

Ratgeber Krebserkrankung



**Sozialleistungen
bei Krebserkrankungen**

Impressum

Herausgeber:

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

mit Genehmigung der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.
5. regional überarbeitete Auflage (Dezember 2014) mit freundlicher Unterstützung der
BARMER GEK, DAK und Techniker Krankenkasse



Regionale Überarbeitung 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

Text:

Sabine Deiss, Krebsgesellschaft NRW

Alle Rechte vorbehalten.

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

Sozialleistungen bei Krebserkrankungen

Ratgeber Krebserkrankung

Inhalt

Vorwort	7
Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	9
• Ärztliche Zweitmeinung	9
• Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	10
• Krankenhausbehandlung	12
• Fahrtkosten	13
• Häusliche Krankenpflege	14
• Haushaltshilfe	16
• Belastungsgrenze	17
• Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit	19
Übergang in die nachstationäre Versorgung	20
Medizinische Rehabilitation	21
• Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	21
• Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	22
• Zeitpunkt, Ort, Dauer und Umfang der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	24
• Verfahren	25
• Zeitpunkt der Antragstellung	27
• Ergänzende Leistungen	28
• Zuzahlungen	28
• Rehabilitationssport und Funktionstraining	30
Leistungen der Pflegeversicherung	34
• Definition von Pflegebedürftigkeit	34
• Antrag auf Pflegeleistungen	34
• Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Festlegung der Pflegestufe	36

• Pflegestufen	37
• Zusätzliche Betreuungsleistungen	39
• Leistungen der häuslichen/ambulanten Pflege	39
• Ambulante Pflegedienste	42
• Leistungen für nicht professionelle Pflegepersonen	45
• Verbindung von Beruf und Pflege eines Angehörigen	46
• Familienpflegezeit	47
• Wohnungsanpassung/Wohnungsumfeldverbesserung	48
• Teilstationäre Pflege	48
• Stationäre Pflege	49
• „Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe	50
• Pflegeberatung	51

Schwerbehinderung **52**

• Zuständigkeit	52
• Antragsstellung	52
• Merkzeichen	54
• Übersicht Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen	55
• Gültigkeit und Verlängerung des Schwerbehindertenausweis	56

Rückkehr in den Beruf **58**

• Stufenweise Wiedereingliederung	58
• Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	59

Einkommensarten **62**

• Krankengeld	62
• Wegfall des Krankengeldes	63
• Übergangsgeld	64
• Abgestufte Erwerbsminderungsrente	64
• Weitere Rentenarten	66
• Grundsicherung	67

Einmalige Beihilfen	68
• Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	68
Palliative Versorgung	69
• Was ist Palliativmedizin?	69
• Palliative Versorgung und Hospizarbeit	69
• Einleitung allgemeiner palliativer Versorgung	71
• Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	72
• Stationäre palliative Versorgung	72
• Ambulante Hospizarbeit	73
Anhang	
• Adressen	75

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 das Gespräch mit dem zuständigen Sachbearbeiter der Krankenkasse, des Rentenversicherungsträgers oder ggf. des Sozialamtes nicht ersetzen.

Hinweis: Aus Gründen besserer Lesbarkeit wurde an einigen Stellen der Broschüre die männliche Form gewählt. Alle Angaben und Angebote beziehen sich auf Angehörige beiderlei Geschlechts.

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 in voller Höhe abzüglich der gesetzlich zu leistenden Zuzahlung. 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 Euro, maximal 10,00 Euro. Die Mindestzuzahlung fällt erst ab einem Preis von 5,01 Euro an. Bei Mitteln bis zu 5,00 Euro wird anstelle der Zuzahlung der komplette Verkaufspreis erhoben.

Bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe wurden nach dem Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) von der Zuzahlung befreit. Diese können auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen eingesehen werden (www.gkv-spitzenverband.de; 14-tägige Aktualisierung). 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: 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 (z. B. Mistelpräparate). Diese

Medikamente sind im Internet unter www.g-ba.de (OTC-Übersicht) einsehbar. Die Liste wird fortlaufend aktualisiert.

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

Seit dem 1. Juli 2014 werden neue Festbeträge für einige verschreibungspflichtige Arzneimittel wirksam. Diese Beträge sorgen dafür, dass sofort veränderte Zuzahlungen und teilweise sogar Aufzahlungen auf die Patienten zu kommen. Es kann demnach passieren, dass Arzneimittel, die zuvor von der Zuzahlung befreit waren, nun wieder zuzahlungspflichtig sind. Für Ärzte bedeutet das, Krebsbetroffene eventuell auf einen Produktwechsel vorzubereiten..

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 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 Euro je Rezept. 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.

Hilfsmittel

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 Euro, maximal 10,00 Euro. Auch bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einlagen bei Inkontinenz) müssen 10% des Packungspreises selbst gezahlt werden, höchstens jedoch 10,00 Euro 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, Zweibettzimmer etc.) sind vom Versicherten zu übernehmen. Die Krankenhausbehandlung kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen.

Die Zuzahlung für die Krankenhausbehandlung beträgt 10,00 Euro pro Tag für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als ein Tag zusammengefasst. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren fällt keine Zuzahlung an.

Fahrtkosten

Erstattung von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen von Krankenkassen nur in folgenden Ausnahmefällen und mit vorheriger Genehmigung:

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Strahlen- oder Chemotherapie
- Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Fahrten von Personen mit Pflegestufe 2 und 3 oder mit vergleichbar schweren Erkrankungen, die über längere Zeit ambulant behandelt werden müssen

Die Zuzahlung zu den Fahrtkosten beträgt 10% der Fahrtkosten, mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro pro Fahrt. Dies gilt auch für Fahrten von Kindern und Jugendlichen.

Zuzahlungen bei Behandlungsserie

Unter bestimmten Voraussetzungen wird bei einer Serie von Fahrten eine Zuzahlung lediglich für die erste und die letzte Fahrt fällig. Dies gilt beispielsweise, wenn eine ambulante Chemotherapie mehrere Zyklen umfasst und die Fahrten von der Wohnung aus immer dasselbe Ziel (Krankenhaus oder onkologische Praxis) haben.

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

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

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 krankenschwägerische 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),
- eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist (z. B. Bettenmangel) oder ein Krankenhausaufenthalt durch eine häusliche Versorgung vermieden bzw. verkürzt werden kann (Krankenhausvermeidungspflege),
- keine andere im Haushalt lebende Person den Patienten in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann.

Bereiche der häuslichen Krankenpflege:

- **Behandlungspflege:** Hierunter versteht man 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, Waschen

Wichtig: Ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird von der Krankenkasse keine Grundpflege übernommen. Daher muss die Verordnung des Arztes immer zugleich die Behandlungspflege enthalten. Für Grundpflege ohne Behandlungspflege können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden (vgl. Seite 34ff).

15

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 selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe. Dies muss jedoch unbedingt vorher mit der Krankenkasse abgesprochen und von dieser genehmigt werden!

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

Ohne zeitliche Begrenzung wird die Krankenpflege übernommen, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig ist.

Wenn ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt oder die zu pflegende Person bereits in eine Pflegestufe 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 (vgl. Seite 34ff).

Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten pro Tag begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr zuzüglich 10,00 Euro je Verordnung. Wurden schon Zuzahlungen für die Tage eines Krankenhausaufenthaltes im selben Kalenderjahr geleistet, werden diese angerechnet.

Haushaltshilfe

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

- aufgrund von Krankheit oder einer Rehabilitationsleistung kann der Haushalt nicht selbst weitergeführt werden 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.

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 Euro, höchstens 10,00 Euro. 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!

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.

Belastungsgrenze

Um zu vermeiden, dass die Zuzahlungen den Versicherten finanziell überfordern, sind Belastungsgrenzen festgelegt. Die Belastungsgrenze gilt für sämtliche Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Die maximale jährliche Eigenbeteiligung liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens der Haushaltsmitglieder. Dieses so genannte Familienbruttoeinkommen umfasst das Bruttoeinkommen des Versicherten sowie das Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

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 der Pflegestufen 2 und 3.

Schwerwiegend chronisch krank ist, wer durch ärztliche Bestätigung nachweisen kann, dass er im vergangenen Jahr wegen derselben Erkrankung pro Quartal einmal in ärztlicher Behandlung gewesen ist. Zusätzlich muss eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Pflegestufe 2 oder 3
- 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 Zuzahlungsberechner hinterlegt.

Beratungsnachweis (Vorsorgepass)

Zu beachten ist eine neue Regelung zum Beratungsnachweis, die auf Grund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses seit dem 1. Januar 2008 gilt!

Folgende gesetzlich Versicherte müssen sich über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von einem Facharzt beraten lassen, der diese Beratungen in einem sogenannten Vorsorgepass dokumentiert:

- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben
- Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben

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
 - ab 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.

Der Vorsorgepass für Frauen und Männer kann bei der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft kostenlos abgefordert werden.

Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit

Bei einem Antrag auf Leistungen der Agentur für Arbeit (ALG I oder II/ Hartz IV) 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) bewilligt, übernimmt die Agentur für Arbeit bzw. bei ALG II das zuständige Jobcenter die Beiträge für die Kran-

kenversicherung. Eine Erkrankung muss hier 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. Danach ist das ALG I neu zu beantragen.

Bei Bezug von ALG II zahlt das zuständige Jobcenter ALG II ohne Unterbrechung weiter. Es besteht kein Krankengeldanspruch.

Übergang in die nachstationäre Versorgung

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

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

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 erbringen verschiedene Leistungsträger, z. B. gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen.

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 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 Anschlussrehabilitation.

Bei onkologischen Erkrankungen kann die Renten- und Krankenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistungen in Form von Nach- und Festigungskuren erbringen. Sie können auch als Anschlussrehabilitationen erbracht werden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Inhalt der Leistungen

Bestandteile der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die ärztliche Betreuung und Therapie (z. B. Physikalische Therapie wie Krankengymnastik und aktive Bewegungstherapie). Es geht nicht nur darum, funktionelle Einschränkungen zu bessern sondern auch eine angemessene Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und eine gesundheitsgerechte Verhaltensweise zu fördern.

Entsprechend der fachlichen Ausrichtung der Rehabilitationseinrichtung werden weitere Therapieelemente z. B. Psychotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Hirnleistungstraining vorgehalten.

Persönliche Voraussetzungen

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. Es besteht zwischen der Kranken- und Rentenversicherung Gleichrangigkeit.

Persönliche Voraussetzungen

- Es muss eine bösartige Krebserkrankung vorliegen. Die Diagnose der Erkrankung muss geklärt sein.
- Eine operative Behandlung muss abgeschlossen, eine Strahlentherapie vorläufig abgeschlossen sein.
- Eine noch laufende zytostatische Behandlung (Chemotherapie) ist grundsätzlich kein Hinderungsgrund.
- Durch die onkologische Rehabilitation sollen die durch die Krebserkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen positiv beeinflusst werden. Der Krebspatient muss für eine solche Leistung belastbar und in der Regel allein reisefähig sein.

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 Kalendermonate 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, Renten 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.

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 wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind (z. B. Pensionär oder gleichgestellte Personenkreise),
- Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland ist.

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. Eine Anschlussrehabilitation wird nur erbracht, wenn die Strahlentherapie abgeschlossen ist. 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. 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.

Verfahren

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. Für die Antragstellung sind folgende Formulare erforderlich:

- G 100: Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte
- G 103: Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe – Rehabilitationsantrag
- G 110: Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- G 120: AUD-Beleg
- G SMB 100: Ärztlicher Befundbericht (Vordrucknummer der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland)
- G 200: Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für nichtversicherte Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)
- G 202: Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige

Diese Formulare sind in den Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, bei Krankenkassen oder auch unter www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de erhältlich.

Ausnahmen

Für die Beantragung von Leistungen zur onkologischen Rehabilitation kann das Antragsformular G100 oder G200 von folgenden Antragstellern nicht verwendet werden:

- Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) im gesamten Bundesgebiet und deren Angehörige – Antragsformular 8 71 02 der Knappschaft-Bahn-See (bei allen Reha-Dienststellen der Knappschaft-Bahn-See im Bundesgebiet und unter www.kbs.de erhältlich)
- Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund, Rheinland und Westfalen mit einem Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen und deren Angehörige – Antragsformular CA1 der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (bei den Krankenkassen und unter www.argekrebsnw.de erhältlich)

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.

Zeitpunkt der Antragsstellung

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-mitteldeutschland.de zur Verfügung.

Benötigt werden dann folgende Formulare:

- G 250: Antrag auf Anschlussrehabilitation
- G 251: Informationen über die Anschlussrehabilitation für Mitarbeiter des Krankenhauses
- G 252: Informationen über die Anschlussrehabilitation für die Patientin oder den Patienten
- G 255: Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige
- G 260: Befundbericht zum AHB-Antrag

Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Haushaltshilfe

Wird während der Dauer der Rehabilitationsleistung eine Haushaltshilfe zur Fortführung des Haushalts benötigt, übernimmt der Kosten-

träger der Rehabilitationsleistung auf Antrag auch die Kosten für eine Haushaltshilfe (Voraussetzungen: siehe Seite 15f).

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 sowie mit 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.

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

Zuzahlungen zu Lasten der Krankenversicherung:

- für eine Anschlussrehabilitation:
stationär und ambulant: 28 Tage x 10,00 Euro*

- für sonstige Rehabilitationsleistungen:
stationär und ambulant: je Tag der Leistung 10,00 Euro*

* 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, April 2012

In Abhängigkeit vom monatlichen Nettoeinkommen kann eine teilweise oder vollständige Befreiung erfolgen. Die Zuzahlungsbefreiung muss beim zuständigen Kostenträger der Rehabilitationsleistung beantragt werden. Dieser überprüft, ob die Zuzahlung eine unzumutbare Belastung darstellt. Dem Antrag müssen eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z. B. Rentenbescheid) und ggf. Hinzuverdienstbescheinigungen beigefügt werden.

Zuzahlungen bei Antragstellung (für Kalenderjahr 2015)

Monatliches Nettoeinkommen Zuzahlungsbetrag

- unter 1.135,00 Euro keine Zuzahlung
- ab 1.135,00 Euro 9,00 Euro/Tag
- ab 1.140,00 Euro 9,50 Euro/Tag
- ab 1.200,00 Euro 10,00 Euro/Tag

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.

Die Zuzahlungen für Rehaleistungen zu Lasten der Krankenversicherung werden angerechnet und bei der Entscheidung berücksichtigt, ob Sie die Belastungsgrenze erreicht haben (s. Seite 17f Belastungsgrenze). Heben Sie daher alle entsprechenden Quittungen auf.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

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. Das Ziel soll sein, dass die Übungen nach Beendigung des angeleiteten Trainings selbstständig in Eigenverantwortung weiter geführt 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 Krebspatienten werden die Beweglichkeit, Ausdauer, Koordination, Kraft sowie das Selbstbewusstsein des Betroffenen 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 können Sie auch der Broschüre „Krebs und Sport – Regeneration für Körper – Seele – Geist“ von der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft erhalten.

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe mit den Mitteln der Physiotherapie und/oder Ergotherapie durchgeführt werden. Funktionstraining ist organorientiert und wird

gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) angewendet. Angezeigt ist das Training insbesondere bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane. Funktionstrainingsarten sind im Speziellen Trockengymnastik und Wassergymnastik.

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining in Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung

31

Für die Durchführung des Rehabilitationssports ist eine Kostenzusage (Verordnung) des Rentenversicherungsträgers erforderlich. Diese gilt als erteilt, wenn der Arzt der Rehabilitationseinrichtung auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (G 850/G 852/G 854) den Rehabilitationssport und dabei die Sportart sowie Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungsstunden festgelegt hat. Vor dem Beginn der Leistung soll der Patient seinem behandelnden Arzt eine Ausfertigung der Verordnung aushändigen. Bestehen ärztlicherseits Bedenken gegen die Durchführung des Rehabilitationssports, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Wurde der erforderliche Vordruck nicht von der Rehabilitationseinrichtung ausgefüllt, aber die Notwendigkeit im Entlassungsbericht festgestellt, reicht dies als Kostenzusage ebenfalls aus. Mit dieser meldet sich der Patient in der Regel bei der für den Wohn- oder Arbeitsort am günstigsten gelegenen Rehabilitationssportgruppe an. Können dort die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder kann der Patient aus sonstigen Gründen diese Gruppe nicht in Anspruch nehmen, ist die Auswahl einer anderen Sportgruppe möglich. Den berechtigten Wünschen des Patienten ist unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu entsprechen.

Die Kostenzusage gilt nur unter der Voraussetzung, dass der Patient den Rehabilitationssport innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der medizinischen Rehaleistung beginnt. Rehabilitationssport zu Lasten des Rentenversicherungsträgers ist nicht möglich, wenn die Verordnung erst nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation durch den Hausarzt erfolgt.

Ebenfalls können die Kosten für zusätzlich verordneten ambulanten Rehabilitationssport durch den behandelnden Arzt nicht vom Rentenversicherungsträger übernommen werden.

Fahrkosten und etwaige weitere im Zusammenhang mit der Ausübung des Rehabilitationssports stehende Leistungen (n. § 53 SGB 9) werden nicht erbracht.

Für die übliche Sportbekleidung (z. B. Trainingsanzug, Sporthose, Sporthemd, Turnschuhe, Badebekleidung) werden die Kosten nicht übernommen. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport notwendigen Sport-/Trainingsgeräte sind von der Sportgruppe zu stellen.

Eine Mitgliedschaft in den Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen auf freiwilliger Basis ist möglich. Sie ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining nicht verpflichtend. Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining in Kostenträgerschaft der Krankenversicherung

Findet die Einleitung der Verordnung des Rehabilitationssports nicht in der Rehabilitationsklinik statt, dann kann die Maßnahme auch direkt durch das Ausfüllen des entsprechenden Formulars durch den behandelnden niedergelassenen Arzt vor Ort erfolgen.

Der weiterbehandelnde Arzt zu Hause muss dem Reha-Sport bzw. Funktionstraining zustimmen 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“ 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.

Rehabilitationssport und Funktionstraining können nicht gleichzeitig auf einem Vordruck verordnet werden. Vor Beginn der Maßnahme muss sich der Versicherte durch Einreichen des Antrages die Genehmigung der Krankenkasse einholen.

Tipp: Wird Ihre Folgeverordnung durch den entsprechenden Kostenträger abgelehnt, dann fragen Sie ruhig noch einmal 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

34

Seit 1995 gibt es die 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 seit 1996 auch für die vollstationäre Pflege.

Definition von Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber definiert Pflegebedürftigkeit wie folgt:

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung) auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Kurz gesagt: Wer sich für mindestens sechs Monate in den oben genannten Bereichen nicht mehr alleine versorgen kann, ist pflegebedürftig und kann Leistungen der Pflegeversicherung beantragen.

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 Ihrer Krankenkasse eingerichtet ist. Dort bekommen Sie die entsprechenden Antragsformulare und erhalten – bei Bewilligung – Pflegeleistungen vom Tage der Antragstellung an.

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.

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse in Abhängigkeit vom Aufenthaltsort des Antragstellers und der Beantragung von Pflegezeit entscheiden:

- **5 Wochen:** Antragsteller befindet sich zu Hause.
- **2 Wochen:** Antragsteller befindet sich zu Hause und ein Angehöriger hat Pflegezeit beantragt.
- **1 Woche:** Antragsteller befindet sich im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz oder erhält eine ambulante Palliativversorgung.

Wird ein Antragsteller von einem ambulanten Palliativteam betreut, so muss das auf dem Pflegeantrag vermerkt sein, damit die Begutachtung

schneller stattfinden kann. Eine zeitnahe Begutachtung ist bei Palliativpatienten wichtig, da sie in vielen Fällen nicht mehr viel Lebenszeit haben bei gleichzeitig hohem Pflegebedarf.

Wichtig ist: Erhalten Sie den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 5 Wochen (nach Eingang des Antrages) oder die verkürzten Begutachtungsfristen werden nicht eingehalten, so hat die Pflegekasse Ihnen für jede angefangene Woche der Überschreitung 70 € zu zahlen. Allerdings gilt dies nicht, wenn die Verzögerung nicht durch die Pflegekasse zu vertreten ist oder sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits die Pflegestufe I hat.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Festlegung der Pflegestufe

Ob und in welchem Ausmaß jemand pflegebedürftig ist, prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dies ist der Beratungs- und Begutachtungsdienst für alle Kranken- und Pflegekassen. Zu einem Begutachtungstermin mit dem Antragsteller erfasst ein Mitarbeiter des MDK den Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Im nachfolgenden Gutachten wird festgelegt, welche Hilfe in welchem Umfang erforderlich ist.

Folgende Pflegeleistungen werden dabei unterschieden

- Grundpflege: Leistungen nicht medizinischer Art wie z. B. Körperpflege, Hilfe im hygienischen Bereich, Ernährung, An- und Auskleiden, Mobilität
- Hauswirtschaftliche Versorgung wie z. B. Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen, Putzen, Waschen
- Für die sogenannte Behandlungspflege sind dagegen die Krankenkassen zuständig (vgl. Seite 14ff).

Der Antragsteller hat nun auch das Recht darauf, ein Gutachten des MDK zu erhalten.

Es ist empfehlenswert, ein bis zwei Wochen vor dem Begutachtungstermin ein Pfl egetagebuch zu führen. Dort sollten alle an der Pflege beteiligten Personen die aufgebrauchten Zeiten für Pflege und Pflegetätigkeiten detailliert, möglichst sogar minutengetreu festhalten. Zum Begutachtungstermin sollte dieses Tagebuch zusammen mit allen vorhandenen medizinischen Unterlagen vorgelegt werden. Der Mitarbeiter des MDK kann sich so ein Bild von dem ständigen Hilfebedarf machen und ist in seiner Beurteilung nicht ausschließlich auf den Eindruck der tagesaktuellen Verfassung des zu Pflegenden angewiesen (www.betanet.de/download/pflegetagebuch.pdf).

Bei der Entscheidung über den Pflegebedarf ist der für die Pflege benötigte Zeitaufwand eines der wichtigsten Kriterien!

Pflegestufen

Die Pflegestufen beschreiben den Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. den Umfang des Hilfebedarfs und werden anhand des vom MDK erstellten Gutachtens von der Pflegekasse festgelegt. Aus der Pflegestufe ergibt sich dann die Höhe der Leistungen aus der Pflegekasse.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen.

Pflegestufe 1 Erhebliche Pflegebedürftigkeit

- Es besteht mindestens einmal täglich Hilfebedarf.
- Die Hilfe wird für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem/mehreren Bereichen (Körperpflege, Ernährung, Bewegung) benötigt.
- Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Unterstützung bei hauswirtschaftlicher Tätigkeit notwendig.
- Der zeitliche Mindestaufwand für die Pflege beträgt 90 Minuten pro Wochentag; dabei muss die Grundpflege mehr als 45 Minuten umfassen.

Pflegestufe 2 Schwerpflegebedürftige

- Es besteht mindestens dreimal täglich Hilfebedarf zu verschiedenen Tageszeiten.
- Die Hilfe wird im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Bewegung benötigt.
- Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten erforderlich.
- Der zeitliche Mindestaufwand für die Pflege beträgt drei Stunden pro Wochentag. Hiervon müssen mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Pflegestufe 3 Schwerstpflegebedürftige

- Es besteht täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfebedarf.
- Die Hilfe wird bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Bewegung notwendig.
- Zusätzlich ist mehrfach in der Woche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten notwendig.
- Der zeitliche Mindestaufwand für die Pflege beträgt fünf Stunden pro Wochentag. Hiervon müssen mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Härtefall

Wenn die Voraussetzungen für Pflegestufe 3 sowie ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand vorliegen, dessen Maß Stufe 3 weit übersteigt (z. B. bei einer Krebserkrankung im Endstadium), besteht Anspruch auf die Härtefallregelung. Die Richtlinien für solche Härtefälle können bei den Pflegekassen angefordert werden.

Wenn sich der Pflegeaufwand im Laufe der Zeit erhöht, kann ein Antrag auf Höherstufung bei der Pflegekasse gestellt werden. Es wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren durch den MDK nötig, das als Wiederholungsgutachten bezeichnet wird.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Pflegebedürftige, die Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe 1 erreicht, können unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Betreuungsleistungen bei der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK beantragen. Diese Leistungen sind für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen zweckgebunden und dienen der Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege entstehen.

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 der Pflegestufe und der Art der in Anspruch genommenen Leistungen. Pflegebedürftige dürfen selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen.

Folgende Leistungen aus der Pflegekasse sind prinzipiell wählbar:

Pflegegeld (Geldleistung)

Bei Pflege durch eine selbst gewählte Pflegekraft (auch z. B. Verwandte, Nachbarn etc.) beträgt das monatliche Pflegegeld ab Januar 2015:

- Pflegestufe 1 244 € (mit Demenz 316 €)
- Pflegestufe 2 458 € (mit Demenz 545 €)
- Pflegestufe 3 728 € (mit Demenz 728 €)

Pflegesachleistung

Bei Pflege durch ambulante Pflegedienste oder durch eine Sozialstation betragen die monatlichen Zahlungen für die Pflegeeinsätze:

- Pflegestufe 1 468 € (mit Demenz 689 €)
- Pflegestufe 2 1.144 € (mit Demenz 1298€)
- Pflegestufe 3 1.612 € (mit Demenz 1612 €)
- Härtefälle 1.995 € (mit Demenz 1995 €)

Beispiel: Kombination von Pflegegeld und Sachleistung

Sie haben die Pflegestufe I und nehmen Sachleistungen durch einen Pflegedienst in Höhe von 234 € in Anspruch. Der Ihnen zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 468 €. Sie haben somit die Sachleistungen zu 50 % ausgeschöpft. Von dem Pflegegeld in Höhe von 244 € stehen Ihnen damit ebenfalls noch 50 % zu, also 122 €.

Kombinationsleistung

Wenn die Pflegesachleistung für professionelle Pflegedienste 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 Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige für die Sachleistungen eines professionellen Pflegedienstes in Anspruch nimmt.

An die einmal gewählte prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung ist der Pflegebedürftige sechs Monate lang gebunden, es sei denn, es treten wesentliche Veränderungen der Verhältnisse ein.

Ersatzpflege (Verhinderungspflege)

Diese kann in Anspruch genommen werden, wenn die bisherige Pflegeperson aufgrund von Krankheit, Urlaub o. ä. verhindert ist. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für eine Ersatzpflegekraft maximal 4 bis 6 Wochen pro Kalenderjahr (6 Wochen, wenn naher Angehöriger die Ersatzpflege übernimmt, und 4 Wochen bei professioneller Ersatzpflegekraft). Die Kosten für eine professionelle Ersatzpflegekraft werden bis max. 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr übernommen. Bei Ersatzpflege durch Angehörige dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes nicht überschreiten. Wenn eine solche Ersatzpflege zum ersten Mal in Anspruch genommen wird, muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens sechs Monate gepflegt haben. Wenn die Ersatzpflege ein weiteres Mal beansprucht wird, ist keine vorherige Pflegezeit von sechs Monaten notwendig.

Wird die Ersatzpflege von einer stationären Einrichtung (Pflegeheim, Kurzzeitpflege) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in dieser Einrichtung muss der Pflegebedürftige selber tragen. Wenn das Sozialamt bereits „Hilfe zur Pflege“ leistet, übernimmt es unter Umständen auch die Kosten für Ersatzpflege. Weitere Möglichkeiten zur Entlastung bzw. Erholung der Pflegepersonen sind die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege (s. Seite 50ff).

Versicherte in der sogenannten Pflegestufe „0“ (erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) können seit dem 1. Januar 2013 Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Pflegehilfsmittel

Als Pflegehilfsmittel gelten technische Hilfen z. B. Pflegebett, Lagerungshilfen, Notrufsystem sowie Verbrauchspflegemittel wie z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder Betteinlagen. Die Kosten für Hilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen. Der Pflegebedürftige zahlt einen Eigenanteil von 10% maximal jedoch 25,00 Euro je Hilfsmittel. Größere technische Hilfsmittel werden oft leihweise überlassen, so dass eine Zuzahlung entfällt. Für Verbrauchspflegemittel erstattet die Pflegekasse bis zu 31,00 Euro pro Monat.

Darüber hinaus gehende Beträge muss der Versicherte als Eigenanteil selber tragen. Werden Rollstühle oder Gehhilfen ärztlich verordnet, tragen die Krankenkassen die Kosten. Bei den Pflegekassen ist ein Pflegehilfsmittelverzeichnis erhältlich, das technische Hilfen und Pflegehilfsmittel auflistet, die vergütet bzw. leihweise überlassen werden.

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Um Mehrkosten zu vermeiden, die der Versicherte selbst tragen muss, sollte er sich vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

Seit 2013 können Menschen mit der „Pflegestufe 0“ (mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf) ebenfalls Pflegehilfsmittel beanspruchen.

Ambulante Pflegedienste

42

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 übernimmt und wie hoch die voraussichtliche Selbstbeteiligung ausfällt. Eine weiterführende Kostenklärung kann in einem späteren Gespräch erfolgen oder sollte bei einer Pflegeberatungsstelle erfragt werden. In den Rahmenverträgen mit den Pflegekassen sind die Kosten für die einzelnen Pflegeleistungen festgelegt. Pflegesätze bzw. Pflegekosten sind in den Transparenzbögen der einzelnen Pflegeeinrichtung hinterlegt (www.transparenz-in-der-pflege.de).

2) Vertragskonditionen prüfen

Der Pflegedienst ist verpflichtet, einen Pflegevertrag mit dem Pflegebedürftigen abzuschließen. Analog zum Kostenvoranschlag sollten im

Pflegevertrag die vereinbarten Leistungen mit klaren Inhaltsangaben (ggf. mit Beiblatt, auf dem die Leistungsumfänge beschrieben sind), deren Häufigkeit und die Kosten sowie die Leistungen der Pflegekasse und die voraussichtliche Selbstbeteiligung erkennbar sein.

Bei Veränderung des Leistungsangebotes (z. B. bei Verringerung/Erhöhung der Einsätze oder der Veränderung/Ergänzung der Leistungen) sollte der Pflegevertrag entsprechend verändert werden und die aktuellen Kosten klar erkennbar sein. Die Versorgungs-/Einsatzzeiten sollten im Erstgespräch zwischen dem Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen und dem Pflegedienst genau abgesprochen werden. Änderungen hierzu sollten jederzeit nach gemeinsamer Absprache möglich sein. 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.

Ambulante Pflegedienste bieten neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch gezielte Betreuungsleistungen an, z. B. Unterstützung bei der Alltagsgestaltung (Spaziergehen, Vorlesen).

Ebenso sollte geregelt sein, dass bei einem 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) Muster einer Pflegedokumentation anfordern

Laut Gesetz muss eine detaillierte Pflegedokumentation für jeden einsehbar vorliegen.

4) 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.

5) 24-Stunden-Bereitschaft

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

6) 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?

7) 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 Pflegende können an einem Pflegekurs der Pflegekassen teilnehmen. Diese Kurse bieten praktische Anleitungen und Informationen, Beratung sowie Unterstützung und sie bieten pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Kurse der Pflegekassen sind kostenlos und unbedingt 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 der Pflegestufe des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung des tatsächlich anrechenbaren wöchentlichen Zeitaufwandes.

Gesetzliche Unfallversicherung

Pflegende Angehörige oder Nachbarn werden für die Zeit der Pflegetätigkeit

tigkeit 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 gilt unabhängig von der Zahl der Beschäftigten des Unternehmens. Der Arbeitgeber kann aber eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung verlangen. Der Schutz der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt für die Zeit der Freistellung bestehen. Ein Anspruch auf Gehaltsfortzahlung besteht nicht.

Pflegezeit

Wenn Berufstätige einen nahen Angehörigen, bei dem mindestens die Pflegestufe 1 vorliegt, in seiner häuslichen Umgebung selber pflegen möchten, haben sie einen Anspruch auf unbezahlte, sozial versicherte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Dieser Anspruch besteht jedoch nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Die Pflegezeit muss dem Arbeitgeber mindestens zehn Tage vor Beginn schriftlich angekündigt werden und es muss mitgeteilt werden, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Pflegezeit in Anspruch genommen werden soll. Eine teilweise Freistellung ist auch bei teilstationärer und stationärer Pflege im Rahmen einer schriftlichen Vereinbarung möglich. Außerdem muss dem Arbeitgeber mit einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen nachgewiesen werden.

Für die soziale Absicherung des Arbeitnehmers während der Pflegezeit sind unterschiedliche Umstände zu berücksichtigen, z. B. ob eine Familienversicherung besteht oder ob eine freiwillige Weiterversiche-

rung in der Krankenversicherung notwendig ist. Auskünfte erteilen die Kranken- und Pflegekassen.

Familienpflegezeit

Eine weitere Möglichkeit Beruf und Pflege eines Angehörigen miteinander zu vereinbaren ist die Familienpflegezeit. Berufstätige, die einen pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen möchten, haben die Möglichkeit ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten auf bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren. Allerdings nur mit dem Einverständnis des Arbeitgebers. Dabei wird das Bruttogehalt entsprechend den reduzierten Arbeitsstunden gekürzt, der Arbeitgeber stockt das Gehalt um die Hälfte der Kürzung auf und tritt somit in Vorleistung. Nach Ablauf der Familienpflegezeit muss der Arbeitnehmer wieder in Vollzeit arbeiten gehen und bekommt solange das reduzierte Gehalt gezahlt, bis der Vorschuss ausgeglichen ist.

Außerdem gibt es das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Dies ist eine Lohnersatzleistung für eine bis zu zehntägige Auszeit, die Berufstätige kurzfristig für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation eines nahen Angehörigen in Anspruch nehmen können.

Weiterhin erhalten Berufstätige, die die Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts während der Freistellung einen Anspruch auf Förderung. Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

Weitere Informationen sind beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben und auf der Homepage www.familien-pflegezeit.de erhältlich.

Ab dem 1. Januar 2015 besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit sowie Pflegeunterstützungsgeld. Der Rechtsanspruch gilt aber nicht für Beschäftigte in Kleinbetrieben.

Wohnungsanpassung/Wohnumfeldverbesserung

Unabhängig von der Pflegestufe eines Pflegebedürftigen zahlt die Pflegekasse auf Antrag einen Zuschuss von bis zu 4.000,00 Euro für Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Dabei zahlt der Pflegebedürftige mindestens 10% der Kosten selbst. 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 Pflege

Teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung sind die Tages- und Nachtpflege. Der Pflegebedürftige wird zum Teil zu Hause und in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege betreut.

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 verwirrten 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 Pflegestufe den Pflegesachleistungen:

- Pflegestufe 1 468 € (mit Demenz 689 €)
- Pflegestufe 2 1.144 € (mit Demenz 1.298 €)
- Pflegestufe 3 1.612 € (mit Demenz 1.612 €)

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

Stationäre 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 dieser oder Verwahrlosung des Pflegebedürftigen. Vollstationäre Pflege wird in Pflegeheimen erbracht.

Die Pflegekasse lässt die Notwendigkeit vollstationärer Pflege vom MDK überprüfen. Bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 3 ist eine Überprüfung nicht erforderlich. Entsprechend der Pflegestufe 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 Pflegestufe werden folgende monatliche Pflegesätze an zugelassene Pflegeheime gezahlt:

- Pflegestufe 1 1.064 € (mit Demenz 1.064 €)
- Pflegestufe 2 1.330 € (mit Demenz 1.330 €)
- Pflegestufe 3 1.612 € (mit Demenz 1.612 €)
- Härtefälle 1.995 € (mit Demenz 1.995 €)

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selber tragen. Kann er dies nicht, leistet das Sozialamt unter Umständen „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen. Vorab wird geprüft, ob Angehörige, z. B. Kinder, unterhaltspflichtig sind (s. nachfolgende Abschnitte).

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse übernommen, wenn der Versicherte nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen ist, z. B. Krisensituationen, in denen 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.

Kurzzeitpflege wird allen Pflegebedürftigen unabhängig von der Pflegestufe bis zu einem Betrag von 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr bezahlt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selber tragen. Kann er dies nicht, leistet das Sozialamt unter Umständen „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen. Vorab wird geprüft, ob Angehörige, z. B. Kinder, unterhaltspflichtig sind.

„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. Seit dem 1. Januar 2009 gibt es den gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Die Beratung erfolgt durch Pflegeberater, die in der Regel Mitarbeiter der Pflegekassen sind. Eine Übertragung der Beratungsaufgabe auf Dritte ist auch möglich.

Die Pflegeberater geben Auskunft über alle kommunalen Angebote und bieten Unterstützung bei der Organisation und der Antragstellung. Pflegeberatungsstellen in den einzelnen Landkreisen in Sachsen-Anhalt können unter www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de abgerufen werden.

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 (s. a. Seite 20).

Schwerbehinderung

52

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. Hier einige Beispiele: Operationsfolgen: Funktionseinschränkungen des Arms, der Schulter u. a. Verlust einer Brust, 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.
- Die 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.

54

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.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ersetzen seit 1.1.2009 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht“ (s. a. www.gesetze-im-internet.de).

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 Feststellungsbescheid von einem GdB von 30 erhalten, können sich auf Antrag und mit Zustimmung des Arbeitsgebers bei der zuständigen Agentur für Arbeit gleichstellen lassen. Gleichgestellte genießen wie Schwerbehinderte einen besonderen Kündigungsschutz, haben jedoch keinen Anspruch auf Zusatzurlaub.

Seit dem 1.1.2014 gibt es neue Schwerbehindertenausweise im Scheckkartenformat. Die alten Ausweise behalten dennoch ihre Gültigkeit und es ist kein Umtausch notwendig.

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

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/Steuerfreibetrag 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 werden sowie Ermäßigung oder 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 für längstens fünf Jahre (die als „Heilungsbewährung“ gelten). 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 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 einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder bei einer weiteren dauerhaften Einschränkung sollte ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) bzw. auf Anerkennung eines Merkzeichens gestellt werden. Der Antrag wird an das Landesverwaltungsamt geschickt, das prüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

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

Rückkehr in den Beruf

58

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 60) 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.

Möglich ist die „Stufenweise Eingliederung“ nur bei Zustimmung des Arbeitgebers, da der Arbeitnehmer keinen Rechtsanspruch auf diese Maßnahme hat. Wenn Krankenkasse und Arbeitgeber den Plan akzeptieren, kann die Wiedereingliederung in der Regel über einen Zeitraum von 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. Über-

gangsgeld 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.

59

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Diese Leistungen umfassen alle Rehabilitationsmaßnahmen, 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 beigelegt 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 59) 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 „Integrationsämter“ 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

62

Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld besteht für versicherte 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)

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. 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 (SGB V § 51)

Die Krankenkasse kann den versicherten Patienten vor Ablauf der 78 Wochen Krankengeldbezug zur Beantragung einer Leistung zur Teilhabe (Rehabilitation) auffordern. Dieser Aufforderung muss innerhalb einer Frist von zehn Wochen nachgekommen werden. Die Krankenkasse ist sonst berechtigt, das Krankengeld ruhen zu lassen! Dies gilt auch dann, wenn er nicht rehabilitationsfähig ist. Dem versicherten Patienten steht es jedoch frei, in diesem Fall statt einer Leistung zur Teilhabe gleich eine Rente wegen Erwerbsminderung zu beantragen. Der Rentenversicherungsträger hat seinerseits die Möglichkeit, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) in einen Rentenantrag umzuwandeln, wenn ein Erfolg nicht zu erwarten ist und die Rente nicht verhindert werden kann. Wenn bis zu der Entscheidung noch Anspruch auf Krankengeld besteht, wird dieses weiter gezahlt. Ist der Anspruch auf Krankengeld erschöpft, kann bei der Agentur für Arbeit „Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit“ 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 Leistungen zur Teilhabe bzw. Rentenanspruchsverfahren eingeleitet werden.

Übergangsgeld

Übergangsgeld ist eine Lohnersatzleistung für den Zeitraum, in dem Leistungen zur Teilhabe durchgeführt werden. Das Übergangsgeld richtet sich in der Regel nach den letzten Arbeitseinkünften. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht nur, wenn unmittelbar vor Beginn der Leistungen zur Teilhabe 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 Bezug von Arbeitslosengeld vor Beginn der Leistungen zur Teilhabe wird unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe der bisherigen Leistungen von der Arbeitsagentur gezahlt. Wurde bis zum Beginn der Leistungen zur Teilhabe Krankengeld bezogen, orientiert sich das Übergangsgeld an dieser Leistung. Während des Bezugs von Übergangsgeld bleibt der Patient sozialversichert. Familienversicherte erhalten kein Übergangsgeld.

Abgestufte Erwerbsminderungsrente

Ist aufgrund einer Erkrankung die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise eingeschränkt, kann ein Rentenanspruch 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. Kann dem Versicherten keine sozial und körperlich zumutbare Verweisungstätigkeit benannt werden, erhält er eine „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit“.

Es besteht Anspruch auf:

- Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter drei 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 worden 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 von dem zuständigen Rentenversicherungsträger geprüft, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Dies geschieht häufig, indem Antragsteller zu einer Untersuchung beim Medizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers oder einem anderen Gutachter eingeladen werden. 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) Mit Erreichen der Regelaltersgrenze wird die Regelaltersrente gezahlt. Davor kann eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht mehr gewährt werden, wenn bereits eine Altersrente bewilligt wurde.
- 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. 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), Beschäftigungs- und Ersatzzeiten angerechnet.

Rente auf Zeit

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden 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.

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 voller Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist und dessen reguläre Einkünfte für den Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen für die Bewilligung von Grundsicherung sind:

- Gewöhnlicher Aufenthalt/Wohnsitz in Deutschland
- Vollendung 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

68

Krebspatienten und ihre Familien, die durch die Krebserkrankung in eine finanzielle Notlage geraten sind, können kurzfristig eine einmalige finanzielle Zuwendung bei unterschiedlichen gemeinnützigen Vereinen und Trägern erhalten: z. B. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, Unterstützungsfonds des Bundespräsidenten, Hans Rosenthal-Stiftung 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 oder andere behördliche Einrichtungen) 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/wir-helfen/haertefonds.html

Palliative Versorgung

Was ist Palliativmedizin?

Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO

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

Es wird unterschieden zwischen kurativer Medizin, welche die Heilung der Patienten zum Ziel hat und palliativer Medizin, bei der nicht mehr die Heilung, sondern die Krankheitsmilderung im Fokus steht. Die zugrunde liegende Erkrankung ist 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 palliative Pflege. Die Familien der Patienten sind in die Betreuung mit einbezogen, und häufig wird für die Hinterbliebenen eine Trauerbegleitung angeboten.

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

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 Symptomgeschehen 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 anderen niedergelassenen Arzt durchgeführt.
- In Palliativstationen, die als eigenständige Stationen 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 eine 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)

Gesetzlich krankenversicherte Patienten mit einem besonders aufwendigen Versorgungsbedarf haben einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Sie kann durch einen niedergelassenen oder Krankenhausarzt mit Kassenzulassung verordnet werden, 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.

SAPV umfasst u.a. die bedarfsgerechte Koordination der einzelnen palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, eine individuelle Beratung, Begleitung und Anleitung der Patienten und ihrer Angehörigen, psychosoziale Unterstützung sowie Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr. Sie wird von sogenannten multi-professionellen Palliativ-Care-Teams (PCT) erbracht, die ausschließlich auf Palliativversorgung spezialisiert sind: Palliativmediziner, Palliative-Care-Pflegekraft, ambulante Hospizdienste, Hausarzt, Apotheke u. a.

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, 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 finanziell 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.

Adressen

Ratgeber Krebserkrankung

Ansprechpartner zum Thema Krebs

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

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

76

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

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

Deutsche Kinderkrebsstiftung der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe

Adenauerallee 134 · 53113 Bonn
Tel. 0228 688460 · Fax 0228 6884644
info@kinderkrebsstiftung.de · www.kinderkrebsstiftung.de

INKA - Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e. V.

Geschäftsstelle des Fördervereins
c/o Selbsthilfe- Kontakt- und Beratungsstelle Mitte
Perleberger Straße 44 · 10559 Berlin-Tiergarten
redaktion@inkanet.de · www.inkanet.de

GKR – Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen

Brodauer Str. 16 – 22 · 12621 Berlin
Tel. 030 56581-314 · Fax 030 56581-333
www.berlin.de/gkr

KID – Krebsinformationsdienst Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280 · 69120 Heidelberg
Tel. 0800 4203040
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 33889-0 · Fax 0228 33889-560
info@hksh-bonn.de · www.hksh-bonn.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoziale Onkologie dapo e. V.

Geschäftsstelle · Ludwigstraße 65 · 67059 Ludwigshafen
Tel. 0700 20006666
info@dapo-ev.de · www.dapo-ev.de

Arbeitskreis Psychoziale Onkologie Sachsen-Anhalt (APOSA) c/o Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

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

Ansprechpartner zum Thema Sozialleistungen

Kostenloses Service-Telefon der Deutschen Rentenversicherung

0800 10004800

Sprechzeiten 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
meinefrage@drv-bund.de · www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

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

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

Bürgertelefon Mo bis Do 8:00 – 18:00 Uhr, Fr 8:00 – 15:00 Uhr

030 3406066-01 Krankenversicherung

030 3406066-02 Pflegeversicherung

030 3406066-03 Gesundheitliche Prävention

030 3406066-08 Gebärdentelefon (ISDN-Bildtelefon)

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

Unabhängige Patientenberatung Deutschland**UPD gemeinnützige GmbH**

Bundesgeschäftsstelle

Littenstraße 10 · 10179 Berlin

Beratungstelefon in drei Sprachen, gebührenfrei im Festnetz:

Deutsch: Tel. 0800 0117722, Mobil 0177 1785152

(Mo bis Fr 10:00 – 18:00 Uhr, Do – 20:00 Uhr)

Türkisch: Tel. 0800 0117723 (Mo und Mi 10:00 – 12:00 Uhr, 15:00 – 17:00 Uhr)

Russisch: Tel. 0800 0117724 (Mo und Mi 10:00 – 12:00 Uhr, 15:00 – 17:00 Uhr)

info@upd-online.de · www.unabhaengige-patientenberatung.de

UPD Beratungsstelle Magdeburg

Breiter Weg 228 · 39104 Magdeburg

Tel. 0391 56283710 · Fax: 0391 56283722

Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e. V.

Steinbockgasse 1 · 06108 Halle

Tel. 0345 2980329 · Fax 0345 2980326

vzsa@vzsa.de · www.vzsa.de

Integrationsamt Sachsen-Anhalt

Standort Halle (Saale)

Ernst-Kamieth-Straße 2 · 06112 Halle (Saale)
Tel. 0345 514-0 · Fax: 0345 514-1609
www.lvwa.sachsen-anhalt.de/familie-und-soziales

Dienststelle Magdeburg, Referat 608 – Integrationsamt

Olvenstedter Straße 1 – 2 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 567-2477 · Fax 0391 567-2352
www.lvwa.sachsen-anhalt.de/familie-und-soziales

Landesverwaltungsamt

Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht
Maxim-Gorki-Str. 7 · 06114 Halle (Saale)
Tel. 0345 514-0 · Fax 0345 514-3120
www.lvwa.sachsen-anhalt.de/familie-und-soziales

Landesverwaltungsamt

Referat Versorgungsamt, Schwerbehindertenrecht
Olvenstedter Str. 1 – 2 · 39108 Magdeburg
Tel. 0391 567-02 · Fax 0391 567-2696
www.lvwa.sachsen-anhalt.de/familie-und-soziales

Deutsche Krebshilfe e. V. – Härtefonds

Buschstr. 32 · 53113 Bonn
Tel. 0228 7299094
haertefonds@krebshilfe.de · www.krebshilfe.de/wir-helfen/haertefonds.html

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 PalliativVerband Sachsen-Anhalt e. V.

Pfarrer U. Paulsen (Vorstandsvorsitzender)
Wendstr. 14 · 39576 Stendal
Tel. 03931 218338 · Fax 03931 218339
upaulsen@jksdl.de · www.hospize-sachsen-anhalt.de

Selbsthilfeverbände in Sachsen-Anhalt

Landesverband der Kehlkopfoperierten Sachsen-Anhalt e. V.

Ansprechpartner: Volkmar Brumme

Tel. 03471 313520 · Fax 03471 313520

vo_br@web.de · www.kehlkopfoperiert-in-sachsen-anhalt.de

80 Arbeitskreis der Pankreatektomierten e. V. · Regionalgruppe Halle

Ansprechpartnerin: Edda Friedrich

Tel. 0345 5502670

E17439@aol.com · 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

ilco.stolte@arcor.de · www.ilco.de/adressen-links/ilco-adressen.html

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

Ansprechpartnerin: Elke Naujokat

Tel. 035387 43103 · Fax 035387 43103

e.naujokat@frauenselbsthilfe.de · www.frauenselbsthilfe.de/kontakt/landesvorstaende

Bundesverband der Prostatakrebs-Selbsthilfe

Regionalverband Neue Bundesländer Prostatakrebs-Selbsthilfe e. V.

Ansprechpartner: Rüdiger Bolze

Tel. 0345 6871409

ruediger.bolze@googlemail.com · www.prostatakrebs-rnbps.de

Krebsberatungsstellen in Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

Psychosoziale Krebsberatung Halle (Saale)

Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)

Tel. 0345 4788110

beratung@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de

Sprechzeiten: Mo bis Do 9:00 – 16:00 Uhr · Freitag 9:00 – 14:00 Uhr

81

Außenstellenberatung der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V.

Anfragen und Terminvereinbarungen für die Außenberatung unter

Tel. 0345 4788110 und beratung@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de

Außenstellenberatung Aschersleben

AMEOS Klinikum Aschersleben, Räume der 3D-Sonographie (Erdgeschoss)

Eislebener Straße 7a · 06449 Aschersleben

Beratungszeiten: jeden vierten Mittwoch im Monat, 13:00 – 16:00 Uhr

Außenstellenberatung Bernburg

AWO Tagespflege im Seniorenzentrum Zepziger Weg gGmbH

Andreasstr. 3 · 06406 Bernburg

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

Außenstellenberatung Bitterfeld

AWO Kreisverband Bitterfeld e. V.

Friedensstr. 2 · 06749 Bitterfeld-Wolfen/OT Bitterfeld

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

Außenberatungsstelle Dessau

MDK Sachsen-Anhalt, Regionaldienst Dessau

Am Alten Theater 9 · 06844 Dessau-Roßlau

Beratungszeiten: jeden vierten Donnerstag im Monat, 12 Uhr und
12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Haldensleben

Medicenter, Eingang B, Seminarraum des Schulungsvereins Ohrekreis e. V.

Gerikestr. 4 · 39340 Haldensleben

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

Außenstellenberatung Kalbe/Milde

AWO Kreisverband Altmark e. V.

Bahnhofstr. 27 · 39624 Kalbe/Milde

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

Außenstellenberatung Merseburg

AWO Stadtverband Merseburg e. V. · Bürgerhaus

Neumarkt 5 · 06217 Merseburg

Beratungszeiten: jeden ersten Donnerstag im Monat, 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, 9:00 – 12:00 Uhr und
12:30 – 15:30 Uhr

Außenstellenberatung Stendal

Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal gGmbH

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Eingang Ambulanz, 1. Etage

Bahnhofstr. 24 – 25 · 39576 Stendal

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

Außenstellenberatung Wernigerode

Praxis für Hämatologie & Onkologie, MVZ Harz, Harzkrankenhaus Dorothea Christiane

Erleben GmbH, Haus A, 2. Etage

Ilisenburger Str. 15 · 38855 Wernigerode

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

Außenstellenberatung Wittenberg I

AWO Kreisverband Wittenberg e. V., Begegnungsstätte (im Innenhof)

Marshallstr. 13 a · 06886 Lutherstadt Wittenberg

Beratungszeiten: jeden zweiten Donnerstag im Monat, 8:30 – 11:30 Uhr

Außenstellenberatung Wittenberg II

Ambulantes Onkologisches Zentrum, Büro SAPV-Team (Haus 4, Ebene 0)

Evangelisches Krankenhaus Paul Gerhardt Stift

Paul-Gerhard-Str. 42 – 45 · 06886 Lutherstadt Wittenberg

Beratungszeiten: jeden zweiten Donnerstag im Monat, 12:30 – 15:30 Uhr

Psychosoziale Krebsberatungsstelle am Universitätsklinikum Magdeburg

Haus 14/3. Ebene/R. 380, Leipziger Straße 44 · 39120 Magdeburg

Tel. 0391 6721241

krebsberatung@med.ovgu.de

Sprechzeiten: Mi 8:00 – 15:00 Uhr

Magdeburger Krebsliga e. V.

Kontakt- und Beratungsstelle (Universitätsfrauenklinik)

Gerhard-Hauptmann-Str. 35 · 39108 Magdeburg

Tel. 0391 6717394 · Fax 0391 6717394

magdeburger-krebsliga@freenet.de

Sprechzeiten: Mo bis Do 9:00 – 15:00 Uhr · Fr 9:00 – 12:00 Uhr

Sprechstunde für krebsbetroffene Eltern und deren Kinder

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.

Paracelsusstr. 23 · 06114 Halle (Saale)

Beratungszeiten: nur mit Terminvergabe unter 0345 4788110

beratung@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de

Rehasport

Behinderten- und Rehabilitationssportverband

Sachsen-Anhalt e. V.

Am Steintor 14 · 06112 Halle (Saale)

Tel. 0345 5170824 · Fax 0345 5170825

info@bssa.de · www.bssa.de

Helfen Sie uns, damit wir helfen können!

Wir informieren Menschen, um Krebs zu vermeiden.
Wir unterstützen Betroffene für mehr Lebensqualität.
Und wir engagieren uns, die Bekämpfung von Krebs zu fördern.

Spendenkonto: Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.
Saalesparkasse · BLZ: 800 537 62 · Konto: 387307317
IBAN DE08 8005 3762 0387 3073 17 · BIC NOLADE21HAL
www.krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de

Ratgeber Krebserkrankung

