

Berliner
Krebsgesellschaft e.V.

Durch Wissen zum Leben

Sozialleistungen

bei Krebserkrankungen



Impressum

Herausgeber:

Berliner Krebsgesellschaft e.V.
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Telefon (0 30) 2 83 24 00
Telefax (0 30) 2 82 41 36
info@berliner-krebsgesellschaft.de
www.berliner-krebsgesellschaft.de



Die Überarbeitung des Manuskripts
und der Druck der Broschüre wurden
mit Unterstützung der Techniker
Krankenkasse umgesetzt.

4. Auflage 2020, Berlin

Für die vorliegende vierte Auflage wurde der
Inhalt aktualisiert und umfassend ergänzt.

Der Ratgeber basiert auf einem von der Krebs-
gesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. 2010 zur
Verfügung gestellten Manuskript. Wir bedanken
uns für die Überlassung.

2

Autoren:

Claudia Mehlhorn (freiberufliche Dozentin)
Seite 7 bis 36

Dr. Bettina Jonas (MDK Berlin-Brandenburg e.V.)
Seite 37 bis 41

Dr. Katharina Graffmann-Weschke, Afife Varan
(AOK Pflegeakademie)
Seite 42 bis 64

Dipl.-Soz.päd. Ralf Rötten
(Berliner Krebsgesellschaft e.V.)
Seite 65 bis 92

Fotonachweis Umschlag:

© Fotolia.com

Die Rechte, insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie der
Übersetzung, sind geschützt. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie,
Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Berliner Krebs-
gesellschaft e.V. reproduziert werden.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen	7
1.1 Freie Arzt- und Krankenhauswahl, Tumorkonferenz, ärztliche Zweitmeinung zu Diagnose und Therapieverschl	7
1.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	9
1.3 Krankenhausbehandlung	13
1.4 Fahrtkosten	13
1.5 Häusliche Krankenpflege	15
1.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	18
1.7 Haushaltshilfe	19
1.8 Zuzahlungen und Belastungsgrenze	21
1.9 Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit	23
1.10 Übergang in die nachstationäre Versorgung	25
2. Medizinische Rehabilitation	27
2.1 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	27
2.2 Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	36
2.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining	37
3. Leistungen der Pflegeversicherung	41
3.1 Pflegeversicherung	41
3.2 Definition von Pflegebedürftigkeit	41
3.3 Antrag auf Pflegeleistungen	41
3.4 Pflegegrade	45
3.5 Leistungen bei Pflegegrad 1	46
3.6 Leistungen der häuslichen und ambulanten Pflege	47
3.7 Pflegegeld	47
3.8 Pflegesachleistung	48
3.9 Kombinationsleistung	49
3.10 Teilstationäre Pflege	50
3.11 Leistungen für stationäre Pflege	52
3.12 Verhinderungspflege	53
3.13 Kurzzeitpflege	54
3.14 Entlastungsbetrag	55
3.15 Gut zu wissen	58
3.16 Pflegehilfsmittel	58
3.17 Wohnungsanpassung und Wohnumfeldverbesserung	59

3

3.18	Rente für Pflegepersonen	60
3.19	Gesetzliche Unfallversicherung	60
3.20	Arbeitslosenversicherung	61
3.21	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	61
3.22	Familienpflegezeit	63
4.	Schwerbehinderung	65
4.1	Schwerbehinderung	65
4.2	Zuständigkeit und Antragstellung	66
4.3	Merkzeichen	68
4.4	Nachteilsausgleiche	69
4.5	Schwerbehindertenausweis	71
5.	Rückkehr in den Beruf	73
5.1	Stufenweise Wiedereingliederung	73
5.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)	74
5.3	Kostenträger	76
6.	Einkommensarten	78
6.1	Krankengeld	78
6.2	Wegfall des Krankengeldes	79
6.3	Abgestufte Erwerbsminderungsrente	82
6.4	Rente auf Zeit	84
6.5	Weitere Rentenarten	84
6.6	Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII ..	85
6.7	Härtefonds	87
7.	Palliative Versorgung	88
7.1	Was ist Palliativmedizin?	88
7.2	Betreuung von Patienten in der Sterbephase	89
7.3	Finanzierung der stationären palliativen Versorgung	90
7.4	Ambulante Hospizarbeit	90
7.5	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	91
8.	Anhang	93

Liebe Leserinnen und Leser,

eine Tumorerkrankung wirft nicht nur medizinische Fragen auf. Oft müssen kurzfristig auch sozial- und versicherungsrechtliche Angelegenheiten geklärt werden. Doch wer hilft weiter, wenn es um die Therapiekosten geht? Wer unterstützt bei der Beantragung einer Rehabilitation? Wie können sich Angehörige bei der Pflege helfen lassen? Welche Rechte hat man als Krebspatient am Arbeitsplatz? Wer kennt sich aus mit dem Thema Schwerbehinderung und in Rentenfragen? Es ist nicht einfach, sich in kürzester Zeit mit allen relevanten Regelungen vertraut zu machen und einen Überblick über Zuständigkeiten, Anträge und Fristen zu gewinnen.

Dieser Ratgeber soll Ihnen Orientierung bieten und Ansprechpartner vermitteln. Er beschreibt, welche Leistungen Kranken- und Pflegeversicherungen gewähren, welche Möglichkeiten der finanziellen Absicherung es gibt und welche anderen vielfältigen Hilfen im Krankheitsfall zur Verfügung stehen.

Wir empfehlen Ihnen, sich gleich zu Beginn Ihrer Therapie gut zu informieren und Hilfen rechtzeitig zu beantragen. Denn neben der medizinischen Versorgung trägt auch die finanzielle Absicherung wesentlich zum Erhalt Ihrer Lebensqualität bei.

Wichtig zu wissen: Alle Patienten der Kliniken haben Anspruch auf eine Beratung durch den Sozialdienst. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes haben die Aufgabe und das Ziel, Patienten und Angehörige bei der Bewältigung von persönlichen oder sozialen Problemen zu informieren, zu beraten und zu unterstützen. Weitere Ansprechpartner rund um die Themen Sozialleistungen, Selbsthilfe und psychosoziale Beratung in Berlin finden Sie im Anhang.

Ihre
Berliner Krebsgesellschaft e.V.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen sowie mitversicherte Familienangehörige haben Anspruch auf Kostenübernahme der Krankenbehandlung. Die Krankenbehandlung umfasst alle Maßnahmen, die notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung abzuwehren oder Beschwerden zu lindern (§ 2 i. V. m. § 11 SGB V). Die Krankenkassen sind auch Ansprechpartner für Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) und für die medizinische Rehabilitation (§§ 40 und 41 SGB V). Welche Kosten im Einzelnen für welche Leistungen übernommen werden, sollte mit der Krankenversicherung abgeklärt werden. Erste Informationen finden Sie in der Regel auf den Webseiten der Krankenkassen. Darüber hinaus haben die meisten Kassen zentrale Servicenummern oder Beratungsstellen vor Ort.

1.1 Freie Arzt- und Krankenhauswahl, Tumorkonferenz, ärztliche Zweitmeinung zu Diagnose und Therapieempfehlung

Grundsätzlich können Versicherte unter den Kassenärzten frei wählen (§ 76 SGB V), ebenso das Krankenhaus, in dem sie behandelt werden wollen. Es muss allerdings eine ärztliche Einweisung für das gewählte Krankenhaus vorliegen. „In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.“ Dies regelt § 73 Abs. 4 SGB V. Die Formulierung „in geeigneten Fällen“ impliziert, dass von dieser Regelung auch abgewichen werden kann. Allerdings muss es sich um ein Krankenhaus handeln, mit dem die Kassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Mit rund 180 Privatkliniken in Deutschland haben die Kassen keine Verträge – diese können daher auch nicht ausgesucht werden.

Diagnose- und Therapieempfehlungen werden heutzutage regelhaft von Tumorkonferenzen ausgesprochen, an der alle für Diagnostik und Therapie erforderlichen Experten beteiligt sind. Für Tumorzentren und zertifizierte Einrichtungen sind solche Tumorkonferenzen, bei denen die Patientenunterlagen vorgestellt und diskutiert werden, sogar verpflichtend. Fragen Sie nach, ob

Wichtiger Hinweis

In diesem Ratgeber wird das Leistungsspektrum von Krankenkassen, Pflegediensten, Rentenversicherungsträgern und anderen Institutionen für krebserkrankte Menschen vorgestellt. Der Ratgeber gibt den Rechtsstand Mai 2020 wieder.

Da diese Leistungen jedoch regelmäßig geändert werden, können die nachfolgenden Informationen – insbesondere zu finanziellen Leistungen – das Gespräch mit dem Sachbearbeiter der Krankenkasse, des Rentenversicherungsträgers oder des Sozialamtes nicht ersetzen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur das generische Maskulinum verwendet. Es sind aber stets Personen männlichen, weiblichen und diversen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Ihre Krankengeschichte in einer Tumorkonferenz vorgestellt werden kann. Wenn eine Krebsdiagnose gestellt und ein Therapievorschl ag unterbreitet wurde, besteht die Möglichkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Hierunter versteht man die Bewertung von Diagnose und Therapie durch einen zweiten, unabhängigen, bisher an der Betreuung des Patienten nicht beteiligten Arzt. Dies kann wichtig sein für die Einschätzung des Krankheitsstatus und die Beurteilung von Risiken oder Chancen einer medikamentösen Therapie oder eines operativen Eingriffs. Zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bieten sich onkologische Fachabteilungen in Krankenhäusern und Universitätskliniken an, andere auf Krebstherapie spezialisierte Zentren sowie niedergelassene Onkologen.

8

Jeder Patient hat das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung. Die Kosten werden aber nur für bestimmte Diagnosen von den Krankenkassen übernommen. Hierfür wurde   27 b im SGB V geschaffen, der seit dem 23.7.2015 in Kraft ist. Darin heißt es, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festzulegen hat, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht (  27 b Abs. 2 SGB V). Am 7.12.2018 ist die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL), die der G-BA erlassen hat, in Kraft getreten: www.g-ba.de/downloads/62-492-2044/Zm-RL_2019-11-22_iK-2020-02-20.pdf.

Ein Verzeichnis der Ärzte mit Genehmigung für eine Zweitmeinung finden Sie hier: www.116117.de/de/zweitmeinung.php.

Leider umfasst der Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung bei Redaktionsschluss (Mai 2020) nur drei Operationen (Mandelopoperationen, Geb rmutterentfernungen und arthroskopische Eingriffe an der Schulter). Krebspatienten haben keinen generellen Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Zweitmeinung. Allerdings erstatten einige gesetzliche und private Kassen die Kosten im Rahmen ihrer freiwilligen Satzungsleistungen. Jede Kasse kann selbst entscheiden, für welche Diagnosen sie die Kosten tragen will. Krebspatienten sollten daher auf jeden Fall mit ihrer Krankenversicherung klären, ob und unter welchen Voraussetzungen die Kasse die Kosten für eine Zweitmeinung übernimmt.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Patienten mit Prostata- oder Darmkrebs können eine zweite Meinung in einem Zentrum mit einer Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) einholen. Mehr dazu finden Sie hier <https://krebszweitmeinung.de>.

1.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei- und Verbandmittel

Generell übernimmt die Krankenkasse die Kosten für ärztlich verordnete apothekenpflichtige Arzneimittel und Verbandmittel sowie Harn- und Blutteststreifen in voller Höhe abzüglich der gesetzlich zu leistenden Zuzahlung (  31 SGB V). Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 % des Preises, mindestens aber 5 Euro, höchstens 10 Euro (  31 Abs. 3 SGB V). Die Mindestzuzahlung fällt erst ab einem Preis von 5,01 Euro an. Bei Mitteln, die weniger als 5 Euro kosten, wird anstelle der Zuzahlung der komplette Verkaufspreis erhoben.

9

Nach dem „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ (AWVG) wurden bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit. Diese können auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen eingesehen werden: www.gkv-spitzenverband.de. Unter dem Stichwort „Übersicht zahlungsbefreiter Arzneimittel“ finden Sie die Listen der letzten 12 Monate.

Weiterhin können Medikamente von Arzneimittelherstellern, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat (  130 a Abs. 8 SGB V), ganz oder teilweise zuzahlungsfrei abgegeben werden. Apotheken und Krankenkassen erteilen hierzu Auskunft.

Wurde für ein Arzneimittel ein Festbetrag festgesetzt (  35 SGB V), übernimmt die Krankenkasse lediglich die Kosten in Höhe des Festbetrages.  bersteigt das verordnete Medikament diesen Betrag, muss der Patient den Differenzbetrag begleichen. Eine Lösung könnten Medikamente mit gleichem Wirkstoff sein, die im Rahmen des Festbetrages liegen.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt (§ 34 SGB V). Konkret ausgeschlossen sind Bagatellarzneimittel wie Mittel gegen Erkältungskrankheiten, Abführmittel, Mittel gegen Reisekrankheit und andere.

Ausnahme: Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung von schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs als Therapiestandard gelten, können vom Arzt mit entsprechender medizinischer Begründung verordnet werden. Eine Übersicht ist im Internet unter www.g-ba.de/downloads/83-691-507/AM-RL-I-OTC-2018-11-09.pdf einsehbar.

Weitere Ausnahme: Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (endet einen Tag vor dem 12. Geburtstag) und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen (endet einen Tag vor dem 18. Geburtstag) sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente weiterhin auf Rezept erhältlich, sofern sie nicht anderweitig durch die Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen wurden (§ 34 Abs. 1 SGB V). Entwicklungsstörungen müssen vom (Kinder-)Arzt diagnostiziert werden (ICD-10-GM-2017, Code F80–F89).

Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, wurde im Digitalen Verordnungsgesetz (DVG) zum 1.3.2020 das „Wiederholungsrezept“ eingeführt. Das Gesetz sieht vor, dass für ein und dieselbe Verordnung eines Arzneimittels bis zu drei wiederholte Abgaben möglich sind (§ 31 Abs. 1b SGB V). Das Wiederholungsrezept muss gesondert gekennzeichnet werden. Die Gültigkeitsdauer muss vom Arzt festgelegt werden. Macht der Arzt keine Angabe, so ist die Gültigkeit auf drei Monate begrenzt. Bei Redaktionsschluss wurde diese Möglichkeit allerdings noch nicht durch genaue Vorschriften in die Praxis umgesetzt.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören Maßnahmen wie Physiotherapie (Lymphdrainage, Massagen, Wärmebehandlung, medizinische Bäder) sowie Logo- und Ergotherapie. Jeder gesetzlich Krankenversicherte hat grundsätzlich Anspruch auf Heilmittel, muss aber, wenn er das 18. Lebensjahr vollendet hat, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung leisten (§ 32 Abs. 2 SGB V).

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % vom Abgabepreis oder der Kosten der Anwendung (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro) sowie 10 Euro je Verordnung.

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls

Schwer chronisch kranke Patienten, die langfristig Heilmittelbehandlungen wie Physiotherapie oder Lymphdrainage benötigen, können sich diese Behandlungen von ihrer Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen lassen (§ 32 Abs. 1a SGB V).

Wenn Ihr Arzt eine langfristige Heilmittelbehandlung für sinnvoll hält, sollten Sie sich von ihm eine Bescheinigung darüber ausstellen lassen und bei Ihrer Krankenkasse einen entsprechenden Antrag auf Genehmigung stellen. Die Kasse muss innerhalb von drei Wochen über den Antrag entscheiden oder innerhalb von fünf Wochen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet werden muss (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Wenn die Krankenkasse die Therapie als „langfristigen Heilmittelbedarf“ genehmigt, fallen die Verordnungen nicht ins Praxisbudget. Dafür wird der Arzt mit hohen bürokratischen Auflagen konfrontiert. Wenn die Krankenkasse die langfristige Heilmittelbehandlung nicht genehmigt, belasten die Verordnungen in der Folge das Budget des verordnenden Arztes.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin rät Patienten, auf jeden Fall einen Antrag bei ihrer Krankenkasse zu stellen. Wenn die Kasse den Antrag genehmigt, sollte der Vertragsarzt die Genehmigung kopieren und erst dann eine Verordnung ausstellen. Im Falle einer Prüfung kann er die gesammelten Genehmigungen vorlegen, um sie aus seinem Praxisbudget herausrechnen zu lassen.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Hilfsmittel

Auch die Versorgung mit Hilfsmitteln, die den Erfolg der Behandlung sichern, eine Behinderung ausgleichen oder einer drohenden Behinderung vorbeugen, kann von der Krankenkasse übernommen werden (§ 33 SGB V). Dies geschieht entweder in Form eines Festpreises in Höhe von Vertragssätzen oder im Einzelfall auch nach Kostenvoranschlag.

Beispiele für Hilfsmittel sind Rollstühle, Gehhilfen, Hörhilfen, orthopädische Hilfen, Prothesen, auch Brustprothesen, Stomaartikel, Inkontinenzhilfen, Hilfen zur Kompressionstherapie oder Perücken.

Sehhilfen und Brillen werden nur für schwer sehbeeinträchtigte Menschen sowie für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Krankenkasse übernommen; Brillengestelle werden überhaupt nicht übernommen (§ 33 Abs. 2 SGB V).

Bei Hilfsmitteln, für die mit Vertragspartnern der Krankenkasse ein Festbetrag festgesetzt wurde, übernehmen die Kassen nur die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Sind die tatsächlichen Kosten höher als der Festbetrag, müssen Versicherte den Differenzbetrag selbst tragen (Restkosten als Eigenanteil, § 33 Abs. 6 und 7 SGB V). Wenn Sie dies vermeiden wollen, sollten Sie sich vorab die Vertragspartner der Krankenkasse nennen lassen. Die Kassen sind zur Auskunft verpflichtet. Hilfsmittel mit Festbetrag sind beispielsweise Inkontinenzhilfen, Stomaartikel und Hilfen zur Kompressionstherapie.

Die Krankenkassen haben auch die Möglichkeit, gebrauchte Hilfsmittel wie Rollstühle und Gehhilfen zur Verfügung zu stellen oder Hilfsmittel leihweise zu überlassen (§ 33 Abs. 5 SGB V).

Auch bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, so etwa Einlagen bei Inkontinenz, müssen Patienten 10 % des Packungspreises selbst zahlen, höchstens jedoch 10 Euro im Monat. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind von einer Zuzahlung für Hilfsmittel befreit (§ 33 Abs. 8 SGB V).

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

1.3 Krankenhausbehandlung

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten einer Krankenhausbehandlung in einer zugelassenen Vertragseinrichtung in Höhe der vereinbarten Vergütung mit dieser Einrichtung (§ 39 SGB V).

Darüber hinausgehende zusätzliche Kosten, etwa für eine Chefarztbehandlung oder Unterbringung in einem Zweibettzimmer, müssen vom Versicherten selbst getragen werden. Die Krankenhausbehandlung kann stationär, teilstationär, vor- und nachstationär oder ambulant erfolgen (§ 39 Abs. 1 SGB V).

Die Zuzahlung für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung beträgt 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren fällt keine Zuzahlung an. Zuzahlungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation, die in einem Kalenderjahr bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wurden, werden angerechnet (§ 39 Abs. 4 SGB V).

1.4 Fahrtkosten

Die Regelungen zu Fahrtkosten finden Sie im § 60 SGB V und in den Krankentransport-Richtlinien (KT-RL) auf der Website des G-BA www.g-ba.de/downloads/62-492-2054/KT-RL_2019-12-19_iK-2020-03-05.pdf.

Fahrten zur ambulanten Behandlung werden von den Krankenkassen nur in folgenden Fällen übernommen:

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Chemotherapie
- Fahrten zur Strahlentherapie

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

- Fahrten für mobilitätsbeeinträchtigte Personen: Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Fahrten von Personen mit Pflegegrad 3, 4 oder 5. Bei der Einstufung in den Pflegegrad 3 muss außerdem eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität bescheinigt werden. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe II eingestuft waren und seit 1.1.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

Die Kostenübernahme musste bis zum 31.12.2018 in allen Fällen vorher bei der Krankenkasse beantragt werden (§ 60 Abs. 1 SGB V). Seit dem 1.1.2019 gilt eine Vereinfachung (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz PpSG): Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte gelten mit Ausstellung der ärztlichen Verordnung als genehmigt (Genehmigungsfiktion im § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Die Genehmigungsfiktion gilt auch für Serienfahrten, wenn aus der Verordnung eindeutig hervorgeht, dass vom Versicherten die Voraussetzungen erfüllt werden. Liegt keine Mobilitätsbeeinträchtigung vor, muss die Kostenübernahme weiterhin von der Krankenkasse genehmigt werden.

Die Höhe der Zuzahlung bei medizinisch angeordneten Fahrten beträgt 10 % der Fahrtkosten, mindestens jedoch 5 Euro, höchstens 10 Euro pro einfache Fahrt, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Regelung gilt auch für Fahrten von Kindern und Jugendlichen (§ 60 Abs. 2 und § 61 SGB V).

Zuzahlungen bei Behandlungsserie

Bei mehr als zwei Fahrten im Zusammenhang mit stationären Behandlungen zahlen Versicherte für die erste und letzte Fahrt einen Teil der Kosten. Dies gilt auch für Fahrten im Zusammenhang mit stationsersetzenden ambulanten Operationen. Die Regelung, dass auch bei ambulanten Behandlungen (mehrere Zyklen Chemotherapie oder onkologische Bestrahlung

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

zum Beispiel) eine Zuzahlung nur für die erste Hin- und für die letzte Rückfahrt geleistet werden muss, gibt es nicht mehr. Allerdings verfahren einige Krankenkassen noch nach der alten Regelung.

Fahrtkosten bei Krankenhauswechsel: Wenn ein Patient aus medizinischen Gründen von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt werden muss, übernimmt die Krankenkasse die gesamten Fahrtkosten (§ 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V).

1.5 Häusliche Krankenpflege

Unter häuslicher Krankenpflege werden Pflegeleistungen verstanden, die in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Erkrankung stehen. Sie wird von der Krankenkasse bewilligt, wenn neben der ärztlichen Behandlung weitere gezielte medizinische und krankenschweflerische Betreuung durch einen Pflegedienst zu Hause erforderlich ist.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die häusliche Krankenpflege, wenn

- die Pflege ärztlich verordnet wurde, um die Sicherung der ärztlichen Behandlung zu gewährleisten (Sicherungspflege).
- eine schwere Krankheit oder eine Verschlimmerung der Krankheit vorliegt, besonders nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).
- eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist, etwa bei Bettenmangel, oder ein Krankenhausaufenthalt durch eine häusliche Versorgung vermieden oder verkürzt werden kann (Krankenhausvermeidungspflege).
- keine andere im Haushalt lebende Person den Patienten in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

In der häuslichen Krankenpflege werden folgende Bereiche unterschieden:

- **Grundpflege** – Hierunter fallen nichtmedizinische Leistungen wie Körperpflege, Ernährung, betten und lagern, Mobilität, Prophylaxen und die Förderung von Eigenständigkeit und Kommunikation.
- **Behandlungspflege** – Hierunter fallen medizinische Hilfeleistungen, die nicht vom Arzt erbracht werden, wie Injektionen, Verbandwechsel, Einreibungen, Spülungen, Verabreichen von Medikamenten und der Wechsel von Kompressionsstrümpfen.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** – Hierunter werden Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche verstanden.
- **Ambulante Palliativversorgung (§ 37 Abs. 2 b SGB V)**

Neben der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Katalog zur Abgrenzung von Behandlungs- und Grundpflege zur hauswirtschaftlichen Versorgung verabschiedet. Ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird von der Krankenkasse im Regelfall keine Grundpflege übernommen. Daher bezieht die Verordnung des Arztes immer auch die Behandlungspflege mit ein.

Aufgrund schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, besonders nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, besteht in Form der Unterstützungspflege Anspruch auf die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, soweit keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Anspruch besteht in diesen Fällen auch ohne die ansonsten in der häuslichen Krankenpflege notwendige Verordnung für medizinische Behandlungspflege.

Für Grundpflege ohne Behandlungspflege können unter bestimmten Voraussetzungen auch Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Die Krankenkassen vermitteln Pflegedienste, die eine verordnete Versorgung übernehmen. Wenn die Krankenkasse keine Pflegekraft stellen kann, übernimmt sie die Kosten für eine selbst beschaffte Hilfe in angemessener Höhe (§ 37 Abs. 4 SGB V). Dies muss jedoch unbedingt vorher mit der Krankenkasse abgesprochen und von ihr auch genehmigt werden!

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt werden Behandlungs- sowie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 28 Tagen pro Kalenderjahr bezahlt (Regelleistung), wenn dadurch der Krankenhausaufenthalt abgekürzt oder weitere Aufenthalte vermieden werden können. In medizinisch begründeten Fällen kann die Kostenübernahme für die „Krankenhausvermeidungspflege“ verlängert werden. Die Prüfung der Notwendigkeit erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Der Anspruch auf die Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege besteht für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit. Der Anspruch ist also so lange gegeben, wie dieser zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich und auch medizinisch indiziert ist.

Wenn ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt oder die zu pflegende Person bereits in einen Pflegegrad eingruppiert wurde, übernimmt die Krankenkasse die Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung nicht länger im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Zuständiger Kostenträger ist in diesem Fall die Pflegekasse mit Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Behandlungspflege wird jedoch weiterhin von der Krankenkasse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gezahlt.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

1.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Mit dieser Regelung soll die Versorgung von Patienten mit einer fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung verbessert werden. Diese Patienten haben einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung unabhängig davon, ob sie zu Hause leben, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einem Hospiz (§ 37 b Abs. 1 und Abs. 2 SGB V).

Die Leistung muss von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt verordnet werden. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Auch die Beratung, Anleitung und Begleitung des Patienten und der Angehörigen durch den behandelnden Arzt und andere Leistungserbringer werden vergütet. Die Leistungen werden ausschließlich von vertraglich gebundenen Einrichtungen und Personen, sogenannte Palliative-Care-Teams, erbracht (§ 132 d SGB V). Eine zeitliche Begrenzung wie in der sonstigen häuslichen Krankenpflege gibt es nicht (§ 37 Abs. 2 b Satz 2 SGB V).

Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung zu den Leistungen der Palliativversorgung bei ihrer Krankenkasse. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse gibt bei Bedarf auch Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Inanspruchnahme. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten auch über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, zum Beispiel mit einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Genauere Regelungen finden Sie in der SAPV-RL (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie),
www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf.

Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 Euro je Verordnung (§ 37 Abs. 5 SGB V).

1.7 Haushaltshilfe

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn

- aufgrund einer Krankheit oder eines Krankenhausaufenthalts oder einer Rehabilitationsmaßnahme der Haushalt nicht selbstständig weitergeführt werden kann und
- im Haushalt mindestens ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (bei einigen Krankenkassen liegt die Altersgrenze bei 14 Jahren) respektive behindert und auf Hilfe angewiesen ist und
- keine andere Person den Haushalt führen kann (§ 38 Abs. 1 SGB V).

Eine andere im Haushalt lebende Person wie zum Beispiel der Ehepartner oder ein älteres Kind ist nicht dazu verpflichtet, sich zwecks Weiterführung des Haushalts von seiner Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben zu lassen.

Die Haushaltshilfe wird als Regelleistung für 4 Wochen erbracht (§ 38 Abs. 1 SGB V). Es gibt aber auch die Möglichkeit einer Mehrleistung bezogen auf die Dauer und den Umfang der zu gewährenden Hilfe im Haushalt. Diese Mehrleistung kann jede Krankenkasse in ihrer Satzung festlegen (§ 38 Abs. 2 SGB V). Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das mit Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen (§ 38 Abs. 1 SGB V).

Einige Krankenkassen bieten auch eine Haushaltshilfe an, wenn im Haushalt weder ein Kind unter 12 Jahren noch ein behindertes Kind lebt. Es ist ratsam, die Kasse nach ihren Leistungskriterien zu fragen oder selbst in der Satzung der Krankenkasse nachzulesen.

Zuzahlung zu den Kosten für eine Haushaltshilfe

Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten pro Tag, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Krankenkasse selbst kann zur Gewährung einer Haushaltshilfe geeignete Personen anstellen (§ 132 SGB V). Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge abzuschließen. Macht sie das nicht oder besteht Grund, davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad werden grundsätzlich keine Kosten erstattet. Die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht. Die Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe muss mit der Krankenkasse vorab besprochen und von dieser auch genehmigt werden!

Haushaltshilfen sollten daher von den Krankenkassen vermittelt werden. Die Sozialämter geben auch Auskunft und vermitteln überdies geeignete Träger.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

1.8 Zuzahlungen und Belastungsgrenze

Zuzahlungen für Medikamente, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, Krankenhaus- oder Klinikaufenthalte sollten Sie sich immer von den Apotheken, Sanitätsfachgeschäften, Physiotherapeuten, Fahrdiensten, Krankenhäusern, Rehakliniken quittieren lassen. Die Quittungen belegen unter Umständen eine Überschreitung der Belastungsgrenze (s. folgenden Abschnitt) und das Vorliegen eines Härtefalles.

Versicherte müssen gemäß § 61 ff. SGB V Zuzahlungen leisten. Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, sind diese Zuzahlungen nur bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze zu leisten (§ 62 SGB V). Wird die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, stellt die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber aus, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind (Zuzahlungsbefreiung). Diese Befreiung müssen Sie unter Einreichung aller Originalbelege über geleistete Zuzahlungen bei Ihrer Krankenkasse beantragen. Die maximale jährliche Eigenbeteiligung liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens der Haushaltsmitglieder. Dieses sogenannte Familienbruttoeinkommen umfasst das Bruttoeinkommen des Versicherten und aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Sonderregel für chronisch Kranke

Bei anerkannter schwerwiegender chronischer Erkrankung eines Haushaltsmitglieds, das sich wegen dieser chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung befindet, beträgt die jährliche Eigenbeteiligung maximal 1 % des Bruttoeinkommens aller Mitglieder des Haushaltes.

Als schwerwiegend chronisch krank werden Personen eingestuft, die nachweisen können, dass sie im letzten Jahr wegen derselben Erkrankung wenigstens einmal im Quartal in ärztlicher Behandlung gewesen waren. Nähere Ausführungen finden Sie in der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Bei der Kasse muss als Nachweis

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

einer chronischen Erkrankung die **Chronikerbescheinigung** eingereicht werden. Auf dieser Bescheinigung bestätigt der Arzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Bis Dezember 2016 hielt jede Krankenkasse ein eigenes Formular vor. Zum 4. Quartal 2016 wurde ein einheitliches Formular („Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V“) entwickelt. Es wird nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Arztpraxen ausgegeben. Diese Bescheinigung muss jedes Jahr neu eingereicht werden, es sei denn, die Krankenkasse verzichtet auf einen erneuten Nachweis (§ 62 Abs. 1 SGB V).

Für chronisch kranke Versicherte, die nach dem 1.4.1972 geboren sind, kann sich die Belastungsgrenze von 1 % auf 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen verdoppeln, wenn sie die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Bei den Gesundheitsuntersuchungen handelt es sich im Wesentlichen um die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Welche Gesundheitsuntersuchungen „zwingend“ sind, definiert § 25 Abs. 1 SGB V und der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Die sogenannte Chroniker-Richtlinie konkretisiert, welche Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen werden müssen und welche nicht. Im Wesentlichen sind das die Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammografie), Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung gemäß § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen oder einer geistigen Behinderung sowie Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Sonderregel für Leistungsbeziehende nach dem SGB II („Hartz IV“ vom Jobcenter) oder SGB XII (Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt):

Bei Versicherten, die anhaltend Leistungen vom Jobcenter oder vom Sozialamt beziehen, wird das Einkommen pauschal festgesetzt (§ 62 Abs. 2 SGB V). Für die gesamte Bedarfsgemeinschaft wird als Einkommen

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

lediglich der Regelsatz für den sogenannten Haushaltsvorstand zugrunde gelegt. Bei einem Regelsatz von derzeit 432 Euro monatlich beträgt das Jahreseinkommen 5.184 Euro; 2 % davon sind 103,68 Euro (1 % = 51,84 Euro), die im Jahr zu zahlen sind. Damit müssen dann im Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zu diesem Betrag geleistet werden, unabhängig davon, welche Einkommensart (Rente, Krankengeld, Minijob) in der Bedarfsgemeinschaft vorliegt. Diese Werte verändern sich mit jeder Anpassung des Regelsatzes.

1.9 Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit

Wird ein Antrag auf Leistungen bei der Agentur für Arbeit (ALG I) bzw. beim Jobcenter (ALG II, auch „Hartz IV“ genannt) gestellt, muss die Krankenkasse des Antragstellers angegeben und eine Mitgliedsbescheinigung vorgelegt werden. Die Arbeitsagentur oder das Jobcenter melden die Pflichtversicherung der Krankenkasse und zahlen auch die monatlichen Mitgliedsbeiträge.

Ist eine arbeitslose Person privat krankenversichert, wird bei einer Bewilligung von ALG I anders verfahren als bei einer Bewilligung von ALG II.

Seit dem 1.1.2009 tritt bei der Bewilligung von ALG II für privat krankenversicherte arbeitslose Personen keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mehr ein (§ 5 Abs. 5a SGB V). Bei Leistungsbezug verbleibt man in der privaten Krankenversicherung; das Jobcenter gewährt einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (§ 26 SGB II) und überweist diesen Zuschuss dann direkt an die private Krankenversicherung. Der Zuschuss beläuft sich auf den Beitrag, den man zahlen müsste, wenn man in den Basistarif (BT) wechseln würde (§ 26 Abs. 1 SGB II), da jeder ALG-II-Bezieher die Möglichkeit hat, in diesen Tarif zu wechseln. In 2020 beträgt dieser gedeckelte Betrag für die Krankenversicherung monatlich nicht mehr als 367,97 Euro zuzüglich 71,48 Euro für die Pflegeversicherung. Beträge für Selbstbeteiligungen oder Leistungsausschlüsse oder nicht versicherte Leistungen im bisherigen

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Normaltarif werden vom Jobcenter nicht übernommen. Der Ausschluss der gesetzlichen Pflichtversicherung bei Bezug von ALG II greift auch für nicht krankenversicherte Antragsteller, die zuletzt privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V). Diese Personen können einen neuen Vertrag im Basistarif bei einer PKV-Kasse ihrer Wahl abschließen, müssen allerdings für die unversicherte Zeit hohe Prämienzuschläge zahlen, die das Jobcenter nicht übernimmt.

Bei Bezug von ALG II kann jederzeit in den Basistarif gewechselt werden. Der Basistarif der privaten Krankenversicherungen ist eine Art Grundtarif, der die privaten Krankenversicherungen dazu zwingt, Leistungen anzubieten, die mit denen der gesetzlichen Krankenversicherungen vergleichbar sind. Ein späterer Wechsel in den ursprünglichen Tarif etwa nach Beendigung des ALG-II-Bezuges ist allerdings nur unter großen Anstrengungen möglich.

Bei Bezug von ALG I besteht die Möglichkeit, in die gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), wenn man das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 6 Abs. 3a SGB V), oder sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V). Die Befreiung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich und sollte gut überlegt werden, denn sie lässt sich während des laufenden Bezuges nicht mehr rückgängig machen. Wenn eine Befreiung von der Versicherungspflicht vorliegt, dann zahlt die Arbeitsagentur höchstens die Beiträge, die sie unter normalen Umständen zu tragen hätte (§ 174 SGB III). Das ist in der Regel deutlich weniger als der Beitrag in der privaten Krankenversicherung.

Wechselt man bei ALG-I-Bezug von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung, zahlt die Arbeitsagentur die gesamten Beiträge an die Krankenkasse. Der privaten Krankenversicherung kann basierend auf einer Sonderregel gekündigt werden (§ 205 VVG).

Eine Erkrankung muss der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter unverzüglich gemeldet werden. ALG I wird für höchstens sechs Wochen weitergezahlt (§ 146 SGB III). Ist eine Person länger als sechs Wochen krank,

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

endet das ALG I und die Person muss einen Antrag auf Krankengeld bei der Krankenkasse stellen. Ist sie wieder gesund, muss das ALG I von Neuem beantragt werden (persönliche Arbeitslosmeldung).

ALG II wird bei Erkrankung in der Regel für sechs weitere Monate gewährt (§ 8 SGB II). Nach Ablauf der sechs Monate prüfen die meisten Jobcenter die grundsätzliche Erwerbsfähigkeit. Nur „Aufstocker“, das sind Personen mit einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder ALG-I-Bezug, haben bei parallelem ALG-II-Bezug nach sechs Wochen Erkrankung Anspruch auf Krankengeld.

1.10 Übergang in die nachstationäre Versorgung

Alle Krankenhäuser verfügen über einen klinischen Sozialdienst, der für die Einleitung der nachstationären Versorgung zuständig ist.

In einem Gespräch mit dem Sozialdienst können folgende Themen besprochen werden:

- Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation
- psychologische Unterstützung
- Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung
- Schwerbehinderung
- häusliche Pflege und hauswirtschaftliche Hilfe
- Pflegeübernahme in ambulante oder vollstationäre Einrichtungen und Sicherstellung der Pflegekontinuität

Der klinische Sozialdienst stellt für Patienten auch die notwendigen Anträge an entsprechende Leistungsträger, so etwa einen Antrag auf Anschlussheilbehandlung.

Bereits während des Krankenhausaufenthaltes sollten Sie einen Termin mit dem klinischen Sozialdienst vereinbaren, um im Gespräch den individuellen Bedarf an nachstationärer Unterstützung abzuklären. Die Einbeziehung von Angehörigen ist möglich.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Rehabilitationsleistungen werden von den Sozialversicherungsträgern, Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen erbracht.

Folgende Bereiche werden hierbei unterschieden:

- medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

26

2. Medizinische Rehabilitation

2.1 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (früher „Kur“ genannt) haben das Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, diese zu beseitigen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zu verhüten sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu mindern oder zu überwinden sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden.

Maßnahmen sind:

- die Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussrehabilitation (AR)
- onkologische Nachsorgeleistungen oder onkologische Rehabilitationsleistungen

Für Krebspatienten ist die medizinische Rehabilitation neben der Behandlung durch niedergelassene Ärzte und der Krankenhausbehandlung fester Teil der Behandlungskette. Alle operierten, strahlen- und chemotherapierten Patienten sollten eine Anschlussheilbehandlung oder eine Anschlussrehabilitation in Anspruch nehmen. Die medizinische Rehabilitation für Krebspatienten sieht die Behandlung krankheits- und/oder therapiebedingter Funktionseinschränkungen wie allgemeine Schwäche, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder auch psychischer Folgen vor. Aber auch die Stärkung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie Hilfe bei der Neuorientierung und der Rückkehr in den Lebens- und Berufsalltag gehören zur Anschlussheilbehandlung.

27

Zeitpunkt, Ort und Dauer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sollen unmittelbar an die Akutbehandlung der Krebserkrankung anschließen. Unmittelbar heißt, dass die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Behandlung angetreten werden sollte, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich (§ 32 Abs. 1 SGB VI). Eine Überschreitung der Frist kann daher nur in begründeten medizinischen Einzelfällen

und nach vorheriger Rücksprache mit dem Kostenträger erfolgen (z. B. bei starken Beschwerden im Zusammenhang mit einer Bestrahlung). Darüber hinausgehende Fristverlängerungen sind grundsätzlich möglich und werden in besonderen Einzelfällen gewährt. Die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation kann ganztägig ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen.

Bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird der Rehabilitand in einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung untergebracht und erhält dort die erforderlichen Therapien. Im Gegensatz hierzu wird eine ganztägig ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung durchgeführt. Die Therapien werden von Montag bis Freitag durchgeführt, eine Unterbringung erfolgt nicht. Die meisten Einrichtungen bieten einen Transportdienst an. Die Dauer der Anschlussrehabilitation beträgt drei Wochen und kann in einigen Fällen verlängert werden.

Beantragung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Die Wege für die Beantragung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen unterscheiden sich hinsichtlich der Art des Rehabilitationsverfahrens (Anschlussrehabilitation, onkologische Rehabilitation) und des Kostenträgers. Im Folgenden wird als erstes die Beantragung einer Anschlussrehabilitation erläutert und anschließend erklärt, wie onkologische Rehabilitationsmaßnahmen beantragt werden müssen.

Beantragung einer Anschlussrehabilitation

Kostenträger für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei gesetzlich versicherter Patienten sind die Rentenversicherungsträger (§ 15 SGB VI) und die Krankenkassen (§ 40 SGB V).

Für eine Bewilligung müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es muss eine bösartige Krebserkrankung bestehen. Wenn Krebsvorstufen oder ein Carcinoma in situ (feingeweblicher Befund eines frühen bösartigen Tumors ohne wucherndes Wachstum) vorliegen, kann die Leistung im Einzelfall erbracht werden.
- Die Akutbehandlung muss abgeschlossen sein. Die medikamentöse Behandlung kann auch in der Rehabilitationsklinik fortgeführt werden. Sehr belastende Chemotherapien sollten jedoch vor dem Antritt der Maßnahme abgeschlossen sein.
- Der Patient muss rehabilitationsfähig, das heißt angemessen belastbar sein, damit er aktiv an der Rehabilitation mitwirken kann. Das ist vor allem dann von Bedeutung, wenn eine ambulante Rehabilitation durchgeführt werden soll.
- Der Patient muss reisefähig und in der Lage sein, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem eigenen Pkw die Rehabilitationsklinik zu erreichen (kein Krankentransport). Einige Rehabilitationskliniken bieten Fahrdienste in Kleinbussen an, meist in einem festgelegten Umkreis.

Wer stellt wann den Antrag?

Die Anschlussrehabilitation muss von den Ärzten und dem Sozialdienst des behandelnden Krankenhauses eingeleitet werden. Antragsteller ist aber der Rehabilitand. Der Arzt ist jedoch dafür zuständig, die gegebenen Voraussetzungen zu prüfen und eine Empfehlung über die Notwendigkeit einer Anschlussrehabilitation auszusprechen.

Wenn die Akutbehandlung in einer onkologischen oder strahlentherapeutischen ambulanten Praxis durchgeführt wird, kann in Ausnahmefällen auch der niedergelassene Arzt die Antragstellung für eine Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation einleiten.

Wie wird der Antrag gestellt?

Die Anschlussrehabilitation wird mit speziellen Antragsformularen beantragt, die dem klinischen Sozialdienst vorliegen oder im Internet von der Webpräsenz der Rentenversicherung heruntergeladen werden können. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>

Der ärztliche Befundbericht sollte, wenn es möglich ist, ausführliche Angaben zur Krebserkrankung und ihrer Behandlung sowie zu entstandenen Behinderungen und Beeinträchtigungen des Patienten beinhalten. Der Antrag mit persönlichen und versicherungsrechtlichen Angaben muss vom Patienten selbst unterschrieben werden.

Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung

Die Entscheidung, in welcher Rehabilitationseinrichtung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird, trifft der Kostenträger. Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen wird berechtigten Wünschen des Leistungsempfängers entsprochen (Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX).

Um optimale Rehabilitationserfolge zu erzielen, sollte das Vorliegen weiterer Erkrankungen und Behinderungen bei der Auswahl der Klinik berücksichtigt werden.

Der klinische Sozialdienst berät Sie zu möglichen Rehabilitationseinrichtungen und hält Informationsmaterialien bereit.

Antragstellung

Für die Antragstellung können mehrere Adressaten infrage kommen:

- a) Für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg oder der Deutschen Rentenversicherung oder der Knappschaft-Bahn-

See: Der Antrag wird vom klinischen Sozialdienst direkt an den jeweiligen Rentenversicherungsträger geschickt. Dieser entscheidet über den Antrag und wählt eine geeignete Rehabilitationseinrichtung für den Versicherten aus. Wunschkliniken können auf dem Antrag angegeben werden.

- b) Für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund: Es erfolgt eine Direktanmeldung in einer vom Patienten ausgewählten Vertragsklinik durch den klinischen Sozialdienst. Diese Rehabilitationseinrichtung prüft den Antrag und leitet ihn zur Bewilligung an die Deutsche Rentenversicherung Bund weiter. In der berufsständischen Versorgung können andere Regeln gelten, bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Versorgungsträger.

- c) In der berufsständischen Versorgung (Versorgungswerke für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Architekten, Steuerberater, Rechtsanwälte/Notare) gehören Rehabilitationsleistungen, anders als bei der gesetzlichen Rentenversicherung, nicht zum gesetzlich vorgeschriebenen Leistungskatalog. Gleichwohl sehen die meisten berufsständischen Versorgungswerke Rehabilitationsleistungen vor. Unterstützt werden meist ambulante und stationäre Maßnahmen zur Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit. Ziel der Förderung, die unter dem Motto „Reha vor Rente“ steht, ist die Vermeidung von Berufsunfähigkeit. Für Anschlussrehabilitationen werden in der Regel keine Leistungen gewährt, da es sich um Krankenversicherungsleistungen handelt und die Versorgungswerke lediglich die Altersvorsorge absichern.

- d) Wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei der Rentenversicherung nicht erfüllt sind, kann die Antragstellung auch bei der Krankenkasse erfolgen (§ 40 SGB V). Diese prüft und bewilligt den Antrag und wählt eine passende Rehabilitationseinrichtung für den Patienten aus. Auch hier greift das Wunsch- und Wahlrecht gem. § 8 SGB IX bei der Wahl einer Rehabilitationseinrichtung. Die Krankenkasse muss allerdings einen Vertrag mit der gewünschten Reha-Klinik haben.

Beantragung einer Anschlussrehabilitation von Privatversicherten, Beamten und Pensionären

Privat versicherte Patienten ohne versicherungsrechtlichen Anspruch auf eine Anschlussrehabilitation bei der gesetzlichen Rentenversicherung stellen den Antrag bei ihrer privaten Krankenversicherung.

Beamte oder Pensionäre beantragen die Kostenübernahme der Anschlussrehabilitation bei ihrer zuständigen Beihilfestelle und bei ihrer privaten Krankenversicherung.

Private Krankenversicherungen übernehmen Anschlussrehabilitationen immer dann problemlos, wenn ein „Kurtarif“ vertraglich vereinbart wurde oder wenn der stationäre Tarif derartige Leistungen einschließt. Ist dies nicht der Fall, übernehmen die privaten Krankenversicherungen bei bestimmten Diagnosen (dazu zählen bösartige Erkrankungen) nur auf freiwilliger Basis die Kosten. Es besteht also kein Rechtsanspruch, kompensatorisch trifft die private Krankenkasse eine individuelle Kulanzentscheidung.

Wichtig!

Ein Rezidiv – erneutes Auftreten eines Tumors nach vorheriger Behandlung – wird rehabilitationsrechtlich wie eine Neuerkrankung betrachtet. Daher besteht regulär erneuter Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation, unabhängig davon, ob eine solche Maßnahme bereits bei Ersterkrankung in Anspruch genommen wurde (§ 1 der CA-Richtlinien).

32

Beantragung weiterer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Onkologische Nachsorgeleistungen (früher auch Nach- und Festigungskuren genannt) können bis zum Ablauf eines Jahres nach der beendeten Akutbehandlung vom Rentenversicherungsträger gewährt werden (§ 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI). Wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen oder Therapiefolgen vorliegen, können bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Akutbehandlung weitere Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden.

Im Gegensatz zur Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation besteht jedoch kein gesetzlicher Anspruch auf weitere Rehabilitationsmaßnahmen. Die Antragsbegründung sollte auf den „Erhalt der Leistungsfähigkeit“ oder auf die „Verbesserung der Leistungsfähigkeit“ abzielen. Bei Rentnern kann als Ziel der Rehabilitationsmaßnahme „die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität“ formuliert werden.

Der behandelnde Arzt sollte die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation in dem ärztlichen Befundbericht ausführlich begründen und so das Risiko einer Ablehnung herabsetzen. Sie sollten Ihren Arzt ausdrücklich darum bitten!

Wenn Sie weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahmen beantragen wollen, dann können Sie sich auch von den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation der Renten- und Krankenversicherung, den Beratungsstellen für Menschen mit Krebs der Bezirksämter oder der Berliner Krebsgesellschaft beraten lassen.

33

Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme

Ihr zuständiger Versicherungsträger trägt die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen. Außerdem werden die Reisekosten (§ 73 SGB IX), d. h. die Kosten für Fahrten zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung, in Höhe der ÖPNV-Tarife erstattet. Wenn Sie mit Ihrem privaten Pkw fahren, wird Ihnen eine Entfernungspauschale gezahlt.

Zuzahlungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

Auch für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen fallen Zuzahlungen an, deren Höhe vom Kostenträger der Maßnahme abhängt.

Zuzahlungen bei Maßnahmen zu Lasten der Rentenversicherung (§ 32 SGB VI, Stand 2020)

- Anschlussrehabilitation stationär: maximal 14 Tage x 10 Euro* (auch wenn die Reha länger dauert)
- Anschlussrehabilitation ambulant: keine Zuzahlung

Für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen

- stationär: 10 Euro pro Tag der Maßnahme*, längstens jedoch für 42 Tage im Kalenderjahr
- ambulant: keine Zuzahlung

Einkommensgrenzen für Zuzahlungen bei der Antragstellung im Kalenderjahr 2020

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag
bis 1.275,00 Euro	keine Zuzahlung
ab 1.275,00 Euro	5,00 Euro pro Tag
ab 1.301,40 Euro	6,00 Euro pro Tag
ab 1.528,80 Euro	7,00 Euro pro Tag
ab 1.656,20 Euro	8,00 Euro pro Tag
ab 1.783,60 Euro	9,00 Euro pro Tag
ab 1.911,00 Euro	10,00 Euro pro Tag

Quelle: DRV 2020

In Abhängigkeit vom monatlichen Nettoeinkommen kann eine teilweise oder vollständige Befreiung von der Zuzahlung erfolgen. Die Zuzahlungsbefreiung muss bei der Deutschen Rentenversicherung beantragt werden. Diese überprüft, ob die Zuzahlung eine unzumutbare Belastung darstellt. Dem Antrag müssen eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung wie ein Rentenbescheid und, wenn vorhanden, auch Hinzuverdienstbescheinigungen angehängt werden.

Haben Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder beziehen Sie während der Rehabilitation Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, so brauchen Sie keine Zuzahlung zu leisten.

Zuzahlungen bei Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung (§ 40 SGB V)

- Anschlussrehabilitation stationär und ambulant: 28 Tage x 10 Euro*

Für sonstige ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen:

- Pro Tag der Maßnahme 10 Euro ohne zeitliche Begrenzung. Dauert eine ambulante medizinische Rehabilitation aus medizinischen Gründen länger als 42 Tage, ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Gleiches gilt für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die länger als sechs Wochen dauert. Dabei werden Zuzahlungen zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie zu Krankenhausaufenthalten angerechnet, die im selben Kalenderjahr an den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse geleistet wurden.

Die Zuzahlungen für die medizinische Rehabilitation sind bis zur Belastungsgrenze für alle Zuzahlungen zu leisten, auch wenn Sie Leistungen vom Jobcenter oder vom Sozialamt empfangen. Die Zuzahlungen für Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung werden angerechnet und bei der Entscheidung wird außerdem berücksichtigt, ob Sie die Belastungsgrenze erreicht haben. Heben Sie deshalb alle entsprechenden Quittungen auf.

* Im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte werden in diesen Fällen angerechnet.

2.2 Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Haushaltshilfe

Wird während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme eine Haushaltshilfe zur Fortführung des Haushalts benötigt, übernimmt der Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme auf Antrag auch die Kosten für eine Haushaltshilfe (§ 74 SGB IX). Die Leistung muss vorher beantragt werden. Das Formular finden Sie unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>.

Mitnahme und Unterbringung von Kindern

- 36 Die Leistung „Haushaltshilfe“ soll die Weiterführung des Haushaltes absichern, dazu kann auch Kinderbetreuung gehören. Allerdings deckt die Leistung „Haushaltshilfe“ nicht regelhaft die Rund-um-die-Uhr-Betreuung eines Kindes ab. Deshalb ist in Einzelfällen und nur nach Absprache mit dem Kostenträger und der Rehabilitationsklinik auch die Aufnahme von minderjährigen Kindern möglich.

Die Kosten für die Aufnahme oder eine anderweitige Unterbringung des Kindes (§ 74 (2) SGB IX) und für Kinderbetreuungskosten (§ 74 (3) SGB IX, höchstens 160 Euro mtl.) müssen von den Rehabilitationsträgern getragen werden. Die Leistung muss beantragt und bewilligt werden.

Das Formular finden Sie unter:
<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>.

Familienorientierte Rehabilitationsmaßnahmen

Sollte für eine Maßnahme eine Begleitperson erforderlich sein, wie bei Kindern mit Krebserkrankung, und der Medizinische Dienst der Krankenkassen bestätigt diese Notwendigkeit, werden auch Maßnahmen im Rahmen einer „Familientherapie“ übernommen. Für die Begleitpersonen fallen keine Zuzahlungen an.

2.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining

In der Nachsorge von Krebserkrankungen haben der Rehabilitationssport und die Bewegungstherapie einen festen Platz. Die Mediziner empfehlen körperliche Bewegung oder leichten Sport mit dem Ziel, die Bewegungsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen und krankheits- oder therapiebedingte körperliche Beeinträchtigungen auszugleichen. Im Fokus steht hier die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Ziel ist es, die Betroffenen anzuleiten und zum eigenständigen Training anzuregen.

Nach Abschluss einer Rehabilitationsleistung bieten Krankenkassen und Rentenversicherungsträger als ergänzende Leistung Rehabilitationssport oder Funktionstraining an (§ 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX, § 43 Abs. 1 SGB V, § 28 SGB VI). Über die Notwendigkeit entscheiden die Ärzte der behandelnden Rehabilitationsklinik. Sie stellen auch eine entsprechende Verordnung für Rehabilitationssport aus.

Rehabilitationssport ist ganzheitlich orientiert. In Gruppen mit anderen Krebspatienten werden Beweglichkeit, Ausdauer, Koordination, Kraft und das Selbstbewusstsein verbessert. Zu den Rehabilitationssportarten gehören Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele. Rehabilitationssportgruppen werden von ausgebildeten Übungsleitern angeleitet, die verpflichtet sind, sich regelmäßig in ihrem Fach fortzubilden.

Adressen von Sportgruppen können Sie bei den Krankenkassen, beim Behinderten-Sportverband Berlin, beim Landessportbund Berlin oder bei der Berliner Krebsgesellschaft erhalten. Die Sportverbände bieten auch Rehabilitationssport innerhalb von Sportvereinen an. Spezielle Krebsportgruppen finden Sie auch auf den Webseiten des Landessportbundes und im „Wegweiser für Krebsbetroffene in Berlin“ der Berliner Krebsgesellschaft unter www.berliner-krebsgesellschaft.de/krebswegweiser/?no_cache=1.

Beim Funktionstraining wird vor allem Krankengymnastik und Ergotherapie angewendet, um gezielt Körperpartien wie Muskeln oder Gelenke zu behandeln. Angezeigt ist das Training bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane. Zu den Funktionstrainingsarten zählen die Trockengymnastik und die Wassergymnastik. Über die örtlichen Angebote geben auch die Krankenkassen Auskunft.

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Stellt der Arzt während der Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik fest, dass der Rehabilitand von Rehabilitationssport profitieren würde, sollte er in seinem Abschlussbericht eine entsprechende Empfehlung aussprechen. Der weiterbehandelnde Arzt muss jedoch dem Rehabilitationssport oder auch Funktionstraining zustimmen und eine entsprechende ärztliche Verordnung ausstellen. Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt. In der entsprechenden ärztlichen Verordnung sollten Diagnose, Gründe und Ziele, Dauer und Anzahl der notwendigen Übungseinheiten sowie eine Empfehlung einer Sportart genannt werden.

Hierzu gibt es spezielle Unterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Der „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ (auch „Muster 56“ genannt: http://www.kbv.de/media/sp/Muster_56.pdf.) kann im Gegensatz zu Rezepten für die Physio- oder Ergotherapie unabhängig vom Quartalsbudget des verordnenden Arztes gestellt werden. Rehabilitations-sport und Funktionstraining können jedoch nicht gleichzeitig verordnet

werden. Vor Beginn der Maßnahme muss sich der Versicherte durch Einreichen des Antrages die Genehmigung der Krankenkasse einholen. Viele Kassen verlangen bei der Einreichung des Antrages bereits die Nennung eines konkreten Angebotes. Nach der Genehmigung muss mit der Maßnahme innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der medizinischen Rehabilitationsleistung begonnen werden, ansonsten erlischt die Kosten-zusage. Ein Einstieg in laufende Angebote ist in der Regel möglich.

Wird das Verfahren nicht von der Rehabilitationsklinik angestoßen, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden niedergelassenen Arzt vor Ort. Dieser kann die Maßnahme ebenfalls einleiten.

An den Kosten für Rehabilitationssport und Funktionstraining beteiligen sich entweder Ihre Krankenkasse oder Ihr Rentenversicherungsträger wie folgt:

- Ist die Krankenkasse der Träger der Maßnahme: 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten; bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten.
- Ist die Rentenversicherung Träger der Maßnahme: sechs Monate, längstens 12 Monate bei medizinischer Erforderlichkeit. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Ende der medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden.

Wurden alle Übungseinheiten wahrgenommen, kann der behandelnde Arzt eine Folgeverordnung ausstellen. Das ist jedoch nur möglich, wenn die Motivation zur langfristigen Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht gegeben ist.

Tipp

Wird Ihre Folgeberordnung durch den entsprechenden Kostenträger abgelehnt, dann fragen Sie ruhig nach dem Grund der Ablehnung. Häufig lassen sich die Probleme, die zu einer Ablehnung geführt haben, durch ein Gespräch lösen. Bleibt es aber dabei, denken Sie alternativ über eine Mitgliedschaft in einem Verein nach. Nach Zahlung eines Mitgliedsbeitrages können Sie den Sport in Ihrer Gruppe auch ohne Verordnung weiter ausüben.

3.1 Pflegeversicherung

Seit 1995 gibt es die Pflegeversicherung. Gesetzliche Grundlage der Pflegeversicherung ist das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Die Pflegekassen sind der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse angegliedert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Pflegeversicherung übernimmt Leistungen für die häusliche, teilstationäre und seit 1996 auch für die vollstationäre Pflege.

3.2 Definition von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Damit ein Versicherter der sozialen Pflegeversicherung einen Leistungsanspruch realisieren kann, muss ein Hilfebedarf, der eine Einstufung in einen Pflegegrad rechtfertigt, auf Dauer bestehen. Auf Dauer besteht ein Hilfebedarf dann, wenn dieser voraussichtlich für mindestens sechs Monate gegeben ist. Die Dauerhaftigkeit wird aber auch festgestellt, wenn die voraussichtlich verbleibende Lebensspanne keine sechs Monate mehr beträgt.

3.3 Antrag auf Pflegeleistungen

Als Grundvoraussetzung, dass Leistungen nach dem SGB XI bezogen werden können, ist das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses erforderlich. Außerdem muss eine Mindestversicherungszeit in der sozialen

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegeversicherung bestehen, bis die Leistungsgewährung erfolgen kann. Die erforderliche Vorversicherungszeit für den Anspruch auf Pflegeleistungen ist in § 33 Abs. 2 SGB XI geregelt. Danach besteht ein Anspruch auf Pflegeleistungen dann, wenn der Versicherten vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in den letzten zehn Jahren Mitglied oder familienversichert war.

Die Pflegekassen sind bei den Krankenkassen angesiedelt und für die Leistungen der Pflegeversicherung zuständig. Alle Leistungen müssen dort beantragt werden. Anträge für Pflegeleistungen erhalten sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse. Pflegegeld wird bei Genehmigung mit der ersten Überweisung rückwirkend ab dem Tag der Antragstellung im Vormonat nachgezahlt.

42

Bei der Antragstellung sollten Sie neben der Grunderkrankung die wesentlichen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit angeben und Ärzte nennen, die über Ihre gesundheitlichen Probleme informiert sind. Den Antrag sollten Sie auch mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen, damit dieser in seinen Befundberichten die Auswirkungen Ihrer Erkrankung detailliert darstellt. Weitere ärztliche Unterlagen wie den Abschlussbericht der Rehabilitation oder den Krankenhausentlassungsbericht können Sie mit dem Antrag einreichen. Nennen Sie Ihrer Pflegekasse auch den Namen Ihrer Pflegeperson sowie den Namen des gesetzlich Bevollmächtigten.

Wenn Sie Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, helfen Ihnen die Mitarbeiter der Pflegeberatungsstellen oder Pflegestützpunkte sowie der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen. Mitarbeiter der Pflegeberatungsstellen beraten Sie auch zu Hause und informieren Sie über Pflegeangebote und Pflegeeinrichtungen an Ihrem Wohnort.

Feststellung des Pflegegrades

Ob und in welchem Ausmaß jemand pflegebedürftig ist, stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) fest. Er tritt als Beratungs- und Begutachtungsdienst für alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Nach Beantragung eines Pflegegrades beauftragt die Pflegekasse den MDK mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Durch die Begutachtung soll geklärt werden, welche medizinischen und pflegerischen Probleme bestehen und wie die pflegebedürftige Person versorgt wird. Es werden auch vorliegende Befunde von den behandelnden Ärzten berücksichtigt.

Bisher galten Menschen als pflegebedürftig, wenn sie aufgrund körperlicher Einschränkungen Unterstützung benötigten. Geistige oder psychische Beeinträchtigungen wurden dabei kaum berücksichtigt. Mit den Pflegestärkungsgesetzen von 2017 wurde diese Ungleichbehandlung schrittweise bis zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgehoben. Der Anspruch auf Pflegeleistungen ist nunmehr unabhängig von der Art der Beeinträchtigung.

Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist nun entscheidend, wie gut eine Person den Alltag allein bewältigen kann und wobei sie Unterstützung benötigt. Den Pflegegrad bestimmen jetzt die noch vorhandenen Fähigkeiten der Betroffenen, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen. Der Pflegebedürftige rückt also in den Mittelpunkt.

43

Zur Einschätzung des Grades der Pflegebedürftigkeit dient das „Neue Begutachtungsassessment“ (NBA). Es gliedert sich in sechs relevante Module. Sie werden unterschiedlich gewichtet.

1. Modul: Mobilität (10 %)

In diesem Bereich wird überprüft, ob eine Person ohne Unterstützung in der Lage ist, eine Körperhaltung einzunehmen, eine Körperhaltung zu wechseln und sich fortzubewegen. Kann sich also die Person selbstständig im Bett umdrehen, aufstehen und von einem Zimmer ins andere gehen?

2. Modul: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 %)

In diesem Bereich kommt es zu einer ausschließlichen Berücksichtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und Aktivitäten. Kann sich

3. Leistungen der Pflegeversicherung

also die Person örtlich und zeitlich zurechtfinden, Informationen verstehen, Entscheidungen treffen und Bedürfnisse mitteilen?

3. Modul: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 %)

In diesem Bereich werden immer wieder auftretende Verhaltensweisen und psychische Problemlagen berücksichtigt, welche eine personelle Unterstützung benötigen. Diese müssen Folge von Gesundheitsproblemen sein. Zentrale Frage ist in diesem Bereich, inwieweit der Versicherte sein Verhalten selbst steuern kann, zum Beispiel bei Angstzuständen oder nächtlicher Unruhe.

4. Modul: Selbstversorgung (40 %)

In diesem Bereich wird der Grad der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen wie Körperpflege, Sichankleiden, Nahrungsaufnahme beurteilt.

44 5. Modul: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)

In diesem Bereich ist relevant, ob die Person ärztlich verordnete Maßnahmen allein anwenden kann.

6. Modul: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

In diesem Bereich ist relevant, ob die Person selbstständig ihren Tagesablauf gestalten und Kontakte pflegen kann.

Für jeden Bereich gibt es viele Einzelfragen, mit denen Punktwerte ermittelt, anschließend gewichtet und zusammengezählt werden. Maßgeblich für die Festlegung des Pflegegrades sind die Anzahl der gewichteten Punkte.

Bei der Begutachtung wird auch festgestellt, welche Hilfsmittel, rehabilitativen oder vorbeugenden Maßnahmen helfen könnten. Die antragstellende Person erhält den Bescheid über die Leistungen und das MDK-Gutachten von der Pflegekasse.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Sie haben die Möglichkeit, gegen die Entscheidung der Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Wenn sich der Pflegeaufwand im Laufe der Zeit erhöht, können Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung stellen. Es wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren durch den MDK nötig, das als Wiederholungsgutachten bezeichnet wird.

3.4 Pflegegrade

Die Pflegegrade beschreiben den Grad der Selbstständigkeit bzw. den Umfang des Hilfebedarfs und werden anhand des vom MDK erstellten Gutachtens von der Pflegekasse festgelegt.

Dabei gilt: Je höher der Pflegegrad, desto mehr ist der Mensch in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt.

45

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 12,5 bis < 27 Punkte)

Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis < 47,5 Punkte)

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis < 70 Punkte)

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis < 90 Punkte)

Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Pflegegrad. Einen Überblick über die Leistungen erhalten Sie auf Seite 46 ff.

Wie kann man sich auf den Hausbesuch vorbereiten?

Damit der Gutachter des MDK sich ein Bild von dem ständigen Hilfebedarf machen kann und in seiner Beurteilung nicht allein auf den Eindruck der tagesaktuellen Verfassung des Kranken angewiesen ist, sollten Sie sich vorab überlegen, welche Verrichtungen im Alltag besondere Schwierigkeiten bereiten und welche nicht. Sie sollten außerdem den Arzt- und Krankenhausbericht bereitlegen sowie den Medikamentenplan. Falls Sie schon mit einem Pflegedienst zusammenarbeiten, zeigen Sie dem Gutachter die Pflegedokumentation.

Diejenigen, die die persönliche Situation des Pflegebedürftigen besonders gut kennen, sollten beim Hausbesuch unbedingt anwesend sein. Wenn es einen gesetzlichen Betreuer gibt, sollte auch dieser über den Begutachtungstermin informiert werden. So kann sich der Gutachter ein umfassendes Bild von der Pflegesituation machen.

3.5 Leistungen bei Pflegegrad 1

Pflegegrad 1 und entsprechende Leistungen können Versicherte erhalten, denen Gutachter des MDK eine „geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ nachweisen. Er wurde zum 1. Januar 2017 eingeführt und unterscheidet sich von den Leistungen der anderen Pflegegrade.

Welche Vorteile bringt der Pflegegrad 1?

Mit dem Pflegegrad 1 ist es mehr Menschen möglich, als pflegebedürftig eingestuft zu werden. Folgende Vorteile haben Sie mit einem Pflegegrad 1:

Finanzielle Erleichterungen: Auch wenn die finanziellen Leistungen nicht zu vergleichen sind mit den Pflegegraden 2 bis 5, so sollen diese Leistungen doch eine Erleichterung darstellen. So kann zum Beispiel mit dem Entlastungsbetrag eine Haushaltshilfe oder eine Beschäftigungstherapie oder einfach eine Alltagsbegleitung für ein paar Stunden im Monat finanziert werden. Monatlich erhalten Sie 125 Euro Entlastungsleistungen.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: Pro Maßnahme stehen Ihnen bis zu 4.000 Euro zu. Gerade behindertengerechte Umbauten oder der Einbau eines Treppenlifts können sehr viel Geld kosten. Aber nicht nur die großen Umbauten können damit finanziell unterstützt werden, sondern auch kleinere Umbaumaßnahmen, und ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung, falls dies erforderlich ist.

Pflegehilfsmittel: Zu den Pflegehilfsmitteln gehören Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel für die Hände und Gegenstände, Mundschutz, Fingerlinge, Schutzschürzen. Regelmäßige Beratungen und Pflegekurse zählen auch dazu. Sie erhalten umfassende Pflegeberatung durch Pflegedienste oder Pflegeberater, auch in der häuslichen Umgebung.

Besonderheit

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und vollstationäre Pflege. Die Leistungen bei Pflegegrad 1 gelten ebenfalls für die Pflegegrade 2 bis 5.

3.6 Leistungen der häuslichen und ambulanten Pflege

Die häusliche Pflege mithilfe der Pflegeversicherung hat Vorrang vor der stationären Pflege. Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Pflegegrad und der Art der in Anspruch genommenen Leistungen. Pflegebedürftige dürfen selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen. Folgende Leistungen aus der Pflegekasse sind prinzipiell wählbar: Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung.

3.7 Pflegegeld

In welcher Höhe Pflegebedürftige Pflegegeld erhalten, hängt vom jeweiligen Pflegegrad ab. Betroffene mit einem Pflegegrad 1 erhalten gar kein Pflegegeld. Ab Pflegegrad 2 haben Pflegebedürftige gestaffelte Ansprüche.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Um das Pflegegeld beziehen zu können, muss der Versicherte einige Bedingungen erfüllen:

1. Es muss sich um eine häusliche Pflege handeln.
2. Die Pflege muss durch einen Angehörigen oder eine ehrenamtlich tätige Pflegeperson durchgeführt werden.
3. Die Pflege muss in geeigneter Weise und geeigneter Umgebung erfolgen.
4. Der Pflegebedürftige muss einen Pflegegrad von 2 oder höher haben.

Übernehmen Angehörige, Bekannte oder sonstige nicht erwerbsmäßig pflegende Personen die Betreuung, erhält der Pflegebedürftige Pflegegeld, das er an den Pflegenden weitergeben kann. Diese Art der Pflege, die von Nichtprofessionellen geleistet wird, wird als ehrenamtlich angesehen. Das Pflegegeld zählt daher nicht als Einkommen und muss nicht versteuert werden.

48 Höhe des Pflegegeldes für Pflegebedürftige

Pflegegrad 2	monatlich:	316,00 Euro
Pflegegrad 3	monatlich:	545,00 Euro
Pflegegrad 4	monatlich:	728,00 Euro
Pflegegrad 5	monatlich:	901,00 Euro

3.8 Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind alle pflegerischen Hilfen, die von professionellen Kräften zu Hause erbracht werden. Die Pflegekassen übernehmen die entstehenden Kosten bis zur jeweiligen Höchstsumme der Sachleistungsansprüche des jeweiligen Pflegegrads. Das Geld der Pflegekasse geht direkt an den Pflegedienst, nicht an den Pflegebedürftigen. Welchen Pflegedienst Sie wählen, steht Ihnen frei. Wichtig ist nur, dass der Pflegedienst einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat.

Pflegesachleistungen sind alle pflegerischen Hilfen, die von professionellen Kräften zu Hause erbracht werden. Die Pflegekassen übernehmen die entstehenden Kosten bis zur jeweiligen Höchstsumme der Sachleistungsansprüche des jeweiligen Pflegegrads.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Höhe der Pflegesachleistung pro Monat:

Pflegegrad 2	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Sie können jedoch den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI in Höhe von 125,00 Euro nutzen, um sich Aufwendungen im Sinne der Pflegesachleistung durch die Pflegekasse erstatten zu lassen.

3.9 Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung ist eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung. Die Pflege wird in diesem Fall von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten gemeinsam erbracht. Das bedeutet: Wird die Pflegesachleistung nicht in vollem Umfang in Anspruch genommen, wird ein anteiliges Pflegegeld gezahlt. Auch eine Kombination von teilstationärer Pflege und Sachleistungen oder Geldleistungen ist möglich. In diesem Fall können die teilstationären Pflegeleistungen ungekürzt bis zum jeweiligen gesetzlichen Höchstbetrag gezahlt werden. Es erfolgt keine Anrechnung auf die Pflegesachleistung und/oder auf das Pflegegeld.

Um Kombinationsleistung beziehen zu können, muss der Versicherte einige Bedingungen erfüllen:

1. Es muss sich um eine häusliche Pflege handeln.
2. Die Pflege muss durch einen ambulanten Vertragspflegedienst sowie einen oder mehrere Angehörige erbracht werden.
3. Die Pflege muss in geeigneter Weise und geeigneter Umgebung erfolgen.
4. Der Pflegebedürftige muss einen Pflegegrad von 2 oder höher haben.

Die Höhe der Leistungen ist abhängig von dem festgestellten Pflegegrad. Nimmt der Pflegebedürftige die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch und wird auch von privaten Pflegepersonen gepflegt, erhält er

daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen erhalten hat.

Beispiel zum Pflegegrad 2

Der Pflegegrad 2 – Sachleistungsanspruch von 689,00 Euro wird in Höhe von 344,50 Euro abgerechnet. Dies sind 50 % von 689,00 Euro. Anteiliges Pflegegeld wird in Höhe von 158,00 Euro gezahlt. Dies sind 50 % von 316,00 Euro (Pflegegeld bei Pflegegrad 2).

Der Pflegebedürftige kann das Verhältnis im Voraus festlegen. Er ist dann für sechs Monate an seine Entscheidung gebunden.

Besonderheit

Wer seinen Höchstbetrag der Pflegesachleistung nicht voll ausschöpft, kann bis zu 40 % des Sachleistungsbetrages für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden (Umwidmungsregelung). Wenden Sie sich hierzu an Ihre Pflegekasse oder fragen Sie in Ihrem Pflegestützpunkt nach.

3.10 Teilstationäre Pflege

Zu den teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung zählen die Tagespflege und die Nachtpflege. Der Pflegebedürftige wird zum Teil zu Hause und in einer Einrichtung gepflegt. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, für die soziale Betreuung sowie für notwendige medizinische Behandlungspflege und die Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei der Tagespflege werden die Pflegebedürftigen in der Regel morgens von ihrer Wohnung abgeholt und nachmittags wieder zurückgebracht. Diese Möglichkeit wird häufig von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige berufstätig sind.

In Nachtpflegeeinrichtungen werden Pflegebedürftige betreut, die Hilfe beim Zubettgehen, Aufstehen und bei der Körperpflege benötigen. Diese Einrichtungen werden beispielsweise von dementen Personen genutzt, die einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben. Auf diese Weise können die Pflegenden nachts durchschlafen und ihren Angehörigen tagsüber pflegen.

Um teilstationäre Pflege beziehen zu können, muss der Versicherte einige Bedingungen erfüllen:

1. Der Pflegebedürftige muss Pflegegrad 2 und höher haben.
2. Die Pflege kann in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden.
3. Die Pflege muss in einer Vertragseinrichtung erbracht werden.

Höhe der teilstationären Pflege pro Monat:

Pflegegrad 2	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro

- Die Pflegebedürftigen können diese Leistung zusätzlich zum Pflegegeld, zu den Pflegesachleistungen oder zur Kombinationsleistung in voller Höhe in Anspruch nehmen. Es erfolgt keine Anrechnung auf diese Leistungen.
- Wenn der gesetzliche Höchstbetrag ausgeschöpft ist, kann durch den Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekasse im Rahmen der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro für die Erstattung von Kosten geltend gemacht werden.
- Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können sich die Kosten über den Entlastungsbetrag bis zu 125,00 Euro monatlich erstatten lassen. Jedoch sind hier neben den Eigenanteilen auch die pflegebedingten Aufwendungen anzurechnen. Die Leistungen werden nicht rückwirkend gewährt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Hilfe zur Pflege beim zuständigen Sozialamt zu stellen. Dieser Antrag muss jedoch rechtzeitig vor der Inanspruchnahme der teilstationären Pflege gestellt werden, weil das Sozialamt Leistungen nicht rückwirkend gewährt.

3.11 Leistungen für stationäre Pflege

Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, ist die professionelle Betreuung in einer Pflegeeinrichtung die Alternative. Die Auswahl eines passenden Pflegeheims ist nicht leicht und hängt oft auch von den Kosten ab. Die Pflegekassen finanzieren Leistungen für folgende Aufwendungen.

Pflegebedingte Aufwendungen

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Zähneputzen, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung, Hygiene
- Mobilität: Aufstehen, Zubettgehen, Lagern, Gehen, Stehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden
- Ernährung: mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Unterstützung beim Essen und Trinken

Aufwendungen für die soziale Betreuung

- Unterstützung bei persönlichen Angelegenheiten: Korrespondenz, Behördengänge, Alltagsgestaltung
- Begleitung bei Spaziergängen
- Hilfe bei der Orientierung: Erkennen von Zeit, Ort und Personen
- Unterstützung zur Teilnahme am sozialen Leben: Gottesdienst, Haus- und Familienfeiern

Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege

Zu den Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege zählen beispielsweise Medikamentengaben, das Verabreichen von Injektionen, das Anlegen von Verbänden sowie Blutdruckmessungen.

Was bedeutet „einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“?

Es ist gesetzlich geregelt, dass es in jedem Pflegeheim einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 gibt. Dieser Eigenanteil wird also nicht mehr steigen, wenn jemand in seiner Pflegeeinrichtung in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

Zusätzlich zum einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sind vom Pflegebedürftigen selbst die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie betriebsnotwendige Investitionen des Pflegeheimes zu zahlen.

Was bedeutet „Besitzstandsschutz“?

Grundsätzlich soll kein Pflegebedürftiger, der bereits bis zum 31.12.2016 im Pflegeheim Leistungen der Pflegekasse erhalten hat, durch die Überleitung der Pflegesätze einen höheren Eigenanteil an den Pflegesätzen entrichten müssen. Die Pflegekasse zahlt deshalb an das Pflegeheim einen Zuschlag im Rahmen des Besitzstandes, zusätzlich zu den regulären vollstationären Pflegeleistungen, wenn der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 über dem 2016 gezahlten individuellen Eigenanteil lag. Der Zuschlag entspricht der Differenz aus den unterschiedlichen Höhen der Eigenanteile.

3.12 Verhinderungspflege

Anspruch auf Verhinderungspflege

Diese kann in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeperson aufgrund von Krankheit oder Urlaub verhindert ist. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für maximal sechs Wochen pro Kalenderjahr. Für die Ersatz- oder Verhinderungspflege werden bis zu 1.612,00 Euro gezahlt. Bei Ersatzpflege durch Angehörige (Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben) dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes nicht überschreiten.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Wenn eine solche Ersatzpflege zum ersten Mal in Anspruch genommen wird, muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen zu diesem Zeitpunkt bereits sechs Monate gepflegt haben. Wenn die Ersatzpflege ein weiteres Mal beansprucht wird, ist keine vorherige Pflegezeit von sechs Monaten notwendig. Wird die Ersatzpflege von einem Pflegeheim erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in dieser Einrichtung muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Wenn das Sozialamt bereits „Hilfe zur Pflege“ leistet, übernimmt es unter Umständen auch die Kosten für Ersatzpflege. Weitere Möglichkeiten zur Entlastung oder Erholung der Pflegepersonen sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege.

Besonderheiten

54 Ergänzend dazu kann das für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehende Budget (1.612,00 Euro pro Kalenderjahr) bis zu einer Höhe von 806,00 Euro in die Verhinderungspflege übertragen werden – eine gute Lösung für pflegebedürftige Personen, die die Möglichkeit einer vollstationären Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung gar nicht oder nur wenig nutzen.

Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld zur Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt, vorausgesetzt es bestand direkt vor der Verhinderungspflege Anspruch auf Pflegegeld.

3.13 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse übernommen, wenn der Versicherte für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen ist, beispielsweise in Krisensituationen. Kurzzeitpflege kann auch für eine Übergangszeit/Wartezeit in Anspruch genommen werden, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus keine häusliche Pflege möglich ist und noch kein Platz in einem Pflegeheim zur Verfügung steht.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Kurzzeitpflege wird Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 bis zu einem Betrag von 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr gezahlt.

Besonderheiten

Zusätzlich ist es möglich, nicht verbrauchte Beträge aus der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege zu verwenden. Das sind maximal 1.612,00 Euro, sodass sich in diesem Fall der Gesamtanspruch der Kurzzeitpflege auf 3.224,00 Euro erhöht. Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung oder Investitionskosten können bei der Pflegekasse im Rahmen des Budgets des Entlastungsbetrages erstattet werden. Während der gesamten Dauer der Kurzzeitpflege wird die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Kann er dies nicht, leistet das Sozialamt unter Umständen „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen. Wichtig dabei ist, dass alle angeforderten Unterlagen eingereicht und alle finanziellen Belastungen belegt werden. Dies ist eine sogenannte Mitwirkungspflicht. Das Sozialamt gewährt „Hilfe zur Pflege“, soweit diese als notwendig anerkannt wird.

55

3.14 Entlastungsbetrag

Voraussetzungen und Höhe der Leistungen

Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 erhalten einheitlich ein Budget in Höhe von 125,00 Euro monatlich zur Verfügung.

Pflegebedürftige, die bis 31.12.2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag (208,00 Euro monatlich) hatten, haben ab 1.1.2017 ggf. einen Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von 83,00 Euro zum Entlastungsbetrag. Voraussetzung ist, dass die Höchstleistungsansprüche für die Pflegesachleistung, das Pflegegeld und die Tages-/Nachtpflege ab dem 1.1.2017 nicht jeweils um 83,00 Euro höher liegen als im Vergleich zu den Leistungssätzen in 2016. Dies betrifft jedoch nur die Pflegebedürftigen, die

bis zum 31.12.2016 Pflegesachleistungen im Rahmen der Härtefallregelung erhielten (1.995,00 Euro monatlich) und bei denen gleichzeitig eine erhöhte Einschränkung in der Alltagskompetenz vorliegt.

Den sogenannten Besitzstand sollen nachfolgende Beispiele verdeutlichen:

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher mit erhöhter Einschränkung in der Alltagskompetenz

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016 Pflegestufe I	ab Januar 2017 Pflegegrad 3
Pflegegeld	316,00 Euro	545,00 Euro

Pflegebedürftige der Pflegestufe I mit mindestens erheblicher Einschränkung in der Alltagskompetenz wurden in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Die Differenz zwischen dem Pflegegeldanspruch bis Dezember 2016 und ab Januar 2017 beträgt 229,00 Euro. Da diese Differenz größer ist als 83,00 Euro, ist kein Zuschlag auf den Entlastungsbetrag zu zahlen. Die höhere Pflegegeldzahlung kompensiert die Reduzierung der Leistungen beim Entlastungsbetrag.

Beispiel 2

Pflegesachleistungsbezieher im Rahmen der Härtefallregelung in der Pflegestufe III mit erhöhter Einschränkung in der Alltagskompetenz

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016 Pflegestufe III	ab Januar 2017 Pflegegrad 5
Pflegesachleistung	1.995,00 Euro	1.995,00 Euro

Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Rahmen der Härtefallregelung mit mindestens erheblicher Einschränkung in der Alltagskompetenz wurden in den Pflegegrad 5 übergeleitet. Die Differenz zwischen dem Pflegegeldanspruch bis Dezember 2016 und ab Januar 2017 beträgt 0,00 Euro. Da diese Differenz nicht mehr als 83,00 Euro beträgt, wird ein Zuschlag auf den Entlastungsbetrag in Höhe von 83,00 Euro gezahlt.

Welches Verfahren gilt für die Auszahlung des Entlastungsbetrages?

Die Kosten für die gewünschten und in Anspruch genommenen Maßnahmen werden nach Vorlage der Rechnungen für die gesetzlich definierten Leistungen von der Pflegekasse erstattet. Alternativ kann auch der Leistungserbringer die Leistungen direkt bei der Pflegekasse abrechnen. Hierfür ist eine sogenannte Abtretungserklärung erforderlich, mit der die pflegebedürftige Person ihren Leistungsanspruch über den Entlastungsbetrag an den Leistungserbringer abtritt. Den Leistungserbringern ist das Verfahren in der Regel bekannt.

Für welche Leistungen kann der Entlastungsbetrag konkret eingesetzt werden?

Mit dem Budget des Entlastungsbetrages können folgende Angebote genutzt werden:

- Aufstocken der Regelleistung Kurzzeitpflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der Kurzzeitpflege (Pflegegrade 2 bis 5) oder Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege wegen fehlender Regelleistung (Pflegegrad 1)
- Aufstocken der Regelleistung teilstationäre Pflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der teilstationären Pflege oder Inanspruchnahme der teilstationären Pflege wegen fehlender Regelleistung (Pflegegrad 1)
- besondere Leistungen der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von ambulanten Vertragspflegediensten (keine Leistungen der Grundpflege)
- nach Landesrecht anerkannte alltagsunterstützende Angebote (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung der Pflegepersonen, Angebote zur Entlastung im Alltag)

Welche Leistungserbringer konkret in Ihrer Region mit welchen Angeboten verfügbar sind, kann Ihnen Ihre Pflegekasse sagen. Informationen hierzu halten auch die Pflegestützpunkte bereit.

3.15 Gut zu wissen

Restbeträge aus dem Budget der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die am Ende eines Kalenderjahres noch nicht verbraucht sind, können in das Folgejahr übertragen und noch bis zum 30.6. genutzt werden. Lassen Sie Ihre Leistungen nicht verfallen! Ihre Pflegekasse kann Ihnen Auskunft darüber geben, welche Ansprüche konkret verfügbar sind. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 können zusätzlich bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages für nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen nutzen, soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden.

58

3.16 Pflegehilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Pflegehilfsmittel, die die häusliche Pflege erleichtern. Dabei wird zwischen zwei Arten von Pflegehilfsmitteln unterschieden:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe. Hierfür zahlt die Pflegekasse bis zu 40,00 Euro monatlich.
- Technische Hilfen sind nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und werden üblicherweise geliehen. Hierzu gehören beispielsweise Pflegebetten oder Hausnotrufsysteme. Hierbei trägt der zu Pflegenden (ab 18 Jahren) grundsätzlich 10 % der anfallenden Kosten, maximal jedoch 25,00 Euro.

Zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln sprechen Sie bitte mit Ihrem Hausarzt oder Ihrer Pflegekasse. Die Leistungen können von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 genutzt werden.

3.17 Wohnungsanpassung und Wohnumfeldverbesserung

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen zahlen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen sollen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Ziel solcher Maßnahmen ist es auch, eine Überforderung der Pflegepersonen zu verhindern.

Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann der Zuschuss bis zu viermal 4.000 Euro, also bis zu 16.000 Euro, betragen. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen wird der Gesamtbetrag anteilig auf die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner aufgeteilt. Dies kommt vor allem ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige zugute.

59

Zu den Maßnahmen einer Wohnungsanpassung zählen das Einsetzen breiterer Türen oder Rampen, der Einbau von Treppenliften oder ein pflegegerechter Umbau des Badezimmers. Der Ein- und Umbau von Mobiliar wird ebenfalls unterstützt. Ein Zuschuss für Wohnungsanpassung kann ein zweites Mal beantragt werden, wenn sich die Pflegesituation stark verändert hat, sodass erneute Maßnahmen nötig werden. Den Antrag auf Zuschuss zur Wohnungsanpassung müssen Sie vor Beginn der baulichen Maßnahmen bei der Pflegekasse stellen. Wenn Sie die Maßnahmen ohne vorherige Genehmigung durch die Pflegekasse durchführen lassen und Sie die Rechnung erst danach bei der Kasse einreichen, wird kein Zuschuss gewährt!

3.18 Rente für Pflegepersonen

Was passiert mit Ihrem Rentenanspruch, wenn Sie während Ihrer Pflegetätigkeit nicht mehr arbeiten?

Wenn Sie Ihren Angehörigen pflegen und dafür Ihre Arbeitsstelle aufgeben, zahlt die Pflegekasse für Sie die Beiträge zur Rentenversicherung.

Die Voraussetzungen hierfür sind:

- Sie pflegen ehrenamtlich eine oder mehrere pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2, das heißt, Sie erhalten keine Vergütung von der pflegebedürftigen Person für Ihre Arbeit. Die pflegebedürftige Person darf Ihnen aber das Pflegegeld überlassen.
- Sie arbeiten gar nicht oder nur maximal 30 Stunden pro Woche in Ihrem Beruf.
- Sie betreuen eine oder mehrere pflegebedürftige Personen und wenden dafür insgesamt mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage die Woche, auf.

Die Höhe der Beiträge hängt von der Pflegebedürftigkeit und der Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen der/des Angehörigen ab. Je höher der Pflegegrad, desto höher auch Ihr Pflegeaufwand und umso mehr wird für Sie in die Rentenversicherung eingezahlt.

3.19 Gesetzliche Unfallversicherung

Pflegende Angehörige oder Nachbarn werden für die Zeit der Pflegetätigkeit unfallversichert, wenn der zeitliche Umfang wöchentlich mindestens zehn Stunden in der Woche beträgt.

Der Unfallversicherungsschutz umfasst alle Bereiche, die für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Zudem sind die Hilfen bei der Haushaltsführung in den Unfallversicherungsschutz einbezogen.

3.20 Arbeitslosenversicherung

Hat die Pflegeperson ihre Beschäftigung wegen der Pflegetätigkeit unterbrochen oder auch ganz aufgegeben, zahlt die Pflegekasse für die Dauer der Pflege auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

3.21 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz, die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und das Pflegeunterstützungsgeld ermöglichen es Beschäftigten, den Beruf und die Pflege von Angehörigen zu vereinbaren. Sie können eine Auszeit vom Beruf nehmen und sich der häuslichen Pflege widmen. Ihren Arbeitsplatz gefährden Sie dadurch nicht.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung bis zu 10 Arbeitstagen

Bei einer akuten oder unerwarteten Pflegesituation in der Familie können Arbeitnehmer eine Freistellung von zehn Tagen in Anspruch nehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass eine „akute Pflegesituation“ vorliegt, also eine außergewöhnliche, von den alltäglichen Herausforderungen des Pflegealltags abweichende Krisensituation, in der eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung auf Dauer organisiert oder sichergestellt werden muss.

Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung kann unabhängig von der Betriebsgröße in Anspruch genommen werden. Es besteht keine Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber, dieser muss jedoch umgehend über die Arbeitsverhinderung und deren voraussichtliche Dauer informiert werden und kann die Vorlage eines ärztlichen Attests verlangen. Der Schutz der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt für die Zeit der Freistellung bestehen. Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht nicht, kann aber gewährt werden.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Haben Beschäftigte keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, besteht für den Zeitraum der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung. Das Pflegeunterstützungsgeld muss bei der Pflegekasse der oder des Pflegebedürftigen beantragt werden. Die Höhe beträgt in der Regel 90 % des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes abzüglich der Beiträge zur Sozialversicherung.

Pflegezeit – Freistellung bis zu 6 Monate

62

Wenn Berufstätige einen nahen pflegebedürftigen Angehörigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen wollen, haben sie Anspruch auf unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Dieser Anspruch besteht jedoch nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Die Pflegezeit muss dem Arbeitgeber mindestens zehn Tage vor Beginn schriftlich angekündigt werden. Außerdem müssen der Zeitraum und die Länge der Pflegezeit mitgeteilt werden. Auch eine teilweise Freistellung ist im Rahmen einer schriftlichen Vereinbarung möglich. Die Pflegebedürftigkeit des oder der nahen Angehörigen muss gegenüber dem Arbeitgeber nachgewiesen werden durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Als nahe Angehörige gelten: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Soziale Absicherung in der Pflegezeit

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da während dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss

3. Leistungen der Pflegeversicherung

sich der Pflegende freiwillig in der Krankenversicherung weiter versichern und zahlt dafür in der Regel den Mindestbeitrag. Mit der Krankenversicherung ist der Pflegende auch automatisch pflegeversichert. Auskünfte erteilen die Kranken- und Pflegekassen. Zur Sicherung des Lebensunterhaltes während der Freistellung besteht ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

3.22 Familienpflegezeit

Familienpflegezeit – Freistellung bis zu 24 Monate

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, sie können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres teilweise für die Pflege in häuslicher Umgebung eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Pflegegrade 1 bis 5) freistellen lassen. Das Gehalt reduziert sich während dieser nur um die Hälfte der Arbeitszeitverkürzung, da der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt während der Pflegephase durch einen Vorschuss aufstockt. Wenn der Arbeitnehmer also seine Arbeitszeit von 100 auf 50 % reduziert, erhält er trotzdem 75 % seines Gehaltes; bei einer Reduzierung der Arbeitszeit von 50 auf 40 % büßt der Arbeitnehmer 5 % seines Brutto-Gehaltes ein. Nach der Pflegephase zahlt der Arbeitnehmer diesen Vorschuss wieder zurück, indem er so viel arbeitet wie vorher, aber nur so viel Gehalt wie in der Pflegephase erhält. Die Rückzahlphase oder Nachpflegephase dauert so lange, wie die Pflegephase gedauert hat. Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen muss durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

63

Es besteht kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 25 oder weniger Beschäftigten. Auszubildende werden nicht in die Mitarbeiterzahl mit eingerechnet. Wenn der Arbeitgeber dieser Regelung zustimmt, muss über die Einzelheiten eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden. Der Arbeitgeber erhält für die Zeit der Pflegephase ein zinsloses Darlehen in

Höhe der Aufstockung vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben für den Lohnvorschuss. Der Arbeitnehmer ist gesetzlich verpflichtet, eine Familienpflegezeitversicherung (ca. 15 Euro monatlich) abzuschließen, die den Arbeitgeber für den Fall absichert, dass der Pflegend selbst durch Berufsunfähigkeit den Gehaltsvorschuss nicht zurückzahlen kann. Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis während der Pflege und Nachpflegephase nicht kündigen. Der Arbeitnehmer verliert keine Rentenansprüche, da die Pflegekasse während der Pflegezeit fehlende Beiträge aufstockt.

Weitere Informationen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, in Pflegeberatungsstellen und auf der Internetseite www.wege-zur-pflege.de des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

4.1 Schwerbehinderung

Als behindert gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. Ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist dadurch beeinträchtigt (vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX).

Menschen gelten als schwerbehindert, wenn sie mindestens einen Grad der Behinderung von 50 haben. Verursacht eine Krebserkrankung eine langfristige Behinderung, ergibt sich ein Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis.

Der „Grad der Behinderung“ (GdB) bezieht sich auf die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Beeinträchtigungen, die alters-typisch sind, können nicht berücksichtigt werden.

Bei einer Krebserkrankung sind häufig die Voraussetzungen für eine Schwerbehinderung mit einem GdB von mindestens 50 gegeben. Die Höhe des GdB kann im Rahmen einer Heilungsbewährung nach einer über sechs Monate hinausgehenden Behandlung noch für mehrere Jahre bestehen. Die Heilungsbewährung wird durch eine Nachuntersuchung beendet, der anschließende GdB bemisst sich nach den Funktionsstörungen.

Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber mindestens 30, können auf Antrag von der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit § 68 Absatz 2 und 3 SGB IX).

Die Vorteile sind

- besonderer Kündigungsschutz,
- besondere Einstellungs- und Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber durch Lohnkostenzuschüsse sowie Berücksichtigung bei der Beschäftigungspflicht,
- Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
- Betreuung durch spezielle Fachdienste.

4.2 Zuständigkeit und Antragstellung

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) stellt für alle in Berlin gemeldeten Krebskranken mit einem anerkannten GdB von 50 oder mehr auf Antrag einen Schwerbehindertenausweis aus.

Dieser Antrag kann unter www.berlin.de/lageso/behinderung/ heruntergeladen oder auch gleich online gestellt werden.

Sie bekommen ihn außerdem ausgehändigt vom
KundenCenter im Versorgungsamt
Sächsische Straße 28, 10707 Berlin
Telefon: (030) 1 15
Sprechzeiten bitte erfragen!

Folgende Punkte sollten bei der Antragstellung beachtet werden

- Der Grad der Behinderung ist nicht nur abhängig von der Grunderkrankung, sondern auch von allen weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen. Daher sollten diese im Antrag oder auf einem ergänzenden Blatt detailliert beschrieben werden. Infolge einer Operation können beispielsweise Funktionseinschränkungen des Arms oder der Schulter eingetreten sein sowie Lymphödeme oder Nervenläsionen infolge einer Bestrahlung.

- Der behandelnde Arzt sollte in Ihrem Antrag alle Beeinträchtigungen infolge Ihrer Erkrankung darstellen. Weiter sollten andere Ärzte benannt werden, die über die Beeinträchtigungen gut informiert sind.
- Alle ärztlichen Unterlagen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegen, sollten in Kopie eingereicht werden. Hierzu gehören Berichte über Krankenhausbehandlungen, Rehakliniken, Entlassungsberichte und Begutachtungen der Pflegekasse.
- Die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen sollten unterschrieben werden. Sollten Ihre Unterlagen nicht vollständig sein, kann es sein, dass die Feststellungsbehörde weitere Unterlagen von den angegebenen Ärzten, Krankenhäusern und Rentenversicherungsträgern anfordert. Dafür wird die Entbindung von der Schweigepflicht unbedingt benötigt.
- Die Antragsteller sollten die Möglichkeit nutzen, ihre Beeinträchtigungen auch selbst darzustellen. Hilfreich ist neben der Selbstbeobachtung auch die Darstellung durch eine pflegende Person über einen bestimmten Zeitraum hinweg. Dabei können körperliche Beeinträchtigungen oder aber Risiken wie Selbst- oder Fremdgefährdung beschrieben werden.
- In der Regel muss dem Antrag eine Kopie des Personalausweises beigefügt sein.

Die Regeln, mit denen die Versorgungsverwaltung oder Gutachter den Grad der Behinderung eines Menschen festlegen, werden in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ der Versorgungsmedizin-Verordnung definiert. In der Broschüre „ABC Behinderung und Beruf“, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH), können Sie die Bestimmungen der Verordnung nachlesen. Die Broschüre ist online verfügbar unter www.berlin.de/hvp/service/buecher-und-broschueren.

Nach der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) erhält der Antragsteller einen Feststellungsbescheid. Ab GdB 50 besteht die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten. GdB unter 50 gilt nicht als Schwerbehinderung.

4.3 Merkzeichen

Im Schwerbehindertenausweis können je nach Beeinträchtigung sogenannte Merkzeichen eingetragen sein. Diese Merkzeichen berechtigen zu weitergehenden Hilfen, die die behinderungsbedingten Nachteile ausgleichen sollen.

Es gibt folgende Merkzeichen

G	erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie der Geh- und/oder Stehfähigkeit
aG	außergewöhnliche Gehbehinderung
H	hilflos
BI	blind oder hochgradig sehbehindert
TBl	taubblind
RF	Ermäßigung von Rundfunk- und Fernsehgebühren
B	ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
Gl	gehörlos und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung

68

4.4 Nachteilsausgleiche

Menschen mit Schwerbehinderung können Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen. Nachteilsausgleiche sind Vergünstigungen und besondere Leistungen. Mit der Anerkennung einer Schwerbehinderung sind je nach Schweregrad bestimmte Vergünstigungen verbunden. Diese sollen helfen, die durch die Behinderung entstehenden Nachteile auszugleichen.

Nachteilsausgleiche

- Erweiterter Kündigungsschutz in Betrieben: Voraussetzung ist, dass der Betrieb mindestens sechs Beschäftigte hat. Der Inhaber des Schwerbehindertenausweises muss dem Betrieb seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung angehören. Sind diese Voraussetzungen gegeben, dann muss im Falle einer Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes vorliegen.
- Zusatzurlaub: Im Regelfall werden bei einer Vollzeitbeschäftigung fünf Arbeitstage im Jahr zusätzlich als Urlaub gewährt. Bei reduzierter Arbeitszeit werden entsprechend weniger Tage angerechnet.
- Reduzierung der Schulpflichtstunden im Schuldienst
- Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung: Voraussetzung ist, dass eine reduzierte Arbeitszeit aufgrund der Art und Schwere der Behinderung notwendig ist.
- Hilfestellungen beim Erwerb eines Arbeitsplatzes durch die Integrationsämter
- Steuererleichterungen/Steuerfreibetrag in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung: Dies bezieht sich zum einen auf steuermindernde Pauschalbeträge zur Abgeltung von außergewöhnlichen Belastungen, die mit der Behinderung verbunden sind. Zum anderen können beim Finanzamt Fahrtkosten mit dem Kfz zwischen Wohnung und Arbeitsstätte, Reparaturen, Abnutzung, Garagenmiete u. a. in einem bestimmten Rahmen geltend gemacht sowie Ermäßigung oder Befreiung von der KFZ-Steuer beantragt werden.
- Parkerleichterung im öffentlichen Raum mittels einer Parkplakette
- Verbilligte Eintrittsgelder: bei Kultur und Sportveranstaltungen und für öffentliche Einrichtungen (z. B. Schwimmbäder)

69

- Anspruch auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 anerkannt sind und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Schwerbehinderte Menschen können unter bestimmten Voraussetzungen eine vorgezogene Altersrente beantragen. Die Altersgrenze für diese abschlagfreie Rente ist schrittweise von 63 auf 65 Jahre angehoben worden, die Altersgrenze für die vorgezogene Rente wurde von 60 auf 62 Jahre heraufgesetzt.
- Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr: Voraussetzung ist, dass infolge der Behinderung die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist (Merkzeichen G, aG, H, BI und GI). Die Deutsche Bahn gewährt unter bestimmten Voraussetzungen weitere Vergünstigungen.
- Auch Menschen mit Behinderung beteiligen sich mit einem ermäßigten Beitrag an der Rundfunkfinanzierung. Eine Ermäßigung vom Rundfunkbeitrag können Menschen, denen das Merkzeichen „RF“ im Schwerbehindertenausweis zuerkannt wurde, beantragen. Sie zahlen einen reduzierten Beitrag von 5,83 Euro pro Monat. Von der Beitragspflicht befreit sind taubblinde Menschen und Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 SGB IX. Wenn Menschen mit Behinderung bestimmte staatliche Sozialleistungen erhalten, wie Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe oder Grundsicherung, dann können sie statt einer Ermäßigung eine Befreiung des Rundfunkgebührenbeitrags beantragen.
- Sonderregelungen zum Wohngeld

Diese Übersicht über die Merkzeichen und Nachteilsausgleiche stellt nur einen ersten Überblick dar. Wenden Sie sich bei weiteren Fragen an die zuständige Feststellungsbehörde und holen Sie bei steuerlichen Fragen Auskünfte beim Finanzamt ein.

4.5 Schwerbehindertenausweis

Einen Schwerbehindertenausweis bekommen Sie vom Versorgungsamt ausgestellt, wenn der Grad der Behinderung (GdB) mindestens 50 beträgt und somit eine Schwerbehinderung vorliegt. Der Ausweis ist bundesweit gültig und dient als Nachweis für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen.

Neuerung

Seit 2013 wird der Schwerbehindertenausweis im Bankkartenformat (Plastikausweis) ausgestellt. Die Ausweise im alten Papier-Format bleiben bis zum Ablauf ihrer aufgedruckten Befristung gültig.

Gültigkeit

Die Gültigkeit besteht in der Regel vom Tag der Antragstellung. Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein früherer Zeitpunkt in den Ausweis eingetragen werden. Dies kann bei steuer- oder rentenrechtlichen Nachteilsausgleichen wichtig sein.

Die Gültigkeit des Ausweises ist auf längstens fünf Jahre vom Monat der Ausstellung an befristet. In den Fällen, in denen eine Neufeststellung wegen einer wesentlichen Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen, die für die Feststellung maßgebend gewesen sind, nicht zu erwarten ist, kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Bei schwerbehinderten Kindern unter zehn Jahren ist der Schwerbehindertenausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung erneut überprüft. Bei schwerbehinderten Kindern zwischen zehn und 15 Jahren ist der Ausweis bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach erfolgt eine erneute Überprüfung der Voraussetzungen der Schwerbehinderung.

Verlängerung

Ausweise im alten Papier-Format können zweimal verlängert werden. Dazu ist rechtzeitig (etwa drei Monate vor Ablauf der Gültigkeitsdauer) ein formloser Antrag auf Verlängerung beim LAGeSo zu stellen. Eine Begründung ist nicht erforderlich.

Eine Verlängerung der Gültigkeit des neuen Plastikausweises ist nicht möglich. Nach Ablauf der Gültigkeit wird ein neuer Ausweis ausgestellt.

Treten nach Ablauf der ersten Jahre („Heilungsbewährung“) keine Rezidive oder Neuerkrankungen auf, wird in Abhängigkeit von möglichen dauerhaften Funktionsstörungen der Behinderungsgrad herabgesetzt. In diesen Fällen wird nur noch ein Organverlust bewertet. Damit es nicht zu einer ungerechtfertigten Rückstufung kommt, sollten Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen sowie dauerhafte Funktionsstörungen, die in der Zwischenzeit auftreten, der Feststellungsbehörde mit den entsprechenden Arztberichten unbedingt mitgeteilt werden.

Bei einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder bei einer weiteren dauerhaften Einschränkung sollte ein Antrag auf Neufeststellung des Grades der Behinderung (GdB) bei der zuständigen Behörde (in Berlin: LAGeSo) gestellt werden.

Grundsätzlich gilt, dass gegen Bescheide der Feststellungsbehörde innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden kann. Zur Fristwahrung reicht zunächst ein formloses Widerspruchsschreiben mit der Ankündigung einer schriftlichen Begründung aus.

5.1 Stufenweise Wiedereingliederung

Nach dem geltenden Arbeits- und Sozialrecht ist ein Arbeitnehmer arbeitsunfähig, wenn er aufgrund einer Erkrankung nicht seine volle vertraglich vereinbarte Arbeitsleistung erbringen kann.

Andererseits ist anerkannt, dass ein arbeitsunfähiger Arbeitnehmer trotz Erkrankung oft in der Lage ist, unter erleichterten Arbeitsbedingungen tätig zu sein, und dass ihm durch eine allmähliche Steigerung der beruflichen Belastung die Rückkehr in den Beruf erleichtert wird.

Krankenkassen und sonstige Sozialversicherungsträger fördern deshalb die „stufenweise Wiedereingliederung“, die im Hausgebrauch auch oft „Hamburger Modell“ genannt wird. Häufig treten nach Ablauf der ersten Jahre („Heilungsbewährung“) keine Rezidive oder Neuerkrankungen auf, und in Abhängigkeit von möglichen dauerhaften Funktionsstörungen wird die stufenweise Wiedereingliederung von der Krankenkasse getragen – nach Rehabilitationsmaßnahmen auch von der Rentenversicherung. Nach Absprache mit dem Arbeitgeber und dem zuständigen Kostenträger ist eine stufenweise Rückkehr in den Arbeitsalltag möglich, solange der Versicherte noch Anspruch auf Lohnersatzleistungen hat.

Patient und Arzt erstellen gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan, der eine quantitative Steigerung der Arbeitszeit von zunächst nur wenigen Arbeitsstunden pro Tag auf eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung vorsieht. Zusätzlich können qualitative Merkmale für die Phase der beruflichen Wiedereingliederung angegeben werden (was wann wieder ausgeübt werden darf). Das Ziel ist die volle Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. Dieser Wiedereingliederungsplan wird dem Kostenträger und dem Arbeitgeber vorgelegt.

Möglich ist die stufenweise Eingliederung nur bei Zustimmung des Arbeitgebers, da der Arbeitnehmer keinen Rechtsanspruch auf diese Maßnahme hat. Wenn der Kostenträger und der Arbeitgeber den Plan akzeptiert haben, kann die Wiedereingliederung über einen Zeitraum von sechs

Wochen bis allenfalls sechs Monaten laufen. Die Maßnahme kann jederzeit quantitativ und qualitativ durch eine ärztliche Bescheinigung geändert werden, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten es erfordert.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben, die Arbeitsunfähigkeit bleibt weiterhin bestehen, sodass der Versicherte Krankengeld von der Krankenkasse bzw. Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger erhält. Das bedeutet, dass diese Zeit zu den 78 Wochen zählt, für die maximal Lohnersatzleistungen bezogen werden können.

Bei freiwilliger Zahlung des Arbeitsentgeltes während der Maßnahme durch den Arbeitgeber wird dieses auf das Krankengeld bzw. Übergangsgeld angerechnet. Für den Arbeitgeber besteht gegenüber dem Arbeitnehmer grundsätzlich keine Zahlungspflicht.

Lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Rentenversicherungsträger in allen Fragen zur stufenweisen Wiedereingliederung beraten. Falls die Zuständigkeit der Kostenträger nicht klar sein sollte, können Sie sich auch an die trägerübergreifenden Servicestellen wenden, die zu Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation informieren und unterstützen. Adressen der Servicestellen erfahren Sie bei den Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Integrationsämtern und Rentenversicherungsträgern. Ein Verzeichnis der Servicestellen finden Sie auch im Internet unter www.reha-servicestellen.de.

5.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Bestandteil der Leistungen zur Teilhabe. Sie fördern die berufliche Integration bzw. Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Ziel der Leistungen ist es, Ihre dauerhafte Erwerbsfähigkeit zu sichern oder Sie wieder in das Erwerbsleben einzugliedern.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung;
- Leistungen zur Berufsvorbereitung einschließlich einer Grundausbildung, die wegen der Behinderung erforderlich ist;
- individuelle betriebliche Qualifizierungen im Rahmen unterstützter Beschäftigung;
- Leistungen zur beruflichen Bildung (Qualifizierungsmaßnahmen);
- Gründungszuschüsse zur Aufnahme einer behinderungsgerechten selbstständigen Tätigkeit, die eine Existenzgründung in der Anlaufphase wirtschaftlich absichern sollen;
- Leistungen an Arbeitgeber zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft;
- Leistungen im Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich sowie Arbeitsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM);
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten;
- Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, sofern eine Verpflichtung des Arbeitgebers nicht besteht.

Damit sich der Kostenträger ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen kann, fügen Sie Ihrem Antrag auf berufliche Rehabilitation Bescheinigungen des behandelnden Arztes bei, aus denen die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme vollständig hervorgehen. Es sollten nicht nur Diagnose und Therapie, sondern zusätzlich alle Alltagseinschränkungen im Vergleich mit gleichaltrigen gesunden bzw. nicht behinderten beschrieben werden. Sie helfen damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

5.3 Kostenträger

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen verschiedene Kostenträger in Betracht:

- Berufsgenossenschaften sind zuständig für Rehabilitationsmaßnahmen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
- Die Rentenversicherung übernimmt die Rehabilitationsmaßnahme, wenn diese Aussicht auf eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben schafft und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- Die Agentur für Arbeit übernimmt Rehabilitationsmaßnahmen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.
- Das Sozialamt ist nachrangig für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger die Kosten trägt.

76

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen wollen, können Sie sich bei den „Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung bzw. in den Ansprechstellen über die Leistungen und das Verfahren der Antragstellung beraten lassen, zu finden unter <http://www.reha-servicestellen.de>.

Die Vorschrift zur „Zuständigkeitsklärung“ (§ 14 SGB IX) soll verhindern, dass Unklarheiten über die Zuständigkeit zu Lasten der Antragsteller gehen und sich Antragsverfahren deshalb über Gebühr verzögern. Spätestens zwei Wochen, nachdem ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er für diesen Antrag zuständig ist. Wenn dies der Fall ist, muss nach einer weiteren Woche über den Antrag entschieden werden. Falls der Träger nicht zuständig ist, leitet er den Antrag automatisch an den richtigen Träger weiter. Der zuständige Träger entscheidet nach Antragsingang innerhalb von drei Wochen.

Zuständigkeit für schwerbehinderte Menschen

Für schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben sind die Integrationsfachdienste zuständig.

Sie erfüllen folgende Aufgaben:

- Förderung und Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben
- Hilfen zur behindertengerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen
- Durchführung des besonderen Kündigungsschutzes für Schwerbehinderte

Ein Verzeichnis der Integrationsfachdienste (Integrationsämter) finden Sie auf Seite 98 f.

77

6.1 Krankengeld

Krankengeld können Sie bekommen, wenn Sie gesetzlich versichert sind und einen Anspruch auf Krankengeld haben (§ 44 SGB V). Der Krankengeldanspruch besteht für dieselbe Krankheit längstens 78 Wochen. Diese Arbeitsunfähigkeiten werden innerhalb von drei Jahren zusammengefasst (§ 48 SGB V). Die Berechnung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 SGB V), wobei folgende Leistungen in die 78 Wochen einbezogen werden:

- Entgeltfortzahlung von sechs Wochen durch den Arbeitgeber
- Rehabilitationsaufenthalte, für die Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger gezahlt wird
- Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I

Das Krankengeld beträgt 70 % des beitragspflichtigen regelmäßigen Bruttoarbeitsentgeltes, jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoarbeitsentgeltes (§ 47 SGB V).

Ausschluss des Krankengeldes (§ 50 SGB V)

Es besteht **kein** Anspruch auf Krankengeld bei Bezug von:

- Vollrente wegen Alter (alle Arten einer Altersrente) der gesetzlichen Rentenversicherung
- Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit
- Altersrenten aus dem Ausland
- Ruhegehalt für Beamte
- Vorruhestandsgeld

Der Beginn der Zahlung einer der oben genannten Renten beendet den Krankengeldanspruch.

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld (§ 49 SGB V)

Der Anspruch auf Krankengeld ruht bei

- Lohnfortzahlung
- Übergangsgeld
- Versorgungskrankengeld
- Kurzarbeitergeld
- ALG I

- Mutterschaftsgeld
- während der Elternzeit

Während der Bezugsdauer der Lohnersatzleistungen und der Elternzeit ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Ende des Krankengeldes (sogenannten Aussteuerung, § 48 SGB V)

Die Beendigung der Zahlung von Krankengeld wegen Zeitablaufs wird auch als „Aussteuerung“ bezeichnet. Meist weist die Krankenversicherung den Versicherten rechtzeitig auf die bevorstehende Aussteuerung hin. Häufig fordert sie den Versicherten auf, einen Rehabilitationsantrag oder Rentenanspruch (Erwerbsminderungsrente) zu stellen (s. u. § 51 SGB V).

Diese Verfahrensweisen sollen sicherstellen, dass rechtzeitig vor dem Ende des Krankengeldbezuges Rehabilitationsmaßnahmen oder Rentenanspruchsverfahren eingeleitet werden.

6.2 Wegfall des Krankengeldes

Aufforderung zur Rehabilitation

Bei Erhalt von Krankengeld fordert die Krankenkasse den Versicherten vor Ablauf der 78 Wochen auf, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen, wenn nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit des erkrankten Arbeitnehmers erheblich gefährdet oder gemindert ist. Dieser Antrag muss gestellt werden, da die Krankenkasse sonst berechtigt ist, das Krankengeld ruhen zu lassen (§ 51 Abs. 3 SGB V)!

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme prüfen und auch, ob eine Rehabilitationsunfähigkeit vorliegt. Der Entlassungsbericht der Rehaklinik, in dem auch eine Einschätzung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten vorgenommen wird, dient später dem Rentenversicherungsträger als wichtige Grundlage, um über einen eventuell gestellten Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu entscheiden.

Antrag auf Rente

Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Ist ein erkrankter Arbeitnehmer jedoch nicht rehabilitationsfähig, ist diese Maßnahme nicht Erfolg versprechend oder nicht notwendig, kann der Versicherte von der Krankenkasse zur Beantragung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung aufgefordert werden. Dieser Aufforderung muss innerhalb einer Frist von zehn Wochen nachgekommen werden. Eine Entscheidung über den Rentenanspruch seitens des Rentenversicherungsträgers ist dann sofort möglich. Wenn bis zu der Entscheidung noch Anspruch auf Krankengeld besteht, wird dieses weitergezahlt.

Antrag auf Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit (§ 145 SGB V)

Ist der Anspruch auf Krankengeld erschöpft, kann bis zur Entscheidung über den Rentenantrag bei der Agentur für Arbeit „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit“ (§ 145 SGB III) beantragt werden. Es handelt sich hier um ein „besonderes“ Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit, welches von den Arbeitsagenturen gewährt wird, obwohl man aufgrund der fortdauernden Krankschreibung dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Besteht ein Anspruch auf diese Leistung, übernimmt die Agentur für Arbeit auch die Sozialversicherungsbeiträge. Dieses Arbeitslosengeld wird nur bis zur Entscheidung des Rentenversicherungsträgers über den Rentenantrag gewährt (Ablehnung oder Bewilligung).

Informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse, Ihrem Rentenversicherungsträger oder bei der Bundesagentur für Arbeit.

Antrag beim Jobcenter

Liegen die Voraussetzungen für „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit“ nicht vor oder reichen die Leistungen nicht aus, um den Lebensunterhalt zu sichern, muss ein Antrag auf Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beim Jobcenter gestellt werden. Das Jobcenter gewährt so lange Leistungen, bis die grundsätzliche Erwerbsfähigkeit (das ist etwas anderes als eine Arbeitsunfähigkeit) geklärt ist. Besteht keine Erwerbsfähigkeit mehr, wird das Jobcenter den Leistungsbezieher im Regelfall an das Sozialamt überweisen.

Übergangsgeld

Übergangsgeld dient als Unterhaltersatz für den Zeitraum, in dem Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, oder auch noch für die Phase der stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Rehabilitation beginnt. Somit werden Einkommenslücken überbrückt oder von vornherein ausgeschlossen. Das Übergangsgeld richtet sich in der Regel nach den letzten Arbeitseinkünften. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht nur, wenn unmittelbar vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme bzw. vor Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen oder Entgeltersatzleistungen erzielt und Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden und die sechswöchige Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber abgelaufen ist.

Bei Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation wird unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe der bisherigen Leistungen von der Arbeitsagentur gezahlt.

Wurde bis zum Beginn der Rehabilitation Krankengeld bezogen, orientiert sich das Übergangsgeld an dieser Leistung. Während des Bezugs von Übergangsgeld bleibt der Arbeitnehmer sozialversichert.

Mitversicherte Ehefrauen erhalten kein Übergangsgeld, da zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden.

6.3 Abgestufte Erwerbsminderungsrente

Ist aufgrund einer Erkrankung die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise eingeschränkt, kann ein Rentenanspruch gestellt werden. Seit dem 1.1.2001 ersetzen die „volle Erwerbsminderungsrente“ und die „teilweise Erwerbsminderungsrente“ die vormalige „Rente wegen Erwerbsunfähigkeit“.

Für Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren wurden, gelten weiterhin die vormaligen Regelungen zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, wenn der bisher ausgeübte Beruf nur noch weniger als sechs Stunden täglich ausgeübt werden kann. Hier greift der sogenannte Berufsschutz, der besagt, dass der erreichte berufliche Status soweit wie möglich erhalten bleiben soll.

Es besteht Anspruch auf

- **volle Erwerbsminderungsrente** bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter drei Stunden täglich.
- **teilweise Erwerbsminderungsrente** bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von drei bis unter sechs Stunden täglich.

Wegen der oft ungünstigen Arbeitsmarktsituation kommt hier allerdings eine soziale Komponente zum Tragen: Versicherte, die in der Verfassung sind, täglich mindestens drei Stunden (aber nicht mehr als sechs) zu arbeiten, aber arbeitslos sind, können eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten.

Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI

Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise* oder voll erwerbsgemindert sind,
2. die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben,

* Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

3. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit geleistet und vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

zu 1.

Nachdem ein Rentenanspruch gestellt wurde, wird von dem zuständigen Rentenversicherungsträger geprüft, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Überprüfung nimmt der Medizinische Dienst des Rentenversicherungsträgers vor. Unter Berücksichtigung aller vorliegenden medizinischen Befunde (unter Angabe jeden Arztes, bei dem der Antragsteller bis zu diesem Zeitpunkt in Behandlung war) wird entschieden, ob die Voraussetzungen für eine volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente gegeben sind oder ob durch eine Rehabilitationsmaßnahme die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.

zu 2.

Bei Erreichen des Renteneintrittsalters wird die Regelaltersrente gezahlt. Vor Vollendung des 65. Lebensjahres kann eine Erwerbsminderungsrente nicht mehr gewährt werden, wenn bereits Anspruch auf eine Altersrente (ggf. mit Abschlägen) besteht.

zu 3.

Zu den Pflichtversicherungszeiten gehören neben den Arbeitnehmerbeiträgen auch die Kindererziehungszeiten, Zeiten mit Pflichtbeiträgen aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen sowie Pflichtbeiträge aufgrund des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II. Bestimmte rentenrechtliche Zeiten, die keine Pflichtbeitragszeiten sind, verändern den Fünfjahreszeitraum.

Unter dem Begriff Wartezeit wird die Mindestversicherungszeit verstanden, die ein Versicherter in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt haben muss, um Rente zu erhalten. Für die Ermittlung der Wartezeit werden alle rentenrelevanten Zeiten zusammengefasst: Neben den Beitragszeiten werden beispielsweise auch Kindererziehungs-, Kinderberücksichtigungs- und Ersatzzeiten angerechnet.

6.4 Rente auf Zeit

Bei Aussicht auf Wiedereingliederung in den Beruf werden die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit grundsätzlich als Zeitrenten gewährt. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre und wird im Bescheid festgelegt. Falls vor Ablauf der Befristung absehbar ist, dass der Antragsteller weiterhin krankheitsbedingt nicht erwerbsfähig ist, kann rechtzeitig vor Ablauf ein Antrag auf Weitergewährung der Rente gestellt werden.

Wer vor oder infolge der Erkrankung arbeitslos geworden ist, muss sich drei Monate vor Ablauf der Rente auf Zeit bei der Agentur für Arbeit arbeitssuchend melden. Diese Vorgehensweise sollte auch eingehalten werden, wenn ein Antrag auf Weitergewährung der Rente gestellt wurde, um bei einer Ablehnung der weiteren Rente keine Abzüge bei den Leistungen der Agentur für Arbeit zu erhalten.

Die Renten werden unbefristet geleistet, wenn eine Rückkehr in den Beruf unwahrscheinlich ist. Hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen.

Renten wegen Erwerbsminderung enden jedoch mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze für den Bezug der Rente wegen Alters.

6.5 Weitere Rentenarten

Rentenansprüche beruhen auf den jeweiligen individuellen Erwerbsbiografien, weshalb diese Thematik außerordentlich komplex ist. Im Rahmen dieser Broschüre können weitere Rentenarten wie Altersrenten, Altersrente für Schwerbehinderte, Hinterbliebenenrenten, Beamtenversorgung, Waisenrenten nicht dargestellt werden.

Lassen Sie sich vor der Antragstellung einer Rente umfassend beraten. Suchen Sie mit allen für die Rente relevanten Unterlagen eine Beratungsstelle Ihrer Rentenversicherung auf. Dort können auch individuelle Renten-

berechnungen vorgenommen werden. Ehrenamtlich tätige Versichertenberater helfen beim Ausfüllen von Anträgen. Die Adressen der Beratungsstellen sind unter www.deutsche-rentenversicherung.de aufgeführt. Hier können außerdem Broschüren und Antragsvordrucke heruntergeladen werden. Weitere Anschriften, auch für telefonische oder schriftliche Nachfragen, finden Sie im Anhang ab Seite 93.

6.6 Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII

Das Sozialamt gewährt sowohl Hilfe zum Lebensunterhalt als auch Grundsicherung. Als Grundsicherung wird die Sicherstellung des grundlegenden Lebensunterhaltes eines Menschen bezeichnet, der aufgrund seines Alters oder aufgrund von dauerhafter voller Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist und dessen reguläre Einkünfte für den Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen für die Bewilligung von Grundsicherung sind

- gewöhnlicher Aufenthalt/Wohnsitz in Deutschland,
- Erreichen der Altersgrenze (§ 41 SGB XII, früher: 65. Lebensjahr, jetzt Altersgrenze für die Altersrente),
- Vollendung des 18. Lebensjahres und festgestellte dauerhafte volle Erwerbsminderung.

Die Gewährung der Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit. Sie richtet sich nach den Regeln des SGB XII. Eigenes Einkommen und Vermögen wird auf die Grundsicherung angerechnet. Die Grundsicherung umfasst auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, falls keine Pflichtversicherung über eine Rente besteht. Der Antrag auf Grundsicherung wird beim wohnortnah zuständigen Sozialamt gestellt.

Wurde die Erwerbsminderung lediglich befristet „auf Zeit“ festgestellt, so bleibt entweder das Jobcenter zuständig (wenn es ein erwerbsfähiges Familienmitglied in der sogenannten Bedarfsgemeinschaft gibt) oder aber

das Sozialamt wird zuständig und gewährt Hilfe zum Lebensunterhalt etwa bei Alleinstehenden. Das Jobcenter gewährt dann aber Sozialgeld (statt Arbeitslosengeld II) und man muss sich um die Krankenversicherung kümmern:

Beim Übergang von der Arbeitsagentur/dem Jobcenter zum Sozialamt und beim Übergang von Arbeitslosengeld II zum Sozialgeld sollten Sie unbedingt umgehend einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung bei Ihrer Krankenkasse stellen, bis endgültig über die Rente entschieden wurde. Der Antrag muss nachweislich innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Bezug von ALG I/ALG II gestellt worden sein! Lassen Sie sich die Antragstellung schriftlich von der Krankenkasse bestätigen. Sie erhalten dann eine Beitragseinstufung von der Krankenkasse, die Sie beim Sozialamt (oder bei Bezug von Sozialgeld beim Jobcenter) einreichen können. Das Sozialamt übernimmt dann die zu zahlenden Beiträge und überweist sie auch direkt an die Krankenkasse.

Ihre Fragen zu Umfang und Höhe der Leistungen, zur Anrechnung von Vermögen und zur Dauer der Leistungen nach dem SGB XII sollten Sie unbedingt beim zuständigen Mitarbeiter des Sozialamtes stellen! Oder sich bei Sozialberatungen der Bezirksämter, der Berliner Krebsgesellschaft oder der Sozialverbände VdK oder SoVD beraten lassen.

6.7 Härtefonds

Krebspatienten und ihre Familien, die durch die Krebserkrankung in eine finanzielle Notlage geraten sind, können kurzfristig eine einmalige finanzielle Zuwendung aus dem Härtefonds der Berliner Krebsgesellschaft und/oder der Deutschen Krebshilfe erhalten. Der Antrag auf finanzielle Unterstützung kann nur gestellt werden, wenn Bedürftigkeit vorliegt. Die Zuwendung ist an Familieneinkommensgrenzen gebunden.

Mit einem einfachen Antragsformular können Antragsteller ihre Situation darlegen, entsprechende Nachweise beifügen und ihre Angaben von einer öffentlichen Institution (Sozialamt, klinischer Sozialdienst, kirchliche Stellen oder durch andere behördliche Einrichtungen) bestätigen lassen. Die Prüfung und Abwicklung erfolgt in der Regel weitgehend unbürokratisch und innerhalb kurzer Zeit.

Kontakt Daten Härtefonds

Berliner Krebsgesellschaft e.V.
Härtefonds
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Telefon: (030) 2 83 24 00
www.berliner-krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe
Härtefonds
Buschstr. 32, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 7 29 90-94
www.krebshilfe.de

7.1 Was ist Palliativmedizin?

Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO

„Palliativmedizin ist die aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“

Es wird unterschieden zwischen kurativer Medizin, welche die Heilung der Patienten zum Ziel hat, und palliativer Medizin, bei der nicht mehr die Heilung, sondern die Krankheitsmilderung im Fokus steht. Die zugrunde liegende Erkrankung ist in letzterem Fall nicht mehr heilbar, daher steht z. B. die Schmerz- und Symptomkontrolle für den Patienten im Mittelpunkt. Ausgehend von den Wünschen, Bedürfnissen, Zielen und dem Befinden des Patienten hat hier nicht die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis Priorität, sondern die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit des Patienten.

Die palliative Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten kann unter verschiedenen Rahmenbedingungen ambulant oder stationär erfolgen:

- In stationären Hospizen und auf Palliativstationen, die an Krankenhäuser angegliedert sind, werden Patienten behandelt, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können.
- In Tageshospizen wird die psychosoziale Betreuung sichergestellt, zum Teil können auch medizinische und pflegerische Leistungen erbracht werden (Injektionen, Verbandwechsel etc.).
- Ambulante palliative Pflegedienste pflegen die Patienten zu Hause und ermöglichen sterbenden Menschen, die letzte Zeit ihres Lebens in ihrer häuslichen Umgebung zu verbringen.
- Hospizgruppen/-initiativen und Hospizdienste leisten größtenteils ehrenamtliche Arbeit bei den Patienten und Familien zu Hause, beraten in palliativen Pflegefragen, unterstützen die Arbeit der palliativen Pflegedienste und koordinieren den Einsatz von ehrenamtlichen Hospizhelfern.

Hospizarbeit beinhaltet neben der psychosozialen und spirituellen Begleitung auch palliative Medizin und Pflege. Die Familien der Patienten sind in die Betreuung einbezogen, und häufig wird für die Hinterbliebenen eine Trauerbegleitung angeboten.

Damit dieses umfassende und ganzheitlich angelegte Konzept umgesetzt werden kann, arbeiten die Einrichtungen in einem multidisziplinären Team. Neben palliativmedizinisch ausgebildeten Ärzten und dem speziell ausgebildeten Pflegepersonal sind auch andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Seelsorger, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten sowie speziell geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter eingebunden.

7.2 Betreuung von Patienten in der Sterbephase

Wenn Familien mit der belastenden Pflege und Betreuung eines sterbenden Angehörigen überfordert sind, sollten sie sich an Hospize oder Hospizinitiativen wenden, um schnell verlässliche und qualifizierte Hilfe und Beratung zu erhalten.

Anschriften von ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen finden Sie im jährlich neu erscheinenden „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ oder im Internet unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de.

Auskunft erteilen auch Pflegeberatungsstellen, der klinische Sozialdienst, Seelsorger und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (Adresse auf Seite 100).

7.3 Finanzierung der stationären palliativen Versorgung

Seit dem 1.8.2009 erfolgt die Finanzierung der stationären Hospizpflege (unter Anrechnung der Leistungen aus der Pflegeversicherung) durch die Krankenkassen. Das bedeutet, dass für Patienten keine Zuzahlung für den stationären Hospizaufenthalt anfällt (§ 39 a Abs.1 SGB V).

Um ein stationäres Hospiz kennenzulernen, vereinbaren Sie am besten einen Besichtigungstermin. Machen Sie sich ein Bild von der Atmosphäre des Hauses.

7.4 Ambulante Hospizarbeit

Ambulante Hospizarbeit wird von unterschiedlichen Diensten, Gruppen und Initiativen geleistet, die Patienten und Angehörige in der häuslichen Umgebung betreuen. Die Organisation der ambulanten Hospizarbeit kann regional sehr unterschiedlich sein.

Informieren Sie sich über die Unterstützungsmöglichkeiten ambulanter Hospizarbeit direkt bei Hospizeinrichtungen an Ihrem Wohnort!

Hospizgruppen und Hospizinitiativen erbringen keine Pflegeleistungen, sondern ergänzen ambulante Pflegedienste und arbeiten mit geschulten ehrenamtlichen Helfern, die den Betroffenen psychosoziale Unterstützung bieten. Dies beinhaltet Gesprächsangebote für sterbende Menschen und ihre Angehörigen, Hilfen im Alltag und bei behördlichen Angelegenheiten bis hin zur Trauerbegleitung von Hinterbliebenen. Eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten und dem betreuenden Arzt ist selbstverständlich.

Ambulante Hospiz- und Palliativpflegedienste leisten die Pflege und Versorgung sterbender Menschen. Die Mitarbeiter der ambulanten Hospiz- und Palliativpflegedienste sind qualifizierte examinierte Pflegekräfte mit

Erfahrung in der Pflege von Palliativpatienten bzw. mit der Zusatzqualifikation „Palliative Care“.

Es wird außerdem eine 24-Stunden-Bereitschaft gewährleistet. Die Anbindung an einen palliativmedizinischen Konsiliardienst (Institution zur medizinischen Mitbetreuung des Patienten) sowie eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ist die Regel.

Hospizdienste leisten darüber hinaus palliativpflegerische Beratung, leiten pflegende Angehörige an und koordinieren die Einsätze von ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern.

Die ambulanten Palliativpflegedienste werden von den Krankenkassen bezahlt. Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgung durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgt und der Patient keine Krankenhausbehandlung und keine teilstationäre Versorgung benötigt.

Ambulante Hospizdienste arbeiten meist auf ehrenamtlicher Basis. Dem Patienten entstehen hierbei in der Regel keine Kosten.

7.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Palliativpatienten, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben einen gesetzlichen Anspruch (§§ 37 b, 132 d SGB V) auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die von den Krankenkassen finanziert wird. Die SAPV hat zum Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten oder zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen sowie unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Auch Angehörige der Patienten werden in die Versorgung einbezogen.

Einen Bedarf an besonders aufwendiger Versorgung haben Palliativpatienten mit komplexen Symptomen, deren Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen von qualifizierten Ärzten und Pflegekräften erfordern. Eine psychosoziale Unterstützung – auch für Angehörige – wird in enger Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern und ehrenamtlichen Hospizhelfern gewährleistet. SAPV wird immer an den individuellen Bedarf des Patienten angepasst.

SAPV-Teams sind auf Palliativversorgung spezialisiert. Sie koordinieren, beraten und unterstützen Pflegedienste, Ärzte und andere professionelle Helfer. Eine 24-stündige Rufbereitschaft an sieben Tagen in der Woche steht den Patienten, deren Angehörigen und den an der Versorgung beteiligten Fachkräften zur Verfügung. Die Versorgung schließt notwendige Hausbesuche ein.

Die Verordnung für SAPV erfolgt vom betreuenden Krankenhausarzt oder Hausarzt und muss der Krankenkasse spätestens am dritten Tag nach Ausstellung vorgelegt werden. Die Kosten werden nach der Bewilligung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vollständig übernommen. Die SAPV-Teams beginnen mit der Betreuung der Patienten in der Regel jedoch schon ab dem ersten Kontakt.

SAPV ist eine ergänzende Leistung der Krankenkassen, die zusätzlich zu den Pflegeleistungen der Pflegekassen in Anspruch genommen werden kann. Anspruch auf SAPV haben auch Patienten, die in einem Pflegeheim oder stationären Hospiz leben.

Informationen über SAPV erhalten Sie bei Hospizeinrichtungen an Ihrem Wohnort und bei Ihrer Krankenkasse.

Ansprechpartner zum Thema Krebs

Berliner Krebsgesellschaft e.V.

Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Telefon: (0 30) 2 83 24 00

E-Mail: info@berliner-krebsgesellschaft.de

Internet: www.berliner-krebsgesellschaft.de

Krebsinformationsdienst

Telefon: 0800 4 20 30 40

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Ansprechpartner für Sozialleistungen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bürgertelefon Thema Rente

Telefon: (0 30) 2 21 91 10 01

Bürgertelefon Thema Behinderung

Telefon: (0 30) 2 21 91 10 06

Bürgertelefon Thema Arbeitsrecht

Telefon: (0 30) 2 21 91 10 04

Sprechzeiten: montags bis donnerstags 8–20 Uhr

Internet: www.bmas.de

Deutsche Rentenversicherung

Telefon: 0800 1000 4800

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Beratungsstellen der Gesundheitsämter in den Bezirken

Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen und der Einleitung von finanziellen Hilfen sowie psychosoziale Beratung erhalten Krebspatienten in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter. Sie vermitteln auch zu weiterführenden Angeboten.

Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf – Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen, Krebs sowie Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter

Hohenzollerndamm 174–177, 10713 Berlin

Sprechzeiten: dienstags und donnerstags 9–12 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 91 61 89 oder 9 02 91 61 81

E-Mail: bfb@charlottenburg-wilmersdorf.de

94

Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg

Beratungsstelle für behinderte, chronisch erkrankte und alte Menschen

Urbanstr. 24 (Hof), 10967 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 98 83 59

E-Mail: behindertenberatung@ba-fk.berlin.de

Gesundheitsamt Lichtenberg

Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronischen Erkrankungen

Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 14–18 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 96 75 42

E-Mail: GesBfB.BALichtenberg@lichtenberg.berlin.de

Gesundheitsamt Marzahn-Hellersdorf – Beratungsstelle für behinderte, krebs- und chronisch kranke Menschen

Janusz-Korczak-Str. 32, 12627 Berlin

Sprechzeiten: dienstags und donnerstags 9–12 Uhr und nach Vereinbarung

Telefon: (0 30) 9 02 93 37 41

E-Mail: bfb@ba-mh.berlin.de

Gesundheitsamt Mitte

Beratungsstelle für behinderte und krebserkrankte Menschen

Telefon: (0 30) 9 01 84 51 81 oder 90 18 44 32 87

E-Mail: bfb@ba-mitte.berlin.de

Standort I: Haus M, Eingang L, Turmstr. 21

(Besuchereingang Birkenstr. 62), 10559 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 9–12 Uhr

(Telefonsprechstunde)

Standort II: Kiezsprechstunde im Stadtschloss Moabit, Rostocker Str. 32, 10553 Berlin

Sprechzeiten: mittwochs 13–15 Uhr

Standort III: Senioreninfothek Schillerpark, Armenische Str. 12 (gegenüber Seniorenhaus), 13349 Berlin

Sprechzeiten: mittwochs 10–13 Uhr

Gesundheitsamt Neukölln

Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und Aids

Gutschmidtstr. 31, 12359 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 14–17 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 39 20 77

E-Mail: GesBKA@bezirksamt-neukoelln.de

Gesundheitsamt Pankow

Beratungsstelle für behinderte Menschen

Grunowstr. 8–11, 13187 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 15–18 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 95 28 02 oder 9 02 95 28 32

E-Mail: bfb@ba-pankow.berlin.de

Gesundheitsamt Reinickendorf

Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und Aids

Teichstr. 65, Haus 4, 13407 Berlin

Sprechzeiten: dienstags und freitags 9–12 Uhr und nach Vereinbarung

Telefon: (0 30) 9 02 94 51 86 oder 9 02 94 51 88

E-Mail: behindertenberatung@reinickendorf.berlin.de

95

Gesundheitsamt Spandau**Beratungsstelle für behinderte, krebs- und aidskranke Menschen**

Melanchthonstr. 8, 13595 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 15–17 Uhr und nach Vereinbarung

Telefon: (0 30) 36 99 76 11 oder 36 99 76 44

E-Mail: ges3b@ba-spandau.berlin.de

Gesundheitsamt Steglitz-Zehlendorf – Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs- und Aidskranke

Potsdamer Str. 8, 14163 Berlin

Sprechzeiten: donnerstags 9–12 Uhr und nach Vereinbarung, Hausbesuche möglich

Telefon: (0 30) 9 02 99 47 07 oder 9 02 99 26 44

E-Mail: bfb@ba-sz.berlin.de

Gesundheitsamt Tempelhof-Schöneberg**Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und Aids**

Rathausstr. 27, 12105 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–11 Uhr, donnerstags 15–18 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 77 75 75

E-Mail: SozialeBeratung@ba-ts.berlin.de

Gesundheitsamt Treptow-Köpenick**Beratungsstelle für behinderte und krebskranke Menschen**

Standort I: Hans-Schmidt-Str. 16, 12489 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 14–17 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 97 48 40

E-Mail: ges-bfbkm@ba-tk.berlin.de

Standort II: Außenstelle Altglienicke: Kiezklub im Bürgerhaus Altglienicke, Ortolfstr. 182, 12524 Berlin

Sprechzeiten: jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat, 12–15 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 97 67 25

Weitere Beratungsstellen für soziale Fragen

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales stellt für alle in Berlin gemeldeten Krebskranke nach Antragstellung einen Schwerbehindertenausweis aus.

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Kundencenter im Versorgungsamt, Sächsische Str. 28, 10707 Berlin

Sprechzeiten: montags, dienstags 9–15 Uhr, donnerstags 9–18 Uhr, freitags 9–13 Uhr

Bürgertelefon: (0 30) 1 15

E-Mail: infoservice@lageso.berlin.de

Internet:

www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Beratungsstelle Berlin; persönliche Beratung nur nach telefonischer Terminvereinbarung unter 0800 0 11 77 25

Sprechzeiten: montags bis freitags 8–22 Uhr, samstags 8–18 Uhr

Adresse: Legiendamm 4, 10179 Berlin

Kostenfreie telefonische Beratung an 80 Stunden pro Woche:

Deutsch: 0800 0 11 77 22, montags bis freitags 8–22 Uhr, samstags 8–18 Uhr

Türkisch: 0800 0 11 77 23, montags bis samstags 8–18 Uhr

Russisch: 0800 0 11 77 24, montags bis samstags 8–18 Uhr

Arabisch: 0800 33 22 12 25, dienstags 11–13 Uhr, donnerstags 17–19 Uhr

Internet: www.patientenberatung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Auskunfts- und Beratungsstelle

Standort: Fehrbelliner Platz 5, 10707 Berlin

Sprechzeiten: montags und donnerstags 8–18 Uhr,
dienstags und mittwochs 8–15 Uhr, freitags 8–13 Uhr

Telefon: (0 30) 86 88 83

E-Mail: service.in.berlin@drv-bund.de

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Auskunfts- und Beratungsstelle

Standort: Knobelsdorffstr. 92, 14059 Berlin

Sprechzeiten: montags und donnerstags 8–18 Uhr,
dienstags und mittwochs 8–15 Uhr (jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat,
10–15 Uhr), freitags 8–13 Uhr

Telefon: (0 30) 30 02 18 05

E-Mail: kundenservice@drv-berlin-brandenburg.de

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Integrationsfachdienste in Berlin

Integrationsfachdienste (IFD) sind Dienste Dritter, die Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen bei der Suche nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz beraten und unterstützen. Daneben helfen sie, Probleme in bestehenden Arbeitsverhältnissen zu lösen.

Integrationsfachdienst Nord

Berufsbegleitung/Vermittlung

Bundesallee 39–40 a, 10717 Berlin

Sprechzeiten: montags bis mittwochs 9–17 Uhr,
donnerstags 9–18 Uhr, freitags 9–14 Uhr

Telefon: (0 30) 53 63 76

E-Mail: ifdnord-berlin@faw.de

Integrationsfachdienst Mitte

Beratung, Vermittlung und Coaching

Linkstr. 12, 10785 Berlin

Sprechzeiten: montags bis mittwochs 9–17 Uhr,
donnerstags 15–18 Uhr, freitags 9–13 Uhr

Telefon: (0 30) 4 99 18 80

E-Mail: info@ifdmittle.berlin

Internet: www.ifd-mitte.de

Integrationsfachdienst Süd

Berufsbegleitung/Vermittlung

Standort I: Martin-Hoffmann-Str. 18, 12435 Berlin

Telefon: (0 30) 68 40 94 60

Standort II: Wexstr. 2, 10825 Berlin

Telefon: (0 30) 84 85 05 10

Sprechzeiten: montags bis mittwochs 9–17 Uhr,
donnerstags 15–18 Uhr, freitags 9–13 Uhr

E-Mail: info@ifdsued.de

Integrationsfachdienst Selbstständigkeit enterability

Social impact gGmbH, Glogauer Str. 21, 10999 Berlin

Sprechzeiten: nach telefonischer Vereinbarung

Telefon: (0 30) 6 11 34 29

E-Mail: boeckmann@socialimpact.eu

Internet: www.ifd-enterability.de

Ansprechpartner für Pflege und Palliativ

Pflegestützpunkte in Berlin

sind neutrale und kostenlose Beratungsstellen
für Pflegebedürftige und Angehörige
Telefonische Sprechzeiten: montags bis freitags 9–18 Uhr
Telefon: 0800 59 500 59 (kostenfrei)
Informationen zu den Standorten unter
www.pflegestuetzpunkteberlin.de

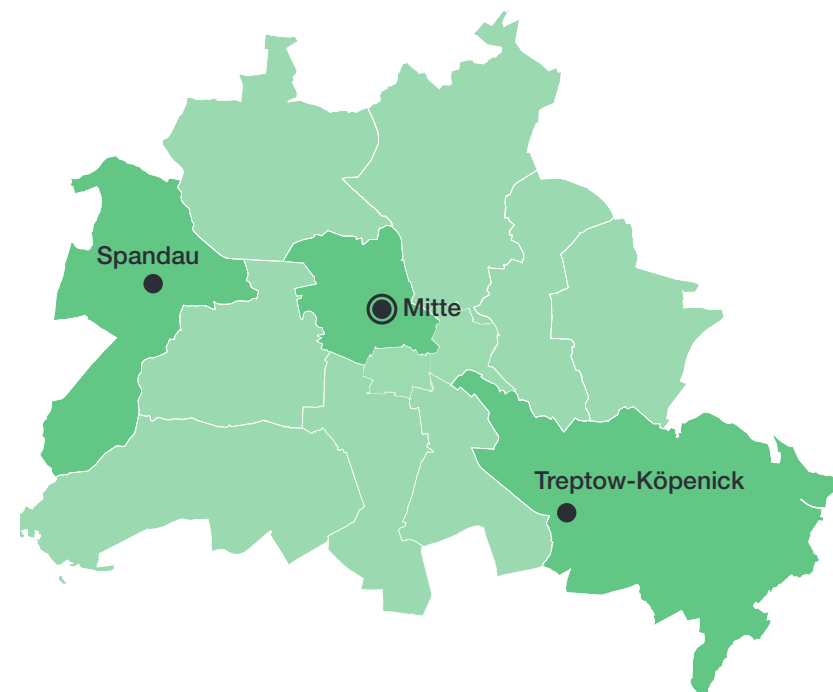
AG SAPV

Arbeitsgemeinschaft spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Internet: www.bag-sapv.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

Aachener Str. 5, 10713 Berlin
Telefon: (0 30) 82 00 75 80
Internet: www.dhpv.de

Rat und Hilfe bei Krebs an drei Standorten



Außenstellen

Spandau

Gemeinwesenverein Haselhorst e.V.
Burscheider Weg 21, 13599 Berlin
donnerstags 10–17 Uhr

Treptow-Köpenick

Onkologie am Segelfliegerdamm
Segelfliegerdamm 95, 12487 Berlin
donnerstags 11–16 Uhr

Geschäfts- und Beratungsstelle

Mitte

Berliner Krebsgesellschaft e.V.
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
psychoonkologische Beratung
montags bis freitags 9–17 Uhr
medizinische Information
14-täglich und wechselweise, montags
14–17 Uhr und freitags 13–16 Uhr

Unsere Rufnummer für alle Standorte:

Telefon (030) 2 83 24 00

Ihre Hilfe bewirkt viel!

Die Berliner Krebsgesellschaft finanziert ihre Arbeit zum Großteil aus Spenden und Erbschaften. Helfen Sie mit, damit wir weiter für Krebsbetroffene in Berlin da sein können.



Wir danken allen Unterstützern für ihr Mitgefühl und ihre Spende.

Spendenkonto

Bank für Sozialwirtschaft

BIC BFSWDE33BER

IBAN DE25 1002 0500 0001 2383 00

Ihre Spende an die Berliner Krebsgesellschaft e.V. ist steuerlich absetzbar.

www.berliner-krebsgesellschaft.de
www.facebook.com/Berliner.Krebsgesellschaft