



UniversitätsKlinikum Heidelberg



Sozialrechtliche Informationen für chronisch nierenkranke Kinder, Jugendliche und deren Familien

Johannes Orths
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg

Sozialrechtliche Informationen

für chronisch nierenkranke Kinder,
Jugendliche und deren Familien

Johannes Orths
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg



Vorwort

Ist ein Kind an chronischer Niereninsuffizienz erkrankt, so ist gewöhnlich auch die ganze Familie mit betroffen. Medizinische und diätetische Maßnahmen und Verordnungen, einzuhaltende Termine usw. verändern möglicherweise das bisherige Leben einschneidend. Der Einfluss der Erkrankung auf (fast) alle Lebensbereiche der jungen Patienten und deren Familien wird meist erst nach einiger Zeit in seinem ganzen Ausmaß erfasst. Oft kommt noch die Angst vor einer ungewissen Zukunft des Kindes und der Familie hinzu. Außerdem sehen sich die Familien häufig vor schwierige finanzielle, berufliche und rechtliche Probleme gestellt.

Über einen Problemkreis bei chronischer Niereninsuffizienz, nämlich über den sozialrechtlichen, möchte ich in dieser kleinen Broschüre informieren. Anhand von in der alltäglichen Klinikpraxis immer wieder auftretenden sozialrechtlichen Fragen möchte ich hiermit Hilfemöglichkeiten für unsere Patienten anbieten.

Selbst für Fachleute ist es oft nicht einfach, sich in einer Vielzahl von ständig veränderten Gesetzen, Richtlinien und in einem verwirrenden Angebot von zahlreichen Leistungsträgern zurechtzufinden. Laut Sozialgesetzbuch sind jedoch alle Leistungsträger – also auch die Krankenkassen – zur Auskunft bzw. zur Benennung der jeweils zuständigen Stelle verpflichtet. Mein Rat: informieren Sie sich, denn wer sich informiert, fängt bereits an, sich selbst zu helfen.

Folgende Gesetze (auch hier ist künftig mit Veränderungen zu rechnen) sind für nierenkranke Patienten in den meisten Fällen wichtig:

Sozialgesetzbuch V (SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung)

Hier sind hauptsächlich die Leistungen der Krankenkassen für den versicherten Personenkreis, die Beiträge der Versicherten sowie die Beziehungen der Kassen zu den Leistungserbringern (z. B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) geregelt.

Sozialgesetzbuch IX (SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“)

Hier sind insbesondere die Rechte Behinderter und chronisch Kranker in Gesellschaft und Arbeitsleben geregelt und geordnet. Mit dem Inkraft-Treten dieses Gesetzbuches (seit dem 01.07.2001) soll das grundgesetzlich festgelegte Benachteiligungsverbot umgesetzt werden.

Sozialgesetzbuch XI (SGB XI, Pflegeversicherungsgesetz, PflegeVG)

Hier werden Ansprüche und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit geregelt.

Sozialgesetzbuch II und Sozialgesetzbuch XII (SGB II, Grundsicherung für Arbeitsuchende und SGB XII, Sozialhilfe)

Die jetzt im Sozialgesetzbuch II (im Volksmund „Hartz IV-Gesetz“) geregelte Grundsicherung für

Arbeitsuchende ersetzt die ehemalige „Arbeitslosenhilfe“ und die alte „Sozialhilfe“ für Menschen, die erwerbsfähig sind. Sozialhilfe/Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch XII erhalten jetzt in der Regel nur Personen, die nicht erwerbsfähig oder über 65 Jahre alt sind.

Wie bei allen Gesetzen, so ist auch bei den oben genannten Gesetzen nicht immer der Gesetzestext maßgebend, sondern die dazugehörigen Durchführungsbestimmungen. Das bedeutet, dass manchmal Leistungen auch gewährt werden können, obwohl z. B. die Krankenkassen nicht unbedingt dazu verpflichtet wären. Meiner Erfahrung nach bringt oft z. B. das Reden mit der Krankenkasse mehr Erfolg, als das Beharren auf Gesetzestexten.

Über Inanspruchnahme und Durchsetzung der zustehenden Rechte hinaus sollte aber auch das gegenseitige Kontakt aufnehmen, Informieren und Zuhören der Eltern untereinander nicht zu kurz kommen. Für Ihre individuellen Fragen steht der Sozialdienst im Rahmen seiner Möglichkeiten gerne zur Verfügung. Er wird bemüht sein, zusammen mit Ihnen nach Lösungen zu suchen. Mein besonderer Dank gilt Herrn Dipl.-Psych. Joachim Rosenkranz für seine stets kompetente, kritische und auch geduldige Unterstützung.

Heidelberg, im Oktober 2008
Johannes Orths

Inhalt

Unser Kind ist nierenkrank	8
Wer zahlt die Fahrt ins Krankenhaus?	8
Werden Besuchsfahrten der Eltern von der Krankenkasse bezahlt?	9
Zahlt die Krankenkasse die notwendigen Fahrten in die Ambulanz?	9
Wird die Mit-Aufnahme der Eltern in die Klinik bezahlt?	10
Wer versorgt die Geschwisterkinder?	10
Stehen berufstätigen Eltern nierenkranker Kinder zusätzliche Urlaubstage zu?	10
Müssen die Eltern bei medizinischen Verordnungen zuzahlen?	11
Gibt es bei hoher finanzieller Eigenbeteiligung Möglichkeiten der Entlastung?	12
Bezahlt die Krankenkasse ein Blutdruckmessgerät?	12
Gibt es Möglichkeiten von „Kuren“ für Patient und Familie?	12
Unser Kind ist behindert	14
Was heißt Behinderung?	14
Soll ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden?	14
Welche Vergünstigungen/Nachteilsausgleiche gewährt der Behindertenausweis?	15
Steuerfreibeträge	15
Auto/öffentliche Verkehrsmittel	16
Wohnen	17
Wohngeld	17
Kommunikation/Medien	17
Beruf	17
Informationen speziell für Jugendliche	18
Was bedeutet die Erkrankung / Behinderung für die Berufswahl?	18
Der Berufsberater für behinderte Menschen bei der Arbeitsagentur	18

Unser Kind braucht pflegerische Hilfe	20
Wer hilft? (Hilfen nach dem Pflegeversicherungsgesetz)	20
Ist unser Kind pflegebedürftig?	20
Welche Leistungen können wir beanspruchen?	21
Das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	22
Pflegesachleistungen	22
Rentenversicherung der Pflegeperson	23
Welche Hilfen gibt es noch?	23
Was ist, wenn unser Kind keine Pflege mehr benötigt?	23
Wir kommen durch die Erkrankung unseres Kindes in finanzielle Schwierigkeiten (Hilfen nach dem SGB II und SGB XII)	24
Wer bekommt Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)	24
Wer bekommt Sozialhilfe?	24
Wie bekommt man Leistungen nach dem SGB II oder nach dem SGB XII	25
Anhang	26
Informationsbroschüren	26
Zeitschriften	26
Gesetzestexte	26
Bürgertelefone	27
Adressen	37
Internet-Adressen	28
Impressum	30

Unser Kind ist nierenkrank

Wer zahlt die Fahrt ins Krankenhaus?

Seit dem 01.01.2004 sind die „Krankentransportrichtlinien“ des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ verbindlich. Dies sind präzise Ausführungsbestimmungen für den Fahrkostenparagrafen 60 des SGB V. Die Krankenkassen zahlen demzufolge die Hin- und Rückfahrt zur stationären Behandlung mit dem Krankenwagen, mit dem eigenen PKW, mit öffentlichen Verkehrsmitteln (unter Ausnutzung von Fahrpreisermäßigungen), oder, wenn aus medizinischen Gründen kein anderes Verkehrsmittel benutzt werden kann, auch ein Taxi. Die Wahl des Verkehrsmittels richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit. Das bedeutet, dass z. B. bei viel Gepäck oder ungünstig gelegenen Wohnort kein Taxi zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden darf, wenn keine medizinischen Gründe vorliegen. Es muss jetzt bei allen Verkehrsmitteln stets 10 %, mindestens € 5,- maximal € 10,- zugezahlt werden. Bei Fahrten mit dem eigenen PKW werden zurzeit pro km € 0,20 zurückgezahlt. Dieser Betrag wird jeweils an das Bundesreisekostengesetz angepasst (§ 60 SGB V).



Werden Besuchsfahrten der Eltern von der Krankenkasse bezahlt?

Wollen Sie Ihr Kind im Krankenhaus besuchen, so wird dies von den Krankenkassen grundsätzlich nicht bezahlt. Es können aber Fahrten bezahlt werden, die sich aus einer medizinischen und psychologischen Notwendigkeit ergeben. Hierzu müssen Sie der Krankenkasse eine Bescheinigung vorlegen, zum Beispiel: OP-Besprechung, Lebensgefahr, medizinische Krisen.

Zahlt die Krankenkasse die notwendigen Fahrten in die Ambulanz?

Fahrten zu ambulanten Behandlungen werden grundsätzlich nicht übernommen. Aber keine Regel ohne Ausnahme ...!

Ausnahmen

Nach den Krankentransportrichtlinien gelten drei generelle Ausnahmen: Dialysebehandlung, Strahlentherapie, Chemotherapie. Auch bis drei Monate nach einer Nierentransplantation können die Fahrkosten als „nachstationäre Behandlung“ erstattet werden.

Ferner dürfen Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und von der Kasse genehmigt werden:

› wenn der Patient durch seine Grunderkrankung mit einem vorgegebenen Therapieschema mit einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum behandelt werden muss **und** eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

› wenn im Schwerbehindertenausweis des Patienten die Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert, z.B. Rollstuhl), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) oder nach dem Pflegeversicherungsgesetz eine Einstufung in Stufe 2 oder 3 erfolgte.

Bitte beachten Sie:

Eine Fahrt zur ambulanten Behandlung (z. B. in die Nierenambulanz) bedeutet nicht gleich Taxifahrt – die Wahl des Verkehrsmittels richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit (siehe auch unter **Wer zahlt die Fahrt ins Krankenhaus?**).

Die Ausnahmen sind genehmigungspflichtig, d.h. vor einer geplanten Fahrt müssen Sie diese Genehmigung bei Ihrer Krankenkasse beantragen. Nach meiner Erfahrung gehen die Krankenkassen zunehmend dazu über, beantragte Fahrten in die Ambulanzen dem Medizinischen Dienst (MDK) zur Beurteilung vorzulegen.

Auch für die genehmigten Fahrten heißt es: es gilt die Zuzahlungsregelung von 10%, mindestens € 5,- maximal € 10,-.

In Zweifelsfällen wird der Sozialdienst der Klinik versuchen, weiterzuhelfen.

Wird die Mit-Aufnahme der Eltern in die Klinik bezahlt?

Wird die Mutter/der Vater zur Betreuung des Kindes aus medizinischen und psychologischen Gründen mit aufgenommen, so sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Tagessatz für das Kind enthalten. (Meist bei Kindern unter sechs.) Ist die Mit-Aufnahme eines Elternteils (z. B. aus Platzgründen) nicht möglich, so können die Kassen die Kosten für von der Klinik bereitgestellte Unterkünfte und für Ihre Verpflegung übernehmen, wenn Sie über die medizinische Notwendigkeit der Unterbringung eine Bescheinigung und über Ihnen entstandene Kosten einen Beleg vorlegen.

Wer versorgt die Geschwisterkinder?

Ist ein Elternteil mit aufgenommen, so stellt sich oft die Frage, wer die Geschwisterkinder versorgt, wenn der andere Elternteil arbeiten muss. Hier besteht die Möglichkeit, eine Haushaltshilfe zu beantragen. Die Krankenkasse kann diese genehmigen. (Die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben hier aber etwas unterschiedliche Regelungen!) Oft wird die Haushaltshilfe von einer örtlichen Sozialstation gestellt. Aber auch Hilfeleistungen von Freunden oder Nachbarn können von der Krankenkasse vergütet werden. Nach Möglichkeit sollte die Krankenkasse vorher informiert werden. Dann sind entsprechende Anträge zu stellen.

Bitte beachten Sie:

Die Krankenkassen selbst stellen in der Regel keine Personen als Haushaltshilfen zur Verfügung. Außerdem ist Voraussetzung, dass im Haushalt mindestens ein Kind lebt, welches a) das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder b) das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für Hilfeleistungen von Verwandten und Verschwägerten bis zum 2. Grad werden keine Kosten erstattet (ausgenommen erforderliche Fahrkosten bzw. Verdienstaufschlag im angemessenen Umfang (§ 38 SGB V)). Die Krankenkasse kann auch bei einer notwendigen Haushaltshilfe eine Zuzahlung von 10 %, mindestens € 5,- maximal € 10,- verlangen.

An manchen Kinderkliniken gibt es Betreuungsmöglichkeiten für die gesunden Geschwisterkinder. (Z. B. am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg die Geschwisterbetreuungsstätte "Kinderplanet")

Stehen berufstätigen Eltern nierenkranker Kinder zusätzliche Urlaubstage zu?

Viele Eltern machen sich bei der Erkrankung des Kindes und den damit verbundenen Fehlzeiten berechnete Sorgen um ihren Arbeitsplatz. Oft ist der Jahresurlaub bereits verbraucht. Hier besteht die Möglichkeit für Versicherte, nach ärztlicher Bescheinigung, für ein Kind unter 12 Jahren bis zu 10 Arbeitstagen je gesetzlich versichertem Partner (Alleinerziehende 20 Tage) im Kalenderjahr von der Arbeit unbezahlt freigestellt zu werden. Der Anspruch besteht auch dann, wenn das

erkrankte Kind behindert und älter als 12 Jahre ist. Hierfür können Sie „Krankengeld bei Erkrankung des Kindes“ bei der Krankenkasse beantragen.

Dieses „Krankengeld bei Erkrankung des Kindes“ beträgt 70 % Ihres regelmäßigen Arbeitentgelts und Arbeitseinkommens („Regelentgelt“). Es darf 90 % vom Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Bei drei und mehr Kindern besteht der Anspruch auf Krankengeld bis zu 25 Tagen je gesetzlich versichertem Partner (Alleinerziehende 50 Tage).

Auch bei Heimdialysetraining zahlen die Kassen berufstätigen Eltern „Krankengeld“ und erstatten ggf. anfallende Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Fahrten (§§ 45, 46, 47 SGB V).

Müssen die Eltern bei medizinischen Verordnungen zuzahlen?

Bei Medikamenten und anderen Heilmitteln im Allgemeinen nicht! Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen befreit (§ 31 SGB V). Eine Ausnahme stellen hier die Fahrtkosten und seit dem 01.01.2004 auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente für Kinder über 12 Jahren dar. Bestimmte Medikamente (z. B. „Nephrotrans“) werden aber übernommen, weil sie zum „Therapiestandard“ gehören. Ausnahmen gelten auch für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Sollte der oder die Patientin aber bereits 18 Jahre alt sein, gilt die allgemeine Zuzahlungsregelung. So müssen bei stationärem Aufenthalt für die ersten 28 Tage eines Kalenderjahres pro Tag € 10,- bezahlt werden, ebenso ist für ärztlich verordnete Medikamente und Heilmittel die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung zu leisten. Als Faustregel gilt bei allen zu leistenden Zuzahlungen:

10 % Zuzahlung, jedoch mindestens € 5,-, maximal € 10,- (bis zum Erreichen der „Belastungsgrenze“ von 2 % des Familieneinkommens, bei chronisch Kranken 1 % des Familieneinkommens).

Medikamente, bei denen der Preis weniger als € 5,- beträgt, müssen selbst bezahlt werden. Auch Sozialhilfe- oder Arbeitslosengeld II - Empfänger müssen zuzahlen (bei chronischer Erkrankung 1 % des „Eckregelsatzes“, das sind 2008 etwa € 42,- pro Kalenderjahr).

Gibt es bei hoher finanzieller Eigenbeteiligung Möglichkeiten der Entlastung?

Es gilt (siehe oben) für Kinder und Jugendliche die generelle Befreiung von Zuzahlungen (§ 31 SGB V). Eine Ausnahme besteht bei den Fahrkosten und bestimmte nicht verschreibungspflichtige Medikamente bei Kindern über 12 Jahre.

Besondere Regelungen für chronisch Kranke:

Hier gilt seit dem 01.01.2004 die sog. „Chronikerregelung“. Demzufolge gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer

- › einen Arztbesuch pro Quartal wegen der selben Krankheit hat und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt:
- › Einstufung in Pflegestufe 2 oder 3 nach dem Pflegeversicherungsgesetz, oder
- › es liegt ein Grad der Behinderung von mindestens 60 % vor oder,
- › es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die bestehende Erkrankung zu erwarten ist.

Meines Erachtens treffen diese Kriterien auf (fast) alle Stadien der chronischen Niereninsuffizienz zu.

Meine Empfehlung:

Ist absehbar, dass Ihnen durch das chronisch kranke Kind und andere Familienangehörige Kosten über 1 % Ihres Einkommens entstehen, dann sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse. Sammeln sie deshalb alle Belege aller Famili-

enangehöriger über entstandene Zuzahlungen und Fahrkosten und legen diese z. B. nach dem ersten Quartal bei Ihrer Krankenkasse vor. Zugrunde gelegt wird das Haushaltseinkommen. Das bedeutet: Die Zuzahlungen des Versicherten und seiner mit ihm im Haushalt lebenden Angehörigen werden zusammengezählt. Ebenso die jährlichen Einnahmen zum Lebensunterhalt der Familie. Für den/die Lebenspartner/in wird 2008 ein Freibetrag von € 4473,-, für jedes Kind ein Freibetrag von € 3648,- abgezogen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze erfolgt dann nach dem Einreichen der Fahrbelege die Befreiung von Zuzahlungen für den Rest des Kalenderjahres.

Bezahlt die Krankenkasse ein Blutdruckmessgerät?

Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die Kosten für Blutdruckmessgeräte zu übernehmen. Die meisten Kassen zahlen jedoch noch den vollen Preis, da dies preisgünstiger ist als regelmäßige Blutdruckkontrollen beim Arzt. Sprechen Sie mit Ihrer Kasse oder wenden Sie sich an den Sozialdienst.

Gibt es Möglichkeiten von „Kuren“ für Patient und Familie?

Wie bereits oben bemerkt, ist bei einem chronisch kranken Kind auch immer die Familie mitbetroffen. Eine „Rehabilitationsmaßnahme“ (der Begriff „Kur“ existiert im Sozialrecht nicht) entweder als Mutter/Vater-Kind-Maßnahme, als Maßnahme für das Kind selber oder unter bestimmten



Umständen als „familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme“ ist deshalb grundsätzlich aus ärztlicher und psychosozialer Sicht zu empfehlen. Anträge hierfür werden bei den jeweiligen Krankenkassen gestellt. Kostenträger kann entweder die Krankenkasse oder auch die Deutsche Rentenversicherung sein. Bei den Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen ist aber in jedem Fall die Krankenkasse zuständig.

Für nierenkranke Kinder und Jugendliche empfehlen sich das Rehabilitationszentrum „Ederhof“ in Osttirol, Österreich, das „Kinder-Rehazentrum“ in Binz auf der Ostseeinsel Rügen und das Caritas-Haus Feldberg auf dem Feldberg im Schwarzwald.

Bei Interesse an „Kuren“ wenden Sie sich bitte an den Sozialdienst der behandelnden Kinderklinik. Behilflich sind aber auch die niedergelassenen Hausärzte bzw. Kinderärzte.

Bitte beachten Sie:

Kranke Versicherte haben alle 4 Jahre einen Anspruch auf diese Maßnahmen. Bestehen dringende medizinische Gründe, kann auch vorzeitig eine Maßnahme übernommen werden. Die Dauer der Kuren ist in der Regel auf 3 Wochen begrenzt. Für Patienten ab 18 Jahren gilt eine Zuzahlung von € 10,- pro Tag.

Unser Kind ist behindert

Was heißt Behinderung?

Seit der Einführung des Sozialgesetzbuches IX im Jahr 2001 gibt es in Deutschland eine einheitliche Definition von Behinderung und Schwerbehinderung.

In § 2(1) heißt es dort:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Weiter heißt es in § 2(2):

„Menschen sind (...) schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz (...) im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches (also in Deutschland, J.O.) haben.“

Soll ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden?

Zeichnet sich bei Ihrem Kind eine bleibende Nierenschädigung ab, so ist es im Interesse Ihres Kindes sinnvoll, bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt (in Baden-Württemberg beim Landratsamt) einen Schwerbehindertenausweis

zu beantragen. Dies ist wichtig zur Wahrnehmung von Rechten und Nachteilsausgleichen. Ausgedrückt wird die Schwere der Einschränkung im „Grad der Behinderung“ (GdB), und zwar von 10 % bis 100 %. Beträgt der GdB mehr als 50 %, liegt eine Schwerbehinderung vor. Welche Nachteilsausgleiche Sie in Anspruch nehmen können, hängt zum einen vom Grad der Behinderung ab und zum anderen von zusätzlich gewährten Merkzeichen.

Folgende Merkzeichen werden gewährt:

G	für „Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt“
aG	für „Außergewöhnlich gehbehindert“
H	für „Hilflos“
B	für „Ständige Begleitung notwendig“
RF	für „Rundfunkgebührenbefreiung und Telefonanschlussgebührenermäßigung möglich“
Gl	für „gehörlos“

Dialysepatienten werden im Grad der Behinderung gewöhnlich auf 100 % eingestuft. Zusätzlich wird bis zum 16. Lebensjahr das Merkzeichen „H“ gewährt. Da sich der Zustand bei unseren Patienten verändern kann, wird in Abständen von einem bis zu fünf Jahren neu überprüft. Nach einer erfolgreichen Nierentransplantation wird gewöhnlich nach einer „Heilungsbewährung“ von 2 Jahren der Grad der Behinderung heruntergestuft, jedoch auf nicht weniger als 50 %. Das „H“ wird gegebenenfalls wieder aberkannt.

Auf der Rückseite des Schwerbehindertenausweises ist der Hinweis aufgedruckt, dass „Änderungen (...) dem Versorgungsamt unverzüglich mitzuteilen“ sind.

Der Sozialdienst der Klinik ist bei der Antragstellung eines Ausweises und bei Überprüfungen gerne behilflich.

Hierzu noch eine Bemerkung: Immer wieder wird gefragt, ob die Möglichkeit besteht (z. B. um leichter eine Ausbildungsstelle zu bekommen), auf Behindertenausweis und Nachteilsausgleiche (z.B. mehr Urlaub in der Ausbildung) nach erfolgreicher Transplantation zu verzichten. Es ist in der Tat nämlich schwierig, diesen Verwaltungsakt wieder rückgängig zu machen. Jedoch möge hier bedacht werden, dass es für Nierenkranke fast nicht möglich ist, diese Krankheit z.B. über Jahre hin zu „verbergen“.

Welche Vergünstigungen/Nachteilsausgleiche gewährt der Behindertenausweis?

Steuerfreibeträge

Die mit einer Behinderung verbundenen außergewöhnlichen Belastungen werden durch Steuerfreibeträge pauschal abgegolten. Je höher der Grad der Behinderung, desto höher auch der Pauschalbetrag:

Grad der Behinderung	Pauschalbetrag
25 und 30	€ 310,-
35 und 40	€ 430,-
45 und 50	€ 570,-
55 und 60	€ 720,-
65 und 70	€ 890,-
75 und 80	€ 1060,-
85 und 90	€ 1230,-
95 und 100	€ 1420,-

Bei Merkzeichen „H“ beläuft sich der Steuerfreibetrag auf € 3700,- (unabhängig vom Grad der Behinderung).

Diese Steuerfreibeträge können Sie als Pauschalbeträge auf Ihre Lohnsteuerkarte eintragen lassen. Sie gelten für das gesamte Kalenderjahr, auch wenn die Behinderung z.B. erst im Dezember festgestellt wurde. Sollten Ihre Aufwendungen jedoch über den eingetragenen Pauschalbetrag hinausgehen, sollten Sie die tatsächlichen Kosten (mit Belegen) geltend machen. Bei jedem Einkommensteuer-Jahresausgleich sollten Sie den Schwerbehindertenausweis (in Kopie) vorlegen.

Bitte beachten Sie:

Ist Ihr Kind nicht steuerpflichtig (was wohl die Regel ist), wird der Anspruch auf die Eltern übertragen. Bei den Finanzämtern bekommen Sie Auskünfte über eventuelle Steuererleichterungen für den jeweils vorliegenden Einzelfall.

Die wichtigsten Beispiele seien aufgezählt:

Auto/öffentliche Verkehrsmittel

Mit dem Merkzeichen „G“ (gehbehindert) kann Ihr Kind zwischen einer Kraftfahrzeugsteuerermäßigung von 50 % und der sogenannten „Freifahrt“ mit öffentlichen Verkehrsmitteln (nach dem Kauf einer Wertmarke für € 60.– jährlich) wählen.

Mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert) bekommt Ihr Kind 100 % Kfz-Steuerermäßigung und „Freifahrt“ mit öffentlichen Verkehrsmitteln (nach dem Kauf der Wertmarke für € 60.–). Außerdem sind Parkerleichterungen möglich.

Mit dem Merkzeichen „H“ (hilflos) bekommt Ihr Kind 100 % Kfz-Steuerermäßigung und die Wertmarke für öffentliche Verkehrsmittel auf Antrag kostenlos.

Mit dem Merkzeichen „B“ (ständige Begleitung notwendig) kann auch eine Begleitperson ohne Kilometerbegrenzung frei fahren, auch wenn der/die Behinderte selber zahlen muss.



Bitte beachten Sie:

Bei Inanspruchnahme der Kfz-Steuererleichterungen muss Ihr Kind der Halter des Fahrzeuges sein. Das Fahrzeug darf dann nicht mehr für die Beförderung von Gütern (ausgenommen Handgepäck), zur entgeltlichen Beförderung von Personen (z. B. als Taxi) oder durch andere Personen zu Fahrten benutzt werden, die nicht im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder Haushaltsführung des behinderten Menschen stehen.

Unter bestimmten Voraussetzungen stehen Ihnen auch Ermäßigungen bei Automobilclubs und Flugpreisermäßigungen bei Fluggesellschaften zu. Ab einem GdB von 70 % können Sie unabhängig vom Alter eine „Bahncard 50“ zum halben Preis (z. Zt. = € 110,- statt € 220,-) bekommen.

Wohnen

Bei der Vergabe von Wohnungsbaudarlehen für den Bau oder Kauf von Eigenheimen im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus stehen schwerbehinderten Menschen erhöhte Einkommensgrenzen zu. Werden Umbauten wegen der Behinderung notwendig (dies gilt besonders für unsere Patienten mit einer zusätzlichen Körperbehinderung), können ab einem GdB von 100 % (bzw. 80 % bei Pflegebedürftigkeit) günstige Darlehen gewährt werden. Die Bewilligung der Mittel ist jedoch von den z.T. recht unterschiedlichen Förderbestimmungen der einzelnen Bundesländer abhängig. Auskünfte bekommen Sie bei den Wohnungsämtern in Ihrer Stadt oder bei Ihrem Landkreis.

Eventuell kann auch bei einer Kündigung der Wohnung durch den Vermieter ein besserer Kündigungsschutz geltend gemacht werden.

Wohngeld

Bei der Beantragung von Wohngeld gilt für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 80 % bis 100 % (bei häuslicher Pflegebedürftigkeit) ein Freibetrag von monatlich € 125,- vom Familieneinkommen. Mit einem GdB unter 80 % bei häuslicher Pflegebedürftigkeit gilt ein Freibetrag von monatlich € 100,-.

Kommunikation/Medien

Unter bestimmten Voraussetzungen (Merkzeichen „RF“ und mindestens ein GdB von 50) steht Ihnen bei der deutschen Telekom eine Ermäßigung von € 6.- auf bei der Telekom vertelefontierten Ein-

heiten zu. Ebenso können Sie von der Fernseh- und Rundfunkgebührenpflicht befreit werden. Anträge hierzu erhalten Sie bei den Sozialämtern oder Rundfunkanstalten und bei der deutschen Telekom. Sollten Sie sich für eine andere Telefongesellschaft entscheiden, fragen sie nach den dort geltenden Regelungen.

Beruf

Schwerbehinderten Menschen stehen im Arbeitsleben insbesondere ein verbesserter Kündigungsschutz, ein Zusatzurlaub von 5 Tagen sowie eine Vielzahl von begleitenden Hilfen zu. Für den Schutz behinderter Menschen im Arbeitsleben sind die Integrationsämter bei den Landeswohlfahrtsverbänden zuständig. Den für Sie zuständigen Integrationsfachdienst erfahren Sie bei Ihrer Gemeinde-/Stadtverwaltung.

Bitte beachten Sie:

Mit der Aushändigung des Schwerbehindertenausweises durch Ihr Versorgungsamt oder Landratsamt erhalten Sie gewöhnlich Merkblätter mit Informationen über die für Ihr Kind bzw. für Sie geltenden Nachteilsausgleiche.

Informationen speziell für Jugendliche

Was bedeutet die Erkrankung / Behinderung für die Berufswahl?

Allgemeines

Für junge chronisch kranke Menschen ist es nicht leicht, einen Ausbildungsplatz zu finden, der ihren Interessen und Neigungen entspricht. Dies gilt besonders in der heutigen Zeit, wo angesichts einer hohen Jugendarbeitslosigkeit auch nicht behinderte Jugendliche große Probleme bei der Ausbildungsplatzsuche haben. Außerdem müssen bei der Berufswahl von nierenkranken Jugendlichen die sozialen und psychischen Auswirkungen ebenso berücksichtigt werden, wie z. B. die räumliche und zeitliche Entfernung zum Ort der Dialyse. Im angestrebten Beruf sollten keine übermäßigen körperlichen Belastungen oder gar gesundheitsgefährdende Tätigkeiten die Regel sein. Gerade weil die Arbeitsmarktsituation für Behinderte nicht immer günstig ist, sollte alles getan werden, behinderten Jugendlichen eine möglichst qualifizierte Berufsausbildung zu ermöglichen.

Berufsberatung

In der Hauptschule werden Jugendliche während des 8. und 9. Schuljahres auf den Eintritt in das Berufsleben vorbereitet. Vertreter der Berufsberatung der Arbeitsagentur stellen in Informationsveranstaltungen oder in Berufsinformationszentren („BIZ“) Berufe vor, die man mit dem Hauptschulabschluss erlernen kann. Die Fähigkeiten des Einzelnen können in sogenannten Eignungs-

tests festgestellt werden. Dieses Angebot besteht auch für Schüler von Gesamt- und Realschulen bzw. Gymnasien.

Der Berufsberater für behinderte Menschen bei der Arbeitsagentur

Der Berufsberater für Behinderte ist ein speziell ausgebildeter Berufsberater, der Sie in allen die Berufsausbildung Behinderter betreffenden Fragen berät. Kümmern Sie sich gegebenenfalls rechtzeitig, also spätestens ein Jahr vor der Schulentlassung, um einen Termin.

Neben der Möglichkeit, über den freien Arbeitsmarkt eine Ausbildungsstelle zu erhalten, können behinderte Jugendliche ihre Ausbildung auch in einem Berufsbildungswerk (BBW) absolvieren.

Auch für diese Möglichkeit kann Ihnen der Berufsberater für Behinderte weiterhelfen. Er ist dann für die Erstellung eines Rehabilitationsplanes, die Ermittlung des Kostenträgers und die Vermittlung an das ausbildende Berufsbildungswerk zuständig.

Bitte beachten Sie:

Beginnen sie spätestens ein Jahr vor dem angestrebten Schulabschluss mit den Bemühungen um einen Ausbildungsplatz. Dabei können Sie auch zweigleisig fahren, indem Sie sich einerseits auf dem offenen Stellenmarkt bewerben und sich gleichzeitig über den Berufsberater der Arbeitsagentur um einen Ausbildungsplatz bemühen.



Mein Tipp:

Bei den Bemühungen um einen geeigneten Ausbildungsplatz sind Eigeninitiative und Aktivität gefragt. Dabei steht es jedem frei, sich telefonisch, schriftlich oder persönlich zu bemühen. Hilfreich kann auch ein Blick in die Tagespresse (vornehmlich an Samstagen) sein. Dabei ist es vollkommen legitim, mehrere Bewerbungen gleichzeitig laufen zu lassen. Ausbilder sind meist an besonderen Fähigkeiten und Kenntnissen interessiert, wie z. B. Computer etc. Interessen und Hobbys, die für eine Berufswahl von Bedeutung sein können, sollten angegeben werden. Bewerbungsschreiben sollten formal und inhaltlich korrekt sein. Nicht entmutigen lassen, wenn es nicht gleich beim ersten Mal klappt! Dadurch lernt man nur und ist beim nächsten Mal vielleicht erfolgreicher. Bei den Arbeitsagenturen werden oft auch kleine „Bewerbungstrainings“ angeboten. Erkundigen Sie sich.

Auch im Rahmen des KfH-Projekts „Endlich erwachsen“ gibt es wertvolle Tipps und Informationen. Infos hierüber beim Sozialdienst der Klinik.

Unser Kind braucht pflegerische Hilfe

Wer hilft?

(Hilfen nach dem Pflegeversicherungsgesetz)

Liegt eine „Pflegebedürftigkeit“ (dieser Begriff wird weiter unten erklärt) im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes bei Ihrem Kind vor, sollten Sie Leistungen der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI, (SGB XI), (PflegeVG) in Anspruch nehmen. Unter bestimmten Bedingungen kann Ihre Pflegetätigkeit dann auch bei der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

Ist unser Kind pflegebedürftig?

Ich gehe davon aus, dass unter bestimmten Voraussetzungen (siehe unten) ein chronisch niereninsuffizientes Kind die Hilfe einer Pflegeperson im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes braucht und einer der im Folgenden genannten Pflegestufen zuzuordnen ist. Die Pflegekasse wird bei einem Antrag auf Leistungen nach dem PflegeVG den „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ (MDK) beauftragen, die pflegebedürftige Person zu begutachten (§ 18 PflegeVG). D.h. eine Ärztin, ein Arzt oder eine Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird Sie in der Regel zu Hause aufsuchen und Ihren Antrag überprüfen. Als pflegebedürftig gelten 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 6

Monate, in erheblichem oder höheren Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 14 PflegeVG).

Bitte beachten Sie:

Nach den bisherigen Erfahrungen unterscheidet das PflegeVG in der Regel sehr streng zwischen sogenannter Behandlungspflege und Grundpflege. Unter Behandlungspflege fallen pflegerische Tätigkeiten wie z. B. Verbandswechsel, Blutdruckmessen, Medikamentengabe und auch Dialysebehandlung („alles, was der Arzt verordnet hat“), während die Grundpflege sich auf Bereiche wie z. B. Waschen, Füttern, Treppensteigen und Bettenmachen bezieht (§ 14 (4) PflegeVG). Die Pflegeversicherung kommt also nur für Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege auf. Leistungen aus dem Bereich der Behandlungspflege werden nicht berücksichtigt. Grundsätzlich gilt: Nicht die Schwere der Erkrankung wird berücksichtigt, sondern das Zeitmaß der benötigten Hilfe im Bereich der Grundpflege. Auch ein geringes Familieneinkommen, oder der häufig vorkommende Umstand, dass die Pflegeperson (meist die Mutter) wegen der Erkrankung des Kindes nicht mehr arbeiten kann, finden bei der Pflegeversicherung keine Berücksichtigung.

Bei der Begutachtung spielen besonders folgende Bereiche eine Rolle (§15, PflegeVG):

- a) Körperpflege
- b) Ernährung
- c) Beweglichkeit/Mobilität und außerdem dazu
- d) hauswirtschaftliche Versorgung

Benötigt Ihr Kind für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem der genannten Bereiche a - c mindestens einmal täglich Hilfe und außerdem mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (d), so wird es in die Pflegestufe I („erheblich pflegebedürftig“) eingestuft. Der zeitliche Pflegeaufwand muss mindestens 1,5 Stunden täglich betragen. Die hauswirtschaftliche Versorgung darf zeitlich nicht gegenüber den anderen Bereichen überwiegen.

Bei mindestens dreimaligem Hilfebedarf täglich zu verschiedenen Zeiten in mindestens zwei der oben genannten Hilfebereiche a - c und außerdem wöchentlich mehrfacher Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (d) erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe II („schwerpflegebedürftig“). Der zeitliche Aufwand muss mindestens 3 Stunden täglich betragen.

Bei einem Hilfebedarf in mindestens zwei der Bereiche a - c rund um die Uhr (also auch in der Nacht) und zusätzlich mehrfacher Hilfen in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (d) erfolgt die Einstufung in Pflegestufe III („schwerstpflegebedürftig“). Der zeitliche Aufwand muss mindestens 5 Stunden täglich betragen.

Bei Kindern ist für die Einstufung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend (§ 15[2] PflegeVG). Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung.



Welche Leistungen können wir beanspruchen?

In § 28 (PflegeVG) werden die Leistungsarten aufgeführt, die nach der Sozialen Pflegeversicherung vorgesehen sind. Bei nierenkranken Kindern und Jugendlichen kommen besonders in Frage:

- › das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen anstelle von Pflegesachleistungen (§ 37 PflegeVG)
- › Pflegesachleistungen (§ 36 PflegeVG)
- › Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44 PflegeVG).



Das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
Das Pflegegeld steigt ab 01.07.2008 stufenweise bis zum 01.01.2012 für Pflegebedürftige der

Pflegestufe I:

von 205,- (2008) auf € 235,- (2012) pro Monat

Pflegestufe II:

von 410,- (2008) auf € 440,- (2012) pro Monat

Pflegestufe III:

von 665,- (2008) auf € 700,- (2012) pro Monat

Bitte beachten Sie:

Pflegegeldbezieher der Pflegestufen I und II sind verpflichtet, einmal halbjährlich – bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich – einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, überprüfen zu lassen. Die Vergütung dieses Pflegeeinsatzes wird von der Pflegekasse getragen. Über den Einsatz müssen die Pflege-

dienste ein „Protokoll“ (ein bundeseinheitliches Formular) erstellen. Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis zum Protokoll nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen (§ 37 [3] PflegeVG)

Beachten Sie bitte außerdem:

Hält sich das pflegebedürftige Kind vorübergehend im Ausland auf, wird das Pflegegeld nur bis zur Dauer von 6 Wochen pro Kalenderjahr weitergezahlt. Allerdings kann in Ländern der Europäischen Union auch länger gezahlt werden.

Pflegesachleistungen

Bei häuslicher Pflege besteht auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen. Damit gemeint sind die o.g. Grundpflegeleistungen einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung, die durch professionelle Pflegekräfte erbracht werden. Meist sind dies Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter örtlicher Sozialstationen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Pflegekassen mit dem jeweiligen Pflegedienst oder der (fremden) Einzelperson (§ 77 PflegeVG) einen Vertrag abgeschlossen haben (§ 36 PflegeVG).

Je nach Pflegestufe können Leistungen (ab 01.07.2008) im Wert von € 384 bis (bei Pflegestufe I) bis € 1432,- (bei Pflegestufe III) in Anspruch genommen werden. Die Sätze werden bis 2012 stufenweise angehoben.

Was die Peritonealdialyse (CAPD/CCPD) betrifft, so ist davon auszugehen, dass sich örtliche

Hilfsdienste oder Sozialstationen nach unseren Erfahrungen meist außerstande sehen, diese Pflegemaßnahmen bei einem Kind durchzuführen.

Rentenversicherung der Pflegeperson

Durch die Erkrankung und durch die Dialysepflege des Kindes können in manchen Fällen Angehörige (meist die Mütter) nicht länger berufstätig sein. Früher entstanden für die Pflegepersonen oft erhebliche Lücken in der Rentenversicherung. Es gibt für diese Pflegepersonen, die nicht gewerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen und nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sind, die Möglichkeit, rentenversichert zu werden. D.h. die Pflegekasse übernimmt auf Antrag die Beiträge (die sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richten) zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die oben genannten Pflegepersonen fallen außerdem unter den Schutz der Gesetzlichen Unfallversicherung (§ 44 PflegeVG).

Welche Hilfen gibt es noch?

Folgende weitere Leistungen der Pflegeversicherung können in Anspruch genommen werden: Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, z. B. durch Krankheit, Erholungsurlaub oder aus anderen Gründen. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson mindestens 12 Monate gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen hierfür dürfen € 1432,- im Kalenderjahr nicht überschreiten (§ 39 PflegeVG).

Einige Pflegekassen bieten Pflegekurse an, um die Angehörigen, die als Pflegepersonen tätig sind, zu qualifizieren und zu unterstützen (§ 45 PflegeVG). Informieren Sie sich bei bestehendem Interesse bei Ihrer Pflegekasse über etwaige Angebote.

Was ist, wenn unser Kind keine Pflege mehr benötigt?

Verändert sich der Zustand des Kindes zum Positiven und es wird keine Pflege mehr benötigt (z. B. nach einer erfolgreichen Nierentransplantation oder wenn das Kind erwachsen ist und sich selbst versorgen kann), werden die Leistungen der Pflegeversicherung eingeschränkt (d.h. es erfolgt eine Abstufung) oder sie werden gänzlich eingestellt. Möchte die Pflegeperson nach Beendigung der Pflegetätigkeit wieder ins Berufsleben zurückkehren, können Ansprüche auf Unterhaltsgeld nach dem § 46 des Arbeitsförderungsgesetzes geltend gemacht werden (§ 44 PflegeVG).

Eine dringende Empfehlung (weil es hier immer wieder zu Missverständnissen kommt): Planen Sie Pflegegeld **niemals** in Ihre laufenden monatlichen Kosten mit ein (z. B. für eine teurere Wohnung oder ein größeres Auto), denn wenn Ihr Kind länger als 4 Wochen ins Krankenhaus muss, ruht der Anspruch auf Pflegegeld (§ 34 [2] PflegeVG). Generell gilt bei nierenkranken Kindern, dass sich der gesundheitliche Zustand und damit das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit verändern kann und somit die Leistungen erhöht oder auch gekürzt werden oder gänzlich entfallen.

Wir kommen durch die Erkrankung unseres Kindes in finanzielle Schwierigkeiten

(Hilfen nach dem SGB II und SGB XII)

Wer bekommt Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)

Zum 01.01.2005 traten das Sozialgesetzbuch II (SGB II) (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und das Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) (Sozialhilfe) in Kraft. Im Klartext bedeutet dies, dass jeder erwerbsfähige Mensch in Deutschland über 15 Jahren und unter 65 Jahren (§ 7, SGB II), der länger als ein Jahr arbeitslos ist, Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II hat. Als „erwerbsfähig“ gilt, „wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, (...) mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein“ (§ 8, SGB II).

Wer Leistungen nach dem SGB II erhält, ist verpflichtet, „alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung“ der „Hilfebefähigkeit aus(zu) schöpfen.“ Weiter heißt es: „Der erwerbsfähige Hilfebefähigte muss aktiv an allen Maßnahmen zu seiner Eingliederung in Arbeit mitwirken, insbesondere eine Eingliederungsvereinbarung abschließen“ (§ 2, SGB II). Auch Einkommens- und Vermögensverhältnisse sind vollständig offenzulegen.

Im Klartext heißt dies: Jeder „Hartz-IV“-Empfänger, der in der Lage ist länger als drei Stunden zu arbeiten, ist verpflichtet zu arbeiten bzw. sich aktiv um Arbeit zu bemühen.

Nach § 10 ist bis auf einige Ausnahmen „dem erwerbsfähigen Hilfebefähigten jede Arbeit zumutbar“. Hier kann es z. B. sein, dass „die Ausübung der Arbeit mit der Pflege eines Angehörigen nicht vereinbar wäre...“. Das heißt, dass u. U. die Pflege eines Kindes gegenüber einer Arbeit vorrangig sein kann.

Nach § 7 haben unter Umständen auch die Personen Anspruch auf Leistungen, die mit dem Hilfebefähigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, also Kinder, Ehegatten, Lebenspartner. Erfüllt ein Hilfebefähigter insbesondere seine Verpflichtungen aus der abgeschlossenen „Eingliederungsvereinbarung“ nicht, kann dies zur Absenkung bzw. zum Wegfall des Arbeitslosengeldes II führen (§31, SGB II)

Mein Tipp:

Wie bei der bisherigen Sozialhilfe auch, besteht für chronisch Nierenkranke die Möglichkeit, einen Mehrbedarfszuschlag für kostenaufwändigere Ernährung zu erhalten!

Wer bekommt Sozialhilfe?

Seit der Einführung des SGB II kommt Sozialhilfe als Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII nur noch für Personen in Betracht, die voll erwerbsunfähig sind (also schwer behinderte Menschen oder Menschen, bei denen eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder die Altersrente ab 65 Jahren nicht ausreicht) und die keinen Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende haben.

Diese Bürger müssen sich nachweisbar (d.h. Einkommens- und Vermögensverhältnisse müssen vollständig offengelegt werden) in Not befinden und sich selber nicht mehr helfen können (z.B. durch Arbeit oder durch Einsatz seines Vermögens) und keine Hilfe durch nahe Angehörige oder Verwandte, aber auch durch andere soziale Sicherungen (z.B. Arbeitslosengeld II, Rentenversicherung, Unfallversicherung) mehr erwarten können. Dabei spielt keine Rolle, ob die Notlage selbst verschuldet ist oder nicht. Auf Sozialhilfe besteht ein Rechtsanspruch. Das bedeutet, der betroffene Bürger braucht sich nicht als Bittsteller zu sehen! Anspruch auf Sozialhilfe besteht auch, wenn das eigene Einkommen nicht ausreicht, um angemessene Lebenshaltungskosten zu bestreiten.

Wie bekommt man Leistungen nach dem SGB II oder nach dem SGB XII

Beantragt wird Arbeitslosengeld II gewöhnlich bei der „ARGE“ (das ist die Arbeitsgemeinschaft der Arbeitsagentur und des Sozialamtes im Landkreis oder der kreisfreien Stadt). In manchen Städten oder Landkreisen heißt die Arge auch „Jobcenter“.

Sozialhilfe wird wie bisher beim Sozialamt des Heimatortes oder, in kleineren Gemeinden, bei der Gemeindeverwaltung beantragt. Die Mitarbeiter bei der ARGE oder die Sachbearbeiter der Sozialämter sind zur Beantwortung der ihnen gestellten Fragen verpflichtet und in der Regel bei der Antragstellung behilflich. Noch nicht vor-

handene Unterlagen können auch nachgereicht werden, denn Leistungen werden vom Tag der Antragstellung an gewährt.

Für einen Antrag auf Leistungen beider Sozialgesetzbücher benötigt man:

- › Personalausweis/ gegebenenfalls Nachweis des Aufenthaltsstatus im Pass
- › Schwerbehindertenausweis (wenn vorhanden)
- › Nachweis über Einkünfte (z. B. Verdienstbescheinigung)
- › Kündigungsschreiben des letzten Arbeitgebers
- › gegebenenfalls Scheidungs- und Unterhaltsurteile
- › Mietvertrag
- › Belege über die Höhe der Nebenkosten (Heizung, Wasser, Strom)
- › Unterlagen über Versicherungsbeiträge (z. B. Haftpflichtversicherung, „Riesterrente“ etc.)
- › Kindergeldbescheid

Wenn es gewünscht wird, hilft bei Fragen zu den Sozialgesetzbüchern II und XII der Sozialdienst der jeweiligen Kinderklinik im Rahmen seiner Möglichkeiten gerne weiter.

Anhang

Informationsbroschüren

E. Wühl, O. Mehls, P. F. Hoyer, U. Vester:
Chronische Niereninsuffizienz im Kindesalter.
Eine Information für Eltern und Betroffene. Karlsruhe, Pfizer Pharma GmbH

Die folgenden Broschüren, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin, sind kostenlos zu beziehen:

- › Das Transplantationsgesetz
- › Publikationsverzeichnis
- › Patientenrechte in Deutschland
- › Die Pflegeversicherung

Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Öffentlichkeitsarbeit und Internet, Mohrenstr. 62, 10117 Berlin können diese Broschüren kostenlos bezogen werden:

- › Ratgeber für behinderte Menschen
- › Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- › Berufsbildungswerke
- › Sozialhilfe und Grundsicherung

Diese Broschüren können Sie auch direkt per Internet bestellen: www.bundesregierung.de

Es kann immer wieder vorkommen, dass einzelne Broschüren vergriffen sind.

Bei Krankenkassen, Arbeitsagenturen, Versorgungsämtern (in Baden-Württemberg bei den

Landratsämtern) usw. gibt es gewöhnlich eine Fülle von kostenlosen Informationsschriften, die u. U. recht nützlich sein können.

Zeitschriften

Der Dialysepatient.

Journal für chronisch Nierenkranke.

Erscheint zweimonatlich im Kirchheim Verlag, Mainz. Z. B. bei Mitgliedschaft in der „Interessengemeinschaft chronisch nierenkranker Kinder und Jugendlicher e.V., Heidelberg“ ist diese interessante Zeitschrift im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Diatra Journal.

Fachzeitschrift für Nephrologie und Transplantation. Erscheint vierteljährlich im Diatra Verlag GmbH, Postfach 1230, 65332 Eltville/Rhein. Jahresabonnement € 19,-.

Gesetzestexte

In der Reihe Beck-Texte im Deutschen Taschenbuchverlag gibt es preiswerte Ausgaben von Gesetzestexten, wie z. B.:

- › Gesetzliche Krankenversicherung, SGB V.
- › SGB II und SGB XII, Sozialhilfe und Grundsicherung
- › Arbeitsgesetze
- › Jugendrecht
- › Rehabilitation / Recht behinderter Menschen SGB IX

Gesetze können aber auch kostenlos aus dem Internet heruntergeladen werden.

Bürgertelefon

(€ 0,14/ Minute aus dem deutschen Festnetz)

zur Gesetzl. Krankenversicherung: 01805 99 66 02

zur Pflegeversicherung: 01805 99 66 03

zum Behindertenrecht: 01805 67 67 15

zur Rentenversicherung: 01805 67 67 10

Adressen

Dialysepatienten Deutschlands e.V. (DD)

Weberstraße 2

55130 Mainz

Interessengemeinschaft chronisch nierenkranker

Kinder und Jugendlicher e.V., Heidelberg*

z.Hd. J. Drawitsch

Kandelbornweg 4

64625 Bensheim

KfH Kuratorium für Dialyse

und Nierentransplantation e.V.

Martin-Behaim-Straße 20

63263 Neu-Isenburg

Johannes Orths

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Im Neuenheimer Feld 430

69120 Heidelberg

Tel: 06221 56 38375

johannes.orths@med.uni-heidelberg.de

* Eine Mitgliedschaft in einer regionalen Interessengemeinschaft sei unseren Patientenfamilien ausdrücklich empfohlen!

Internet-Adressen

www.bundesregierung.de

(Links zu allen Bundesministerien)

www.bmg.bund.de

(Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales zu den Themen Gesundheit und Pflege)

www.bmas.bund.de

(Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu den Themen Arbeit, Soziale Sicherung und Rente)

www.dialyse-online.de

(Neben nützlichen Informationen finden Sie hier zahlreiche Links zum Thema.)

www.ddev.de

(Homepage des Patientenverbandes.)

www.g-ba.de

(Homepage des „Gemeinsamen Bundesausschusses“, welcher die Richtlinien zum SGB V beschließt.)

www.arbeitsagentur.de

(Homepage der Bundesagentur für Arbeit)

www.infobub.arbeitsagentur.de

(Eine fast unerschöpfliche Quelle von Informationen über bestehende Berufe)

Gut verständliche Informationen bieten oft auch die Homepages der einzelnen Krankenkassen und der Versorgungsämter (in Baden-Württemberg: der einzelnen Landratsämter).

Impressum

Herausgeber

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Sektion für Pädiatrische Nephrologie
Leitung: Prof. Dr. F. Schaefer
Im Neuenheimer Feld 430
D-69120 Heidelberg
6. Auflage, 2008

Redaktion

© Johannes Orths

Gestaltung und Layout

Medienzentrum
Stabsstelle des Universitätsklinikums
und der Medizinischen Fakultät Heidelberg

Leitung Markus Winter
markus.winter@med.uni-heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de/medien
Sybille Sukop, Grafik

Fotos

stockxpert
istockphoto

Druck

Nino Druck GmbH, Neustadt / Weinstraße

Stand

Oktober 2008

Diese Broschüre kann bezogen werden durch:
Johannes Orths

Erstellt mit freundlicher Unterstützung
des Kuratorium für Dialyse und
Nierentransplantation e.V., Neu-Isenburg



