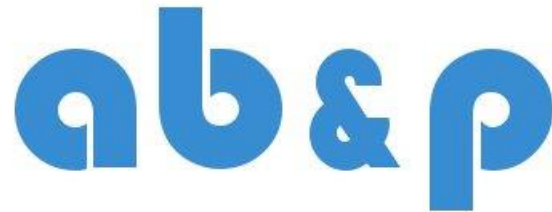


# Behinderten- und Rehabilitationsrecht kompakt



Autismus Behinderung &  
Perspektiven e.V.

# Inhaltsverzeichnis

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Behinderung und Schwerbehinderung                 | 3  |
| Feststellung der Behinderung                      | 4  |
| Der Schwerbehindertenausweis                      | 5  |
| Leistungen zur Teilhabe                           | 6  |
| Das Persönliche Budget                            | 7  |
| Medizinische Rehabilitation                       | 10 |
| Zuständigkeitsklärung                             | 12 |
| Pflegegeld                                        | 13 |
| Verhinderungspflege                               | 15 |
| Kurzzeitpflege                                    | 16 |
| Eingliederungshilfe seelisch behinderter Menschen | 17 |
| Schulbegleitung                                   | 18 |

# Behinderung und Schwerbehinderung

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 → **§ 2 SGB IX**.

Menschen mit Behinderungen, deren **Grad der Behinderung (GdB) wenigstens 50** beträgt und die in der Bundesrepublik wohnen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder hier beschäftigt sind, sind **schwerbehinderte Menschen** → **§ 2 SGB IX**.

Grundsätzlich gilt: §§ 1-67 SGB IX beinhaltet **allgemeine Regelungen** für alle Menschen mit Behinderung. Die §§ 68ff. beinhalten das **Schwerbehindertenrecht** und gelten daher für Menschen von einem GdB von mindestens 50 und ihnen gleichgestellte Behinderte → **AGG**

# Feststellung der Behinderung

Einige Rechte und Hilfen im Arbeitsleben und Leistungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile setzen eine Feststellung des GdB voraus → **§ 69 SGB IX**.

Antrag bei der für seinen **Wohnsitz zuständigen örtlichen Versorgungsbehörde** stellen. Aufgaben der Behörde:

die Feststellung der Behinderung und ihrer Schwere,

der Nachweis bestimmter gesundheitlicher Merkmale zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen,

die Ausstellung eines Ausweises zur Wahrnehmung von Rechten und Nachteilsausgleichen.

Den Antrag können auch die **Erziehungsberechtigten oder Bevollmächtigte** stellen. Ärztliche Unterlagen sollten dem Antrag beigelegt werden.

Ausgedrückt wird die Schwere der Einschränkung im „Grad der Behinderung“, und zwar in Zehnergraden von 20 bis 100. Grundlage für die Beurteilungen sind die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“, zur Versorgungsmedizin- Verordnung (**VersMedV**).

Als Behinderung wird nur die Auswirkung einer Funktionsbeeinträchtigung festgestellt, die **mindestens einen Grad der Behinderung von 20** bedingt. Wenn mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, ist der Grad der Behinderung durch die Beurteilung der Auswirkungen in ihrer Gesamtheit festzustellen, **nicht** jedoch durch ein Zusammenzählen. Dennoch sind **wechselseitige Auswirkungen zu berücksichtigen**. Verschlechtert sich das Ausmaß der Behinderung, kann ein neuer Antrag auf Feststellung gestellt werden.

**Leistungen zur Teilhabe setzen keine Anerkennung als schwerbehinderter Mensch vom Versorgungsamt voraus!**

# Der Schwerbehindertenausweis

Der Schwerbehindertenausweis wird von der zuständigen örtlichen Versorgungsbehörde erstmalig in der Regel **längstens für fünf Jahre** ausgestellt. Er kann, wenn die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, verlängert werden.

In den Fällen, in denen keine Änderung in Art und Schwere der Behinderung zu erwarten ist, kann der Ausweis auch **unbefristet** ausgestellt werden → **§ 6 SchwbawV**.

Zur uneingeschränkten Inanspruchnahme des Rechts auf **unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr und von Parkerleichterungen im gesamten Bundesgebiet** ist der Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen als Nachweis erforderlich, um diese Nachteilsausgleiche in Anspruch zu nehmen → **§§145 ff. SGB IX**.

Als gesundheitliche Merkmale sind auf dem Schwerbehindertenausweis vermerkt:

**G** Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt

**aG** Außergewöhnlich gehbehindert

**H** Hilflos

**BI** Blind

**GI** Gehörlos

**B** Berechtigt zur Mitnahme einer Begleitperson

**RF** Rundfunkbeitragsermäßigung und Telefongebührenermäßigung möglich

**TBI** Taubblind

04.09.18

# Leistungen zur Teilhabe

Menschen mit Behinderungen soll durch diese Leistungen die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden. Sie sollen ihr Leben nach ihren Neigungen und Fähigkeiten gestalten. Eine umfassende Teilhabe ist dann erreicht, wenn der Mensch mit Behinderungen (wieder) vollständig in das Leben der Gemeinschaft eingegliedert ist. → **§§ 4 ff. SGB IX**. Die einzelnen Leistungen zur Teilhabe sind keine streng zu trennenden, schematisch aufeinander folgenden Vorgänge. Sie sollen auf die jeweils abgestimmten einzelnen Phasen und Bereiche nahtlos übergehen und sich ergänzen.

Für die einzelnen Leistungen zur Teilhabe sind jeweils unterschiedliche Träger für einen spezifischen Bereich zuständig.

**Gesetzliche Krankenversicherung** erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

**Die Rentenversicherung** erbringt für ihre Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist oder eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert bzw. wiederhergestellt werden kann. Des weiteren Leistungen zur Prävention und Nachsorge, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern.

**Die Unfallversicherung** ist bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verantwortlich.

**Die Sozialhilfe** erbringt für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen und sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach SGB XII. Die Leistungen setzen zum Teil die Bedürftigkeit des Menschen mit Behinderungen voraus. Die Leistungen anderer Rehabilitationsträger gehen den Leistungen der Eingliederungshilfe vor.

**Die Kinder- und Jugendhilfe** erbringt Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung → **§35a SGB VIII**.

**Die Bundesagentur für Arbeit** ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, sofern nicht die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers gegeben ist. Sie ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Behinderungen nach SGB II, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

# Das Persönliche Budget

- bietet Leistungen zur Teilhabe an. Es gilt das Wunsch- und Wahlrecht.
- Grundsätzlich sieht das Gesetz vor, das Persönliche Budget als **Geldleistung** auszuführen. In der Regel erhalten Budgetnehmer oder Budgetnehmerinnen am Monatsanfang ihr Budget für den ganzen Monat. Damit **kaufen sie sich dann selbst die Leistungen ein**, so entscheiden behinderte Menschen selbst, welche Hilfen für sie am besten sind und welcher Dienst und welche Person zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll.
- Der **§17 SGB IX** sieht im Ausnahmefall vor, dass **für so genannte Pflegesachleistungen nur Gutscheine** ausgegeben werden können. Die Gutscheine können dann ausschließlich bei solchen Pflegediensten eingelöst werden, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben.
- Leistungen zur Teilhabe umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe im Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Auch **Einmalzahlungen** sind möglich. Unterschieden wird zwischen dem **einfachen Persönlichen Budget**, bei dem nur ein Leistungsträger zuständig ist und dem sogenannten **trägerübergreifenden Persönlichen Budget**, bei dem mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen.

# Leistungserbringer

- Folgende Leistungsträger können bei einem Persönlichen Budget beteiligt sein:
  - Krankenkasse,
  - Pflegekasse,
  - Rentenversicherungsträger,
  - Unfallversicherungsträger,
  - Träger der Alterssicherung der Landwirte,
  - Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge,
  - Jugendhilfeträger,
  - Sozialhilfeträger,
  - Integrationsamt sowie
  - Bundesagentur für Arbeit.



# Antragstellung des Persönlichen Budgets

- Die Antragstellung ist immer freiwillig. Anträge auf Persönliche Budgets können bei den oben aufgelisteten Leistungsträgern gestellt werden oder bei Servicestellen, sowohl auf ein „einfaches“ Persönliches Budget, als auch auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget.
- Den Antrag kann jeder behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch stellen – egal, wie schwer seine Behinderung ist. Auch für Menschen, die das Persönliche Budget aufgrund ihrer Behinderung nicht allein verwalten können, kommt ein Persönliches Budget infrage. Darüber hinaus können auch Eltern für ihre behinderten Kinder Persönliche Budgets beantragen, etwa für Einzelfallhilfe, Sozialassistenz vom Jugendamt oder Ferienbetreuung.

## Wie hoch ist das Persönliche Budget?

- Richtet sich nach dem **individuell festgestellten Bedarf**. Die Mehrheit der bewilligten Budgetsummen lag zwischen 200 € und 800 € im Monat.
- **Muss ein Nachweis für die Verwendung Persönlicher Budgets erbracht werden?** Um sicherzustellen, dass die Leistungen zur Verbesserung der Teilhabe genutzt werden, schließen Leistungsträger und Budgetnehmer eine Zielvereinbarung ab, in der festgelegt wird, ob und wie der Einsatz der Mittel nachgewiesen werden soll. Dabei soll sich der Nachweis auf die Leistung beziehen, nicht auf den Preis.

# Medizinische Rehabilitation

- **Ziel:** Vorsorge, um die Gesundheit zu stärken und einer absehbaren Erkrankung vorzubeugen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Krankheiten zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhüten und/oder Beschwerden zu lindern, einer Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung zu beseitigen, oder ihre Verschlechterung zu vermeiden, Pflegebedürftigkeit zu verringern oder zu vermeiden.

## Kostenträger:

- Krankenkassen: wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- Rentenversicherungsträger: wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** erfüllt sind. → **§ 11 SGB VI**
- Unfallversicherungsträger: sind bei **Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- Agenturen für Arbeit: wenn **kein** anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- Sozialämter: treten nachrangig für die Leistungen ein, wenn **kein** anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- Jugendämter: erbringen Leistungen für **seelisch behinderte** Kinder und Jugendliche und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von **26 Jahren**, wenn kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen: sind bei einem Anspruch auf Leistungen der **Sozialen Entschädigung** für die gesamte Rehabilitation zuständig.

# Antragstellung

- Eine Medizinische Reha muss **von einem Arzt verordnet, vom Patient beantragt** und vom zuständigen Kostenträger genehmigt werden. Arztbericht(e) und ein eigenes, persönliches Schreiben sind oft hilfreich. Wenn es gut begründet ist, können Patienten sich eine bestimmte Einrichtung oder einen bestimmten Reha-Ort wünschen **§9 Abs. 1 SGB IX**
- Der Leistungsumfang bei Rehamaßnahmen liegt **im Ermessen des Trägers** und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt. Unter Umständen wird der MDK zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit herangezogen.
- Vom Arzt ausgefülltes mit Formular 61 "Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers" an die Krankenkasse senden. (Ein Vorantrag wie bis zum 1.4.2016 ist nicht mehr erforderlich!). Die **Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden.**
- Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.
- Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage: Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob Sie über die (bei Medizinische Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus freiwillig die Medizinische Rehaleistungen übernimmt (**§ 11 Abs. 6 SGB V**). Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.
- Ggf. zusätzlich Begutachtung des MDK über das ärztliche Attest hinaus, um die Notwendigkeit der Rehamaßnahme zu prüfen.
- Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine Medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg dort zu erwarten ist.
- Der Patient kann bei einer Medizinischen Reha (**§ 40 SGB V**) eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. **Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten.** Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

# Zuständigkeitsklärung § 14 SGB IX

- Spätestens **2 Wochen** nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist.
- Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde - bei **Erklärung der Unzuständigkeit** - an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. Sollte eine **Weiterleitung** stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt automatisch durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser "weitere" (= **zweite**) **Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen**, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.
- Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.
- Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.

Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.

Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.

Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

- Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.
- Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Fall einer **Selbstbeschaffung** von Leistungen ist der zuständige Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet (**§ 18 SGB IX**).

# Pflegegeld SGB XI

Wer bekommt Pflegegeld?

- Voraussetzung für Pflegegeld als Leistung der Pflegekassen ist, dass der Versicherte einen anerkannten Pflegegrad hat und die **häusliche Pflege** allein durch Angehörige, Freunde oder andere **nicht-professionelle Pflegepersonen** sichergestellt ist.
- Das Pflegegeld wird monatlich an den Pflegeversicherten überwiesen. Der Anspruch auf Pflegegeld lässt sich erst einlösen, wenn Versicherte nachweislich als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten. Dazu müssen Versicherte **bei ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Pflegegrad stellen, um durch den MDK begutachtet zu werden** und Leistungen zuerkannt zu bekommen. → **§18 SGB XI**
- Über die Verwendung ihres Pflegegeldes dürfen Pflegebedürftige als Empfänger frei entscheiden .
- Zudem müssen Versicherte voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr lang in erheblichem oder höherem Maße auf die Hilfen anderer angewiesen sein, um als pflegebedürftig anerkannt zu werden → **§14 SGB XI**

**Grundpflege** wie Hilfen bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie hauswirtschaftliche Unterstützung eines beauftragten professionellen Pflegedienstes für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 werden als Pflegesachleistungen von der Pflegekasse bis zu der Höhe übernommen, auf die Pflegebedürftige je nach Pflegegrad Anspruch haben. → **§§14,15 SGB XI**

- Die Pflegesachleistungen rechnet der beauftragte Pflegedienst direkt mit der jeweiligen Pflegekasse des Pflegebedürftigen ab. → **§36 SGB XI**
- Regelungen zu Kombinationsleistungen von Geld- und Sachleistungen → **§38 SGB XI**

Wieviel Pflegegeld gibt es bei häuslicher Pflege?

- Pflegegrad    Pflegegeld pro Monat
- Pflegegrad 1        0 Euro
- Pflegegrad 2        316 Euro
- Pflegegrad 3        545 Euro
- Pflegegrad 4        728 Euro
- Pflegegrad 5        901 Euro

Wann wird das Pflegegeld ausgezahlt?

- Die gesetzlichen und privaten **Pflegekassen überweisen das Pflegegeld direkt an die anspruchsberechtigten Pflegeversicherten** und zwar in der Regel am ersten Werktag des Kalendermonats, der auf den Monat des Antrages auf Pflegeleistungen folgt. Versicherte erhalten das Pflegegeld ab dem Tag ausgezahlt, an dem sie ihren Antrag auf Pflegegeld gestellt haben. Ein voller Kalendermonat wird bei der Berechnung des Pflegegeldes laut Pflegeversicherung mit 30 Tagen angesetzt. Die Anspruchstage seit Antragsstellung im Vormonat ergeben sich entsprechend anteilig auf dieser Grundlage.

# Verhinderungspflege § 39 SGB XI

- Verhinderungspflege bedarf nicht unbedingt eines Antrags vor der Inanspruchnahme von Leistungen, wenn Pflegebedürftige bereits **Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5** haben
- Sofern Pflegebedürftige Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, erhalten sie **die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds für bis zu 6 Wochen** weiterhin. Das heißt: Auch wenn Pflegebedürftige Verhinderungspflege nutzen, besteht ihr Anspruch auf Pflegegeld fort. Der erste und der letzte Tag der Verhinderungspflege werden vollständig mit dem Pflegegeld vergütet
- Es ist möglich, Verhinderungspflege zum 30.Juni bzw. 31.12. **rückwirkend geltend** zu machen Erstattungs- und Rückerstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind.
- Jährliche Kostenübernahme für Verhinderungspflege **bis zu 1.612 Euro**
- Jährlicher Anspruch auf bis zu **sechs Wochen** Verhinderungspflege, diese können beliebig, auch stundenweise, aufgeteilt werden
- Kann verwendet werden für: Gruppen- und/oder Einzelbetreuung, Freizeitangebote wie Ferienfahrten oder stationärer Kurzunterbringung
- Werden die Leistungen der **Kurzzeitpflege gleichzeitig nicht in Anspruch genommen** erhöht sich das Budget um 806 Euro pro Kalenderjahr
- Der Antrag auf die Erstattung der erbrachten Leistungen ist bei der Pflegekasse einzureichen
- Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Verhinderungspflege mit den Leistungen aus dem **Entlastungsbetrag, früher „zusätzliche Betreuungsleistungen“** (125 Euro/Monat) zu finanzieren → **§ 45b SGB XI**, es handelt sich um eine Sachleistung

# Kurzzeitpflege §42 SGB XI

Es können **maximal 8 Wochen** Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden als Einzel- oder Gruppenbetreuung oder Ferienfreizeit

- Das **Pflegegeld** wird während der Kurzzeitpflege zu 50 % **weiterbezahlt**
- Kurzzeitpflege können alle Pflegebedürftigen mit einem **Pflegegrad 2 bis 5** in Anspruch nehmen
- Personen im **Pflegegrad 1** erhalten keine Kurzzeitpflege. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Kurzzeitpflege mit den Leistungen aus dem **Entlastungsbetrag, früher „zusätzliche Betreuungsleistungen“** (125 Euro/Monat) zu finanzieren → **§ 45b SGB XI** zusätzlich zum Pflegegeld (Sachleistungen oder beides) und zur Verhinderungspflege (als 3. Leistung) nutzbar, Jedoch nicht zur eigenen Verfügung, sondern nur über Leistungsbringer, die direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Für Ferienfahrten, stundenweise Betreuung usw.
- Für die Kurzzeitpflege übernimmt die Pflegekasse Kosten in Höhe von **bis zu 1.612 Euro**
- **Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege sind kombinierbar**
- Ab 2017 gibt es einen einheitlichen Eigenanteil an den Kosten im Pflegeheim. Dies trifft jedoch nicht auf die Kurzzeitpflege zu. Hier übernimmt die Pflegekasse – wie oben beschrieben – 1.612 Euro
- Der **Antrag ist über die Pflegekasse erhältlich**. Sozialdienste von Krankenhäusern, Pflegeheimen usw. haben in der Regel auch Antragsformulare vorliegen. Einige Krankenkassen bieten Downloadmöglichkeiten für ein Antragsformular an. Der Antrag muss **vom Pflegebedürftigen oder von dessen Vertretungsberechtigten unterschrieben** werden. Das Ausfüllen des Antrages können aber die Pflegekasse, der Sozialdienst eines Pflegeheims oder eines Pflegedienstes oder der Sozialdienst eines Krankenhauses oder eine Rehaeinrichtung übernehmen
- Am besten ist es, den **Antrag vor Beginn der Kurzzeitpflege** zu stellen. Da aber eine Kurzzeitpflege auch durch eine Krisensituation nötig werden kann, reicht auch die Aussage der Pflegeperson, eines Pflegedienstes oder Sozialdienstes aus, um die Notwendigkeit zu belegen



# Eingliederungshilfe seelisch behinderter Menschen §35a SGB VIII

Der Anspruch auf Eingliederungshilfe setzt zunächst die Feststellung einer bestehenden oder drohenden seelischen Behinderung des Kindes oder Jugendlichen voraus. Eine drohende Behinderung liegt vor, wenn die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

- Beim **Jugendamt ist ein Antrag** auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII zu stellen. Hinweis: Zur Geltendmachung des Anspruches müssen **bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres** des Minderjährigen die gesetzlichen Vertreter handeln.
- Für die Prüfung des Antrags holt das Jugendamt die **Stellungnahme eines Arztes oder Psychotherapeuten** ein.
- Das Jugendamt prüft auf der Grundlage der ärztlichen Stellungnahme, ob die festgestellte Funktionsstörung Auswirkungen auf die Teilhabe des betroffenen Kindes oder Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft hat. Das heißt, es bedarf der **zweifelsfrei nachzuweisenden Beeinträchtigung der Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe** beziehungsweise der eindeutigen Feststellung, dass die Fähigkeit zur Partizipation bedroht ist. Ist dies der Fall, sind die Voraussetzung für Leistungen nach § 35a SGB VIII gegeben.
- Es liegt in der Verantwortung des Jugendamtes, die geeignete und notwendige Hilfe zu ermitteln. Gemeinsam mit allen Beteiligten wird ein **Hilfeplan entwickelt, in welchem die Ziele der Maßnahme und ein Zeitrahmen festgelegt** werden. Dieser Plan regelt das gemeinsame Vorgehen und wird abhängig von der Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen regelmäßig angepasst und erneuert.
- Welche Unterlagen Sie vorlegen müssen, teilt Ihnen das Jugendamt mit.
- **Kosten werden bei ambulanten Hilfen vom Jugendamt übernommen** Bei Hilfen mit einer **stationären oder teilstationären** Unterbringung des Minderjährigen außerhalb des Elternhauses: Minderjährige und seine Eltern werden **einkommensabhängig** zur Deckung der Leistungskosten herangezogen.

# Schulbegleitung

- Der Anspruch auf Schulbegleitung ergibt sich aus dem Sozialgesetzbuch. Schulbegleitung ist eine Form der Eingliederungshilfe
- Kindern mit einer „wesentlichen“ Behinderung → **§54 SGB XII** stehen „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung“ zu → **§ 53 SGB XII**
- Zuständig hierfür ist das **Sozialamt**. Diese Form der Eingliederungshilfe gilt für Kinder mit einer **körperlichen und/ oder einer geistigen Behinderung**
- für Kinder, die seelisch behindert sind oder von seelischer Behinderung bedroht sind gilt → **§35a SGB VIII** Zuständig ist das **Jugendamt**. Dadurch werden insbesondere die Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung unterstützt, die Schulen. ohne sonderpädagogische Förderung besuchen

- Den Antrag beim **Sozialamt** können Sie formlos stellen, wenn Sie eine Meldung zum gemeinsamen Unterricht am Schulamt abgeben haben- also schon lange vor den Bildungswegekonferenzen. Der **Bescheid des Sozialhilfeträgers ergeht allerdings immer erst nach der Bildungswegekonferenz**, in der Schulort und der Unterstützungsumfang endgültig festgelegt werden
- Eingliederungshilfe wird zur Abdeckung eines „individuellen zusätzlichen Hilfebedarfs“ gewährt. Dem Antrag beifügen müssen Sie also auf jeden Fall eine **Beschreibung dessen, was Ihr Kind behinderungsbedingt nicht kann und welche Tätigkeiten die Schulbegleitung übernehmen soll**.

Auch den **gewünschten Umfang** (z.B. alle Schulstunden unabhängig von den Präsenzzeiten der Sonderpädagogen, Begleitung auf dem Schulweg) sollten Sie klar beziffern. Außerdem müssen Sie **begründen, warum** Sie eine qualifizierte oder pädagogische Begleitung beantragen

- Im Laufe des Verfahrens wird eine **fachärztliche Begutachtung** oder eine solche durch das Gesundheitsamt durchgeführt. Manchmal entfällt diese, weil das Kind bereits früher Leistungen vom Sozialamt erhalten hat (z.B. Eingliederungshilfe im Kindergarten) und das Formblatt Hb/A schon vorliegt.
- Den Antrag beim **Jugendamt** stellen Sie über Ihre\_n zuständige(n) Sacharbeiter\_in. Auch hier wird eine Begutachtung durch das **Gesundheitsamt** erforderlich. Damit dieses tätig wird, wird in der Regel verlangt, dass ein **fachärztliches** (i.d.R. jugendpsychiatrisches) **Gutachten** oder ein Bericht vorgelegt wird, in der die (drohende) seelische Behinderung diagnostiziert wurde.

- **Anstellung von Schulbegleitungen:** Oft sind Schulbegleitungen bei freien Trägern angestellt, die ihrerseits mit den Sozial- oder Jugendämtern eine Rahmenvereinbarung geschlossen haben. Das Amt rechnet dann direkt mit dem Träger („Leistungserbringer“) ab. Möglich ist auch eine Anstellung beim Schulträger selbst
- Sie können sich die **Leistung der Eingliederungshilfe**, wenn der grundsätzliche Anspruch festgestellt wurde, aber auch budgetieren lassen, d.h., **das sog. „Persönliche Budget“ in Anspruch nehmen**. Dann erhalten Sie das Geld dafür selbst vom Amt. Damit können Sie z.B. wechselnde Träger beauftragen oder die Schulbegleitung selbst an stellen (z.B. als Minijob oder als normale sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)

**Wichtig für Eltern:** Das Persönliche Budget im Arbeitgebermodell bedeutet für Eltern mehr Arbeit und oft auch Durchsetzungsvermögen (Suchen der Kraft, Buchhaltung, Sicherstellung der Vertretung im Krankheitsfall), kann aber auch Vorteile haben. Als Arbeitgeber suchen Sie sich die Kraft direkt aus, sorgen für Anleitung und Aus-/Fortbildung und sind direkt weisungsbefugt. Außerdem entsteht, wenn Sie die Schulbegleitung anstellen, kein „Dreiecksverhältnis“ (Schulbegleitung – Träger– Eltern), das durchaus anfällig für Konflikte ist

- **Bewilligungszeitraum:**Die Zeiträume für die Bewilligung einer Schulbegleitung sind in der Praxis sehr unterschiedlich –von nur wenigen Monaten bis zu vier Jahren (gesamte Grundschulzeit). Weit verbreitet ist eine jährliche Bewilligung mit vorausgegangener Überprüfung
- Bestehen Sie in der Bildungswegekonferenz auf einen Bewilligungszeitraum, der ein ruhiges Arbeiten und eine Kontinuität für Ihr Kind, Sie selbst und die Schule garantiert. Zu kurze Zeiträume mit immer neuen Runden Tischen sind eine große Belastung für alle Beteiligten