



Recht-Informationsdienst

der Zeitschrift Caritas in NRW

Nr. 3/2014

Inhalt

Kurze Mitteilungen

Deutscher Caritasverband: Prävention gegen sexuellen Missbrauch.....	34
Arbeitsunfähig bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses: Verlust des Anspruchs auf Krankengeld bei Unterbrechung der Krankschreibung.....	34
Unterhalt nach Scheidung: Unzumutbarkeit einer Vollzeittätigkeit trotz Ganztagsbetreuung des fünfjährigen Kindes	35

Neue Rechts- und Verwaltungsvorschriften	35
---	----

Hinweise und Informationsmedien

Das Kindschaftsrecht – Fragen und Antworten.....	36
Alleinerziehend – Tipps und Informationen	36
Handreichung zur Schweigepflichtentbindung	36

Familienrecht

Vertrauliche Geburt – Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt vom 28.08.2013 –	37
--	----

Sozialrecht

Rehabilitationsmaßnahmen: Ergänzende Leistungen – §§ 53, 54 SGB IX und Rundschreiben der Deutschen Rentenversicherung (Stand: März 2014) –.....	41
---	----

Impressum

Der Recht-Informationsdienst ist eine Beilage der Zeitschrift Caritas in NRW

Verantwortlicher Redakteur: Heinz-Gert Papenheim.

Herausgeber: Diözesan-Caritasverbände von Aachen, Essen, Köln, Münster, Paderborn

Die Erteilung weiterer Informationen und Beratung im Einzelfall ist der Redaktion nicht möglich.
Die Urheberrechte sind vorbehalten. Sie erstrecken sich auch auf Gerichtsentscheidungen,
soweit diese vom Bearbeiter redigiert bzw. in Leitsätze gefasst worden sind.



Kurze Mitteilungen

Deutscher Caritasverband: Prävention gegen sexuellen Missbrauch

Der Deutsche Caritasverband e. V. hat eine Neufassung der Empfehlungen zur Prävention gegen sexuellen Missbrauch veröffentlicht.

Die Empfehlungen konkretisieren die „Leitlinien für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger und erwachsener Schutzbefohlener durch Kleriker, Ordensangehörige und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz“ sowie die „Rahmenordnung zur Prävention gegen sexualisierte Gewalt an Minderjährigen und erwachsenen Schutzbefohlenen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz“.

Die Empfehlungen des Deutschen Caritasverbandes beziehen sich auf sexualbezogene Straftaten, soweit sie an Minderjährigen und erwachsenen Schutzbefohlenen begangen werden. Sie beziehen sich ferner auf Handlungen unterhalb der Schwelle der Strafbarkeit, die im erzieherischen sowie im betreuenden, pflegerischen oder im medizinischen Umgang mit Schutzbefohlenen eine Grenzüberschreitung darstellen.

Dienstgeber sind verpflichtet, für jeden Arbeitsbereich klare Verhaltensregeln partizipativ zu erstellen und mit jedem Mitarbeiter und jedem Ehrenamtler verbindlich zu vereinbaren.

Im zweiten Abschnitt werden Empfehlungen zum Vorgehen bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für den Verdacht auf sexuellem Missbrauch gegeben, die sich auf die Verantwortung der Leitung, die Pflichten der Mitarbeiter, die Hinzuziehung einer externen Fachkraft, die Begleitung und Unterstützung mutmaßlicher Opfer, des Personals und sonstiger Beteiligter sowie der beschuldigten Person beziehen.

Der dritte Abschnitt enthält Empfehlungen zum Umgang mit länger zurückliegenden Fällen.

Die Empfehlungen befassen sich nicht mit der Frage, ob und wie Einrichtungen und Mitarbeiter der Caritas mit pädophilen Straftätern umgehen dürfen bzw. sollen, deren sexuelle Neigungen nach wohl überwiegender wissenschaftlicher Meinung weder durch zeitweiliges Wegsperrern noch durch Therapie beseitigt werden können.

– www.caritas.de/sexueller-missbrauch

Arbeitsunfähig bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses: Verlust des Anspruchs auf Krankengeld bei Unterbrechung der Krankschreibung

Arbeitnehmer, die bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig sind und Krankengeld beziehen, verlieren den Anspruch auf weitere Krankengeldzahlung, wenn sie die Arbeitsunfähigkeit **vor Ablauf** eines Krankengeld-Bewilligungsabschnitts nicht erneut ärztlich feststellen lassen.

Ist ein arbeitsloser krankenversicherter Arbeitnehmer beispielsweise bis Freitag krank geschrieben, so muss er noch am Freitag den Arzt aufsuchen, um seine Arbeitsunfähigkeit verlängern zu lassen. Geht er erst am Montag zum Arzt, so beginnt nach der gesetzlichen Regelung die Arbeitsunfähigkeit erst einen Tag später, also am Dienstag. Es besteht somit eine Anspruchslücke, die zum Wegfall des Anspruchs auf weiteres Krankengeld führen kann.

Hinweis: Die Lücke würde vermieden, wenn der Arzt das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit für bis zu zwei vor der Untersuchung liegende Tage bescheinigt (§ 5 Abs. 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien).

– Bundessozialgericht, Urteil vom 04.03.2014 – B 1 KR 17/13 R

Unterhalt nach Scheidung: Unzumutbarkeit einer Vollzeitätigkeit trotz Ganztagsbetreuung des fünfjährigen Kindes

Unter Abweichung von früheren Beschlüssen hat das Oberlandesgericht Düsseldorf entschieden, dass eine geschiedene Frau, die eine Teilzeittätigkeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 25 Stunden ausübt, Aufstockungsunterhalt verlangen kann, wenn ihr wegen der Betreuung ihres fünfjährigen Sohnes eine Vollzeitätigkeit nicht zugemutet werden kann.

Ihr Ex-Mann lehnte eine Zahlung in Höhe der Differenz zu dem Einkommen einer Vollzeitstelle ab, weil das Kind ganztags bis 17 Uhr fremdbetreut werde und seine Ex-Frau daher eine vollschichtige Erwerbstätigkeit ausüben könne.

Das OLG Düsseldorf entschied zugunsten der Frau: Nach einer Scheidung müsse eine **gerechte Lastenverteilung zwischen den Eltern gewährleistet sein**. Die Frau sei als Mutter des Kindes nicht verpflichtet, während der gesamten Dauer der Fremdbetreuung einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es müsse berücksichtigt werden, dass neben einer Ganztagsbetreuung morgens und abends ein Betreuungsbedarf anfallt. Deshalb sei ihr ein gewisser Spielraum für Arztbesuche, Hausarbeit, Behördengänge und Einkäufe zu belassen und es ihr dadurch zu ermöglichen, sich nach der Heimkehr von der Arbeit dem Kind zu widmen.

– Oberlandesgericht Düsseldorf, Beschluss vom 17.12.2013, II-1 UF 180/13

Neue Rechts- und Verwaltungsvorschriften

Ministerialblatt für das Land NRW

(www.recht.nrw.de)

Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Familienberatungsstellen 2014, 115

Gemeinsames Ministerialblatt

(www.gmbf-online.de)

Namensführung der Ehegatten und der Kinder nach ausländischem Recht 2014, 162

Hinweise und Informationsmedien

Das Kindschaftsrecht – Fragen und Antworten

Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz gibt in der 43-seitigen Broschüre einen Überblick über die wichtigsten Bereiche und Neuregelungen im Kindschaftsrecht, u. a. über das Gesetz zur Reform der elterlichen Sorge nicht miteinander verheirateter Eltern und das Gesetz zur Stärkung der Rechte des leiblichen, nicht rechtlichen Vaters.

Außerdem werden Fragen zum Abstammungsrecht, zum Recht der elterlichen Sorge, zum Namensrecht, zum Umgangsrecht, zum Kindesunterhaltsrecht und zum gerichtlichen Verfahren verständlich behandelt.

– www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren

Alleinerziehend – Tipps und Informationen

Der Bundesverband der alleinerziehenden Mütter und Väter e. V. hat die Broschüre „alleinerziehend – Tipps und Informationen“ herausgegeben.

Diese gibt auf 231 Seiten Informationen und Tipps unter anderem zu Schwangerschaft und Geburt, Trennung und Scheidung, Vereinbarkeit von Kind und Beruf, Sozialhilfe, Beratungsstellen und Kosten einer juristischen Beratung.

Die Broschüre kann heruntergeladen werden unter

– www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen

Handreichung zur Schweigepflichtentbindung

Die Diakonie Deutschland e. V. hat für Mitarbeiter eine Handreichung zu Schweigepflichtentbindungen herausgegeben.

Die 11-seitige Arbeitshilfe gliedert sich in einen Abschnitt zur Schweigepflichtentbindung und einen weiteren Abschnitt, in dem es um die für die Praxis wichtige Abgrenzung von Schweigepflicht und Datenschutz der Mitarbeiter in den verschiedenen Arbeitsfeldern geht. Die Arbeitshilfe will bei der Formulierung von Schweigepflichtentbindungen und beim verantwortungsvollen Umgang mit den in der Beratung anvertrauten persönlichen Informationen unterstützen.

– www.diakonie.de/media/Texte-02_2014_Schweigepflichtentbindung.pdf



Vertrauliche Geburt

Zum 1. Mai 2014 ist das „Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt“ in Kraft getreten. Es bietet Schwangeren in psychosozialen Konfliktlagen die Möglichkeit, ihr Kind vertraulich und sicher zur Welt zu bringen und soll verhindern, dass sie ihr Kind heimlich gebären, aussetzen oder töten.

– *BGB I, 2013 S. 3458*

1. Ausbau der Hilfen für Schwangere

Durch verstärkte Information über das vorhandene Hilfesystem soll der Zugang zu einer Beratungsstelle für Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen wollen, vereinfacht werden. Insbesondere soll über den Anspruch auf unbedingte anonyme Beratung und über das Verfahren der vertraulichen Geburt informiert werden.

Der Bund richtet einen bundesweiten Notruf für Schwangere in psychosozialen Konfliktlagen ein, um einen niederschweligen Zugang zum Beratungssystem zu schaffen.

Telefon 08 00 / 4 04 00 20 und www.geburt-vertraulich.de

Das Verständnis für Eltern, die ihre Kinder zur Adoption freigeben, soll gefördert werden, um zu verhindern, dass ein Kind nur deshalb nicht zur Adoption freigegeben wird, weil die Mutter eine gesellschaftliche Missbilligung ihres Verhaltens befürchtet.

2. Beratung zur vertraulichen Geburt

Vorrangiges Ziel der Beratung ist es, der Schwangeren eine medizinisch betreute Entbindung zu ermöglichen und Hilfestellung anzubieten, so dass sie sich für ein **Leben mit dem Kind** entscheiden kann. Deshalb ist es Aufgabe aller Schwangerschaftsberatungsstellen, Schwangeren mit dem Wunsch nach Anonymität umfassende Hilfen und Beratung anzubieten, um die Konflikte, welche den Wunsch nach Anonymität hervorrufen, zu lösen. Nur wenn keine Lösung gefunden werden kann, soll es zur vertraulichen Geburt kommen. Vertrauliche Geburt ist eine Entbindung, bei der die Schwangere ihre Identität zunächst nicht offenlegt, aber Angaben zur Person macht, die später dem Kind zugänglich sind.

Die Beratung umfasst insbesondere:

1. die Information über den Ablauf des Verfahrens und die Rechtsfolgen einer vertraulichen Geburt,
2. die Information über die Rechte des Kindes; dabei ist die Bedeutung der Kenntnis der Herkunft von Mutter und Vater für die Entwicklung des Kindes hervorzuheben,
3. die Information über die Rechte des Vaters,
4. die Darstellung des üblichen Verlaufs und Abschlusses eines Adoptionsverfahrens,
5. die Information, wie eine Frau ihre Rechte gegenüber ihrem Kind nach einer vertraulichen Geburt unter Aufgabe ihrer Anonymität geltend machen kann.

Durch diese Informationen soll die Bereitschaft der Schwangeren gefördert werden, dem Kind möglichst umfassend Informationen über seine Herkunft und die Hintergründe seiner Abgabe mitzuteilen.

Lehnt die Frau eine vertrauliche Geburt ab, so ist sie darüber zu informieren, dass ihr das **Angebot der anonymen Beratung und Geburt** jederzeit weiter zur Verfügung steht.

3. Verfahren der vertraulichen Geburt (§ 26)

Wünscht die Schwangere eine vertrauliche Geburt, wird die Vertraulichkeit in jeder Phase des Verfahrens gewährleistet.

3.1 Wahl eines Pseudonyms

Die Schwangere wählt zunächst

1. einen Vor- und einen Familiennamen, unter dem sie im Verfahren der vertraulichen Geburt handelt (**Pseudonym**) und
2. je einen oder mehrere weibliche und einen oder mehrere männliche **Vornamen** für das Kind.

3.2 Sicherung der Angaben zur Identitätsfeststellung

Die Beratungsstelle hat einen **Nachweis für die Herkunft des Kindes** zu erstellen. Dafür nimmt sie die Vornamen und den Familiennamen der Schwangeren, ihr Geburtsdatum und ihre Anschrift auf und überprüft diese Angaben anhand eines gültigen zur Identitätsfeststellung der Schwangeren geeigneten Ausweises.

Der Herkunftsnachweis ist in einem **Umschlag** so zu verschließen, sodass ein **unbemerkt-tes Öffnen verhindert** wird. Auf dem Umschlag sind zu vermerken: die Tatsache, dass er einen Herkunftsnachweis enthält, das Pseudonym, den Geburtsort und das Geburtsdatum des Kindes, der Name und die Anschrift der geburtshilflichen Einrichtung oder der zur Leistung von Geburtshilfe berechtigten Person, bei der die Geburt erfolgen soll, und die Anschrift der Beratungsstelle.

3.3 Anmeldung zur Entbindung

Mit dem Hinweis, dass es sich um eine vertrauliche Geburt handelt, meldet die Beratungsstelle die Schwangere unter deren Pseudonym in einer geburtshilflichen Einrichtung oder bei einer zur Leistung von Geburtshilfe berechtigten Person zur Entbindung an. Diese Einrichtung oder Person kann die Schwangere frei wählen. Die Beratungsstelle teilt bei der Anmeldung die von der Schwangeren gewählten Vornamen für das Kind mit.

3.4 Informationspflichten des Jugendamts, des Leiters der Einrichtung der Geburtshilfe und des Standesamts

Die Beratungsstelle teilt dem am Geburtsort zuständigen Jugendamt folgende Angaben



mit: das Pseudonym der Schwangeren, den voraussichtlichen Geburtstermin und die Einrichtung oder die zur Leistung von Geburtshilfe berechtigte Person, bei der die Anmeldung zur Entbindung erfolgt ist. Das Kind wird nach der Geburt vom Jugendamt in Obhut genommen. Es wird unter einem behördlich festgelegten Namen in das Geburtsregister des Standesamts aufgenommen und erhält einen Vormund. Der Bund übernimmt die Kosten, die im Zusammenhang mit der Geburt sowie der Vor- und Nachsorge entstehen. Der Leiter oder die Leiterin der Einrichtung der Geburtshilfe, in der die Schwangere geboren hat, teilt der Beratungsstelle unverzüglich das Geburtsdatum und den Geburtsort des Kindes mit. Das Gleiche gilt bei einer Hausgeburt für die zur Leistung von Geburtshilfe berechtigte Person.

Das Standesamt teilt dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben den beurkundeten Namen des Kindes zusammen mit dem Pseudonym der Mutter mit.

3.5 Nachrichten der Frau an das Kind (§ 26 Abs. 8)

Nachrichten der Frau an das Kind werden von der Beratungsstelle an die Adoptionsvermittlungsstelle weitergeleitet und dort in die entsprechende Vermittlungsakte aufgenommen; bei nicht adoptierten Kindern werden sie an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben weitergeleitet.

4. Umgang mit dem Herkunftsnachweis (§ 27)

Die Beratungsstelle übersendet den Umschlag mit dem Herkunftsnachweis an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zur sicheren Verwahrung, sobald sie Kenntnis von der Geburt des Kindes erlangt hat.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben vermerkt den vom Standesamt mitgeteilten Namen des Kindes auf dem Umschlag, der seinen Herkunftsnachweis enthält.

5. Beratung in Einrichtungen der Geburtshilfe oder bei Hausgeburten (§ 29)

Der Leiter oder die Leiterin einer Einrichtung der Geburtshilfe, die eine Schwangere ohne Feststellung ihrer Identität zur Entbindung aufnimmt, hat unverzüglich eine anerkannte Beratungsstelle im örtlichen Einzugsbereich über die Aufnahme zu informieren. Das Gleiche gilt für eine zur Leistung von Geburtshilfe berechtigte Person bei einer Hausgeburt.

Die unterrichtete Beratungsstelle sorgt dafür, dass der Schwangeren die Beratung zur vertraulichen Geburt und deren Durchführung unverzüglich von einer Beratungsfachkraft persönlich angeboten wird. Die Schwangere darf nicht zur Annahme der Beratung gedrängt werden. Diese Verpflichtung besteht auch, wenn die Frau ihr Kind bereits geboren hat.

6. Beratung nach der Geburt des Kindes (§ 30)

Der Mutter ist auch nach der Geburt des Kindes Beratung anzubieten. Dies gilt auch dann,

wenn kein Herkunftsnachweis erstellt worden ist. Betrifft die Beratung die Rücknahme des Kindes, soll die Beratungsstelle die Mutter über die Leistungsangebote für Eltern im örtlichen Einzugsbereich informieren.

7. Einsichtsrecht des Kindes in den Herkunftsnachweis (§ 31)

Mit Vollendung des 16. Lebensjahres hat das vertraulich geborene Kind das Recht, den beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben verwahrten Herkunftsnachweis einzusehen oder Kopien zu verlangen (Einsichtsrecht).

Die Mutter kann Belange, die dem Einsichtsrecht entgegenstehen, ab der Vollendung des 15. Lebensjahres des Kindes unter ihrem Pseudonym bei einer Beratungsstelle erklären (z. B. Gefährdung ihrer Ehe). Sie hat dabei Geburtsort und Geburtsdatum des Kindes anzugeben. Die Beratungsstelle zeigt der Mutter Hilfsangebote auf und erörtert mit ihr mögliche Maßnahmen zur Abwehr der befürchteten Gefahren. Sie hat die Mutter darüber zu informieren, dass das Kind sein Einsichtsrecht gerichtlich geltend machen kann.

Bleibt die Mutter bei ihrer Ablehnung, so hat sie gegenüber der Beratungsstelle eine Person oder Stelle zu benennen, die sie im Falle einer familiengerichtlichen Verfahrens vertreten soll (Verfahrensstandschafter). Dieser darf die Identität der Mutter nicht ohne deren Einwilligung offenbaren.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben darf dem Kind bis zum rechtskräftigen Abschluss eines familiengerichtlichen Verfahrens keine Einsicht gewähren, wenn die Mutter eine ablehnende Erklärung abgegeben und einen Verfahrensstandschafter benannt hat.

8. Familiengerichtliches Verfahren (§ 32)

Verweigert das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben dem Kind die Einsicht in seinen Herkunftsnachweis, entscheidet das Familiengericht auf Antrag des Kindes über dessen Einsichtsrecht.

Das Familiengericht hat zu prüfen, ob das Interesse der leiblichen Mutter an der weiteren Geheimhaltung ihrer Identität aufgrund der durch die Einsicht befürchteten Gefahren für Leib, Leben, Gesundheit, persönliche Freiheit oder ähnliche schutzwürdige Belange gegenüber dem Interesse des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung überwiegt.

Das Gericht kann die Mutter persönlich anhören. Hört es die Mutter an, so hat die Anhörung in Abwesenheit der übrigen Beteiligten zu erfolgen. Diese sind unter Wahrung der Anonymität der Mutter über das Ergebnis der Anhörung zu unterrichten. Der Beschluss des Familiengerichts wird erst mit Rechtskraft wirksam. Die Entscheidung wirkt auch für und gegen die Mutter. In dem Verfahren werden keine Kosten erhoben.

Wird der Antrag des Kindes zurückgewiesen, kann das Kind frühestens drei Jahre nach Rechtskraft des Beschlusses erneut einen Antrag beim Familiengericht stellen.



Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation: Ergänzende Leistungen

Teilnehmer an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation haben Anspruch auf Ergänzende Leistungen gegen den Träger der Rentenversicherung (§ 28 SGB VI in Verbindung mit § 53 SGB IX).

Übersicht

1. Fahrkosten	41
1.1 Benutzung regelmäßig verkehrender öffentlicher Verkehrsmittel.....	42
1.2 Kostenübernahme bei Privat-Pkw	42
1.3 Taxikosten.....	43
1.4 Benutzung von Flugzeugen	43
1.5 Besondere Beförderungsmittel.....	43
2. Gepäcktransportkosten	44
3. Verpflegungskosten	44
4. Übernachtungskosten	45
5. Kosten der Begleitperson	45
6. Reisekosten für mitzunehmende Kinder	46
7. Familienheimfahrten	46
8. Besuchsfahrten von Angehörigen	47
9. Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten	48

Weitere ausführliche Informationen enthält das „Rundschreiben über die Erstattung von Reisekosten durch die Rehabilitationseinrichtungen bzw. Ausbildungsstätten anlässlich der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstiger Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – einschließlich Familienheimfahrten“ – Stand: März 2014.

1. Fahrkosten

Die Leistungsberechtigten sollen für Fahrten in Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme möglichst kostengünstige Verkehrsmittel nutzen.

Stellt die Deutsche Rentenversicherung für die Reise zum Ort der Rehabilitation oder zurück eine Fahrgelegenheit zur Verfügung und ist den Leistungsberechtigten diese Art der Beförderung gesundheitlich zuzumuten, können andere Fahrkosten nicht übernommen werden.

Dies gilt auch für Fahrdienste der Rehabilitationseinrichtungen, sofern die Nutzung für

Versicherte grundsätzlich zumutbar und kostenlos ist.

1.1 Benutzung regelmäßig verkehrender öffentlicher Verkehrsmittel

Fahrkosten werden bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels in Höhe des Betrags erstattet, der in der niedrigsten Klasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist (§ 53 Abs. 4 Satz 1 SGB IX). In der Regel sind das die Kosten für eine Bahn- oder Busfahrt 2. Klasse, auch mit IC oder ICE, sowie die Kosten für Platzreservierungen. Fahrpreisermäßigungen sind möglichst auszuschöpfen.

Die Leistungsberechtigten können aber auch einen PKW benutzen. In diesem Fall erhalten sie eine Wegstreckenschädigung (*siehe Abschnitt 1.2*).

Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die Kosten der Bahn-Hinfahrt und -Rückfahrt zwischen dem Wohnort/Aufenthaltort und dem Ort, an dem die Leistungen (z. B. Untersuchung, Beobachtung, Behandlung, Berufsberatung, Ausbildung) durchgeführt werden.

Die Rehabilitationseinrichtung übersendet den Versicherten mit der Einladung einen Reisekostengutschein und ein Informationsschreiben hierzu. Die Versicherten können die weitere Vorgehensweise diesem Informationsschreiben entnehmen.

***Ausnahmen:** Ein Reisekostengutschein wird nicht zugesandt, wenn zwischen Einladung und Antritt der Rehabilitation weniger als 10 Tage liegen, sowie bei Anschlussrehabilitationen und Entwöhnungsbehandlungen. Die Versicherten haben in diesen Fällen die Fahrkarte für die kürzeste Reisestrecke selbst zu erwerben. Die erforderlichen Reisekosten werden ihnen in der Höhe der günstigsten Tarife öffentlicher Verkehrsmittel von der Rehabilitationseinrichtung erstattet. Diese hat grundsätzlich eine Fahrkarte zum Normalpreis zu erstatten, wenn der Versicherte angibt, dass für den gewählten Zug keine Sparpreisfahrkarte verfügbar war.*

1.2 Kostenübernahme bei Privat-Pkw

Für Fahrten mit dem Kfz ist eine Wegstreckenentschädigung zu zahlen (§ 53 Abs. 4 Satz 1 SGB IX). Dies gilt unabhängig davon, ob ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel hätte benutzt werden können oder der Versicherte wegen Art oder Schwere der Behinderung aus medizinischen Gründen auf die Benutzung eines privaten Kfz angewiesen ist.

Die **Wegstreckenentschädigung** beträgt bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, höchstens jedoch 130 Euro. Anfallende Parkgebühren sind mit dem Erstattungssatz abgegolten. Als Entfernung wird stets die kürzeste Wegstrecke bzw. Straßenverbindung berücksichtigt.

***Beispiel:** Ein Versicherter legt mit seinem PKW vom Wohnort zur Rehabilitationsklinik bei Hin- und Rückfahrt je 240 Kilometer zurück. Zu erstatten ist als Wegstreckenentschädigung ein Betrag in Höhe von 96 Euro (2 x 240 x 0,20 Euro).*

Für **Pendelfahrer** gilt eine weitere Höchstgrenze. Sie erhalten als Fahrkosten höchstens



den Betrag erstattet, der bei zumutbarer auswärtiger Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre (§ 53 Abs. 4 Satz 3 SGB IX).

1.3 Taxikosten

Kosten für die Fahrt mit dem Taxi werden nur erstattet, wenn die Notwendigkeit der Beförderung ärztlich bescheinigt und nach Vorlage beim ärztlichen Dienst anerkannt worden ist. Die Vorlage ist nicht erforderlich, wenn Art oder Schwere der Behinderung aus ärztlichen Unterlagen offenkundig sind. Die Rehabilitationseinrichtung ist gehalten, dem Taxifahrer die entstandenen Kosten direkt zu erstatten.

Taxikosten werden nicht übernommen, wenn die Rehabilitationseinrichtung für den Weg zwischen Bahnhof und Rehabilitationseinrichtung ein Beförderungsmittel zur Verfügung stellt.

Die Übernahme von Kosten für die Benutzung eines Taxis ist bei ganztägig ambulanten Leistungen ausgeschlossen.

Ausnahme bei Anschlussheilbehandlung: *Ist eine Fahrt mit dem Taxi anlässlich einer Anschlussrehabilitation (AHB) zur Rehabilitationseinrichtung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (gemäß entsprechender Bestätigung durch den Krankenhausarzt), können die dem Taxifahrer entstandenen Kosten ebenfalls direkt mit der Rehabilitationseinrichtung abgerechnet werden.*

Hält der Arzt der AHB-Einrichtung für die Rückreise des Leistungsberechtigten zu dessen Wohnort ein Taxi aus medizinischen Gründen für erforderlich, so ist dem Taxifahrer von der AHB-Einrichtung vorher eine entsprechende schriftliche Erforderlichkeitsbescheinigung auszuhändigen.

Die dem Taxifahrer entstandenen Fahrkosten sind von der AHB-Einrichtung zu erstatten.

1.4 Benutzung von Flugzeugen

Bei einer Flugreise sind die entstandenen Kosten für die Hin- und Rückfahrt von dem Wohnort am nächstgelegenen Flugplatz zu erstatten, wenn die Benutzung anderer Verkehrsmittel wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht zumutbar sind. Über die Zumutbarkeit entscheidet der Rentenversicherungsträger im Rahmen seines Ermessens.

Entscheiden sich Versicherte selbst, ein Flugzeug zu benutzen, werden die tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zur Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel durch die Rehabilitationseinrichtung erstattet.

1.5 Besondere Beförderungsmittel

Ist aufgrund einer Behinderung kein günstigeres Beförderungsmittel zumutbar oder erreichbar, können auch die Kosten für die Bahnfahrt 1. Klasse, oder für ein Krankentransportfahrzeug übernommen werden. In diesem Falle sollte aber vorher mit der

Rentenversicherung abgeklärt werden, welches Transportmittel konkret in Anspruch genommen werden kann.

Die öffentlichen Verkehrsmittel sind für den Versicherten dann nicht zumutbar, wenn ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 80 vorliegt und zusätzlich eine Gehbehinderung (Merkmal „G“) bestätigt wurde (§ 146 Abs. 1 SGB IX).

Ein öffentliches Verkehrsmittel ist auch dann nicht zumutbar, wenn ein Behindertenausweis mit dem Merkmal „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung vorliegt.

2. Gepäcktransportkosten

Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden zusätzlich die Kosten für den Transport des Gepäcks von Haus zu Haus übernommen, im Regelfall die Kosten für zwei Gepäckstücke.

Bei länger dauernden Maßnahmen (mindestens 6 Wochen), bei genehmigten Flugreisen und beim Vorliegen von Gründen, die in der Behinderung des Leistungsberechtigten liegen, können weitere Gepäcktransportkosten übernommen werden.

Der Nachweis der Kosten kann durch Vorlage einer Quittung, z. B. der Hermes Logistik Gruppe Deutschland GmbH erfolgen.

Weitere Kosten, zum Beispiel für eine Gepäckversicherung oder für den Transport eines Fahrrads werden von der Rentenversicherung nicht übernommen.

3. Verpflegungskosten

Bei längerer Fahrzeit werden dem anspruchsberechtigten Versicherten Verpflegungskosten erstattet.

Die Erstattung der Verpflegungskosten orientiert sich an den Regelungen des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) und erfolgt durch Pauschbeträge, die sich an der Reisedauer von der Abreise von der Wohnung zur Rehabilitationseinrichtung bzw. zurück orientieren.

- ▶ Reisedauer von mehr als acht und weniger als 14 Stunden: 6,00 Euro
- ▶ Reisedauer von mindestens 14 und weniger als 24 Stunden: 12,00 Euro
- ▶ Reisedauer von 24 Stunden und mehr: 24,00 Euro

Maßgebend ist die Abwesenheit an einem Kalendertag.

Ist das Frühstück Bestandteil der Verpflegung, werden von dem vollen Tagegeld 20 Prozent (4,80 Euro) einbehalten.

Eine Besonderheit bei den Verpflegungskosten gilt für **Pendler**, die täglich in ihre Wohnung zurückkehren. Sofern diese mehr als acht Stunden täglich von zu Hause abwesend sind, wird anstatt der täglichen Pauschalen eine monatliche Pauschale von 70,30 Euro gewährt. Besteht der Anspruch nicht für einen vollen Kalendermonat, wird als Tagessatz ein Betrag von 3,80 Euro in Ansatz gebracht.



Versicherte, die eine **ganztägig ambulante Leistung** zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, erhalten in der Regel anstelle eines Verpflegungsgeldes eine unentgeltliche Mittagsmahlzeit.

4. Übernachtungskosten

Übernachtungsgeld wird nach einer mindestens 8-stündigen Reise gezahlt, wenn sich diese über mehrere Kalendertage erstreckt, vor 3 Uhr angetreten oder nach 2 Uhr beendet worden ist.

Die Übernachtungskosten werden entsprechend § 7 BRKG übernommen, pauschal mit 20,00 Euro angesetzt und erstattet. Höhere Übernachtungskosten werden bei Nachweis auf Antrag erstattet, soweit sie notwendig sind (bis zu 60,00 Euro).

Falls die Übernachtungskosten die Kosten des Frühstücks enthalten, wird dieser Kostenanteil heraus gerechnet.

Die Regelung gilt auch bei **Besuchsfahrten von Angehörigen**, insbesondere bei sogenannten „Angehörigen-Seminaren“ im Rahmen von Entwöhnungsbehandlungen, sofern eine Unterbringung außerhalb der Rehabilitationseinrichtung stattfindet und keine unentgeltliche Übernachtung angeboten wird.

Erfolgt die **Unterbringung in der Rehabilitationseinrichtung** selbst, so werden die hierfür von der Rehabilitationseinrichtung in Rechnung gestellten Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen.

5. Kosten der Begleitperson

Ist der Versicherte wegen seiner Behinderung nicht in der Lage, die Fahrt zum Rehabilitationsort und die Rückreise allein durchzuführen, oder wird eine Begleitperson erst während des Aufenthalts am Rehabilitationsort erforderlich, sind die **Reisekosten** der Begleitperson zu erstatten. Erstattungsfähig sind auch die Reisekosten für eine während des Aufenthalts am Rehabilitationsort erforderliche Begleitung, z. B. beim Zurücklegen der dort anfallenden Wege.

Die Begleitung muss **wegen der Behinderung nach ärztlicher Beurteilung erforderlich** und vom Rentenversicherungsträger vorher anerkannt worden sein (siehe § 146 Abs. 2 SGB IX). Dieses Erfordernis ist durch den Schwerbehindertenausweis (§ 69 Abs. 5 SGB IX) mit dem Merkzeichen „B“ bzw. „Bl“ oder durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen.

Bei **Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr** werden bei Einzelreisen die Fahrkosten für eine Begleitperson auf Antrag übernommen. Bei älteren Kindern kann die Rentenversicherung die Fahrkosten der Begleitperson übernehmen.

Reisekosten sind für die Begleitperson in gleicher Höhe zu erstatten wie für Versicherte. Der **Verdienstausschlag** der Begleitperson, der durch die Begleitung bei Hin- und Rückfahrt bzw. durch die Begleitung während der Maßnahme entsteht, wird auf Antrag des Versicherten von der Rentenversicherung erstattet. Eine Begleitperson ist beispielsweise bei Kinderheilmaßnahmen oder bei Versicherten, die an einer Entwöhnungsbehandlung teilnehmen, ständig erforderlich.

Die Erstattung erfolgt in Höhe des Nettoverdienstausschlages, höchstens bis zur **Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung**.

6. Reisekosten für mitzunehmende Kinder

Reisekosten für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil eine anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, werden übernommen.

Die Übernahme erfolgt für eigene Kinder und Pflegekinder, die im Haushalt des Leistungsempfängers leben und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für ältere Kinder wird Reisekostenerstattung nur bewilligt, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht allein im Haushalt des Leistungsempfängers verbleiben können und ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist.

Eine Übernahme der Reisekosten ist zusätzlich und unabhängig von der Höhe der zu übernehmenden Haushaltshilfekosten möglich.

Die erforderliche Fahrkartenausgabe erfolgt grundsätzlich durch die Rehabilitationseinrichtung (*siehe Abschnitt 1.1*).

7. Familienheimfahrten

Familienheimfahrten sind Fahrten des Leistungsempfängers zum Wohnort der Familie, also zu dem Ort, an dem die Familie des Leistungsempfängers ihren Lebensmittelpunkt unterhält.

Familie im Sinne der Vorschrift sind nicht nur rechtlich verbundene Gemeinschaften zwischen Eltern und Kindern oder zwischen Eheleuten, sondern auch Beziehungen enger persönlicher Verbundenheit und damit auch Beziehungen zwischen nichtehelichen Partnern.

Die Kosten für Familienheimfahrten können bei Rehabilitationsmaßnahmen erstmals nach 8 Wochen seit Beginn der Maßnahme übernommen werden, wenn die Behandlung voraussichtlich noch länger als 14 Tage andauert.

Die Zeit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung, z. B. bei einer Anschlussrehabilitation, ist in die 8-Wochenfrist einzubeziehen, wenn der Leistungsberechtigte ohne Unterbrechung der stationären Behandlung verlegt worden ist.

Nach Ablauf der 8-Wochenfrist können jeweils zwei Heimfahrten pro Monat (nicht Kalendermonats) erfolgen. Dauern die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach



Ablauf des letzten Zeitmonats weniger als einen (Zeit-) Monat, jedoch 14 Tage oder länger, sind die Kosten für eine Familienheimfahrt zu übernehmen.

Liegen in einem Monat Feiertage (z. B. Ostern, Weihnachten), so sollten die Familienheimfahrten so gelegt werden, dass die Leistungsberechtigten möglichst über die Feiertage nach Hause fahren.

Die Entscheidung über die Bewilligung von Familienheimfahrten obliegt grundsätzlich dem **Chefarzt der Rehabilitationseinrichtung**.

Die Familienheimfahrten sollten unter Einschluss eines Wochenendes oder in Verbindung mit Feiertagen durchgeführt werden und außer denjenigen an den Festtagen in der Regel drei Kalendertage einschließlich der Reisetage nicht überschreiten.

Besonderheiten gelten für **Entwöhnungsbehandlungen**: Die regelmäßige Höchstdauer kann um 1 bis 2 Tage überschritten werden, wenn der Leistungsberechtigte etwa 4 bis 6 Wochen vor der Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung eine Familienheimfahrt durchführt und dabei wegen der Sicherung des künftigen Arbeitsplatzes den Arbeitgeber aufsuchen will.

Erkrankt ein **Angehöriger lebensbedrohlich** oder wird eine Familienheimfahrt wegen des **Todes eines Angehörigen** erforderlich, werden hierfür die Kosten zusätzlich übernommen.

8. Besuchsfahrten von Angehörigen

Anstelle der Reisekosten für die zustehenden Familienheimfahrten können auch die Reisekosten für Fahrten eines Angehörigen vom Wohnort/Aufenthaltsort zum Rehabilitationsort des Leistungsberechtigten und zurück erstattet werden. Sie werden nicht erstattet, wenn ärztliche Bedenken gegen den Besuch bestehen.

Grundsätzlich werden die Fahrkosten einschließlich Verpflegungsgeld und Übernachtungsgeld erstattet, die dem Leistungsberechtigten anlässlich seiner Familienheimfahrten entstanden wären (*siehe Abschnitte 1 und 4*). Fahrpreisermäßigungen, die nur der Leistungsberechtigte hätte beanspruchen können, sind nicht zu berücksichtigen.

Bei Besuchsfahrten von Angehörigen, die aus **ärztlichen Gründen** erforderlich sind, gelten hinsichtlich der Erstattung von Verpflegungs- und Übernachtungsgeld die *Abschnitte 3 und 4* entsprechend.

Bei Besuchsfahrten von Angehörigen für Rehabilitationseinrichtungen, die **Entwöhnungsbehandlungen** durchführen, kann das jeweilige Verpflegungs- bzw. Übernachtungsgeld zusammen mit den Fahrkosten von der Rehabilitationseinrichtung sofort ausgezahlt werden. Ein besonderer Antrag des Leistungsberechtigten ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

Therapiebedingte Heimfahrten im Rahmen von Angehörigenseminaren und Realitätstrainings werden grundsätzlich auf die Familienheimfahrten bzw. Besuchsfahrten angerechnet.

9. Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

Haushaltshilfe wird geleistet, wenn

- ▶ wegen der Teilnahmen an der medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
- ▶ eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- ▶ im Haushalt ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Der Rentenversicherungsträger stellt keine Ersatzkräfte. Der Versicherte kann eine geeignete Person oder Stelle (örtlicher Caritasverband) um Beratung und Hilfe bitten.

Für **Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad** erstatten die Rentenversicherungsträger ausschließlich einen notwendigerweise entstandenen Nettoverdienstaufschlag (bis zur jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung) und erforderliche Fahrkosten.

Zu den Verwandten und Verschwägerten bis zum 2. Grad gehören die Eltern, weitere Kinder (einschließlich der ehelich erklärten und angenommenen), Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Schwiegereltern, die Großeltern und Enkelkinder und Geschwister des Ehegatten sowie Schwiegersöhne und Schwiegertöchter. Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie einer eheähnlichen Gemeinschaft sind den Verwandten bis zum 2. Grad gleichgestellt.

Gehört die **Ersatzkraft nicht zu den Verwandten bis zum 2. Grad**, können folgende Kosten erstattet werden:

- ▶ eine angemessene Vergütung für die Haushaltsweiterführung (bis zu 8,75 Euro pro Stunde oder bis zu 70 Euro pro Einsatztag (Wert für das Jahr 2014). Mit der Zahlung dieser Höchstbeträge sind alle Aufwendungen für Fahrkosten usw. abgegolten. Nicht übernommen werden Verpflegungskosten für das Kind.
- ▶ Alternativ: ein notwendigerweise entstandener Nettoverdienstaufschlag bis zur jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung und / oder die erforderlichen Fahrkosten.

Anstelle der Haushaltshilfe werden auf Antrag die Kosten für die **Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes** bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe übernommen, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes in dieser Weise sichergestellt ist.

Kosten für die **Betreuung der Kinder** des Leistungsempfängers können bis zu einem Betrag von 130 Euro je Kind und Monat übernommen werden, wenn sie durch die Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation unvermeidbar entstehen. Leistungen zur Kinderbetreuung werden nicht neben Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 erbracht.