



Sozialleistungen
bei Krebserkrankungen

Impressum

Herausgeber:

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Paracelsusstraße 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel.: 0345 4788110 · Fax: 0345 4788112
info@sakg.de · www.sakg.de

mit Genehmigung der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
9. Auflage (Dezember 2022)

Regionale Anpassungen für Sachsen-Anhalt durch die Deutsche Rentenversicherung
Mitteldeutschland, MDK Sachsen-Anhalt und Aktualisierung durch das Beratungsteam
der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V.

Urheber:

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
Volmerswerther Str. 20, 40221 Düsseldorf
Tel.: 0211 15760990 · Fax: 0211 15760999
info@krebsgesellschaft-nrw.de · www.krebsgesellschaft-nrw.de

Autorin:

Sabine Deiss, Psychoonkologin
Psychosoziale Krebsberatung Wuppertal

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck (auch auszugsweise), Vervielfältigung, Übernahme in elektronische Datenverarbeitungsanlagen, Verwendung von Ausschnitten zu Werbezwecken sind untersagt und werden als Verstoß gegen die Gesetze zum Urheberrecht und zum Wettbewerbsrecht gerichtlich verfolgt. Jede Nutzung oder Verwertung außerhalb der engen rechtlichen Grenzen ist ohne schriftliche Zustimmung des Urhebers unzulässig.

Die Herausgabe dieser regionalen Broschüre für Sachsen-Anhalt wurde möglich mit freundlicher Unterstützung der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., die uns dankenswerterweise die Nutzungsrechte für die Broschüre zur Verfügung gestellt hat und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Sozialleistungen bei Krebserkrankungen

Inhalt

Vorwort 7

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 9

- Ärztliche Zweitmeinung 9
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 10
- Krankenhausbehandlung 13
- Fahrtkosten 14
- Häusliche Krankenpflege 16
- Haushaltshilfe 18
- Belastungsgrenze 19
- Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit 22

Übergang in die nachstationäre Versorgung 23

- Kliniksozialdienste 23
- Übergangspflege 23

Medizinische Rehabilitation 25

- Leistungen zur onkologischen Rehabilitation 26
- Zeitpunkt, Ort, Dauer und Umfang der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation 27
- Beantragung onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen 27
- Voraussetzungen für die Bewilligung 30
- Ergänzende Leistungen 31
- Zuzahlungen 32
- Rehabilitationssport 34

Leistungen der Pflegeversicherung 37

- Definition von Pflegebedürftigkeit 37
- Antrag auf Pflegeleistungen 38
- Feststellung Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad 39

- Pflegeleistungen im Überblick 41
- Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson 43
- Kurzzeitpflege 44
- Pflegehilfsmittel 44
- Ambulante Pflegedienste 45
- Leistungen für nicht professionelle Pflegepersonen 48
- Beruf und Pflege eines Angehörigen 49
- Familienpflegezeit 49
- Wohnungsanpassung/Wohnungsumfeldverbesserung 52
- Teilstationäre und stationäre Pflege 52
- Vollstationäre Pflege 53
- „Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe 54
- Pflegeberatung 55

Schwerbehinderung 56

- Zuständigkeit 56
- Antragsstellung 56
- Merkzeichen 59
- Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen 59
- Schwerbehindertenausweis 61

Rückkehr in den Beruf 62

- Stufenweise Wiedereingliederung 62
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 63

Einkommensarten 65

- Krankengeld 65
- Wegfall des Krankengeldes 66
- Übergangsgeld 68
- Abgestufte Erwerbsminderungsrente 69
- Weitere Rentenarten 71
- Grundsicherung 72

Einmalige Beihilfen

- Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

72

72

Palliative Versorgung

- Was ist Palliativmedizin?
- Palliative Versorgung und Hospizarbeit
- Einleitung allgemeiner palliativer Versorgung
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Stationäre palliative Versorgung
- Ambulante Hospizarbeit

74

74

74

76

77

78

79

Anhang

- Adressen

81

Vorwort

Eine Krebserkrankung verändert die gesamte Lebenssituation tiefgreifend. Neben den körperlichen und psychischen Belastungen entstehen viele Fragen, die weit über die medizinische Thematik hinausgehen. Was bezahlt meine Krankenkasse? Wie beantrage ich eine Reha? Was passiert, wenn ich nicht mehr arbeiten kann? Es ist nicht einfach, sich in kürzester Zeit mit allen wichtigen Fakten vertraut zu machen und einen Überblick über Zuständigkeiten, Anträge und Fristen zu gewinnen.

Diese Broschüre soll eine erste Orientierung bieten, welche Leistungen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung Betroffenen zustehen können, welche Möglichkeiten der finanziellen Absicherung es gibt, wenn über längere Zeit keine Berufstätigkeit ausgeübt werden kann und welche anderen vielfältigen Hilfen im Krankheitsfall zur Verfügung stehen.

Bereits zu Beginn der Therapie ist es wichtig, sich über alle Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, um diese zu gegebener Zeit in Anspruch nehmen zu können. Denn neben der medizinischen Versorgung trägt auch die sozialrechtliche Absicherung wesentlich zum Erhalt der Lebensqualität bei.

Es ist empfehlenswert, sich schon während des stationären Aufenthaltes an den Krankenhaussozialdienst zu wenden und sich über die individuellen sozialrechtlichen Möglichkeiten beraten zu lassen. Weitere Ansprechpartner rund um die Themen Sozialleistungen, Selbsthilfe und psychosoziale Beratung finden Sie im Anhang.

Ihre Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

Wichtig! In dieser Broschüre wird das Leistungsspektrum von Krankenkassen, Pflegediensten, Rentenversicherungsträgern und anderen Institutionen für krebserkrankte Menschen vorgestellt. Es werden gesetzliche Regelungen erläutert, wie sie zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Broschüre Bestand haben. Da diese jedoch einem ständigen Wandel unterliegen, können die nachfolgenden Informationen, insbesondere zu finanziellen Leistungen, das Gespräch mit dem zuständigen Sachbearbeiter der Krankenkasse, des Rentenversicherungsträgers oder ggf. des Sozialamtes nicht ersetzen. Die Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V. übernimmt keine Haftung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der Angaben.

Hinweis: Damit die Texte flüssig zu lesen sind, wurde bei Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form gewählt. Selbstverständlich sind alle Geschlechter gemeint.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

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 zu verhüten oder Beschwerden zu lindern.

Die Krankenkassen sind auch Ansprechpartner für Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und für medizinische Rehabilitation. Welche Kosten im Einzelnen für welche Leistungen übernommen werden, sollte mit der Krankenversicherung abgeklärt werden. Erste Informationen finden sich in der Regel auf der Internetseite der Krankenkasse. Darüber hinaus haben die meisten Kassen zentrale Servicenummern oder es kann ein persönliches Beratungsgespräch in der Geschäftsstelle vor Ort in Anspruch genommen werden.

Ärztliche Zweitmeinung zu Diagnose und Therapievorschlag

Grundsätzlich besteht für Versicherte Wahlfreiheit unter den Kassenärzten. Dies gilt auch für die Krankenhauswahl. Es muss allerdings eine ärztliche Einweisung für das gewählte Krankenhaus vorliegen. Wenn eine Krebsdiagnose gestellt und ein Therapievorschlag gemacht wurde, besteht die Möglichkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Hierunter versteht man eine zweite Begutachtung bezüglich Diagnose und Therapie durch einen unabhängigen, bisher an der Betreuung des Patienten nicht beteiligten Arzt. Dies kann wichtig sein für die Einschätzung des Krankheitsstatus, die Beurteilung von Risiken oder Chancen einer medikamentösen Therapie bzw. eines operativen Eingriffs.

Zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung empfehlen sich z. B. Organkrebszentren, onkologische Fachabteilungen von Krankenhäusern und Universitätskliniken, andere auf Krebstherapie spezialisierte Zentren sowie niedergelassene Onkologen.

*Jeder Patient hat grundsätzlich das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Die Kosten werden jedoch nicht in jedem Fall von den Krankenkassen übernommen. Deshalb sollten Sie unbedingt **vorher** bei Ihrer Kasse nachfragen, unter welchen Voraussetzungen eine Kostenübernahme möglich ist.*

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei- und Verbandmittel

Generell übernimmt die Krankenkasse die Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Festbetrag, abzüglich der gesetzlich zu leistenden Zuzahlung. Bei diesem Festbetrag handelt es sich um den Höchstbetrag, den die gesetzlichen Krankenkassen für ein Arznei- oder Hilfsmittel bezahlen. Wenn der Verkaufspreis eines Medikaments höher ist als der Festbetrag, muss der Versicherte die Differenz selbst tragen. Der Arzt sollte jedoch überprüfen, ob ein gleichwertiges, aber preisgünstigeres Präparat ohne Aufzahlung erhältlich ist.

Regelmäßig aktualisierte Übersichten der Arzneimittel-Festbeträge können auf der Internetseite www.dimdi.de (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) als PDF-Datei eingesehen werden.

Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den vom Arzt per Kassenrezept verordneten Medikamenten 10% des Preises, mindestens 5,00 EUR, maximal 10,00 EUR. Wenn die Kosten unter 5,00 EUR liegen, wird nur der Verkaufspreis erhoben. Bei Arzneimitteln, deren Preis ohne Mehrwertsteuer mindestens 30 % niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, entfällt die Zuzahlung.

Eine Übersicht zuzahlungsbefreiter Arzneimittel stellt der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite (www.gkv-spitzenverband.de) zur Verfügung. Bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe wurden nach dem Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) von der Zuzahlung befreit. Diese kön-

nen auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen eingesehen werden (www.gkv-spitzenverband.de). Weiterhin können Medikamente von Arzneimittelherstellern, mit denen die Krankenkassen einen Rabattvertrag geschlossen haben, ganz oder teilweise zuzahlungsfrei sein. Ärzte, Apotheker und Krankenkassen erteilen hierzu detaillierte Auskünfte.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt. Dazu gehören u.a. so genannte Bagatellarzneimittel, z. B. Mittel gegen Erkältungskrankheiten, Abführmittel, Mittel gegen Reisekrankheit etc.

Ausnahmen: Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung von schwerwiegenden Erkrankungen wie z. B. Krebs als Therapiestandard gelten, können vom Arzt mit entsprechender medizinischer Begründung verordnet werden. Diese Medikamente sind im Internet unter www.g-ba.de (OTC-Übersicht) einsehbar. Die Liste wird fortlaufend aktualisiert.

Weitere Ausnahme: Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen für versicherte Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag vom Arzt verordnet werden.

Heilmittel

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln, die vom Arzt auf Kassenrezept verschrieben werden. Zu den Heilmitteln gehören beispielsweise Maßnahmen wie Physiotherapie bzw. Krankengymnastik, Lymphdrainage, Massagen, Wärmebehandlung, medizinische Bäder, Atemtherapie sowie Sprach- und Ergotherapie (z. B. bei Hirntumoren oder nach Operationen).

Die Zuzahlung für Heilmittel beträgt ab Vollendung des 18. Lebensjahres 10% der Kosten der Anwendung zuzüglich 10,00 EUR je Rezept.

Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen

Chronisch kranke Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die langfristig Heilmittelbehandlungen wie z.B. Physiotherapie oder Lymphdrainage benötigen, können diese Behandlungen von ihrer Krankenkasse für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr genehmigt bekommen.

Wenn Ihr Arzt eine langfristige Heilmittelbehandlung für sinnvoll hält, sollten Sie sich von ihm eine Bescheinigung ausstellen lassen, dass die dauerhafte Behandlung medizinisch notwendig ist und bei Ihrer Krankenkasse einen entsprechenden Antrag auf Genehmigung stellen. Die Kasse muss innerhalb von vier Wochen über den Antrag entscheiden.

Neben der Genehmigung der Krankenkasse, die keine Heilmittelverordnung ersetzt, müssen die Heilmittel jeweils für maximal zwölf Wochen gesondert vom Arzt verordnet werden. Verordnungen über langfristige Heilmittelbehandlungen unterliegen keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung, d.h. sie gehen nicht mehr zu Lasten des Praxisbudgets eines niedergelassenen Arztes. Ein Merkblatt für Ärzte zum Genehmigungsverfahren langfristiger Heilmittelbehandlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) herausgegeben.

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. Dies geschieht entweder in Form eines Festpreises, in Höhe von Vertragsätzen oder im Einzelfall auch nach Kostenvoranschlag.

Beispiele für Hilfsmittel sind Rollstühle, Gehhilfen, Hörhilfen, orthopädische Hilfen, Prothesen (auch: Brustprothesen), Stomaartikel, Inkontinenzhilfen, Hilfen zur Kompressionstherapie, Perücken, etc. Seh-

hilfen und Brillen werden nur in bestimmten Sonderfällen für schwer sehbeeinträchtigte Menschen sowie für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Krankenkasse übernommen.

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 selber zahlen (Eigenanteil). Um dies zu vermeiden, sollten Sie sich vorab die Vertragspartner der Krankenkasse nennen lassen. Die Kassen sind zur Auskunft verpflichtet. Hilfsmittel mit Festbetrag sind z. B. Inkontinenzhilfen, Stomaartikel und Hilfen zur Kompressionstherapie.

Die Krankenkassen haben auch die Möglichkeit, gebrauchte Hilfsmittel wie z. B. Rollstühle und Gehhilfen zur Verfügung zu stellen oder Hilfsmittel leihweise zu überlassen.

Die Zuzahlung für Hilfsmittel beträgt für Personen ab Vollendung ihres 18. Lebensjahres 10% des Abgabepreises, mindestens 5,00 EUR, maximal 10,00 EUR. Auch bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einlagen bei Inkontinenz) müssen 10% des Packungspreises selbst gezahlt werden, höchstens jedoch 10,00 EUR im Monat.

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind von jeglicher Zuzahlung für Hilfsmittel freigestellt.

Krankenhausbehandlung

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten einer Krankenhausbehandlung in einer zugelassenen Vertragseinrichtung in Höhe der mit der Einrichtung vereinbarten Vergütung. Darüber hinausgehende zusätzliche Kosten (z. B. für Chefarztbehandlung, Ein-/Zweibettzimmer etc.) sind von der versicherten Person zu übernehmen.

Die Krankenhausbehandlung kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Sie umfasst ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heil- und Hilfsmitteln sowie Leistungen zur Frührehabilitation.

Seit März 2016 dürfen Krankenhäuser im Rahmen des **Entlassmanagements** für maximal sieben Tage Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen.

Die Zuzahlung für die Krankenhausbehandlung beträgt 10,00 EUR pro Tag für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren fallen keine Zuzahlungen an.

Fahrtkosten

Neben den Kosten für Fahrten zu stationären Leistungen, Rettungsfahrten zum Krankenhaus oder Krankentransporten werden die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur übernommen, wenn es sich um eine ambulante Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation oder eine vor- bzw. nachstationäre Behandlung im Krankenhaus handelt und dadurch eine an sich gebotene stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.

Sonstige Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen werden von den Krankenkassen nur in folgenden besonderen Ausnahmefällen, unter bestimmten Voraussetzungen nach vorheriger Genehmigung übernommen. Die Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind, dass

- die Patientin/der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist UND
- diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Patientin/den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind bei den nachfolgend genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie
- Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Fahrten von Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität und deshalb einer Beförderung bedürfen oder mit Pflegestufe 2 (bis 31. Dezember 2016) und Überleitung in Pflegegrad 3 seit 1. Januar 2017.

Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten nur bei ärztlicher Verordnung und wenn zwingende medizinische Gründe vom Arzt attestiert werden. Die Fahrtkosten werden lediglich bis zur nächst erreichbaren geeigneten Behandlungseinrichtung und zurück übernommen, falls kein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort besteht.

Wichtig: Die Fahrten zur ambulanten Behandlung müssen vor der Inanspruchnahme von der Krankenkasse genehmigt werden!

Der voraussichtliche Zeitraum der Behandlung sollte bereits in der ärztlichen Verordnung für Krankenfahrten angegeben werden, sodass nicht jede Fahrt einzeln genehmigt werden muss.

Die Zuzahlung zu den Fahrtkosten beträgt 10 % der Fahrtkosten, mindestens 5,00 EUR, maximal 10,00 EUR pro Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt auch für Fahrten von Kindern und Jugendlichen.

Fahrtkosten bei Krankenhauswechsel

Wenn ein Patient aus medizinischen Gründen von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt werden muss, übernimmt die Krankenkasse die gesamten Fahrtkosten.

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 krankenflegerische Betreuung durch einen Pflegedienst zu Hause erforderlich ist.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die häusliche Krankenpflege, wenn:

- die Pflege ärztlich verordnet wird, um die Sicherung der ärztlichen Behandlung zu gewährleisten (**Sicherungspflege**) **ODER**
- eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist (z. B. mangelnde Transportfähigkeit) oder ein Krankenhausaufenthalt durch eine häusliche Versorgung vermieden bzw. verkürzt werden kann (**Krankenhausvermeidungspflege**) **ODER**
- eine schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit vorliegt, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung (**Unterstützungspflege**)
- **UND** keine andere im Haushalt lebende Person den Patienten in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann.

Die häusliche Krankenpflege umfasst folgende Leistungen:

- **Behandlungspflege:** medizinische Hilfeleistungen bei Injektionen, Verbandswechsel, Verabreichung von Medikamenten und dem Wechsel von Kompressionsstrümpfen
- **Grundpflege:** Leistungen nicht medizinischer Art wie z. B. Körperpflege, Hilfe im hygienischen Bereich, Ernährung

- **Hauswirtschaftliche Versorgung** wie z. B. Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen, Putzen, Wäsche waschen

Wichtig: Die Krankenhausvermeidungspflege beinhaltet jeweils Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Leistungen. Die Sicherungspflege beinhaltet in jedem Fall die Behandlungspflege; Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse vorgesehen ist. Die Unterstützungspflege beinhaltet die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die von den Krankenkassen finanzierte häusliche Krankenpflege kann an allen geeigneten Orten, an denen der Patient sich regelmäßig aufhält, erbracht werden, z. B. im eigenen Haushalt, in betreuten Wohnformen und Wohngemeinschaften, unter bestimmten Voraussetzungen auch in Schulen und Behindertenwerkstätten sowie in Einrichtungen für Menschen ohne festen Wohnsitz.

Pflegedienste, welche die verordnete Versorgung übernehmen können, werden von der Krankenkasse vermittelt. Wenn die Krankenkasse keine Pflegekraft stellen kann, übernimmt sie die Kosten für eine selbst organisierte Kraft in angemessener Höhe. Dies muss jedoch unbedingt vorher mit der Krankenkasse abgesprochen und genehmigt werden!

Die Krankenhausvermeidungspflege sowie die Unterstützungspflege werden maximal bis zu 4 Wochen finanziert. In medizinisch begründeten Fällen kann die Kostenübernahme verlängert werden. Die Prüfung der Notwendigkeit erfolgt durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Für die Sicherungspflege hat der Gesetzgeber keine zeitliche Begrenzung vorgegeben. Die Dauer einer Kostenübernahme ist von der Satzung der jeweiligen Krankenkasse abhängig.

Die Verordnung für häusliche Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z. B. den Hausarzt. Soweit es für die Versorgung des

Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, können jedoch auch Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen.

Wenn ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt oder die zu pflegende Person bereits in einem Pflegegrad eingruppiert wurde, übernimmt die Krankenkasse keine Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung mehr. Kostenträger hierfür ist dann die Pflegekasse. Die Behandlungspflege wird jedoch weiterhin von der Krankenkasse gezahlt.

Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Tag begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr zuzüglich 10,00 EUR je Verordnung.

Haushaltshilfe

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- schwere Krankheit, akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation oder Krankenhausbehandlung – in diesen Fällen erfolgt die Gewährung der Leistung für längstens 4 Wochen **UND**
- im Haushalt lebt mindestens ein Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen einer Behinderung auf Hilfe angewiesen ist und keine andere Person den Haushalt weiterführen kann – Leistungsgewährung für 26 Wochen

Wichtig: Eine andere im Haushalt lebende Person (Ehepartner, ältere Kinder) ist nicht verpflichtet, sich zur Weiterführung des Haushalts von Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben zu lassen.

Dauer und Umfang der zu gewährenden Hilfe im Haushalt kann jede Krankenkasse in ihrer Satzung festlegen. Daher fallen die Rahmenbedingungen je Kasse unterschiedlich aus und sollten im Vorfeld mit dem Kostenträger abgeklärt werden.

Zuzahlung zu den Kosten für eine Haushaltshilfe

Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe beträgt die Zuzahlung 10% der Kosten pro Tag, jedoch mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR. Haushaltshilfen vermitteln Krankenkassen oder Sozialämter. Oft übernimmt die Krankenkasse auch die Kosten für eine selbst beschaffte Kraft in angemessener Höhe. Dies muss jedoch unbedingt **vorher** mit der Kasse abgesprochen und von dieser genehmigt werden!

Wenn die Krankenkasse die Finanzierung einer Haushaltshilfe ablehnt und Kinder im Haushalt leben, deren Versorgung aufgrund der Erkrankung eines Elternteils gefährdet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf ambulante Familienpflege gestellt werden. Ein Rechtsanspruch auf ambulante Familienpflege besteht jedoch nicht.

Belastungsgrenze

Um zu vermeiden, dass die Zuzahlungen den Versicherten finanziell überfordern, sind Belastungsgrenzen festgelegt. Die maximale jährliche Eigenbeteiligung liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens der Haushaltsmitglieder. Dieses sogenannte Familienbruttoeinkommen umfasst das Bruttoeinkommen der versicherten Person sowie aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen..

Alle Zuzahlungen für Medikamente, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von Apotheken, Physiotherapeuten, Sanitätsfachhandel, Fahrdienste, Krankenhäusern etc. sollten Sie sich immer quittieren lassen. Dieser Nachweis ist Voraussetzung für die Feststellung der Überschreitung der Belastungsgrenze (s. folgenden Abschnitt) und des Vorliegens eines Härtefalles.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Für Patienten, die nach dem 1.4.1972 geboren sind und das 35. Lebensjahr vollendet haben, gilt die 1% Grenze allerdings nur, wenn sie sich therapiegerecht verhalten und Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben. Das heißt, dass der Patient jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten (vor allem Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen) teilgenommen haben muss. Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung über 60 und Pflegebedürftige ab Pflegegrad 3.

Schwerwiegend chronisch krank ist, wer durch ärztlicher Bestätigung nachweisen kann, ein Mal je Quartal des vergangenen Jahres wegen derselben Erkrankung in Behandlung gewesen zu sein (Dauerbehandlung). Zusätzlich muss eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Pflegegrad 3 oder höher
- Schwerbehinderung von min. 60 GdB (Grad d. Behinderung)
- Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60%
- Ärztliche Bescheinigung, dass eine kontinuierliche medizinische Versorgung notwendig ist, ohne die ein lebensbedrohlicher Zustand, eine Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

Krebserkrankte können üblicherweise von dieser Regelung profitieren. Wenn im laufenden Kalenderjahr die Belastungsgrenze erreicht wurde, kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für die verbleibende Zeit des Jahres gestellt werden. Einige Krankenkassen haben auf ihrer Internetseite einen Zuzahlungsrechner hinterlegt.

Beratungsnachweis (Vorsorgepass)

Eine Regelung zur Beratungspflicht gilt aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses bereits seit dem 01.01.2008.

Folgender Personenkreis muss sich über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von einem Facharzt beraten lassen, der diese Beratungen in einem sogenannten Vorsorgepass dokumentiert:

- gesetzlich krankenversicherte Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind sowie
- gesetzlich krankenversicherte Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind

Die Beratung muss nicht zwangsläufig zur Entscheidung der Durchführung der jeweiligen Untersuchung führen. Sie muss jedoch längstens im Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung einmalig wahrgenommen werden. Dies bedeutet:

- Beratung über Früherkennungsuntersuchungen für Frauen
 - ab dem 20. Lebensjahr: zu Gebärmutterhalskrebs
 - ab dem 30. Lebensjahr: zu Brustkrebs
 - an dem 50. Lebensjahr: zu Darmkrebs
- Beratung über Früherkennungsuntersuchungen für Männer
 - ab dem 50. Lebensjahr: zu Darmkrebs

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, mit schweren geistigen Behinderungen sowie Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Wird eine entsprechende Beratung versäumt und es entsteht eine der oben genannten Krebserkrankungen, dann kann der Patient nicht von der Chronikerregelung profitieren.

Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit

Bei einem Antrag auf Leistungen der Agentur für Arbeit (ALG I) oder des Jobcenters bzw. ARGE (Hartz IV/ Bürgergeld) muss die bisherige gesetzliche Krankenversicherung angegeben werden. Ebenso muss die Krankenkasse davon unterrichtet werden, dass ein Antrag gestellt wurde. Personen, die bis zu diesem Zeitpunkt privat versichert waren, können eine gesetzliche Krankenkasse frei wählen. Wer von diesem Wahlrecht keinen Gebrauch macht, wird Mitglied bei der zuletzt versichernden, gesetzlichen Krankenkasse.

Wird ALG I oder II (Hartz IV/Bürgergeld) bewilligt, übernimmt die Agentur für Arbeit bzw. bei ALG II (Bürgergeld) das zuständige Jobcenter bzw. ARGE die Beiträge für die Krankenversicherung. Eine Erkrankung muss dem jeweiligen Leistungsträger unverzüglich gemeldet werden.

Die Leistungen werden, soweit es sich um ALG I handelt, in der Regel sechs Wochen weiter gezahlt. Darüber hinaus übernimmt die Krankenkasse die Leistungen in Form von Krankengeld. Anschließend ist das ALG I neu zu beantragen.

Bei Bezug von ALG II (Bürgergeld) zahlt das zuständige Jobcenter bzw. ARGE ALG II (Bürgergeld) ohne Unterbrechung weiter. Es besteht kein Krankengeldanspruch.

Übergang in die nachstationäre Versorgung

Kliniksozialdienste

Alle Krankenhäuser verfügen über einen eigenen Sozialdienst, der für die Einleitung der nachstationären Versorgung zuständig ist. Diese umfasst vor allem:

- Informationen über örtliche/regionale Versorgungsangebote
- Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten
- Einleitung einer Anschlussrehabilitation
- Information über ambulante psychosoziale Beratung und/oder psychoonkologische bzw. psychotherapeutische Unterstützung
- Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung
- Schwerbehinderung, (Erwerbsminderungs-)Rente
- häusliche Pflege und hauswirtschaftliche Hilfen
- Pflegeübernahme in vollstationäre Einrichtungen und Sicherstellung der Pflegekontinuität
- palliative Versorgung (ambulant und stationär)

Der Sozialdienst der Klinik stellt für Patienten auch die notwendigen Anträge an die entsprechenden Leistungsträger.

Unterstützungspflege für Menschen ohne Pflegegrad

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung.

Versicherte haben für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden. Reichen diese

Leistungen nicht aus, besteht Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612,00 EUR.

Seit März 2016 dürfen Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements für maximal 7 Tage Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Sprechen Sie Ihren behandelnden Krankenhausarzt oder das Pflegepersonal an.

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

Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen werden von verschiedenen Sozialversicherungsträgern wie gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen erbracht. Folgende Bereiche werden unterschieden:

- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- Berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen haben zum Ziel, einer möglichen Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, diese zu beseitigen oder Verschlechterungen zu verhüten. Hierzu zählen:

- Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (AR)
- Nach- und Festigungskuren
- onkologische Nachsorgeleistungen

Alle gesetzlich Versicherten haben einen Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation. 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 die Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation in Anspruch nehmen.

Die medizinische Rehabilitation für Krebspatienten umfasst vor allem die Behandlung krankheits- und/oder therapiebedingter Funktionseinschränkungen wie z. B. allgemeine Schwäche, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Einschränkungen durch Organverlust, psychische Folgen der Erkrankung und Behandlung usw. Aber auch die Stärkung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie Hilfe bei der Neuorientierung und der Rückkehr in den Lebens- und Berufsalltag gehören zur Anschlussheilbehandlung.

Ist die Erwerbsfähigkeit des Krebspatienten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Rentenversicherung für ihn Leistungen erbringen. Dadurch soll eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden bzw. bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung der letzten Leistung erbracht. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Renten-, Krankenversicherung oder ein anderer Rehabilitationsträger die Kosten der vorausgegangenen Leistung übernommen hat. Die 4-Jahres-Frist gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Inhalt der Leistung

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation sind eine Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und umfassen gezielte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, die geeignet sind, den Gesundheitszustand des Krebspatienten zu stabilisieren oder zu bessern und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen.

Die Rentenversicherung kann nur innerhalb eines Jahres nach erfolgter Akutbehandlung Rehabilitationsleistungen bei onkologischen Erkrankungen erbringen. Liegen erhebliche Funktionseinschränkungen entweder durch die Erkrankung selbst, auf Grund von Komplikationen oder Folgen der Behandlung vor, können Antragsteller im Einzelfall auch im zweiten Jahr nach Ende der Akutbehandlung eine onkologische Rehabilitation erhalten. Auch die Krankenkasse kann die Form der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Zwischen der Kranken- und Rentenversicherung besteht Gleichrangigkeit.

Zeitpunkt, Ort, Dauer und Umfang der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Die Leistungen zur onkologischen Rehabilitation sollen unmittelbar an die Primär- bzw. Akutbehandlung der Krebserkrankung anschließen (Operation, Chemo-, Strahlentherapie). Unmittelbar heißt, dass die Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung angetreten wird. Eine Fristverlängerung aus tatsächlichen oder medizinischen Gründen ist möglich und kann individuell genehmigt werden.

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation dauern in der Regel drei Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese erforderlich ist, um das Rehabilitations- bzw. Behandlungsziel zu erreichen.

Die Leistung zur onkologischen Rehabilitation kann ambulant oder stationär erbracht werden. Bei einer stationären Leistung ist der Versicherte in einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung untergebracht. Bei einer ambulanten Leistung ist der Versicherte während der Woche täglich bis zu 8 Stunden in der Rehabilitationseinrichtung und ist nachts sowie am Wochenende zu Hause. Manche Rehabilitationseinrichtungen bieten einen Fahrdienst an.

Der Kostenträger übernimmt alle Kosten für die medizinischen und therapeutischen Maßnahmen während der Leistung zur onkologischen Rehabilitation. Dies gilt ebenso für Unterkunft und Verpflegung, Fahrkosten und Kosten für den Gepäcktransport. Erstattet werden die Kosten für die An- und Abreise zur/von der Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Bei Nutzung des privaten Kraftfahrzeuges wird eine Wegstreckenentschädigung gezahlt.

Beantragung onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation können sowohl durch die Rentenversicherung als auch durch die Krankenversicherung erbracht werden. Diese können nur gewährt werden, wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird. Spätestens 2 Wochen nachdem der ausgefüllte

Rehabilitationsantrag bei einem Rehabilitationsträger eingegangen ist, muss dieser Träger geprüft haben, ob er dafür zuständig ist. Nach einer weiteren Woche wird (bei Zuständigkeit) über die beantragte Leistung entschieden. Ist ein anderer Rehabilitationsträger für diese zuständig, wird der Antrag zusammen mit den eingereichten Unterlagen an den zuständigen Träger weitergeleitet. Nach eingehender Prüfung legt der Rehabilitationsträger entsprechend den medizinischen und individuellen Bedürfnissen die Leistung nach Art, Dauer, Umfang sowie den Beginn, die Durchführung und auch die Rehabilitationseinrichtung fest.

Bei der Entscheidung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird dabei Ihren Wünschen entsprochen, sofern sie berechtigt sind. Auch auf Ihre persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse wird nach Möglichkeit Rücksicht genommen. Ihre Wünsche können sich insbesondere auch auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung beziehungsweise den Leistungsort beziehen. Berechtigt sind nur Wünsche, die der Zielsetzung der Rehabilitation entsprechen. Dies besteht in der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Erwerbsfähigkeit. Darüber hinaus sind auch wirtschaftliche und qualitative Aspekte entscheidend.

Bei einer Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten Sie vom Rentenversicherungsträger eine neutrale Bescheinigung über die Dauer der Leistung. Diese ist zur Vorlage bei Ihrem Arbeitgeber bestimmt.

Wie wird der Antrag gestellt?

Für die Antragstellung sind je nach Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, Zeitpunkt im Krankheitsverlauf, persönlichen Voraussetzungen und Rentenversicherungszugehörigkeit unterschiedliche Formulare notwendig.

Diese Formulare sind in den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, bei Krankenkassen oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de erhältlich. Auf dieser Internetseite ist auch eine Online-Antragstellung möglich.

deutsche-rentenversicherung.de erhältlich. Auf dieser Internetseite ist auch eine Online-Antragstellung möglich.

Ausnahmen

Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund, Rheinland und Westfalen mit einem Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen und deren Angehörige können formlos oder mit den speziellen Antragsformularen der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Rehabilitationsmaßnahmen beantragen (bei den Krankenkassen und unter www.argekrebsnw.de erhältlich).

Wann wird der Antrag gestellt?

Wenn die Akutbehandlung in einem Krankenhaus durchgeführt wird, sollte der Antrag auf Anschlussrehabilitation bereits im Krankenhaus gestellt werden. Der Sozialdienst der Klinik sollte rechtzeitig um Unterstützung bei der Antragsstellung gebeten werden.

Wenn die Behandlung ambulant in einer onkologischen oder strahlentherapeutischen Praxis durchgeführt wird, sollte der behandelnde Arzt rechtzeitig vor Abschluss der Behandlung auf die Antragstellung für eine Anschlussrehabilitation angesprochen werden.

Die erforderlichen Antragsunterlagen stehen dem Sozialdienst der Klinik bzw. behandelnden Arzt im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Nach- und Festigungskuren zählen zu den onkologischen Nachsorgeleistungen, dauern drei Wochen und können bis zum Ablauf eines Jahres nach der beendeten Akutbehandlung gewährt werden. Wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen, können darüber hinaus bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Akutbehandlung erneut Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden. Im Gegensatz zur Anschlussrehabilitation (AR) besteht jedoch kein gesetzlicher Anspruch auf weitere Reha-Maßnahmen.

Voraussetzungen für die Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Persönliche Voraussetzungen für die Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen:

- Es muss eine bösartige Krebserkrankung vorliegen. Bei Vorliegen von Krebsvorstufen oder eines Carcinoma in situ (feingeweblicher Befund eines frühen bösartigen Tumors ohne wucherndes Wachstum) kann eine Leistungserbringung im Einzelfall geprüft werden.
- Die Akutbehandlung muss (vorläufig) abgeschlossen sein. Eine weiterhin notwendige Behandlung mit Medikamenten kann in der Reha-Klinik fortgeführt werden. Sehr belastende Chemotherapien sollten jedoch abgeschlossen sein.
- Der Patient muss rehabilitationsfähig sein, d.h. eine ausreichende Belastbarkeit sollte vorhanden sein, um aktiv an der Rehabilitation mitzuwirken. Dies ist besonders wichtig, wenn eine ambulante Rehabilitation durchgeführt werden soll.
- Der Patient sollte reisefähig sein. Das bedeutet, er muss in der Lage sein mit dem eigenen PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Rehabilitationsklinik zu gelangen (kein Krankentransport).

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation können Rentenversicherungsträger für Versicherte u. a. dann erbringen, wenn sie bei Antragstellung

- die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben oder
- in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung 6 Monate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder
- innerhalb von zwei Jahren nach Ihrer Ausbildung bis zum Antrag eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos waren oder

- eine Rente von der Rentenversicherung (z. B. Altersrente, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) beziehen.

Anspruchsberechtigt können darüber hinaus nicht versicherte Ehegatten oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG), Hinterbliebene und Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern sein.

Medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung können nur bei Vorlage einer gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Leistungsausschluss

Leistungen werden vom Renten- bzw. Krankenversicherungsträger u. a. nicht erbracht, wenn

- ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt,
- Sie eine Beschäftigung mit einer späteren Versorgungsanwartschaft (z. B. Beamte) ausüben,
- Sie als Bezieher einer Versorgung ab der Altersgrenze versicherungsfrei sind (z. B. Pensionär oder gleichgestellte Personenkreise),
- Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland ist.

Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Haushaltshilfe

Wird während der Dauer der Rehabilitationsleistung eine Haushaltshilfe zur Fortführung des Haushalts benötigt, übernimmt der Kostenträger der Rehabilitationsleistung auf Antrag unter bestimmten Voraussetzungen auch die Kosten für eine Haushaltshilfe.

Unter denselben Bedingungen können Kosten für eine anderweitige Unterbringung von Kindern während der Rehabilitationsleistung übernommen werden.

Familienorientierte Rehabilitationsleistungen

In Einzelfällen ist in Absprache mit dem Kostenträger und der bewilligten Rehabilitationsklinik auch die Mitaufnahme von Kindern während der Rehabilitationsleistung möglich. Die Kostenübernahme ist unbedingt vor Antritt der Leistung mit dem Kostenträger abzuklären.

Sollte für eine Leistung eine Begleitperson erforderlich sein (z. B. bei Kindern mit Krebserkrankung) und der Medizinische Dienst der Krankenkassen bestätigt diese Notwendigkeit, werden auch Leistungen im Rahmen einer „Familientherapie“ übernommen. Für Begleitpersonen fallen keine Zuzahlungen an.

Übergangsgeld

Wenn für den Zeitraum der Rehabilitationsmaßnahme kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, kann vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld gezahlt werden. Dies gilt, wenn der Versicherte zuvor durch Berufstätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt hat und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet hat oder wenn Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen wurde. Übergangsgeld muss beantragt werden. Einzelheiten hierzu siehe Abschnitt „Einkommensarten“ (siehe S. 69).

Zuzahlungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

Auch für medizinische Rehabilitationsleistungen fallen Zuzahlungen an, deren Höhe vom Kostenträger der Leistung abhängt. Zuzahlungen bei Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rentenversicherung:

- für eine Anschlussrehabilitation:
 - stationär: 14 Tage x 10,00 EUR*
 - ambulant: keine Zuzahlung
- für sonstige Rehabilitationsleistungen:
 - stationär: je Tag der Leistung 10,00 EUR (max. 42 Tage/Jahr)**
 - ambulant: keine Zuzahlung

Zuzahlungen zu Lasten der Krankenversicherung:

- für eine Anschlussrehabilitation:
 - stationär und ambulant: 28 Tage x 10,00 EUR*
- für sonstige Rehabilitationsleistungen:
 - stationär und ambulant: je Tag der Leistung 10,00 EUR*

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

** Im selben Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen für Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte werden in diesen Fällen angerechnet.

Quelle: Dt. Rentenversicherung, Januar 2019

In Abhängigkeit vom mtl. Nettoeinkommen kann eine teilweise oder vollständige Befreiung erfolgen. Die Zuzahlungsbefreiung ist beim zuständigen Kostenträger der Rehabilitationsleistung zu beantragen. Dieser prüft, ob die Zuzahlung eine unzumutbare Belastung darstellt.

Zuzahlungstabelle bei Antragstellung im Jahr 2022 zu Lasten der RV

Monatliches Nettoeinkommen / Tägliche Zuzahlung

- unter 1.317,00 EUR keine Zuzahlung
- ab 1.317,00 EUR 5,00 EUR
- ab 1.447,60 EUR 6,00 EUR
- ab 1.579,20 EUR 7,00 EUR
- ab 1.710,80 EUR 8,00 EUR
- ab 1.842,40 EUR 9,00 EUR
- ab 1.974,00 EUR 10,00 EUR

Vollständig von Zuzahlungen befreit sind Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Übergangsgeld ohne zusätzliches Erwerbseinkommen erhalten.

Bei Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung kann ausschließlich die Krankenkasse über die Befreiung entscheiden.

Die Zuzahlungen für Rehaleistungen zu Lasten der Krankenversicherung werden angerechnet und bei der Entscheidung berücksichtigt, ob Sie die Belastungsgrenze erreicht haben (s. Seite 19f Belastungsgrenze). Heben Sie daher alle entsprechenden Quittungen auf.

Rehabilitationssport

In der Krebsnachsorge hat die Sport- und Bewegungstherapie einen festen Platz. Sie wird von Medizinern unbedingt empfohlen, um die Bewegungsfähigkeit des Patienten wieder herzustellen sowie krankheits- oder therapiebedingte körperliche Beeinträchtigungen auszugleichen. Im Fokus der beiden Maßnahmen steht die Hilfe zur Selbsthilfe.

Ziel soll sein, dass die Übungen nach Beendigung des angeleiteten Trainings selbstständig in Eigenverantwortung weitergeführt werden. Krankenkassen und Rentenversicherer sind zu Leistungen im Rehabilitationssport bzw. zum Funktionstraining verpflichtet. Sie finanzieren die Maßnahme in anerkannten qualifizierten Gruppen und Vereinen.

Rehabilitationssport ist ganzheitlich orientiert und wirkt mit den Mitteln des Sports. In Gruppen mit gleichfalls Betroffenen werden die Beweglichkeit, Ausdauer, Koordination, Kraft sowie das Selbstbewusstsein der Teilnehmer verbessert. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen sowie Bewegungsspiele. Rehabilitationssportgruppen werden von zertifizierten Übungsleitern durchgeführt, die verpflichtet sind, sich regelmäßig mit Blick auf die Zielgruppe Krebsbetroffener fortzubilden.

Adressen von Rehabilitationssportgruppen in der Region können Sie bei dem Behinderten- und Rehabilitationssportverband Sachsen-Anhalt, bei den Krankenkassen oder bei der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft erfragen (Adressen im Anhang). Die Sportverbände bieten Reha-Sport innerhalb von Sportvereinen an. Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Krebs und Sport – Regeneration für Körper, Seele, Geist“ der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft.

Verordnung von Rehabilitationssport

Stellt der Arzt bereits während der Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik die Notwendigkeit von Rehabilitationssport fest, ist die dortige Aufklärung des Patienten über Nachsorgeangebote wünschenswert. Einerseits kann der behandelnde Arzt der Rehabilitationseinrichtung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers Rehabilitationssport verordnen, in dem er auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (G 850/ G852/ G 854) die Sportart sowie die Anzahl der wöchentlich notwendigen Stunden festlegt. Die betreffende Maßnahme muss dann innerhalb von drei Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen. Vor dem Beginn der Maßnahme sollte jedoch der Patient seinem behandelnden Arzt am Heimatort eine Ausfertigung der Verordnung aushändigen. Bestehen ärztlicherseits Bedenken gegen diese Verordnung, verliert sie ihre Gültigkeit.

Andererseits kann der behandelnde Arzt der Rehaklinik ebenso in seinem Abschlussbericht eine entsprechende Empfehlung für die Durchführung von Rehabilitationssport aussprechen. Der weiterbehandelnde Arzt zu Hause kann der Empfehlung folgen und eine entsprechende ärztliche Verordnung ausstellen. Diese muss Diagnose, Gründe und Ziele, Dauer und Anzahl der notwendigen wöchentlichen Übungseinheiten sowie eine Empfehlung der geeigneten Sportart beinhalten.

Hierzu gibt es spezielle Unterlagen, die von den Ärzten bei ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angefordert werden können. Dieser „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ zu Lasten der Krankenversicherung auch „Muster 56“ genannt, kann im Gegensatz zu Rezepten für die Physio- oder Ergotherapie unabhängig vom zur Verfügung stehenden Quartalsbudget des verordnenden Arztes gestellt werden. Vor Beginn der Maßnahme muss sich der Versicherte durch Einreichen des Antrages die Genehmigung der Krankenkasse einholen. Die Krankenkasse sendet den genehmigten Antrag an den Versicherten zurück.

Ein Einstieg in laufende Gruppen ist in der Regel jederzeit möglich. Findet die Einleitung des Verfahrens nicht bereits in der Rehabilitationsklinik statt, dann wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden niedergelassenen Arzt vor Ort. Dieser kann die Maßnahme auch direkt durch das Ausfüllen des entsprechenden Formulars einleiten.

Die Beteiligung an den Kosten für Reha-Sport erfolgt entweder durch die Krankenkasse oder durch den Rentenversicherungsträger. Für den Rehabilitationssport gelten dabei folgende Grenzen:

- Krankenkassen: 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten; bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten.
- Rentenversicherungsträger: 6 Monate, längstens 12 Monate bei medizinischer Erforderlichkeit.

Danach muss der behandelnde Arzt eine neue Verordnung (Muster 56) ausstellen. Diese Folgeverordnung ist laut den Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation jedoch nur möglich, wenn „die Motivation zur langfristigen Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht gegeben ist.“

Tipp: Wird Ihre Folgeverordnung durch den entsprechenden Kostenträger abgelehnt, dann fragen Sie ruhig nach dem Grund der Ablehnung. In einem Gespräch lassen sich Unstimmigkeiten unter Umständen klären. Bleibt es jedoch dabei, dann denken Sie doch alternativ über eine Mitgliedschaft in dem entsprechenden Verein nach. Bei Zahlung eines Mitgliedsbeitrages können Sie den Sport in Ihrer Gruppe auch ohne Verordnung weiterführen.

Leistungen der Pflegeversicherung

Gesetzliche Grundlage der Pflegeversicherung ist das Sozialgesetzbuch, 11. Buch (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 auch für die vollstationäre Pflege.

Der Gesetzgeber hat im Januar 2017 mit dem Pflegestärkungsgesetz II einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungssystem in der Pflegeversicherung eingeführt. Damit wurden zahlreiche Veränderungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auf den Weg gebracht.

Definition von Pflegebedürftigkeit:

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Personen, die gesundheitliche 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. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Bislang orientierte sich die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit vorwiegend an den körperlichen Einschränkungen der Betroffenen und am Zeitaufwand, der für die Hilfe bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität benötigt wurde. Mit der Pflegereform werden zukünftig körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigung gleichermaßen in die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit mit einbezogen. Davon sollen ins-

besondere Menschen mit einer demenziellen Erkrankung profitieren.

Das neue Begutachtungsinstrument (NBA - Neues Begutachtungssassessment) orientiert sich nicht mehr an Pflegeminuten und Defiziten des Betroffenen, sondern am Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen, d. h. an den noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten. Im Mittelpunkt der Begutachtung steht die Frage, wie die Selbstständigkeit eines Menschen erhalten und gestärkt werden kann und wobei er Hilfe und Unterstützung benötigt.

Neben den klassischen Bereichen wie Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung werden bei der Begutachtung weitere Aspekte wie beispielsweise kognitive und kommunikative Fähigkeiten, psychische Problemlagen sowie die Gestaltung von Alltagsleben und sozialen Kontakten berücksichtigt.

Die bisherigen drei Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Damit soll eine differenzierte Einschätzung von Art und Umfang des benötigten Pflegebedarfs ermöglicht werden.

Antrag auf Pflegeleistungen

Voraussetzungen für die Übernahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung sind Pflegebedürftigkeit und eine Vorversicherungszeit von mindestens zwei Jahren innerhalb der vorausgegangenen zehn Jahre. Familienversicherte Personen erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn der Versicherte (bei Kindern ein Elternteil) diese erfüllt.

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden, die bei der jeweils zuständigen Krankenkasse eingerichtet ist. Dort sind entsprechende Antragsformulare erhältlich. Pflegeleistungen werden vom Tage der Antragstellung an bewilligt.

Bei der Antragstellung sollten Sie neben der Grunderkrankung alle weiteren vorhandenen Beeinträchtigungen angeben und Kliniken sowie Ärzte nennen, die am besten über Ihre gesundheitlichen Störungen informiert sind. Besprechen Sie den Antrag auch mit Ihrem behandelnden Arzt, damit dieser in den Befundberichten die Auswirkungen Ihrer

Erkrankung detailliert darstellt. Auch alle weiteren ärztlichen Unterlagen sollten Sie mit dem Antrag einreichen (z. B. den Abschlussbericht der Rehabilitation, Krankenhausentlassungsbericht, Gutachten etc.).

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

Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Festlegung Pflegegrad

Ob und in welchem Ausmaß ein Mensch pflegebedürftig ist, legt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) fest. Dies ist der Beratungs- und Begutachtungsdienst für alle Kranken- und Pflegekassen.

Privat Versicherte können sich an ihre private Krankenversicherung und ggf. an ihre Beihilfestelle wenden. Die „Compass-Private-Pflegeberatung“ ist unter Telefon 0800 1018800 und im Internet über www.compass-pflegeberatung.de erreichbar.

Im Mittelpunkt der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst steht die Beurteilung der Selbstständigkeit eines Menschen in sechs Lebensbereichen, die jeden Menschen jeden Tag betreffen:

- **Mobilität**
Wie selbstständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?
- **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?
- **Verhaltensweise und psychische Problemlagen**
Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressivem oder ängstlichem Verhalten?

- **Selbstversorgung**

Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen, beim Essen und Trinken und bei der Körperpflege?

- **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Wie aufwändig ist die Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen z. B. bei Medikamentengabe oder Verbandswechsel?

- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen und Kontakte pflegen?

Die Einordnung in einen Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Jeder der o. g. sechs Bereiche wird je nach Bedeutung für den Alltag gewichtet und fließt entsprechend unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein. In jedem der sechs Bereiche sind weitere Einzelkriterien enthalten, für die jeweils Punkte vergeben werden. Die für jeden Bereich vergebenen Punkte werden addiert.

Für jeden Bereich wird sowohl ein Summenwert als auch ein gewichteter Punktwert ermittelt.

- Mobilität = 10 Prozent
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten / Verhaltensweisen und psychische Problemlagen = 15 Prozent (beide Bereiche werden gemeinsam gewichtet)
- Selbstversorgung = 40 Prozent
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen = 20 Prozent
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte = 15 Prozent

Aus dem Gesamtpunktwert aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich folgendermaßen:

- **Pflegegrad 1:** geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 2:** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 3:** schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 4:** schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 5:** schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen. beachten Sie die Widerspruchsfrist von einem Monat (28 Tage) ab Bekanntgabe.

Pflegeleistungen im Überblick

Leistungen der häuslichen/ambulanten Pflege

Die häusliche Pflege mit Hilfe der Pflegeversicherung hat Vorrang vor der stationären Pflege. Die Höhe der Leistung ist abhängig von dem Pflegegrad und der Art der in Anspruch genommenen Leistungen. Pflegebedürftige dürfen selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie zu Hause gepflegt werden wollen.

Pflegegeld für häusliche Pflege kann in Anspruch genommen werden, wenn eine selbst gewählte Pflegekraft (z.B. Angehörige, ehrenamtliche Hilfe) die Pflege übernimmt. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des

Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

Höhe des Pflegegeldes pro Monat:

- Pflegegrad 1* 0,00 EUR
- Pflegegrad 2 316,00 EUR
- Pflegegrad 3 545,00 EUR
- Pflegegrad 4 728,00 EUR
- Pflegegrad 5 901,00 EUR

Mit ambulanten Pflegesachleistungen können Versicherte die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen.

Höhe der ambulanten Pflegesachleistungen pro Monat:

- Pflegegrad 1* 0,00 EUR
- Pflegegrad 2 689,00 EUR
- Pflegegrad 3 1.298,00 EUR
- Pflegegrad 4 1.612,00 EUR
- Pflegegrad 5 1.995,00 EUR

* **Leistungen für häusliche Pflege bei Pflegegrad 1:** Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden) von monatlich 125,00 EUR sowie monatlich 40,00 EUR für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, Zuschüsse von max. 4.000,00 EUR zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie zwei kostenlose Beratungen pro Jahr (s. a. Entlastungsbetrag S. 43).

Kombinationsleistungen

Möglich ist auch eine **Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen**. Wenn die Pflegesachleistung für einen professionellen Pflegedienst nicht in voller Höhe ausgeschöpft wird, kann gleichzeitig ein anteiliges Pflegegeld für eine selbst gewählte Pflegekraft in Anspruch genommen werden. Das Pflegegeld wird um den Pro-

zentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige für die Sachleistungen in Anspruch nimmt.

Entlastungsbetrag

Alle Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 1 bis 5, die zu Hause gepflegt werden, erhalten ab Januar 2017 einen einheitlichen zweckgebundenen Entlastungsbetrag von 125,00 EUR monatlich. Mit diesem Betrag können Leistungen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote (wie Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleiter) finanziert werden.

Der Entlastungsbetrag ist eine zusätzliche Leistung der Pflegeversicherung und wird mit anderen Leistungsansprüchen nicht verrechnet. Nicht vollständig ausgeschöpfte Beträge können innerhalb eines Kalenderjahres in die jeweiligen Folgemonate und am Ende des Kalenderjahres in das nächste Kalenderjahr übertragen werden.

Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Wenn die private Pflegeperson aufgrund von Urlaub, Krankheit, Erholung vorübergehend verhindert ist, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege. Diese „Verhinderungspflege“ kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden oder Angehörige erfolgen. Eine Ersatzpflege ist bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr möglich und kann von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 beansprucht werden.

Für die Ersatzpflege zahlt die Pflegekasse für bis zu sechs Wochen maximal 1.612,00 EUR pro Kalenderjahr in allen Pflegegraden (2 – 5). Auch die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird in dieser Zeit weiter gezahlt. Zusätzlich können bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (max. 806,00 EUR) für die Ersatzpflege ausgegeben werden, sofern das Kurzzeitpflegegeld in dem Jahr noch nicht aufgebraucht worden ist.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse übernommen, wenn die versicherte Person nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen ist. Das können z.B. Krisensituationen sein, in denen eine häusliche Pflege vorübergehend nicht mehr möglich ist. 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.

Eine Kurzzeitpflege ist bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr möglich und kann von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 beansprucht werden. Für die Kurzzeitpflege zahlt die Pflegekasse für bis zu acht Wochen maximal 1.612,00 EUR pro Kalenderjahr in allen Pflegegraden. Auch die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird in dieser Zeit weiter gezahlt. Zusätzlich kann der im Kalenderjahr bestehende, aber noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege, für Leistungen der Kurzzeitpflege ausgegeben werden.

Pflegehilfsmittel

Als Pflegehilfsmittel gelten Geräte und Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege notwendig sind. Sie erleichtern oder lindern die Beschwerden des Pflegebedürftigen oder tragen dazu bei, eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegekasse unterscheidet zwischen

- **technischen Pflegehilfsmitteln**, wie beispielsweise einem Pflegebett, Lagerungshilfen oder einem Notrufsystem sowie
- **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln**, wie z. B. Einmalhandschuhe oder Bettunterlagen.

Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn die Produkte im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der

Pflegekassen gelistet sind. Das Verzeichnis informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt bzw. leihweise überlassen werden können.

Der Pflegebedürftige zahlt einen Eigenanteil von 10 Prozent, maximal jedoch 25,00 EUR je Pflegehilfsmittel dazu. Größere technische Pflegehilfsmittel werden oft leihweise überlassen, so dass eine Zuzahlung entfällt.

Die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40,00 EUR pro Monat von der Pflegekasse erstattet.

Werden Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet, tragen die Krankenkassen die Kosten.

Ambulante Pflegedienste

Bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes sollte besonderer Wert darauf gelegt werden, dass es sich um eine zugelassene Einrichtung mit Versorgungsvertrag handelt. Die Abrechnung der pflegebedingten Aufwendungen erfolgt grundsätzlich im Rahmen des Sachdienstleistungsprinzips zwischen der Pflegekasse und dem Pflegedienst. Die Pflegekassen haben ein Verzeichnis der Pflegedienste und Einzelpersonen, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben und verfügen über eine Preisliste der einzelnen Pflegeleistungen.

Bei der Wahl des geeigneten Pflegedienstes hilft folgende Checkliste:

1) Kosten vorab klären

Pflegedienste sollten schon am Telefon die Kosten für die Pflege überschlagen können. Lassen Sie sich aber in jedem Fall einen schriftlichen Kostenvoranschlag geben. Dieser sollte Angaben über die Pflegeleistungen enthalten und aufzeigen, welche Kosten die Pflegeversicherung oder andere Sozialkassen übernehmen und wie hoch die voraussichtliche Selbstbeteiligung ist. In den Rahmenverträgen mit den Pflegekassen sind die Kosten für die einzelnen Pflegeleistungen festgelegt.

2) Vertragskonditionen prüfen

Es ist empfehlenswert, einen schriftlichen Vertrag mit dem Pflegedienst abzuschließen, in dem die vereinbarten Leistungen sowie die dafür notwendigen Pflegezeiten und Kosten verbindlich festgehalten werden. Wichtig ist auch die Festlegung der Kündigungsfrist, da es hierfür keine gesetzliche Regelung gibt. Die Kündigungsfrist sollte vier bis sechs Wochen auf Seiten des Dienstes, aber maximal zwei Wochen auf Seiten des Kunden betragen. Ebenso sollte geregelt sein, dass bei Krankenhausaufenthalt oder im Todesfall der Vertrag ruht bzw. erlischt.

Der Pflegedienst ist in der Regel für verursachte Schäden haftbar zu machen. Die Mitarbeiter der seriösen Anbieter sind haftpflichtversichert. Haftungsausschlüsse sind nicht gerechtfertigt. So genannte Abdingungsklauseln, mit denen der Anbieter weitere Leistungen in Rechnung stellt, auch wenn diese nicht erwünscht waren, sind ebenfalls unzulässig. Wenn Zweifel an Vertragsklauseln bestehen, helfen Patientenberatungsstellen oder die zuständige Pflegekasse weiter.

3) Qualifikation erfragen

Über die Qualifikationen des Personals kann Auskunft verlangt werden. Dies ist insbesondere bei komplizierten Krankheitsbildern oder bei der Notwendigkeit von palliativer Pflege sinnvoll. Folgende Fachkräfte verfügen über eine qualifizierte Ausbildung, um die Steuerung bzw. Koordinierung einer fachgerechten Pflege bzw. des Pflegeprozesses übernehmen zu können:

- Krankenschwestern/Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger bzw. Kindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpfleger

Folgende aufgeführte Berufsgruppen können unter der Anleitung von Fachkräften qualifizierte Pflege erbringen:

- Staatlich anerkannte Familienpfleger
- Krankenpflegehelfer
- Hauswirtschaftler/Fachhauswirtschaftler
- Heilerziehungspfleger/Heilerzieher/Heilpädagogen

Wenn der ambulante Pflegedienst immer wechselnde Pflegekräfte schickt, sollte ein Wechsel des Anbieters in Erwägung gezogen werden.

4) 24-Stunden-Bereitschaft

Der Dienst sollte für evtl. Notfälle rund um die Uhr erreichbar sein. Dazu dient eine Handynummer oder Anrufweiterleitung des Dienstes.

5) Pflege-Netzwerk abfragen

Kann der Pflegedienst seine Kunden beraten, z. B. hinsichtlich Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfen, Vorlese- und Besuchsdiensten? Kann Zugang zu staatlich geförderten Wohnprojekten vermittelt werden? Bietet der Dienst pflegerisch betreuten Urlaub im In- und Ausland?

6) Kontakte zum Arzt

Bestehen Kontakte oder wird eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten gepflegt? Können pflegerische und medizinische Probleme des Pflegedienstes unverzüglich mit dem Arzt, z. B. telefonisch, abgeklärt werden?

Leistungen für nicht professionelle Pflegepersonen in der häuslichen Pflege

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer

Nicht professionelle Pflegenden können an einem Pflegekurs der Pflegekassen teilnehmen. Diese Kurse bieten praktische Anleitungen und Informationen, Beratung sowie Unterstützung und pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte

zu knüpfen. Die Kurse der Pflegekassen sind kostenlos und sehr empfehlenswert für Angehörige, die noch keine Pflegeerfahrung haben.

Beiträge zur Rentenversicherung

Für pflegende Angehörige oder Nachbarn entrichtet die Pflegekasse Beiträge zur Rentenversicherung, sofern die wöchentliche Pflegetätigkeit mindestens 14 Stunden beträgt und die Pflegeperson selbst keiner Berufstätigkeit nachgeht bzw. wegen der zu leistenden Pflege höchstens 30 Stunden pro Woche berufstätig ist. Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung richten sich nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und dem Umfang der Pflegetätigkeit.

Gesetzliche Unfallversicherung

Pflegende Angehörige oder Nachbarn werden für die Zeit der Pflegetätigkeit unfallversichert, wenn der zeitliche Umfang wöchentlich mindestens 14 Stunden beträgt.

Verbindung von Beruf und Pflege eines Angehörigen

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei einer akuten oder unerwarteten Pflegesituation in der Familie können alle Arbeitnehmer eine kurzzeitige Freistellung von zehn Tagen in Anspruch nehmen. In dieser Zeit kann die Pflege für den Angehörigen organisiert werden. Die Regelung ist unabhängig von der Betriebsgröße des Arbeitgebers. Für diesen Zeitraum gibt es einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Diese Lohnersatzleistung sollte unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über das voraussichtliche Vorliegen von Pflegebedürftigkeit unverzüglich bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragt werden.

Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes beträgt bis zu 90 Prozent des ausgefallenen Nettoeinkommens. Während der Freistellung bleibt der Sozialversicherungsschutz (Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) bestehen.

Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Wenn Berufstätige einen nahen Angehörigen in seiner häuslichen Umgebung selber pflegen möchten, haben sie einen Rechtsanspruch auf eine teilweise oder vollständige Freistellung von bis zu sechs Monaten. Diese Regelung gilt jedoch nur, wenn das Unternehmen mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt. Die Pflegezeit muss dem Arbeitgeber mindestens zehn Tage vor Beginn schriftlich angekündigt werden und es muss mitgeteilt werden, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Pflegezeit in Anspruch genommen werden soll.

Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

Arbeitnehmer haben ferner einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und können sich in diesem Rahmen für maximal 24 Monate bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden teilweise freistellen lassen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Dies gilt nur, wenn der Arbeitgeber mehr als 25 Mitarbeiter beschäftigt (ohne Auszubildende). Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen.

Eine Kombination von sechs Monaten Pflegezeit und 18 Monaten Familienpflegezeit ist möglich.

In allen drei Fällen der Freistellung handelt es sich um einen Rechtsanspruch und der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis während der Pflegephase nicht kündigen.

Die Beschäftigten müssen dem Arbeitgeber Pflegebedürftigkeit bzw. die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. eines Arztes nachweisen.

Der Begriff „nahe Angehörige“ umfasst folgenden Personenkreis:

- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Partner lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften
- Eltern, Stiefeltern und Großeltern
- Geschwister
- Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder und Enkel
- Schwiegereltern und Schwiegerkinder
- Schwägerinnen und Schwäger

Finanzielle und soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen bei Pflegezeit und Familienpflegezeit

Um den Lohnausfall durch Pflegezeit oder Familienpflegezeit abzufedern, können pflegende Angehörige ein zinsloses Darlehen beim „Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)“ in Anspruch nehmen.

Das gilt auch für Freistellungen auf freiwilliger Basis mit kleineren Unternehmen, in denen der Rechtsanspruch nicht geltend gemacht werden kann. Die Höhe des Darlehens richtet sich nach der Höhe des Lohnausfalls und wird in monatlichen Raten ausgezahlt und später in Raten zurückgezahlt.

- Die Pflegeversicherung zahlt für Pflegepersonen Beiträge zur Rentenversicherung, wenn diese neben der Pflege nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind oder bereits Altersrente beziehen. Die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und vom Umfang der Pflege.
- Während der Pflegetätigkeit sind Pflegepersonen unfallversichert.
- Pflegepersonen können sich auf Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit freiwillig in der Arbeitslosenversicherung weiter versichern.
- Wenn eine Familienversicherung besteht, bleibt der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz der Pflegeperson erhalten. Ansonsten

muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung zum Mindestbeitrag weiter versichern. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Seit 01.01.2015 haben Angehörige nach dem Pflegezeitgesetz auch einen Rechtsanspruch auf teilweise oder volle Freistellung, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten. Dies gilt auch, wenn sich der Angehörige in einem Hospiz befindet. Der Nachweis erfolgt durch eine ärztliche Bescheinigung. Das zinslose Darlehen des BAFzA kann auch für diese Zeit in Anspruch genommen werden.

Weitere Informationen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, in Pflegeberatungsstellen und unter www.wege-zur-pflege.de des Bundesfamilienministeriums, das zusätzlich ein Pflegetelefon für die Beratung von Angehörigen eingerichtet hat: 030 - 201 791 31, erreichbar bundesweit von Mo. bis Do. zwischen 9.00 und 18.00 Uhr; E-Mail: info@wege-zur-pflege.de

Wohnungsanpassung/Wohnumfeldverbesserung

Unabhängig von dem Pflegegrad eines Pflegebedürftigen zahlt die Pflegekasse auf Antrag einen Zuschuss von bis zu 4.000,00 EUR für Maßnahmen der Wohnungsanpassung.

Die Maßnahmen müssen zum Ziel haben, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine weitgehend selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen und somit die Abhängigkeit von einer Pflegekraft zu verringern. Dazu zählen z. B. Türverbreiterungen, fest installierte Rampen, Treppenlifte oder ein pflegegerechter Umbau des Badezimmers. Der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend der Pflegesituation individuell umgebaut oder hergestellt werden muss, wird auch unterstützt. Ein Zuschuss für Wohnungsanpassung kann ein zweites Mal beantragt

werden, wenn sich die Pflegesituation stark verändert hat, so dass erneute Maßnahmen nötig werden.

*Den Antrag auf Zuschuss zur Wohnungsanpassung müssen Sie **vor** Beginn der baulichen Maßnahme 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.*

Teilstationäre und stationäre Pflege

Teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung sind die **Tages- und die Nachtpflege**. Der Pflegebedürftige wird zum Teil zu Hause und in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege gepflegt. Die Pflegeversicherung übernimmt bei der Tages- oder Nachtpflege die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, für Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten für notwendige medizinische Behandlungspflege sowie für die Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige in der Regel selbst tragen.

Bei der **Tagespflege** werden die Pflegebedürftigen in der Regel morgens von der Wohnung abgeholt und nachmittags wieder nach Hause gebracht. 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.

Die **monatlichen Sätze für Tages- und Nachtpflege** entsprechen je nach Pflegegrad den Pflegesachleistungen:

- Pflegegrad 1 Entlastungsbetrag bis zu 125,00 EUR

- Pflegegrad 2 689,00 EUR
- Pflegegrad 3 1.298,00 EUR
- Pflegegrad 4 1.612,00 EUR
- Pflegegrad 5 1.995,00 EUR

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können mit anderen Leistungen wie z. B. anderen ambulanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld kombiniert werden.

Vollstationäre Pflege

Im Rahmen der Pflegeversicherung gilt der Grundsatz: „Ambulant vor stationär“. Ist die Pflege im häuslichen Umfeld nicht oder nicht mehr möglich, wird von den Pflegekassen die vollstationäre Pflege finanziert. Dies gilt auch bei Besonderheiten des Einzelfalls z. B. bei Fehlen einer Pflegeperson, Überforderung der Pflegeperson oder Verwahrlosung des Pflegebedürftigen. Vollstationäre Pflege wird in Pflegeheimen erbracht.

Die Pflegekasse lässt die Notwendigkeit vollstationärer Pflege vom MDK überprüfen. Entsprechend dem Pflegegrad zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Betrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim. Diese Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung im Heim bestimmt.

Je nach Pflegegrad werden folgende **monatliche Pflegesätze an zugelassene Pflegeheime** gezahlt (Stand 2022):

- Pflegegrad 1 Zuschuss in Höhe von 125,00 EUR monatlich
- Pflegegrad 2 770,00 EUR
- Pflegegrad 3 1.262,00 EUR
- Pflegegrad 4 1.775,00 EUR
- Pflegegrad 5 2.005,00 EUR

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selber tragen. Wenn er für diese Kosten nicht aufkommen kann, leistet

das Sozialamt unter Umständen „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen. Vorab wird allerdings überprüft, ob Angehörige – insbesondere Kinder – unterhaltspflichtig sind.

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen haben sich an den Kosten zu beteiligen und den sogenannten Einrichtungsbezogenen Eigenanteil (EEE) für pflegebedingte Kosten zu zahlen. Diesen Eigenanteil erhebt jedes Pflegeheim in unterschiedlicher Höhe und ist für alle Bewohner innerhalb der jeweiligen Einrichtung gleich, unabhängig vom Pflegegrad.

Die Pflegekasse zahlt bei den Pflegegraden 2 bis 5 einen pauschalen Zuschuss zu diesen Kosten. Der Zuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil steigt mit der Dauer des Aufenthalts in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und muss nicht beantragt werden.

„Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe

Wenn im Pflegefall die immer vorrangige Pflegekasse keine Leistungen übernimmt (z. B. bei nicht ausreichender Vorversicherungszeit von zwei Jahren), tritt das Sozialamt nachrangig ein und übernimmt in der Regel dieselben Leistungen wie die Pflegekassen.

Dies gilt gleichermaßen für die ambulante häusliche wie auch für die stationäre Pflege. Voraussetzung für die Bewilligung von „Hilfe zur Pflege“ sind bestimmte Einkommensgrenzen des Pflegebedürftigen.

Pflegeberatung

Für Angehörige stellt die Organisation der Pflege meist eine große Belastung dar. Es ist oft schwierig, alle notwendigen Informationen über Zuständigkeiten, Leistungen, Voraussetzungen, Antragstellung etc. in angemessener Zeit zu erhalten. Hier können Pflegeberatungsstellen bzw. Pflegestützpunkte helfen.

Die Pflegekassen benennen Ansprechpartner für die Pflegeberatung vor Ort. Hier werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dabei unterstützt, die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach ihren Be-

dürfnissen und Wünschen zusammenzustellen. Auch die Pflegekassen bieten jedem Versicherten, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, innerhalb von zwei Wochen eine Pflegeberatung an. Ebenso haben Angehörige eines Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen und sollen damit mehr Unterstützung erhalten, wenn es um die Organisation der Pflege geht.

Wenn bereits während eines Klinikaufenthaltes absehbar ist, dass sofort nach der Entlassung ambulante oder stationäre Pflege benötigt wird, sollten Sie oder Ihre Angehörigen sich unverzüglich an den Sozialdienst der Klinik wenden. Zu dessen Aufgabe gehört es, über entsprechende Maßnahmen zu informieren und diese ggf. einzuleiten. Sie können auch die Internet-Suchmaschine der Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ nutzen, um das für Sie nächstgelegene Beratungsangebot zu finden: www.zqp.de unter „Beratungsangebote in der Pflege“.

Der interaktive Pflegeleistungs-Helfer des Bundesministeriums für Gesundheit bietet einfach und schnell einen Überblick, welche Leistungen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zustehen: <https://gesund.bund.de/themen/pflegeleistungen>

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. SGB IX, § 2, Abs. 1).

Als schwerbehindert gelten Menschen, die mindestens einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 haben. Verursacht eine Krebserkrankung eine langfristige Behinderung mit den oben genannten Kriterien, 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 alterstypisch sind, können nicht berücksichtigt werden. Bei einer Krebserkrankung sind in der Regel die Voraussetzungen für eine Schwerbehinderung mit einem GdB von mindestens 50 gegeben.

Zuständigkeit

Das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt stellt fest, ob eine Behinderung besteht, welchen Grad der Behinderung (GdB) und welche Merkzeichen ein Schwerbehinderter zugesprochen bekommt. Liegen Anspruchsvoraussetzungen vor, stellt es den Schwerbehindertenausweis aus und gibt Auskunft zu den möglichen Nachteilsausgleichen.

Antragstellung

Antragsformulare

Antragsformulare können beim Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, bei den Sozialdiensten der Kliniken oder bei der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V. angefordert werden.

Taggleicher Bescheid

Unter besonderen Umständen ist auf Antrag die taggleiche Bescheid-

erteilung möglich. Nähere Informationen dazu erfolgen über das Referat Schwerbehindertenrecht im Landesverwaltungsamt.

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 Detail angegeben werden, z. B. Operationsfolgen (Funktionseinschränkungen des Armes, der Schulter u. a.), Verlust einer Brust oder Folgen von Bestrahlungen und Chemotherapien, wie z. B. Lymphödem, Nervenläsionen u. a.
- Der Antrag sollte mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, damit dieser alle Auswirkungen der Erkrankung detailliert darstellen kann. Ergänzt werden sollten weitere Kliniken und Ärzte, die über die Beeinträchtigungen gut informiert sind.
- Alle ärztlichen Unterlagen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits vorliegen, können für eine schnellere Bearbeitung in Kopie mit eingereicht werden. Hierzu gehören z. B. Berichte über Krankenhausbehandlungen, Kurkliniken, Entlassungsberichte etc.
- Dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen sollten unterschrieben werden, da die mitgeschickten Unterlagen ggf. nicht ausreichen und die Feststellungsbehörde zusätzliches Material von angegebenen Ärzten, Krankenhäusern und Rentenversicherungsträgern anfordert. Hierzu bedarf es unbedingt einer Entbindung von der Schweigepflicht.
- Die Antragsteller sollten die Möglichkeit nutzen, ihre Beeinträchtigungen auch selbst darzustellen. Hilfreich ist neben der Selbstbeobachtung auch eine Fremdbeobachtung z. B. durch eine pflegende Person über einen bestimmten Zeitraum. Körperliche Beeinträchtigungen sollten genauso schriftlich festgehalten werden, wie die Ursachen für Schmerzen oder Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung, z. B. durch verlangsamte Bewegungen im Straßenverkehr.

- In der Regel muss dem Antrag ein Lichtbild beigelegt werden. Bei Kindern unter zehn Jahren ist dies nicht notwendig. Wenn der Antragsteller aufgrund der Schwerbehinderung niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, kann auf Antrag der Ausweis auch ohne Lichtbild ausgestellt werden.

Die Beratungsmitarbeiter der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V. sind Ihnen gern bei der Antragstellung behilflich.

Grundlage für die Einstufung von Beeinträchtigungen sind die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Sie geben einen Orientierungsrahmen vor und enthalten allgemeine Beurteilungsregeln sowie die Zuordnung bestimmter gesundheitlicher Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen zur Höhe des GdB. Die Beurteilung des GdB ist immer vom individuellen Einzelfall abhängig.

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

Antragsteller, die einen Bescheid von einem GdB von 30 erhalten und infolge ihrer Behinderung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten können, haben die Möglichkeit sich auf Antrag und mit Zustimmung des Arbeitgebers bei der zuständigen Agentur für Arbeit gleichstellen zu lassen. Gleichgestellte genießen wie Schwerbehinderte besonderen Kündigungsschutz, haben jedoch keinen Anspruch auf Zusatzurlaub und erfüllen durch die Gleichstellung nicht die Voraussetzungen für eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

Merkzeichen

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

Es gibt folgende Merkzeichen:

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

Übersicht Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen

Mit der Anerkennung einer Schwerbehinderung sind je nach Schweregrad bestimmte Ansprüche und Vergünstigungen verbunden. Diese sollen helfen, die durch die Behinderung entstehenden Nachteile auszugleichen. Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von der Höhe des GdB und von den jeweiligen Merkzeichen.

Hierzu gehören:

- 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 entsprechend weniger Tage.
- Hilfen zur behindertengerechten Einrichtung eines Arbeitsplatzes durch die Integrationsämter

- Steuererleichterungen/-freibetrag in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung und/oder Merkzeichen: 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 o. Befreiung von der KFZ-Steuer beantragt werden.
- auf freiwilliger Basis z. B. ermäßigte Eintrittsgelder (Kultur- und Sportveranstaltungen, Museen und Schwimmbäder).
- Beitragsermäßigungen bei Mitgliedschaften in Vereinen oder Verbänden, bevorzugte Abfertigung bei Ämtern u. a.
- Altersrente wegen Schwerbehinderung: Dies gilt, wenn die Schwerbehinderung bei Rentenbeginn anerkannt und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt ist. Bei Inanspruchnahme der Rente vor dem 65. Lebensjahr müssen Rentenabschläge in Kauf genommen werden.
- Sonderregelungen zum Wohngeld

Wichtig: Die Ausführungen über die Merkzeichen und Nachteilsausgleiche stellen nur einen ersten Überblick dar. Eine detaillierte Übersicht zu den Nachteilsausgleichen und Merkzeichen ist unter www.betanet.de/download/ratgeber-behinderung.pdf erhältlich. Wenden Sie sich bei weiteren Fragen an das zuständige Landesverwaltungsamt und holen Sie bei steuerlichen Fragen Auskünfte beim Finanzamt ein.

Gültigkeit und Verlängerung des Schwerbehindertenausweises

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

Die Ausstellung erfolgt in der Regel zeitlich befristet und gilt als sogenannte „Heilungsbewährung“. Nach zweimaliger Verlängerung muss ein neuer Ausweis ausgestellt werden. Bei einer lebenslangen Beeinträchtigung, die sich voraussichtlich nicht bessern wird, besteht die Möglichkeit, einen unbefristeten Ausweis zu erhalten.

Bei schwerbehinderten Kindern unter zehn Jahren ist der Schwerbehindertenausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres, bei schwerbehinderten Kindern zwischen zehn und 15 Jahren bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung erneut überprüft. Nach Ablauf der Befristung kann zunächst zweimal eine Verlängerung beantragt werden. Dies erfolgt formlos durch einen schriftlichen oder persönlichen Antrag bei der Feststellungsbehörde.

Die (Folge-)Antragstellung sollte rechtzeitig drei Monate vor Ablauf der Gültigkeitsdauer erfolgen. Treten nach Ablauf der Gültigkeitsdauer keine Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen auf, wird 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, die in der Zwischenzeit auftreten, der Feststellungsbehörde mit den entsprechenden Arztberichten unbedingt mitgeteilt werden.

Bei Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder bei weiterer dauerhafter Einschränkung sollte ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) bzw. auf Anerkennung des Merkzeichens gestellt werden. Das Landesverwaltungsamt prüft, ob ein neuer Ausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Grundsätzlich gilt, dass gegen Bescheide des Landesverwaltungsamtes innerhalb eines Monats (28 Tage nach Zustellung) Widerspruch eingelegt werden kann. Zur Fristwahrung reicht zunächst ein formloses Widerspruchsschreiben mit der Ankündigung einer schriftlichen Begründung aus.

Rückkehr in den Beruf

Stufenweise Wiedereingliederung

Die „Stufenweise Wiedereingliederung“, auch „Hamburger Modell“ genannt, ist eine Maßnahme im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation und wird in der Regel von den Krankenkassen getragen (Ausnahmefälle: Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung). Nach Absprache mit dem Arbeitgeber und der Krankenkasse ist eine stufenweise Rückkehr in den Arbeitsalltag möglich, solange der Versicherte noch Anspruch auf Krankengeld (s. hierzu auch Seite 66f) hat.

Arbeitnehmern soll nach längerer schwerer Krankheit ermöglicht werden, ihre volle Arbeitsbelastung schrittweise wieder zu erreichen. Patient und Arzt erstellen gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan, der eine Steigerung von zunächst nur wenigen Arbeitsstunden pro Tag auf eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung vorsieht. Das Ziel ist die volle Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. Dieser Wiedereingliederungsplan wird der Krankenkasse und dem Arbeitgeber vorgelegt.

Schwerbehinderte Beschäftigte haben ihrem Arbeitgeber gegenüber grundsätzlich einen Rechtsanspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung. Nicht schwerbehinderte Arbeitnehmer haben keinen Rechtsanspruch und können diese Maßnahme nur mit Zustimmung des Arbeitgebers realisieren. Wenn Krankenkasse und Arbeitgeber den Plan akzeptieren, kann die Wiedereingliederung in der Regel über einen Zeitraum von 6 Wochen bis zu sechs Monaten laufen. Die Maßnahme kann jederzeit abgebrochen werden, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten die Fortführung des Programms nicht zulässt.

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

Bei freiwilliger Zahlung des Arbeitsentgeltes während der Maßnahme durch den Arbeitgeber, wird dies 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 an trägerübergreifende Servicestellen (www.rehaservicestellen.de) wenden, die in Fragen rund um medizinische und berufliche Rehabilitation beraten und unterstützen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Diese Leistungen sind Bestandteil der beruflichen Rehabilitation und umfassen alle Maßnahmen, welche die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern, erhalten, verbessern, wiederherstellen und möglichst dauerhaft sichern.

Beispiele

- Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme
- Berufsvorbereitung oder Berufliche Bildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
- Übernahme weiterer Kosten oder Zuschüsse an den Arbeitgeber

Wenn Sie einen Antrag auf berufliche Rehabilitation stellen, sollten Bescheinigungen des behandelnden Arztes beigefügt werden, aus denen die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Rehabilitationsleistungen detailliert hervorgehen. Neben Diagnose und Therapie sollten zusätzlich alle Einschränkungen des Patienten im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschrieben werden. Dies erhöht die Chance auf Bewilligung der beantragten Leistung.

Kostenträger

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

- Berufsgenossenschaften sind zuständig für Rehabilitationsleistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
- Die Rentenversicherung übernimmt die Rehabilitationsleistungen, wenn Erfolgsaussichten auf Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und versicherungsrechtliche Voraussetzungen gegeben sind.
- Die Agenturen für Arbeit übernehmen Rehabilitationsleistungen, 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.

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen wollen, können Sie sich bei der zuständigen Behörde über die Leistungen und Antragstellung beraten lassen. Wenn Sie nicht sicher sind, welcher Träger für Ihren Antrag zuständig ist, können Sie dies bei den Servicestellen (siehe Seite 63) vorab klären lassen.

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 Rehabilitationsträger 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. Dieser weitere Träger entscheidet nach Antragseingang innerhalb von drei Wochen.

Zuständigkeit für schwerbehinderte Menschen

Für schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben sind die „Integra-

tionsämter“ und „Integrationsfachdienste“ (IFD) zuständig. Dabei sind sie gleichermaßen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber tätig.

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 Integrationsämter und Integrationsfachdienste (IFD) finden Sie im Internet unter www.integrationsaemter.de (siehe Punkt Kontakt).

Einkommensarten

Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld besteht für Patienten, die aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig werden und mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Das Krankengeld ist eine Lohnersatzleistung und wird nur dann gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Der Krankengeldanspruch besteht für dieselbe Krankheit längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Blockfrist). Die Anspruchsdauer beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, wobei folgende Leistungen mit in die 78 Wochen eingerechnet werden:

- Gehaltsfortzahlung von sechs Wochen durch den Arbeitgeber
- Bezugszeiten von Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe (z. B. medizinische oder berufliche Rehabilitation)
- Bezugszeiten von Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV/ Bürgergeld)

Das Krankengeld beträgt 70% des beitragspflichtigen regelmäßigen Brutto-Arbeitsentgeltes, jedoch nicht mehr als 90% des Nettoarbeitsentgeltes.

Stellen Sie rechtzeitig vor dem Ende des Krankengeldbezuges (Aussteuerung), einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation), einen Rentenantrag bzw. beantragen Sie Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit (§145 SGB III). Informieren Sie sich hierzu bei Ihrem Kranken- oder Rentenversicherungsträger bzw. bei der Agentur für Arbeit.

Es besteht kein Anspruch auf Krankengeld bei Bezug von:

- Altersrente für langjährige Versicherte oder Schwerbehinderte
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit
- Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit
- Ruhegehalt für Beamte oder Vorruhestandsgeld
- Lohnersatzleistungen wie Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld

Der Beginn der Zahlung einer der oben genannten Renten beendet den Krankengeldanspruch. Familienversicherte haben ebenfalls keinen Anspruch auf Krankengeld.

Wegfall des Krankengeldes (§51 SGB V)

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 Patienten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Dieser Antrag muss gestellt werden, da die Krankenkasse sonst berechtigt ist, das Krankengeld mit Ablauf der gesetzten Frist ruhen zu lassen!

Der Medizinische Dienst kann überprüfen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist oder ob möglicherweise eine Rehabilitationsunfähigkeit vorliegt. Der Entlassungsbericht der Rehaklinik, in dem auch eine Einschätzung der Erwerbsfähigkeit des Patienten vorgenommen wird, dient später dem Rentenversicherungsträger als wichtige Grundlage, um über einen eventuell gestellten Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu entscheiden.

Wenn die Rentenversicherung jedoch keinen Erfolg von der Rehabilitationsmaßnahme erwartet, kann der Rehaantrag in einen Rentenantrag umgewandelt werden.

Das sogenannte „Dispositionsrecht“ besagt, dass Versicherte im Rahmen des Sozialrechts über Antragstellungen frei entscheiden. So können z. B. bereits gestellte Anträge auch wieder zurückgenommen werden. Dieses Dispositionsrecht wird durch den § 51 SGB V eingeschränkt, da u. U. erhebliche Rechtsfolgen für den Versicherten eintreten können, wenn er einer Aufforderung der Krankenkasse zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme nicht nachkommt. Der Versicherte kann in diesem Fall seinen Antrag nur noch mit Zustimmung der Krankenkassen zurücknehmen oder einschränken.

Wenn Ihre Krankenkasse Sie zu Rehabilitationsmaßnahmen drängt und Sie auf diese verzichten oder diese zu einem anderen Zeitpunkt durchführen möchten, lassen Sie sich unbedingt professionell zu den möglichen versicherungsrechtlichen Folgen beraten!

Antrag auf Rente

Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Ist ein Patient jedoch nicht rehabilitationsfähig, ist diese Maßnahme nicht Erfolg versprechend oder nicht notwendig, kann der Patient von der Krankenkasse zu der Beantragung einer Rente aufgefordert werden. Dieser Aufforderung muss innerhalb einer Frist von zehn Wochen nachgekommen werden. Eine Entscheidung über den Rentenantrag seitens des Rentenversiche-

Träger ist dann sofort möglich. Wenn bis zu der Entscheidung noch Anspruch auf Krankengeld besteht, wird dieses weiter gezahlt.

Ist der Anspruch auf Krankengeld erschöpft, kann bis zur Entscheidung über den Rentenantrag bei der Agentur für Arbeit „Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit“ (§ 145 SGB III) beantragt werden. Besteht ein Anspruch auf diese Leistung, übernimmt die Agentur für Arbeit auch die Sozialversicherungsbeiträge.

Liegen die Voraussetzungen für „Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit“ nicht vor, muss geprüft werden, ob bis zur Entscheidung über den Rentenantrag, Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII bezogen werden können.

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

Übergangsgeld

Übergangsgeld dient als Unterhaltersatz für den Zeitraum, in dem Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Somit werden Einkommenslücken überbrückt bzw. 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, 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 Patient sozialversichert.

Nichtversicherte Angehörige, wie z. B. durch den Ehegatten mitversicherte Ehefrauen, erhalten kein Übergangsgeld, da zum Zeitpunkt der Antragsstellung keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden.

Abgestufte Erwerbsminderungsrente

Ist aufgrund einer Erkrankung die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise eingeschränkt, kann ein Rentenantrag gestellt werden.

Für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gelten weiterhin die Regelungen zur Berufsunfähigkeitsrente, wenn der bisher ausgeübte Beruf nur noch weniger als sechs Stunden täglich ausgeübt werden kann. Hier greift der so genannte „Berufsschutz“, welcher besagt, dass der erreichte berufliche Status so weit wie möglich erhalten bleiben soll.

Es besteht Anspruch auf:

- Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter 3 Stunden täglich
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von drei bis unter sechs Stunden täglich

Wichtig: 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 das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit nicht in Erwerbseinkommen umsetzen, können eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhalten.

Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente

- Vorliegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit (1)
- Regelaltersgrenze noch nicht erreicht (2)
- In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung hat der Versicherte drei Jahre Pflichtbeiträge an den Rentenversicherungsträger gezahlt. (3) Oder vor 1984 sind fünf Pflichtbeiträge an den Rentenversicherungsträger gezahlt und es bestehen seitdem lückenlose Versicherungszeiten und die allgemeine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren ist erfüllt. (4)

- zu 1) Nachdem ein Rentenantrag gestellt wurde, wird vom zuständigen Rentenversicherungsträger geprüft, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Der Antragsteller wird häufig zu einer Untersuchung beim Medizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers oder einem anderen Gutachter eingeladen. Unter Berücksichtigung aller vorliegenden medizinischen Befunde (es sollte jeder Arzt angegeben werden, bei dem der Antragsteller bis zu diesem Zeitpunkt in Behandlung war) wird entschieden, ob die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung gegeben sind bzw. ob durch eine Rehabilitationsmaßnahme die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.
- zu 2) Wenn die Altersgrenze für den Anspruch auf die Regelaltersrente erreicht ist, kann eine Erwerbsminderungsrente nicht mehr gewährt werden.
- zu 3) Zu den Pflichtversicherungszeiten gehören neben den Arbeitnehmerbeiträgen u. a. auch die Kindererziehungszeiten, Zeiten mit Pflichtbeiträgen aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen sowie Pflichtbeiträge aufgrund des Bezuges von Krankengeld oder Arbeitslosengeld (I und II). Bestimmte rentenrechtliche Zeiten, die keine Pflichtbeitragszeiten sind, verändern den Fünfjahreszeitraum.
- zu 4) Unter dem Begriff allgemeine Wartezeit wird die Mindestversicherungszeit verstanden, die ein Versicherter in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt haben muss, um Rente zu erhalten. Sie umfasst 5 Jahre (60 Monate). Für die Ermittlung der allgemeinen Wartezeit werden Beitragszeiten (z. B. Kindererziehungszeiten), Berücksichtigungs- und Ersatzzeiten angerechnet.

Rente auf Zeit

Bei Aussicht auf Wiedereingliederung in den Beruf werden 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 vorsorglich 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 Besserung der Erwerbsminderung 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.

Weitere Rentenarten

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

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 Rentenberechnungen vorgenommen werden. Ehrenamtlich tätige Versichertenälteste helfen beim Ausfüllen von Anträgen. Die Adressen der Beratungsstellen sind unter www.deutsche-rentenversicherung.de aufgeführt. Hier können außerdem Broschüren und Antragsvordrucke heruntergeladen werden.

Grundsicherung

Als Grundsicherung wird die Sicherstellung des grundlegenden Lebensunterhaltes eines Menschen bezeichnet, der aufgrund seines Alters oder einer 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
- Erreichung der Altersgrenze oder
- Vollendung des 18. Lebensjahres und medizinisch begründete dauerhaft volle Erwerbsminderung

Die Gewährung der Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit. Sie richtet sich nach den Regeln, die für die Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) gelten. Eigenes Einkommen und Vermögen wird auf die Grundsicherung angerechnet. Die Grundsicherung umfasst auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, falls keine Pflichtversicherung besteht. Der Antrag auf Grundsicherung wird beim wohnortnah zuständigen Sozialamt gestellt.

Alle Fragen zu Umfang und Höhe der Leistungen, Dauer, Anrechnung von Vermögen sowie Ihre individuelle Lebenssituation sollten Sie mit dem zuständigen Mitarbeiter des Sozialamtes besprechen!

Einmalige Beihilfen

Krebspatienten und ihre Familien, die durch eine Krebserkrankung in finanzielle Notlage geraten sind, können einmalige finanzielle Zuwendungen bei gemeinnützigen Vereinen und Trägern erhalten: z. B. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, Unterstützungsfonds des Bundespräsidenten oder Stiftung „Familie in Not“ Sachsen-Anhalt. Eine

Zuwendung erfolgt grundsätzlich auf Antrag, mit dem die Bedürftigkeit nachgewiesen wird.

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Mit einem Antragsformular können Antragsteller ihre Situation darlegen, entsprechende Nachweise beifügen und ihre Angaben von einer öffentlichen Institution (Sozialamt, Kliniksozialdienst, kirchliche Stellen, andere behördliche Einrichtungen oder durch das Beratungsteam der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V.) bestätigen lassen. Die Bearbeitung erfolgt in der Regel schnell und weitgehend unbürokratisch. Die Zuwendung ist an Familieneinkommengrenzen gebunden. Die Adresse finden Sie im Anhang. Das Antragsformular sowie ein Merkblatt finden Sie unter: www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanzielle-hilfe-unserhaertefonds/

Das Beratungsteam der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V. informiert Sie gern zu Unterstützungsmöglichkeiten und ist bei einer Antragstellung behilflich.

Palliative Versorgung

Was ist Palliativmedizin?

Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002)

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten sowie ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen, sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

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 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.

Palliative Versorgung und Hospizarbeit

Die Grenzen zwischen palliativer Versorgung und Hospizarbeit sind fließend. Die Hospizarbeit ist gekennzeichnet durch das ehrenamtliche Engagement von Helfern, die schon unmittelbar nach Feststellung der nicht mehr möglichen Heilung einer Krankheit zur Unterstützung hinzugezogen werden können. Die palliative Pflege und Palliativmedizin wird durch professionelle Helfer (z. B. Pflegekräfte, Ärzte) angeboten.

Die palliative Versorgung von Patienten umfasst neben der psychosozialen und spirituellen Begleitung vor allem auch palliative Medizin und Pflege. Die Familien der Patienten sind in die Betreuung mit einbezogen. Häufig wird für Hinterbliebene 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.

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

Ambulant

- Ambulante Palliativ-Pflegedienste pflegen die Patienten zu Hause und ermöglichen sterbenden Menschen, die letzte Zeit ihres Lebens in ihrer häuslichen Umgebung zu verbringen.
- Hospizgruppen/-initiativen, Hospizdienste begleiten die Patienten und in besonderem Maße auch die betreuenden Familienangehörigen zu Hause mit verschiedenen Angeboten, beraten in palliativen Pflegefragen, unterstützen die Arbeit der palliativen Pflegedienste und koordinieren den Einsatz von ehrenamtlichen Hospizhelfern.
- Patienten mit einem besonders hohem Versorgungsbedarf und einem sehr komplexen Symptomeschehen können eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Anspruch nehmen.
- Die Angebote der ambulanten Kinderhospizdienste richten sich an Familien, in denen ein Kind oder Jugendlicher mit einer lebensverkürzenden Erkrankung lebt.

Teilstationär

- In Tageshospizen liegt der Schwerpunkt in der psychosozialen Betreuung, z. T. können auch medizinische und pflegerische Leistungen erbracht werden (Injektionen, Verbandswechsel etc.).

Stationär

- In stationären Hospizen erfahren Schwerkranke und Sterbende, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können, eine umfassende, respektvolle und professionelle Pflege und menschlichen Beistand. Die medizinische Versorgung (z. B. Schmerztherapie) wird durch den Hausarzt oder einen anderen niedergelassenen Arzt durchgeführt.
- In Palliativstationen, die eigenständig an Krankenhäuser angegliedert sind, werden auch Patienten medizinisch behandelt und psychosozial betreut, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können. Eine Aufnahme erfolgt meistens für begrenzte Zeit, bis die belastenden Symptome besser sind und sich der Zustand stabilisiert hat.
- In Kinderhospizen werden unheilbar kranke Kinder und Jugendliche versorgt. Vorrangiges Ziel ist hier u. a. die Entlastung der Familie.

Einleitung allgemeiner palliativer Versorgung

Wenn die Pflege und Betreuung eines sterbenden Angehörigen durch die Familie oder weitere Angehörige nicht realisierbar ist, sollten sie sich an Hospizgruppen bzw. -initiativen oder an stationäre Hospize in der Umgebung wenden, um so verlässliche, schnelle und unbürokratische Hilfe und Beratung zu erhalten. Ebenso können der behandelnde Haus- bzw. Facharzt, die Krankenversicherung oder die Kliniksozialdienste (bei stationärem Aufenthalt) bei der Organisation und Planung der weiteren Versorgung unterstützen.

Anschriften von ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland finden Sie im jährlich neu erscheinenden „Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland“ oder im Internet unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de. Auskunft erteilen auch Pflegeberatungsstellen, der Kliniksozialdienst oder die Klinikseelsorger sowie der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Adresse im Anhang).

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Palliativpatienten, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben einen gesetzlichen Anspruch (§§37 b, 132 d SGB V) auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, 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 Krankenseinweisungen zu vermeiden. Auch Angehörige der Patienten werden in die Versorgung mit 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 erfordert. Eine psychosoziale Unterstützung – auch für Angehörige – wird in enger Zusammenarbeit z. B. mit ambulanten Hospizdiensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern und ehrenamtlichen Hospizhelfern gewährleistet. SAPV wird immer dem 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 7 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, wenn

- die Erkrankung trotz medizinischer Behandlung nicht heilbar ist, nicht nachhaltig aufgehalten werden kann (fortschreitend) und die Erkrankung weit fortgeschritten ist, d. h. die Lebenserwartung begrenzt ist und

- eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist, die durch ein komplexes Symptomgeschehen gekennzeichnet ist.

Die Verordnung 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.

Stationäre palliative Versorgung

Lassen die räumlichen Verhältnisse eine palliative Versorgung im häuslichen Umfeld nicht zu oder der Patient wünscht, nicht zu Hause zu sterben, kann er auch im Hospiz stationär palliativ versorgt werden.

Im Hospiz richtet sich die Versorgung an individuellen Bedürfnissen des Patienten aus. Das ganzheitliche Angebot umfasst die palliativ-pflegerische, soziale, psychologische und spirituelle Betreuung. Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist die ärztliche Verordnung. Der Aufenthalt wird von der Kranken- und Pflegeversicherung (nach Antragstellung und Kostenübernahmeerklärung) zu 90% sowie dem Hospiz selbst finanziert. Für Patienten entfällt so die Zuzahlung für den stationären Hospizaufenthalt (§ 39 a Abs. 1 SGB V).

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

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 Unterstützungsmöglichkeiten ambulanter Hospizarbeit direkt bei den 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 wie z. B. Einkäufe, Unterstützung 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.

Ambulante Hospizdienste ergänzen die Versorgung der ambulanten Pflegedienste und Palliativdienste. Sie bieten darüber hinaus palliativ-pflegerische Beratung bzw. Anleitung der pflegenden Angehörigen und koordinieren die Einsätze von ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern.

Ambulante Hospizarbeit wird von der Krankenversicherung finan-

ziell gefördert, wenn die Versorgung durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgt, eine Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten stattfindet und der Patient keine Krankenhausbehandlung und keine teilstationäre Versorgung benötigt. Da ambulante Hospizarbeit auch über Spenden finanziert wird, entstehen dem Patienten in der Regel keine Kosten.

80

Adressen

Ansprechpartner zum Thema Krebs

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 4788110 · Fax 0345 4788112
info@sakg.de · www.sakg.de

82

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin
Tel. 030 3229329-0 · Fax 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de · www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280 · 69120 Heidelberg
Tel. 0800 4203040 (täglich von 8:00 – 20:00 Uhr)
krebsinformationsdienst@dkfz.de · www.krebsinformationsdienst.de

Deutsche Krebshilfe e. V.

Buschstr. 32 · 53113 Bonn
Tel. 0228 72990-0 · Fax 0228 72990-11
deutsche@krebshilfe.de · www.krebshilfe.de

Haus der Krebselbsthilfe

Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn
Tel. 0228 33889-540 · Fax 0228 33889-549
info@hausderkrebsselbsthilfe.de · www.hausderkrebsselbsthilfe.de

Info-Netz der Deutschen Krebshilfe e. V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Tel. 0800 80708877 (Mo bis Fr 8:00 – 17:00 Uhr)
krebshilfe@infonetz-krebs.de · www.infonetz-krebs.de

Ansprechpartner zum Thema Sozialleistungen

Kostenloses Service-Telefon der Deutschen Rentenversicherung

0800 10004800

<u>Sprechzeiten</u>	Mo bis Do	7:30 – 19:30 Uhr
	Fr	7:30 – 15:30 Uhr

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Paracelsusstr. 21 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 213-0
service@drv-md.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2 · 10709 Berlin
Tel. 030 865-0
drv@drv-bund.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Pieperstraße 14 – 28 · 44789 Bochum
Tel. 0234 304-0
zentrale@kbs.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/KnappschaftBahnSee/

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin
Bürgertelefon Mo bis Do 8:00 – 18:00 Uhr, Fr 8:00 – 12:00 Uhr
030 3406066-01 Krankenversicherung
030 3406066-02 Pflegeversicherung
030 3406066-03 Gesundheitliche Prävention
<https://www.gebaerdentelefon.de/bmg/> Gebärdentelefon (Videotelefonie)
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
Fax: 030 3406066 – 07
info.deaf@bmg.bund.de / info.gehoerlos@bmg.bund.de
info@bmg.bund.de · www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Wilhelmstraße 49 · 10117 Berlin
Bürgertelefon Mo bis Do 8:00 – 20:00 Uhr
030 221911-001 Rente
030 221911-004 Arbeitsrecht
030 221911-006 Infos für Menschen mit Behinderung
info@bmas.bund.de · www.bmas.de

Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e. V.

Steinbockgasse 1 · 06108 Halle
Tel. 0345 2927800
vzsa@vzsa.de · www.vzsa.de

83

Integrationsamt Sachsen-Anhalt**Standort Halle (Saale)**

Hansering 15 · 06108 Halle (Saale)

Tel. 0345 514-0 · Fax: 0345 514-1609

<https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/integrationsamt/>

Standort Magdeburg

Olvenstedter Straße 1 – 2 · 39108 Magdeburg

Tel. 0391 567-02 · Fax 0391 567-2352

Landesverwaltungsamt**Standort Halle (Saale)**

Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht

Maxim-Gorki-Str. 7 · 06114 Halle (Saale)

Tel. 0345 5143350

schwerbehindertenrecht37@lvwa.sachsen-anhalt.de

<https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/schwerbehindertenrecht>

Standort Magdeburg

Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht

Olvenstedter Str. 1 – 2 · 39108 Magdeburg

Tel. 0391 5672680 · schwerbehindertenrecht38@lvwa.sachsen-anhalt.de

Deutsche Krebshilfe e. V. – Härtefonds

Buschstr. 32 · 53113 Bonn

Tel. 0228 7299094 (Mo bis Fr 8:00 – 17:00 Uhr)

haertefonds@krebshilfe.de

www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanzielle-hilfe-unserhaertefonds/

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

Aachener Straße 5 · 10713 Berlin

Tel. 030 8200758-0 · Fax 030 8200758-13

info@dhpv.de · www.dhpv.de

Hospiz- und Palliativ Verband Sachsen-Anhalt e. V.

Karl-Wernecke-Str. 6 · 39576 Stendal

Tel. 03931 4959811

info@hospize-sachsen-anhalt.de · www.hospize-sachsen-anhalt.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung – Patientenservice

Terminservice unter Tel. 116117 · www.eterminservice.de

Selbsthilfeverbände in Sachsen-Anhalt**Landesverband der Kehlkopfloren Sachsen-Anhalt e. V.**

Ansprechpartner: Detlef Pinkernelle

Tel. 039208 23249 · Fax 039208 27797

detlef.pinkernelle@t-online.de

www.kehlkopfoperiert-bv.de/wir-ueber-uns/landesverbaende

Arbeitskreis der Pankreatektomierten e. V. · Regionalgruppe Halle

Ansprechpartnerin: Karin Stitz

Tel. 0345 2265879

adp-shg-halle-leipzig@online.de · www.bauchspeicheldruese-pankreas-selbsthilfe.de

Arbeitskreis der Pankreatektomierten e. V. · Regionalgruppe Magdeburg

Ansprechpartner: Lutz Otto

Tel. 0391 2525768 · Fax 0391 2525768

adp-magdeburg@live.de · www.bauchspeicheldruese-pankreas-selbsthilfe.de

Deutsche ILCO e. V. – Landesverband Sachsen-Anhalt

Landessprecher: Roberto Stolte

Tel. 0345 94959326

sachsen-anhalt@ilco-kontakt.de · www.ilco.de/verband/landesverbaende/

Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V. – Landesvorstand Sachsen-Anhalt

Ansprechpartnerin: Katrin Maasch

Tel. 03443 8986407

k.maasch@frauenselbsthilfe.de · www.frauenselbsthilfe.de/kontakt/landesvorstaende

Bundesverband der Prostatakrebs-Selbsthilfe

Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e. V.

Ansprechpartner: Rüdiger Bolze

Tel. 0345 6871409

rbolze75@t-online.de · www.prostatakrebs-rnbps.de

Krebsberatungsstellen in Sachsen-Anhalt

Krebsberatungsstelle der SAKG e. V. Halle (Saale)

Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)

Tel. 0345 4788110 · Fax 0345 4788112

Beratungszeiten: Mo bis Do 9:00 – 16:00 Uhr | Fr 9:00 – 14:00 Uhr

86

Krebsberatungsstelle der SAKG e. V. Magdeburg

Katharinenhaus (Eingang über Innenhof) · Leibnizstr. 4 · 39104 Magdeburg

Tel. 0391 56938800 · Fax 0345 4788112

Beratungszeiten: Mo und Mi 9:00 – 15:00 Uhr | Do und Fr 9:00 – 14:00 Uhr

Krebsberatungsstelle der SAKG e. V. Dessau-Roßlau

Schloßplatz 3 · 06844 Dessau-Roßlau

Tel. 0340 25087810 · Fax 0345 4788112

Beratungszeiten: Mo und Mi 9:00 – 15:00 Uhr | Do und Fr 9:00 – 14:00 Uhr

Krebsberatungsstelle der SAKG e. V. Weißenfels

Markt 27 · 06667 Weißenfels

Tel. 03443 3381767 · Fax 0345 4788112

Beratungszeiten: Mo und Mi 9:00 – 15:00 Uhr | Do und Fr 9:00 – 14:00 Uhr

beratung@sakg.de · www.sakg.de/beratung/unsere-beratungsangebote



Die **Außenstellenberatung der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V.** erfolgt **nur bei Terminvergabe!** Vereinbarungen unter Tel. 0345 4788110, 0340 25087810, 03443 3381767 oder 0391 56938800 und beratung@sakg.de

Außenstellenberatung Bernburg

AWO Seniorenzentrum Zepziger Weg gGmbH

Stauffenbergstraße 18 · 06406 Bernburg

Beratungszeiten: jeden vierten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Bitterfeld

Gesundheitszentrum Bitterfeld-Wolfen · Raum 101, Verwaltungsgebäude - Torhaus

Friedrich-Ludwig-Jahn-Str. 2 · 06749 Bitterfeld-Wolfen/OT Bitterfeld

Beratungszeiten: jeden zweiten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Genthin

AWO Medizinisches Versorgungszentrum Zerbst, Praxis für Neurologie u. Psychiatrie
Geschwister-Schöll-Straße 28 · 39307 Genthin

Beratungszeiten: jeden letzten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Haldensleben

Seminarraum des Schulungsvereins Ohrekreis e. V., im Medicenter, Eingang B
Gerikestraße 4 · 39340 Haldensleben

Beratungszeiten: jeden letzten Donnerstag im Monat von 14:30 – 17:30 Uhr

Außenstellenberatung Kalbe (Milde)

AWO Kreisverband Altmark e. V.

Alte Bahnhofstr. 27 · 39624 Kalbe (Milde)

Beratungszeiten: jeden letzten Donnerstag im Monat von 10:00 – 13:00 Uhr

Außenstellenberatung Naumburg

Klinikum Burgenlandkreis GmbH, Veranstaltungsraum V 2, im Untergeschoss
Humboldtstr. 31 · 06618 Naumburg

Beratungszeiten: jeden ersten Donnerstag im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr

Außenstellenberatung Sangerhausen

AWO Kreisverband Mansfeld-Südharz e. V.

Karl-Liebknecht-Str. 33 · 06526 Sangerhausen

Beratungszeiten: jeden ersten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und
12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Stendal

Johanniter-Zentren für Medizinische Versorgung in der Altmark GmbH

1. Etage, Konferenzraum

Bahnhofstr. 24 · 39576 Stendal

Beratungszeiten: jeden zweiten Donnerstag im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und
12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Wernigerode

Praxis für Hämatologie & Onkologie, MVZ Harz, Harzlinikum Dorothea Christiane
Erleben GmbH, Haus A, 2. Etage

Ilisenburger Str. 15 · 38855 Wernigerode

Beratungszeiten: jeden zweiten Mittwoch im Monat von 9:00 – 12:00 Uhr und
13:00 – 16:00 Uhr

87

Außenstellenberatung Wittenberg

AWO Kreisverband Wittenberg e. V., Begegnungsstätte (im Innenhof)
Marshallstr. 13 a · 06886 Lutherstadt Wittenberg

Beratungszeiten: jeden zweiten Donnerstag im Monat von 8:30 – 11:30 Uhr und
12:00 – 15:00 Uhr

Außenstellenberatung Zeitz

Georgius-Agricola Klinikum Zeitz · Veranstaltungsraum V 3
Lindenallee 1 · 06712 Zeitz

Beratungszeiten: jeden 1. Donnerstag im Monat von 13:30 – 16:30 Uhr

Magdeburger Krebsliga e. V.

im Gebäude der Universitätsfrauenklinik
Gerhart-Hauptmann-Str. 35 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 6717394 · Fax 0391 6717504
magdeburger-krebsliga@med.ovgu.de

Sprechzeiten: Mo bis Do 9:00 – 15:00 Uhr, sowie nach Vereinbarung

Psychosoziale Krebsberatungsstelle am Universitätsklinikum Magdeburg

Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Haus 14 (rechter Eingang), Raum 380
Leipziger Str. 44 · 39120 Magdeburg

Erreichbarkeit:

Mo	8:00 – 16:30 Uhr	Do	8:00 – 13:00 Uhr
Di	9:00 – 13:30 Uhr	Fr	8:00 – 12:30 Uhr
Mi	8:00 – 16:00 Uhr		

Terminvereinbarung unter 0391 6721241 und krebsberatung@med.ovgu.de

Außensprechstunde Universitätsfrauenklinik, 4. Etage

Gerhart-Hauptmann-Str. 35 · 39108 Magdeburg

Beratungszeiten: nach Absprache montags

Terminvereinbarung unter 0391 6721241 und krebsberatung@med.ovgu.de

Außenstelle Burg

Räume der Selbsthilfekontaktstelle Jerichower Land
Bahnhofstr. 7 · 39288 Burg

Beratungszeiten: nach Absprache

Terminvereinbarung unter 0391 6721241 und krebsberatung@med.ovgu.de

**Wo wir helfen****Unsere ambulanten Beratungsangebote**

In den ländlichen Regionen Sachsen-Anhalts ist es vielen Betroffenen aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, unsere vier psychosozialen Krebsberatungsstellen in Halle (Saale), Magdeburg, Dessau und Weißenfels aufzusuchen. „Wenn die ratsuchenden Menschen nicht zu uns kommen können, dann kommen wir zu ihnen!“ ist das tragende Motto beim Aufbau unserer regionalen Außenstellenberatungstage. Krebskranke Menschen, Angehörige und andere Interessierte können einmal monatlich für jeweils einen feststehenden Tag an verschiedenen Orten Sachsen-Anhalts allgemeine, soziale und psychologische Aspekte einer Krebserkrankung persönlich mit dem Beratungsteam besprechen.

! **Beratungen in den Außenstellen** erfolgen nur über Terminvereinbarungen
• bei den **Psychosozialen Krebsberatungsstellen der SAKG** unter
Tel. 0345 4788110, 0391 56938800, 03443 3381767 oder 0340 25087810
und beratung@sakg.de



Ratgeber Krebserkrankung

Helfen Sie uns, damit wir helfen können!

Spendenkonto: Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

IBAN: DE08 8005 3762 0387 3073 17

BIC: NOLADE21HAL