.de](mailto:info@knkbb.de)

Daneben gibt es noch das Rehabilitationszentrum „Ederhof“ der Rudolf Pichlmayr Stiftung in Dölsach/Österreich, das ebenfalls eine „Familienrehabilitation“ anbietet.

#### **Sonderkrankenanstalt Ederhof**

Rehabilitationszentrum

für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation

Stronach 7

A-9991 Iselsberg-Stronach

[www.ederhof.eu](http://www.ederhof.eu)

[info@ederhof.eu](mailto:info@ederhof.eu)

## **5. Integrationsmaßnahmen**

**Nach dem seit 2001 geltenden „Rehabilitationsgesetz“ , dem SGB IX werden behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern sog. Integrations- oder Eingliederungshilfen gewährt um in unterschiedlichen Altersstufen und Lebenslagen eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.**

Ansprechpartner für Anträge sind unter anderem Sozialämter, Krankenkassen oder Jugendämter. **Neu ist: ist die angerufene Stelle nicht zuständig, leitet sie den Antrag von sich aus weiter.**

Einzelne Integrationsmaßnahmen können sein:

## Frühförderung

Frühförderung ist ein Hilfsangebot für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder vom Zeitpunkt der Geburt bis zur Aufnahme in einen Schulkindergarten oder bis zum Schuleintritt. Insgesamt kann Frühförderung als ein Sammelbegriff für alle Angebote in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Beratung und pädagogische Förderung verstanden werden. Diese unterschiedlichen Aufgabenstellungen greifen ineinander und stehen in einer Wechselbeziehung.

Die Angebote der Frühförderung orientieren sich sowohl am einzelnen Kind als auch an seiner Familie. Sie verfolgen das Ziel, dem betroffenen Kind bestmögliche Entwicklungschancen und eine optimale Entfaltung seiner Fähigkeiten zu bieten. Die Arbeit der Fachkräfte mit dem Kind bedarf zu ihrer Wirksamkeit der intensiven Kooperation mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten. Diese benötigen in der Regel Beratung und Begleitung, um ihre eigenen Kompetenzen zu entdecken und um den Herausforderungen ihrer speziellen Lebenssituation gewachsen zu sein.

Der Gesetzgeber hat die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder mit Inkrafttreten des SGB IX in den Vorschriften der §§ 26, 30, 55 und 56 SGB IX neu geregelt. Kostenträger sind Krankenkassen und Sozialhilfeträger.

## Kindergarten

Nach Vollendung des 3. Lebensjahres haben alle Kinder einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz in ihrer Stadt. Dies gilt selbstverständlich auch für behinderte Kinder. In den je nach Bundesland unterschiedlichen Kindergartengesetzen ist dies meist auch ausdrücklich geregelt (z.B. § 2.Abs. 2 KGaG Baden-Württemberg: „Kinder mit und ohne Behinderung sollen in gemeinsamen Gruppen betreut werden“).

Organtransplantierte Kinder können je nach physischen und psychischem Gesundheitszustand ganz normal in den Kindergarten aufgenommen werden. Hier empfiehlt es sich, einige Punkte mit dem Kindergarten genau abzusprechen. ( Dies ist ausführlich in der BDO Broschüre „Unser transplantiertes Kind im Kindergarten“ dargestellt.)

Bei höherem sonderpädagogischem Förderbedarf ist aber auch an eine integrative Erziehung im Kindergarten zu denken.

Unter einer **integrativen Erziehung im Regelkindergarten** versteht man die Betreuung von behinderten und nichtbehinderten Kindern in der selben Einrichtung. Um einen pädagogischen Förderbedarf abzudecken, gibt es Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe der Sozialämter, wenn das Kind im Kindergartenalltag weitergehende Hilfen benötigt, die über das allgemeine Betreuungsangebot des Kindergartens hinausgehen. Daneben können noch sogenannte begleitende Hilfen beantragt werden, wenn beispielsweise der Einsatz einer zusätzlichen Reinigungskraft erforderlich ist.

Ziel der integrativen Erziehung ist dabei nicht, medizinische Therapien in den Kindergarten zu verlagern. Ist das bei ihrem Kind voranging notwendig, empfiehlt sich eher ein Sonderkindergarten, der bestimmte Therapieangebote wie Ergotherapie, Krankengymnastik etc während des Kindergartenalltags beinhaltet.

Die Integrationshilfe im Kindergarten ist im Bundessozialhilfegesetz ( §§ 39, 40 BSHG) geregelt. Aufgabe dieser sog. Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine bestehende Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Für den Kindergarten ergibt sich der Anspruch aus § 40 Abs. 1 Nr.4 BSHG, indem hier Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (...) einschließlich **der Vorbereitung** – und hierzu zählt der Kindergarten - gewährt werden.

**Der Antrag** ist beim Sozialamt zu stellen, hieran schließt sich in der Regel eine Begutachtung durch das Gesundheitsamt an, das den sonderpädagogischen Förderbedarf ermittelt.

Der hier festgestellte Förderbedarf entscheidet dann über die Einrichtung die das Kind besuchen kann. Ist der Förderbedarf groß und würde einen Regelkindergarten personell und organisatorisch überfordern, wird eine Sondereinrichtung (z.b. Körperbehindertenkindergarten) angeraten. Mit dem Argument, der Regelkindergarten wäre überfordert, darf aber nicht ein Antrag auf Unterbringung in dem selben abgelehnt werden. Hier ist sicherlich eine genaue Prüfung des Einzelfalls notwendig und exakt der tatsächliche Betreuungsbedarf des transplantierten Kindes im Kindergarten festzustellen. Denn Zweck der Eingliederungshilfe seitens der Sozialämter ist es gerade, finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, um vorhandene Defizite des Kindes zu schließen und Hilfen für das Kind zu finanzieren.

Häufig werden Anträge auf Eingliederungshilfe in den Regelkindergarten seitens der Sozialämter aber mit dem Argument abgelehnt, dass Sondereinrichtungen für behinderte Kinder bereitstünden, die vorrangig in Anspruch genommen werden müssten. Dies ergäbe sich aus dem Nachrang der Sozialhilfe.

**Aber:** nach Art 3 Abs. 3 unseres Grundgesetzes darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Dem Wunsch auf Betreuung im Regelkindergarten soll entsprochen werden, wenn die Integrationsmaßnahmen angemessen sind und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind.

**Daraus folgt: kann mit vertretbarem Aufwand eine Betreuung im Regelkindergarten erreicht werden, besteht auch ein Anspruch darauf.**

Einige Bundesländer haben die vertretbare Kostenhöhe durch Verwaltungsrichtlinien konkretisiert. Müssen therapeutische Leistungen während der Kindergartenzeit erbracht werden, d.h. ärztlich verordnete Leistungen, so sind hier die Krankenkassen Kostenträger.

Die pädagogischen Hilfen erfordern eine hohe Fachlichkeit. Im Rahmen eines Fachdienstes arbeiten u.a. Dipl. Heilpädagogen. Begleitende Hilfen können aber auch von Praktikanten oder Zivildienstleistenden übernommen werden.

Der Bedarf sollte sich nach den tatsächlichen Bedürfnissen des Kindes richten und mit den Beteiligten gemeinsam festgesetzt werden.

## **Schule**

Die allgemeine Schulpflicht gilt grundsätzlich auch für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder. Das Gesetz (§ 40 Abs. 1 Nr. 4 BSHG) gewährt Eingliederungshilfen für eine **angemessene Schulbildung**. Welche Schulart für das betroffene Kind angemessen ist, entscheidet jedoch die zuständige Schulbehörde. Details regeln die jeweiligen ländereigenen Schulgesetze. Dem Votum der Schulbehörde kommt auch eine bindende Wirkung für das Sozialhilferecht zu.

Bevor ein Kind einer Sonderschule zugewiesen werden kann, muss seine Sonderschulbedürftigkeit durch ein medizinisches und pädagogisches Gutachten festgestellt werden. Die Eltern sind hierbei auch anzuhören.

Liegen Transport- oder Unterbringungsschwierigkeiten vor, bzw. ist keine geeignete Sonderschule vorhanden, besteht ein Anspruch auf Einzel- oder Hausunterricht.

**Eltern behinderter Kinder haben also kein Wahlrecht zwischen Sonderschule und Regelschule und es besteht dann kein Anspruch auf Unterbringung in einer Regelschule, wenn die zuständige Schulbehörde dies nicht als angemessene Schulart festgestellt hat.**

Leider kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass altersentsprechend entwickelte organtransplantierte Kinder mit nicht nachvollziehbaren Gründen auf eine Körperbehindertenschule verwiesen werden. Hier helfen oft Stellungnahmen von den behandelnden Kinderärzten, Gutachten von Psychologen, die das Kind entwicklungspsychologisch testen oder auch eine Stellungnahme unseres Verbandes.

Wurde ein Antrag auf Einschulung in eine Regelschule abgelehnt, bleibt nur noch die Möglichkeit eines Widerspruchs und der Gang vor das Gericht. Denn auch hier ist das Diskriminierungsverbot unserer Verfassung zu beachten. Hier wird es sehr auf den individuellen Einzelfall des Kindes, seiner Behinderung und seines Förderbedarfes ankommen.

## **Berufsausbildung / Berufsausübung**

Die Eingliederung in den Arbeitsmarkt als berufliche Rehabilitation ist ebenfalls durch das seit 1.7.2001 geltende SGB IX neu und umfassend geregelt, hier insbesondere in den §§ 33-43 SGB IX. Der Erfolg dieser Maßnahmen hängt natürlich nicht nur von einem Gesetz ab, sondern ist auch sehr stark von den Schwankungen des Arbeitsmarktes abhängig. Häufig genug kommt es zur sog. „Scheinrehabilitation“, wenn der Behinderte trotz einer erfolgreich abgeschlossenen Maßnahme nicht vermittelbar ist. Hieran ändern auch sog. „Ausgleichsabgaben“ der Betriebe wenig, wenn nicht die erforderliche Anzahl behinderter Beschäftigter eingestellt werden.

Folgende Stellen können unter anderem Auskunft geben über die Möglichkeiten vor Ort und die rechtlichen Ansprüche:

### **Die Integrationsfachdienste**

#### **Die Berufsberatung für Behinderte beim Arbeitsamt**

**Servicestellen der Rehabilitationsträger** (nach SGB IX gemeinsam eingerichtete Anlaufstellen aller Rehabilitationsträger ).

Adressen und Ansprechpartner erfahren Sie beim Arbeitsamt oder Ihrer Krankenkasse.

Die Leistungen umfassen im Einzelnen:

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung
3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
5. Überbrückungsgeld (...)
6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Die wichtigsten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind Berufsförderungswerke (BFW) zur Umschulung und Fortbildung, Berufsbildungswerke (BbiW) zur Erstausbildung sowie Werkstätten für behinderte Menschen (WfB).

Viele organtransplantierte Jugendliche können jedoch selbst einen Ausbildungsplatz bzw. Arbeitsplatz suchen und finden. Zu beachten ist jedoch, dass Schwerbehinderte (d.h. ab einem GdB von 50) ihre Behinderung **auf Nachfrage** im Bewerbungsgespräch offenbaren müssen.

Andernfalls kann der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis wegen arglistiger Täuschung kündigen. Dagegen genießt der Behinderte dann auch einen deutlich verbesserten Kündigungsschutz, sowie weitere fünf Urlaubstage. Ebenso bedarf die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen durch den Arbeitgeber der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes.

**Aber generell gilt: informieren Sie sich umfassend und lassen Sie sich rechtzeitig vor einer Bewerbung beraten.**

## 6. Verfahren

Das sozialrechtliche Verfahren besteht in der Regel aus einem Antrag, einem diesen entscheidenden Bescheid, dem auf den Widerspruch folgenden Widerspruchsbescheid und der Klage.

Klagen vor den Sozialgerichten, d.h. Klagen z.B. im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes, Pflegeversicherungsgesetzes oder der gesetzlichen Krankenversicherung sind **gerichtskostenfrei**. Das erstreckt sich auf die Kosten des Gerichts, die Kosten der Gegenseite sowie die Kosten des gerichtlich angeordneten medizinischen Gutachtens nach § 106 SGG (Sozialgerichtsgesetz).

Kosten eines eignen Rechtsanwaltes sowie Kosten eines möglicherweise zweiten medizinischen Gutachtens nach § 109 SGG hat der Kläger im Falle des Unterliegens ganz, im Vergleichsfalle teilweise zu tragen.

Prozesskostenhilfe kann beantragt werden, wenn die Kostenfreiheit eines beigeordneten Rechtsanwaltes erreicht werden soll. Voraussetzung ist, dass die Vertretung durch einen Rechtsanwalt erforderlich ist oder die Gegenseite von einem Rechtsanwalt vertreten ist. Ferner, dass der Betreffende nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten für einen Rechtsanwalt nicht, nur zum Teil, oder nur in Raten aufbringen kann, die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint.

### **CHRISTINE STENNER**

RECHTSANWÄLTIN

FACHANWÄLTIN FÜR MEDIZINRECHT UND SOZIALRECHT

#### **WOLF & STENNER**

RECHTSANWÄLTE

LOUISENSTRASSE 84

61348 BAD HOMBURG

Fon: 06172-279 475

Fax: 06172-279 477

[stenner@wolf-stenner.de](mailto:stenner@wolf-stenner.de)

[www.patientenrechtskanzlei.de](http://www.patientenrechtskanzlei.de)