



Soziale Informationen

Informationen der Frauenselbsthilfe Krebs

FSH
Bundesverband e.V.



**Frauenselbsthilfe
Krebs**

mutig bunt aktiv

Impressum

Herausgeber:

Frauenselbsthilfe Krebs
Bundesverband e. V.

Verantwortlich i.S.d.P.:

Dr. phil. Sylvia Brathuhn

Redaktion:

Caroline Mohr

Gesamtherstellung:

Dietz Druck Heidelberg

Stand: Mai 2020

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

die Diagnose Krebs trifft die meisten Menschen völlig unvorbereitet. Un-erwartet befinden Sie oder ein naher Angehöriger sich in einer Situation, der Sie hilflos, ja ohnmächtig gegenüberstehen. Viele Fragen und Probleme tauchen auf, die sich nicht mit der bisherigen Alltagserfahrung beantworten und lösen lassen. Sowohl das reine Krankheitsgeschehen als auch die Welt der Medizin und das Versorgungs- und Gesundheitssystem scheinen un-durchschaubar und rätselhaft.

Die Mitglieder der Frauenselbsthilfe Krebs kennen die auftretenden Fra-gestellungen aus eigenem Erleben. Sie wissen, welche Informationen not-wendig, hilfreich und ermutigend sind, denn sie sind alle selbst an Krebs erkrankt und haben ihren eigenen Weg für einen guten Umgang mit ihrer Erkrankung gefunden. Dazu hat nicht zuletzt das Wissen über die vielfälti-gen sozialen Leistungen, die unser System für einen an Krebs erkrankten Menschen bereithält, beigetragen.

Wir haben in dieser Broschüre alle Informationen über Richtlinien und Verordnungen zusammengestellt, die für Menschen mit einer Krebserkran-kung von Bedeutung sind und die Ihnen das Leben und den Alltag mit der Erkrankung erleichtern sollen. Diese Informationen werden jährlich über-arbeitet, damit ihre Aktualität gewährleistet ist.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Broschüre die Unterstützung und Orien-tierung bietet, die Sie benötigen, um Ihren Weg durch den Dschungel der Verordnungen, Richtlinien und Regelungen des sozialen Systems zu finden.

Mit den besten Wünschen für eine gute Zeit

Ihre



Dr. phil. Sylvia Brathuhn
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe Krebs

Über uns – die Frauenselbsthilfe Krebs

Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) ist eine der ältesten und größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. 1976 wurde sie in Mannheim gegründet. Heute ist die FSH in elf Landesverbänden organisiert mit einem dichten Netz an regionalen Gruppen, in denen etwa 30.000 Frauen und Männer mit unterschiedlichen Krebserkrankungen Rat und Hilfe finden.

Leitmotiv unserer Arbeit

Das Leitmotiv unserer Arbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Als Menschen mit einer Krebserkrankung unterstützen wir andere Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen.

Unsere Gruppen/ unser Forum

Alle Menschen mit einer Krebserkrankung und auch deren Angehörige sind in einer Selbsthilfegruppe der FSH willkommen – unabhängig von Alter, Geschlecht und Tumorart. Dafür müssen sie weder Mitglied in der FSH sein noch werden. Die Teilnahme an unseren Gruppentreffen ist unverbindlich und kostenfrei. In unseren Gruppen begleiten wir Betroffene nach dem Schock der Diagnose, während der Therapien und auch danach, wenn es gilt, wieder in den Alltag zurückzukehren.

Die Gespräche mit Gleichbetroffenen in den Gruppen ergänzen die Informationen der Ärztin oder des Arztes, machen sie verständlicher und bereiten auf Arztbesuche vor.

Neben dem Erfahrungsaustausch hat in vielen Gruppen die Wissensvermittlung z.B. durch Vorträge von Experten einen hohen Stellenwert. Außerdem werden oft gemeinsame Aktivitäten angeboten wie Gymnastik, Schwimmen, Walken, kreatives Arbeiten usw., die dazu beitragen sollen, eigene Wege im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgeerscheinungen zu finden.

Eine Gruppe in Ihrer Nähe finden Sie hier:

www.frauenselbsthilfe.de/gruppen.html

Eine weitere Möglichkeit, mit anderen Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt zu kommen und sich auszutauschen, bietet unser moderiertes Forum im Internet. Dort gelten dieselben Beratungsgrundsätze wie in unseren Gruppen. Das Forum finden Sie unter: <https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Unsere Qualifikation

Damit unsere Laienberatung zeitgemäß, qualifiziert und entsprechend den Erfordernissen unseres Gesundheitssystems ist, werden die Gruppenleitungsteams und die Moderatorinnen im Forum mittels eines Kompetenztrainings auf ihre Aufgaben vorbereitet und begleitet.

Unsere Finanzierung

Unabhängigkeit und Neutralität sind die besonderen Merkmale der FSH. Daher werden Spenden oder Sponsoring-Angebote von Wirtschaftsunternehmen, aus dem Gesundheitsbereich und insbesondere von der Pharmaindustrie, nicht angenommen. Wir finanzieren uns im Wesentlichen aus:

- der Förderung durch die Deutsche Krebshilfe
- der Selbsthilfeförderung der Krankenkassen
- der Unterstützung durch die öffentliche Hand (Kommunen) und
- in geringfügigem Maße aus Spenden

Scheuen Sie sich nicht,

eine unserer Gruppen aufzusuchen. Sie werden dort Menschen begegnen, die trotz ihrer Erkrankung nach vorne schauen und sich ihre Lebensqualität erhalten möchten.

Finden Sie heraus, wie gut es tut, wenn jemand sagt: *„Deine Gedanken und Sorgen hatte oder habe ich auch. Lass uns lernen, damit umzugehen.“*

Inhaltsverzeichnis

I. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises	11
1. Rechtsgrundlagen	12
2. Feststellung der Behinderung (Grad der Behinderung)	13
2.1 Heilungsbewährung	14
2.2 Bewertung des Grades der Behinderung (GdB)	14
<i>Weibliche Geschlechtsorgane</i>	14
<i>Prostatatumore</i>	17
<i>Lungentumore</i>	17
<i>Darmtumore</i>	17
3. Nachteilsausgleiche (Vergünstigungen)	18
3.1 Pauschbeträge für behinderte Menschen (Steuervergünstigungen)	18
3.2 Nachteilsausgleiche bei der PKW-Nutzung	20
<i>Steuerermäßigung für Fahrtkosten</i>	20
<i>Kraftfahrzeugsteuer – Ermäßigung und Befreiung</i>	21
<i>Beitragsermäßigung für Automobilclubs</i>	21
<i>Behinderten-Rabatt beim Autokauf</i>	21
<i>Parkerleichterung</i>	22
3.3 Nachteilsausgleiche bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs	22
<i>Deutsche Bahn</i>	23
3.4 Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz	24
<i>Kündigungsschutz</i>	24
<i>Zusatzurlaub</i>	24
<i>Ermäßigung der Pflichtstunden für Lehrer</i>	25
<i>Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte</i>	25
<i>Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen</i>	25
3.5 Sonstige Nachteilsausgleiche	26
<i>Befreiung vom Rundfunkbeitrag</i>	26
<i>Ermäßigung der Telefongebühren</i>	26
<i>Wohngeld</i>	27
3.6 Steuerliche Erleichterung bei Schwerpflegebedürftigkeit	27
4. Muster für Anträge auf Schwerbehinderung und Widerspruchsschreiben	27
4.1 Antrag auf Schwerbehinderung nach SGB IX	27
4.2 Änderungen des Feststellungsbescheides	28
4.3 Rechtsbehelf	29
5. Tipps zur Antragsstellung	32

II. Patientenrechte	32
1. Patientenrechtegesetz	32
2. Möglichkeiten für Beschwerden über Behandlungsfehler	34
3. Patientenverfügung	35
4. Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung	36
III. Angebote des Gesundheitssystems	39
1. Gesetzliche Krebsfrüherkennung	39
1.1 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Frauen	39
1.2 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer	40
2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	40
2.1 Hilfsmittel	40
<i>Kostenübernahme und Zuzahlungen bei der Brustprothetik</i>	42
<i>Perücken bei Haarverlust durch Chemotherapie</i>	42
2.2 Heilmittel	42
<i>Manuelle Lymphdrainage</i>	43
3. Weitere Leistungen der Krankenkassen	43
3.1 Krankengeld (§§ 44, 46 - 51 SGB V)	43
3.2 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)	45
3.3 Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)	45
3.4 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	45
3.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V)	46
3.6 Hospizpflege (§ 39 a SGB V)	46
3.7 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	47
4. Organzentren	48
5. Disease-Management-Programm Brustkrebs	48
6. Klinische Studien	49
IV. Rund ums Geld	50
1. Zuzahlungen und Gebühren im Überblick	50
1.1 Festbeträge für Arzneimittel	52
1.2 Zuzahlungsbefreite Arzneimittel	52
2. Belastungsgrenzen 2020	52
2.1 Absenkung der Belastungsgrenze –	
<i>Chronikerregelung (§ 62 SGB V)</i>	53
3. Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nicht übernehmen	55
3.1 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate)	55
3.2 Zahnersatz	56
3.3 Lifestyle-Präparate	56

3.4 Sehhilfen – Brillen	56
3.5 Sterbegeld – Entbindungsgeld	56
3.6 Sterilisation	56
3.7 Keimzellenkonservierung und künstliche Befruchtung	56
3.8 Fahrtkosten	57
4. Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	59
4.1 Erhöhung des Beitragssatzes der GKV	59
4.2 Erhebung eines Zusatzbeitrags durch die Krankenkassen	59
V. Pflegeversicherung	60
1. Das Pflegestärkungsgesetz II	60
2. Häusliche Pflege	61
2.1 Beträge für häusliche Pflege	62
2.2 Leistungen der Tages- und Nachtpflege 2019	63
2.3 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	63
2.4 Kurzzeitpflege	64
3. Leistungen Stationäre Pflege 2020	64
4. Leistungen zur sozialen Sicherung einer Person	64
VI. Rehabilitation	65
1. Medizinische Rehabilitation	65
1.1 Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) – §§ 40 Abs. 6 SGB V, 32 Abs. 1 SGB VI	65
1.2 Stationäre Nach- und Festigungs- sowie Rehabilitationskuren für an Krebs erkrankte Menschen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)	66
1.3 Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation	67
1.4 Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme	67
1.5 Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme	68
1.6 Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation	69
1.7 Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation	70
1.8 Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen Zuzahlungen zu Anschlussheilbehandlungen	70
Zuzahlungen zu stationären / ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen	70
1.9 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	71
1.10 Haushaltshilfe	71
1.11 Wahl der Rehabilitationseinrichtung	72
1.12 Ablehnung eines Antrages	72

2. Berufliche Rehabilitation	72
2.1 Berufliches Eingliederungsmanagement (BEM)	73
2.2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	73
2.3 Hamburger Modell	74
3. Nicht medizinische Rehabilitationsangebote	75
3.1 Angebote der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe Krebs	75
3.2. Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitation	76
VII. Rentengewährung	77
1. Altersrenten	77
1.1 Regelaltersrente (§§ 35, 235 SGB VI)	77
1.2 Altersrente für langjährig Versicherte (§§ 36, 236 SGB VI)	77
1.3 Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI)	78
1.4 Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§§ 37, 236a SGB VI)	78
2. Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit (§ 43 SGB VI)	79
3. Hinzuverdienst bei vorzeitigen Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten (§§ 34, 96a SGB VI)	80
3.1 Hinzuverdienstgrenze für eine vorzeitige Altersrente	80
3.2 Hinzuverdienstgrenzen für eine Altersteilrente	80
3.3 Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Erwerbsminderung	81
VIII. Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung, Sozialgeld	82
1. Arbeitslosengeld I nach einer befristeten Rente	82
2. Grundsicherung und Sozialhilfe	83
2.1 Sozialgeld	83
2.2 Arbeitslosengeld II	84
IX. Hinweise für Patientinnen und Patienten im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte	85
X. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	86
Hilfreiche Adressen und Informationen	87
Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe Krebs	92

Abkürzungen:

AHB	=	Anschlussheilbehandlung
ALG II	=	Arbeitslosengeld II
AR	=	Anschlussrehabilitation
BSG	=	Bundessozialgericht
BSHG	=	Bundessozialhilfegesetz
BVG	=	Bundesversorgungsgesetz
DGS	=	Deutsche Gesellschaft für Senologie
DKG	=	Deutsche Krebsgesellschaft
DMP	=	Disease Management Programm
EStG	=	Einkommensteuergesetz
G-BA	=	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	=	Grad der Behinderung
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	=	Individuelle Gesundheitsleistung
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MLD	=	Manuelle Lymphdrainage
Reha	=	Rehabilitation
SAPV	=	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SG	=	Sozialgeld
SGB	=	Sozialgesetzbuch
SoVD	=	Sozialverband Deutschland e. V.
STIKO	=	Ständige Impfkommission
VdK	=	Sozialverband

Gender-Hinweis

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde von uns die männliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt.

I. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises

Menschen mit einer Krebserkrankung wird in der Regel nach Diagnose und Akutbehandlung fünf Jahre lang ein Schwerbehindertenausweis gewährt, um einige der durch die Erkrankung, die notwendigen Therapien und deren Folgen entstehenden Nachteile auszugleichen. Sowohl für Berufstätige als auch für nicht Berufstätige bietet der Schwerbehindertenausweis wichtige Erleichterungen. Der Ausgleich geschieht durch Vergünstigungen auf mehreren Ebenen und ist nicht zuletzt abhängig von dem festgestellten Grad der Behinderung (GdB).

Zu den Vergünstigungen zählen zum Beispiel:

- erhöhter Kündigungsschutz am Arbeitsplatz
- Hilfen zur Erhaltung bzw. Erlangung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, z. B. technische Hilfen oder Lohnkostenzuschüsse
- Beschleunigung des Eintritts des Renten- bzw. Pensionsbezuges
- Überstundenbefreiung (auf Wunsch)
- Anspruch auf Zusatzurlaub von fünf Tagen pro Jahr bei einer 5-Tage-Arbeitswoche
- diverse Steuererleichterungen
- evtl. früherer Renteneintritt (abschlagsfrei)
- bevorzugte Abfertigung bei Behörden
- Vergünstigungen bei der Benutzung von Bädern und Museen etc.
- ermäßigte Mitgliedsbeiträge in Verbänden und Vereinen (z. B. ADAC)

Der Schwerbehindertenausweis kann sofort nach der Krebsoperation, nach Abschluss der Akutbehandlung oder auch zu einem späteren Zeitpunkt beim zuständigen Versorgungsamt beantragt werden. Es ist zu empfehlen, dem Antrag vorhandene Arztberichte, z. B. den Entlassungsbericht des Krankenhauses, beizufügen. Das Versorgungsamt ist berechtigt, Gutachten von den im Antrag genannten behandelnden Ärzten anzufordern.

Im Antrag sind alle Erkrankungen und Beschwerden, die zu einer Behinderung geführt haben, anzugeben, auch die Erkrankungen, die nicht mit der Krebserkrankung in Zusammenhang stehen. Bei Vorliegen mehrerer Behinderungen wird nicht aufaddiert, sondern das Zusammenwirken dieser Behinderungen bewertet. Das Antragsverfahren endet mit dem Bescheid der Festsetzung des GdB.

Den Schwerbehindertenausweis gibt es in zwei Ausführungen: Der „grüne“ Ausweis bescheinigt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und die gesundheitlichen Merkmale. Den „grün-orangefarbenen Freifahrtausweis“ erhalten schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr in Anspruch nehmen können.

Seit 2013 wird der Ausweis im Scheckkarten-Format ausgestellt. Die alten Ausweise behalten ihre Gültigkeit bis zu ihrem regulären Ablaufdatum.

Beim Auftreten von neuen Erkrankungen bzw. Behinderungen kann Antrag auf „Verschlimmerung“ und damit Erhöhung des GdB gestellt werden. Hierfür gibt es beim Versorgungsamt besondere Antragsformulare.

1. Rechtsgrundlagen

Es gibt vier Umschreibungen von Behinderung:

- „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).
- Als schwerbehinderte Menschen gelten Personen, deren Grad der Behinderung (GdB) nicht nur vorübergehend mindestens 50 beträgt.
- Der GdB bezieht sich auf die Auswirkungen einer Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, der Teilhabe in allen Lebensbereichen und nicht nur im Erwerbsleben (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Behinderte mit einem GdB von weniger als 50, jedoch mindestens 30 können auf Antrag unter gewissen Voraussetzungen „gleichgestellt“ werden (§ 2 Abs. 2 SGB IX); zum Beispiel wenn infolge einer Behinderung ohne die Gleichstellung kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder erhalten werden kann.

- Erwerbsminderung: Teilweise (bzw. voll) erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs (bzw. drei) Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 bzw. Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Bei mehreren, sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtwirkung maßgebend.

2. Feststellung der Behinderung (Grad der Behinderung)

Der Grad der Behinderung (GdB) und der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Irrtümlich wird GdB oft in Prozent gesprochen. Dies ist aber falsch. Es heißt schlicht: „Ich habe einen GdB von 50.“

Die Kriterien für die Bestimmung des GdB und des GdS sind in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ festgelegt. Sie werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache bezogen ist.

Der GdB und der GdS – früher: Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) – werden durch ärztliche Gutachter bemessen. Für die Eintragung im Schwerbehindertenausweis wird ein Gesamt-GdB ermittelt. Dieser errechnet sich jedoch nicht einfach aus den einzelnen addierten GdB mehrerer Beeinträchtigungen. Für die Festlegung entscheidend ist immer eine Gesamtsicht der tatsächlichen Beeinträchtigung.

Eine Behinderung ab einem GdB von 50 gilt als Schwerbehinderung. In diesem Fall kann ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden. Der GdB kann im Ausweis auch nachträglich herauf oder wieder herabgesetzt werden. Für die Heraufsetzung sind ein Antrag auf Neufeststellung sowie neue medizinische Gutachten notwendig. Behinderte Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30 können unter bestimmten Voraussetzungen mit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden. Ohne Krankheitsrückfall erfolgt bei einer Krebserkrankung nach spätestens fünf Jahren, der sogenannten Heilungsbewährung, eine Rückstufung des Grades der Behinderung (GdB) oder eine Aberkennung der Schwerbehinderung.

2.1 Heilungsbewährung

Bei Gesundheitsstörungen, die zu Rückfällen neigen, wird eine Zeit des Abwartens von zwei bis fünf Jahren, die sogenannte Heilungsbewährung, eingeräumt. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder eine andere Primärtherapie (z. B. Bestrahlung) als beseitigt angesehen werden kann. Eine zusätzliche adjuvante Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. Während dieser Zeit wird der GdB höher bewertet als er sich aus der vorliegenden Behinderung ergibt.

Nach Ablauf der Zeit der „Heilungsbewährung“ wird der GdB herabgesetzt, sofern während dieser Zeit keine Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen aufgetreten sind. Es wird dann nur noch der Organverlust bewertet. Um eine ungerechtfertigte Rückstufung zu vermeiden, sollten eventuell aufgetretene Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen sowie in der Zwischenzeit aufgetretene andere Erkrankungen dem Versorgungsamt mit den beigefügten Arztberichten mitgeteilt werden. Auch von evtl. aufgetretenen Folgeschäden muss dem Versorgungsamt Kenntnis gegeben werden.

Wird eine Rückstufung als ungerecht erachtet, kann Widerspruch eingelegt werden.

2.2 Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) / Grades der Schädigungsfolgen (GdS)

Auszug aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Stand 2018). Die vollständigen Angaben sind zu finden unter www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de

Als Broschüre sind die Versorgungsmedizinischen Grundsätze beim Sozialverband VdK erhältlich: 0228 82093-0.

Weibliche Geschlechtsorgane

Verlust der Brust (Mastektomie)	GdB/GdS
Einseitig	30
Beidseitig	40
Segment- oder Quadrantenresektion der Brust	0 – 20

Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust

mit Prothese je nach Ergebnis (z. B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie)

nach Mastektomie	GdB/GdS
einseitig	10 – 30
beidseitig	20 – 40
 nach subkutaner Mastektomie	 GdB/GdS
einseitig	10 – 20
beidseitig	20 – 30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommt ein geringerer GdS in Betracht.

Verlust der Brust (Mastektomie) nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

	GdB/GdS
bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN0 M0	50
bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN1 M0	60
in höheren Stadien	wenigstens 80

Bedingen die Folgen der Operation und gegebenenfalls anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdS von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

Nach Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse ist in den ersten zwei Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Der GdS beträgt während dieser Zeit 50.

Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung eines Zervixtumors im Stadium T1a N0 M0	50

nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration höchstens des inneren Drittels des Myometrium)	50
--	----

Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung eines Zervixtumors	GdB/GdS
im Stadium (T1b bis T2a) N0 M0	50
im Stadium T2b N0 M0	60
in höheren Stadien	80

nach Entfernung eines Korpustumors	GdB/GdS
im Stadium T1 N0 M0 (Grading ab G2, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
im Stadium T2 N0 M0	60
in höheren Stadien	80

Verlust eines Eierstockes nach Entfernung eines malignen Tumors

Nach Verlust eines malignen Eierstocktumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0	50
in anderen Stadien	80

Beseitigung eines malignen Scheidentumors

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60
in höheren Stadien	80

Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0	50
sonst	80

Prostatatumore

Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading G1)	50

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading ab G2) und T1b bis T2 N0 M0	50
nach Entfernung in höheren Stadien	wenigstens 80

Lungentumore

Nach Entfernung eines malignen Lungentumors oder eines Bronchialtumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
während dieser Zeit	wenigstens 80
bei Einschränkung der Lungenfunktion mittleren bis schweren Grades	90–100

Darmtumore

Nach Entfernung eines malignen Darmtumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 oder von lokalisierten Darmkarzinoiden	50
mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	70–80

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren	wenigstens 80
mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	100

3. Nachteilsausgleiche (Vergünstigungen)

3.1 Pauschbeträge für behinderte Menschen (Steuervergünstigungen)

Behinderte haben Anspruch auf den Behindertenpauschbetrag. Dieser mindert je nach Grad der Behinderung das zu versteuernde Einkommen um 310 € bis 3.700 € im Jahr. Der Pauschbetrag muss über die Steuererklärung beantragt werden. Die Angaben machen Sie im Mantelbogen unter den außergewöhnlichen Belastungen.

Anstatt den Behindertenpauschbetrag zu nutzen, können Sie höhere Aufwendungen, die Ihnen wegen der Behinderung entstehen, auch einzeln nachweisen und in voller Höhe als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art geltend machen. Dieses Vorgehen ist jedoch nur sinnvoll, wenn die Aufwendungen per Einzelnachweis höher sind als der jeweilige Pauschbetrag.

Welcher Pauschbetrag zum Ansatz kommt, richtet sich nach dem Grad der Behinderung. Folgende Pauschbeträge können gewährt werden:

Grad der Behinderung (GdB)	Pauschale (Euro/jährlich)
25 und 30	310,- €
35 und 40	430,- €
45 und 50	570,- €
55 und 60	720,- €
65 und 70	890,- €
75 und 80	1.060,- €
85 und 90	1.230,- €
95 und 100	1.420,- €
hilflos oder blind	3.700,- €

Der höchste GdB des Jahres ist maßgebend. Als Nachweis gelten der Schwerbehinderten-Ausweis bzw. der Bescheid des Versorgungsamtes. Personen, denen laufende Hinterbliebenenbezüge bewilligt worden sind, erhalten auf Antrag einen Pauschbetrag von 370,- € (Hinterbliebenen-Pauschbetrag).

Behinderten Menschen mit einem GdB von weniger als 50, jedoch mehr als 20 steht der entsprechende Pauschalbetrag nur unter folgenden weiteren Voraussetzungen zu:

- a. wenn wegen der Behinderung ein gesetzlicher Anspruch auf Rente (z. B. Unfallrente, nicht aber aus der gesetzlichen Rentenversicherung) oder andere laufende Bezüge besteht.
- b. wenn die Körperbehinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat.
- c. wenn die Körperbehinderung auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

Die Steuerfreibeträge sind bei Zusammenveranlagung von der Hausfrau auf den Ehemann übertragbar und vom Hausmann auf die Ehefrau. Bei rückwirkender Feststellung des GdB kann der Steuerminderbetrag, der sich aus der normalen Veranlagung des Steuerpflichtigen ohne die Berücksichtigung der Körperbehinderung ergibt, rückwirkend erlassen oder erstattet werden.

Schwerbehinderte und Hilflose können die Aufwendungen für die Beschäftigung einer Hausgehilfin / Haushaltshilfe bis zum Betrag von 924,- € jährlich als außergewöhnliche Belastung geltend machen, wenn entweder

- der Steuerpflichtige,
- der Ehegatte,
- ein zum Haushalt gehörendes Kind oder
- eine andere zum Haushalt gehörende, unterhaltende Person, für die eine steuerliche Ermäßigung wegen Unterhaltsleistungen gewährt wird, schwer behindert oder hilflos ist.

Eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt.

Es ist zu beachten, dass die Haushaltshilfe im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig ist, auch wenn sie nur stundenweise regelmäßig arbeitet. Wegen der Lohnsteuerpflicht gibt das zuständige Finanzamt Auskunft.

Die Pauschalen können in die Lohnsteuerkarte eingetragen werden oder in der Lohn- oder Einkommensteuererklärung abgesetzt werden.

3.2 Nachteilsausgleiche bei der PKW-Nutzung

Steuerermäßigung für Fahrtkosten

Schwerbehinderte mit einem GdB ab 50 und einer Gehbehinderung (Ausweismerkzeichen G) oder einem GdB ab 70 können für je eine Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte die tatsächlichen Fahrtkosten geltend machen. Hierzu gehören neben den Betriebskosten Absetzungen für Abnutzung und Aufwendungen für laufende Reparaturen und Pflege, auch Garagenmiete, Steuern und Versicherungen sowie Parkgebühren und Beiträge zu einem Automobilclub. Ohne Einzelnachweis der tatsächlichen Aufwendungen können für PKW 0,30 €, für Motorrad oder Motorroller 0,13 € je gefahrenen Kilometer geltend gemacht werden.

Schwerbehinderte mit einem GdB von wenigstens 70 und Gehbehinderung (Ausweismerkzeichen G) oder mit einem GdB von wenigstens 80 können in angemessenem Umfang auch die Kraftfahrzeugkosten für Privatfahrten geltend machen, die nicht als Betriebsausgaben oder Werbungskosten abgesetzt werden können. Als angemessen gilt im Allgemeinen ein Aufwand für durch die Behinderung veranlasste unvermeidbare Privatfahrten von 3.000 km jährlich. Bei außergewöhnlich Gehbehinderten, Blinden und Hilflosen (Ausweismerkzeichen aG, Bl und H) können grundsätzlich alle Kraftfahrzeugkosten, also nicht nur die unvermeidbaren Kosten zur Erledigung privater Angelegenheiten, sondern auch die Kosten für Erholungs-, Freizeit- und Besuchsfahrten, in der Regel insgesamt bis zu 15.000 km jährlich, geltend gemacht werden.

Als km-Satz werden pauschal 0,30 € berechnet, bei 3.000 km also ein Aufwand von 900,- €, bei 15.000 km ein Aufwand von 4.500,- €. Tatsächlich höhere Aufwendungen werden durch das Finanzamt nicht anerkannt.

Schwerbehinderte mit einem GdB von wenigstens 50 aber weniger als 70 können die Kosten geltend machen, wenn die Fahrten ausschließlich wegen der Behinderung notwendig geworden sind (z. B. Fahrten zur Apotheke oder Massage). Sie müssen einen entsprechenden Nachweis (Fahrtbuch, Aufstellung) führen.

Anstelle der Kosten für ein eigenes Kraftfahrzeug können auch Taxikosten in angemessenem Umfang geltend gemacht werden. Macht ein Gehbehinderter neben den Aufwendungen für Privatfahrten mit dem eigenen Pkw auch solche für andere Verkehrsmittel (z. B. Taxi) geltend, so ist die als angemessen anzusehende jährliche Fahrleistung von 3.000 km bzw. von 15.000 km entsprechend zu kürzen.

Kraftfahrzeugsteuer – Ermäßigung und Befreiung

Von der Kraftfahrzeugsteuer befreit sind Personenkraftwagen oder Kraftäder, die für Behinderte zugelassen sind, die in Folge einer nicht nur vorübergehenden Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr außergewöhnlich beeinträchtigt sind (Merkzeichen »aG«), für Blinde (Merkzeichen »Bl«) oder Hilflose (Merkzeichen »H«) und für Schwerkriegsbeschädigte unter bestimmten Voraussetzungen.

Das Fahrzeug muss auf den behinderten Menschen, der auch geschäftsunfähig sein kann, zugelassen sein. Es kann jeweils nur ein Fahrzeug für die Ermäßigung/Befreiung angemeldet werden. Das Fahrzeug darf nur für den Transport bzw. die Haushaltsführung des Behinderten genutzt werden.

Eine Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung um 50 % erhalten Schwerbehinderte mit Merkzeichen »G«, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind. Anträge sind bei der zuständigen Kraftfahrzeugsteuerstelle des Finanzamtes unter Vorlage des Schwerbehindertenausweises zu stellen. Voraussetzung: Sie verzichten dafür auf das Recht zur unentgeltlichen öffentlichen Beförderung. Ein Wechsel von einer Ermäßigung zur anderen ist jederzeit möglich.

Beitragsermäßigung für Automobilclubs

Der ADAC gewährt schwerbehinderten Menschen eine Beitragsermäßigung von 25 %, bezogen auf den Standardtarif. Dies gilt auch für andere Automobilclubs. Hilfreiche Informationen bieten die Merkblätter des ADAC für behinderte Menschen.

Behinderten-Rabatt beim Autokauf

Wer im Besitz eines Schwerbehindertenausweises ist, kann beim Neuwagenkauf spezielle Rabatte nutzen. Der Bund behinderter Auto-Besitzer e.V. (BbAB) informiert über die Rabatte, die bei den verschiedenen Automarken angeboten werden: www.bbab.de oder Tel.: 06826/5782.

Zu beachten ist sind folgende Punkte:

- Beim jeweiligen Fahrzeug muss es sich um einen Neuwagen handeln.
- Der mit dem Behindertenrabatt erworbene Wagen muss auf eine behinderte Person zugelassen werden.
- Der Rabatt wird vom Listenpreis des Fahrzeugs – also nicht vom eventuellen Hauspreis – gewährt.

Parkerleichterung

Menschen mit besonderen Schwerbehinderungen können einen „Parkausweis für Behinderte“ (blauer Parkausweis) erhalten. Voraussetzung: Im Schwerbehindertenausweis ist das Merkzeichen „aG“, d.h. außergewöhnliche Gehbehinderung, vermerkt. Dieser Ausweis räumt dem Inhaber besondere Parkrechte im öffentlichen Verkehrsraum ein. Die Ausnahme-genehmigung ist in der Regel fünf Jahre gültig und wird in allen Staaten Europas anerkannt.

Auch schwerbehinderten Menschen, die nicht außergewöhnlich gehbehindert sind, werden Parkerleichterungen gewährt. Den orangefarbenen Parkausweis erhalten u.a. Stomaträger mit doppelten Stoma und einem GdB von mindestens 70. Er berechtigt nicht zum Parken auf allgemeinen Behindertenstellplätzen (Rollstuhlfahrersymbol), sondern – sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht – u.a.:

- im eingeschränkten Halteverbot und im Zonenhaltverbot bis zu drei Stunden mit Parkscheibe,
- ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung an Parkuhren und Parkscheinautomaten,
- auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden,
- in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern.

3.3 Nachteilsausgleiche bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs

Schwerbehinderte mit einem GdB von mind. 50 und Merkzeichen »G« bzw. »aG«, deren Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr auf Grund ihrer Behinderung erheblich bzw. außergewöhnlich beeinträchtigt ist, sowie Gehörlose

können die öffentlichen Verkehrsmittel (Straßenbahnen, Omnibusse, U- und S-Bahnen und u. U. in den Verkehrsverbund einbezogene Bahnen) unentgeltlich benutzen. Voraussetzung ist der Erwerb einer Wertmarke von 80 € pro Jahr, die auf dem Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis aufgebracht und vom Versorgungsamt ausgegeben wird. Der Betrag kann in zwei Raten gezahlt werden. Desgleichen kann dieser Personenkreis die unentgeltliche Beförderung mit der Deutschen Bahn in allen Zügen des Nahverkehrs – Regionalbahn (RB), Regionalexpress (RE) und Interregio-Express (IRE) in der zweiten Klasse – in Anspruch nehmen.

Folgender Personenkreis erhält die Wertmarke kostenlos vom Versorgungsamt: Blinde und Hilflose sowie Schwerkriegsbeschädigte unter bestimmten Voraussetzungen; außerdem Schwerbehinderte, die Arbeitslosengeld II oder laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt des Bundesversorgungsgesetzes erhalten.

Personen mit den Merkzeichen »aG«, »H« oder »Bl« können sowohl die Beförderung im Personenverkehr mit der Wertmarke als auch die KFZ-Steuerbefreiung von 50 % in Anspruch nehmen.

Bei Schwerbehinderten mit Merkzeichen »B« und / oder »Bl« wird die Begleitperson unentgeltlich ohne km-Begrenzung im öffentlichen Personenverkehr (DB und andere Betreiber öffentlichen Personenverkehrs) befördert.

Deutsche Bahn

Die Deutsche Bahn gewährt für Schwerbehinderte unter bestimmten Voraussetzungen verschiedene Vergünstigungen z.B.:

- Bahncard 50 und 25 zum ermäßigten Preis bei einem GdB von mindestens 70
- unentgeltliche Beförderung von Rollstühlen
- unentgeltliche Platzreservierungen bei Merkzeichen B
- Bereitstellen von Parkplätzen an Bahnhöfen

In allen Nahverkehrszügen der Bahn gilt die bundesweit einheitliche Regelung, dass freifahrtberechtigte schwerbehinderte Menschen (grün-roter Schwerbehindertenausweis) im Nahverkehr der Deutschen Bahn keine Tickets mehr benötigen, egal wie weit sie fahren.

Nähere Auskünfte erhalten Sie in den Dienststellen der Deutschen Bahn, im Internet unter www.bahn.de und in der Mobilitätszentrale (Tel.: 0180 - 6 512 512). Die Broschüre „Reisen für alle - Bahn fahren ohne Barrieren!“ ist kostenlos in größeren Bahnhöfen erhältlich oder kann im Internet herunter geladen werden: www.bahn.de. Sie gibt einen Überblick über die Angebote der Deutschen Bahn.

Die Kabinenbahnen und Sessellifte in Österreich können mit dem Schwerbehindertenausweis zu einem verbilligten Preis genutzt werden. Bitte erkundigen Sie sich an der Kasse.

3.4 Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz

Kündigungsschutz

Für Schwerbehinderte, d.h. für Menschen mit einem GdB von mind. 50, besteht erweiterter Kündigungsschutz (gilt auch, wenn ein Arbeitnehmer mit einem GdB von mind. 30 von der Agentur für Arbeit einem Schwerbehinderten gleichgestellt wird). Bevor die Kündigung ausgesprochen werden kann, muss die Zustimmung des Integrationsamtes (früher Hauptfürsorgestelle) vorliegen. Das Kündigungsschutzgesetz gilt nur nach sechsmonatiger ununterbrochener Betriebszugehörigkeit.

Der erweiterte Kündigungsschutz kommt Arbeitnehmern nur dann zugute, wenn der Antrag auf Schwerbehinderung mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung gestellt worden ist. Der Schutz gilt dann zunächst, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht über den Antrag entschieden worden ist.

Man ist nicht verpflichtet, den Schwerbehindertenausweis beim Arbeitgeber vorzulegen. Mit der Vorlage sind keine besonderen Rechte am Arbeitsplatz verbunden. Der erhöhte Kündigungsschutz gilt auch ohne Vorlage des Ausweises. Bei einer Neueinstellung ist es allerdings ratsam mitzuteilen, dass man schwerbehindert ist.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Menschen ab einem GdB von 50 haben Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Kalenderjahr. Verteilt sich die regelmäßige Arbeitszeit des schwerbehinderten Menschen auf mehr oder weniger als fünf Arbeitstage in der Kalenderwoche, erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Soweit tarifliche,

betriebliche oder sonstige Urlaubsregelungen für schwerbehinderte Menschen einen längeren Zusatzurlaub vorsehen, bleiben sie unberührt. Diese Regelung gilt auch bei geringfügiger Beschäftigung.

Besteht die Schwerbehinderteneigenschaft nicht während des gesamten Kalenderjahres, so hat der schwerbehinderte Mensch für jeden vollen Monat der im Beschäftigungsverhältnis vorliegenden Schwerbehinderteneigenschaft einen Anspruch auf ein Zwölftel des Zusatzurlaubs. Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden. Der so ermittelte Zusatzurlaub ist dem Erholungsurlaub hinzuzurechnen. Endet die Beschäftigung erst in der zweiten Jahrehälfte, haben Beschäftigte den vollen (Jahres-)Anspruch auf Zusatzurlaub.

Ermäßigung der Pflichtstunden für Lehrer

Lehrerinnen und Lehrer erhalten als Schwerbehinderte eine Ermäßigung der Pflichtstunden. Diese Ermäßigung ist in den verschiedenen Ländern durch Landesrecht geregelt. Die Anzahl der ermäßigten Stunden richtet sich nach der Höhe des GdB und dem Gesundheitszustand der/des behinderten Lehrerin/Lehrers. Anträge sind an das zuständige Oberschulamt oder Regierungspräsidium zu richten.

Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte

Das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter bestimmt, dass Schwerbehinderte einen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung haben. Dieser Anspruch besteht, wenn die kürzere Arbeitszeit auf Grund der Art und Schwere der Behinderung notwendig ist.

Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

Ist der Schwerbehindertenausweis abgelaufen, kann bei der Agentur für Arbeit ein Antrag auf Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen gestellt werden, sofern der GdB weniger als 50, aber mindestens 30 beträgt. Mit einer Gleichstellung erlangt man grundsätzlich den gleichen „Status“ wie schwerbehinderte Menschen, das bedeutet:

- besonderen Kündigungsschutz,
- besondere Einstellungs-/Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber durch Lohnkostenzuschüsse sowie Berücksichtigung bei der Beschäftigungspflicht,

- Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
- Betreuung durch spezielle Fachdienste.

Zusatzurlaub, unentgeltliche Beförderung und besondere Altersrente umfasst diese Regelung nicht.

Gleichgestellt werden können Personen

- mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 30 oder 40 (nachgewiesen durch einen Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes),
- mit einem Wohnsitz oder einer Beschäftigung im Geltungsbereich des SGB IX,
- die infolge ihrer Behinderung einen geeigneten Arbeitsplatz (im Sinne von § 73 SGB IX) nicht erlangen oder nicht behalten können.

Weitere Informationen zu diesem Thema erhalten sie bei der Bundesagentur für Arbeit unter der kostenfreien Servicetelefonnummer 0800 4 5555 00.

3.5 Sonstige Nachteilsausgleiche

Befreiung vom Rundfunkbeitrag

Menschen mit einem andauernden GdB von mindestens 80 und dem Merkzeichen RF können eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrags beantragen. Sie zahlen dann monatlich nur einen Beitrag von 5,83 €.

Dem Antrag muss der Bewilligungsbescheid oder Schwerbehindertenausweis in beglaubigter Kopie beigelegt werden. Auch die von einer Behörde oder dem Versorgungsamt ausgefertigte „Bescheinigung zur Vorlage bei der Behörde“ mit den entsprechenden Leistungsdaten wird akzeptiert. Weitere Informationen dazu unter www.rundfunkbeitrag.de

Ermäßigung der Telefongebühren

Sind die Voraussetzungen der Rundfunkbeitragsbefreiung erfüllt (s.o.), besteht in der Regel auch Anspruch auf Ermäßigung der Kosten für Telefon-Neuanschlüsse sowie für Gesprächseinheiten, wenn Sie einen Festnetzanschluss bei der Deutschen Telekom haben. Infos dazu gibt es auf der Website der *Telekom* (in den AGB, Suchwort „Sozialtarif“). Einige Mobilfunkbetreiber bieten vergünstigte Tarife für schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 an.

Wohngeld

Wohngeld ist eine Sozialleistung für Menschen, die aufgrund ihres geringen Einkommens einen Zuschuss zur Miete oder zu den Kosten selbst genutzten Wohneigentums benötigen.

Bei der Berechnung der Anspruchsberechtigung wird das Jahreseinkommen aller Haushaltsmitglieder ermittelt. Dieses wird unter Umständen um pauschale Beträge gekürzt. Darüber hinaus können in bestimmten Fällen Freibeträge vom Einkommen abgezogen werden.

So erhalten Schwerbehinderte oder pflegebedürftige Menschen als Nachteilsausgleich einen besonderen Freibetrag:

- **1.800,- €** bei einem GdB von 100
- **1.800,- €** bei einem GdB von 50 - 90 UND häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege

Auskünfte erteilen die Wohngeldstellen der Gemeinden. Außerdem bietet die Website *einfach-teilhabe.de* umfassende Informationen zum Thema.

3.6 Steuerliche Erleichterung bei Schwerpflegebedürftigkeit

Wenn nahe Angehörige einen Schwerpflegebedürftigen (Merkzeichen H/BL oder Pflegegrad 4 oder 5) in der eigenen oder in dessen Wohnung pflegen, können sie in ihrer Steuererklärung dafür einen Pauschbetrag von 924,- € geltend machen. Voraussetzung dafür ist, dass sie für ihre Pflegeleistung keine andere Vergütung (z. B. durch die Weitergabe des Pflegegeldes) erhalten.

4. Muster für Anträge auf Schwerbehinderung und Widerspruchsschreiben

Das Versorgungsamt prüft bei Antragstellung eines behinderten Menschen auf Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen das Vorliegen einer Behinderung, den Grad der Behinderung und weitere gesundheitliche Merkmale.

4.1 Antrag auf Schwerbehinderung nach SGB IX

Der Antrag auf Schwerbehinderung kann formlos per Brief an das zuständige Versorgungsamt gerichtet werden mit den Worten: „Hiermit beantrage ich die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.“ Das Versorgungsamt sendet dem Antragssteller dann einen Antragsvordruck zu. Auf der

Internetseite www.einfach-teilhaben.de können die Antragsformulare der Versorgungsämter aller Bundesländer aber auch direkt abgerufen werden. Sie finden sie unter der Überschrift „3. Wählen Sie den richtigen Antrag“.

Wer Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub direkt geltend machen möchte, der sollte beim Versorgungsamt darum bitten, den Eingang des formlosen Antrags zu bestätigen. Das reicht aus, um den Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch zu nehmen, wenn der Antrag auf Schwerbehinderung mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung gestellt worden ist. Der Schutz gilt dann zunächst, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht über den Antrag entschieden worden ist.

4.2 Änderungen des Feststellungsbescheides

Das Auftreten von Rezidiven (Wiedererkrankungen) sowie anderen Erkrankungen sollte dem Versorgungsamt mitgeteilt werden. Auch über eventuell aufgetretene Folgeschäden sollte das Versorgungsamt informiert werden. Hierfür gibt es beim Versorgungsamt ein besonderes Antragsformular, das dort angefordert oder im Internet heruntergeladen werden kann: www.einfach-teilhaben.de

4.3 Rechtsbehelf

Gegen den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes kann der behinderte Mensch oder ein von ihm Bevollmächtigter innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch einlegen.

Nach einem Widerspruch kann es sinnvoll sein, sich Unterstützung durch eine Schwerbehindertenvertretung, einen Sozialverband oder einen Fachanwalt zu holen, denn es besteht die Möglichkeit, dass eine Klage vor dem Sozialgericht notwendig wird.

Ein Frist wahrendes Widerspruchsschreiben könnte z.B. so aussehen:

Ralf Meyer

*Wareндorfer Str. 26
12345 Musterstadt*

*Landratsamt – Versorgungsamt
Von-Steuben-Str. 10
12345 Musterstadt*

Musterstadt, den ...

Gegen Ihren Bescheid vom GZ: erhebe ich hiermit

Widerspruch.

Schriftliche Begründung folgt.

Gleichzeitig beantrage ich, mir alle ärztlichen Zeugnisse und Gutachten, die Grundlage für Ihren Bescheid waren, in Fotokopie zu übersenden (einschließlich der abschließenden Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes).

Ralf Meyer

Ein ausführliches Widerspruchsschreiben könnte z.B. so aussehen:

Ralf Meyer

*Warendorfer Str. 26
12345 Musterstadt*

*An das
Versorgungsamt – Landratsamt
Von-Steuben-Str. 10
12345 Musterstadt*

Musterstadt, den ...

*Betr.: Ihren Bescheid vom _____
 Aktenzeichen: _____*

Bezug: Widerspruch vom _____

Meinen Widerspruch vom _____ begründe ich wie folgt:

*Folgende Gesundheitsstörungen, die ich in meinem Antrag vom _____
aufgeführt hatte, sind in dem angefochtenen Bescheid nicht berücksichtigt worden:
(hier die Aufzählung dieser Gesundheitsstörungen einsetzen).*

*Ich bitte, hierzu noch den Arzt, Dr. _____ / das Krankenhaus _____
zu befragen.*

und/oder

*In meinem Antrag hatte ich zu Auskunftszwecken Dr. _____ / das
Krankenhaus _____ benannt. Leider haben Sie eine entsprechende Auskunft
nicht eingeholt, so dass Sie bei Ihrer Entscheidung von unvollständigen Informationen aus-
gegangen sind.*

und/oder

*In der Auskunft vom _____ über meinen Gesundheitszustand
hat Dr. _____ / das Krankenhaus _____ auch die folgende Be-
hinderung: **(hier die Krankheitsbezeichnung einsetzen).**
bezeichnet, die Sie bei Ihrer Entscheidung nicht berücksichtigt haben.*

und/oder

Sowohl mein behandelnder Arzt als auch ich sind der Meinung, dass aufgrund der Art und Schwere der Behinderung der Grad der Behinderung mit _____ erheblich zu niedrig bemessen worden ist. Darüber hinaus bin ich ebenso wie mein behandelnder Arzt der Auffassung, dass aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen die Voraussetzungen des Merkzeichens (z.B. G, aG, RF, B, H, BI) vorliegen.

und/oder

Der angefochtene Bescheid hat die Schwere meiner Behinderung nicht ausreichend gewürdigt. Meine Behinderung belastet mich in besonderem Umfang in nachfolgend geschilderter Weise:

(– hier folgt eine kurze Darstellung des besonderen persönlichen Betroffenseins –)

und/oder

Meine Behinderung ist am _____^(Tag) · _____^(Monat) · _____^(Jahr) eingetreten. Den Grad der Behinderung/das Merkzeichen (z.B. G, aG, H, Gl ...) bitte ich deshalb rückwirkend von diesem Zeitpunkt an zu bescheinigen.
(Tag) (Monat) (Jahr)

Schlussformulierung:

Ich beantrage daher, den angefochtenen Bescheid aufzuheben / zu ändern und erneut über die Höhe des Grades der Behinderung / die Feststellung eines Merkzeichens zu entscheiden. Zu einer fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung in Ihrer versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle oder durch einen anderen Gutachter bin ich gerne bereit.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

5. Tipps zur Antragsstellung

1. Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen (z.B. Gleichgewichtsprobleme aufgrund einer Polyneuropathie) und Begleitscheinungen (z.B. deutliche Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, Fatigue usw.) angeben.
2. Kliniken und Ärzte auflisten, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
3. Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
4. Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsbericht, Reha-Bericht, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
5. Lichtbild beilegen.

II. Patientenrechte

1. Patientenrechtegesetz

Im Patientenrechtegesetz (PRG) sind die Patientenrechte gebündelt, die zuvor (bis 2013) in verschiedenen Erlassen, Richtlinien und Gesetzestexten verstreut waren. Eine sehr gute und verständliche Broschüre zum Thema Patientenrechte gibt das Bundesministerium für Gesundheit heraus: www.bundesgesundheitsministerium.de

Hier haben wir die Kernpunkte für Sie zusammengefasst.

Behandlungsvertrag

Behandler (Ärzte, Physiotherapeuten uws.) und Patient schließen einen Vertrag miteinander, dessen Ausgestaltung im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 630a–630h) geregelt ist. Dieser Vertrag wird nicht zwangsläufig schriftlich geschlossen. Beim Hausarzt geben Sie z.B. zu erkennen, dass Sie be-

handelt werden möchten, indem Sie in seine Praxis kommen. Durch den Behandlungsvertrag wird der Behandelnde zur Leistung der versprochenen Behandlung, der Patient (bzw. seine Krankenkasse) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Ein „Behandlungserfolg“ ist damit nicht verbunden. Die Maßnahmen müssen jedoch zeigen, dass der Behandler um den Behandlungserfolg bemüht ist. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen.

Informationspflichten

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausmediziner müssen ihre Patienten umfassend und verständlich über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien unterrichten. Vor Behandlung – Notfälle ausgenommen – sind in einem persönlichen Gespräch Nutzen und Risiken zu erläutern. Überdies müssen Ärzte ihre Patienten über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aufklären, bevor sie eine solche Maßnahme einsetzen, und auch über die Möglichkeit, dass Sie Anspruch darauf haben, eine Zweitmeinung einzuholen. Die Kosten für diese Leistungen werden von den Krankenkassen nicht übernommen, sie müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Patientenakte

Patienten haben ein Recht auf Akteneinsicht und auf Abschriften aus der Patientenakte. Sollten dafür Kosten anfallen, müssen sie nicht vom Patienten getragen werden. Sie werden von der Krankenkasse übernommen. Die Akten müssen vollständig und sorgfältig geführt werden. Kommt es zum Streitfall, gilt eine nicht dokumentierte Behandlung als nicht erfolgt.

Beweisführung bei Behandlungsfehlern

Grundsätzlich muss der Patient beweisen, dass es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist. Lediglich bei „grobe“ Behandlungsfehlern liegt die Beweislast beim Arzt. Er muss darlegen, dass bzw. warum seine Behandlung korrekt war. Handelt es sich um keinen „grobe“ Behandlungsfehler muss allerdings noch immer der Patient beweisen, dass es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist. Bei Verdacht auf Behandlungsfehler sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu unterstützen – zum Beispiel durch Gutachten.

Ausbau der Fehlervermeidungskultur

Ärzte und Krankenhäuser sind verpflichtet, bei der Behandlung unterlaufene Fehler oder Beinahe-Fehler zu dokumentieren und auszuwerten. So sollen Risiken erkannt und durch entsprechende Maßnahmen minimiert werden. Außerdem wird das Beschwerdemanagement in Krankenhäusern gefördert.

Kostenübernahme durch Krankenkassen: Verkürzte Entscheidungsfristen

Kassenkassen sind verpflichtet, innerhalb von drei Wochen über einen Antrag auf Kostenübernahme (etwa für ein neues Hörgerät) zu entscheiden. Wird nicht innerhalb dieser Frist – oder innerhalb von fünf Wochen, wenn ein medizinisches Gutachten eingeholt wird – entschieden, können Versicherte sich das Hilfs- oder Heilmittel selbst organisieren und erhalten die entstandenen Kosten zurück.

2. Möglichkeiten für Beschwerden über Behandlungsfehler

Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte unter medizinischen und juristischen Aspekten beraten lassen. Im Einzelnen können folgende Wege beschritten werden:

- **Wenn möglich, das Gespräch suchen:** Das direkte Gespräch sollte der erste Schritt sein, wenn ein Patient glaubt, etwas sei mit seiner Behandlung nicht in Ordnung. Für kritische Nachfragen sind die meisten Mediziner durchaus offen. Wenn ein Gespräch keine Lösung bringt, dann gibt es an vielen Kliniken heute auch eine Ombudsstelle oder einen Patientenvertreter, dem man sein Anliegen schildern kann.
- **Schlichtungsstellen helfen kostenlos:** Wenn das Gespräch nicht weiterhilft, empfiehlt es sich, Kontakt zur Schlichtungsstelle der zuständigen Landesärztekammer aufzunehmen*. In einem formlosen Schreiben muss der Sachverhalt kurz geschildert werden. Dafür ist es nicht notwendig, chronologische Details anzuführen oder Unterlagen vorzulegen. Falls das Schreiben die Beschwerde nicht klar genug macht, kommt eine Rückfrage. Genügen die Patienten-Argumente, wendet sich die Schlichtungsstelle direkt an den behandelnden Arzt oder die Klinik und fordert die Patientenakte an. Der Betroffene muss sich also nicht um alle Dokumente selbst kümmern. Die Teilnahme am Schlichtungsverfahren ist freiwillig und das Ergebnis der Schlichtung nicht bindend ist.

- **Gesetzliche Krankenkassen beraten und unterstützen:** Verweigert ein Arzt die Kooperation mit der Schlichtungsstelle, sollte sich der Patient an seine Krankenkasse wenden. Dort übernimmt der medizinische Dienst den Fall. Die Krankenkassen helfen gern, denn es ist in ihrem Interesse, den Verursacher für mögliche weitere Behandlungskosten zu finden und für die Übernahme dieser Kosten heranzuziehen.
- **Der Rechtsweg ist lang und teuer:** Gelingt keine Einigung, sehen sich Arzt/Klinik und Patient/Krankenkasse vor Gericht wieder. Den Rechtsweg kann ein Betroffener natürlich von vornherein selbst beschreiten. Dann muss er aber Anwalts-, Gutachter- und Gerichtskosten selbst tragen. Und da sich heikle Verfahren über Jahre hinziehen können, stellt das ein extremes finanzielles Risiko dar.
- **Patientenberatungs- oder -bewerscherdestellen/Verbraucherberatung:** Patienten können sich auch an Patientenberatungs- oder Patientenbeschwerdestellen wenden. Außerdem bieten Verbraucherzentralen Beratungen an. Diese Organisationen haben im Bereich der Patientenbeschwerden und der erfolgreichen Durchsetzung von Patientenrechten viel Erfahrung.

* Die Bundesärztekammer bietet eine Liste mit Adressen der Schlichtungsstellen aller Kassenärztlichen Vereinigungen an: Tel.: 030 / 40 04 56-0 oder www.baek.de.

3. Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich im Voraus für den Fall einer eigenen Entscheidungsunfähigkeit Ihren Willen bezüglich der Art und Weise einer ärztlichen Behandlung niederlegen. Verlieren Sie dann tatsächlich Ihre Entscheidungsfähigkeit, kann mit Hilfe der Patientenverfügung auf Ihren Willen hinsichtlich einer in Betracht kommenden ärztlichen Maßnahme geschlossen werden. Auf diese Weise können Sie trotz einer Entscheidungsunfähigkeit Einfluss auf Ihre ärztliche Behandlung nehmen und damit Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich dann verbindlich, wenn durch sie der Wille des Patienten bezüglich einer ärztlichen Maßnahme eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Im Gesetz heißt es dazu: Treffen die Festlegungen in einer Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu, sind sowohl der Arzt als auch der Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigter) daran gebunden.

Eine Patientenverfügung ist umso hilfreicher für Ärzte und Angehörige, je zeitnaher und konkret krankheitsbezogener sie formuliert wird. Deshalb ist es empfehlenswert – auch wenn das Gesetz es nicht vorschreibt – eine einmal niedergelegte Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen und bei schwerer Erkrankung zu überprüfen und zu aktualisieren.

Die mittlerweile weit verbreiteten Patientenverfügungs-Formulare, auf denen Sie nur ankreuzen müssen, was Ihnen sinnvoll erscheint, sind mit Vorsicht zu genießen. Die Formulierungen, die in solchen Formularen gewählt werden, sind häufig zu pauschal. Im ungünstigsten Fall wird dann angenommen, dass keinerlei medizinische Hilfe gewünscht ist – unabhängig von der konkreten Situation. Deshalb sollte auf pauschalierende Formulierungen möglichst verzichtet und stattdessen eine sehr individuelle, ganz persönliche Verfügung verfasst werden. Die Mühe, die der Prozess des Erstellens erfordert, kann dazu beitragen, dass Sie sich der Tragweite des Verfügten stärker bewusst werden.

Selbstverständlich kann die Patientenverfügung von Ihnen jederzeit geändert oder widerrufen werden.

Das Bundesministerium der Justiz bietet eine Informationsbroschüre zum Thema Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht an, die telefonisch bestellt werden kann unter 030/18 272 272 1 oder per Mail unter: publikationen@bundesregierung.de. Außerdem steht sie auf der Website des Ministeriums zum Download bereit: www.bmjv.de

4. Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung

Jeder kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, dass er wichtige Angelegenheiten seines Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln kann. In der Regel werden Ihnen Ihre Angehörigen im Ernstfall beistehen. Wenn aber rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen Ehegatte oder Kinder Sie nicht gesetzlich vertreten. In unserem Recht haben nur Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern ein umfassendes Sorgerecht und damit die Befugnis zur Entscheidung und Vertretung in allen Angelegenheiten.

Für einen Volljährigen können Angehörige daher nur in zwei Fällen entscheiden oder Erklärungen abgeben: Entweder aufgrund einer rechtsgeschäftlichen Vollmacht oder als gerichtlich bestellter Betreuer. Aus diesem Grund ist es sinnvoll eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung zu erstellen.

Mit einer Vorsorgevollmacht benennen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die alle Angelegenheiten regelt, wenn Sie dazu nicht mehr selbst in der Lage sind. Das kann der Ehepartner, ein naher Verwandter oder ein guter Freund sein. Wer auch immer bestimmt wird, ist mit dem Original der Vollmacht im Falle eines Falles sofort handlungsfähig.

Eine Betreuungsverfügung verfolgt im Grunde das gleiche Ziel: Auch hier wird ein Betreuer festgelegt. Der Unterschied besteht darin, dass das Vormundschaftsgericht ihn offiziell bestellt und kontrolliert. Bei der einen wie der anderen Variante wird großes Vertrauen in den Benannten gesetzt. Eine Vollmacht sollte daher nicht leichtfertig erteilt werden. Daher ist es ratsam, sich zunächst mit folgenden Fragen zu befassen:

- Wer kann sich um meine persönlichen Wünsche und Bedürfnisse kümmern?
- Wer kann mein Vermögen verwalten?
- Wem kann ich meine Bankgeschäfte anvertrauen?
- Wer kann für mich nötige ambulante Hilfen organisieren?
- Wer kann für mich einen Platz in einem Senioren- oder Pflegeheim suchen?
- Wer kann meine Wohnung oder meinen Telefonanschluss kündigen?
- Wer kann sich darum kümmern, wie ich ärztlich versorgt werde?
- Wem kann ich es zumuten, bei Operationen und medizinischen Maßnahmen für mich zu entscheiden?

Dies sind nur einige von vielen Gesichtspunkten, die zu bedenken sind.

Eine Vollmacht zur Vorsorge gibt – je nach ihrem Umfang – dem Bevollmächtigten sehr weit reichende Befugnisse. Deshalb ist die wichtigste Voraussetzung Ihr Vertrauen zu der Person, die Sie womöglich bis zu Ihrem Lebensende mit dieser Vollmacht ausstatten wollen. Dies wird in der Regel ein Angehöriger oder eine Ihnen sonst sehr nahestehende Person sein. Auch bei der Bevollmächtigung einer Vertrauensperson müssen Sie nicht auf Vorkehrungen gegen Missbrauch verzichten (z. B. Kontroll- bzw. Widerrufrecht für einen Dritten oder Bestellung mehrerer Bevollmächtigter). Es ist sinnvoll, die gewünschten Bevollmächtigten bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen.

Wichtiger Hinweis: Die Patientenverfügung sowie die Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung können nur dann greifen, wenn Ihre Angehörigen darüber Bescheid wissen. Daher ist es sinnvoll, eine entsprechende Hinweiskarte immer bei sich zu führen.

Hinweiskarte im Scheckkartenformat

Tritt dieser Fall ein, bitte ich, umgehend mit der von mir bevollmächtigten Person ❶ / Ärztin oder Arzt meines Vertrauens ❷* Kontakt aufzunehmen.

* Bitte Nichtzutreffendes streichen

❶ Name Tel.

 Anschrift

❷ Name Tel.

 Anschrift

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,

..... geb.

 wohnhaft.....

 vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung* erstellt.

* Bitte Nichtzutreffendes streichen

Außerdem sollten Sie dafür Sorge tragen, dass Patientenverfügung sowie Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung im Fall des Falles auch gefunden werden. Sie sollten bei den persönlichen Unterlagen, bei Angehörigen oder Freunden, beim Hausarzt, beim Bevollmächtigten oder einer anderen Vertrauensperson aufbewahrt werden.

III. Angebote des Gesundheitssystems

1. Gesetzliche Krebsfrüherkennung

Im Rahmen des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms werden folgende Untersuchungen angeboten:

1.1 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Frauen

Ab 20 Jahre

- eine gezielte Anamnese, d. h. eine Erhebung des Gesundheitszustandes, z. B. durch Fragen nach Blutungsstörungen, Ausfluss und familiärer Vorbelastung
- jährlich eine Untersuchung des inneren und äußeren Genitals und eine Abstrichuntersuchung von Gebärmuttermund und -hals (Pap-Abstrich)

ab 30 Jahre

- jährlich eine Tastuntersuchung der Brüste und der Achselhöhlen und eine Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust

ab 35 Jahre

- jährlich eine Tastuntersuchung der Brüste und der Achselhöhlen. Außerdem alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung bestehend aus einem HPV-Test und einem Pap-Abstrich
- alle zwei Jahre eine Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs und alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung bestehend aus einem HPV-Test und einer Untersuchung der Gebärmutterhalszellen

ab 50 - 45 Jahre

- jährlich eine Darmuntersuchung mittels Papierstreifen (Haemoccult-Test) auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

ab 55 Jahre

- zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren oder alle zwei Jahre ein Test auf okkultes Blut im Stuhl

von 50 bis 69 Jahre

- **Mammographie-Screening** – Das ist eine Röntgenreihenuntersuchung der Brust, die alle zwei Jahre mit persönlicher Einladung erfolgt. Sie wird für „symptomlose“ Frauen im Alter von 50 – 69 Jahren (erhöhtes Brustkrebsrisiko) in speziellen Screening-Einheiten unter qualitätsgesicherten Bedingungen angeboten. Es erfolgt immer eine Doppelbefundung aller Mammographien durch zwei qualifizierte Ärzte. Das Praxispersonal ist besonders geschult und an die Geräte und deren ständige Kontrolle werden besondere Qualitätsanforderungen gestellt.

1.2 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer

Ab 35 Jahre

- alle zwei Jahre eine Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

ab 45 Jahre

- jährlich eine Abtastung der Prostata und der äußeren Genitalien sowie der Lymphknoten in der Leiste

ab 50 Jahre

- zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren oder einmal jährlich Test auf verborgenes Blut im Stuhl

ab 55 Jahre

- zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren oder alle zwei Jahre ein Test auf verborgenes Blut im Stuhl

2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

2.1 Hilfsmittel

Medizinische Hilfsmittel, die jeder kennt, sind beispielsweise: Rollstühle, Gehhilfen, Prothesen, Kunstaugen, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte oder Seh- und Hörhilfen.

Menschen mit einer Krebserkrankung bekommen von der Krankenkasse z.B. die folgenden Hilfsmittel erstattet.

- Brustprothesen
- Perücken

- Hilfen zur Kompressionstherapie, z.B. Kompressionsbestrumpfung
- Stoma-Artikel
- Inkontinenzhilfen

Die Kosten für diese Hilfsmittel werden von den Krankenkassen übernommen, wenn sie erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V). Der Anspruch umfasst nicht nur das Hilfsmittel selbst, sondern auch eine notwendige Änderung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch. Für die Hilfsmittel legt die GKV Festbeträge fest (§ 36 SGB V). Sie begrenzen die Leistungspflicht der GKV und damit den Versorgungsanspruch der Versicherten.

Daher sollten Versicherte vor Abgabe des Rezeptes nachfragen, ob die Kosten für das ausgesuchte Hilfsmittel, z.B. eine Perücke, höher sind als der Festbetrag und sich ggf. an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkasse ist verpflichtet, Versicherte mit Hilfsmitteln zum Festbetrag zu versorgen und Anbieter zu nennen, die das verordnete Hilfsmittel zum Festbetrag liefern.

Kostenübernahme und Zuzahlungen bei der Brustprothetik

Brustamputierte Frauen benötigen zur Korrektur der Körpersymmetrie eine Brustprothese sowie prothesengerechte Spezialbüstenhalter und ggf. auch einen Badeanzug.

Die Kosten für eine Brustprothese werden, wenn ein Rezept vorliegt, von der Krankenkasse übernommen. Bei den Spezial-BHs und dem Spezialbadeanzug beteiligt sich die Krankenkasse mit einem Zuschuss, der je nach Krankenkasse variieren kann. Da auch die Abwicklung des Verfahrens bei jeder Kasse anders ist, raten wir, sich vorher dort zu informieren.

Erstversorgung nach Brustamputation:

- eine Erstversorgungsprothese (Stoffprothese mit Wattefüllung) und Zuschuss zu einem Erstversorgungs-BH
- Erstversorgung nach brusterhaltender Operation: Zuschuss zu einem Kompressions-BH

Erstausrstattung:

- eine Silikon-Vollprothese (nach Brustamputation) oder ein Silikon-Ausgleichsteil (nach brusterhaltender Operation – BET)
- Zuschuss zu zwei Spezial-Büstenhaltern als Prothesenhalterung bzw. zum Einlegen des Ausgleichteils
- Zuschuss zu einem Spezial-Badeanzug mit Prothesenhalterung

Regelmäßig:

- jährlich ein Zuschuss zu zwei prothesengerechten Spezialbüstenhaltern
- alle zwei Jahre eine neue Silikon-Vollprothese (nach Brustamputation) oder ein Silikon-Ausgleichsteil (nach BET)
- alle 2 – 3 Jahre Zuschuss zu einem Spezial-Badeanzug.

In der Regel leisten die Krankenkassen außerdem Ersatz bei Funktionsverlust einer Haft-Prothese, bei Veränderung des Körpergewichts (Zu- bzw. Abnahme der verbliebenen Brust) oder bei Beschädigung der Prothese.

Perücken bei Haarverlust durch Chemotherapie

Bei krankheitsbedingtem Haarausfall (u.a. bei Chemotherapie) übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Perücke oder zahlen zumindest einen Zuschuss. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Die Höhe des Zuschusses ist je nach Krankenkasse unterschiedlich. Vor Anfertigung oder Kauf einer Perücke ist es ratsam, bei der Krankenkasse nachzufragen, bis zu welcher Höhe die Kosten übernommen werden.

Einige Krankenkassen übernehmen bei dem Verzicht auf eine Perücke auch die Kosten für eine andere Kopfbedeckung.

2.2 Heilmittel

Heilmitteln sind beispielsweise Massagen, Lymphdrainage, medizinische Bäder, Krankengymnastik, Sprach- und Ergotherapie. Die Heilmittel müssen für den Therapieerfolg notwendig sein und vom Arzt verordnet werden. Das ist der Fall, wenn Heilmittel eine Krankheit oder die mit ihr verbundenen Beschwerden lindern, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen könnte, beseitigen oder Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern.

Manuelle Lymphdrainage

Bei der Behandlung von Lymphödemen sind zwei unterschiedliche Verordnungsgruppen beteiligt: Dies sind zum einen die Hilfsmittel (z.B. Bestrumpfung) und zum anderen die Heilmittel (Manuelle Lymphdrainage).

Manuelle Lymphdrainagen (MLD) sind nach dem neuen Heilmittelkatalog verordnungsfähig bei Lymphödem nach Brust-Amputation mit Lymphknotenentfernung und bei Tumorpatienten als Erst-, Folge- und Langfristverordnung ab Stadium I und zwar je 6 bis 10 x pro Verordnung.

Der Regelfall (hier wird nur das Stadium I betrachtet) gibt die Anzahl von Behandlungen vor, mit denen das Therapieziel erreicht werden soll. Beim Lymphödem sind 50 Behandlungen für den Regelfall vorgesehen. Danach muss eine zwölfwöchige Therapiepause erfolgen, bevor ein neuer Regelfall beginnt.

Wenn zur Erreichung des Therapieziels die im Heilmittelkatalog als Regel festgelegte Höchstzahl der Behandlungen nicht ausreicht, wie es bei einem Lymphödem Stadium II oder III der Fall ist, können die Ärzte eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen. Die Patientin erhält dann eine langfristige Genehmigung, ohne dass dafür eine erneute Überprüfung des Behandlungsbedarfs erforderlich ist. Diese Genehmigung gilt für mindestens zwölf Monate. Der Antrag muss von der Patientin gestellt werden und die Krankenkasse muss innerhalb von vier Wochen entscheiden. Sofern diese Frist nicht eingehalten wird, gilt der Antrag als genehmigt.

Für langfristige Heilmittelbehandlungen gibt es für Ärzte ein Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in dem das Genehmigungsverfahren beschrieben wird. Indikationen im Bereich der bösartigen Erkrankungen sind chronische Lymphabfluss-Störungen; Leitsymptomatik: chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes länger bestehendes bzw. dauerhaft manifestes Lymphödem.

3. Weitere Leistungen der Krankenkassen

3.1 Krankengeld (§§ 44, 46 - 51 SGB V)

Das Krankengeld sichert die Lebenshaltung während einer längeren Krankheit bei Arbeitsunfähigkeit und während einer stationären Behandlung. Es beträgt 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Krankengeld wird von der Krankenkasse gewährt für den Fall der

Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, jedoch längstens für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Zeiten der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber werden bei der Berechnung der 78 Wochen angerechnet. Nach Ablauf von drei Jahren entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung.

Geht die Krankenkasse jedoch davon aus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, so kann sie ihn – noch während Krankengeld bezahlt wird – mit einer Frist von zehn Wochen dazu auffordern, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, so endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Auch bei Erreichen der Voraussetzungen für einen Rentenbezug oder Ähnlichem endet die Krankengeldzahlung.

Während einer Rehabilitationsmaßnahme besteht unter Umständen der Krankengeldanspruch fort. Wird die Heilbehandlung durch einen Rentenversicherungsträger durchgeführt, wird Übergangsgeld gezahlt. Krankengeld und Übergangsgeld sind sogenannte Entgeltersatzleistungen.

Wichtig: Eine lückenlose Krankschreibung ist sehr wichtig! Jede neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss lückenlos an die bisherige anschließen, damit Sie den vollen Krankengeldanspruch nicht verlieren. Ihr Arzt muss Sie spätestens am nächsten Werktag nach Ihrem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erneut krankschreiben. Jede Lücke hat finanzielle Folgen. Sie erhalten für die fehlenden Tage entweder kein Krankengeld oder können im schlimmsten Fall sogar Ihren Anspruch vollständig verlieren. Ärzte im Krankenhaus dürfen Sie übrigens sieben Tage länger krankschreiben, als Ihr Aufenthalt dauert, damit Sie in Ruhe einen Termin bei einem niedergelassenen Arzt vereinbaren können.

Anspruch auf Krankengeld bei Selbständigen

Die Berufsgruppe der Selbständigen hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung in Form von gesetzlichem Krankengeld. Um als Selbständiger Anspruch auf gesetzliches Krankengeld von einer Krankenkasse zu erhalten, ist es möglich, sich freiwillig gesetzlich zu versichern. In Woche 1 - 6 besteht kein Anspruch auf Krankengeld. In Woche 7 - 78 können Selbständige durch den Abschluss einer freiwilligen gesetzlichen Versicherung mit einer Lohnfortzahlung ab der 7. Woche bei Krankheit oder Unfall rechnen. Diese beträgt höchstens 90 Prozent des Nettoverdienstes.

3.2 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)

Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem sogenannten „Hamburger Modell“ soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern. Während der Maßnahme erhält der Arbeitnehmer weiterhin Kranken- bzw. Übergangsgeld.

Siehe hierzu Kapitel V I.4.

3.3 Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)

Haushaltshilfe wird gewährt, wenn der Versicherte oder sein Ehepartner wegen der Teilnahme an einer medizinischen oder berufsfördernden Maßnahme außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht und ihm die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Krankenkassen können außerdem Haushaltshilfe gewähren, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3.4 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht durchführbar ist oder durch häusliche Krankenpflege vermieden werden kann. Sie kann auch dann erfolgen, wenn dadurch eine vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus möglich ist oder wenn sie zur Sicherung der ärztlichen Behandlung notwendig ist.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht in jedem Fall nur dann, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Kann die Krankenkasse keine fachlich ausgebildete Pflegekraft stellen, so hat sie die Kosten für eine selbst beschaffte Kraft, die in Krankenpflege ausgebildet ist, in angemessener Höhe zu erstatten.

Eine Haushaltshilfe kann neben häuslicher Krankenpflege zur Verfügung gestellt werden, wenn eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und Krankenhauspflege dadurch vermieden wird.

Auch außerhalb des eigenen Haushalts, z.B. in Wohngemeinschaften, anderen neuen Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten kann

häusliche Krankenpflege erbracht werden. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht grundsätzlich für vier Wochen je Krankheitsfall.

3.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V)

Gesetzlich Krankenversicherte haben ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn sie an einer nicht heilbaren Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung leiden und einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen. Die SAPV soll den Betroffenen ermöglichen, bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Arzt. Die Leistungen beinhalten je nach Bedarf ärztliche, pflegerische, psychologische und andere Leistungen einschließlich ihrer Koordination.

Auch SAPV-Teams können über den „Wegweiser“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gefunden werden: www.dgpalliativmedizin.de.

3.6 Hospizpflege (§ 39 a SGB V)

Menschen, die an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, können in einem stationären Hospiz aufgenommen werden, wenn kein Bedarf an kurativer Krankenhausbehandlung vorliegt und keine Möglichkeit zur ambulanten Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten besteht.

Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist eine ärztliche Verordnung mit der Diagnose und einer Aussage zur Notwendigkeit der Pflege in einem Hospiz. Aufgrund dieser Verordnung wird ein entsprechender Antrag bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt. In der Regel sollte vor der Aufnahme in ein Hospiz eine Kostenübernahme-Erklärung der Kasse vorliegen. Antragsformulare sind beim Hospiz oder bei der Kasse erhältlich.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter Anrechnung der Leistungen der Pflegekasse 95 % der zuschussfähigen Kosten. Der Anteil der Pflegekasse richtet sich nach der Pflegestufe des Versicherten und wird in gleicher Höhe wie die Leistung bei vollstationärer Pflege gezahlt. Der Hospizträger leistet einen Anteil von 5% des Tagessatzes.

Adressen von Hospizen finden Sie z.B. beim Deutschen Hospiz- und Palliativ Verband (www.dhpfv.de) oder beim sogenannten Wegweiser der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Außerdem fördern die gesetzlichen Krankenkassen ambulante Hospizdienste, die Sterbebegleitung im Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen oder in ähnlichen Einrichtungen erbringen. Weiteres erfragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse.

3.7 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Pflegende Angehörige haben die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit zu reduzieren und den Lohnausfall über einen längeren Zeitpunkt zu strecken (Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf/ FPfZG).

Das Gesetz sieht vor, dass Arbeitnehmer für maximal zwei Jahre ihre Wochenarbeitszeit auf 15 Stunden reduzieren können, wenn sie einen nahen Angehörigen pflegen. Während Pflegezeit/Familienpflegezeit gilt für den Beschäftigten Kündigungsschutz. Der Pflegende ist gesetzlich renten-, arbeitslosen- und unfallversichert.

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sind zum einen ein Nachweis der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufenbescheid) des Angehörigen; zu anderen muss der Pflegende ein naher Angehöriger des zu Pflegenden sein. Außerdem muss die Pflege in häuslicher Umgebung (also in der Wohnung des zu Pflegenden oder in der Wohnung des Pflegenden) stattfinden.

Damit berufstätige Familienmitglieder bei unerwartetem Eintritt einer akuten Pflegesituation zügig reagieren können, um eine sofortige pflegerische Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen sicherzustellen räumt das Pflegezeitgesetz Beschäftigten das Recht ein, in solchen Krisensituationen bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um die pflegerische Versorgung der nahen Angehörigen sicherzustellen oder die Pflege zu organisieren. Sie erhalten in dieser Zeit ein Pflegeunterstützungsgeld.

Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden sich auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit: www.bundesgesundheitsministerium.de

4. Organzentren

In ganz Deutschland gibt es zertifizierte Organzentren und zertifizierte onkologische Zentren. Diese Zentren bündeln das Know-how und die Erfahrung der an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen. Dort können Sie eine Behandlung nach bestem Stand medizinischen Wissens (evidenzbasiert, leitliniengerecht) während des gesamten Behandlungsverlaufs erwarten.

Um Organzentrum zu werden, müssen Krankenhäuser ein Zertifizierungsverfahren durchlaufen. Außerdem müssen sie jährlich bei einer Begutachtung vor Ort nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen an die Behandlung der Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen.

Die Basis der zertifizierten Zentren stellen die „Organkrebszentren“ dar, in denen häufige Tumorarten wie Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs behandelt werden. Zentren, in denen mehrere Tumorerkrankungen unter einem Dach betreut werden, heißen „Onkologische Zentren“. Bei sogenannten „Onkologischen Spitzenzentren“ liegt der Schwerpunkt neben der Patientenversorgung auf Forschung und Lehre.

Die Anforderungen werden in interdisziplinären Kommissionen erarbeitet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Das gesamte Zertifizierungssystem wird durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut. Die Frauenselbsthilfe Krebs ist in den Zertifizierungskommissionen für Brustzentren, Gynäkologische und Onkologische Zentren beteiligt.

Die Anschrift eines in Ihrer Nähe zertifizierten Organzentrums finden Sie unter: www.oncomap.de

5. Disease-Management-Programm Brustkrebs

Gesetzlich Versicherte mit bestimmten chronischen Erkrankungen haben die Möglichkeit, sich im Rahmen eines Disease Management Programms (DMP) behandeln zu lassen. Dazu gehören auch Brustkrebspatientinnen. Das Ziel: eine Versorgung nach dem aktuellen medizinischen Forschungsstand. Die strukturierten Programme sollen die Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten koordinieren.

Was das DMP Brustkrebs im Einzelnen für die persönliche Situation beinhaltet und wie Sie sich dazu anmelden können, erfahren Sie bei den handelnden Ärzten und bei Ihrer Krankenkasse.

6. Klinische Studien

Organzentren (z.B. sogenannte Comprehensive Cancer Center, das sind Onkologische Spitzenzentren) bieten zur Entwicklung neuer Therapieverfahren oder neuer Medikamente klinische Studien an, an denen Patienten, wenn sie die Studienvoraussetzungen (Einschlusskriterien) erfüllen, teilnehmen können. Studien werden nach internationalen Qualitätsstandards geplant, von erfahrenem, qualifiziertem Personal durchgeführt und von unabhängigen Gremien überprüft.

Für Patientinnen bietet die Teilnahme an einer klinischen Studie die Chance, eine bisher noch nicht allgemein zugängliche Behandlungsmöglichkeit zu erhalten. Darüber hinaus werden sie besonders intensiv betreut, regelmäßig untersucht, engmaschig überwacht und nach Methoden behandelt, die alle Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllen.

Neben einem möglichen Nutzen kann die Studienteilnahme aber auch Nachteile mit sich bringen, da nicht alle möglichen Wirkungen oder Nebenwirkungen der neuen Behandlungsmethode bekannt sind. Engmaschige Kontrolluntersuchungen und eventuell lange Anfahrtswege können zudem belastend für die Teilnehmerinnen sein. Wichtig ist daher, dass sie vor der Studieneinschreibung über den Nutzen und auch über Risiken aufgeklärt werden, damit sie informiert entscheiden können.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist kostenlos und grundsätzlich freiwillig. Es ist jederzeit möglich, aus persönlichen Gründen die Studie wieder zu verlassen, ohne Nachteile bei der weiteren Behandlung befürchten zu müssen.

Weiterführende Informationen finden Sie z.B. im *Blauen Ratgeber Nr. 60* der Deutschen Krebshilfe.

Ein sehr hilfreiches Informationsblatt mit dem Titel „Was sind klinische Studien? Soll ich teilnehmen?“ bietet der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums auf seiner Website an:

www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-klinischestudien

IV. Rund ums Geld

1. Zuzahlungen und Gebühren im Überblick

Grundsätzlich gilt:

Bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Sie vom Arzt ein Rezept erhalten, wird eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten erhoben. Unabhängig von der zehn-Prozent-Regelung beträgt die Zuzahlung mindestens fünf Euro. Nach oben ist der Betrag auf höchstens zehn Euro begrenzt. Wenn die Kosten unter fünf Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt.

Achtung: Die Zuzahlung gilt pro Medikament, Heil- oder Hilfsmittel, nicht pro Rezept.

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit, ausgenommen sind die in Ausnahmefällen genehmigten Fahrten. Für Zuzahlungen gelten bestimmte Belastungsgrenzen (siehe IV. 2). Deshalb sammeln Sie im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung unbedingt alle Belege! Ärzte, Apotheker, Therapeuten oder Kliniken müssen den Patienten Quittungen über geleistete Zuzahlungen ausstellen. Zuzahlungen sind auch steuerlich absetzbar. Wer seine persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, erhält von der Krankenkasse eine entsprechende Bescheinigung und muss für den Rest des Jahres keine Zuzahlung mehr leisten.

Krankenkassenleistung	Zuzahlung
Arzneimittel und Verbandsmittel	10 % vom Abgabepreis; mindestens 5,- €, höchstens 10,- €
Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis; mindestens 5,- €, höchstens 10,- €; keinesfalls mehr als die Kosten des Mittels
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt)	10 % je Packung und max. 10,- € im Monat
Heilmittel	10 % der Kosten und zusätzlich 10,- € je Verordnung

Fahrtkosten	Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden von der Krankenkasse grundsätzlich nicht übernommen. Nur in besonderen Ausnahmefällen darf die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung Fahrtkosten übernehmen. In diesen Fällen ist, wie auch bei Fahrten zu einer stationären Behandlung, eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5,- € und höchsten 10,- € je Fahrt zu leisten.
Vollstationäre Krankenhausbehandlung	10,- € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr. Keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung. Es bleibt bei einer maximalen Belastung von 280,- €, auch bei mehrmaligen Krankenhausaufenthalten wegen unterschiedlicher Erkrankungen.
Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10,- € je Kalendertag Bei der Krankenkasse ist die Zuzahlung unbefristet, bei der Rentenversicherung muss nur an max. 42 Tage pro Kalenderjahr gezahlt werden.
Anschlussrehabilitation	10,- € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr Zuzahlungen, die für einen stationären Krankenhausaufenthalt oder eine andere Rehabilitation im laufenden Kalenderjahr bereits bezahlt wurden, werden angerechnet.
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter	10,- € je Kalendertag
Haushaltshilfe	10 % der Kosten, mindestens 5,- €, höchstens 10,- € je Kalendertag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten für die ersten 28 Leistungstage im Kalenderjahr und zusätzlich 10,- € je Verordnung

Zahnersatz	50 % der Kosten
Regelversorgung ohne Bonus	40 % der Kosten
mit Bonus bei Nachweis regelmäßiger Pflege	35 % der Kosten

1.1 Festbeträge für Arzneimittel

Der Gesetzgeber hat das Verfahren der Festbeträge eingeführt, um die Verkaufspreise für Arzneimittel zu reduzieren. Die gesetzliche Regelung soll der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln dienen. Übersteigt der Preis eines Arzneimittels einen bestimmten, vorher festgelegten Betrag, so muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen.

Ärzte sind bei Verordnung eines Medikamentes, das oberhalb des Festbetrages liegt, verpflichtet, den Patienten darüber zu informieren. Der Arzt hat aber auch zu prüfen, ob ein preisgünstigeres Präparat mit den gleichen Wirkstoffen zur Verfügung steht und verordnet werden kann. Wenn der Preis eines Medikamentes 30 % unter dem Festbetrag liegt, entfällt die Zuzahlung komplett.

Die vom GKV-Spitzenverband Bund erstellten Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel werden vierteljährlich aktualisiert, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de) veröffentlicht und im Internet zum Download zur Verfügung gestellt.

1.2 Zuzahlungsbefreite Arzneimittel

Bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe sind von der Zuzahlung befreit (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz/AVWG). Diese können auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen eingesehen werden (www.gkv.info).

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.

2. Belastungsgrenzen 2020

Die persönliche Belastungsgrenze für Erwachsene beträgt je Kalenderjahr 2 % der gesamten jährlichen (Familien-) Bruttoeinnahmen aller zum

Haushalt gehörigen Personen. Zu den Bruttoeinnahmen zählen z. B. neben den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit (Lohn/Gehalt) auch Zinsen aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Renten, Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Arbeitslosengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld) sowie alle anderen Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts dienen (z. B. auch Unterhaltszahlungen).

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 7.812 €) und den Freibetrag für den Ehepartner (5.733 €). Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Grundlage für die Belastungsgrenze.

	West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Beitragsbemessungsgrenze: allgemeine Rentenversicherung	6.900 €	82.800 €	6.450 €	77.400 €
Beitragsbemessungsgrenze: knappschaftliche Renten- versicherung	8.450 €	101.400 €	7.900 €	94.800 €
Versicherungspflichtgrenze: Kranken- u. Pflegeversicherung	62.550 € bzw. 56.250 € für Arbeitnehmer, die bereits am 31.12.2002 PKV-versichert waren			
Beitragsbemessungsgrenze: Kranken- u. Pflegeversicherung	4.687,50 €	56.250 €	4.687,50 €	56.250 €
vorläufiges Durchschnitts- entgelt/Jahr in der Renten- versicherung	40.551 €			

2.1 Absenkung der Belastungsgrenze – Chronikerregelung (§ 62 SGB V)

Eine Absenkung der Belastungsgrenze von 2 % auf 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens ist möglich, wenn der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet (Chronikerregelung).

Eine Krankheit gilt als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird – also eine Dauerbehandlung notwendig macht. Außerdem muss eines der folgenden drei Merkmale erfüllt sein:

1. eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5
2. ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder ein Grad der Schädigung (GdS) von mindestens 60,
3. die Notwendigkeit einer andauernden medizinischen Versorgung. Das kann eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung sein, eine Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Für die Abrechnung der Zuzahlungen mit den Krankenkassen gilt grundsätzlich das Kalenderjahr. Versicherten, die im laufenden Kalenderjahr ihre Belastungsgrenzen erreicht haben, wird auf Antrag von ihrer Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres eine Befreiung ausgestellt.

Wichtig! Zum Nachweis, dass Sie die Belastungsgrenze erreicht haben, ist es erforderlich, dass Sie alle Belege über Zuzahlungen während des ganzen Kalenderjahres sammeln!

Voraussetzung für die Absenkung der Belastungsgrenze ist, dass Sie sich von einem Arzt über die Vor- und Nachteile der empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen – Zervixkarzinomfrüherkennung mittels Pap-Abstrich, Darmkrebsfrüherkennung, Brustkrebsfrüherkennung und Mammographie-Screening – haben beraten lassen. Die Beratung erfolgt merkblattgestützt nach internationalen Empfehlungen. Sie soll die Berechtigten befähigen, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennungsmaßnahme zu treffen. Eine Teilnahme an den Früherkennungsprogrammen ist nicht zwingend.

Die Beratung wird in einen Präventionspass eingetragen. Sie soll zeitnah nach Erreichen des Anspruchsalters, längstens jedoch in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn des jeweiligen Anspruchsalters wahrgenommen werden. Aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Stichtage gilt diese Regelung für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche Versicherte jeweils beim Erreichen des Anspruchsalters für die jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen. Ihre Krankenkasse wird Sie über die Einzelheiten informieren.

Versicherte, die schon vor dem 1. April 2007 an einer chronischen Erkrankung gelitten haben und bereits von der Ein-Prozent-Zuzahlungsgrenze nach altem Recht profitieren konnten, behalten ihre Zuzahlungsvergünstigung.

Außerdem ist für die Inanspruchnahme der verminderten Belastungsgrenze eine Bescheinigung des Arztes notwendig, dass er sich mit seinem Patienten über die weitere Therapie verständigt hat und ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten vorliegt. Das Ausstellen der Bescheinigung darf allerdings nur verweigert werden, wenn keine chronische Krankheit vorliegt oder der Patient ausdrücklich erklärt, sich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin zu tun gedenkt.

3. Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nicht übernehmen

3.1 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate)

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, sogenannte OTC-Präparate (over the counter = engl. über den Tresen) werden von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) grundsätzlich nicht erstattet. Dazu zählen z.B. Arzneimittel gegen Erkältungen und Halsschmerzen, Abführmittel und Medikamente gegen Reisekrankheit.

Ausnahmen:

- Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr
- Verordnungen für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren
- Verordnungen für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn die Arzneimittel zum Therapiestandard gehören
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die für die Behandlung von schweren Erkrankungen wie z.B. von Krebs als Therapiestandard gelten, sind in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden, z.B. Mistelpräparate in der palliativen Therapie. Die Übersicht zu den Ausnahmen ist auf der Website des *Gemeinsamen Bundesausschusses* zu finden.
- Bei schwerwiegenden (d.h. lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Krankheiten, bei denen keine andere Therapie verfügbar ist, muss die GKV nach der Rechtssprechung

des BSG in Ausnahmefällen auch Medikamente zahlen, die Heilung versprechen, aber zur Behandlung dieser Krankheit nicht zugelassen sind.

3.2 Zahnersatz

Festzuschüsse decken mindestens 50 % der vorher festgelegten, medizinisch notwendigen Versorgung für einen konkreten Befund ab. In Härtefällen gewähren die Krankenkassen den doppelten Festzuschuss, wenn das Einkommen bestimmte Grenzen unterschreitet. Wer regelmäßig zur Vorsorge geht und dies im Bonusheft eintragen lässt, bekommt einen höheren Zuschuss (Bonus-Malus-Regelung).

3.3 Lifestyle-Präparate

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (zum Beispiel Potenzmittel, Diätpräparate, Appetitzügler, Wachstumsmittel), werden nicht erstattet.

3.4 Sehhilfen – Brillen

Die Krankenkassen beteiligen sich grundsätzlich nicht an den Kosten für Sehhilfen. Ausnahme: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren und schwerst sehbeeinträchtigte Menschen.

3.5 Sterbegeld – Entbindungsgeld

Beide Leistungen sind aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2004 gestrichen.

3.6 Sterilisation

Eine Sterilisation wird von der Krankenkasse nur bezahlt, wenn sie medizinisch notwendig ist. Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung vom Versicherten selbst finanziert werden.

3.7 Keimzellenkonservierung und künstliche Befruchtung

Frauen bis zur Vollendung des 40. und Männer bis zur Vollendung des 50. Lebensjahrs haben Anspruch auf Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- oder Samenzellen, falls dies wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit keimzellschädigenden Therapien notwendig erscheint. Damit soll sichergestellt werden, dass zu einem späteren Zeitpunkt medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft möglich werden.

Außerdem übernimmt Krankenkasse drei Mal 50 % der Kosten für eine künstliche Befruchtung. Voraussetzung dafür ist, dass die Versicherten das 25. Lebensjahr vollendet haben und Frauen das 40. bzw. Männer das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Außerdem dürfen dabei nur Ei- oder Samenzellen von Ehegatten verwendet werden.

Damit dieses Gesetz umgesetzt werden kann, muss der G-BA noch eine Richtlinie für die Durchführung erlassen und der Bewertungsausschuss die Kosten für die medizinischen Maßnahmen festlegen. Daher ist es aktuell sinnvoll, bei der Krankenkasse einen Antrag auf Kostenerstattung als Einzelfallentscheidung zu stellen.

Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Website: www.bundesgesundheitsministerium.de

3.8 Fahrtkosten

Fahrten zur Krankenbehandlung, deren Kosten übernommen werden, sind im Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V) abschließend aufgezählt. Darunter fallen beispielsweise Fahrten zu stationären Leistungen, Rettungsfahrten zum Krankenhaus oder Krankentransporte. Die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur übernommen, wenn es sich um eine ambulante Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation oder eine vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus handelt und dadurch eine an sich gebotene stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.

Sonstige Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen werden von den Krankenkassen nur in den folgenden Fällen übernommen:

- Fahrten zur Dialysebehandlung;
- Fahrten zur Chemo- und zur Strahlentherapie;
- Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos);
- Fahrten von Patienten mit dem Pflegegrad 3 und zusätzlicher dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung sowie Pflegegrad 4 und 5 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 €, jedoch maximal 10,00 € pro Fahrt. Dies gilt auch für Fahrten von Personen unter 18 Jahren.

Bei genehmigten Fahrten mit dem eigenen PKW werden nach dem Bundesreisekostengesetz je Kilometer 0,20 € (max. 130 €) erstattet, für Mitfahrer ist keine Abrechnung möglich.

Wichtig: Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse übernommen. Die meisten Krankenkassen verlangen, dass die zwingende medizinische Notwendigkeit der Hin- und Rückfahrt sowie des Beförderungsmittels vom Arzt begründet wird. Wenn also die Fahrt zur Krankenbehandlung aus medizinischen Gründen nur mit Taxi oder Mietwagen möglich ist, dann muss dies vom behandelnden Arzt schriftlich bestätigt werden. Vordrucke dazu sind in der Regel in Arztpraxen vorhanden.

Seit 2019 gibt es eine Vereinfachung bei der Erstattung der Fahrtkosten zu ärztlichen Behandlungen für diejenigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, Bl oder H oder einen Pflegegrad zugewiesen bekommen haben (3 mit dauerhaft eingeschränkter Mobilität, 4 oder 5). Für diese Gruppe gelten die Krankenfahrten „automatisch“ als genehmigt. Das bedeutet: Sie müssen sich die Fahrtkosten nicht mehr vorab von der Kasse genehmigen lassen. Sie brauchen grundsätzlich jedoch nach wie vor eine ärztliche Verordnung für die Krankenfahrten, und sie müssen nach wie vor einen Eigenanteil erbringen.

Es werden nur die Fahrtkosten bis zur nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsstätte und zurück übernommen, es sei denn, es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.

Für die Kostenerstattung müssen vorgelegt werden:

- alle Fahrscheine/Fahrausweise und
- die Bestätigung der Klinik/Reha-Klinik, des Arztes oder Therapeuten, dass und zu welchem Zweck die Behandlung stattgefunden hat.

Zuzahlung bei Behandlungsserie

Auch bei Fahrten im Zusammenhang mit einer onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie-Behandlung müssen die festgelegten Zuzahlungen

geleistet werden. Diese fallen also nicht nur für die erste und letzte Fahrt einer Behandlungsserie an, sondern werden für jede einzelne Fahrt erhoben, wobei Hin- wie auch die Rückfahrt als Einzelfahrt gelten. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass Krankenkassen individuell anders zugunsten des Patienten entscheiden.

4. Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

4.1 Erhöhung des Beitragssatzes der GKV

Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung liegt seit Januar 2015 unverändert bei 14,6 % des beitragspflichtigen Einkommens bis höchstens zur Beitragsbemessungsgrenze. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen gleichermaßen 7,3 %.

Für hauptberuflich Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gilt je nach Krankengeldanspruch ein Mindestbeitrag von etwa 148,63 bzw. 155,00 € (Stand 2020). Hinzu kommt der Zusatzbeitrag der Krankenkasse.

Brauchen die Kassen mehr Geld, können sie einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Die Finanzierung des Zusatzbeitrages erfolgt seit 2019 wieder paritätisch, also hälftig von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern bzw. den Rentenversicherungsträgern und den Rentnern.

4.2 Erhebung eines Zusatzbeitrags durch die Krankenkassen

Erhebt oder erhöht eine Krankenkasse ihren Zusatzbeitrag, muss sie ihre Mitglieder über die Höhe des neu erhobenen Zusatzbeitrages oder des erhöhten Zusatzbeitragssatzes informieren. Die Versicherten können dann ihr Sonderkündigungsrecht ausüben und in eine andere Krankenkasse wechseln.

Eine Auflistung über die Zusatzbeiträge erhalten Sie unter:

www.gkv-spitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf

V. Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung gibt es seit 1995. Die Beitragszahlung erfolgt an die Pflegekasse als selbstständige Einrichtung bei der Krankenkasse, bei der der Versicherte pflichtversichert ist. Der Beitrag wird – wie bei den Sozialabgaben – von Lohn, Gehalt oder Rente einbehalten und an die zuständige Pflegekasse abgeführt. Privatversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Seit 2013 besteht die Möglichkeit, sich die privat abgeschlossene Pflegeversicherung monatlich vom Gesetzgeber mit fünf Euro bezuschussen zu lassen (Pflege-Bahr, eingeführt von Gesundheitsminister Daniel Bahr). Um diese Förderung zu erhalten, muss der Versicherte mindestens zehn Euro im Monat einzahlen. Beantragt wird die Förderung vom jeweiligen Versicherungsunternehmen.

1. Das Pflegestärkungsgesetz II

Das Pflegestärkungsgesetz II (PNG II) ist seit 2017 in Kraft. Detaillierte Informationen bietet eine übersichtliche Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit, die auf folgender Website angeschaut oder bestellt werden kann: www.bundesgesundheitsministerium.de

Im Folgenden werden nur einige zentrale Fakten der neuen Regelungen dargestellt.

Die neuen Pflegegrade

Mit dem PNG II wird die Pflegebedürftigkeit eines Menschen in den Mittelpunkt gestellt. Es gibt fünf Pflegegrade, die sich daran orientieren, wie selbstständig jemand seinen Alltag meistern kann. Der Gutachter schaut sich die Fähigkeiten einer Person in verschiedenen Lebensbereichen an. Es wird danach gefragt, was ein Mensch noch selbst kann und wobei er Hilfe benötigt. Berücksichtigt werden dabei nicht mehr nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch geistige oder psychische Einschränkungen.

Die Pflegegrade richten sich danach, wie viel Hilfe jemand benötigt. Je höher der Pflegegrad, desto höher die Leistungen, die die Pflegebedürftigen erhalten.

- **PG 1** – geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
- **PG 2** – erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten

- **PG 3** – schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
- **PG 4** – schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
- **PG 5** – schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Überleitung von Pflegestufe zu Pflegegrad

Wer bereits eine Pflegestufe hat, genießt den sogenannten Besitzstandsschutz. Alle Menschen mit Pflegestufe sind zum 1. Januar 2017 automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet worden und erhalten nicht weniger Leistungen als zuvor. Der Besitzstandsschutz gilt ein Leben lang, auch bei einem Wechsel der Kranken- und Pflegekasse. Er erlischt nur, wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht. Verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand kann wie bisher jederzeit ein Antrag auf eine neue Begutachtung und Höherstufung gestellt werden.

Vorgehen bei „falscher“ Einstufung bzw. Ablehnung

Falls der Pflegebedürftige mit der jeweiligen Entscheidung nicht einverstanden ist, kann er Widerspruch einlegen. Wird der Widerspruch abgewiesen, kann Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Wichtig ist hierbei, dass die in den Bescheiden/Mitteilungen enthaltenen Fristen für den Widerspruch oder für eine Klage beachtet und eingehalten werden. Ein Widerspruch ist formlos möglich. Es empfiehlt sich jedoch, den Widerspruch schriftlich unter Angaben von Gründen bei der gesetzlichen Pflegekasse bzw. dem Träger der privaten Pflegeversicherung einzulegen.

2. Häusliche Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Mensch zu Hause erhält. Es gibt zwei Möglichkeiten, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Entweder gewährt Ihnen die Pflegekasse die entsprechende Sachleistung (Bezahlung der Pflegeeinsätze von ambulanten Diensten und Sozialstationen) oder Sie erhalten Pflegegeld, mit dem Sie selbst die Pflege durch geeignete Kräfte sicherstellen. Es gibt auch die Möglichkeit, Geld- und Sachleistungen zu kombinieren. Die Entscheidung hierfür muss für mindestens sechs Monate getroffen werden.

2.1 Beträge für häusliche Pflege

Pflegegeld 2020

Pflegegeld ist für Versicherte gedacht, die zuhause von Angehörigen, Freunden oder Bekannten ehrenamtlich gepflegt werden.

Pflegegrad	2019
Pflegegrad 1	kein Anspruch auf Leistungen
Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Der Bezug von Pflegegeld bei häuslicher Pflege ist an eine verpflichtende Pflegeberatung geknüpft. Die entsprechenden Termine muss der Pflegebedürftige oder die Angehörigen unaufgefordert vereinbaren, und zwar bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Bei Pflegegrad 1 kann halbjährlich eine Beratung vereinbart werden, ist jedoch nicht vorgeschrieben.

Pflegesachleistungen (Pflegedienst) 2020

Pflegesachleistungen sind für den Einsatz von zugelassenen ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten gedacht. Diese rechnen Ihre Leistungen direkt mit der Pflegekasse bzw. dem Kostenträger ab. Zusätzlich gibt es bei den Pflegesachleistungen eigene Sätze für die Voll- und Teilstationäre Pflege/Versorgung.

Pflegebedürftigkeit in Graden	max. Leistung pro Monat
Pflegegrad 1	kein Anspruch auf Leistungen
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Entlastungsbetrag

Alle Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1 bis 5) können monatlich einen sogenannten Entlastungsbetrag von 125 € in Anspruch nehmen. Dieser Be-

trag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger bzw. zur Förderung der Selbstständigkeit im Alltag gedacht (z.B. Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, ambulante Betreuungsdienste).

2.2 Leistungen der Tages- und Nachtpflege 2019

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Darin enthalten sind auch die Kosten der morgendlichen und abendlichen Hol- und Bringdienste der Einrichtungen. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden.

Gewährt wird teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Höhe der monatlichen Leistung der Pflegeversicherung für die teilstationäre Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit in Graden	max. Leistung pro Monat
Pflegegrad 1	Entlastungsbetrag von 125,00 € pro Monat kann beantragt werden.
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

2.3 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Diese sogenannte Verhinderungspflege kann etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden oder nahe Angehörige erfolgen.

Eine Ersatzpflege ist bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr möglich. Außerdem können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 €) künftig **zusätzlich für Verhinderungspflege**

ausgegeben werden. Seit 1. Januar 2017 stehen die Leistungen der Verhinderungspflege den Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu.

2.4 Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung.

Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungszeitraum ist auf acht Wochen festgesetzt. Die Leistungshöhe bleibt bei 1.612 €, wobei die Aufstockung um die Mittel der Verhinderungspflege möglich ist, sodass der Leistungsbetrag auf maximal 3.224 € erhöht werden kann. Personen mit Pflegegrad 1 können sich Kosten der Kurzzeitpflege über den Anspruch auf Entlastungsleistungen (siehe unten) erstatten lassen.

3. Leistungen Stationäre Pflege 2020

Durch Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim leben, unterstützt.

Pflegegrad	max. Leistung pro Monat
Pflegegrad 1	Entlastungsbetrag von 125,00 € pro Monat kann beantragt werden.
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

4. Leistungen zur sozialen Sicherung einer Person

Wer seinen pflegebedürftigen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegt, hat Anspruch auf Rentenbeiträge. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Pflegebedürftige hat mindestens den Pflegegrad 2.
- Die Pflegeperson wendet mindestens 10 Stunden in der Woche über mehr als zwei Monate für Pflege auf und erhält für ihre Leistung keine Vergütung.
- Die zehn Stunden sind auf mindestens zwei Tage verteilt.
- Die Pflegeperson arbeitet nicht mehr als 30 Stunden in der Woche.

Es besteht die Möglichkeit, die erforderlichen zehn Stunden zu erreichen, indem die Pflegezeit bei mehreren Pflegebedürftigen addiert wird.

VI. Rehabilitation

1. Medizinische Rehabilitation

1.1 Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) – §§ 40 Abs. 6 SGB V, 32 Abs. 1 SGB VI

Unmittelbar an die stationäre Behandlung schließt sich die Anschlussheilbehandlung (AHB), auch Anschlussrehabilitation (AR) genannt, an. Das ist eine ganztägige ambulante oder stationäre Leistung, die dazu dient, den Behandlungserfolg zu sichern und in einer speziell dafür zugelassenen Reha-Klinik/Ambulanten Einrichtung erbracht wird.

Die AHB muss von Ihnen beantragt werden, solange Sie sich zur Behandlung im Krankenhaus bzw. in der Strahlentherapie befinden. Die behandelnden Ärzte stellen die Erforderlichkeit fest. Der Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt Sie bei der Antragstellung und leitet die AHB/AR in Abstimmung mit Ihnen, dem Kostenträger und der aufnehmenden Rehabilitationsklinik ein.

Bei Patienten mit einer Krebserkrankung wird die AHB in der Regel nach Abschluss der Primärtherapie, d.h. Operation und Strahlentherapie sowie adjuvanter Chemotherapie, eingeleitet. Eine Chemotherapie kann ggf. auch während der AHB noch weitergeführt werden. Meist erfolgt die Maßnahme über einen Zeitraum von drei Wochen. Sie kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert werden.

Wichtig! Eine AHB muss innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung (Operation und ggf. Bestrahlung) angetreten werden. In besonderen Fällen ist eine Fristverlängerung auf vier Wochen möglich, z.B. bei Bestrahlungen im Hals-Kopfbereich.

In Kürze:

- Antrag durch Akutklinik (Sozialdienst/Arzt) noch während der laufenden Therapie
- Beginn innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach abgeschlossener ambulanter Strahlenbehandlung
- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechender Indikation möglich

1.2 Stationäre Nach- und Festigungs- sowie Rehabilitationskuren für an Krebs erkrankte Menschen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)

Im Unterschied zur Anschlussheilbehandlung erfolgt eine Nach- oder Festigungskur nicht direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Sie kann bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt werden und muss dann auch in diesem Zeitraum durchgeführt werden. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Erstbehandlung Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Meist erfolgt die Nach- oder Festigungskur über einen Zeitraum von drei Wochen. Die Maßnahme kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert oder auch verkürzt werden.

Danach können erneute ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erst nach Ablauf von weiteren vier Jahren beantragt und durchgeführt werden. Falls es zu einem Rückfall kommen sollte oder andere schwere Erkrankungen eintreten, ist eine entsprechende RehaMaßnahme auch früher möglich.

In Kürze:

- Antrag durch Hausarzt/Patientin bei Rentenversicherungsträger/Krankenkasse
- Antragstellung innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss der Akutbehandlung
- Wiederholung bei medizinischem Bedarf möglich

- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechender Indikation möglich

Fahrtkosten werden nur nach vorheriger Genehmigung vom Rehabilitationsträger übernommen.

1.3 Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation

Seit einiger Zeit bieten die Rentenversicherungsträger teilstationäre Reha-Maßnahmen an. Dies bedeutet, dass die Patientin/der Patient während der Therapiezeiten eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung aufsucht und die Abende und die therapiefreien Wochenenden zu Hause verbringt. Diese teilstationäre Rehabilitation kann anstelle einer stationären Reha-Maßnahme oder zu deren Verkürzung durchgeführt werden.

Zu einer teilstationären Heilbehandlung der Rentenversicherung muss keine Zuzahlung geleistet werden.

1.4 Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme

Grundsätzlich gilt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen erforderlich sein, vom Arzt verordnet und vom Kostenträger genehmigt werden muss. Bisher durften nur Mediziner, die über eine rehabilitationsmedizinische Qualifikation und damit eine extra Genehmigung verfügten, entsprechende Reha-Maßnahmen verordnen. Seit April 2016 ist dies jedem Arzt erlaubt.

Wenn Sie eine Rehabilitationsmaßnahme antreten wollen, müssen Sie in der Lage sein, die dort zum Einsatz kommenden Maßnahmen durchzuführen und aktiv zu unterstützen. Das setzt voraus, dass

- die Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung und die ggf. daran anschließende Bestrahlung abgeschlossen sind,
- Sie in der Lage sind, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen (Gehfähigkeit),
- Sie selbsthilfefähig sind, das heißt ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.

Ausnahmen bestehen für Patientinnen mit speziellen Körperbehinderungen.

1.5 Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitationsmaßnahme kann entweder formlos oder mit einem speziellen Antragsformular beantragt werden.

Das erforderliche Formular „Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“ gibt es:

- für Erwerbstätige bei der Rentenversicherung und ihren Auskunfts- und Beratungsstellen,
- für Nicht-Erwerbstätige bei den gesetzlichen Krankenkassen, den Versicherungsämtern oder bei der Kommune. In Nordrhein-Westfalen ist für Menschen mit einer Krebserkrankung die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung „Arge NRW“ zuständig (Ausnahme: Patienten mit Anspruch auf beamtenrechtliche Versorgung).

Beim Ausfüllen des Antrags helfen die Krankenkassen und die Rentenberatungsstellen.

Zu einem Antrag gehört immer ein Gutachten des behandelnden Arztes. Wichtig ist, dass Ihr Arzt so ausführlich wie möglich Ihren tatsächlichen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand beschreibt und die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme eingehend begründet. Sie können auch Kopien von Krankenhausberichten mitschicken.

Falls notwendig, können Sie Ihrem Antrag einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung beifügen. Formulare halten Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen und Rentenversicherungsanstalten bereit.

Kostenträger

Wenn Sie im erwerbsfähigen Alter sind und durch Ihre Krankheit die Erwerbsfähigkeit bedroht ist oder Verminderung der Erwerbsfähigkeit droht, dann ist in der Regel die Deutsche Rentenversicherung der zuständige Kostenträger.

Um einen Antrag beim Rentenversicherungsträger stellen zu können, müssen Sie bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen. Bitte informieren Sie sich bei der Deutschen Rentenversicherung, ob Sie die Voraussetzung erfüllen. Falls nicht, übernimmt in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine Rehabilitationsmaßnahme. Das ist zum Beispiel bei Rentnern der Fall.

Bei **Beamten**, Ehefrauen von Beamten und Beamtenwitwen tragen die Krankenkasse und die Beihilfe-Kasse die Kosten der Nach- und Festigungskuren. Diese werden in beihilfefähigen Reha-Einrichtungen durchgeführt.

Sozialhilfeempfänger, für die keine Versicherung zuständig ist, können die Reha-Maßnahme über das Sozialamt beantragen.

Für **Privatversicherte** gilt: Ob die private Krankenversicherung die Kosten übernimmt, ist vom Umfang des jeweiligen Vertrags abhängig. Bitte überprüfen Sie als Privatpatient Ihren Versicherungsschutz auf die Ihnen zustehenden Leistungen. In der Regel müssen Privatversicherte einen Teil der entstehenden Kosten vorstrecken.

1.6 Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation

Als Arbeitnehmer haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung einen Anspruch auf Fortzahlung Ihres Entgelts, der im Allgemeinen sechs Wochen beträgt. Ist dieser Anspruch bereits ganz oder teilweise verbraucht, so zahlt der Rentenversicherungsträger auf Antrag Übergangsgeld für die Dauer der Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Dazu müssen Sie unmittelbar vor dem Beginn der Rehabilitation oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben. Auch wenn Sie Krankengeld beziehen, können Sie während der Reha-Maßnahme ein Übergangsgeld erhalten, wenn Sie zuvor rentenversicherungspflichtig waren.

Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kinder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch 75 Prozent. Sind Sie selbständig tätig beziehungsweise freiwillig Versicherter, so wird das Übergangsgeld nicht aus dem letzten Nettoarbeitsentgelt, sondern aus 80 Prozent des Einkommens ermittelt, das den vor Beginn der Leistungen für das letzte Kalenderjahr gezahlten Beiträgen zugrunde liegt.

Erhalten Sie während des Bezuges von Übergangsgeld Arbeitsentgelt oder erzielen Sie Arbeitseinkommen, so werden diese Einkünfte auf das Übergangsgeld angerechnet. Waren Sie unmittelbar vor der Rehabilitationsleistung arbeitslos, erhalten Sie (unter bestimmten Voraussetzungen) Übergangsgeld in Höhe des zuvor gezahlten Arbeitslosengeldes. Empfängern von Arbeitslosengeld II werden regelmäßig die Leistungen vom Träger der Grundsicherung weitergezahlt.

Weitere Informationen zum Übergangsgeld erhalten Sie bei den Beratungsstellen der Rentenkassen oder auf der Website der Deutschen Rentenversicherung: www.deutsche-rentenversicherung.de

1.7 Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation

Für Ihre Fragen zu Reha-Leistungen und die Rückkehr an den Arbeitsplatz stehen Ihnen verschiedene Ansprechpartner zur Verfügung, u.a. die Deutsche Rentenversicherung, Ihre Krankenkasse, das Sozialamt und die Agentur für Arbeit. Oder informieren Sie sich auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): www.bar-frankfurt.de.

1.8 Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen

Zuzahlungen zu Anschlussheilbehandlungen

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung** und erfolgt die Anschlussheilbehandlung stationär, begrenzt sich die Zuzahlung auf 14 Tage im Kalenderjahr. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen bei stationärer Behandlung an den Rentenversicherungsträger und bei Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse werden angerechnet.

Ist der Kostenträger die Krankenkasse, ist die Dauer der Eigenbeteiligung auf insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse werden angerechnet. Die Zuzahlungen zählen zur Berechnung der Belastungsgrenze von 2 % bzw. 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen dazu – gegebenenfalls kommt also eine Zuzahlungsbefreiung in Frage. Siehe dazu auch Kapitel IV. 2.

Ist die Anschlussheilbehandlung eine Leistung der Berufsgenossenschaft, ist keine Zuzahlung fällig.

Zuzahlungen zu stationären/ambulanten Reha-Maßnahmen

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, müssen Sie für ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen in der Regel zuzahlen. Die Zuzahlung beträgt 10,- € pro Tag und ist in der Regel unbefristet.

Innerhalb des Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlungen werden nicht angerechnet. Eine Zuzahlungsminderung/-befreiung ist möglich, wenn die Belastungsgrenze von 2 % bzw. 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen erreicht ist (siehe Kapitel IV. 2).

Ist der Kostenträger für die Reha-Maßnahme die **Rentenversicherung**, ist die Zuzahlung für längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Bereits geleistete Zuzahlungen im selben Kalenderjahr für ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen sowie für Krankenhausbehandlungen werden angerechnet. Grundsätzlich ist die Zuzahlung bei der gesetzlichen Rentenversicherung von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig. So können sich viele Patienten auf Antrag ganz oder teilweise davon befreien lassen. Informationen dazu finden sich hier: www.deutsche-rentenversicherung.de

Ist der Kostenträger die **Berufsgenossenschaft**, ist keine Zuzahlung fällig.

1.9 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Für kranke und erholungsbedürftige Mütter und Väter sowie ihre Kinder bieten die Krankenkassen in speziellen Kliniken Kuren zur Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitskraft an.

Die Reha kann mit oder ohne Kind durchgeführt werden, wenn

- Mutter/Vater und Kind rehabedürftig sind,
- Mutter/Vater rehabedürftig ist und eine Trennung vom Kind nicht zumutbar ist,
- das Kind während der Reha von Mutter/Vater nicht betreut werden kann.

Diese Rehabilitation kann nur in dafür geeigneten Einrichtungen vorgenommen werden. Voraussetzung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem die Notwendigkeit für diese Maßnahme hervorgeht. Die Reha-Maßnahme dauert in der Regel drei Wochen.

Mutter/Vater-Kindkuren sind Pflichtleistungen der Krankenkassen. Es gelten die üblichen Zuzahlungsbestimmungen. Eine Befreiung im Rahmen der Sozialklausel ist möglich.

1.10 Haushaltshilfe

Während der Reha-Maßnahme kann eine Mutter mit Kindern unter zwölf Jahren oder mit einem behinderten Kind eine Haushaltshilfe beantragen, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt für die Dauer der Reha-Maßnahme nicht weiterführen kann. Alternativ können die Kosten

für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten für eine Haushaltshilfe übernommen werden (§ 54 SGB IX).

1.11 Wahl der Rehabilitationseinrichtung

Sie können eine zugelassene und für Ihre Erkrankung zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen, wenn die Kosten nicht höher sind als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse oder der Rentenversicherung. Andernfalls müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen.

Die Krankenkasse/Rentenversicherung hat die berechtigten Wünsche des Versicherten zu berücksichtigen. Dazu gehören die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse des Versicherten.

Sind Sie mit der Auswahl der Einrichtung durch den Träger nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen. Kommt man Ihrem Wunsch nicht nach, so muss die Krankenkasse/Rentenversicherung begründen, warum die von ihr ausgewählte Klinik besser geeignet ist, die Rehabilitationsleistung zu erbringen. Daher haben Widersprüche in solchen Fällen häufig Aussicht auf Erfolg.

1.12 Ablehnung eines Antrages

Bei einer Ablehnung des Reha-Antrages durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger kann innerhalb eines Monats Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid bei dem entsprechenden Kostenträger eingelegt werden. Wichtig ist hier eine fundierte und ausführliche ärztliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit durch den attestierenden Arzt.

Der zuerst angegangene Rehabilitationsträger muss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages feststellen, ob er oder ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist. Die Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf muss der zuständige Träger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang treffen.

2. Berufliche Rehabilitation

Nach einer längeren Krankheits- und Behandlungsphase ist die Rückkehr in den Beruf oft nicht leicht. Deshalb stehen Arbeitnehmern - unabhängig von der medizinischen Rehabilitation - verschiedene Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung.

Wenn Sie im Erwerbsleben stehen und eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, wird dort bereits geprüft ob krankheits- oder behandlungsbedingte Funktions- oder Fähigkeitsstörungen vorliegen, die zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Leistungsminde- rung führen und eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes, berufliche Verände- rung oder gar Neuorientierung/Umschulung erforderlich machen.

Mögliche Ansprechpartner bei Fragen zur beruflichen Rehabilitation sind u.a. die Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, das Integrationsamt, aber auch die Schwerbehindertenvertretung oder die Personalverwaltung beim Arbeitgeber.

2.1 Berufliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Arbeitgeber sind verpflichtet, Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (kurz: BEM) anzubieten. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber klären muss, „wie die Arbeitsunfähig- keit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten wer- den kann.“ Wie diese Klärung im Detail auszusehen hat, wird vom Gesetz- geber nicht vorgegeben (§ 167 Absatz 2 SGB IX). In jedem Betrieb und in jeder Dienststelle sind angemessene individuelle Lösungen zu finden. Werks- oder Betriebsärztin/-arzt sollen hinzugezogen werden, wenn dies erforderlich ist.

Das BEM ist ein Angebot, das vor Arbeitslosigkeit oder Frühverrentung schützen kann. Im Laufe des Verfahrens kann zum Beispiel eine angemes- sene Beschäftigungsmöglichkeit entdeckt werden. Zum BEM gezwungen werden, können die Beschäftigten nicht. Die Teilnahme ist immer freiwillig.

2.2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der Gesetzgeber hat für Menschen mit Behinderung oder solchen, die von Behinderung bedroht sind, eine Reihe von Vorgaben geschaffen, damit sie auch weiterhin ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend dauerhaft am Arbeits- leben teilnehmen können (SGB IX, § 49 ff) .

Damit soll sichergestellt werden, dass diese Menschen die Möglichkeit haben, weiterzuarbeiten, am gleichen Arbeitsplatz, im gleichen Beruf oder in einem neuen Beruf. Dafür sind verschiedene Unterstützungsleistungen

vorgesehen, z.B. technische Veränderung des Arbeitsplatzes oder technische Arbeitshilfen, Weiterbildungen, Ausbildungen, Zuschüsse an den Arbeitgeber.

Ausführliche Informationen finden Sie u.a. bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: <https://www.bar-frankfurt.de>

Oder Sie wenden sich an einen der oben bereits genannten Ansprechpartner.

2.3 Hamburger Modell

Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem sogenannten „Hamburger Modell“ soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern.

Wenn es medizinisch vertretbar ist, kann nach einer gewissen Krankheitsdauer die Berufstätigkeit stufenweise wieder aufgenommen werden. Voraussetzung zu dieser stufenweisen Wiedereingliederung ist das Einverständnis und das Zusammenwirken aller Beteiligten. Dies sind neben dem Patienten der Arzt sowie die Krankenkasse oder der gesetzliche Rentenversicherungsträger. Der Arzt muss die medizinischen Voraussetzungen feststellen und bescheinigen. Die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger müssen gemeinsam mit dem Arbeitgeber die finanzielle Abwicklung übernehmen.

Der Beschäftigte ist während der Maßnahme weiterhin krankgeschrieben. Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig von den individuellen gesundheitlichen Anforderungen, die an den Beschäftigten gestellt werden. In der Regel dauert sie sechs Wochen bis sechs Monate. „In der Regel“ heißt aber auch, dass Ausnahmen möglich sind. Jeder Partner kann die stufenweise Wiedereingliederung durch Erklärung gegenüber dem anderen Partner sofort beenden.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. innerhalb von vier Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik, ist die Rentenversicherung Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig. Ausführliche Informationen bietet die Website „einfach teilhaben“: www.einfach-teilhaben.de

3. Nicht medizinische Rehabilitationsangebote

3.1 Angebote der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe Krebs

Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) unterstützt Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Die Organisation verfügt bundesweit über ein dichtes Netz an Selbsthilfegruppen, in denen ca. 30.000 Menschen mit einer Krebserkrankung nach dem Motto „Auffangen, Informieren, Begleiten“ betreut werden. Die FSH

- begleitet Menschen mit einer Krebserkrankung psychosozial durch menschliche Zuwendung in Einzelgesprächen und Aussprache in Selbsthilfegruppen
- hilft Betroffenen dabei, die Angst vor weiteren Untersuchungen und Behandlungen zu überwinden. In den Gruppen wird Hoffnung vermittelt durch persönliche Erfahrung und eigenes Erleben.
- macht Vorschläge zur Stärkung der Widerstandskraft. In den Gruppen werden z.B. aktuelle Vorträge von Fachleuten aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens an, u.a. Ernährung, Bewegung angeboten.
- hilft die Lebensqualität zu verbessern durch Hilfe zur Selbsthilfe, Überwindung von Isolation, Förderung der Kreativität.
- informiert über soziale Hilfen, Versicherungs- und Schwerbehindertenrecht (Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation, Pflegeversicherung, Renten u. v. a. m.).
- vertritt die Interessen Krebskranker sozial- und gesundheitspolitisch.

Wo sich in Ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe der FSH befindet, erfahren Sie entweder telefonisch in der Bundesgeschäftsstelle oder im Internet. Kontaktdaten siehe Broschüren-Rückseite.

Austausch mit anderen Betroffenen können Sie auch in unserem Diskussionsforum finden: <https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Zum Thema Rehabilitation hat die FSH eine eigene Broschüre mit umfangreichen Informationen erstellt, die in der Bundesgeschäftsstelle telefonisch bestellt oder über die Website der FSH heruntergeladen werden kann (Kontaktdaten siehe Broschüren-Rückseite).

3.2. Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitation

Ergänzend zu medizinischer und psychosozialer Betreuung stärken nach einer Krebsoperation Bewegung und Sport die Leistungsfähigkeit, geben Kraft, Beweglichkeit und Selbstbewusstsein. Vom Deutschen Sportbund bzw. den Landessportverbänden speziell ausgebildete Übungsleiter/innen bieten innerhalb der Sportvereine oder der Selbsthilfegruppen dieses spezielle Programm als Rehabilitationsleistung an. Sowohl die Krankenkassen als auch die Rentenversicherungsträger sind zu Leistungen im Rehabilitationssport verpflichtet.

Grundlage der Leistungsgewährung im Rehabilitationssport und im Funktionstraining ist eine Rahmenvereinbarung. Darin heißt es unter Punkt 4:

„Rehabilitationssport wird grundsätzlich solange gegeben, bis er durch eine fachkundige Leitung zur eigenen selbständigen / eigenverantwortlichen Durchführung des Bewegungstrainings befähigt.“

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für 50 Übereinheiten in 18 Monaten. Weiterführende Informationen zum Thema finden sich beim Krebsinformationsdienst: www.krebsinformationsdienst.de

Die Rentenversicherung ermöglicht Verordnungen über 6, längstens 12 Monate bei bestimmten, vom behandelnden Arzt näher beschriebenen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

In der Bundesrepublik gibt es spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge, die über den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) organisiert werden. Der Verband bietet auf seiner Website die Möglichkeit an, auf einer Deutschlandkarte ein Postleitzahlengebiet auszuwählen oder nach Ort oder Postleitzahl zu suchen und so ein Sportangebot (nicht krebspezifisch) in der Nähe zu finden: <https://sportprogesundheit.dosb.de>

Auch die Frauenselbsthilfe Krebs bietet in einigen Gruppen vor Ort Sport in der Krebsnachsorge an. Näheres erfahren Sie auf den jeweiligen Gruppenseiten im Internet: www.frauenselbsthilfe.de/gruppen.

VII. Rentengewährung

1. Altersrenten

Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung können verschiedene Altersrenten in Anspruch nehmen, für die es unterschiedliche Zugangsbedingungen gibt. Dazu gehören das Erreichen eines entsprechenden Lebensalters, eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit*) und gegebenenfalls noch weitere Voraussetzungen. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Altersrenten dargestellt.

1.1 Regelaltersrente (§§ 35, 235 SGB VI)

Versicherte können eine Regelaltersrente erhalten, wenn sie:

- die Regelaltersgrenze erreicht und
- die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Versicherte, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit dem 65. Lebensjahr. Für jüngere Versicherte ab Geburtsjahr 1947 wird die Grenze stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben.

Zur allgemeinen Wartezeit zählen Beitragszeiten und Ersatzzeiten. Wenn der Antrag rechtzeitig gestellt wurde, wird die Altersrente ab dem Monat gezahlt, zu dessen Beginn alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Vertrauensschutz: Versicherte, die vor dem 1. Januar 1955 geboren sind und vor 2007 Altersteilzeit vereinbart haben, sind von der Anhebung der Altersgrenze nicht betroffen.

1.2 Altersrente für langjährig Versicherte (§§ 36, 236 SGB VI)

Versicherte, die vor dem Jahr 1949 geboren sind, können diese Altersrente ohne Abschläge in Anspruch nehmen, wenn sie die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

* Zu allen Wartezeiten zählen Zeiten aus einem Versorgungsausgleich, Kindererziehungszeiten oder Rentensplitting und aus 450-Euro-Jobs.

Für Versicherte mit den Geburtsjahren 1949 bis 1963 wird die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Rente stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben.

Für Versicherte ab Geburtsjahr 1964 liegt sie dann bei 67. Zur Wartezeit von 35 Jahren zählen alle rentenrechtlichen Zeiten (zum Beispiel Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs- und Berücksichtigungszeiten). Wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, kann diese Rente bereits mit 63 ausgezahlt werden, dann jedoch mit Abschlägen.

Vertrauensschutz: Für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1955 geboren sind und vor 2007 Altersteilzeit vereinbart haben, gilt weiterhin die Altersgrenze von 65 Jahren für die abschlagsfreie Rente.

1.3 Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI)

Diese Rente bietet Versicherten, die die Wartezeit von 45 Jahren und mehr erfüllt haben, weiterhin die Möglichkeit, mit 65 eine abschlagsfreie Rente zu erhalten.

Für besonders langjährig Versicherten, die zu den Jahrgängen 1953 bis 1963 gehören, wird die Altersgrenze schrittweise von 63 auf 65 Jahre angehoben. Danach liegt die Altersgrenze bei ihnen bei 65 Jahren.

Zur Wartezeit von 45 Jahren zählen Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit, Berücksichtigungs- und Ersatzzeiten.

1.4 Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§§ 37, 236a SGB VI)

Versicherte können die Altersrente für schwerbehinderte Menschen ohne Abschläge in Anspruch nehmen, wenn sie:

- das maßgebende Alter erreicht haben
- vor Beginn der Rente als schwerbehindert (GdB von mindestens 50) anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Für Versicherte mit Geburtsjahr 1952 bis 1963 wird die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Rente stufenweise auf das 65. Lebensjahr angehoben. Für Versicherte ab Geburtsjahr 1964 liegt sie bei 65.

Wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann diese Rente bereits mit 60 ausgezahlt werden, dann jedoch mit Abschlägen. Ab Geburtsjahr 1952 wird diese Grenze ebenso angehoben, ab Geburtsjahr 1964 kann die Rente frühestens mit 62 beansprucht werden.

2. Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit (§ 43 SGB VI)

Renten wegen Erwerbsminderung haben die Aufgabe, Einkommen zu ersetzen, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten eingeschränkt oder ganz weggefallen ist. Sollten Sie nicht in der Lage sein, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, prüft Ihr Rentenversicherungsträger, ob ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung besteht. Wenn Sie zwar mehr als drei Stunden, aber weniger als sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können, besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Sie beträgt die Hälfte der Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Zusätzlich müssen folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen:

- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens drei Jahre an Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit liegen und
- die allgemeine Wartezeit muss erfüllt sein.

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente errechnet sich unter anderem aus den Rentenansprüchen, die Sie im Laufe Ihres Erwerbslebens erworben haben. Zur Berechnung der Höhe einer Erwerbsminderungsrente wird ein fiktives Renteneintrittsalter herangezogen und damit ermittelt, wie sich die Rentenansprüche bei gleichbleibender Berufstätigkeit entwickelt hätten. Die Zurechnungszeit beginnt jeweils mit dem Eintritt in die Erwerbsminderungsrente und endet mit dem gesetzlichen Renteneintrittsalter. Die Zurechnungszeiten hat der Gesetzgeber eingeführt, um – teilweise extrem – niedrige Renten zu vermeiden, wenn die Krankheit oder Behinderung bereits sehr früh eintritt. Mit den Zurechnungszeiten werden die bisher erreichten rentenrechtlichen Zeiten aufgestockt.

Die Zurechnungszeit ist im Januar 2019 auf das Alter von 65 Jahren und 8 Monaten angehoben worden. Für Menschen, die bereits eine Erwerbsminderungsrente beziehen, endet sie jedoch nach wie vor im Alter von 62 Jahren und drei Monaten.

Wird die Rente vor der jeweils maßgeblichen Altersgrenze in Anspruch genommen, müssen Rentenabschlüsse in Kauf genommen werden. Für jeden

Monat früherer Inanspruchnahme 0,3 Prozent, insgesamt jedoch höchstens 10,8 Prozent. Begann eine Rente vor dem 1. Januar 2012 aber nach Vollendung des 63. Lebensjahres so war sie abschlagsfrei. Diese Altersgrenze wird seit 2012 schrittweise auf das 65. Lebensjahr angehoben. Ab 2024 wird eine abschlagsfreie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erst mit 65 Jahren gezahlt. Wer dann jünger ist, hat Abschläge von bis zu 10,8 Prozent in Kauf zu nehmen.

Erwerbsminderungsrenten sind in der Regel auf drei Jahre befristet. danach wird der Anspruch erneut überprüft. Grundsätzlich gilt vor dem Erreichen der Altersgrenze: "Reha geht vor Rente".

3. Hinzuverdienst bei vorzeitigen Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten (§§ 34, 96a SGB VI)

Bei Bezug einer vorzeitigen Altersrente (vor Erreichen der Regelaltersgrenze) oder einer Erwerbsminderungsrente darf bis zu gewissen Grenzen hinzu verdient werden. Überschreitet der Hinzuverdienst diese Grenzen, wird die Rente nur noch zu einem bestimmten Teil oder gar nicht mehr geleistet.

Nach Erreichen der Regelaltersgrenze kann der/die Berechtigte ohne Einschränkungen hinzuverdienen.

Vor Erreichen der Regelaltersgrenze muss bei Rentenbezug, egal ob vorzeitige Altersrente oder Erwerbsminderungsrente, jede Erwerbstätigkeit beim Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Dort erfahren Sie auch, ob Ihr Verdienst die Grenze einhält oder überschreitet und wie sich das ggf. auf Ihren Rentenbezug auswirkt.

3.1 Hinzuverdienstgrenze für eine vorzeitige Altersrente

Bei einem Hinzuverdienst von max. 450 € monatlich wird die vorzeitige Altersrente bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze in voller Höhe gezahlt.

3.2 Hinzuverdienstgrenzen für eine Altersteilrente

Während früher bei einer Teilrente nur drei gesetzlich festgelegten „Stufen“ (zwei Drittel, die Hälfte oder ein Drittel der Vollrente) gewählt werden konnten, kann seit 2017 durch die Änderung im Rahmen des Flexirentengesetzes (Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand) die Teilrente stufenlos gewählt werden.

Die Versicherten können ihre Erwerbstätigkeit und ihren Rentenbezug kombinieren. Folgendes müssen sie beachten: Eine frei gewählte Teilrente muss mindestens zehn Prozent und darf höchstens 99 Prozent der Vollrente betragen. Das heißt, es kann keine Teilrente mit einem geringeren Anteil als zehn Prozent gewählt werden.

3.3 Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Erwerbsminderung

Bei den Erwerbsminderungsrenten wird der Hinzuverdienst seit Juli 2017 stufenlos angerechnet. Es gibt keinen Unterschied mehr zwischen den alten und neuen Bundesländern. Aber es gibt Unterschiede je nachdem, ob Sie eine Rente wegen voller oder wegen teilweiser Erwerbsminderung beziehen.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Wenn Sie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, gilt für Sie die Hinzuverdienstgrenze 6.300 € jährlich. Was Sie darüber hinaus verdienen, wird zu 40 Prozent auf die Rente angerechnet.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Bei der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird die jährliche Hinzuverdienstgrenze individuell berechnet. Sie orientiert sich – vereinfacht gesagt – an Ihrem höchsten Einkommen der vergangenen 15 Jahre. Für das Jahr 2019 wird ein Mindesthinzuverdienst von 15.138,90 € jährlich zugrunde gelegt. Der Verdienst, der über dieser Grenze liegt, wird zu 40 Prozent auf die Rente angerechnet.

VIII. Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung, Sozialgeld

1. Arbeitslosengeld I nach einer befristeten Rente

Das Arbeitslosengeld I ist eine Versicherungsleistung und wird von dem zuletzt erzielten Einkommen berechnet. Anspruch auf Arbeitslosengeld I kann auch nach einer befristeten Rente entstehen. Hier ist zu beachten, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine fiktive Bemessung erfolgen kann (§ 132 SGB III). Dies ist dann der Fall, wenn in einem Bemessungsrahmen von zwei Jahren keine 150 Tage Lohn- oder Gehaltszahlungen festgestellt werden können. Das trifft im Wesentlichen auf Arbeitslosigkeit nach Elternzeit und Auslaufen einer vollen Erwerbsminderungsrente zu.

Das fiktive Entgelt wird nach der beruflichen Qualifikation festgestellt. Eingeteilt wird es in vier Stufen:

- Hochschul- / Fachhochschulausbildung (Qualifikationsgruppe 1)
- Fachschulabschluss oder ein vergleichbarer Abschluss (Qualifikationsgruppe 2)
- Abgeschlossene Ausbildung in einem Ausbildungsberuf (Qualifikationsgruppe 3)
- Keine Ausbildung (Qualifikationsgruppe 4)

Das jeweilige Bemessungsentgelt ist das gerundete Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorangegangenen Kalenderjahr durch 420 geteilt.

Übersicht zur Anspruchsdauer Arbeitslosengeld I:

Die Anspruchsdauer bei Arbeitslosengeld I halbiert sich nach Anzahl der Monate, die ein Versicherungspflichtverhältnis vorgelegen hat. Der Anspruch beginnt bei einem Versicherungspflichtverhältnis von insgesamt mindestens zwölf Monaten und beträgt dann sechs Monate. Versicherte, die jünger als 50 Jahre sind, können höchstens 12 Monate lang Arbeitslosengeld erhalten, sofern sie zuvor 24 Monate oder länger versicherungspflichtig waren.

Für Arbeitslose nach Vollendung des 50. Lebensjahres gilt eine verlängerte Bezugsdauer. Bei 30 Monaten versicherungspflichtiger Tätigkeit

haben sie Anspruch auf 15 Monate Arbeitslosengeld I. Ab 36 Monaten Tätigkeit können sie 18 Monate lang Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben. Ab 58 Jahren und 48 Monaten Beitragszahlung besteht ein Anspruch auf 24 Monate Arbeitslosengeld.

2. Grundsicherung und Sozialhilfe

Grundsicherungsleistungen gibt es als

- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung für Arbeitsuchende
- Arbeitslosengeld II (ALG II) und dazugehörend für Nichterwerbstätige (Kinder, Partner)
- Sozialgeld.

Die beiden letztgenannten Leistungen werden umgangssprachlich – wenn auch nicht korrekt – als „Hartz IV“ bezeichnet.

2.1 Sozialgeld

Sozialgeld bekommen nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Sie erhalten als Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts Sozialgeld, soweit sie keinen Anspruch nach SGB XII haben. Sozialgeld können Bezieher von Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung oder voller Erwerbsminderung auf Zeit erhalten. Angehörige einer Bedarfsgemeinschaft, die Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer beziehen oder das reguläre Renteneintrittsalter erreicht haben, haben keinen Anspruch auf Sozialgeld.

Das Sozialgeld umfasst:

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts,
- Leistungen für Mehrbedarf beim Lebensunterhalt,
- Leistungen für Unterkunft und Heizung sowie
- Gewährung eines Darlehens, wenn ein unabweisbarer Bedarf im Einzelfall eintritt.

2.2 Arbeitslosengeld II

Eines der grundsätzlichen Ziele der Hartz-IV-Reform bestand in der Zusammenführung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe zum „Arbeitslosengeld II“. Die Leistungen setzen sich aus dem pauschalierten Regelbedarf und den Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen. Der Regelbedarf wird vom Bund und die Unterkunfts- sowie Heizkosten von der Kommune bzw. dem Landkreis per Verordnung bestimmt.

Die aktuellen Sätze für das Jahr 2020 finden Sie hier: *Aktuelle Regelsätze*

Zusätzliche Leistungen

Zu den Kosten von Miete bzw. Unterkunft und Heizkosten können zusätzliche Leistungen beantragt werden, zum Beispiel für Erstausrüstung mit Kleidung, Möbeln und Haushaltsgeräten, Beiträge zur gesetzlichen/privaten Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Mehrbedarf für Schwangerschaft, Mehrbedarf für Alleinerziehung oder Behinderung, Mehrbedarf für krankheitsbedingte Ernährung und für Klassenfahrten. Alle Leistungen werden nur nach Antrag gewährt.

Es gibt viele Möglichkeiten der Hilfe – bitte wenden Sie sich an Ihr zuständiges Sozialamt.

Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Pflegebedürftige, blinde und hilflose Personen können Hilfe zur Pflege beanspruchen, wenn Einkommen bzw. Vermögen zu gering sind, um den für die Pflege anfallenden Eigenanteil zu erbringen. Die Gewährung erfolgt unter Berücksichtigung von Einkommensgrenzen. Die Pflegebedürftigkeit muss nachgewiesen sein (Pflegegrad) und die Leistungen anderer Versicherungen (z.B. Pflegeversicherung) dürfen die Kosten für die Pflege nicht bzw. nicht vollständig abdecken. Beratung und Antragstellung beim zuständigen Sozialamt.

Umfangreiche Informationen zum Thema „Pflege“ finden Sie auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums unter www.bmg.bund.de.

IX. Hinweise für Patientinnen und Patienten im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte

Regelungen, die für Beamte gelten:

Ein einheitliches Beihilferecht für Beamte gibt es in Deutschland nicht, da das Beihilferecht Ländersache ist. Zwar orientieren sich viele Länder an den Beihilfavorschriften des Bundes, dennoch bestehen hinsichtlich der Beihilfe teilweise erhebliche Abweichungen. Daher sollte in jedem Fall vor größeren Maßnahmen zunächst eine Genehmigung der zuständigen Behörde eingeholt werden.

- Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich beihilfefähig, ausgeschlossen sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie z.B. Schnupfen-, Schmerz- und Hustenmittel, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel, Arzneimittel gegen Reisekrankheit, Nahrungsergänzungsmittel, soweit es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind beihilfefähig
- Die Leistungen zur häuslichen Krankenpflege erfolgen in der Regel entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Beamte können Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch nehmen. Sie können jedoch z.B. Krebsnachsorgemaßnahmen im Rahmen der Beihilfavorschriften beim Bund oder bei den Ländern beantragen.

Beihilfavorschriften bzw. Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder

Regelungen, die für Privatversicherte gelten:

- Privatversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Beitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand.
- In einer privaten Vollversicherung ist die Reha-Behandlung grundsätzlich nicht eingeschlossen. Es gibt jedoch spezielle Reha-Tarife.
- Privatversicherte Personen haben bei medizinisch notwendiger Heil-

behandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten. Viele Rehakliniken erfüllen diese Bedingungen. Informieren Sie sich bei der entsprechenden Klinik und holen Sie sich in jedem Fall vorher die Zusage der Krankenversicherung ein, dass diese die Kosten übernimmt.

X. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Bei dem Umgang mit sozialen Problemen hilft – neben den zuvor genannten Einrichtungen – auch die Deutsche Krebshilfe. Wenn Sie zum Beispiel Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden, Versicherungen oder anderen Institutionen haben, hilft und vermittelt sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten.

Der Härtefonds hilft Menschen mit einer Krebserkrankung und ihren Angehörigen schnell und unbürokratisch, wenn sie durch ihre Erkrankung unverschuldet in eine finanzielle Notlage geraten sind. Die finanzielle Unterstützung ist in der Höhe begrenzt und wird in der Regel nur einmal gewährt. Damit die Gelder wirklich denen zugute kommen, die sie am dringendsten benötigen, sind die Zuwendungen an Familieneinkommensgrenzen gebunden. Ein einfaches Antragsformular dient der raschen Abwicklung der Anträge und soll zugleich den Nachweis der Bedürftigkeit erbringen.

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32, 53113 Bonn

Postfach 1467, 53004 Bonn

Telefon Zentrale: 0228 / 72 99 0 - 0

(Montag bis Donnerstag von 9–16 Uhr, Freitag von 9–15 Uhr)

Härtefonds: 0228 / 72 99 0 - 94

Telefax: 0228 / 72 99 0 - 11

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

www.krebshilfe.de

Hilfreiche Adressen und Informationen

Bundesärztekammer

Telefon: 030 / 40 04 56-0

www.baek.de

Deutsche Gesellschaft für Senologie

Telefon: 030 / 514 88 33 45

www.senologie.org

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

www.krebsgesellschaft.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Telefon: 0800 / 80 70 88 77 (kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Montag bis Freitag von 8:00–17:00 Uhr

www.infonetz-krebs.de

www.krebshilfe.de

Deutsches Krebsforschungszentrum – Krebsinformationsdienst

Telefon: 0800 / 4 20 30 40 (kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

täglich von 8:00 – 20:00 Uhr

www.krebsinformationsdienst.de

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Prof. Dr. Claudia Schmidtke

Telefon: 030 / 18-441-3424

www.patientenbeauftragter.de

SoVD – Sozialverband Deutschland

Telefon: 030 / 72 62 22-0

www.sovd.de

Stiftung Gesundheit

Telefon: 040 / 80 90 87-0

www.stiftung-gesundheit.de

Unabhängige Patientenberatung (UPD)

Deutsch: 0800 / 0 11 77 22 (Montag bis Freitag 8:00 - 18:00 Uhr)

Türkisch: 0800 / 0 11 77 23 (Montag bis Freitag 8:00 - 18:00 Uhr)

Russisch: 0800 / 0 11 77 24 (Montag bis Freitag 8:00 - 18:00 Uhr)

Arabisch: 0800 / 33 22 12 25 (Di. von 11:00 - 13:00 Uhr,

Do. von 17:00 - 18:00 Uhr)

www.upd-online.de

VdK Sozialverband

Telefon: 030 / 9 21 05 80-0

www.vdk.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Telefon: 030 / 2 58 00-0

www.vzbv.de

Verbraucherzentrale für gesundheitliche Aufklärung

Telefon: 0221 / 89 92-0

www.infodienst.bzga.de

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband vertritt auf Bundesebene die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung: www.gkv-spitzenverband.de.

Die einzelnen Verbände erreichen Sie im Internet unter:

- vdek-Verband der Ersatzkassen: www.vdek.com
- AOK-Bundesverband: www.aok-bv.de
- BKK Bundesverband: www.bkk.de
- BARMER GEK: www.barmer-gek.de
- IKK-Bundesverband: www.ikk.de
- Knappschaft: www.knappschaft.de

Die Bürgertelefone des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Mit Beratungstelefonen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das BMG allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem in der Zeit von Montag bis Donnerstag, 8:00–18:00 Uhr, Freitag von 8:00–15:00 Uhr, unter folgenden Nummern:

Fragen zur Krankenversicherung	030 - 340 60 66-01
Fragen zur Pflegeversicherung	030 - 340 60 66-02
Fragen zur gesundheitlichen Prävention	030 - 340 60 66-03
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte	030 - 340 60 66-07
Mail: info.deaf@bmg.bund.de / info.gehoerlos@bmg.bund.de	
Gebärdentelefon (Videotelefonie)	www.gebaerdentelefon.de/bmg/

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Das Bürgertelefon ist Montag bis Donnerstag immer von 8–20 Uhr erreichbar. Die Telefonnummern lauten:

Rente	030 - 221 911 001
Unfallversicherung / Ehrenamt	030 - 221 911 002
Arbeitsmarktpolitik und -förderung	030 - 221 911 003
Arbeitsrecht	030 - 221 911 004
Teilzeit / Altersteilzeit / Minijobs	030 - 221 911 005
Infos für behinderte Menschen	030 - 221 911 006
Europäischer Sozialfonds	030 - 221 911 007
Gehörlosen/Hörgeschädigtenservice	030 - 221 911 017
Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de	
Gebärdentelefon	gebaerdentelefon@sip.bmas-buergerservice-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Servicetelefon: 0800 1000 4800 (kostenlos)
 von Mo-Do 7:30 - 19:30 Uhr, Fr. 7:30 - 15:30 Uhr
 Mail: redaktion@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung.de

Fragen rund um das Thema Rente und Rehabilitation beantworten Ihnen Experten am kostenlosen Servicetelefon 0 800 / 1000 48 00 70, Montag bis Donnerstag: 7:30–19:30 Uhr, Freitag: 7:30–15:30 Uhr.

Wichtige Internetadressen auf einen Blick

Internetseiten mit qualitätsgesicherten Informationen zum Thema Krebs und Gesundheitsversorgung, die auch für Betroffene und Angehörige zugänglich und allgemein verständlich sind, finden Sie hier:

www.aezq.de

www.bmg.bund.de

www.bundesaerztekammer.de

www.cancer.org (nur in englischer Sprache)

www.dkfz.de

www.facebook.com/frauenselbsthilfe

www.frauengesundheitsportal.de

www.frauenselbsthilfe.de

www.gesundheitsinformation.de

www.infonetz-krebs.de

www.iqwig.de

www.krebsgesellschaft.de

www.krebshilfe.de

www.krebsinformationsdienst.de

www.nachsorge-ist-vorsorge.de

www.patienten-information.de

www.stiftung-gesundheit.de

www.washabich.de

www.wissenwaswirkt.org

Die FSH-KrebsApp

Wer die Diagnose Krebs erhält, der hat meist viele Fragen. Im Internet ist heute eine Fülle an Informationen zum Thema vorhanden. Doch gerade durch diese Fülle ist es häufig schwierig, sich zurechtzufinden, d.h. gute von schlechten und relevante von irrelevanten Informationen zu unterscheiden. Die FSH-KrebsApp hilft Ihnen dabei, sich im Dschungel der Angebote zu orientieren.

Wir haben für Sie zum Beispiel gute Beratungsangebote zu den folgenden Bereichen zusammengestellt:

- Erfahrungsaustausch und Unterstützung
- Beratung zu medizinischen Themen
- Beratung zu sozialen Themen
- Experten/Krankenhäuser finden
- Beratung bei Fragen zu Reha-Maßnahmen

In der Rubrik „Infothek“ finden Sie zudem qualitätsgesicherte Informationsangebote zu den folgenden Themenbereichen:

- Behandlungsleitlinien
- Geld und mehr
- Lymphdrainage
- Hilfsmittel (z.B. Perücken)
- Rehabilitation
- Schwerbehindertenausweis

Für Android-Smartphones finden Sie die KrebsApp im Google Playstore; und für iPhones steht sie im App-Store zur Verfügung.

Vorteil einer App

Eine App fürs Smartphone bietet den Vorteil, auch unterwegs, z.B. im Wartezimmer, schnell auf wichtige Informationen zugreifen zu können. Eine App bietet zudem den Vorteil, dass keine Datenübertragungen erforderlich sind und so begrenzte Datenflatrates geschont werden können. Außerdem wird weniger Energie verbraucht, als bei der Nutzung des Internetbrowsers, so dass der Handy-Akku länger hält.

Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe Krebs

In der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe Krebs können u. a. folgende weitere Informationsmaterialien bestellt werden (Kontaktadresse siehe Rückseite) und stehen im Internet zum Download bereit:

- E-Book/PDF „Soziale Informationen“ (jährlich aktualisiert)
- Broschüre „Leben mit Metastasen“
- Broschüre „Rehabilitation bei Brustkrebs“
- Broschüre „Krebs und Lymphödem“
- Orientierungshilfe „Brustkrebs – Was nun?“
- Orientierungshilfe „Frauen mit einer Krebserkrankung und ihre Kinder“
- Orientierungshilfe „Eierstockkrebs“
- Magazin „perspektive“ (kostenfrei abonnierbar)

Hinweis in eigener Sache

Die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte übernehmen wir nicht. Als juristisch verbindlich können ausschließlich die originalen Gesetzestexte, Verordnungen und Richtlinien dienen. Sollten Ihnen Fehler auffallen, freuen wir uns über einen Hinweis.

Ihr Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe Krebs



Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) ist eine der größten und ältesten Krebs-Selbsthilfeorganisationen Deutschlands. Sie verfügt bundesweit über ein dichtes Netz an regionalen Gruppen, über ein Forum im Internet, eine Telefonberatung und über Netzwerkangebote für Männer mit Brustkrebs sowie für junge, an Krebs erkrankte Menschen. Alle Angebote stehen auch Angehörigen offen. Die Teilnahme an den Gruppentreffen ist unverbindlich und ohne Mitgliedsbeitrag.

FSH

Bundesverband e.V.



**Frauenselbsthilfe
Krebs**

Bundesgeschäftsstelle
Frauenselbsthilfe Krebs
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Telefon +49 228 - 3 38 89-400
kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de

Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller
Förderung der Deutschen Krebshilfe



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.