

geboren

2021/ 69



Bundesinteressengemeinschaft
Geburtshilfegeschädigter e.V.

- J. Korioth: Abschied nach über 30 Jahren S. 4
- BIG hat neuen Vorstand! S. 5
- „Sternenkinder“ von Lothar Dohrn S. 6
- Ankündigung: Familienfreizeit 2022 S. 9
- Die elektronische Patientenakte S. 26



Der neue Vorstand der Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V.

Enzer Str. 50 ● 31655 Stadthagen ● Tel.: 0 57 21 / 8 90 25 36 91
big-ev@me-post.de ● www.geburtshilfe-und-medizinschaden.de



Liebe Leser,

Die Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V. ist als gemeinnütziger Verein seit 1988 anerkannt. Der Sitz der Bundesinteressengemeinschaft ist Bonn.

Mitglieder der BIG e.V. sind nicht nur von Behandlungsfehlern unter der Geburt Betroffene, sondern auch Ärzte, Rechtsanwälte, Hebammen sowie andere Vereinigungen.

Für Eltern ist die Frage „Schicksal oder ärztlicher Behandlungsfehler?“ außerordentlich wichtig, oft wird gerade diese Frage aber erst relativ spät gestellt.

Im Regelfall brauchen Eltern zunächst einmal Zeit, um die neue Situation zu begreifen.

Es beginnt eine schier endlose Lauferei zu Ärzten, Krankenkassen und anderen Behörden. Die Eltern suchen Hilfe und Unterstützung. Neben der erschwerten Pflege eines behinderten Neugeborenen ist der große Zeitaufwand für institutionelle Erfordernisse (Krankenhaus, Ärzte, Krankenkasse, Sozialamt etc.) kaum zu bewältigen.

BIG vertritt die Rechte der unter ärztlichen Behandlungsfehlern Geschädigten, gibt Hilfestellungen im sozialen Bereich, fördert den Erfahrungsaustausch untereinander und stellt aktuelle Informationen zur Verfügung.

Impressum:

**Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e.V.
Bundesweite Selbsthilfegruppe (BIG e.V.)
Gemeinnützigkeit anerkannt laut Freistellungsbescheid Finanzamt Stadthagen vom 13. Juli 2020.
Mitglied im Dachverband „Der Paritätische“ und „B.A.G. Selbsthilfe“
Bundesgeschäftsstelle: Enzer Straße 50, 31655 Stadthagen
Tel.: 05721 - 890 253 691
E-Mail: big-ev@me-post.de
Geschäftsführer : Eberhard Krickhahn
Redaktion und Textbearbeitung: Bundesgeschäftsstelle
Druck und Verarbeitung: Quick-Druck
Ausgabe: Dezember 2021**

**BIG e.V. im worldwideweb: www.geburtshilfe-und-medizinschaden.de
und auf „ facebook“: [Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter \(BIG\) e.V.](https://www.facebook.com/Bundesinteressengemeinschaft-Geburtshilfegeschädigter-BIG-e.V.)**

Mit Namen oder Quelle gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Vorstandes oder der Geschäftsstelle wieder.

Wir sind Mitglied im:



BUNDESINTERESSENGEMEINSCHAFT GEBURTSHILFEGESCHÄDIGTER e.V.

VORSTAND

Erste Vorsitzende Sonja Senking

Hebamme
Lindenstr. 16
38518 Gifhorn
Tel. 05371 8133472

Zweiter Vorsitzender Lothar Dohrn

Rechtsanwalt
Poelchaukamp 2
22301 Hamburg
Tel. 040 - 274017

Klaus Möbus

Küsterkamp 12
31028 Gronau/Leine
Tel. 05182 - 903990

Günter Dziurzik

Wegenerring 22
38524 Sassenburg

Iris u. Isabell Braukmüller

Stralsunder Str. 9
31089 Duingen
Tel. 05185 - 8149

GESCHÄFTSFÜHRER:

Eberhard Krickhahn

Gartenstraße 3
31700 Heuerßen
Tel. 05725 - 8788

GESCHÄFTSSTELLE:

Tanja Foraita

Enzer Straße 50
31655 Stadthagen
Tel. 05721 - 890253691

ANSPRECHPARTNER Region SÜD

Anita Ruhwedel

Herrnstr. 4
97209 Veitshöchheim
Tel.: 0931 - 938 94

Walter Falk

Obere Flur 23
67685 Erzenhausen
Tel.: 06374 - 6729

ANSPRECHPARTNER für den Großraum HAMBURG / KIEL / LÜBECK

Rechtsanwalt Lothar Dohrn

Poelchaukamp 2
22301 Hamburg
Tel.: 040 - 274 017

Rechtsanwältin Verena von Scharnweber

Stadtweg 80
24837 Schleswig
Tel.: 04621 - 96160
mail@kanzlei-schleswig.de

ANSPRECHPARTNER Region NORD

Angela Schick

Gronauer Feldweg 4
31028 Gronau
E-Mail: angelaschick@gmx.de

ANSPRECHPARTNER Region ELBE WESER - Bremen/Bremerhaven

Hannelore und Thomas Stock

Birkhahnweg 8
27612 Loxstedt-Bexhövede
Tel. 04703 - 1243

ANSPRECHPARTNER Raum BADEN BADEN und Karlsruhe/Freiburg

André Baumgarten

Köblerweg 5
76229 Karlsruhe
Tel. 0721 - 4908606

**Unterstützen Sie unsere gemeinnützige Arbeit mit einer Spende
Werden Sie Fördermitglied für nur 30 Euro im JAHR!
(Spendenbescheinigung und alle Broschüren inklusive)**

Vereinskonto BIG e.V.:

IBAN: DE45 2546 2160 6105 9595 00 - BIC: GENODEF1HMP

*** NEUES AUS DEM VEREIN ***



Abschied nach über 30 Jahren!

Nachdem im letzten Jahr corona-bedingt die Mitgliederversammlung und auch die Familienfreizeit abgesagt werden musste, konnte nun in diesem Jahr endlich am 5. September 2021 wieder eine Mitgliederversammlung der BIG stattfinden. Wir trafen uns bei spätsommerlichen Temperaturen in Lüdersfeld bei Stadthagen. Die anwesenden Mitglieder begrüßten sich herzlich und waren froh, sich nach so langer Zeit mal wieder austauschen zu können.

Unser langjähriger Erster Vorsitzender Jürgen Koriath stellte sein Amt nach mehr als dreißig Jahren zur Verfügung und verabschiedete sich mit folgenden Worten:

Nach sehr langer Zeit endet nun mein Vorsitz bei der BIG. Ein Lebensabschnitt geht zu Ende, ein neuer beginnt. Wohlan an denn Herz, nimm Abschied und gesunde! (aus meinem Lieblingsgedicht von Hermann Hesse „Stufen“). Ich danke allen meinen Mitstreitern und Freunden für ihre Unterstützung und ihren Einsatz für die BIG. Viele Mitglieder haben trotz der Belastung für Pflege und Betreuung ihres Kindes mit Herzblut die Ziele des Vereins vertreten. Viele Kinder von damals sind heute erwachsene Menschen, viele haben es aber auch nicht geschafft. Ich habe viele Familien begleitet und Höhen und Tiefen miterlebt. All diesen Menschen wünsche ich von ganzem Herzen ein gutes Leben und die Kraft, auch aus Schicksalsschlägen gestärkt hervorzugehen.

Nochmal Herrmann Hesse: „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne, der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.“

Nun denn, genug der vielen Worte. Ich wünsche dem neuen Vorstand und der BIG alles erdenklich Gute und sage auch in Zukunft, falls gewünscht und erforderlich, meine Unterstützung zu. In tiefer Verbundenheit bin ich Euer Jürgen.

Lieber Jürgen Koriath!

Der Vorstand und sämtliche Mitglieder der BIG sagen DANKE für über 30 Jahre Vereinsvorsitz, für Dein Engagement, Deine prägende Arbeit, die den Verein zu dem gemacht haben, was er ist. Du warst immer mit Herzblut und Leidenschaft dabei, hast so viele Prozesse für die betroffenen Familien geführt, hast sie durch Dick und Dünn begleitet und beraten.



Eine Ära geht zu Ende! Danke für Alles!

Der neue Vorstand der BIG

Am 05.09.2021 wurde ein neuer Vorstand gewählt:

In der Mitgliederversammlung wurde die bisherige zweite Vorsitzende Sonja Senking zur neuen 1. Vorsitzenden gewählt. Sonja arbeitet seit 30 Jahren als Hebamme, hat 3 Kinder und steht der BIG e.V. mit ihrem fachlichen Wissen schon seit über 25 Jahren zur Verfügung.

Die bisherigen Beisitzer im Vorstand standen weiterhin zur Verfügung und wurden einstimmig wiedergewählt. Als neues Mitglied wurde Isabell Braukmüller von den anwesenden Mitgliedern in den Vorstand gewählt. Somit besteht der Vorstand der Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschiediger e.V. aus folgenden Personen:

- Sonja Senking
- Lothar Dohrn
- Günter Dziurzik
- Klaus Möbus
- Iris Braukmüller
- Isabell Braukmüller



In der anschließenden Vorstandssitzung wurde Lothar Dohrn als 2. Vorsitzender (Stellvertretung) gewählt. Lothar ist Fachanwalt für Medizinrecht und als Betroffener vor über 30 Jahren zur BIG e.V. gekommen. Seither begleitet auch er die Betroffenen in Beratung und Prozessführung.

Auf eine weitere gute Zusammenarbeit!



Hallo,
ich heiße Isabell Braukmüller und bin 27 Jahre alt. Ich kenne die BIG schon seit Kinderzeiten und bin damit groß geworden. Jetzt, da ich eine behinderte Tochter bekommen habe, möchte ich mich im Verein einbringen und dazu beitragen, dass er bekannter wird und somit noch mehr Familien geholfen werden kann.

Ich freue mich schon, auf die gemeinsame Zeit!

„Sternenkinder“

Wer den Begriff „Sternenkinder“ liest, wird, wenn er nicht gerade Betroffener oder vom „Fach“ ist, kaum auf die Idee kommen, dass sich dahinter ein Albtraum werdender Eltern verbirgt, der mit Verlust, Schmerzen, Tränen und Tragik verbunden ist.



Als »Sternenkinder«, seltener als „Schmetterlingskind“ oder „Engelskind“, werden Kinder bezeichnet, wenn sie vor, während oder bald nach der Geburt verstorben sind. Die Begriffe bezeichnen Kinder im ursprünglichen Sinn, die aufgrund der Anforderungen in der Personenstandsgesetzgebung zunächst keinen Eintrag als Person im Geburtsregister/ Sterberegister bekamen.

Der poetischen Wortschöpfung liegt die Idee zugrunde, Kinder so zu benennen, die den Himmel (poetisch: die Sterne) erreicht haben, bevor sie das Licht der Welt erblicken durften. Der Begriff ist bewusst von den üblichen Begriffen wie Fehl- oder Totgeburt abgekoppelt worden und richtet den Fokus auf das Kind selbst. Er berücksichtigt auch die intensive Bindung, die vor allem viele Mütter und Väter bereits während der Schwangerschaft zum ungeborenen Kind entwickeln und die deswegen oft intensive und lang anhaltende Trauer, die dessen Tod verursacht. Es ist naheliegend, dass die Bezeichnung Fehlgeburt oder Totgeburt für das verstorbene kleine Wesen dieser gefühlsmäßigen Bindung nicht gerecht wird.

Auf Druck der Öffentlichkeit wurde im Februar 2013 vom Bundestag beschlossen, das Personenstandsrecht zu ändern, um allen totgeborenen Kindern eine „Existenz“ zu geben. Damit konnten Eltern - auch rückwirkend - diese standesamtlich eintragen lassen. Mit Inkrafttreten des Personenstandsrechtsänderungsgesetzes vom 07. März 2013 ist allerdings eine Beurkundung von Sternenkindern in die Personenstandsregister nicht umgesetzt worden. Es ist aber möglich, auf frist- und formlosen Antrag eine beurkundete Bescheinigung nach Anlage 13 der Personenstandsverordnung zu erhalten. Die Anzeige erfolgt gegenüber dem Standesamt in dessen Zuständigkeitsbereich. Der Nachweis für die stattgefundene Fehlgeburt ist unkompliziert und erfordert keine umfangreichen diesbezüglichen Pflichten. Es ist lediglich als Nachweis der Identität ein Personalausweis vorzulegen. Zur Glaubhaftmachung der Fehlgeburt reicht eine von einer Ärztin/einem Arzt oder einer Hebamme ausgestellte Bescheinigung. Der Antrag kann auch erfolgen, wenn eine deutsche Staatsangehörige im Ausland die Fehlgeburt erlitten hat. In diesem Fall erfolgt die Anzeige beim Standesamt des gewöhnlichen Aufenthalts- und Wohnortes in Deutschland oder wenn sich ein solcher nicht ermitteln lässt, ist das Standesamt 1 in Berlin zuständig.

Man sollte nicht unterschätzen, welchen hohen Stellenwert der dokumentierte Existenznachweis für die leidgeprüften Eltern hat. Insoweit ist stets zu überlegen und zu prüfen, ob nicht auch die Ausstellung einer Geburtsurkunde in Betracht zu ziehen ist. Eine diesbezügliche Realisierung hängt davon ab, ob die Anforderungen des § 31 Personen-

standsgesetz (PStG) erfüllt werden können. Danach differenziert das Gesetz zwischen Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt.

- Eine **Lebendgeburt** (vgl. § 1 Abs. 1 PStG) liegt vor, wenn unabhängig vom Geburtsgewicht ein Neugeborenes direkt nach der Geburt (Scheidung vom Mutterleib) stirbt, entweder das Herz bereits geschlagen hat oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Für das verstorbene Kind stellt das Standesamt eine Geburtsurkunde und eine Sterbeurkunde aus.
- Totgeborene Kinder mit einem Gewicht von mindestens 500 Gramm werden als **Totgeburt** (vgl. § 31 Abs. 2, S. 1 PStG) bezeichnet. Der Arzt oder die Ärztin führt die Leichenschau durch und stellt eine Todesbescheinigung aus. Die Klinikleitung muss beim Standesamt die Geburt und den Sterbefall anzeigen. Für das totgeborene Kind stellt das Standesamt eine Geburtsurkunde mit Sterbevermerk aus. Gleiches gilt, wenn das Gewicht zwar unter 500 Gramm liegt, aber die 24. Schwangerschaftswoche (SSW) erreicht wurde (vgl. § 31 Abs. 2, S. 2 PStG).
- Totgeborene Kinder mit einem Gewicht von unter 500 Gramm werden als **Fehlgeburt** bezeichnet (Ausnahme siehe vorstehend § 31 Abs. 2, S. 2 PStG).

Was die Fehlgeburt anbelangt, so ist die Grenze zur Totgeburt manchmal nicht ganz einfach zu ziehen. In einem von mir betreuten Fall, bei dem die Kindesmutter jahrelang versucht hatte, eine Geburtsurkunde zu erhalten, war die Ausstellung an der Grenzziehung des Mindestgewichts von 500 Gramm gescheitert. Fehlerhafterweise war das Geburtsgewicht nicht unmittelbar nach der Geburt (23. Schwangerschaftswoche) bestimmt worden, sondern das Gewicht per Obduktionszeitpunkt - hier zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt - mit 490 Gramm zugrunde gelegt. In diesem Fall konnte gutachterlich nachgewiesen werden, dass das Geburtsgewicht mindestens 500 Gramm betragen haben musste, denn tote Organismen fangen unmittelbar nach dem Zeitpunkt der Geburt an, auszutrocknen. Dies ist zwangsläufig mit einer entsprechenden Gewichtsreduktion verbunden. Somit hätten seitens der Geburtsklinik beim Standesamt die Geburt und der Sterbefall angezeigt werden müssen. Im vorliegenden Fall war es zudem so, dass von einer Lebendgeburt auszugehen war, nachdem ich bei Durchsicht der ärztlichen Unterlagen festgestellt hatte, dass bei dem Kind kurzfristig die Atmung eingesetzt hatte.

Für die Kindesmutter, die in nachvollziehbarer Weise nach wie vor körperlich und psychisch unter dem Verlust ihres eigenen Kindes gelitten hatte, ist es ein großer Unterschied, ob sie für ihr Kind eine Geburtsurkunde in den Händen hält oder lediglich eine bereits ausgestellte Bescheinigung. Sie war nach der Geburt ihres verstorbenen Kindes kinderlos geblieben und litt auf mehreren Ebenen schwer unter diesem Verlust. Dies war zum Beispiel immer dann der Fall, wenn im Schreiben der Rentenversicherung o. ä. vom Status „kinderlos“ die Rede war.

Anders als das Personenstandsrecht, das gesetzlich bundesweit gilt, ist die Bestattung von „Sternenkinder“ durch Bestattungsgesetze auf Länderebene geregelt und differenziert dementsprechend hinsichtlich der Rechte und Pflichten der Eltern in Bezug auf die Beisetzung ihres „Sternenkindes“.

Zusammenfassend kann man folgende Fälle unterscheiden:

- Lebendgeborene Kinder, egal welchen Gewichts, die Lebenszeichen hatten, unterscheiden sich vor dem Bestattungsgesetz nicht von erwachsenen Verstorbenen. Die

Eltern müssen ihr Kind individuell bestatten. Es gelten die normalen Bestimmungen der Bundesländer, einschließlich der Möglichkeiten einer Sozialbestattung.

- Die Totgeburt, also ein Kind, das mit über 500 Gramm geboren wurde und keine Lebenszeichen hatte, ist in der Regel bestattungspflichtig (in Berlin, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern erst ab 1.000 Gramm, in Hessen erst nach der 25. Schwangerschaftswoche). Dies bedeutet, dass die Eltern ihr „Sternenkind“ individuell bestatten müssen. Sie müssen die Bestattung selbst organisieren und bezahlen. Soweit sie dazu finanziell nicht in der Lage sind, können sie eine Sozialbestattung beim zuständigen Standesamt beantragen.
- Die Leibesfrucht bei einer Fehlgeburt bis 500 Gramm und ohne Lebenszeichen geboren, ist nicht bestattungspflichtig und muss „ethisch entsorgt“ werden. Dies bedeutet, sie darf nicht - wie früher üblich - mit dem Klinikabfall fortgeschafft werden und wird meistens tiefgefroren aufbewahrt, bis die nächste Sammelbeisetzung des Klinikums stattfindet. Die Kliniken bieten in der Regel mehrmals im Jahr eine kostenfreie Sammelbestattung an, zu der die Eltern zumeist eingeladen werden. Da die Fehlgeburt unter 500 Gramm nicht bestattungspflichtig ist, können die Kindeseltern eines solchen „Sternenkindes“ nach ihren eigenen Vorstellungen verfahren.

Die Trauer um „Sternenkinder“ ist, wie am Anfang erwähnt, meist sehr belastend. Oft hält der emotionale Ausnahmezustand viele Monate an. Ich rate betroffenen Eltern generell, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Ziel professioneller Hilfe für die Trauerbewältigung ist, bei den Eltern wieder Lebensmut aufzubauen, damit sie gestärkt in die Zukunft blicken können. Diese Hilfe kann in einer psychologischen Betreuung (zum Beispiel Gesprächstherapie) oder in der Unterstützung durch einen Trauerbegleiter bestehen. Helfen kann sicher auch der Austausch mit anderen Familien, die ebenfalls ein Kind verloren haben und die Gefühle der Trauer um das „Sternenkind“ nachvollziehen können. Das Internet bietet dafür spezielle Möglichkeiten des Austausches.

Lothar Dohrn
Rechtsanwalt



Ein großes **DANKESCHÖN!!!!** geht auch
2021 wieder an die

**GKV-Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe auf Bundesebene,**

die die Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegesetzter trotz immer noch anhaltender Corona-Krise mit einer großzügigen Fördersumme unterstützt! Somit hatten wir auch in diesem schwierigen Jahr Planungssicherheit für unsere Vereinsarbeit. Die Fördermittel werden von allen Mitgliedern der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene zur Verfügung gestellt.



Liebe Mitglieder!

Im nächsten Jahr wollen wir es wieder wagen, eine Familienfreizeit in gewohntem Rahmen für Sie anzubieten! Es soll wieder an die Nordsee ins AwoSano Familienferiendorf nach Schillig gehen. Nachdem wir im Herbst 2019 dort bereits eine herrliche Familienfreizeit veranstaltet hatten, und die für 2020 ebenfalls dort geplante Familienfreizeit aus uns allen bekannten Gründen absagen musste, freuen wir uns nun umso mehr, Sie vom

Freitag, 30. September bis Montag, 3. Oktober 2022

wieder in Schillig begrüßen zu dürfen. Dieses Mal ist es ein verlängertes Wochenende, an dem wir Sie einladen wollen, sich den Wind um die Nasen wehen zu lassen und sich auf spannende Workshops und Vorträge zu freuen. Natürlich werden wir wieder eine Betreuung für die Rolli-Kids anbieten.

Sie als Mitglieder erhalten natürlich eine Einladung zu der Veranstaltung, Sie können sich aber **bereits jetzt in der Geschäftsstelle melden (unter Telefon 05721 891 253 691 oder per E-Mail an big-ev@me-post.de)**, wenn Sie Interesse haben, auf jeden Fall sollten Sie sich den Termin merken, da die Plätze begrenzt sind!

Wir freuen uns auf Sie!

§§ Aktuelle Urteile §§

LSG-Urteil: Petö übernahmefähig

Eingliederungshilfe in Form der Kostenübernahme für die konduktive Therapie nach Petö kann beansprucht werden, soweit keine rein medizinische Behandlung erfolgt ist. Dies hat das Landessozialgericht Essen entschieden.

Grundlage dafür war die Klage einer Betroffenen, die von Geburt an an einer unvollständigen Lähmung aller Extremitäten, einer Sprachstörung, Intelligenzminde- rung sowie Epilepsie leidet. Sie besucht eine Förderschule mit Schwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. Seit 2015 nahm sie an Blocktherapien in einem Zentrum für konduktive Therapie nach Petö teil.

Nachdem der Rhein-Kreis Neuss als be- klagter SGB XII-Träger die Kosten zu- nächst getragen hatte, lehnte er die wei- tere Kostenübernahme ab. Das SG Düs- seldorf gab dem Beklagten Recht. Auf die Berufung der Klägerin hat das Lan- desgericht Essen das Urteil am 17. Mai 2021 geändert und den Beklagten verur- teilt, ihr Eingliederungshilfe in Form der Kostenübernahme für den streitigen Block der konduktiven Therapie nach Pe- tö zu bewilligen. Bei dieser handele es sich um eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Teil- habe) und nicht um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation (Aktenzeichen L 9 SO 271/19).

Der Richter begründete das Urteil damit, dass Petö-Therapie keine rein medizini- sche Therapie sei und der pädagogische Ansatz im Vordergrund steht. Aus dem „Zusammenfassenden Bericht“ des Un- terausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beratungen gemäß § 138 SGB V vom 18. Mai 2005 ergebe sich, dass die Petö-Therapie gerade keine rein me- dizinische, einer physikalischen Therapie vergleichbare krankengymnastische Leistung sei, sondern der pädagogische Ansatz im Vordergrund stehe. Die An- nahme, bei der konkret im Streit stehen- den Maßnahme handele es sich um eine medizinische Maßnahme, bedürfe des- halb einer besonderen Begründung im Einzelfall dahingehend, dass der ganz- heitliche heilpädagogische Ansatz nicht verfolgt, sondern eine rein medizinische Behandlung durchgeführt worden sei. Hierfür spreche im Fall der Klägerin nichts. Angesichts der vorliegenden Un- terlagen stehe fest, dass die Petö- Therapie im Falle der Klägerin prognos- tisch auch zur Verbesserung ihrer Teilha- be am Leben in der Gemeinschaft beige- tragen habe, indem sie jedenfalls zur Verbesserung der Beschulungsfähigkeit geeignet gewesen sei und ihr den Schul- besuch erleichtert habe.

September 2021
Quelle: Not-news

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 01.04.2021
- L 4 KR 187/18 -

Krankenkasse muss Spracherkennung für Förderschülerin übernehmen

Spracherkennung Dragon Naturally Speaking 2016 als Hilfsmittel für Behinderte zu werten

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat entschieden, dass die Spracherkennung Dragon Naturally Speaking jedenfalls für behinderte Kinder ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Sicherung der Schulfähigkeit sein kann.

Geklagt hatten die Eltern einer damals neunjährigen Förderschülerin aus Ostfriesland, die seit einer frühkindlichen Hirnblutung an spastischen Lähmungen leidet. Nur unter größter Anstrengung konnte sie einen Stift halten und schreiben. Im Jahre 2016 beantragten die Eltern unter anderem eine Computerausstattung mit Dragon Professional für Schüler für 595,- €.

GKV nicht für

"Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens" zuständig

Die Kasse lehnte den Antrag ab, da es sich bei der Software um ein Produkt für die Allgemeinbevölkerung handele und kein Hilfsmittel für Behinderte. Für sogenannte "Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens" sei die GKV nicht zuständig. Außerdem könne das Mädchen die Spracherkennung unter MS-Windows nutzen. Für die barrierefreie Ausstattung von Schulen sei im Übrigen der Schulträger zuständig. Demgegenüber meinten die Eltern, dass die betreffende Software

ein anerkanntes Hilfsmittel sei, das von anderen Kassen regelmäßig übernommen werde. Es sei eine wichtige Hilfe, da längere Schreibaufgaben bisher von einer Integrationskraft übernommen würden.

LSG: Kasse zur Herstellung und Sicherung der Schulfähigkeit verpflichtet

Das LSG hat die Kasse zur Erstattung der verauslagten Kosten verurteilt. Zu den Aufgaben der GKV gehöre auch die Herstellung und Sicherung der Schulfähigkeit. Benötige ein Schüler aufgrund einer Behinderung ein Hilfsmittel um am Unterricht teilnehmen zu können oder die Hausaufgaben erledigen zu können, habe die Kasse dieses Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Bei Kindern sei ein großzügigerer Maßstab anzulegen um deren weiterer Entwicklung Rechnung zu tragen, so dass die Software hier als Hilfsmittel für Behinderte bewertet werden könne, das der Integration diene. Das Mädchen könne auch nicht auf die Spracherkennung von MS-Windows verwiesen werden, die jedenfalls 2016 noch nicht ausreichend entwickelt war. Eine Zuständigkeit des Schulträgers hat das Gericht verneint. Das Urteil ist rechtskräftig.

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03.05.2021
- L 8 SO 47/21 B ER -

Kein Zwang zum Heimwechsel aufgrund Behinderung Sozialamt darf Behinderte nicht zum Heimwechsel zwingen

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat entschieden, dass behinderte Pflegeheimbewohner nicht gegen ihren Willen in eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung wechseln müssen.

Zugrunde lag ein Eilverfahren eines 52-jährigen schwerbehinderten und pflegebedürftigen Mannes. Dieser lebt seit Februar 2019 in einem Pflegeheim im Harz. Die nicht durch sein Einkommen gedeckten

Heimkosten übernahm zunächst das zuständige Sozialamt des Ennepe-Ruhr-Kreises. Dieses teilte dem Mann jedoch im Oktober 2020 mit, dass eine Betreuung in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung bei seinen Einschränkungen geeigneter sei. Die derzeitige Unterstützung stellte das Sozialamt ein: Er solle stattdessen einen Antrag bei dem für Eingliederungshilfe zuständigen Landschaftsverband Westfalen-Lippe stellen. Der Mann fühlt sich in der bisherigen Einrichtung gut versorgt und lehnt einen Wechsel ab. Er befürchtet, dass die erforderliche pflegerische Versorgung in einer anderen Einrichtung nicht ausreichend gewährleistet wird und sich seine angegriffene Psyche verschlechtert. Aus Überforderung habe er schon mehrfach Essen und Untersuchungen verweigert. Wegen des hohen Pflegebedarfs hätten Behinderten-einrichtungen ihn abgelehnt. Ohne die jetzt eingestellte Unterstützung des Sozialamts drohe die Kündigung des Pflegeheimplatzes.

LSG: Sozialamt vorläufig zur weiteren Übernahme der Heimkosten verpflichtet

Das LSG hat das Sozialamt vorläufig zur weiteren Übernahme der Heimkosten verpflichtet. Für das Recht auf Eingliederungshilfe sei die Wahrung von Menschenwürde und Selbstbestimmung von wesentlicher Bedeutung. Die freie Entscheidung behinderter Menschen gegen die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe müsse geachtet und respektiert werden. Autonomie, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung behinderter Menschen seien vorrangig vor vermeintlich besseren Hilfsangeboten. Da der Pflegebedarf des Mannes in dem derzeit bewohnten Heim gedeckt werde, habe er weiterhin Anspruch auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten. Mit der Verweigerung der bisherigen Unterstützung habe das Sozialamt unzulässig Druck ausgeübt.

Bundessozialgericht, Urteil vom 30.09.2021 - B 9 V 1/19 R -

Soldatenversorgung auch bei Geburtsschäden des Kindes einer Soldatin in einem zivilen Krankenhaus möglich

Durch hinzugezogenen Zivilarzt verursachte Gesundheitsschäden begründen Wehrdienstbeschädigungen im Sinne des Soldatenversorgungsgesetzes

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass die Soldatenversorgung auch Geburtsschäden des Kindes einer Soldatin umfassen kann, die auf Behandlungsfehler ziviler Ärzte zurückzuführen sind.

Dem Fall lag folgender Sachverhalt zugrunde: Die Mutter des Klägers war während ihrer Schwangerschaft Soldatin auf Zeit. Die ambulante und stationäre Schwangerschaftsbetreuung einschließlich der geburtshilflichen Behandlung erfolgte nicht durch Bundeswehrärzte, sondern auf Kosten der Bundeswehr durch zivile Ärzte. Daneben fand eine truppenärztliche Mitbetreuung statt. In deren Rahmen wurden der Mutter des Klägers wegen ihrer unsicheren gesundheitlichen Situation bei vorzeitiger Wehentätigkeit vorsorglich entsprechende Überweisungen mitgegeben. Nachdem sich die Soldatin auf Anraten und Anmeldung des truppenärztlich hinzugezogenen behandelnden Gynäkologen in ein standortnahes Krankenhaus begeben hatte, wurde sie noch am selben Tag in ein anderes Krankenhaus verlegt, weil dieses über die notwendige Ausstattung für die drohende Frühgeburt verfügte. Dort kam es im September 2007 vorzeitig zur Geburt des Klägers. Nachgeburtlich entwickelte sich bei ihm eine Hirnblutung. Seitdem leidet er an Entwicklungsverzögerungen und cerebralen Anfällen.

Behandlung in zivilem Krankenhaus truppenärztlicher Versorgung zuzurechnen

Das Bundessozialgericht hat das einen Versorgungsanspruch verneinende Urteil des Landessozialgerichts aufgehoben und die Sache an dieses Gericht zurückverwiesen. Einen Anspruch auf Soldatenversorgung können seit jeher auch die Besonderheiten der truppenärztlichen Versorgung begründen. Die geburtshilfliche Behandlung der Mutter des Klägers in dem zivilen Krankenhaus ist wegen der vom Truppenarzt vorsorglich aufgrund vorzeitiger Wehentätigkeit ausgestellten Überweisungen der truppenärztlichen Versorgung zuzurechnen. Die geburtshilfliche Versorgung einer Soldatin ist Teil der freien Heilfürsorge durch die Bundeswehr, den diese mangels eigener personeller und sächlicher gynäkologischer Kapazitäten damals nur durch Zivilärzte sicherstellen konnte. Gesundheitsstörungen, die durch Handlungen eines in diesem Rahmen hinzugezogenen Zivilarztes verursacht worden sind, sind grundsätzlich geeignet, Wehrdienstbeschädigungen im Sinne des § 81 Absatz 1 Soldatenversorgungsgesetz zu begründen.

Rechtsstreit wegen fehlender Feststellungen an das LSG zurückzuverweisen

Ob bei der Mutter des Klägers eine Wehrdienstbeschädigung wegen Fehlern bei der geburtshilflichen Behandlung vorliegt und ob der Kläger seinerseits hierdurch unmittelbar geschädigt worden ist und die geltend gemachten Schädigungsfolgen hierauf beruhen, hat das Landessozialgericht nicht ermittelt. Wegen der fehlenden Feststellungen hat der Senat den Rechtsstreit zurückverwiesen.

Quelle: kostenlose Urteile

Höherer Zuschuss für Menschen mit Behinderungen beim Kauf eines Kraftfahrzeugs - Änderung der Kraftfahrzeughilfeverordnung

Mit dem Teilhabestärkungsgesetz (Artikel 13 d) wurde im § 5 Abs. 1 der Kraftfahrzeughilfeverordnung der Bemessungsbetrag für die Beschaffung eines Kraftfahrzeugs erhöht. Diese Regelung trat am 10.06.2021 in Kraft.

Künftig wird die Beschaffung eines Kraftfahrzeugs bis zu einem Betrag von 22.000 Euro gefördert. Bislang waren maximal 9.500 Euro vorgesehen. Die Kosten für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung bleiben bei der Ermittlung unberücksichtigt. Im Einzelfall wird ein höherer Betrag zugrunde gelegt, wenn Art oder Schwere der Behinderung ein Kraftfahrzeug mit höherem Kaufpreis zwingend erfordert.

Die Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges wird in der Regel als Zuschuss geleistet und ist einkommensabhängig.

Die Voraussetzungen für die Leistungen der Kraftfahrzeughilfe sind in § 3 KfzHV festgelegt.

In Abs. 1 ist geregelt, dass Menschen mit Behinderungen Leistungen der Kraftfahrzeughilfe in Anspruch nehmen können, wenn sie aufgrund ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, um ihren Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen. Ferner muss der Antragssteller das Fahrzeug selbst führen können, oder es ist gewährleistet, dass ein Dritter das Fahrzeug für ihn führt.

Weitere Regelungen der KfzHV finden Sie hier: [KfzHV - Verordnung über Kraftfahrzeughilfe zur beruflichen Rehabilitation \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/kfzhv_2018/index.html)

CTG zu lange abgehängt

Hebamme und Gynäkologe haften

Um die fachgerechte Auswertung von CTG-Verläufen unter der Geburt drehen sich viele Prozesse. Dies gilt erst recht, wenn ein CTG nicht durchgängig geschrieben wird, wie der folgende Fall zeigt.

Ein im Februar 2010 geborener Junge nahm einen Belegarzt und eine Beleghebamme auf Schadensersatz in Anspruch, wobei letztere nur als Urlaubsvertretung tätig wurde. In Schwangerschaftswoche (SSW) 37+1 war es bei der Mutter um 0.45 Uhr zum Blasensprung gekommen. Bei anfangs unauffälligem Kardiotokogramm (CTG) bestanden nach Untersuchung der Hebamme kaum Wehen, ein unreifer Muttermund (1 cm) und eine fast verstrichene Portio. Die Untersuchung des Gynäkologen um 6.25 Uhr ergab: Portio verstrichen, Muttermund 2 cm eröffnet und straff, ein CTG von 6.45 bis 7.12 Uhr zeigte leichte Wehen. Um 8.30 Uhr legte die Hebamme daher auf telefonische Anordnung Minprostin als Vaginaltablette (Muttermund 2–3 cm) ein. Ab 8.47 Uhr zeigte das CTG regelmäßig Wehen (7–8/10 Minuten), ab 9.00 Uhr zunehmend bis hin zu dann starken Wehen alle 1–1,5 Minuten; das CTG blieb aber unauffällig. Bei Übelkeit und Beschwerden wollte die Mutter um 9.15 Uhr zur Toilette, weshalb die Aufzeichnung bis 9.42 Uhr unterbrochen wurde. Nach Fortsetzung lag die fetale Herzfrequenz bei 60–70 spm. Dies besserte sich zwar nach Lagewechsel und um 9.44 Uhr wurde der Gynäkologe informiert. Um 9.48 Uhr zeigte das CTG aber Herztöne bei 120 spm mit zwischenzeitlich Abfällen bis circa 80 spm, wenn auch rascher Erholung auf 120 spm. Um 9.55 Uhr kam der Gynäkologe, seine Unter-

suchung ergab einen voll eröffneten Muttermund und um 10.09 Uhr wurde der Kläger mittels Vakuumentextraktion schlapp und ohne Atmung, Muskeltonus und Reflexe geboren. Der Herzschlag lag bei 90 spm, die Extremitäten waren blass, die Apgar-Werte lagen bei 2,4,7, der pH-Wert betrug 6,77, Base Excess (BE) war -25 mmol/l. Trotz umgehender Versorgung durch einen Anästhesisten und später zugerufenen Neonatologen blieben unter den Diagnosen perinatale Asphyxie, hypoxisch, ischämische Enzephalopathie und symptomatische fokale Epilepsie gravierende Beeinträchtigungen beim Kläger in Form einer hypotonen-dystonen Zerebralparese mit erheblich motorischer Tetraparese, intellektuelle Einschränkungen und eine symptomatische fokale Epilepsie.

So sah das Gericht den Fall

Das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz wies nicht nur die Berufung des Arztes gegen dessen Verurteilung aufgrund eines Aufklärungsmangels bezüglich der Einleitung und eines Fehlers wegen Wahl des falschen Einleitungsmittels in konkreter Lage zurück (unreife Zervix nicht bewiesen; regelmäßige Kontraktionen als Kontraindikation), sondern auch die der Hebamme. Der Senat bejahte ihrerseits ein ebenso kausal zu den Schäden führendes Fehlverhalten, da die gutachterlichen Fest-

stellungen ergaben, dass es im Laufe des Toilettengangs infolge hyperfrequenter Wehentätigkeit zur fetalen Bradykardie gekommen sein musste (Urteil vom 15.1.2020, Az. 5 U 1599/18). Die Hebamme haftete insofern aufgrund faktischer Betreuung aus § 823 I BGB. Dies zwar nicht für die weisungsgemäß erfolgte Gabe der Vaginaltablette, da zu der Zeit der Gynäkologe schon die Behandlung zu verantworten hatte, wobei die Hebamme keine Remonstrationspflicht traf (die nur in Betracht steht, wenn die beabsichtigte Behandlung grob fehlerhaft ist und damit einhergehende Gefahren vermeidbar, gravierend sowie für eine Hebamme erkennbar, wovon man hier aufgrund diffiziler Beurteilungsfragen bezüglich der Einleitung nicht ausgehen konnte). Fehlerhaft war aber die zu lange CTG-Unterbrechung, bezüglich derer die Hebamme nicht auf Weisung handelte, weil dadurch gebotene Befunde nicht erhoben wurden, die zu einem hier auch aller Wahrscheinlichkeit nach anderen Vorgehen hätten führen müssen. Die dauerhafte Überwa-

chung war aufgrund der Einleitung und der somit möglichen wie dann auch tatsächlichen, hyperfrequenten Wehentätigkeit zwingend. Anderes galt auch nicht, weil das CTG bis da noch unauffällig war.

Was bedeutet das Urteil für den klinischen Alltag?

Auch wenn man Patientinnen in der Realität zwar gleichsam in solchen Situationen einen Toilettengang ohne CTG mitunter schlichtweg ermöglichen muss, weil es technisch manchmal gar nicht anders gehen mag, ist darauf zu achten, dass sich dieser dann allenfalls nur auf wenige Minuten (vertretbar laut Gutachter 5–10 Minuten) beschränkt. Nahezu 30 Minuten durfte man die Patientin insoweit einfach nicht unkontrolliert lassen.

Dr. jur. Martin Sebastian Greiff

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, München

HEBAMMEN BERUF HEBAMMEN WISEN 3.2021

Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 13.10.2021 - L 1 KR 65/20 -

Querschnittsgelähmter Versicherter hat Anspruch auf Handbike: Gewährung des Hilfsmittels ermöglicht Bewegungs-möglichkeit ohne fremde Hilfe

Versicherte haben gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen. Hierzu kann im Fall eines querschnittsgelähmten Versicherten ein Handbike gehören. Dies entschied in einem Fall das Hessische Landessozialgericht.

Ein 1958 geborener Versicherter aus dem Wetteraukreis ist infolge eines mit 20 Jahren erlittenen Unfalls querschnittsgelähmt und mit einem Faltrollstuhl ausgestattet. Er beantragte gegenüber der Krankenkasse die Versorgung mit einem Handbike - einer elektrischen Rollstuhlzughilfe mit Handkurbelunterstützung, welche an den Faltrollstuhl angehängt werden kann. Ohne dieses Hilfsmittel könne er Bordsteinkanten nicht überwinden sowie Gefällstrecken nicht befahren und daher nur unzureichend am öffentlichen Leben teilnehmen. Auch fördere es seine Beweglichkeit und reduziere Muskelverspannungen im

Schulter-Arm-Bereich. Zudem könne er das Handbike selbstständig an den Faltrollstuhl ankoppeln.

Krankenkasse lehnte Versorgung mit gewünschten Handbike ab

Um einen Elektrorollstuhl, den die Krankenkasse ihm angeboten hatte, nutzen zu können, sei er hingegen auf eine entsprechend qualifizierte Hilfskraft angewiesen, die ihn beim Umsetzen unterstütze. Die Krankenkasse lehnte die Versorgung mit dem ca. 8.600 Euro teuren Hilfsmittel ab. Der Kläger könne sich den Nahbereich mit den vorhandenen Hilfsmitteln und dem angebotenen Elektrorollstuhl (Kosten ca. 5.000 €) ausreichend erschließen.

LSG: Behinderungsausgleich mittels Hilfsmittel nicht auf Basisausgleich beschränkt

Die Richter beider Instanzen bejahten einen Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit der begehrten elektrischen Rollstuhlzughilfe. Versicherte hätten Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Das Grundbedürfnis nach Mobilität sei durch Erschließung des Nahbereichs zu ermöglichen. Hierbei sei insbesondere das gesetzliche Teilhabeziel, ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen, zu beachten. Der Behinderungsausgleich mittels Hilfsmittel sei nicht auf einen Basisausgleich beschränkt.

Handbike ermöglicht Bewegung ohne fremde Hilfe

Der Versicherte sei nicht im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auf den von der Krankenkasse angebotenen Elektrorollstuhl zu verweisen. Denn diesen könne er nur nutzen, wenn er von einer Pflegekraft entsprechend umgesetzt werde. Der querschnittsgelähmte Mann habe keine Greifkraft in den Händen, mit welcher er beim Befahren z.B. von Bordsteinkanten die erforderlichen Kippbewegungen des Rollstuhls ausführen und auf Gefällstrecken bremsen könnte. Mit dem motorisierten Handbike sei es ihm hingegen möglich, Bordsteinkanten und andere Hindernisse zu überwinden. Auch könne er das Handbike ohne fremde Hilfe direkt an den Faltrollstuhl anbringen. Bei anderen von der Krankenkasse angebotenen Rollstuhlzughilfen sei er hingegen für die Montage auf fremde Hilfe angewiesen. Damit lägen keine Anzeichen dafür vor, dass eine Versorgung mit einem Handbike das Maß des Notwendigen überschreite.

**Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 04.10.2021
- L 16 KR 423/20 -**

Krankenkasse muss Elektrorollstuhl für Blinde übernehmen: Blindheit rechtfertigt nicht Verweigerung eines Elektrorollstuhls

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat entschieden, dass die Versorgung eines Multiple-Sklerose(MS)-Patienten mit einem Elektrorollstuhl nicht wegen Blindheit verweigert werden darf.

Wegen einer MS konnte ein 57-jähriger Mann immer schlechter gehen. Zuletzt war er deshalb mit einem Greifreifen-Rollstuhl versorgt. Im Jahr 2018 verschlimmerte sich die Krankheit und ein Arm wurde kraftlos. Den Rollstuhl konnte er seitdem nur noch mit kleinen Trippelschritten bewegen. Bei seiner Krankenkasse beantragte er die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl. Diese lehnte den Antrag ab, da der Mann blind und damit nicht verkehrstauglich sei. Auch bei zulassungsfreien Kraftfahrzeugen wie einem Elektrorollstuhl führe Blindheit nach ihrer Auffassung generell zu einer fehlenden Eignung. Denn eine Eigen- und Fremdgefährdung lasse sich bei Blinden nicht ausschließen. Dafür kön-

ne die Kasse nicht haften. Dem hielt der Mann entgegen, dass er sich mit dem Langstock schon früher gut orientieren konnte. Das habe er nun auch im Elektrorollstuhl trainiert. Einen Handrollstuhl könne er nicht mehr bedienen und ohne fremde Hilfe könne er das Haus sonst nicht mehr verlassen.

LSG: Ablehnung weder aus generellen noch aus individuellen Gründen gerechtfertigt

Das LSG hat die Kasse zur Gewährung des Elektrorollstuhls verpflichtet. Es sei inakzeptabel, den Mann auf die behelfsmäßige Fortbewegung mit dem bisherigen Rollstuhl zu verweisen. Sehbeeinträchtigungen seien kein genereller Grund, eine Verkehrstauglichkeit bei Elektrorollstühlen abzulehnen. Es seien auch keine individuellen Gründe bei dem Mann gegeben, aus denen er mit einem Elektrorollstuhl nicht umgehen könne. Dies habe ein gerichtlicher Sachverständiger festgestellt. Etwaige Restgefährdungen seien dem Bereich der Eigenverantwortung zuzuordnen und in Kauf zu nehmen. Dabei hat das Gericht dem neuen, dynamischen Behindertenbegriff eine zentrale Bedeutung beigemessen. Es sei die Aufgabe des Hilfsmittelrechts, dem Behinderten ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und nicht, ihn von sämtlichen Lebensgefahren fernzuhalten und ihn damit einer weitgehenden Unmündigkeit anheimfallen zu lassen.

Argumentationshilfe zur Abzweigung von Kindergeld aktualisiert

Für erwachsene Menschen mit Behinderung, die in einer besonderen Wohnform, einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft leben und dort pädagogische Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags erhalten, gewährt das Sozialamt in der Regel Unterhalt in Form von Leistungen der Grundsicherung. Gleichzeitig erhalten Eltern für die Bewohner:innen häufig Kindergeld. Unter bestimmten Voraussetzungen darf die Familienkasse dieses Kindergeld an das Sozialamt auszahlen (sogenannte Abzweigung).

Die bvkm-Argumentationshilfe „Abzweigung bei NICHT im Haushalt der Eltern lebenden Kindern“ zeigt, wie sich Eltern gegen solche Abzweigungen zur Wehr setzen können. Zu finden beim bvkm!



Empfehlung

In der Broschüren-Reihe zu „Cerebralen Bewegungsstörungen“ erfahren Eltern in mehreren Teilen, was eine „cerebrale Bewegungsstörung“ ist, wie die Therapie aussieht, wie Förderung erleichtert werden kann, aber auch alles rund um Unterstützte Kommunikation, Sport und verschiedene Themen mehr. Alle Broschüren sind im Webshop des bvkm erhältlich.

Persönliches Budget: Oft nicht beansprucht - Anspruch bei Pflegebedürftigkeit?



Viele Menschen mit Behinderungen kennen es und nehmen es bereits in Anspruch, das persönliche Budget. Das Persönliche Budget ist eine Leistungsform, die in § 29 Sozialgesetzbuch IX verankert ist. Bis auf wenige Ausnahmen ist vorgesehen, dass Menschen mit Behinderung statt Dienstleistungen oder Sachleistungen eine Geldleistung als Budget erhalten, um Teilhabe ausüben zu können. Somit können Menschen mit Behinderung selbstbestimmt entscheiden, welche Hilfe sie benötigen und wer ihnen diese Hilfe in Form von Leistungen erbringen soll.

Ob der Anspruch auf das Persönliche Budget einkommens- und vermögensabhängig ist, dafür hat das BMAS eine Seite eingerichtet, die solche Fragen beantwortet. Dort heißt es: "Grundsätzlich sind nach den speziellen Leistungsgesetzen beantragte Teilhabeleistungen in der neuen Leistungsform des Persönlichen Budgets nicht einkommensabhängig. Hier handelt es sich allerdings um Versicherungsleistungen, für die Arbeitnehmer und/oder Arbeitgeber Beiträge entrichtet haben, auf die - unabhängig vom Einkommen - ein Rechtsanspruch besteht. Daher wird im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung, sozialen Pflegeversicherung oder Arbeitsförderung Einkommen oder Vermögen nicht angerechnet."

Wenn das mit dem persönlichen Budget so einfach ist, dann würde man vermuten, dass viele Menschen mit Behinderungen, dieses auch beanspruchen. Die aktuellen Zahlen die seitens der Bundesregierung auf eine Anfrage der FDP (Drs. 19/30114) geliefert wurden, lassen eine andere Tendenz vermuten. Die Gewerkschaft ver.di schrieb mal in einem Resümee: "*Wenig bekannt, kaum genutzt und oft nur über lange gerichtliche Auseinandersetzung durchsetzbar.*" - Diese Aussage zeigt bereits ansatzweise, wie kompliziert es offensichtlich ist, das Persönliche Budget zu erhalten, denn viele Menschen sind mit den teils komplexen Prozessen zur Beantragung überfordert. Selbst die "Zielvereinbarung", ein Vertrag der zwischen den Empfängerinnen und Empfängern sowie den Leistungserbringern, abgeschlossen wird, stellt für viel eine Herausforderung dar. Zu dem was die Zielvereinbarung erhalten soll, schreibt das BMAS:

Eine Zielvereinbarung muss der behinderte Mensch mit dem Leistungsträger abschließen, wenn er ein persönliches Budget bekommen will. In der Zielvereinbarung wird gemeinsam festgelegt, welche Ziele mit dem Persönlichen Budget erreicht werden sollen,

damit festgestellt werden kann, ob der behinderte Mensch das Persönliche Budget so eingesetzt hat, wie es vereinbart war. Sie enthält mindestens Regelungen über

1. die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
2. die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie,
3. die Qualitätssicherung.

Das persönliche Budget stellt keine Leistung dar, mit der "Kosten des täglichen Lebens" gedeckt werden sollen, sondern eben Leistungen zur Teilhabe, auch gesellschaftlichen. Das wird besonders für Menschen interessant, die zur Teilhabe auf Unterstützung angewiesen sind. Dies gilt grundsätzlich auch für pflegebedürftige Menschen, die durch ihre Pflegebedürftigkeit, meist auch eine anerkannte Schwerbehinderung haben. Es lohnt sich für pflegebedürftige Menschen immer, zusätzlich den Grad der Behinderung feststellen zu lassen, da sich hieraus viele Nachteilsausgleiche ergeben können.

Ist die Antragsstellerin oder der Antragssteller auf das persönliche Budget, also zusätzlich pflegebedürftig und bezieht Pflegegeld, kann das Persönliche Budget wiederum auch zu Kürzungen beim Pflegegeld führen. Jedoch wenn das Persönliche Budget für beispielsweise eine Betreuungskraft benötigt wird, die ausschließlich durch das persönliche Budget bezahlt wird ist festzustellen, dass es sich dabei um keine Personen handelt, die eine pflegerische Aufgabe erfüllt. Nach Ansicht vieler Juristen, darf das Pflegegeld seitens der Pflegekassen dann nicht auf das persönliche Budget, für das Arbeitgebermodell, angerechnet werden, da das Pflegegeld ausschließlich für die Pflege vorgesehen ist. - **Es ist also um so wichtiger, sich hier vorab gut beraten zu lassen, damit das persönliche Budget nicht zur Kürzung des Pflegegelds führt und sich somit die pflegerische Situation verschlechtert, denn Pflege und Teilhabe haben durchaus an einigen Stellen Punkte, wo auch eine pflegerische Leistung, eine Leistung zur Teilhabe sein kann.**

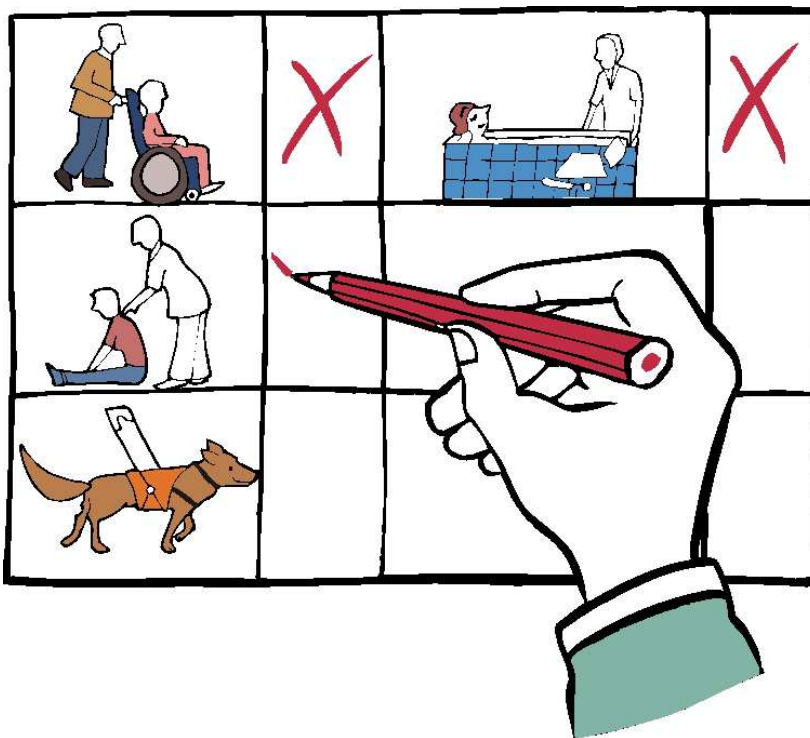
Aus dem Teilhabeverfahrensbericht (THVB) mit den Daten für das Jahr 2019 können folgende Aussagen zur Anzahl der Anträge mit einem trägerspezifischen Persönlichen Budget und zur Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets getroffen werden. Demnach wurden 2019 insgesamt 6.231 Anträge gestellt, von denen 5.699 bewilligt wurden. Zur Bewilligungspraxis bei den Trägern der Eingliederungshilfe kann, so die Bundesregierung, keine präzise Aussage getroffen werden. Mittels der nachfolgenden Aufstellung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger seit 2008 können die Veränderungen der tatsächlichen Inanspruchnahme dargestellt werden:

Jahr	Persönliche Budgets im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
2008	2.321
2009	3.669
2010	5.073
2011	6.628
2012	8.403
2013	8.516
2014	9.119
2015	10.124
2016	8.574
2017	11.198
2018	10.090
2019	7.370

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wie viele Anträge seitens der Reha-Träger in den Jahren 2018 und 2019 abgelehnt wurden, dazu konnte die Bundesregierung keine Antwort geben, teilte aber mit: "Im Einzelnen werden für den THVB die Anzahl der beantragten und bewilligten Persönlichen Budgets – jeweils trägerspezifisch und trägerübergreifend – erfasst, jedoch keine Angaben zu abgelehnten Anträgen eines Persönlichen Budgets (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB IX). Diese Anzahl lässt sich aus den vorliegenden Daten auch nicht errechnen, weil die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets nicht ins Verhältnis zur Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets gesetzt werden kann. Hintergrund ist, dass eine Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe zunächst nicht in Form eines Persönlichen Budgets beantragt, später im Verlauf des Reha-Prozesses durch den Rehabilitationsträger - mit Zustimmung des Leistungsberechtigten - als solche bewilligt werden kann. Im THVB kann daher die Anzahl der bewilligten Persönlichen Budgets höher sein als die Anzahl der beantragten Persönlichen Budgets."

Die Inanspruchnahmen des Persönlichen Budgets sind teils noch gering. Doch die Bundesregierung will: "Zur Umsetzung der Handlungserfordernisse und Empfehlungen aus dem Bericht „Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets“ hat die Bundesregierung ihre Öffentlichkeitsarbeit weiter verstärkt, um die Informationslage zum Persönlichen Budget etwa durch die Veröffentlichung von Informationsbroschüren und anderen Informationsmaterialien weiter zu verbessern. Daneben besteht die Möglichkeit, sich auf verschiedenen Internetseiten über das Persönliche Budget zu informieren (www.bmas.bund.de, www.einfach-teilhabe.de, www.rehadat.de).



Interessierte Bürgerinnen und Bürger können sich mit ihren Fragen zudem an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wenden. Die im BMAS eingehenden Anfragen belegen ein hohes Interesse und Informationsbedürfnis der Bürgerinnen und Bürger. Das Persönliche Budget findet auch in der Praxis der Rehabilitationsträger größere Aufmerksamkeit. Zahlreiche Selbsthilfeorganisationen sowie auch die EUTB®-Angebote bieten kompetente Beratung und Unterstützung an. Den Beraterinnen und Beratern der EUTB®-Angebote wurden bereits unterschiedliche Qualifizierungsmaßnahmen von der Fachstelle Teilhabeberatung zum Persönlichen Budget angeboten."

Grundsicherung

Behinderte Menschen haben Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und voll erwerbsgemindert sind. Das ***Merkblatt zur Grundsicherung des bvkm*** erklärt, wie behinderte Menschen durch die Grundsicherung ihren Lebensunterhalt sichern können. Das im Februar 2021 umfassend aktualisierte Merkblatt berücksichtigt die zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Änderungen aufgrund des Angehörigen-Entlastungsgesetzes sowie des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Auf die Vereinfachungen beim Leistungszugang, die während der Corona-Pandemie gelten, geht das Merkblatt ebenfalls ein.

Eine Druckversion des Merkblatts kann über den Shop des bvkm bestellt werden.

Für einige häufig auftretende Streitfragen bietet der bvkm außerdem die folgenden Argumentationshilfen an:

Unterkunftskosten bei im Haushalt der Eltern lebenden Menschen mit Behinderung

Leben grundsicherungsberechtigte Menschen mit Behinderung im Haushalt ihrer Eltern werden Unterkunftskosten entweder auf der Grundlage eines Mietvertrages oder nach der Differenzmethode gewährt. Liegt eine wirksame mietvertragliche Verpflichtung vor, ist diese vorrangig. Zweifelt das Sozialamt die Wirksamkeit des Mietvertrages an, können sich Betroffene hiergegen mit Hilfe des bvkm-Musterwiderspruchs zur Wehr setzen.

Ausbildungsgeld

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts darf Ausbildungsgeld, das Grundsicherungsberechtigte im Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen erhalten, nicht auf die Grundsicherung angerechnet werden.

Kindergeld

Kindergeld ist Einkommen der Eltern und darf daher grundsätzlich nicht bedarfsmindernd auf die Grundsicherungsleistung des Kindes angerechnet werden.

In der Regel wird Kindergeld an die Eltern gezahlt. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Familienkassen das Kindergeld jedoch an das Sozialamt auszahlen. Es handelt sich dann um eine sogenannte „Abzweigung des Kindergeldes“. Gegen eine solche Abzweigung können sich Eltern – je nach Fallkonstellation – mit den Argumentationshilfen des bvkm wehren.



Leben Pur – Freizeit

Der siebte Band der Buchreihe Leben pur ist der Freizeit von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen gewidmet. Bei zahlreichen Therapie- und Förderangeboten und eines meist ganztägigen Schul- oder Förderstättenbesuchs kommt gerade die freie Zeit, die Zeit zum Faulenzen, Freunde treffen und zur Gestaltung durch Freizeitaktivitäten zu kurz. Oftmals fehlen aber auch die adäquaten Angebote hierzu.

Nach einer Grundlegung des Begriffs der Freizeit und einer Vorstellung des Konzepts der Freizeitassistenz werden dem Leser durch Prof. Dr. Markowetz sozialintegrativ nötige Veränderungen in unserer Gesellschaft bewusst gemacht, er plädiert dabei für mehr Freizeiterziehung und Freizeitbildung. Die Bedeutung von Bewegung und Sport und die damit verbundenen Möglichkeiten schildert Dr. Volker Anneken in seinem Beitrag.

In insgesamt acht Praxisbeispielen stellt dieses Buch Möglichkeiten einer sinnvollen Freizeitgestaltung dar und setzen sich mit der Frage auseinander, wie die bei unserer Zielgruppe eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten in der Freizeit voll ausgeschöpft werden können. Die Angebote erstrecken sich von der Musik, über sportliche Betätigung im Wasser und an Land bis hin zur kulturellen Teilhabe in Form von aktiver Theater- oder Operngestaltung und Geschichten und Märchen lesen mit allen Sinnen. Ein Beispiel zur Teilhabe am religiösen Leben in einer evangelischen Kirchengemeinde wird statuiert. Auch die Einblicke in Projekte aus anderen Ländern und die (Reise-) Erfahrungen selbst betroffener Menschen und deren Angehörigen können hier bereichern. Von Seiten der (Physio-) Therapie wird an zwei Beispielen veranschaulicht, wie Freizeit gestaltet und Therapie bestmöglich in die Alltagssituation mit einbezogen werden kann.

Im Anhang des Buches bietet ein Verzeichnis von Reise- und Freizeitanbietern dem Leser weiterführende Informationen. Wenn durch die Lektüre dieses Buches nicht nur neue Informationen gegeben werden, sondern auch Mut gemacht wird, neue Ideen zu entwickeln und neue Wege zu gehen, so ist ein erstes Ziel erreicht. Bei allen Neuausrichtungen muss aber immer die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen oberste Prämisse bleiben.

Bildung ganz basal

Sehr schwer und mehrfach behinderte Kinder mit erheblichen Einschränkungen in allen ihren Lebensbereichen sind immer noch eine „Randgruppe“ – gerade in der intensiven Diskussion um Inklusion. Ihr Recht auf Bildung, ihr Anspruch auf einen angemessenen, auf sie zugeschnittenen Unterricht stellt nach wie vor eine Herausforderung an die Kreativität und Sensibilität von PädagogInnen dar. Eine Gruppe von Fachleuten hat sich daran gemacht, ihre Erfahrungen zusammen zu tragen und zu zeigen, wie man mit diesen Kindern unterrichtlich arbeiten kann, wie Bildung ganz basal ermöglicht werden kann.



Ein Buch, das etwas bewegen wird.

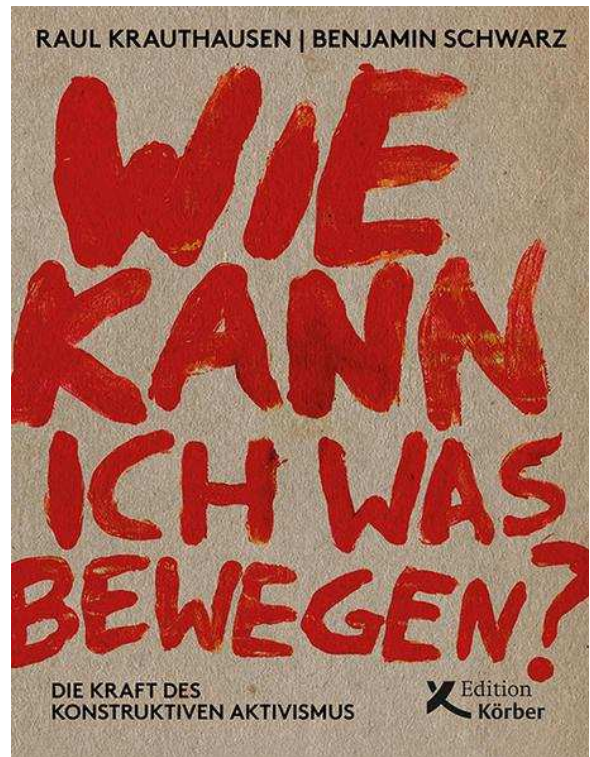
Immer mehr junge Menschen wollen sich für politische, soziale und ökologische Ziele einsetzen. Raúl Krauthausen und Benjamin Schwarz ermutigen durch Gespräche mit erfolgreichen Aktivist*innen und inspirieren zu eigenem Engagement.

Lange galt Aktivismus eher als Synonym für krawalligen Protest denn als ernsthafte politische Arbeit. Indem Krauthausen und Schwarz den Begriff des konstruktiven Aktivismus in die Debatte einführen, schaffen sie ein neues Verständnis: Konstruktiver Aktivismus ist ein leidenschaftliches politisches Instrument, das nichts mit schwarzen Blöcken aller Art zu tun hat, sondern radikal und konsequent für die konkrete Veränderung aktueller Umstände kämpft.

Aber wie schafft man es, wirklich etwas zu bewegen? Welche Aktionen, welches Engagement kann tatsächlich Veränderungen herbeiführen?

Dafür gibt es viele gute Beispiele, und darum bilden die Gespräche mit konstruktiven Aktivist*innen ein Zentrum des Buches: Luisa Neubauer (»Fridays for Future«), Carola Rackete (Seenotretterin), Gerhard Schick (Bürgerbewegung Finanzwende) u. v. a. berichten von ihrer Arbeit, ihren Erfahrungen, auch ihren Ängsten und Niederlagen, vor allem aber darüber, warum Aktivismus eine Bereicherung ist – für die Gesellschaft und für das eigene Leben.

Raúl Krauthausen und Benjamin Schwarz trafen für dieses Buch 15 der bekanntesten Aktivist*innen Deutschlands. In vielen Gesprächen erfuhren die Autoren die persönlichen Hintergründe und Motive des jeweiligen aktivistischen Handelns sowie neue Gedanken zu den wichtigen politischen Fragestellungen unserer Zeit. Auf Basis dieser Gespräche entstand die Herleitung zum konstruktiven Aktivismus.





Aktionsprogramm „Aufholen nach Corona“ „Corona-Auszeit“ für Familien jetzt buchen

Die Pandemie hat insbesondere Familien mit Kindern vor besondere Herausforderungen gestellt. Nicht jede Familie kann sich nach dieser aufreibenden Zeit einen Urlaub leisten. Der Bund unterstützt sie deshalb mit einer "Corona-Auszeit". Familien mit geringem Einkommen können ab sofort kostengünstig einen Aufenthalt in einer Erholungsstätte in Deutschland buchen. Wer hat Anspruch? Wo kann man buchen? Welche Orte stehen zur Auswahl? Fragen und Antworten im Überblick.

Was wird mit der „Corona-Auszeit für Familien“ gefördert?

Die „Corona-Auszeit“ ermöglicht berechtigten Familien einen vergünstigten Urlaub in einer gemeinnützigen Familienferienstätte oder in einer gemeinnützigen Erholungseinrichtung in Deutschland. Neben dem Aspekt der Erholung, können Familien dort auch freizeit-pädagogische Angebote wahrnehmen. Für den Aufenthalt müssen sie nur etwa zehn Prozent der Übernachtungs- und Verpflegungskosten zahlen. Die übrigen rund 90 Prozent werden vom Bund übernommen.

Für das **Programm „Corona-Auszeit für Familien - Familienferienzeiten erleichtern“**, stehen 50 Millionen Euro zur Verfügung. Es ist Teil des [Aktionsprogramms „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“](#). Die Bundesregierung hatte das Programm mit einem Volumen von zwei Milliarden Euro im Mai beschlossen.

Wer kann eine vergünstigte Familienferienzeit in Anspruch nehmen?

Die „Corona-Auszeit“ soll Familien mit kleineren und mittleren Einkommen oder mit Angehörigen mit einer Behinderung ab Herbst einen kostengünstigen Urlaub ermöglichen. Mit dem aktuellen [Einkommensrechner der Bundesarbeitsgemeinschaft Familienerholung](#) erhalten Interessierte eine Orientierung, ob die vergünstigten Preise auch für sie gelten. Berechnungsgrundlage sind die Sozialhilfe-Regelsätze, die seit dem 1. Januar 2021 gültig sind, woraus sich die jeweiligen Einkommensgrenzen für die Familien ergeben. Unterschreitet eine Familie die Einkommensgrenze, so ist sie zu einem vergünstigten Urlaub berechtigt.

Für Familien mit einer oder einem Angehörigen, der einen Grad der Behinderung von 50 oder mehr haben, entfallen die Einkommensgrenzen für eine „Corona-Auszeit“.

Außerdem gelten folgende zwei Grundvoraussetzungen:

- Die Familie hat ihren Hauptwohnsitz in Deutschland.
- Die Eltern oder Elternteile haben für ihr Kind oder für ihre Kinder einen Anspruch auf Kindergeld.



Wie und wo können Familien ihren Urlaub buchen?

Schritt 1: Voraussetzungen prüfen

Vorab sollten Familien prüfen, ob sie alle Voraussetzungen erfüllen, um einen vergünstigten Urlaub zu erhalten.

Schritt 2: Unterkunft finden

Eine [Deutschlandkarte](#) bietet einen Überblick über alle Einrichtungen, die ab Oktober Plätze anbieten. Familien können sich dort auch über Besonderheiten der Einrichtungen wie zum Beispiel Barrierefreiheit informieren und direkt ihre Buchungsanfrage starten.

Schritt 3: Aufenthalt buchen

Die angeschriebene Einrichtung nimmt anschließend mit der Familie Kontakt auf und gibt eine Rückmeldung, ob zum gewünschten Buchungszeitraum freie Plätze vorhanden sind. Wenn die Buchung verbindlich wird, muss die Familie ihre Berechtigung nachweisen. Für den Berechtigungsnachweis gibt es ein eigenes [Formular](#). Dieses und weitere Informationen finden Sie auf der [Internetseite „Corona-Auszeit“](#) des Bundesfamilienministeriums.

In welchem Zeitraum ist eine Buchung möglich?

Innerhalb des Zeitraums vom 1. Oktober 2021 bis 31. Dezember 2022 können Familien frei wählen, wann sie den Urlaub wahrnehmen möchten. Möglich sind dann bis zu sieben Tage Familienurlaub bis Ende 2021 und weitere bis zu sieben Tage im Jahr 2022. Sollte in einer Unterkunft eine Buchung zum Wunschtermin nicht möglich sein, können ein anderer Termin oder eine andere Unterkunft angefragt werden.

An wen können sich Familien wenden, wenn sie Unterstützung benötigen?

Für Fragen rund um das Thema „Corona-Auszeit für Familien - Familienferienzeiten erleichtern“, steht eine kostenlose Beratungshotline zur Verfügung. Die Hotline ist beim Verband der Kolpinghäuser e.V. angesiedelt. Sollten Sie also beispielsweise Fragen zur Antragsstellung, Berechtigung und Abwicklung haben, wenden sie sich an das Team des Kolpinghäuser e.V. unter der **Telefonnummer 0800 866 11 59**. Sie ist an folgenden Tagen erreichbar:

- Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag: 09:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 19:00 Uhr
- Mittwoch: 09:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 17:00 Uhr
- Samstag: 10:00 bis 15:00 Uhr

Die elektronische Patientenakte (ePa)



Die elektronische Patientenakte (ePA) ist eine eigene Akte für Sie als Patientin und Patient, die Sie selbst verwalten können. Sie schafft Transparenz in der Gesundheitsversorgung und ermöglicht perspektivisch den Austausch von Informationen, insbesondere zu Befunden, Diagnosen, Therapiemaßnahmen und Behandlungsberichten, zwischen Ihnen, Ihren Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken und Krankenhäusern.

Welche Dokumente in der Akte gespeichert werden, entscheiden allein Sie als Patient. So können Sie medizinische Dokumente Ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte einfach und sicher empfangen und darüber entscheiden, wer welche Informationen einsehen darf.

Dank der ePA gehören per Post zugestellte Arztbriefe oder andere Gesundheitsdaten in Papierform der Vergangenheit an. Die Nutzung der ePA schafft Übersicht, ist unkompliziert und vor allem eins: sicher.

Die ePA kann von gesetzlich Versicherten seit dem 1. Januar 2021 kostenlos bei der gesetzlichen Krankenkasse beantragt werden. Spätestens seit dem 1. Juli 2021 sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zur Befüllung der Akte auf Ihren Wunsch hin verpflichtet. Die Nutzung ist freiwillig! Die ePA bietet Ihnen und allen an Ihrer Behandlung beteiligten Expertinnen und Experten die Möglichkeit, Ihre Gesundheitsversorgung aktiv mitzugestalten und im Sinne der gesundheitlichen Vorsorge im Blick zu behalten.



Welche Dokumente und Informationen in der ePA ein Zuhause finden

1. Das entscheiden Patientinnen und Patienten selbst

Die in der ePA gespeicherten Dokumente lassen sich zwei Kategorien zuordnen:

- Informationen, die von Ihren Ärztinnen und Ärzten eingestellt wurden, wie zum Beispiel Laborberichte und Arztbriefe – und
- Dokumente, die Sie selbst in Ihre ePA eingestellt haben, wie zum Beispiel ein Schmerztagebuch.

Welche medizinischen Informationen überhaupt in der ePA gespeichert werden und wer darauf für welchen Zeitraum zugreifen darf, bestimmen ganz allein Sie.

2. Medizinische Beratung wird integrierter

Die in der ePA gespeicherten Informationen bieten eine wichtige Grundlage dafür, dass Ihre Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder medizinisches Fachpersonal im Krankenhaus einen besseren Überblick über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Krankengeschichte erhalten: Hier finden medizinische Expertinnen und Experten Diagnosen, Arztbriefe etc. – sofern Sie diese Informationen in Ihrer ePA gespeichert und den Zugriff darauf ermöglicht haben.

3. Im Notfall alle wichtigen Informationen auf einen Blick

In der ePA und auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kann auf Wunsch der Notfalldatensatz hinterlegt werden. Er enthält wichtige persönliche Informationen, wenn es darauf ankommt: Medizinische Daten (Angaben zu Allergien, Unverträglichkeiten oder regelmäßig eingenommenen Medikamenten) sind im Notfall eine essenzielle Entscheidungshilfe für die behandelnden Spezialistinnen und Spezialisten. Sprechen Sie Ihre Hausärztin bzw. –arzt aktiv darauf an.

Fragen und Antworten zur Nutzung der ePa

Was müssen Sie tun, um eine ePA zu erhalten?

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen Ihnen ab sofort und die privaten Krankenkassen voraussichtlich ab 2022 alle Informationen zur Verfügung, die Sie zur Beantragung und Nutzung einer ePA benötigen. Hierzu sind in der Regel zunächst ein Zugang für den Onlinbereich Ihrer Krankenkasse und eine App erforderlich, die Sie aus dem jeweiligen App Store herunterladen können. Für die Registrierung benötigen Sie Ihre Krankenversicherungsnummer, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und die PIN Ihrer eGK von Ihrer Krankenkasse sowie eine gültige E-Mail-Adresse. Auch Versicherte, die kein Smartphone haben, können die ePA bei Ihrer Krankenkasse beantragen. In diesem Fall wird die Akte beim nächsten Arztbesuch spätestens seit dem 1. Juli 2021 durch Ihre Freigabe aktiviert.

Welche Login-Verfahren gibt es und brauchen Sie eine neue Gesundheitskarte?

Grundsätzlich gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten sich anzumelden: entweder mittels einer PIN und einer persönlichen NFC-fähigen eGK (NFC = NearFieldCommunication – Auslesen der Karte per Funk) oder mit einer Zwei-Faktor-Authentisierung mittels der alternativen Versichertenidentität (al.vi), für das keine eGK aber ein Smartphone benötigt wird. Damit Sie Ihre eGK mit mobilen Geräten zur Anmeldung für die ePA komfortabel nutzen können, sollte diese NFCfähig sein. Eine NFC-fähige Karte verfügt über einen Chip zur Nahfeldkommunikation – so wie er auch beim kontaktlosen Bezahlen mit der Kreditkarte zum Einsatz kommt. Hat Ihre eGK diese Funktion noch nicht, kann sie bei der Krankenkasse gegen eine neue, NFC-fähige Karte getauscht werden. Ob Ihre Karte bereits NFC-fähig ist, erkennen Sie am Aufdruck der CAN (eine 6-stellige Nummer, sog. Card Access Nummer) unterhalb des Schriftzuges „Gesundheitskarte“ auf der Kartenvorderseite und dem Symbol für die kontaktlose Verwendung. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Welche Informationen können in der ePa gespeichert werden?

- Befunde
- Diagnosen
- Therapiemaßnahmen
- Behandlungsberichte
- Medikationsplan
- Arztbriefe
- Notfalldatensatz

Ab 2022 können weitere Dokumente und Untersuchungsergebnisse in der ePA abgelegt werden; beispielsweise Impfpass, Mutterpass, Untersuchungsheft für Kinder, Zahnbonusheft oder Laborergebnisse.

Wie sicher ist die ePA?

Der Schutz Ihrer persönlichen Gesundheitsdaten hat höchste Priorität. Dementsprechend hoch sind die gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit.

Sind alle Daten verschlüsselt?

Ja. Die Dokumentinhalte sind so verschlüsselt, dass niemand außer Ihnen und denen, die Sie dazu berechtigt haben, die Inhalte lesen kann.

Wer hat Zugriff auf die Daten in Ihrer ePA?

Sie allein bestimmen, wer auf Ihre Daten zugreifen darf. Sie können Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder medizinisches Fachpersonal im Krankenhaus dazu Berechtigungen erteilen. Diese können Sie jederzeit widerrufen. In der ePA wird protokolliert, wer wann auf welche Ihrer Daten zugegriffen hat.

Wer kann Ihre Daten sehen?

Ausschließlich die zugriffsberechtigten Ärzte oder Apotheker, denen Sie eine entsprechende Erlaubnis erteilt haben, können Ihre Daten sehen. Weder der Anbieter (Ihre Krankenkasse) noch der Betreiber (der IT-Dienstleister) haben Zugriff auf die Inhalte Ihrer ePA.

Wer bestimmt, was gespeichert und gelöscht wird?

Sie bestimmen, was gespeichert oder gelöscht wird. Sie können sämtliche Aktivitäten in der Akte, wie das Hochladen, Speichern, Herunterladen oder Löschen von Dokumenten selbstständig über Ihr Smartphone durchführen sowie Ihre Ärztin bzw. Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin bzw. Ihren Apotheker berechtigen, Daten in die ePA einzustellen oder zu löschen.

Werden die Aktivitäten in der Akte protokolliert?

Ja. Sämtliche Aktivitäten in Ihrer ePA werden protokolliert und können von Ihnen ab der Aktivität drei Jahre lang eingesehen werden.

Wo stehen die Server?

Die Server stehen in Deutschland und unterliegen den europäischen Datenschutzbestimmungen.

Können Sie Ihre ePA löschen?

Ja. Sowohl einzelne Daten als auch die komplette ePA können Sie jederzeit löschen.

Wer überprüft denn, ob das eingehalten wird?

Die ePA wird auf Basis konkreter und nachprüfbarer Vorgaben umgesetzt. Diese Vorgaben wurden von der gematik GmbH im gesetzlichen Auftrag spezifiziert und in Zusammenarbeit mit den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens abgestimmt. Bevor ein Anbieter eine Akte anbieten darf, muss ein umfangreicher Zertifizierungsprozess durchlaufen werden. Erst nach erfolgreichem Abschluss der Begutachtung darf die Akte angeboten werden. Das ist kein einmaliger Vorgang, sondern er muss bei jeder sicherheitsrelevanten Veränderung wiederholt werden.

Quelle: BAG Selbsthilfe





B.A.G.
SELBSTHILFE

PRESSEMITTEILUNG

Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen vorantreiben und UN- Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) konsequent umsetzen

BAG SELBSTHILFE appelliert an zukünftige Regierungsparteien, die Behinderten- und Gesundheitspolitik verstärkt in alle politischen Entscheidungen in der kommenden Legislaturperiode umfassend zu integrieren.

Düsseldorf, 17.10.2021. „Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen wollen eine Regierung, die ihr Menschenrecht auf vollständige Teilhabe im Sinne der UN-BRK umsetzt und nicht nur positive Aspekte hinzufügt, wie es bei den unzureichenden Reformen des Behindertengleichstellungsgesetzes und der Eingliederungshilfe bislang der Fall war. Hier braucht es jetzt Verantwortungsbewusstsein für eine wirkungsvolle und dynamische Behindertenpolitik“, so Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE.

Die BAG SELBSTHILFE erwartet auch, dass die künftige Bundesregierung die von allen Behindertenorganisationen unisono geforderte Nachbesserung im Bundesteilhabegesetz, vorantreibt. Wie etwa die Verpflichtung privater Anbieter von Waren und Dienstleistungen zur Schaffung von Barrierefreiheit oder auch das Thema inklusive Bildung. Hier sind, gemeinsam mit den Ländern und Kommunen, verbindlichen Vereinbarungen und Regelungen zu schaffen.

„Unverzichtbar ist aus unserer Sicht auch ein Vorantreiben der Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen. Hier sehen wir vor allem eine Stärkung der Arbeit der Patientenvertretung als seit langem überfällig. Denn sie hat in den letzten 16 Jahren wichtige Impulse für die Versorgung gegeben, sei es beim Ausbau der Barrierefreiheit in der Bedarfsplanung, sei es bei der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung oder der Einführung neuer Methoden in die ambulante Versorgung“, macht Dr. Martin Danner deutlich.

Mit zukunftsorientierten Entscheidungen und der Schaffung entsprechender gesetzlicher Rahmen, können in den kommenden vier Jahren deutliche Verbesserungen bei der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung erzielt werden. Als Dachverband von 117 Selbsthilfeverbänden hofft die BAG SELBSTHILFE, dass die zukünftige Regierung die Notwendigkeit zu weitreichenden Reformen und neuer Fokussierung erkennt und so auch der Stellenwert der Selbsthilfe in der Gesundheits- und Sozialpolitik in der kommenden Legislaturperiode wächst. Denn sie ist eine unverzichtbare, tragende Säule im Gesundheitswesen.

Neues aus der Politik

Teilhabe**stärkungsgesetz**

Mehr Teilhabe für Menschen mit Behinderungen

Im Frühjahr 2021 hat der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates das Teilhabe**stärkungsgesetz** beschlossen. Es sieht einen bunten Strauß an Regelungen vor, mit denen die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Alltag und Arbeitsleben verbessert werden soll. Einzelne Regelungen des Gesetzes sind bereits in Kraft getreten, andere werden erst 2022 wirksam. Einige besonders wichtige Neuerungen werden nachfolgend vorgestellt:

Gewaltschutz

Bereits am 10. Juni 2021 ist eine neue Regelung im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft getreten, die vorsieht, dass Leistungserbringer, wie z.B. besondere Wohnformen, geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Menschen mit Behinderungen, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung, treffen müssen. Dazu gehören insbesondere die Entwicklung und Umsetzung eines auf die Einrichtung oder Dienstleistungen zugeschnittenen Gewaltschutzkonzepts. Laut Gesetzesbegründung können das z.B. Fortbildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Mitarbeitende, Präventionskurse für Menschen mit Behinderungen, Beschwerdestellen und andere geeignete Beteiligungsstrukturen sein.



Kraftfahrzeughilfe-Verordnung

Ebenfalls mit Wirkung zum 10. Juni 2021 wurde der Bemessungsbetrag in der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) für die Anschaffung eines Kraftfahrzeugs auf 22.000 Euro erhöht. Bis dahin betrug der Höchstbetrag 9.500 Euro. Mit der Änderung soll die Höhe des Bemessungsbetrags an die derzeitigen Autopreise für ein Fahrzeug der unteren Mittelklasse angepasst werden. Die KfzHV ist 1987 in Kraft getreten. Seitdem wurde die Höhe nur einmal, im Jahr 1990, angepasst. Die KfzHV regelt die Voraussetzungen, unter denen Menschen mit Behinderung z.B. von der Bundesagentur für Arbeit Kraftfahrzeughilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten können. Die Bemessung von Leistungen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs im Rahmen der Eingliederungshilfe orientiert sich ebenfalls an der KfzHV.

Klarstellung für Eltern von jungen volljährigen Kindern mit Behinderung

In Kraft getreten zum 10. Juni 2021 ist ferner eine Klarstellung in § 142 Absatz 3 SGB IX. Betroffen von dieser Sonderregelung sind Eltern von jungen volljährigen Kindern mit Behinderung, die in Internaten oder für einen begrenzten Zeitraum in Wohneinrichtungen leben, die konzeptionell auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet sind. Der bisherige Wortlaut der Vorschrift war missverständlich und hatte dazu geführt, dass einige Landkreise – insbesondere in Baden-Württemberg – die betreffenden Eltern zu den Kosten des Lebensunterhalts für ihre Kinder herangezogen haben. Mit der Korrektur wird sichergestellt, dass bei den Eltern in diesen Fällen keine Kostenheranziehung erfolgen darf. Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) hatte sich bereits im Vorfeld des Gesetzes für diese Klarstellung besonders stark gemacht und eine

entsprechende Problemanzeige an das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales gerichtet. Auf seiner Internetseite hatte der bvm betroffenen Eltern außerdem einen kostenlosen Musterwiderspruch zur Verfügung gestellt.

Leistungsberechtigter Personenkreis

Der Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat, wird im SGB IX ab 1. Juli 2021 neu geregelt. Der Gesetzgeber kommt damit einem Auftrag aus dem 2016 verabschiedeten Bundesteilhabegesetz (BTHG) nach. Die Beschreibung der Anspruchsberechtigung erfolgt künftig in einer modernen und diskriminierungsfreien Sprache. Die Bundesregierung wird ermächtigt, weitere Konkretisierungen zum Personenkreis in einer Rechtsverordnung vorzunehmen. Bis dahin gelten die Kriterien der sogenannten Eingliederungshilfe-Verordnung zunächst weiter.

Zutritt für Assistenzhunde

Ab 1. Juli 2021 ist ferner im Behindertengleichstellungsgesetz geregelt, dass Menschen mit Behinderung, die von ihrem Assistenzhund begleitet werden, der Zutritt zu öffentlichen und privaten Anlagen und Einrichtungen grundsätzlich nicht verweigert werden darf. Ausnahmen gelten dann, wenn der Betreiber der Einrichtung durch den Zutritt mit dem Assistenzhund unverhältnismäßig oder unbillig belastet wird. Bei Arztpraxen oder Krankenhäusern kann das unter Umständen aus hygienischen Gründen der Fall sein. Hintergrund der neuen Zutrittsregeln ist, dass es in der Vergangenheit immer wieder zu Streitfällen zwischen Hundehaltern und beispielsweise Betreibern von Arztpraxen, Geschäften und Theatern gekommen war, die auch vor den Gerichten ausgetragen wurden. Die bislang vor allem durch die Rechtsprechung geprägte Rechtslage soll mit dem Gesetz auf eine einheitliche Grundlage gestellt werden.



Budget für Ausbildung

Das Budget für Ausbildung wird in Bezug auf den Personenkreis und die Leistungen ausgeweitet. Ab 2022 können auch Menschen mit Behinderung, die sich im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder eines anderen Leistungsanbieters befinden, das Budget für Ausbildung erhalten. Nach der derzeitigen Rechtslage steht es nur für Menschen mit Behinderung zur Verfügung, die Anspruch auf Leistungen im Eingangs- und Berufsbildungsbereich der WfbM haben. Zusätzlich zu den derzeit bereits umfassten Leistungen der Ausbildungsvergütung und der Kosten für die Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz, sollen künftig auch erforderliche Fahrkosten und der Anteil des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag Bestandteil des Budgets für Ausbildung sein.

Einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgeber

Ebenfalls ab 2022 regelt eine weitere neue Vorschrift im SGB IX die flächendeckende Einrichtung einheitlicher, trägerunabhängiger Ansprechstellen für Arbeitgeber. Diese werden aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanziert und haben unter anderem die Aufgabe, Arbeitgeber anzusprechen und diese für die Ausbildung, Einstellung und Beschäftigung

von schwerbehinderten Menschen zu sensibilisieren. Auch sollen sie Arbeitgebern als trägerunabhängiger Lotse bei Fragen zur Ausbildung, Einstellung, Berufsbegleitung und Beschäftigungssicherung von schwerbehinderten Menschen zur Verfügung stehen.

Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, zu denen auch der bvkm gehört, hatten am 29. März 2021 zum Regierungsentwurf des Teilhabestärkungsgesetzes Stellung genommen und unter anderem gefordert, das Gesetz um eine Regelung zu ergänzen, die die Finanzierung für die Begleitung von Menschen mit Assistenzbedarf im Krankenhaus sicherstellt. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie und damit vermehrte Krankenhausaufenthalte haben die diesbezügliche Problematik aus Sicht der Fachverbände verschärft. In das Teilhabestärkungsgesetz hat eine solche Regelung am Ende zwar keinen Eingang mehr gefunden, jedoch wurde mit dem Gesetz ein Entschließungsantrag verabschiedet, in dem die Bundesregierung aufgefordert wurde, die Frage noch in dieser Legislaturperiode zu regeln. Am 16. Juni 2021 ist dann tatsächlich ein entsprechender Kabinettsbeschluss erfolgt. Vorgesehen ist darin, dass künftig die Krankenkasse zahlt, wenn Angehörige die Assistenz leisten. Bei Begleitung durch Mitarbeitende von Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen dagegen die Träger der Eingliederungshilfe zahlen. Die Regelung soll am 24. Juni 2021 im Bundestag beschlossen werden.

Die Stellungnahme der Fachverbände zum Regierungsentwurf des Teilhabestärkungsgesetzes steht zum Nachlesen unter www.bvkm.de in der Rubrik „Recht & Ratgeber/ Aktuelles“.

Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderungen – Bundesrat stimmt Regelung zu

20. September 2021

Nach langen Verhandlungen hatte der Bundestag sich kurz vor der Sommerpause darauf verständigt, wer die Kosten zu tragen hat, wenn Menschen mit Behinderungen eine vertraute Bezugsperson als Begleitung bei einem stationären Krankenhausaufenthalt mitnehmen. Der Bundestag begrüßt nun diese grundsätzliche Regelung, mahnt aber weitere Schritte an – auch weil nicht alle, die ggf. eine solche Begleitung benötigen, von der Regelung umfasst sind.

Wenn ein Mensch mit Behinderung sich von einem/einer nahen Angehörigen bei einem stationären Krankenhausaufenthalt begleiten lässt, dann hat die begleitende Person künftig unter bestimmten Bedingungen Anspruch auf Krankengeld:

- Die Begleitung muss aus medizinischen Gründen notwendig sein
- Die Begleitperson muss ebenfalls stationär aufgenommen werden und eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld bzw. ein naher Angehöriger im Sinne von §7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sein
- Der Mensch mit Behinderung muss Leistungen der Eingliederungshilfe, Leistungen nach § 35a SGB VIII, oder Leistungen nach § 27d Abs.1 Nr. 3 des Bundesversorgungsgesetzes erhalten



Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Auftrag erhalten, im Rahmen einer Richtlinie Kriterien zu bestimmen, mit denen man den Personenkreis abgrenzen kann, der eine Begleitung aus medizinischen Gründen benötigt.

Menschen mit Behinderung, die ihre Unterstützung im Alltag über Leistungserbringer der Eingliederungshilfe organisieren, können ebenfalls eine Assistenzperson mit ins Krankenhaus nehmen. Hier werden künftig auch Leistungen für die Begleitung und Befähigung der Person mit Behinderung aus Mitteln der Eingliederungshilfe bezahlt. Sie umfassen Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen als nichtmedizinische Leistungen. Die Einschätzung, ob für den Fall einer stationären Krankenhausbehandlung die Mitnahme einer Assistenzperson zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung erforderlich ist, wird im Gesamtplan festgehalten. Die finanziellen Auswirkungen der in SGB V und SGB IX neu verankerten Regelungen sollen untersucht und bis Ende 2025 veröffentlicht werden.

Der Bundesrat hat diesem Vorschlag nun Ende letzter Woche zugestimmt. Er bittet aber zeitnah um ein weiteres Gesetzgebungsverfahren, da die getroffene Regelung nicht für alle Menschen mit Behinderungen gilt, die ggf. eine solche Begleitung benötigen. Darüber hinaus fordert er einen Kostenausgleich aus Bundesmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Rehabilitation zu schaffen.

Quelle: Paritätischer Nds.

Assistenz im Krankenhaus - Regelung unzureichend, rasche Nachbesserungen nötig!

Mit den im Sommer verabschiedeten Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus ist erstmals ein Teil behinderter Menschen, die auf Assistenz angewiesen sind und diese Unterstützung auch im Falle einer nötigen Krankenhausbehandlung benötigen, rechtlich abgesichert. Allerdings findet die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.(ISL) diese Regelungen unzureichend und es sind rasche Nachbesserungen nötig!

Der Bundesrat hat der Regelung in seiner Sitzung zugestimmt. Problematisch jedoch: Die Regelungen sind bisher unzureichend – viele Menschen mit Assistenzbedarf sind hier noch nicht beachtet und Erweiterungen stehen aus. Bisher sieht die Regelung eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen in Form von Verdienstausschlag vor, wenn ein*e Angehörige*r die betreffende Person ins Krankenhaus begleitet; Kosten werden durch die Eingliederungshilfe getragen in Fällen, in denen Begleitpersonen bzw. Unterstützungspersonen aus Einrichtungen der Behindertenhilfe auch für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes Unterstützung leisten. In beiden genannten Konstellationen ist es jedoch Voraussetzung, dass die betreffenden Menschen entweder Leistungen aus der Eingliederungshilfe, dem Bundesversorgungsgesetz oder der Kinder- und Jugendhilfe bekommen.

In seinen Ausführungen schreibt auch der zuständige Ausschuss im Bundesrat richtigerweise, dass noch gravierende Lücken bestehen, die auch die ISL als sehr problematisch ansieht: Unter anderem fallen Menschen, die ihre nötige Assistenz über ambulante Dienste organisieren und/oder körperlich beeinträchtigt sind, aus der Regelung raus.

Dies betrifft viele Menschen mit Behinderungen.

Da die Regelungen in der Gänze nicht ausreichend sind, und auch die geplante Richtlinien-Erarbeitung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum anspruchsberechtigten Personenkreis ein schwieriges Unterfangen sein wird, fordert die ISL dringend ein weiteres Gesetzgebungsverfahren, welches dann auch den Ansprüchen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) genügt. Dies ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht der Fall.

Quelle: „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL)“



Liebe Mitglieder, Freunde und Förderer der BIG!

Ein weiteres außergewöhnliches Jahr, das uns alle nochmals in der einen oder anderen Art gefordert hat, geht zu Ende. So wie es im Moment aussieht, wird es wieder ein ruhiges und kleines Weihnachtsfest werden....

Von Friedrich Nietzsche stammt der schöne Satz: „Die größten Ereignisse, das sind nicht unsere lautesten, sondern unsere stillsten Stunden.“

Ein besinnliches Weihnachtsfest, einige Tage der Ruhe, Zeit für kleine Spaziergänge, Zeit für sich selbst und die Familie, Zeit, um Kraft und neue Ideen zu sammeln für das neue Jahr.

Ein Jahr mit weniger Sorgen, weniger Stress, dafür Erfolg, Zuversicht und Gesundheit, eben alles, was man braucht, um zufrieden und glücklich zu bleiben – an 365 Tagen: Das wünschen wir Euch von Herzen.

Tanja Foraita und Eberhard Krickhahn
Bundesgeschäftsstelle

