



Berliner
Krebsgesellschaft e.V.

Durch Wissen zum Leben

Sozialleistungen

bei Krebserkrankungen

mit aktuellen Empfehlungen nach dem
Pflegestärkungsgesetz vom 1.1.2017



Impressum

Herausgeber:

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

3. Auflage 2017, Berlin

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

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

2

Autoren/Redaktion:

Claudia Mehlhorn (Charité) Seite 7 bis 36

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

Dr. Katharina Graffmann-Weschke,
Afife Varan (AOK Pflegeakademie)
Seite 42 bis 58

Dr. Christa Kerschgens (BAD GmbH)
Seite 59 bis 78

Maren Müller (Berliner Krebsgesellschaft e.V.)

**Mit freundlicher Unterstützung
durch die AOK Nordost**

Fotonachweis Umschlag:
© Fotolia.com

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

Inhalt

1. Medizinische Versorgung:	
Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen	7
1.1 Freie Arzt- und Krankenhauswahl, Tumorkonferenz, ärztliche Zweitmeinung zu Diagnose und Therapievorschlag	7
1.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	8
1.3 Krankenhausbehandlung	12
1.4 Fahrkosten	12
1.5 Häusliche Krankenpflege	14
1.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	16
1.7 Haushaltshilfe	17
1.8 Zuzahlungen und Belastungsgrenze	19
1.9 Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit	21
1.10 Übergang in die nachstationäre Versorgung	23
2. Medizinische Rehabilitation	24
2.1 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen	24
2.2 Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation	32
2.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining	33
3 Leistungen der Pflegeversicherung	37
3.1 Die Pflegeversicherung	37
3.2 Definition von Pflegebedürftigkeit	37
3.3 Antrag auf Pflegeleistungen	37
3.4 Pflegegrade (neu seit 1.1.2017)	40
3.5 Leistungen bei Pflegegrad 1	42
3.6 Leistungen der häuslichen und ambulanten Pflege	42
3.7 Pflegegeld	43
3.8 Pflegesachleistung	43
3.9 Kombinationsleistung	44
3.10 Teilstationäre Pflege	45
3.11 Leistungen für stationäre Pflege	47
3.12 Verhinderungspflege	49
3.13 Kurzzeitpflege	50
3.14 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	51
3.15 Gut zu wissen	53
3.16 Pflegehilfsmittel	53
3.17 Wohnungsanpassung und Wohnumfeldverbesserung	54

Inhalt

	3.18 Rentenversicherungsbeiträge für ehrenamtlich Pflegende	55
	3.19 Gesetzliche Unfallversicherung	56
	3.20 Arbeitslosenversicherung	56
	3.21 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege	56
	3.22 Familienpflegezeit	58
	4. Schwerbehinderung	59
	4.1 Schwerbehinderung.....	59
	4.2 Zuständigkeit und Antragstellung	60
	4.3 Merkzeichen	62
	4.4 Nachteilsausgleiche	63
	4.5 Der Schwerbehindertenausweis	65
	5. Rückkehr in den Beruf	67
	5.1 Stufenweise Wiedereingliederung	67
4	5.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	68
	5.3 Kostenträger	70
	6. Einkommensarten	72
	6.1 Krankengeld	72
	6.2 Wegfall des Krankengeldes	73
	6.3 Abgestufte Erwerbsminderungsrente	76
	6.4 Rente auf Zeit	78
	6.5 Weitere Rentenarten	78
	6.6 Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII	79
	6.7 Härtefonds	81
	7. Palliative Versorgung	82
	7.1 Was ist Palliativmedizin?	82
	7.2 Einleitung der palliativen Versorgung	83
	7.3 Finanzierung der stationären palliativen Versorgung	84
	7.4 Ambulante Hospizarbeit	84
	7.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	85
	8. Anhang	87

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

5

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

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

Ihre

Berliner Krebsgesellschaft e.V.

Wichtiger Hinweis

In diesem Ratgeber wird das Leistungsspektrum von Krankenkassen, Pflegediensten, Rentenversicherungsträgern und anderen Institutionen für krebserkrankte Menschen vorgestellt. Der Ratgeber gibt den Rechtsstand Juli 2017 wieder.

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

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

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

7

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

Diagnose und Therapieempfehlungen basieren heute in der Regel auf Empfehlung einer Tumorkonferenz, an der alle für Diagnostik und Therapie erforderlichen Experten beteiligt sind. Für Tumorzentren und zertifizierte Einrichtungen sind solche Tumorkonferenzen, bei denen die Patientenunterlagen vorgestellt und diskutiert werden, sogar verpflichtend. Fragen Sie nach, ob Ihre Krankengeschichte in einer Tumorkonferenz vorgestellt werden kann.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

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

8 Jeder Patient hat das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung. Die Kosten werden für bestimmte Diagnosen von den Krankenkassen übernommen. Hierfür wurde der neue § 27 b im SGB V geschaffen, der seit dem 23.7.2015 in Kraft ist. Darin heißt es, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festzulegen hat, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht (§ 27 b Abs. 2 SGB V). Bei Redaktionsschluss (Juli 2017) liegt eine solche Liste noch nicht vor. Es empfiehlt sich daher, vorab bei der Krankenkasse nachzufragen, ob die Kosten für das Erteilen einer Zweitmeinung getragen werden.

1.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei- und Verbandmittel

Generell übernimmt die Krankenkasse die Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe abzüglich der gesetzlich zu leistenden Zuzahlung (§ 31 SGB V). Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den vom Arzt per Kassenrezept verordneten Medikamenten 10 % des Preises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro (§ 31 Abs. 3 SGB V). Die Mindestzuzahlung fällt erst ab einem Preis von 5,01 Euro an. Bei Mitteln, deren Preis bis zu 5 Euro beträgt, wird anstelle der Zuzahlung der komplette Verkaufspreis erhoben.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Nach dem „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ (AWVG) wurden bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit. Diese können auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen eingesehen werden.

<https://www.gkv-spitzenverband.de>

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

Wurde für ein Arzneimittel ein Festbetrag festgesetzt (§ 35 oder § 35 a SGB V), übernimmt die Krankenkasse lediglich die Kosten in Höhe dieses Festbetrages. Übersteigt das verordnete Medikament diesen Betrag und besteht man auf der Ausgabe dieses konkreten Medikamentes, muss der Patient den Differenzbetrag begleichen. Eine Lösung könnten Medikamente mit gleichem Wirkstoff sein, die im Rahmen des Festbetrages liegen.

9

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

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

Weitere Ausnahme: Für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (endet einen Tag vor dem 12. Geburtstag) und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen (endet einen Tag vor dem 18. Geburtstag) sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente weiterhin auf Rezept erhältlich, sofern sie nicht

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

anderweitig durch die Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen wurden (§ 34 Abs. 1 SGB V). Entwicklungsstörungen müssen vom (Kinder-)Arzt diagnostiziert werden (ICD-10-GM-2017, Code F80 – F89).

Heilmittel

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

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

10

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls

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

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

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

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

Hilfsmittel

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

Beispiele für Hilfsmittel sind

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

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

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

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

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

1.3 Krankenhausbehandlung

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

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

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

1.4 Fahrkosten

Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen werden von den Krankenkassen nur in folgenden Fällen übernommen (§ 60 SGB V):

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

- Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Fahrten von Personen mit Pflegegrad 3, 4 oder 5. Bei der Einstufung in den Pflegegrad 3 muss zugleich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die einen Bedarf an einer Beförderung zur Folge hat. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1.1.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind.

Die Kostenübernahme muss auf jeden Fall vorher bei der Krankenkasse beantragt werden (§ 60 Abs. 1 SGB V).

Die Zuzahlung bei medizinisch angeordneten Fahrten beträgt 10 % der Fahrkosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro pro einfache Fahrt. Die Regelung gilt auch für Fahrten von Kindern und Jugendlichen (§ 60 Abs. 2 und § 61 SGB V).

13

Zuzahlungen bei Behandlungsserie

Unter bestimmten Voraussetzungen wird bei einer Serie von Fahrten eine Zuzahlung lediglich für die erste und die letzte Fahrt fällig. Das gilt, wenn eine ambulante Chemotherapie mehrere Zyklen umfasst und die Fahrten von der Wohnung aus immer dasselbe Ziel (Krankenhaus oder onkologische Praxis) haben. Der voraussichtliche Zeitraum der Behandlung sollte bereits in der ärztlichen Verordnung für Krankenfahrten angegeben werden, so dass nicht jede Fahrt einzeln genehmigt werden muss. Auch regelmäßige Fahrten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Chemo- oder Strahlentherapie stehen, wie wöchentliche Blutbildkontrollen, fallen unter diese Regelung. Die Fahrten zur ambulanten Behandlung müssen vor ihrer Inanspruchnahme von der Krankenkasse genehmigt werden!

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

1.5 Häusliche Krankenpflege

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

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die häusliche Krankenpflege, wenn

- die Pflege ärztlich verordnet wurde, um die Sicherung der ärztlichen Behandlung zu gewährleisten,
- eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist, etwa bei Bettenmangel, oder ein Krankenhausaufenthalt durch eine häusliche Versorgung vermieden oder verkürzt werden kann,
- 14 ■ keine andere im Haushalt lebende Person den Patienten in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

In der häuslichen Krankenpflege werden folgende Bereiche unterschieden:

- **Behandlungspflege** – Hierunter fallen medizinische Leistungen wie Injektionen, Verbandwechsel, Verabreichen von Medikamenten und der Wechsel von Kompressionsstrümpfen.
- **Grundpflege** – Hierunter fallen nichtmedizinische Leistungen wie Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Vorbeugung (Prophylaxen), die Förderung von Eigenständigkeit und Kommunikation.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** – Darunter werden Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche zusammengefasst.
- **Ambulante Palliativversorgung (§ 37 Abs. 2 a SGB V)**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben einen eindeutigen Abgrenzungskatalog mit dem Titel „Behandlungs- und Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung“ verabschiedet. Ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird von der Krankenkasse im Regelfall keine

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Grundpflege übernommen. Daher bezieht die Verordnung des Arztes immer auch die Behandlungspflege mit ein.

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

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

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

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

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

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

1.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

16

Mit dieser Regelung soll die Versorgung der Versicherten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung verbessert werden. Diese Palliativpatienten mit einem besonders aufwendigen Versorgungsbedarf haben einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung unabhängig davon, ob sie zu Hause leben, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder auch in einem Hospiz.

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

Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung zu den Leistungen der Palliativversorgung durch ihre versichernde Krankenkasse. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten zudem in allgemeiner Form über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege

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

1.7 Haushaltshilfe

17

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

- wenn aufgrund einer Krankheit, einer Rehabilitationsmaßnahme oder bei häuslicher Krankenpflege der Haushalt nicht selbstständig weitergeführt werden kann
und
- im Haushalt mindestens ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (Bei einigen Krankenkassen kann die Altersgrenze höher sein, z. B. AOK und TK 14. Lebensjahr. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.),
oder
das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist, auch nach Vollendung des 12. Lebensjahres,
und
- keine andere Person den Haushalt führen kann (§ 38 Abs. 1 SGB V).

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Die Haushaltshilfe wird als Regelleistung für 4 Wochen erbracht (§ 38 Abs. 1 SGB V). Es gibt aber auch die Möglichkeit einer Mehrleistung bezogen auf die Dauer und den Umfang der zu gewährenden Hilfe im Haushalt. Diese Mehrleistung kann jede Krankenkasse in ihrer Satzung festlegen (§ 38 Abs. 2 SGB V).

Einige Krankenkassen bieten auch für Versicherte, die kein im Haushalt lebendes kleines oder behindertes Kind haben, eine Haushaltshilfe als Leistung an. Es ist ratsam, die Kasse nach ihren Leistungskriterien zu fragen.

Zuzahlung zu den Kosten für eine Haushaltshilfe

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

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

Haushaltshilfen sollten daher von den Krankenkassen vermittelt werden. Manchmal können auch Sozialämter geeignete Träger benennen, wie die Caritas oder das Diakonische Werk, die ebenfalls Haushaltshilfen vermitteln.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

1.8 Zuzahlungen und Belastungsgrenze

Alle Zuzahlungen für Medikamente, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrkosten, Krankenhaus- bzw. Rehaaufenthalte sollten Sie sich immer von den Apotheken, Sanitätsfachgeschäften, Physiotherapeuten, Fahrdiensten, Krankenhäusern, Rehakliniken quittieren lassen. Die Quittungen belegen unter Umständen eine Überschreitung der Belastungsgrenze (s. folgenden Abschnitt) und des Vorliegens eines Härtefalles.

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

19

Sonderregel für chronisch Kranke

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

Als schwerwiegend chronisch krank werden Personen eingestuft, die nachweisen können, dass sie im letzten Jahr wegen derselben Erkrankung wenigstens einmal im Quartal in ärztlicher Behandlung gewesen waren. Bei der Kasse muss als Nachweis einer chronischen Erkrankung die

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Chronikerbescheinigung eingereicht werden. Auf dieser Bescheinigung bestätigt der Arzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Bis Ende 2016 hielt jede Kasse eigenes Formular vor. Zum 4. Quartal 2016 wurde ein einheitliches Formular („Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V“, Muster hier: http://www.kbv.de/media/sp/Abbildung_Muster55.pdf) entwickelt, welches nicht mehr von den Kassen ausgegeben, sondern in den Arztpraxen vorgehalten wird. Diese Bescheinigung muss jedes Jahr neu eingereicht werden, es sei denn, die Krankenkasse verzichtet auf einen erneuten Nachweis (§ 62 Abs. 1 SGB V).

Hinsichtlich der Sonderregel für chronisch Kranke ist die Teilnahme an den Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V) zu beachten. Alle nach dem 1.4.1972 geborenen chronisch kranken Versicherten müssen Eigenanteile bis zur Belastungsgrenze von 2 % zahlen, wenn sie ab dem 1.1.2008 die Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 25 SGB V nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben (§ 62 Abs. 1 SGB V). Bei den Gesundheitsuntersuchungen handelt es sich im Wesentlichen um die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Welche Gesundheitsuntersuchungen nicht „zwingend“ sind, definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gem. § 62 Abs.1 Satz 5 SGB V. Die derzeitige Richtlinie (sogenannte Chroniker-Richtlinie) sieht zu den genannten Gesundheitsuntersuchungen keine zwingende Inanspruchnahme vor. Darüber hinaus hat der G-BA auch noch keine fassbaren Kriterien festgelegt. Aus diesen Gründen entfaltet diese Regelung in der Praxis (noch) keine Relevanz.

Sonderregel für Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II („Hartz IV“ vom Jobcenter) bzw. SGB XII (Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt):

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

lediglich der Regelsatz für den sogenannten Haushaltsvorstand zugrunde gelegt. In 2017 sind das 409,00 Euro. $409,00 \times 12$ Monate ergibt ein „Jahreseinkommen“ von 4.908,00 Euro. Davon 1 % ergeben 49,08 Euro bzw. 2 % ergeben 98,16 Euro. Damit müssen dann im Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zu diesem Betrag geleistet werden, unabhängig davon, welche Einkommensart (Rente, Krankengeld, Minijob) in der Bedarfsgemeinschaft vorliegt. Diese Werte verändern sich mit jeder Veränderung des Regelsatzes.

1.9 Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit

Wird ein Antrag auf Leistungen bei der Agentur für Arbeit (ALG I) bzw. beim Jobcenter (ALG II, meistens „Hartz IV“ genannt) gestellt, muss die Krankenkasse, bei der der Antragsteller bisher versichert ist, angegeben und von dieser eine sogenannte Mitgliedsbescheinigung eingereicht werden. Die Arbeitsagentur bzw. das Jobcenter melden die Pflichtversicherung der Krankenkasse und zahlen auch die Beiträge.

21

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

Seit dem 1.1.2009 tritt bei der Bewilligung von ALG II keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mehr ein (§ 5 Abs. 5a SGB V). Bei Leistungsbezug verbleibt man in der privaten Krankenversicherung, das Jobcenter gewährt einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (§ 26 SGB II) und überweist diesen Zuschuss dann direkt an die private Krankenversicherung. Der Zuschuss beläuft sich auf den Beitrag, den man zahlen müsste, wenn man in den Basistarif (BT) wechseln würde (§ 26 Abs. 1 SGB II). In 2017 beträgt dieser gedeckelte Betrag für die Krankenversicherung monatlich höchstens 341,48 Euro zuzüglich von höchstens 55,47 Euro für die Pflegeversicherung. Beträge für Selbstbeteiligungen oder Leistungsausschlüsse oder nicht versicherte Leistungen im bisherigen Normaltarif werden vom Jobcenter nicht übernommen.

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Bei Bezug von ALG II kann jederzeit in den Basistarif gewechselt werden. Der Basistarif umfasst Leistungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Selbstbeteiligung, aber mit den Zuzahlungen wie in der gesetzlichen Krankenkasse und ohne Leistungsausschlüsse). Ein späterer Wechsel in den ursprünglichen Tarif etwa nach Beendigung des ALG-II-Bezuges ist allerdings nur unter großen Anstrengungen möglich.

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

22

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

Eine Erkrankung muss der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter unverzüglich gemeldet werden. ALG I wird für höchstens sechs Wochen weiter gezahlt (§ 146 SGB III). Ist jemand länger als sechs Wochen krank, endet das ALG I und man muss einen Antrag auf Krankengeld bei der Krankenkasse stellen. Ist man wieder gesund, muss bei der Arbeitsagentur das ALG I erneut beantragt werden (persönliche Arbeitslosmeldung).

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

1. Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

1.10 Übergang in die nachstationäre Versorgung

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

Themen eines Beratungsgesprächs mit dem Sozialdienst

- Informationen über Praxen und Rehabilitationseinrichtungen
- Einleitung einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation
- Informationen über ambulante psychosoziale Beratung und/oder psychoonkologische bzw. psychotherapeutische Unterstützung
- Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung
- Schwerbehinderung, (Erwerbsminderungs-)Rente
- häusliche Pflege und hauswirtschaftliche Hilfe
- Pflegeübernahme in ambulante oder vollstationäre Einrichtungen und Sicherstellung der Pflegekontinuität

Der klinische Sozialdienst stellt für Patienten auch die notwendigen Anträge an entsprechende Leistungsträger, so etwa einen Antrag auf Anschlussheilbehandlung (siehe Seite 26ff.).

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

2. Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen werden von den verschiedenen Sozialversicherungsträgern, d. h. von den gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen erbracht.

Folgende Bereiche werden hierbei unterschieden

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

2.1 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (früher „Kur“ genannt) haben das Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, diese zu beseitigen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zu verhüten.

24

Hierzu zählen

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

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

2. Medizinische Rehabilitation

Zeitpunkt, Ort und Dauer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sollen unmittelbar an die Primär- bzw. Akutbehandlung der Krebserkrankung (Operation, Chemo-, Strahlentherapie) anschließen. Unmittelbar heißt, dass die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung angetreten werden sollte. Eine Fristverlängerung ist aus zwingenden tatsächlichen und medizinischen Gründen möglich, zum Beispiel bei starken Beschwerden in Zusammenhang mit einer Bestrahlung. Ist die gesetzliche Rentenversicherung Kostenträger der Anschlussheilbehandlung, kann bis zu sechs Wochen nach Ende der Therapie die medizinische Rehabilitation angetreten werden. Darüber hinausgehende Fristverlängerungen sind grundsätzlich möglich und werden im Einzelfall gewährt. Die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation kann ganztägig ambulant oder stationär erfolgen.

25

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

Beantragung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Die Wege für die Beantragung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen unterscheiden sich hinsichtlich der Art des Rehabilitationsverfahrens (Anschlussrehabilitation, onkologische Rehabilitation) und der zuständigen Kostenträger. Im Folgenden wird zunächst die Beantragung einer Anschlussrehabilitation erläutert und daran anschließend ein Überblick zur Beantragung onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen gegeben.

2. Medizinische Rehabilitation

Beantragung einer Anschlussrehabilitation

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

Des Weiteren müssen für eine Bewilligung folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

26

Wer stellt wann den Antrag?

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

2. Medizinische Rehabilitation

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

Wie wird der Antrag gestellt?

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

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

27

Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung

Die Entscheidung, in welcher Rehabilitationseinrichtung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird, trifft der Kostenträger. Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen wird berechtigten Wünschen des Leistungsempfängers entsprochen (Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX bzw. ab 1.1.2018 § 8 SGB IX).

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

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

2. Medizinische Rehabilitation

Antragstellung

Für die Antragstellung können mehrere Adressaten in Frage kommen:

- a) Für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg oder der Deutschen Rentenversicherung, Knappschaft Bahn-See: Der Antrag wird vom klinischen Sozialdienst direkt an den jeweiligen Rentenversicherungsträger geschickt. Dieser entscheidet über den Antrag und wählt bei einer Bewilligung eine geeignete Rehabilitationseinrichtung für den Versicherten aus. Wunschkliniken können auf dem Antrag angegeben werden.
- b) Für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund: Es erfolgt eine Direktanmeldung durch den klinischen Sozialdienst in einer vom Patienten ausgewählten Vertragsklinik. Diese Rehabilitationseinrichtung prüft den Antrag und leitet ihn zur Bewilligung an die Deutsche Rentenversicherung Bund weiter. In der berufsständischen Versorgung können andere Regeln gelten, bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Versorgungsträger.
- c) Wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei der Rentenversicherung nicht erfüllt sind, kann die Antragstellung auch bei der Krankenkasse erfolgen (§ 40 SGB V). Diese prüft und bewilligt den Antrag und wählt eine passende Rehabilitationseinrichtung für den Patienten aus.

28

Beantragung einer Anschlussrehabilitation von privat Versicherten, Beamten und Pensionären

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

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

2. Medizinische Rehabilitation

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

Wichtig!

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

29

Beantragung weiterer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Onkologische Nachsorgeleistungen (früher auch Nach- und Festigungskuren genannt) können bis zum Ablauf eines Jahres nach der beendeten Akutbehandlung vom Rentenversicherungsträger gewährt werden (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 2 SGB VI). Wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen oder Therapiefolgen vorliegen, können bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Akutbehandlung weitere Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden.

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

2. Medizinische Rehabilitation

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

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

Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme

30 Ihr zuständiger Versicherungsträger trägt die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen. Außerdem werden die Reisekosten (§ 53 SGB IX), d. h. die Kosten für Fahrten zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung in Höhe der ÖPNV-Tarife erstattet. Wenn Sie mit Ihrem privaten Pkw fahren, wird Ihnen eine Entfernungspauschale gezahlt.

Zuzahlungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

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

Zuzahlungen bei Maßnahmen zu Lasten der Rentenversicherung (§ 32 SGB VI, Stand 2017)

- Anschlussrehabilitation stationär: 14 Tage x 10 Euro*
- Anschlussrehabilitation ambulant: keine Zuzahlung

Für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen

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

2. Medizinische Rehabilitation

Einkommensgrenzen für Zuzahlungen bei der Antragstellung im Kalenderjahr 2017

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag	
bis 1.190,00 Euro	keine Zuzahlung	
ab 1.191,00 Euro	9,50 Euro pro Tag	
ab 1.200,00 Euro	10,00 Euro pro Tag	Quelle: DRV 2017

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

31

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

Bei Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung (§ 40 SGB V)

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

Für sonstige Rehabilitationsmaßnahmen (stationär und ambulant):

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

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

2. Medizinische Rehabilitation

Die Zuzahlungen für die Medizinische Rehabilitation sind bis zur Belastungsgrenze für alle Zuzahlungen (s. Seite 18ff.) zu leisten, auch wenn Sie Leistungen vom Jobcenter oder vom Sozialamt empfangen. Die Zuzahlungen für Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung werden angerechnet und bei der Entscheidung wird außerdem berücksichtigt, ob Sie die Belastungsgrenze erreicht haben. Heben Sie daher alle entsprechenden Quittungen auf.

2.2 Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

Haushaltshilfe

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

Mitnahme und Unterbringung von Kindern

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

Die Kosten für die Mitaufnahme oder die anderweitige Unterbringung des Kindes (§ 54 (2) SGB IX bis zur Höhe der Kosten der sonst zu erbringenden Haushaltshilfe) und für Kinderbetreuungskosten (§ 54 (3) SGB IX, höchstens bis zu 130,00 Euro mtl.) müssen von den Rehabilitations-trägern getragen werden. Die Leistung muss vorher beantragt werden.

2. Medizinische Rehabilitation

Das Formular finden Sie unter:

<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>

Familienorientierte Rehabilitationsmaßnahmen

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

2.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining

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

33

Nach Abschluss einer Rehabilitationsleistung bieten Krankenkassen und Rentenversicherungsträger als ergänzende Leistung Rehabilitationssport oder Funktionstraining an (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX bzw. ab 1.1.2018 § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX, § 43 Abs. 1 SGB V, § 28 SGB VI). Über die Notwendigkeit entscheiden die Ärzte (bei Leistungsgewährung durch einen Rentenversicherungsträger: die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung). Sie stellen auch eine entsprechende Verordnung für Rehabilitationssport aus.

Rehabilitationssport ist ganzheitlich orientiert. In Gruppen mit anderen Krebspatienten werden Beweglichkeit, Ausdauer, Koordination, Kraft und das Selbstbewusstsein verbessert. Zu den Rehabilitationssportarten

2. Medizinische Rehabilitation

gehören Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen sowie Bewegungsspiele. Rehabilitationssportgruppen werden von ausgebildeten Übungsleitern angeleitet, die verpflichtet sind, sich regelmäßig in ihrem Fach fortzubilden.

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

34

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

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

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

2. Medizinische Rehabilitation

Hierzu gibt es spezielle Unterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung http://www.kbv.de/media/sp/Muster_56.pdf. Der „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ (auch „Muster 56“ genannt) kann im Gegensatz zu Rezepten für die Physio- oder Ergotherapie unabhängig vom Quartalsbudget des verordnenden Arztes gestellt werden. Rehabilitationssport und Funktionstraining können jedoch nicht gleichzeitig verordnet werden. Vor Beginn der Maßnahme muss sich der Versicherte durch Einreichen des Antrages die Genehmigung der Krankenkasse einholen. Viele Kassen verlangen bei der Einreichung des Antrages bereits die Nennung eines konkreten Angebotes. Nach der Genehmigung muss mit der Maßnahme innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der medizinischen Rehabilitationsleistung begonnen werden, ansonsten erlischt die Kostenzusage. Ein Einstieg in laufende Angebote ist in der Regel möglich.

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

35

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

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

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

2. Medizinische Rehabilitation

Tipp

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

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.1 Die Pflegeversicherung

Seit 1995 gibt es die Pflegeversicherung. Gesetzliche Grundlage der Pflegeversicherung ist das Sozialgesetzbuch, 11. Buch (SGB XI). Jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Die Pflegekassen sind der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse angegliedert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Pflegeversicherung übernimmt Leistungen für die häusliche, teilstationäre und seit 1996 auch für die vollstationäre Pflege.

3.2 Definition von Pflegebedürftigkeit

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

37

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch dann gegeben, wenn der personelle Unterstützungsbedarf nur deshalb nicht sechs Monate andauert, weil die verbleibende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

3.3 Antrag auf Pflegeleistungen

Eine weitere Voraussetzung für die Übernahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung ist eine Vorversicherungszeit von mindestens zwei Jahren innerhalb der vorausgegangenen zehn Jahre. Familienversicherte Personen verfügen ebenfalls über Vorversicherungszeit, wenn der Versicherte (bei Kindern ein Elternteil) diese erfüllt.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegekassen sind bei den Krankenkassen angesiedelt und für die Leistungen der Pflegeversicherung zuständig. Alle Leistungen müssen dort beantragt werden. Bei den Pflegekassen bekommen Sie auch Antragsformulare und erhalten – bei Bewilligung – Pflegeleistungen vom Tag der Antragstellung an.

Bei der Antragstellung sollten Sie neben der Grunderkrankung die wesentlichen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit angeben und Ärzte nennen, die über Ihre gesundheitlichen Probleme informiert sind. Den Antrag sollten Sie auch mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen, damit dieser in seinen Befundberichten die Auswirkungen Ihrer Erkrankung detailliert darstellt. Weitere ärztliche Unterlagen können Sie – falls vorhanden – mit dem Antrag einreichen (z. B. Abschlussbericht der Rehabilitation, Krankenhausentlassungsbericht). Nennen Sie Ihrer Pflegekasse bei der Antragstellung ggf. auch den Namen Ihrer Pflegeperson sowie den Namen des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten.

38

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

Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Festlegung des Pflegegrades

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

Mit dem Antragsteller wird ein Begutachtungstermin vereinbart, bei dem ein Gutachter des MDK die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit der antragstellenden Person erfasst. Der Gutachter befragt während der Begutachtung den Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen zu pflegerischen und medizinischen Problemen und zur Versorgungssituation. Er berücksichtigt auch vorliegende Befunde z. B. von behandelnden Ärzten.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Im Mittelpunkt steht seit 1.1.2017 die Beurteilung der Selbstständigkeit eines Menschen in sechs Lebensbereichen, also wie selbstständig die pflegebedürftige Person noch ist. Das ist neu, da vorher vor allem der zeitliche Aufwand für die Pflege als Kriterium für Pflegebedürftigkeit galt.

1. Mobilität

Kann der Mensch sich selbstständig im Bett umdrehen, sitzen und aufstehen, von einem Zimmer ins andere gehen, alleine mit einem Rollstuhl fahren oder Treppen steigen?

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Kann der Mensch sich örtlich und zeitlich zurechtfinden, Informationen verstehen und Entscheidungen treffen, Bedürfnisse mitteilen und Gespräche führen?

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Wie häufig benötigt jemand Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, beispielsweise bei Angstzuständen, nächtlicher Unruhe oder aggressivem Verhalten?

4. Selbstversorgung

Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen – beim Waschen, Kämmen, An- und Ausziehen, beim Essen und Trinken oder beim Toilettengang?

5. Bewältigung krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen und Belastungen

Welche Unterstützung braucht der Mensch bei der Medikamenteneinnahme, bei Verbandwechsel und bei Arztbesuchen?

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Wie selbstständig kann der Mensch den Tagesablauf gestalten, sich beschäftigen oder Kontakte pflegen?

3. Leistungen der Pflegeversicherung

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

Das MDK-Gutachten beinhaltet die Empfehlungen zum Pflegegrad und zu Präventions- und Reha-Maßnahmen. Die antragstellende Person erhält den Bescheid über die Leistungen und das MDK-Gutachten von der Pflegekasse.

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

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

40

3.4 Pflegegrade (neu seit 1.1.2017)

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

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

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

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

3. Leistungen der Pflegeversicherung

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

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

Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Pflegegrad. Einen Überblick über die Leistungen im Jahr 2017 erhalten Sie auf Seite 42ff.

Wie kann man sich auf den Hausbesuch vorbereiten?

Damit der Gutachter des MDK sich ein Bild von dem ständigen Hilfebedarf machen kann und in seiner Beurteilung nicht allein auf den Eindruck der tagesaktuellen Verfassung des Kranken angewiesen ist, sollten sich der Pflegebedürftige und die pflegenden Angehörigen vorab überlegen:

- Was macht ihnen im Alltag besondere Schwierigkeiten?
- Wobei benötigen sie Unterstützung?
- Was kann der Pflegebedürftige selbstständig, was nicht?

Diejenigen, die die persönliche Situation besonders gut kennen, sollten beim Hausbesuch anwesend sein (z. B. Pflegepersonen). Wenn es einen gesetzlichen Betreuer gibt, sollte dieser über den Begutachtungstermin informiert werden.

Welche Unterlagen werden benötigt?

- Arztberichte – falls vorhanden
- Aktueller Plan über Medikamente, die eingenommen werden

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.5 Leistungen bei Pflegegrad 1

Der Pflegegrad 1 wurde zum 1.1.2017 neu eingeführt und unterscheidet sich von den Leistungen der Pflegegrade 2 bis 6.

Inhalte der Leistungen im Pflegegrad 1

- Pflegeberatung
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit (Beratungsbesuch)
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Wohngruppenzuschlag
- Anschubfinanzierung für den barrierearmen/altersgerechten Umbau von vorhandenem Wohnraum für neu gegründete Wohngruppen
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
- finanzielle Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro monatlich als Kostenerstattung
- bei vollstationärer Pflege Zuschuss von 125,00 Euro/Monat
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

42

Besonderheit

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten keine Pflegesach-/Pflegegeldleistungen, teilstationäre Pflegeleistungen, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. Die Leistungen bei Pflegegrad 1 gelten ebenfalls für die Pflegegrade 2 bis 5.

3.6 Leistungen der häuslichen und ambulanten Pflege

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

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.7 Pflegegeld

Anspruchsvoraussetzungen

- mindestens Pflegegrad 2 liegt vor
- Pflege in der Häuslichkeit (eigener Haushalt, Haushalt von Familienangehörigen oder Freunden, Haushalt in betreuten Wohnformen)
- Die täglich erforderliche Pflege (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und hauswirtschaftliche Versorgung) wird in geeigneter Weise durch private Pflegepersonen sichergestellt.

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

Höhe des Pflegegeldes für Pflegebedürftige ab 1.1.2017

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

3.8 Pflegesachleistung

Häusliche Pflege durch Pflegedienste wird als Sachleistung erbracht. Das Geld der Pflegekasse geht somit direkt an den Pflegedienst, nicht an den Pflegebedürftigen. Welchen Pflegedienst Sie wählen, steht Ihnen frei. Wichtig ist nur, dass der Pflegedienst einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat.

Anspruchsvoraussetzungen

- mindestens Pflegegrad 2 liegt vor
- Pflege in der Häuslichkeit (eigener Haushalt, Haushalt von Familienangehörigen oder Freunden, Haushalt in betreuten Wohnformen, Wohngemeinschaften)

3. Leistungen der Pflegeversicherung

- Die täglich erforderliche Pflege (körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und hauswirtschaftliche Versorgung) wird durch ambulante Vertragspflegedienste sichergestellt.

Höhe der Leistungen für Pflegebedürftige ab 1.1.2017

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

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

44

3.9 Kombinationsleistung

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

Anspruchsvoraussetzungen

- mindestens Pflegegrad 2 liegt vor
- Pflege in der Häuslichkeit (eigener Haushalt, Haushalt von Familienangehörigen oder Freunden, Haushalt in betreuten Wohnformen)
- Die täglich erforderliche Pflege wird durch private Pflegepersonen und von Pflegekräften eines Vertragspflegedienstes der Pflegekasse durchgeführt (Kombination von Geldleistung und Sachleistung).

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Die Höhe der Leistungen ist abhängig von dem festgestellten Pflegegrad. Nimmt der Pflegebedürftige die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch und wird auch von privaten Pflegepersonen gepflegt, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, in dem er Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Beispiel zum Pflegegrad 2

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

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

Besonderheit

Wer seinen Höchstbetrag der Pflegesachleistung nicht voll ausschöpft, kann bis zu 40 % des Sachleistungsbetrages für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden (**Umwidmungsregelung**), ab 1.1.2017 für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch). Wenden Sie sich hierzu an Ihre Pflegekasse oder fragen Sie in Ihrem Pflegestützpunkt nach.

45

3.10 Teilstationäre Pflege

Zu den teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung zählen die Tages- und die Nachtpflege. Der Pflegebedürftige wird zum Teil zu Hause und in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege gepflegt. Die Pflegeversicherung übernimmt bei der Tages- oder Nachtpflege die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, für Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten für notwendige medizinische Behandlungspflege sowie für die Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige in der Regel selbst tragen. Bei der Tagespflege werden die Pflegebedürftigen in der Regel morgens von der Wohnung abgeholt und nachmittags wieder nach

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Hause gebracht. Diese Möglichkeit wird häufig von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige berufstätig sind.

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

Anspruchsvoraussetzungen

- Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5
- Pflege in der Häuslichkeit kann nicht im ausreichenden Umfang sichergestellt werden, oder wenn die Tages- und Nachtpflege zur Ergänzung/Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist
- Die Pflege erfolgt in einer Vertragseinrichtung

46

Höhe der teilstationären Pflege pro Monat

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

- Die Pflegebedürftigen können diese Leistung zusätzlich zum Pflegegeld, zu den Pflegesachleistungen oder zur Kombinationsleistung in voller Höhe in Anspruch nehmen. Es erfolgt keine Anrechnung mehr auf diese Leistungen.
- Wenn der gesetzliche Höchstbetrag ausgeschöpft ist, kann durch den Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekasse im Rahmen der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (ab 1.1.2017: Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro monatlich) die Erstattung von Eigenanteilen (Kosten für Unterkunft/Verpflegung, Investitionskosten, pflegebedingte Aufwendungen) geltend gemacht werden.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

- Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können sich die Kosten über den Entlastungsbetrag bis zu 125,00 Euro monatlich erstatten lassen (jedoch sind hier neben den Eigenanteilen auch die pflegebedingten Aufwendungen anzurechnen). Die Leistungen werden nicht rückwirkend gewährt.

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

3.11 Leistungen für stationäre Pflege

Die Auswahl eines passenden Pflegeheims ist nicht leicht. Die Kosten spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Pflegekasse finanziert Leistungen für die im folgenden aufgeführten Aufwendungen.

47

Pflegebedingte Aufwendungen

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

Aufwendungen für die soziale Betreuung

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

3. Leistungen der Pflegeversicherung

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

Was hat sich für Pflegebedürftige in Pflegeheimen zum 1.1.2017 verändert?

Alle Pflegebedürftigen, die bis zum 31.12.2016 von der Pflegekasse Leistungen der vollstationären Pflege in Pflegeheimen erhalten haben, wurden zum 1.1.2017 automatisch entsprechend der gesetzlichen Regelung in den dann zutreffenden Pflegegrad übergeleitet. Die zuständige Pflegekasse hat alle Pflegebedürftigen zum Ende des Jahres 2016 schriftlich über den neuen Pflegegrad informiert.

48

Die Pflegeheime wurden verpflichtet, ihre pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner spätestens bis zum 30.11.2016 über den ab dem 1.1.2017 im jeweiligen Pflegegrad geltenden Pflegesatz und den neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil schriftlich zu informieren. Die Pflegebedürftigen erhielten außerdem Informationen zum sogenannten Besitzstandsschutz.

Was bedeutet „einrichtungseinheitlicher Eigenanteil“?

Bisher war es bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen so, dass mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe die Pflegeversicherung zwar mehr gezahlt hat, gleichzeitig aber auch der zu zahlende Eigenanteil zunahm. Das führte dazu, dass sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil oftmals gegen eine Neubegutachtung gewehrt haben, obwohl sie tatsächlich mehr Pflege brauchten. Im Pflegestärkungsgesetz II ist geregelt, dass es in jedem Pflegeheim ab dem 1.1.2017 einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 gibt. Dieser Eigenanteil wird also nicht mehr steigen, wenn jemand in seiner Pflegeeinrichtung in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden muss.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

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

Was bedeutet „Besitzstandsschutz“?

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

49

3.12 Verhinderungspflege

Ersatzpflege (Verhinderungspflege)

Diese kann in Anspruch genommen werden, wenn die bisherige Pflegeperson aufgrund von Krankheit, Urlaub o. Ä. verhindert ist. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für maximal sechs Wochen pro Kalenderjahr. Für die Ersatz- oder Verhinderungspflege werden bis zu 1.612,00 Euro gezahlt. Bei Ersatzpflege durch Angehörige (Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben) dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes nicht überschreiten. Wenn eine solche Ersatzpflege zum ersten Mal in Anspruch genommen wird, muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen zu diesem Zeitpunkt bereits sechs Monate gepflegt haben. Wenn die Ersatzpflege ein weiteres Mal beansprucht wird, ist keine vorherige Pflegezeit von sechs Monaten notwendig. Wird die Ersatzpflege von einer stationären

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Einrichtung wie einem Pflegeheim erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in dieser Einrichtung muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

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

Besonderheiten

Ist die Leistung der Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der Verhinderungspflegebetrag von 1.612,00 Euro um bis zu 806,00 Euro erhöht werden. Während der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld zur Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt, vorausgesetzt es bestand direkt vor der Verhinderungspflege Anspruch auf Pflegegeld.

50

3.13 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse übernommen, wenn der Versicherte für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen ist, beispielsweise in Krisensituationen. Kurzzeitpflege kann auch für eine Übergangszeit/Wartezeit in Anspruch genommen werden, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus keine häusliche Pflege möglich ist und noch kein Platz in einem Pflegeheim zur Verfügung steht. Kurzzeitpflege wird Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 bis zu einem Betrag von 1.612,00 Euro pro Kalenderjahr bezahlt.

Aber auch hier gilt

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Kann er dies nicht, leistet das Sozialamt unter Umständen „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen. Vorab wird allerdings geprüft, ob Angehörige – besonders Kinder – unterhaltspflichtig sind.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.14 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Voraussetzungen und Höhe der Leistungen

Ab dem 1.1.2017 steht für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 einheitlich ein Budget in Höhe von 125,00 Euro monatlich zur Verfügung.

Pflegebedürftige, die bis 31.12.2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag (208,00 Euro monatlich) hatten, haben ab 1.1.2017 ggf. einen Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von 83,00 Euro zum Entlastungsbetrag. Voraussetzung ist, dass die Höchstleistungsansprüche für die Pflegesachleistung, das Pflegegeld und die Tages-/Nachtpflege ab dem 1.1.2017 nicht jeweils um 83,00 Euro höher liegen als im Vergleich zu den Leistungssätzen in 2016. Dies betrifft jedoch nur die Pflegebedürftigen, die bis zum 31.12.2016 Pflegesachleistungen im Rahmen der Härtefallregelung erhielten (1.995,00 Euro monatlich) und bei denen gleichzeitig eine erhöhte Einschränkung in der Alltagskompetenz vorliegt. Diese Versicherten haben von ihrer Pflegekasse dazu eine Mitteilung im Überleitungsbescheid zum Ende des Jahres 2016 erhalten.

51

Den sogenannten Besitzstand sollen nachfolgende Beispiele verdeutlichen:

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher mit erhöhter Einschränkung in der Alltagskompetenz

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

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

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Beispiel 2

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

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

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

52

Welches Verfahren gilt für die Auszahlung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen?

Die Kosten für die nötigen Maßnahmen werden nach Vorlage der Rechnungen für die anerkannten Betreuungs- und Entlastungsangebote von der Pflegekasse erstattet. Allerdings ist der Betrag zweckgebunden, gilt also nur für bestimmte Betreuungs- und Entlastungsangebote.

Was sind zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen?

Über das Budget der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen können folgende Angebote genutzt werden:

- Aufstocken der Regelleistung Kurzzeitpflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der Kurzzeitpflege,
- Aufstocken der Regelleistung teilstationäre Pflege oder Erstattung von Eigenanteilen im Rahmen der teilstationären Pflege,
- besondere Leistungen der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung von ambulanten Vertragspflegegediensten (keine Leistungen der Grundpflege),

3. Leistungen der Pflegeversicherung

- niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen. (Das sind Angebote von Leistungserbringern, die eine spezielle Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht haben.)

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

3.15 Gut zu wissen

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

53

3.16 Pflegehilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmittel

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

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe. Hierfür zahlt die Pflegekasse bis zu 40,00 Euro monatlich.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

- Technische Hilfen sind nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und werden üblicherweise geliehen. Hierzu gehören beispielsweise Pflegebetten oder Hausnotrufsysteme. Hierbei trägt der zu Pflegenden (ab 18 Jahren) grundsätzlich 10 % der anfallenden Kosten, maximal jedoch 25,00 Euro.

Zur Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln sprechen Sie bitte mit Ihrem Hausarzt oder Ihrer Pflegekasse.

Ab dem 1.1.2017 können die Leistungen von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 genutzt werden.

3.17 Wohnungsanpassung und Wohnumfeldverbesserung

- 54 Unabhängig von dem Pflegegrad eines Pflegebedürftigen zahlt die Pflegekasse auf Antrag einen Zuschuss von bis zu 4.000,00 Euro zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Dieser Zuschuss wird ohne Einkommensprüfung gewährt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, ist der Gesamtbetrag auf 16.000 Euro begrenzt. Diese müssen zum Ziel haben, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine weitgehend selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen und somit die Abhängigkeit von einer Pflegekraft zu verringern.

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

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.18 Rentenversicherungsbeiträge für ehrenamtlich Pflegenden

Was passiert mit Ihrem Rentenanspruch, wenn Sie während Ihrer Pflege-tätigkeit nicht mehr arbeiten?

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

Die Voraussetzungen

- Sie pflegen ehrenamtlich, das heißt, Sie erhalten keine Vergütung vom Pflegebedürftigen für Ihre Arbeit. Der Pflegebedürftige darf Ihnen aber das Pflegegeld überlassen.
- Sie arbeiten gar nicht oder nur maximal 30 Stunden pro Woche in Ihrem Beruf.
- Sie beziehen nicht selbst Altersrente.
- Sie betreuen einen oder mehrere Pflegebedürftige(n) und wenden dafür insgesamt mindestens 14 Stunden pro Woche auf.
- Sie pflegen voraussichtlich mehr als zwei Monate oder 60 Tage im Jahr.

55

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

Was hat sich zum 1.1.2017 geändert?

Die Pflegekasse zahlt ab dem 1.1.2017 für Pflegepersonen, die Angehörige bzw. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig zwei Tage in der Woche, zu Hause pflegen, die Beiträge zur Rentenversicherung.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.19 Gesetzliche Unfallversicherung

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

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

3.20 Arbeitslosenversicherung

56

Hat die Pflegeperson ihre Beschäftigung wegen der Pflege Tätigkeit unterbrochen oder auch ganz aufgegeben, zahlt die Pflegekasse ab dem 1.1.2017 für die Dauer der Pflege auch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

3.21 Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei einer akuten oder unerwarteten Pflegesituation in der Familie können alle Arbeitnehmer eine kurzzeitige Freistellung von zehn Tagen in Anspruch nehmen. In dieser Zeit kann die Pflege für den Angehörigen organisiert werden. Die Regelung gilt unabhängig von der Zahl der Beschäftigten des Unternehmens. Der Arbeitgeber kann aber eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung verlangen. Der Schutz der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt für die Zeit der Freistellung bestehen. Ein Anspruch auf Gehaltsfortzahlung besteht nicht. Für diese Zeit kann ein Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegezeit

Wenn Berufstätige einen nahen Angehörigen, bei dem mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt, in seiner häuslichen Umgebung selber pflegen möchten, haben sie einen Anspruch auf unbezahlte, sozialversicherte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Dieser Anspruch besteht jedoch nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Die Pflegezeit muss dem Arbeitgeber mindestens zehn Tage vor Beginn schriftlich angekündigt werden. Außerdem müssen der Zeitraum und die Länge der Pflegezeit mitgeteilt werden. Auch eine teilweise Freistellung ist im Rahmen einer schriftlichen Vereinbarung möglich. Die Pflegebedürftigkeit des oder der nahen Angehörigen muss gegenüber dem Arbeitgeber nachgewiesen werden durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

57

Soziale Absicherung in der Pflegezeit

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da während dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte keine Familienversicherung möglich sein, muss sich der Pflegendе freiwillig in der Krankenversicherung weiter versichern und zahlt dafür in der Regel den Mindestbeitrag. Mit der Krankenversicherung ist der Pflegendе auch automatisch pflegeversichert. Auskünfte erteilen die Kranken- und Pflegekassen. Zur Sicherung des Lebensunterhaltes während der Freistellung besteht ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

3. Leistungen der Pflegeversicherung

3.22 Familienpflegezeit

Die staatlich geförderte Familienpflegezeit gibt berufstätigen Angehörigen die Möglichkeit, ihren pflegebedürftigen Angehörigen bis zu zwei Jahren zu Hause zu pflegen und ihre Arbeitszeit in diesem Zeitraum auf bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren. Das Gehalt reduziert sich jedoch nur um die Hälfte der Arbeitszeitverkürzung, da der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt während der Pflegephase durch einen Vorschuss aufstockt. Wenn der Arbeitnehmer also seine Arbeitszeit von 100 auf 50 % reduziert, erhält er trotzdem 75 % seines Gehaltes; bei einer Reduzierung der Arbeitszeit von 50 auf 40 % büßt der Arbeitnehmer 5 % seines Brutto-Gehaltes ein. Nach der Pflegephase zahlt der Arbeitnehmer diesen Vorschuss wieder zurück, indem er so viel arbeitet wie vorher, aber nur so viel Gehalt wie in der Pflegephase erhält. Die Rückzahlphase bzw. Nachpflegephase dauert so lange, wie die Pflegephase gedauert hat. Die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen (hierunter fallen auch unverheiratete Lebenspartner) muss durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

58

Ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit besteht nicht. Wenn der Arbeitgeber dieser Regelung zustimmt, muss über die Einzelheiten eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden. Der Arbeitgeber erhält für die Zeit der Pflegephase ein zinsloses Darlehen in Höhe der Aufstockung vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben für den Lohnvorschuss. Der Arbeitnehmer ist gesetzlich verpflichtet, eine Familienpflegezeitversicherung (ca. 15 Euro monatlich) abzuschließen, die den Arbeitgeber für den Fall absichert, dass der Pflegenden selber durch Berufsunfähigkeit den Gehaltsvorschuss nicht zurückzahlen kann. Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis während der Pflege und Nachpflegephase nicht kündigen. Der Arbeitnehmer verliert keine Rentenansprüche, da die Pflegekasse während der Pflegezeit fehlende Beiträge aufstockt. Weitere Informationen zur Familienpflegezeit erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, in Pflegeberatungsstellen und auf der Internetseite www.familien-pflege-zeit.de des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Dort finden Sie auch einen Vordruck für eine „Vereinbarung zur Familienpflegezeit“.

4.1 Schwerbehinderung

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

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

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

59

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

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

4. Schwerbehinderung

Die Auswirkungen sind ein

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

4.2 Zuständigkeit und Antragstellung

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

60

Dieser Antrag kann unter www.berlin.de/lageso/behinderung/ heruntergeladen werden.

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

Sprechzeiten (mit und ohne Termin): montags und dienstags 9 –15 Uhr, donnerstags 9 –18 Uhr, freitags 9 –13 Uhr.

Folgende Punkte sollten bei der Antragstellung beachtet werden

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

4. Schwerbehinderung

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

61

Grundlage für die Einstufung ist die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)

Informationen dazu können auch in der Broschüre „ABC Behinderung und Beruf“ nachgelesen werden. Diese Broschüre können Sie aus dem Internet als pdf-Datei unter

4. Schwerbehinderung

[https://www.berlin.de/lageso/behinderung/arbeit-und-behinderung-integrationsamt/publikationen/ herunterladen](https://www.berlin.de/lageso/behinderung/arbeit-und-behinderung-integrationsamt/publikationen/herunterladen).

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

4.3 Merkzeichen

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

62

Es gibt folgende Merkzeichen

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

4.4 Nachteilsausgleiche

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

Nachteilsausgleiche

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

4. Schwerbehinderung

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

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

4.5 Der Schwerbehindertenausweis

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

Neuerung

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

Gültigkeit

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

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

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

4. Schwerbehinderung

Verlängerung

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

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

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

66

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

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

5.1 Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

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

67

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

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

5. Rückkehr in den Beruf

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

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

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

68

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

5.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen

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

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

5. Rückkehr in den Beruf

5.3 Kostenträger

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

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

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

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

Zuständigkeit für schwerbehinderte Menschen

Für schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben sind die Integrationsfachdienste zuständig.

Sie erfüllen folgende Aufgaben:

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

Ein Verzeichnis der Integrationsfachdienste (Integrationsämter) finden Sie auf Seite 94f.

6. Einkommensarten

6.1 Krankengeld

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

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

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

72

Ausschluss des Krankengeldes (§ 50 SGB V)

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

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

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

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld (§ 49 SGB V)

Der Anspruch auf Krankengeld ruht bei

- Lohnfortzahlung
- Übergangsgeld
- Versorgungskrankengeld
- Kurzarbeitergeld
- ALG I

- Mutterschaftsgeld und
- während der Elternzeit

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

Ende des Krankengeldes (sog. Aussteuerung, § 48 SGB V)

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

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

73

6.2 Wegfall des Krankengeldes

Aufforderung zur Rehabilitation

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

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

6. Einkommensarten

Antrag auf Rente

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

Antrag auf Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit (§ 145 SGB V)

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

74

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

Antrag beim Jobcenter

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

Übergangsgeld

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

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

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

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

6. Einkommensarten

6.3 Abgestufte Erwerbsminderungsrente

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

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

Es besteht Anspruch auf

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

76

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

Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI

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

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

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

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

zu 1.

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

zu 2.

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

zu 3.

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

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

6. Einkommensarten

6.4 Rente auf Zeit

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

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

78

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

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

6.5 Weitere Rentenarten

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

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

berechnungen vorgenommen werden. Ehrenamtlich tätige Versichertenberater helfen beim Ausfüllen von Anträgen. Die Adressen der Beratungsstellen sind unter www.deutsche-rentenversicherung.de aufgeführt. Hier können außerdem Broschüren und Antragsvordrucke heruntergeladen werden. Weitere Anschriften, auch für telefonische oder schriftliche Nachfragen, finden Sie im Anhang ab Seite 88.

6.6 Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII

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

79

Voraussetzungen für die Bewilligung von Grundsicherung sind

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

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

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

6. Einkommensarten

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

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

80

Ihre Fragen zu Umfang und Höhe der Leistungen, zur Anrechnung von Vermögen und zur Dauer der Leistungen nach dem SGB XII sollten Sie unbedingt beim zuständigen Mitarbeiter des Sozialamtes stellen!

6.7 Härtefonds

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

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

Kontaktdaten Härtefonds

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

Deutsche Krebshilfe
Härtefonds
Buschstr. 32, 53113 Bonn
Telefon: (02 28) 7 29 90-94
www.krebshilfe.de

7. Palliative Versorgung

7.1 Was ist Palliativmedizin?

Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO

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

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

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

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

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

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

7.2 Einleitung der palliativen Versorgung

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

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

Auskunft erteilen auch Pflegeberatungsstellen, der klinische Sozialdienst, Seelsorger und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (Adresse auf Seite 96).

7. Palliative Versorgung

7.3 Finanzierung der stationären palliativen Versorgung

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

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

7.4 Ambulante Hospizarbeit

84

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

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

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

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

7. Palliative Versorgung

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

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

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

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

85

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

7.5 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

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

7. Palliative Versorgung

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

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

86

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

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

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

Ansprechpartner zum Thema Krebs

Berliner Krebsgesellschaft e.V.

Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Sprechzeiten: montags bis freitags 8.30–17.00 Uhr

Telefon: (0 30) 2 83 24 00

E-Mail: info@berliner-krebsgesellschaft.de

Internet: www.berliner-krebsgesellschaft.de

Krebsinformationsdienst

Telefon: 0800 - 420 30 40

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Ansprechpartner für Sozialleistungen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bürgertelefon Fragen zur Rente

Sprechzeiten: montags bis donnerstags 8–20 Uhr

Telefon: (0 30) 22 19 11 001

Informationen für behinderte Menschen:

Telefon: (0 30) 22 19 11 006

E-Mail: info@bmas.bund.de

Internet: www.bmas.de

Deutsche Rentenversicherung

Telefon: 0800 - 1000 4800

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

8. Anhang

Beratungsstellen der Gesundheitsämter in den Bezirken

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

Charlottenburg-Wilmersdorf – Beratungsstelle für behinderte, pflegebedürftige, krebserkrankte und aidskranke Menschen

Hohenzollerndamm 174–177, 10713 Berlin

Sprechzeiten: dienstags und donnerstags 9–12 Uhr

Telefon: (0 30) 90 29 -1 61 81

E-Mail: bfb-sozialdienste@charlottenburg-wilmersdorf.de

88

Friedrichshain-Kreuzberg – Soziale Beratung für behinderte, chronisch erkrankte und alte Menschen

Koppenstr. 38–40, 10243 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 98 83 59

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

Lichtenberg – Beratungsstelle für behinderte, chronisch kranke, krebs- und aidskranke Menschen

Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin

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

Telefon: (0 30) 9 02 96 75 42

E-Mail: stefanie.prantel@lichtenberg.berlin.de

Marzahn-Hellersdorf

Beratungsstelle für Behinderte und Krebskranke

Janusz-Korczak-Str. 32, 12627 Berlin

Sprechzeiten: dienstags und donnerstags 9–12 Uhr

Telefon: (0 30) 9 02 93 37 41

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

Mitte

Beratungsstelle für Behinderte und krebserkrankte Menschen

Telefon: (0 30) 9 01 84 50 66, (0 30) 9 01 84 51 81, (0 30) 9 01 84 32 87

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

Haus der Gesundheit Wedding:

Reinickendorfer Str. 60 A, 13347 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr,

donnerstags 9–12 Uhr (Telefonsprechstunde)

Kiezsprechstunde im Stadtschloss Moabit:

Rostocker Str. 32, 10553 Berlin

Sprechzeiten: mittwochs 13–15 Uhr

Neukölln

Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und Aids

Gutschmidtstr. 31, 12059 Berlin

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

Telefon: (0 30) 9 02 39 -12 16, -20 77

E-Mail: gertraude.mittag@bezirksamt-neukoelln.de

89

Pankow

Beratungsstelle für behinderte Menschen

Grunowstr. 8–11, 13187 Berlin

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

Telefon: (0 30) 9 02 95-28 02, -28 32

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

Reinickendorf

Beratungsstelle für Behinderte und Krebskranke

Teichstr. 65, Haus 4, 13407 Berlin

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

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

E-Mail: behindertenberatung@reinickendorf.berlin.de

8. Anhang

Spandau

Beratungsstelle für behinderte, krebs- und aidskranke Menschen

Melanchthonstr. 8, 13595 Berlin

Sprechzeiten: dienstags 9–12 Uhr, donnerstags 16–18 Uhr
und nach Vereinbarung

Telefon: (0 30) 36 99-76 11, -76 44

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

Steglitz-Zehlendorf

Beratungsstelle für behinderte Menschen, Krebs- und AIDS-Kranke

Potsdamer Str. 8, 14163 Berlin

Sprechzeiten: donnerstags 9–12 Uhr und nach Vereinbarung

Telefon: (0 30) 9 02 99 47 07

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

90

Tempelhof-Schöneberg

Soziale Beratungsstelle für Krebskranke

Rathausstr. 27, 12105 Berlin

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

Telefon: (0 30) 9 02 77-72 94, -73 37

E-Mail: Sabzian@ba-ts.berlin.de, moeller-giese@ba-ts.berlin.de

Treptow-Köpenick

Beratungsstelle für behinderte und krebskranke Menschen

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

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

Telefon: (0 30) 9 02 97 48 40

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

Standort II: Altglienicke

Sprechzeiten: jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat, 12–15 Uhr
im Bürgerhaus Altglienicke, Kiezclub, Raum 127,

Ortolfstr. 182, 12524 Berlin

Telefon: (0 30) 9 02 97 67 25

Weitere Beratungsstellen für soziale Fragen

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

Landesamt für Gesundheit und Soziales

KundenCenter im Versorgungsamt, Sächsische Str. 28, 10707 Berlin
Sprechzeiten: montags und dienstags 9–15 Uhr,
donnerstags 9–18 Uhr, freitags 9–13 Uhr
Telefon: (0 30) 9 02 29 64 64, Bürgertelefon: 115
E-Mail: infoservice@lageso.berlin.de
Internet: www.lageso.berlin.de/behinderung

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Beratungsstelle Berlin

c/o Sozialverband vdk, Legiendamm 4, 10179 Berlin

Sprechzeiten: montags 13–17 Uhr, dienstags 10–12 und 14–16 Uhr,
mittwochs 12–14 Uhr, donnerstags 10–16 Uhr

Telefon: (0 30) 8 56 29 18 10

E-Mail: berlin@patientenberatung.de

Internet: www.patientenberatung.de

Telefonische Beratung

Deutsch: 0800 - 011 77 22 (gebührenfrei aus allen Netzen)
montags bis freitags 8–22 Uhr und samstags 8–18 Uhr

Türkisch: 0800 - 011 77 23 (gebührenfrei aus allen Netzen)
montags bis samstags 8–18 Uhr

Russisch: 0800 - 011 77 24 (gebührenfrei aus allen Netzen)
montags bis samstags 8–18 Uhr

Arabisch: 0800 - 33 22 12 25 (gebührenfrei aus allen Netzen)
dienstags 11–13 Uhr und donnerstags 17–19 Uhr

Beratung vor Ort: nach Terminvergabe

Telefon: 0800 - 011 77 25

E-Mail: terminvereinbarung@patientenberatung.de

8. Anhang

Deutsche Rentenversicherung – Auskunfts- und Beratungsstelle

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

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Die Beratungen erfolgen ausschließlich nach Terminvereinbarung!

Standort I: Berlin-Charlottenburg, Knobelsdorffstr. 92, 14059 Berlin

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

Telefon: (0 30) 30 02 18 05

Standort II: Berlin-Marzahn, Allee der Kosmonauten 33 F, 12681 Berlin

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

Telefon: (0 30) 30 02 18 05

92

Beratung und Unterstützung bei der Organisation und Finanzierung von Unterstützungsmöglichkeiten im Studium und im Alltag sowie der Gewährung von technischen und personellen Hilfen im Studium.

Studentenwerk Berlin

Beratung für Studierende mit Behinderung und chronischer Erkrankung
Hardenbergstr. 34, 10623 Berlin

Sprechzeiten: nach Hochschule siehe Internet

Telefon: (0 30) 9 39 39 84 16

E-Mail: beh.beratung.hardenbergst@studentenwerk-berlin.de

Internet: www.studentenwerk-berlin.de/bub/behinderte/index.html

Integrationsfachdienste in Berlin

Die Integrationsfachdienste unterstützen schwerbehinderte Menschen bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben und bei der Sicherung ihres Arbeitsplatzes.

Integrationsfachdienst Nord

Lebenswelten e.V., Prenzlauer Allee 90, 10409 Berlin
Telefonische Sprechzeiten: montags bis mittwochs 9–17 Uhr,
donnerstags 9–18 Uhr, freitags 9–14 Uhr
Beratungsgespräche erfolgen nur nach Terminvereinbarung.
Sprechzeiten für Neuanmeldungen: donnerstags 15–18 Uhr
Telefon: (0 30) 4 05 04 74 10
E-Mail: ifd@lebenswelten.de
Internet: www.lebenswelten.de

93

Integrationsfachdienst Südwest

Berufliche Sicherung
Wexstr. 2, 10825 Berlin
Offene Sprechzeiten: donnerstags 15–18 Uhr und nach Vereinbarung
Telefon: (0 30) 84 85 05 10
E-Mail: ifd@lwnet.de
Internet: www.lwerk-berlin.de

Integrationsfachdienst Ost

Berufsbegleitung für schwerbehinderte Menschen
Charlottenburger Str. 140, 13086 Berlin
Sprechzeiten: donnerstags 15–18 Uhr und nach Vereinbarung
Telefon: (0 30) 48 49 59 10
E-Mail: ifd@wib-verbund.de
www.wib-verbund.de

8. Anhang

Integrationsfachdienst Mitte

Berufsbegleitung, Vermittlung für arbeitssuchende Rehabilitanden

Alt-Moabit 96 A, 10559 Berlin

Sprechzeiten: donnerstags 15–18 Uhr und nach Vereinbarung

Telefon: (0 30) 4 99 18 80

E-Mail: ifd@u-s-e.org

Internet: www.ifd.mitte.de

Integrationsfachdienst Süd

Martin-Hoffmann-Str. 18, 12435 Berlin

Sprechzeiten: montags bis mittwochs 9–15 Uhr, donnerstags 9–18 Uhr,
freitags 9–14 Uhr und nach Vereinbarung

Offene Sprechzeiten für Neuanmeldungen: donnerstags 15–18 Uhr

Telefon: (0 30) 68 40 94 60

E-Mail: ifdsued@lebenswelten.de

Internet: www.lebenswelten.de

94

Integrationsfachdienst West

Berufsbegleitung und Rehavermittlung

Rankestr. 17, 10789 Berlin

Sprechzeiten: montags bis mittwochs 9–15 Uhr,

donnerstags 9–18 Uhr, freitags 9–14 Uhr

Telefon: (0 30) 9 21 02 39 88

Offene Sprechzeiten für Neuanmeldungen: donnerstags 15–18 Uhr

Telefon: (0 30) 92 10 23 90

E-Mail: mueller.ifd@mosaik-berlin.de

Internet: www.mosaik-berlin.de

Ansprechpartner für Pflege und Palliativ

Pflegestützpunkte in Berlin

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

AG SAPV

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

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

Aachener Str. 5, 10713 Berlin
Telefon: (030) 82 00 75 80
Internet: www.dhpv.de



**Berliner
Krebsgesellschaft e.V.**

Durch Wissen zum Leben

Rat und Hilfe bei Krebs

**Psychoonkologische Beratung und medizinische Informationen
für Krebsbetroffene und Angehörige**

Hier finden Sie uns:

Mitte

Berliner Krebsgesellschaft e.V.
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
montags bis freitags
8.30 bis 17.00 Uhr

Kreuzberg

Beratung für Frauen in Türkisch,
Bahar e.V.
Mehringdamm 34
10961 Berlin
montags 11 bis 14 Uhr

Spandau

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

Treptow-Köpenick

Onkologie am Segelfliegerdamm
Segelfliegerdamm 95
12487 Berlin
donnerstags 11 bis 16 Uhr



Eine Rufnummer für alle Standorte:

Telefon (030) 283 24 00

beratung@berliner-krebsgesellschaft.de

www.berliner-krebsgesellschaft.de

Hinter jedem Patienten steht ein Mensch!

Wir setzen uns dafür ein, dass von Krebs betroffene Menschen wieder mit Zuversicht in die Zukunft blicken. Mit Ihrer Spende helfen Sie direkt den Menschen, die wir begleiten und unterstützen.



Spendenkonto

Bank für Sozialwirtschaft

BIC BFSWDE33BER

IBAN DE25 1002 0500 0001 2383 00

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

www.berliner-krebsgesellschaft.de