

Hilfen für chronisch nierenkranke Kinder, Jugendliche und deren Familien



Vorwort

Liebe Familien,

leidet ein Kind an einer chronischen Nierenerkrankung, so ist oft auch die ganze Familie mitbetroffen. Die Krankheit und die medizinische Behandlung des Kindes können das bisherige Leben der Familie erheblich verändern.

Dabei entstehen auch Fragen bezüglich entlastender und finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten sowie Ansprüchen beispielsweise gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse.

In dieser Broschüre möchten wir Sie über die Unterstützungsmöglichkeiten und die Anspruchsvoraussetzungen informieren. Dabei kann die Broschüre nicht umfassend sein und auch nicht die individuelle Beratung im Einzelfall ersetzen. Leistungsträger (zum Beispiel Krankenversicherungen) sind zur Auskunft verpflichtet, daher unser Rat: Informieren Sie sich vor Ort.

Folgende Gesetze sind für nierenkranke Patienten¹ in den meisten Fällen wichtig:

Sozialgesetzbuch V (5)

(SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung)

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

Sozialgesetzbuch IX (9)

(SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)

Hier sind insbesondere die Rechte Behinderter und chronisch Kranker in Gesellschaft und Arbeitsleben geregelt und geordnet. Mit diesem Gesetzbuch soll das grundgesetzlich festgelegte Benachteiligungsverbot umgesetzt werden.

¹ Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass bei der Schreibweise aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form (der Ausweisinhaber, der rechtliche Betreuer, der ausländische Staatsangehörige usw.) verwendet wird. Die Texte beziehen sich immer auf Frauen und Männer.

Sozialgesetzbuch XI (11)

(SGB XI, Pflegeversicherung)

Hier werden Ansprüche und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit geregelt.

Für die Leistungserbringung sind neben den Gesetzen auch die dazugehörigen Durchführungsbestimmungen maßgebend. Das bedeutet, dass manchmal Leistungen auch gewährt werden können, obwohl zum Beispiel die Krankenkassen nicht unbedingt dazu verpflichtet wären. Das persönliche Gespräch mit dem Sachbearbeiter ist oft hilfreich.

Eine Entlastung kann auch der Austausch mit gleichbetroffenen Eltern und mit den Elternverbänden sein.

Zudem berät Sie der Sozialdienst Ihres Kindernierenzentrums gerne.

Dezember 2019

Sandra Brengmann

Dipl. Sozialarbeiterin
Uniklinik Köln
Kinderneurologie

Sybille Haas

Dipl. Sozialarbeiterin
Universitätsklinikum Heidelberg
Kinderneurologie

Inhalt

Leistungen der Krankenkassen	5
Fahrt ins Krankenhaus	5
Besuchsfahrten der Eltern	5
Ambulante Fahrten	5
Mitaufnahme eines Elternteils	6
Haushaltshilfe	7
Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	8
Gesetzliche Zuzahlung	8
Zuzahlungsbefreiung	9
Kostenübernahme Blutdruckmessgerät	9
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	10
Mutter-/Vater-Kind-Kur	10
Kinderrehabilitation	10
Familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme	10
Schwerbehinderung	11
Definition von "Behinderung"	11
Schwerbehindertenausweis	11
Vergünstigungen/Nachteilsausgleiche für Menschen mit Behinderung	12
Steuerfreibeträge	13
Auto/öffentliche Verkehrsmittel	13
Pflegepauschbetrag	14

Wohnen	14
Wohngeld	15
Kommunikation/Medien	15
Beruf	15
Leistungen der Pflegeversicherung	16
Hilfen nach dem Pflegeversicherungsgesetz	16
Ab wann gilt man als pflegebedürftig?	16
Wie wird der Pflegegrad bestimmt?	16
Die 5 Pflegegrade	18
Pflegegeld und Pflegesachleistungen	18
Absicherung der Pflegeperson	20
Welche Hilfen durch die Pflegekassen gibt es noch?	20
Was ist, wenn das erkrankte Kind keine Pflege mehr benötigt?	21
Berufswahl/-einstieg und Studium für Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung	22
Aufgaben der Reha-Beratung	22
Hinweise bei der Berufswahl	22
Hinweise für das Vorstellungsgespräch	23
Hinweise für ein Studium	24
Adressen	25
Impressum	28

Leistungen der Krankenkassen

Fahrt ins Krankenhaus

Die Kostenübernahme und Erstattung von Fahrtkosten ist in § 60 SGB V in Verbindung mit den „Krankentransport-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Die Krankenkassen zahlen beziehungsweise erstatten die Kosten für Hin- und Rückfahrt zur stationären Behandlung mit dem jeweils medizinisch notwendigen Beförderungsmittel (zum Beispiel Rettungswagen, eigener PKW, öffentliche Verkehrsmittel, Taxi). Die Wahl des Verkehrsmittels richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit. Das bedeutet, dass zum Beispiel auch bei viel Gepäck oder ungünstig gelegenem Wohnort kein Taxi zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden darf, wenn keine medizinischen Gründe vorliegen.

Bei allen Fahrten – gleich welches Verkehrsmittel – fällt eine Eigenbeteiligung von 10 % (mindestens 5 € und maximal 10 €) an. Im Abschnitt „Zuzahlungsbe-freiung“, Seite 9, können Sie nachlesen, wann eine Befreiung von der Eigenbeteiligung möglich ist.

Bei Fahrten mit dem eigenen PKW werden zurzeit 0,20 €/km erstattet. Der Erstattungsbetrag orientiert sich am Bundesreisekostengesetz.

Besuchsfahrten der Eltern

Wollen Sie Ihr Kind im Krankenhaus besuchen, so wird dies von den Krankenkassen grundsätzlich nicht bezahlt. Es können aber Fahrtkosten erstattet werden, die sich aus einer medizinischen und psychologischen Notwendigkeit ergeben. Hier ist eine entsprechende Bescheinigung über die Notwendigkeit der Anwesenheit der Eltern (zum Beispiel OP-Besprechung, Lebensgefahr, medizinische Krisen) erforderlich.

Ambulante Fahrten

Fahrten zu ambulanten Behandlungen werden grundsätzlich nicht übernommen. Es gibt aber Ausnahmen....

Ausnahmen

Nach den Krankentransportrichtlinien werden ambulante Fahrten zur Dialysebehandlung, Strahlentherapie oder Chemotherapie von den Krankenkassen

übernommen.

Auch bis zu drei Monaten nach einer Nierentransplantation können die Fahrtkosten als „nachstationäre Behandlung“ erstattet werden.

Ferner dürfen Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und von der Krankenkasse 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), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) verzeichnet sind oder die Einstufung in Pflegegrad 3, 4 oder 5 gegeben ist. Bei Pflegegrad 3 muss zudem eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen. In diesen Fällen gilt die Genehmigung als erteilt und ist nicht vorab zu beantragen.

Bitte beachten Sie:

Eine Fahrt zur ambulanten Behandlung (zum Beispiel in die Nierenambulanz) bedeutet nicht gleich Taxifahrt – die Wahl des Verkehrsmittels richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit (siehe auch unter „Fahrt ins Krankenhaus“).

Die Fahrten zur ambulanten Behandlung sind bis auf die genannten Ausnahmen genehmigungspflichtig, das heißt vor einer geplanten Fahrt ist eine ärztliche Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen und die Genehmigung einzuholen. Eine ärztliche Verordnung ist auch für nicht genehmigungspflichtige Fahrten notwendig.

Auch für die genehmigten Fahrten gilt die Zuzahlungsregelung von 10% (mindestens 5 € und maximal 10 €).

In Zweifelsfällen wird der Sozialdienst der Klinik versuchen, weiterzuhelfen.

Mitaufnahme eines Elternteils

Wird die Mutter/der Vater zur Betreuung des Kindes aus medizinischen Gründen mit aufgenommen, so werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Krankenkasse übernommen. Eine medizinische Notwendigkeit ist im Regelfall bei Kindern bis zum Ende des Vorschulalters gegeben. Bei älteren Kindern ist eine medizinische Begründung durch die behandelnden Ärzte er-

forderlich, welche durch die Krankenkasse geprüft wird.

Ist die Mitaufnahme eines Elternteils (zum Beispiel aus Platzgründen) nicht möglich, so können die Krankenkassen die Kosten für von der Klinik bereit gestellte Unterkünfte oder auch ein günstiges Hotel übernehmen, wenn Sie eine Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit und einen Beleg über Ihnen entstandene Kosten vorlegen.

Haushaltshilfe

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. Je nach Krankenkasse kann es unterschiedliche Regelungen geben. Mitunter wird die Haushaltshilfe von einer örtlichen Sozialstation geleistet. Aber auch Hilfeleistungen von Freunden oder Nachbarn können von der Krankenkasse vergütet werden. Auch besteht die Möglichkeit, dass der berufstätige Elternteil unbezahlten Urlaub nimmt und den Entgeltausfall bei der Krankenkasse geltend macht.

Aber Vorsicht: Bei unbezahltem Urlaub endet der Leistungsanspruch gegenüber Ihrer Krankenkasse nach spätestens einem Monat. Nach Möglichkeit sollte die Krankenkasse vorher informiert werden.

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 das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für Hilfeleistungen von Verwandten und Verschwägerten bis zum 2. Grad werden keine Kosten erstattet (ausgenommen erforderliche Fahrtkosten und/oder Verdienstaufschlag in angemessenem Umfang (§ 38 SGB V)). Die Krankenkasse kann auch bei einer notwendigen Haushaltshilfe eine Zuzahlung von 10 % (mindestens 5 € und maximal 10 € pro Tag) verlangen.

In der Regel wird eine Haushaltshilfe für maximal 8 Stunden täglich übernommen.

An manchen Kinderkliniken gibt es Betreuungsmöglichkeiten für die gesunden Geschwisterkinder.

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Bei Erkrankung und Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes zu Hause besteht für gesetzlich Versicherte Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind ebenfalls gesetzlich versichert ist und das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Des Weiteren muss ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind für längstens 10 Arbeitstage, für Alleinerziehende für längstens 20 Arbeitstage pro Kind, insgesamt jedoch maximal für 25 beziehungsweise 50 Arbeitstage.

Das Krankengeld beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoentgelts.

	Je Elternteil	Alleinerziehend
ein Kind	10 Arbeitstage (je versichertem Kind und Elternteil)	20 Arbeitstage je versichertem Kind
Zwei Kinder	20 Arbeitstage (max. 10 Tage je versichertem Kind und Elternteil)	40 Arbeitstage (max. 20 Tage je versichertem Kind)
Mehr als zwei Kinder	25 Arbeitstage (max. 10 Tage je versichertem Kind und Elternteil)	50 Arbeitstage (max. 20 Tage je versichertem Kind)

Gesetzliche Zuzahlung

Bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln fallen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren keine gesetzlichen Zuzahlungen an. Mehrkosten können allerdings im Rahmen von Festbetragsätzen entstehen. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung grundsätzlich ausgeschlossen. Ausgenommen davon sind Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Sollte der Patient 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 € Eigenbeteiligung gezahlt werden. Ebenso ist für ärztlich verordnete Medikamente und Heilmittel die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung zu leisten.

Für Medikamente beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 €. Die Zuzahlung darf die Kosten des Präparates nicht übersteigen. Medikamente, bei denen der Preis weniger als 5 € beträgt, müssen selbst gezahlt werden.

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10 € pro Verordnung (bis zum Erreichen der Belastungsgrenze).

Auch Sozialhilfe- oder Arbeitslosengeld II- Empfänger müssen zuzahlen.

Zuzahlungsbefreiung

Zuzahlungen sind innerhalb eines Kalenderjahres bis zur individuellen Belastungsgrenze zu zahlen. Diese liegt grundsätzlich bei 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen der Familie. Bei chronischer Erkrankung ist nur 1 % des Familieneinkommens zu zahlen.

Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt laut Definition vor, wenn die Erkrankung wenigstens 1 Jahr lang mindestens einmal pro Quartal eine ärztliche Behandlung erfordert und eines der folgenden Merkmale vorliegt:

- > Einstufung in Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach SGB XI
- > Grad der Behinderung von mindestens 60 % 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.

Empfehlung:

Wenn absehbar ist, dass Ihnen durch das chronisch kranke Kind und andere Familienangehörige Kosten über 1 % Ihres Einkommens entstehen, dann sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse.

Sammeln sie alle Belege aller Familienangehörigen über entstandene Zuzahlungen und Fahrtkosten und legen Sie diese Ihrer Krankenkasse vor.

Die chronische Erkrankung ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Wird die Belastungsgrenze innerhalb des Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber auszustellen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

Für Mehrkosten, die entstehen, weil der Preis für ein Medikament oder Hilfsmittel über dem hierfür festgelegten Festbetrag liegt, gibt es keine Obergrenze. Sie sind auch dann zu leisten, wenn ein Befreiungsausweis vorliegt und werden auch nicht bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigt.

Kostenübernahme Blutdruckmessgerät

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen grundsätzlich die Kosten für ein Blutdruckmessgerät, wenn dieses als Hilfsmittel ärztlich verordnet wird. Allerdings liegen die Kosten für Blutdruckmessgeräte meist über den Festbetragsätzen der Krankenkassen, so dass den Versicherten Kosten entstehen.

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Mutter-/Vater-Kind-Kur

Als Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme können die Krankenkassen eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer vergleichbaren Einrichtung bewilligen. Grundsätzlich dauert diese drei Wochen, wobei eine Verlängerung auf Antrag möglich ist. Anspruch besteht grundsätzlich alle vier Jahre, in medizinisch begründeten Fällen sind Ausnahmen von dieser Regelung möglich. Die Zuzahlung für Mütter und Väter beträgt 10 € pro Kalendertag.

Bei der Beantragung sind die Beratungsstellen des Müttergenesungswerks behilflich, welche bei den Wohlfahrtsverbänden angesiedelt sind. Es wird ein ärztliches Attest für den Elternteil und jedes Kind benötigt. Chronisch kranke Kinder werden in der Regel als Behandlungskinder aufgenommen, sodass es eventuell eines Antrags auf eine Kinderheilbehandlung bedarf.

Kinderrehabilitation

Auf fachärztliche Empfehlung kann für das chronisch kranke Kind eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme genehmigt werden. Als Kostenträger sind die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger (hier richtet sich die Zuständigkeit nach den beitragszahlenden Eltern) in der Regel gleichrangig zuständig. Die Maßnahme dauert grundsätzlich drei Wochen. Auf Antrag ist eine Verlängerung möglich. Bei entsprechender Indikation kann die Maßnahme nach vier Jahren wiederholt werden. Sofern eine medizinische Dringlichkeit besteht, kann eine Wiederholung der Kinderrehabilitation auch vorzeitig genehmigt werden. Die Begleitung durch ein Elternteil ist möglich. Für Kinder und Jugendliche fällt keine Zuzahlung an.

Bezüglich der geeigneten Einrichtung sprechen Sie gerne den Sozialdienst oder den behandelnden Kinderneurologen an.

Familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme

An einer stationären familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme nehmen möglichst alle Familienmitglieder teil. Die gesunden Familienmitglieder stehen dabei ebenso im Fokus wie das chronisch kranke Kind. Anspruch auf eine familienorientierte Reha haben Familien mit Kindern, die an schwersten chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Krebs, schweren Herzerkrankungen, Mu-

koviszidose oder Zustand nach Organtransplantation leiden. Voraussetzung ist, dass die schwere chronische Erkrankung des Kindes die Alltagsaktivitäten der Familie erheblich beeinträchtigt. Auch für Familien mit einem dialysepflichtigen Kind kann eine familienorientierte Rehabilitation beantragt werden. Das Antragsverfahren und die Zuständigkeit entsprechen dem der Kinderrehabilitation.

Schwerbehinderung

Definition von „Behinderung“

Im Sozialgesetzbuch IX sind die Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen geregelt.

In § 2 (1) heißt es dort:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung (...) liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“

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 haben.“

Schwerbehindertenausweis

Sobald sich bei Ihrem Kind eine bleibende Nierenschädigung abzeichnet, kann bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt/der zuständigen Schwerbehindertenstelle ein Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt werden. Nur so können die entsprechenden Rechte und Nachteilsausgleiche auch in Anspruch genommen werden. Im Schwerbehindertenausweis wird die Schwere der Einschränkung im Grad der Behinderung (GdB) ausgedrückt. Dieser kann zwischen 10 und 100 liegen. Liegt ein GdB von 50 oder mehr vor, handelt es sich um eine Schwerbehinderung. Erst dann wird auch ein Schwerbehindertenausweis aus-

gestellt.

Welche Nachteilsausgleiche Sie in Anspruch nehmen können, hängt zum einen vom Grad der Behinderung ab und zum anderen von zusätzlich gewährten Merkzeichen.

Folgende Merkzeichen gibt es:

aG	außergewöhnlich gehbehindert
B	Begleitung erforderlich
Bl	blind
G	gehbehindert
Gl	gehörlos
H	hilflos
RF	Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
TBl	taubblind

Dialysepatienten erhalten einen Grad der Behinderung von 100. Zusätzlich wird bis zum 16. Lebensjahr das Merkzeichen „H“ gewährt. 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.

Vergünstigungen/Nachteilsausgleiche für Menschen mit Behinderung

Steuerfreibeträge

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

Grad der Behinderung	Pauschbetrag
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 den Merkzeichen „H“ und „Bl“ beläuft sich der Steuerfreibetrag auf 3700 € (unabhängig vom Grad der Behinderung).

Der Pauschbetrag eines behinderten Kindes kann auf die Eltern übertragen werden, wenn das Kind ihn nicht selbst in Anspruch nimmt und die Eltern für das Kind Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag erhalten.

Außerdem kann der Pauschbetrag durch das örtlich zuständige Finanzamt in die Lohnsteuerbescheinigung eingetragen werden, um den Betrag monatlich bei der Lohn- und Gehaltsabrechnung bereits zu berücksichtigen. Alternativ kann er im Lohnsteuerjahresausgleich rückwirkend geltend gemacht werden.

Auto/öffentliche Verkehrsmittel

Mit dem Merkzeichen „G“ (gehbehindert) kann zwischen der Kfz-Steuerermäßigung von 50 % oder der kostenlosen Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (nach Erwerb einer Wertmarke) gewählt werden.

Mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert) bekommt Ihr Kind eine Kfz-Steuerbefreiung und die kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (nach Erwerb einer Wertmarke). Zudem sind Parkerleichterungen möglich (blauer Parkausweis). Und die Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen.

Mit dem Merkzeichen „H“ (hilflos) bekommt Ihr Kind eine Kfz-Steuerbefreiung und die Wertmarke für öffentliche Verkehrsmittel auf Antrag kostenlos. Die Krankenkasse kann Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen.

Bitte beachten Sie:

Die Vergünstigungen bei der Kfz-Steuer können auch von minderjährigen Kindern in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist aber, dass das Fahrzeug auf den Namen des behinderten Kindes zugelassen ist und nur für Fahrten benutzt wird, die im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder der Haushaltsführung des behinderten Kindes stehen.

Mit dem Merkzeichen „B“ (Begleitung erforderlich) hat die Begleitperson einen Anspruch auf kostenlose Beförderung im öffentlichen Nah- und Fernverkehr ohne Kilometerbegrenzung. Ausgenommen sind hierbei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen.

Unter bestimmten Voraussetzungen stehen dem schwerbehinderten Menschen auch Ermäßigungen bei Automobilclubs und Flugpreisermäßigungen bei Fluggesellschaften zu. Ab einem GdB von 70 kann eine BahnCard 25 oder 50 zum ermäßigten Preis erworben werden.

Pflegepauschbetrag

Mit dem Merkzeichen H kann ein Pflegepauschbetrag in Höhe von 924 € pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Vorausgesetzt wird, dass der Pflegebedürftige in der eigenen Wohnung gepflegt wird und der Steuerpflichtige für die Pflege keine Einnahmen zum Beispiel in Form von Pflegegeld von der Pflegeversicherung erhält. Für Eltern behinderter Kinder gilt aber die Ausnahmeregelung, dass das Pflegegeld für das pflegebedürftige Kind nicht als Einnahme gewertet wird.

Wohnen

Nach dem WoFG (Wohnraumförderungsgesetz) geförderte Mietwohnungen dürfen nur an Haushalte vermietet werden, deren Jahreseinkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreitet. Dasselbe gilt für die Gewährung von Fördermitteln zur Bildung selbst genutzten Wohneigentums.

Schwerbehinderte Menschen werden bei der Berechnung des Jahreseinkommens durch Freibeträge begünstigt: Für Personen mit einem GdB von 100

oder von mindestens 80, wenn der schwerbehinderte Mensch häuslich pflegebedürftig ist, wird ein Freibetrag von 4.500 € jährlich gewährt; bei einem GdB von unter 80, aber häuslicher Pflegebedürftigkeit, beträgt der Freibetrag 2.100 € jährlich.

Wohngeld

Bei der Beantragung von Wohngeld gilt für schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von 100 oder mit einem GdB unter 100 und gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit (bei häuslicher oder teilstationärer Pflege) ein Freibetrag von 1.500 € auf das anzurechnende Gesamteinkommen.

Kommunikation/Medien

Unter folgenden Voraussetzungen besteht die Möglichkeit den Sozialtarif bei der Telekom zu erhalten: Ein GdB von 90 und den Merkzeichen BI oder GI oder dem Vorliegen einer Sprachbehinderung. Die Ermäßigung im Rahmen des Sozialtarifs beträgt bis zu 8,72 €.

Ebenso können Sie mit den Merkzeichen TBI oder BI (bei Erhalt von Blindenhilfe) von der Fernseh- und Rundfunkgebührenpflicht befreit werden. Mit dem Merkzeichen RF ergibt sich eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 € pro Monat. Erfüllen im Haushalt lebende Kinder und Jugendliche die Voraussetzungen für eine Befreiung oder Ermäßigung, kann diese **nicht** auf die Eltern oder den Wohnungsinhaber übertragen werden, da Kinder und Jugendliche nicht beitragspflichtig sind.

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- oder Stadtverwaltung.

Bitte beachten Sie:

Da es sehr viele Nachteilsausgleiche im Zusammenhang mit dem Schwerbehindertenausweis gibt, wurden Ihnen hier nur die wichtigsten genannt. Mit der Aushändigung des Schwerbehindertenausweises durch Ihr Versorgungsamt oder die Schwerbehindertenstelle erhalten Sie gewöhnlich Merkblätter mit Informationen über die für Ihr Kind beziehungsweise für Sie geltenden Nachteilsausgleiche. Bei den Finanzämtern bekommen Sie Auskünfte über eventuelle Steuererleichterungen für den jeweils vorliegenden Einzelfall.

Der Sozialdienst der Klinik ist bei dem Antrag auf Feststellung einer Behinderung und bei Überprüfungen gerne behilflich.

Leistungen der Pflegeversicherung

Hilfen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein chronisch nierenkrankes Kind als pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) gelten. Die Pflegekasse beauftragt bei einem Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz den „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ (MDK) damit, die pflegebedürftige Person zu begutachten (§ 18 SGB XI). Diese Tätigkeit übernehmen meist eine Ärztin, ein Arzt oder eine Pflegefachkraft vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird im häuslichen Umfeld anhand eines umfangreichen Fragenkatalogs ermittelt.

Ab wann gilt man als pflegebedürftig?

Als pflegebedürftig gelten Personen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate [...] bestehen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Wie wird der Pflegegrad bestimmt?

Um zu bestimmen, wie selbstständig die betroffene Person noch handeln kann und welche Fähigkeiten der Person noch zur Verfügung stehen, werden sechs

Lebensbereiche betrachtet und körperliche, geistige und psychische Einschränkungen erfasst. Die sechs Lebensbereiche (Module) werden unterschiedlich gewichtet.

1. **Mobilität (Beweglichkeit):** Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen, Positionswechsel im Bett etc.
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Verstehen und Reden):** Örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Erkennen von Risiken und Gefahren, Verstehen von Sachverhalten und Informationen etc.
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, Ablehnen von pflegerischer Hilfe, sozial inadäquate Verhaltensweisen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, aggressives Verhalten etc.
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Duschen und Baden, An- und Auskleiden, Toilettenbenutzung, Essen, Trinken, Ernährung parenteral oder über Sonde etc.
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
 - a) In Bezug auf Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Messung und Deutung von Körperzuständen etc.
 - b) In Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Stomaversorgung, Einmalkatheterisierung, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
 - c) In Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen etc.
 - d) In Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Interaktion mit und Kontaktpflege zu Personen etc.

Die 5 Pflegegrade

Je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden den einzelnen Kategorien Punkte zugeordnet und gewichtet.

Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte ergibt sich die Zuordnung in einen der fünf Pflegegrade:

1. **Pflegegrad 1:** Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten
2. **Pflegegrad 2:** Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten
3. **Pflegegrad 3:** Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten
4. **Pflegegrad 4:** Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten
5. **Pflegegrad 5:** Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung, ab 90 bis 100 Gesamtpunkten

Welche Leistungen können durch den Pflegegrad beansprucht werden?

Leistungsarten:

- Pflegegeld
- Pflegesachleistungen
- Kombinationsleistung
- Leistungen zur Absicherung der Pflegeperson

Das **Pflegegeld** beträgt:

Pflegegrad 1:	0	€ pro Monat
Pflegegrad 2:	316	€ pro Monat
Pflegegrad 3:	545	€ pro Monat
Pflegegrad 4:	728	€ pro Monat
Pflegegrad 5:	901	€ pro Monat

Zu beachten ist, dass im Rahmen des Pflegegeldbezugs bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich, ein Pflegeeinsatz durch einen Pflegedienst durchgeführt werden muss, mit dem die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Der Bezieher von Pflegegeld ist verpflichtet diesen Beratungseinsatz zu veranlassen. Die Vergütung hierfür wird von der Pflegekasse getragen. Wird der Pflegeeinsatz vom Pflegebedürftigen nicht abgerufen, ist die Pflegekasse dazu berechtigt, das Pflegegeld zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

Mit **Pflegesachleistungen** sind die Grundpflegeleistungen einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung, die durch professionelle Pflegekräfte erbracht werden, gemeint. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegekasse mit dem jeweiligen Pflegedienst einen Vertrag abgeschlossen hat.

Pflegesachleistung:

Pflegegrad 1:	0 €
Pflegegrad 2:	bis zu 689 € pro Monat
Pflegegrad 3:	bis zu 1298 € pro Monat
Pflegegrad 4:	bis zu 1612 € pro Monat
Pflegegrad 5:	bis zu 1995 € pro Monat

Es ist auch eine **Kombinationsleistung** von Geld- und Sachleistungen möglich.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege können einen **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 € monatlich erhalten. Der Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen einzusetzen. Dies betrifft Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf **Pflegehilfsmittel**, sofern diese zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder zu einer selbständigeren Lebensführung beitragen. Voraussetzung ist, dass diese Pflegehilfsmittel nicht aufgrund von Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Bis zu 40 € monatlich können für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z.B. Einmalunterlagen) aufgewendet werden.

Absicherung der Pflegeperson

Wenn eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist, zahlt die Pflegekasse Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson.

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, sind während ihrer Pflege Tätigkeit arbeitslosenversichert. Die Pflegekasse entrichtet Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit.

Während ihrer pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, zudem im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

Welche Hilfen durch die Pflegekassen gibt es noch?

Verhinderungspflege

Bei Verhinderung der Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse die Kosten der Ersatzpflege für maximal 6 Wochen im Kalenderjahr. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen zuvor mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens Pflegegrad 2 hat. Pro Kalenderjahr stehen für die Verhinderungspflege 1612 € zur Verfügung. Werden die Mittel der Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der obige Betrag um bis zu 806 € erhöht werden.

Ist die Person, die die Ersatzpflege leistet, bis zum zweiten Grad mit der Pflegeperson verwandt oder verschwägert oder lebt sie mit der Pflegeperson in einem Haushalt, so dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten.

Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht oder nicht ausreichend erbracht werden kann. Der Anspruch besteht für längstens acht Wochen pro Kalenderjahr. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 1612 € im Kalenderjahr. Werden die Mittel der Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann sich der Leistungsbetrag um bis zu 1612 €, also auf bis zu 3224 € im Kalenderjahr erhöhen.

Pflegekurse

Die Pflegekassen bieten für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltliche Pflegekurse an.

Was ist, wenn das erkrankte Kind keine Pflege mehr benötigt?

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden durch eine Abstufung eingeschränkt oder ganz eingestellt, wenn sich der Zustand des Kindes zum Beispiel nach einer Nierentransplantation verbessert.

Bitte beachten Sie:

Eine dringende Empfehlung: Planen Sie Pflegegeld nicht in Ihre laufenden monatlichen Kosten mit ein (zum Beispiel für eine teurere Wohnung oder ein größeres Auto), denn wenn Ihr Kind länger als 4 Wochen ins Krankenhaus muss, ruht der Anspruch auf Pflegegeld. 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.

Das Thema Pflegeversicherung kann hier nicht erschöpfend behandelt werden. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die psychosozialen Mitarbeiter des kindernephrologischen Zentrums, an Ihre zuständige Pflegekasse oder an die ortsnahen Pflegestützpunkte.

Berufswahl/-einstieg und Studium für Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung

Aufgaben der Reha-Beratung

Da es für Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung nicht immer leicht ist, einen Ausbildungsplatz nach ihren Interessen und Neigungen zu finden, gibt es bei der Agentur für Arbeit eine spezialisierte Berufsberatung – auch “Reha-Beratung” genannt – die speziell auf Menschen mit einer chronischen Erkrankung/Behinderung ausgerichtet ist. Über die Beratung hinaus kann die beratende Fachkraft auch Ausbildungen für chronisch erkrankte Jugendliche finanziell fördern, zum Beispiel durch Zuschüsse an den Ausbildungsbetrieb. Eine weitere Möglichkeit für behinderte Menschen besteht darin, eine Ausbildung in einem Berufsbildungswerk (BBW) zu beginnen. Hierbei ist die beratende Fachkraft dafür zuständig, einen Rehabilitationsplan zu erstellen, den Kostenträger zu ermitteln und den Jugendlichen an das entsprechende Berufsbildungswerk zu vermitteln.

Den richtigen Ansprechpartner zur Vereinbarung eines Termins in der Reha-Beratung können Sie gebührenfrei unter der Telefonnummer: 0800 4 555500 erfragen. Zum Termin sollten medizinische Unterlagen, Schwerbehindertenausweis, vollständige Bewerbungsunterlagen, Ausweisdokumente und der Sozialversicherungsausweis mitgebracht werden.

Hinweise bei der Berufswahl

Bei der Berufswahl von nierenkranken und –transplantierten Kindern und Jugendlichen sollte berücksichtigt werden, dass sich die angestrebte Tätigkeit nicht übermäßig körperlich belastend oder gar gesundheitsgefährdend auswirkt. Hierzu sollte der Arzt befragt werden. Zudem ist es wichtig, die sozialen und psychischen Aspekte, sowie die Vereinbarkeit von Berufsausbildung und medizinischer Behandlung (zum Beispiel bei Dialysebehandlung) zu berücksichtigen. Es ist sinnvoll ca. 1,5 Jahre vor dem Schulabschluss zweigleisig zu verfahren: Sich in Eigeninitiative auf dem offenen Stellenmarkt zu bewerben und gleichzeitig die Reha-Beratung der Arbeitsagentur in Anspruch zu nehmen.

Hinweise für das Vorstellungsgespräch

Kommt es zu einem Vorstellungsgespräch, muss der Bewerber nach dem allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) seine Schwerbehinderteneigenschaft nicht offenbaren. Eine Ausnahme besteht, wenn durch die Behinderung eine Fähigkeit nicht vorhanden ist, die für die Stellenbesetzung entscheidend ist. Ein Verstoß gegen das Gleichstellungsgesetz verpflichtet den Arbeitgeber zwar nicht, den Bewerber einzustellen, aber der Bewerber kann dadurch entstehende Schadensersatzansprüche geltend machen.

Aufgrund seiner anerkannten Schwerbehinderung genießt der berufstätige oder der sich in Ausbildung befindliche nierenkranke Jugendliche nicht nur einen erhöhten Urlaubsanspruch (zusätzliche 5 Tage), sondern auch einen erhöhten Kündigungsschutz. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen durch den Arbeitgeber bedarf immer der vorherigen Zustimmung des Integrations- beziehungsweise Versorgungsamtes, wenn das Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate bestanden hat.

Bei auftauchenden Fragen und Problemen im Bereich Berufsausbildung/Behinderung stehen neben den Reha-Beratern in der Arbeitsagentur auch die in jeder Region vorhandenen Integrationsfachdienste zur Verfügung.

Wie offen der nierenkranke Jugendliche in der Bewerbung und im Vorstellungsgespräch dann mit seiner Behinderung tatsächlich umgeht, ist nicht nur eine rechtliche Frage. Es ist auch eine praktische Frage: „Wie soll ich mich hier konkret verhalten?“ **Es gibt dafür allerdings keine allgemeingültige Antwort.** Die folgenden Hinweise sind daher nur „Trendaussagen“; der Einzelfall kann davon abweichen. Grundsätzlich sind große Firmen und öffentliche Arbeitgeber meist offener als kleine Betriebe für die Ausbildung behinderter Jugendlicher. Viele haben interne Regelungen, nach denen Bewerbungsschreiben, die einen Hinweis auf eine Behinderung enthalten, der Schwerbehindertenvertretung vorgelegt werden müssen, um sicherzustellen, dass bei gleicher Eignung der behinderte Jugendliche vorgezogen wird. Dagegen haben kleine Betriebe, bevor sie den Jugendlichen in einem persönlichen Gespräch kennengelernt haben, eventuell Sorge, dass dieser oft als Arbeitskraft ausfallen könnte. Viele chronisch kranke Jugendliche erwähnen daher bei kleinen Betrieben im Bewerbungsschreiben die Behinderung zunächst noch nicht, sprechen dann aber bei Bedarf im persönlichen Vorstellungsgespräch darüber.

Dass die Nierenerkrankung im persönlichen Gespräch erwähnt werden sollte, empfiehlt sich in solchen Fällen, in denen es regelhaft zu krankheitsbedingten Einschränkungen in der Tätigkeit kommt, zum Beispiel bei regelhaftem mor-

gendlichem Verspäten nach der regelmäßigen Blutentnahme eines Transplantierten.

Die Vorteile beziehungsweise Nachteilsausgleiche, die der Schwerbehindertenausweis mit sich bringt, können nur in Anspruch genommen werden, wenn der Arbeitgeber über die Schwerbehinderung informiert ist.

Hinweise für ein Studium

Wer als chronisch kranker Jugendlicher/junger Erwachsener an einer (Fach-) Hochschule oder Universität studieren möchte, kann sich bei den hochschuleigenen Beauftragten für Studierende mit einer Behinderung nach besonderen Regelungen erkundigen.

Vergleichbar zu dem „Nachteilsausgleich“ in der Schule gibt es diesen Nachteilsausgleich gegebenenfalls auch im Studium, zum Beispiel in Form von Zeitverlängerungen bei Klausuren oder Verlängerung der Studiendauer.

Hinsichtlich der Zulassung zum Studium kann ein Härtefallantrag gestellt werden, um Wartezeiten zu vermeiden. Die Behinderung allein reicht hierbei nicht als Begründung. Vielmehr muss nachgewiesen werden, dass in diesem Einzelfall das Warten auf einen Studienplatz eine „unzumutbare Härte“ bedeuten würde. Diese Begründung trifft in vielen Fällen auf chronisch nierenkranke und nieren-transplantierte Patienten zu, denn hier müssen Phasen der relativen Leistungsfähigkeit aktiv (zum Studieren) genutzt werden, weil der weitere Krankheitsverlauf in der Regel nicht vorhersagbar ist.

Wichtige Adressen

Bürgertelefon:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales:

Rente	030/221911 001
Thema Behinderung	030/221911 006
Arbeitsrecht	030/221911 004

Bundesministerium für Gesundheit:

Krankenversicherung	030/3406066-01
Pflegeversicherung	030/3406066-02

Bundesverband Niere e.V.

Essenheimer Str. 126

55128 Mainz

www.bundesverband-niere.de

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

<https://bvkm.de/>

(Informative Tipps, u.a. zu Fragen der Steuer)

PKD Familiäre Zystennieren e.V.

www.pkdcure.de

Junge Nierenkranke

www.juniev.de

MPGN und aHUS e.V.

www.ahus-selbsthilfe.de

LUTO-Kinder e.V.

www.luto-kinder.de

Nephie e.V. Selbsthilfe Idiopathisches Nephrotisches Syndrom

www.nephie.de

KIO Kinderhilfe Organtransplantation

www.kiohilfe.de

Renniere e.V.

www.renniere.de

Transplant-Kids e.V.

www.transplant-kids.de

Integrationsämter

www.integrationsaemter.de

KfH-Transferprogramm „endlich erwachsen“

www.kfh.de/fuer-patienten/transferprogrammendlich-erwachsen/

Sozialverband VdK

<https://www.vdk.de/deutschland/>

Platz für Notizen:

Impressum

Hilfen für chronisch nierenkranke Kinder, Jugendliche und deren Familien

Sandra Brengmann, Köln
Sybille Haas, Heidelberg

1.Auflage 2019

In Zusammenarbeit mit der
Initiative für Psychosoziale Arbeit in der Pädiatrischen Nephrologie (IPSA), www.ipsa-pn.de
und mit freundlichem Dank an

Dirk Horstmann, Hannover

Ingrid Hirte, Berlin

Dirk Bethe, Heidelberg

für inhaltliche Anregungen

und an Johannes Orths, Heidelberg
für Verwendung einer Vorgänger-Broschüre

Hinweise

Der Inhalt der Broschüre wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Es wird deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere wird die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen ausgeschlossen.

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