

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Bundesverband e.V.

Soziale Informationen 2017



Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller
Förderung der Deutschen Krebshilfe

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.



Impressum

Herausgeber:

Frauensebsthilfe nach Krebs
Bundesverband e.V.

Verantwortlich i.S.d.P.:

Dr. Sylvia Brathuhn

Redaktion:

Caroline Mohr

Gesamtherstellung:

Dietz Druck Heidelberg

40. überarbeitete Auflage

Stand: Januar 2017

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

Die Mitglieder der Frauenselbsthilfe nach Krebs kennen die auftretenden Fragestellungen aus eigenem Erleben. Sie wissen, welche Informationen notwendig, hilfreich und ermutigend sind, denn sie sind alle selbst an Krebs erkrankt und haben ihren eigenen Weg der Krankheitsbewältigung gefunden. Dazu hat nicht zuletzt das Wissen über die vielfältigen sozialen Leistungen, die unser System für einen an Krebs erkrankten Menschen bereithält, beigetragen.

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

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

Mit den besten Wünschen für eine gute Zeit

Ihre



Dr. phil. Sylvia Brathuhn
Bundesvorsitzende

Über uns – die Frauenselbsthilfe nach Krebs

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) ist eine der ältesten und größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. 1976 wurde sie in Mannheim gegründet. Heute ist die FSH in elf Landesverbänden organisiert mit einem dichten Netz an regionalen Gruppen, in denen etwa 35.000 Frauen und Männer mit unterschiedlichen Krebserkrankungen Rat und Hilfe finden.

Leitmotiv unserer Arbeit

Das Leitmotiv unserer Arbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Als Menschen mit einer Krebserkrankung unterstützen wir andere Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Wir helfen ihnen dabei, sich zu mündigen und kompetenten Partnern der Ärzte zu entwickeln, die

- an der Entscheidungsfindung zur Therapie beteiligt sind,
- ihren Gesundheitsprozess aktiv mitgestalten,
- ihren eigenen Weg der Krankheitsbewältigung gehen,
- selbstbewusst und zufrieden sind.

Unser Motto lautet: **„Auffangen – Informieren – Begleiten“**:

Unsere Gruppen/Unser Forum

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

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

Neben dem Erfahrungsaustausch hat in vielen Gruppen die Wissensvermittlung z.B. durch Vorträge von Experten einen hohen Stellenwert. Außerdem werden oft gemeinsame Aktivitäten angeboten wie Gymnastik, Schwimmen, Walken, kreatives Arbeiten usw., die dazu beitragen sollen, die Erkrankung besser zu bewältigen.

Eine Gruppe in Ihrer Nähe finden Sie hier: www.frauenselbsthilfe.de/kontakt/gruppen-vor-ort.html

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

Unsere Qualifikation

Damit unsere Laienberatung zeitgemäß, qualifiziert und entsprechend den Erfordernissen unseres Gesundheitssystems ist, werden die Gruppenleitungsteams und die Moderatorinnen im Forum intensiv geschult.

Unsere Finanzierung

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

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

Scheuen Sie sich nicht,

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

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

Inhaltsverzeichnis

I.	Beantragung eines Schwerbehindertenausweises	10
1.	Rechtsgrundlagen	11
2.	Feststellung der Behinderung	12
2.1	Heilungsbewährung	12
2.2	Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) / Grades der Schädigungsfolgen (GdS)	13
2.2.1	<i>Weibliche Geschlechtsorgane</i>	13
2.2.2	<i>Prostatatumore</i>	16
2.2.3	<i>Lungentumore</i>	16
2.2.4	<i>Darmtumore</i>	16
3.	Nachteilsausgleiche (Vergünstigungen)	17
3.1	Pauschbeträge für behinderte Menschen (Steuervergünstigungen)	17
3.2	Nachteilsausgleiche bei der PKW-Nutzung	18
3.2.1	<i>Steuerermäßigung für Fahrtkosten</i>	18
3.2.2	<i>Kraftfahrzeugsteuer – Ermäßigung und Befreiung</i>	19
3.2.3	<i>Beitragsermäßigung für Automobilclubs</i>	20
3.2.4	<i>Behinderten-Rabatt beim Autokauf</i>	20
3.2.5	<i>Parkerleichterung</i>	20
3.3	Nachteilsausgleiche bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs	21
3.3.1	<i>Deutsche Bahn</i>	22
3.4	Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz	22
3.4.1	<i>Kündigungsschutz</i>	22
3.4.2	<i>Zusatzurlaub</i>	23
3.4.3	<i>Ermäßigung der Schulpflichtstunden für Lehrer</i>	23
3.4.4	<i>Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte</i>	23
3.5	Sonstige Nachteilsausgleiche	24
3.5.1	<i>Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (GEZ)</i>	24
3.5.2	<i>Ermäßigung der Telefongebühren</i>	24
3.5.3	<i>Wohngeld</i>	24

3.6	Steuerliche Erleichterung bei Schwerpflegebedürftigkeit	25
3.7	Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen	25
4.	Muster für Anträge auf Schwerbehinderung und Widerspruchsschreiben	26
4.1	Antrag auf Schwerbehinderung nach SGB IX.....	26
4.2	Änderung des Feststellungsbescheides	28
4.3	Rechtsbehelf	29
5.	Tipps zur Antragsstellung	32
II.	Patientenrechte	
1.	Patientenrechtgesetz.....	33
2.	Möglichkeiten für Beschwerden über Behandlungsfehler	34
3.	Patientenverfügung	35
4.	Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung	36
III.	Angebote des Gesundheitssystems	
1.	Gesetzliche Krebsfrüherkennung	39
1.1	Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Frauen.....	39
1.2	Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer.....	40
2.	Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.....	40
2.1	Hilfsmittel	40
2.1.1	<i>Kostenübernahme und Zuzahlung bei der Brustprothetik</i>	<i>41</i>
2.1.2	<i>Perücken bei Haarverlust durch Chemotherapie.....</i>	<i>42</i>
2.2	Heilmittel.....	42
2.2.1	<i>Manuelle Lymphdrainage.....</i>	<i>42</i>
3.	Weitere Leistungen der Krankenkassen	43
3.1	Hospizpflege (§ 39 a SGB V)	43
3.2	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V).....	44
3.3	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	44
3.4	Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)	44
3.5	Krankengeld (§§ 44, 46 - 51 SGB V).....	45
3.6	Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V)	46
3.7	Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)	46

3.8	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	46
4.	Organzentren	47
5.	Disease Management Programm Brustkrebs	48
6.	Klinische Studien	49

IV. Rund ums Geld

1.	Zuzahlungen und Gebühren im Überblick	50
1.1	Festbeträge für Arzneimittel	52
1.2	Zuzahlungsbefreite Arzneimittel	52
2.	Belastungsgrenzen	52
2.1	Absenkung der Belastungsgrenze – Chronikerregelung	53
3.	Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen nicht übernehmen	55
3.1	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	55
3.2	Zahnersatz	56
3.3	Lifestyle-Präparate	56
3.4	Sehhilfen – Brillen	56
3.5	Sterbegeld, Entbindungsgeld	56
3.6	Sterilisation	56
3.7	Künstliche Befruchtung	56
3.8	Fahrtkosten	56
4.	Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	58
4.1	Erhöhung des Beitragssatzes der GKV	58
4.2	Erhebung eines Zusatzbeitrags durch die Krankenkassen	58

V. Pflegeversicherung

1.	Das Pflegestärkungsgesetz II (2017)	59
2.	Häusliche Pflege	61
2.1	Beträge für häusliche Pflege	61
2.2	Leistungen der Tages- und Nachtpflege 2017	62
2.3	Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	63

2.4	Kurzzeitpflege	63
3.	Leistungen Stationäre Pflege 2017	64
4.	Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Entlastungsbetrag	64
5.	Leistungen zur sozialen Sicherung einer Person.....	65

VI. Rehabilitation

1.	Medizinische Rehabilitation	66
1.1	Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR)	66
1.2	Stationäre Nach- und Festigungs- sowie Rehabilitationskuren für an Krebs erkrankte Menschen	67
1.3	Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation.....	67
1.4	Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme	68
1.5	Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme.....	68
1.6	Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation.....	70
1.7	Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation	71
1.8	Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen.....	71
1.8.1	<i>Zuzahlungen zu Anschlussheilbehandlungen</i>	<i>71</i>
1.8.2	<i>Zuzahlungen zu stationären / ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen</i>	<i>71</i>
1.8.3	<i>Befreiung von der Zuzahlung</i>	<i>72</i>
1.9	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	72
1.10	Haushaltshilfe	73
1.11	Wahl der Rehabilitationseinrichtung	73
1.12	Ablehnung eines Antrages.....	74
2.	Berufliche Rehabilitation	74
2.1	Hamburger Modell	74
3.	Nicht-medizinische Rehabilitationsangebote	75
3.1	Angebote der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe nach Krebs	75
3.2	Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitation.....	76

VII. Rentengewährung

1. Altersrenten	77
1.1 Regelaltersrente (SGB VI)	77
1.2 Altersrente für langjährig Versicherte	77
1.3 Altersrente für besonders langjährig Versicherte	78
1.4 Altersrente für schwerbehinderte Menschen	78
2. Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit (§ 43 SGB VI)	79
3. Hinzuverdienst bei vorzeitigen Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten (§§ 34, 96a SGB VI)	80
3.1 Hinzuverdienstgrenze für eine Vollrente	80
3.2 Hinzuverdienstgrenzen für eine Altersteilrente.....	80
3.3 Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Erwerbsminderung ...	81
3.4 Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze.....	82

VIII. Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung, Sozialgeld

1. Arbeitslosengeld I nach einer befristeten Rente	83
2. Grundsicherung	84
2.1 Sozialgeld	84
2.2 Arbeitslosengeld II	85

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

X. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	88
---	----

Nachwort	89
-----------------------	----

Literatur, Adressen, Empfehlungen	90
--	----

Abkürzungen:

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

I. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises

Krebskranken wird in der Regel nach Diagnose und Akutbehandlung fünf Jahre lang ein Schwerbehindertenausweis gewährt, um einige der durch die Erkrankung und die notwendigen Therapien entstehenden Nachteile auszugleichen. Mit ihm erhalten sie z.B. einen besseren Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub und diverse Steuererleichterungen. Aber auch für nicht Berufstätige bietet der Schwerbehindertenausweis wichtige Erleichterungen. Der Ausgleich geschieht durch Vergünstigungen auf mehreren Ebenen und ist nicht zuletzt abhängig von dem festgestellten Grad der Behinderung (GdB).

Zu den Vergünstigungen zählen zum Beispiel:

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

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

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

Den Schwerbehindertenausweis gibt es in zwei Ausführungen: Der „grüne“ Ausweis bescheinigt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und die gesundheitlichen Merkmale (siehe S.11). Den „grün-orangefarbenen Freifahrtausweis“ erhalten schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr in Anspruch nehmen können.

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

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

1. Rechtsgrundlagen

Es gibt vier Umschreibungen von Behinderung:

- „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).
- Als schwerbehinderte Menschen gelten Personen, deren Grad der Behinderung (GdB) nicht nur vorübergehend mindestens 50 beträgt.
- Der GdB bezieht sich auf die Auswirkungen einer Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, der Teilhabe in allen Lebensbereichen und nicht nur im Erwerbsleben (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Behinderte mit einem GdB von weniger als 50, jedoch mindestens 30 können auf Antrag unter gewissen Voraussetzungen „gleichgestellt“ werden (§ 2 Abs.2 SGB IX); zum Beispiel wenn infolge einer Behinderung ohne die Gleichstellung kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder erhalten werden kann.
- Erwerbsminderung: Teilweise (bzw. voll) erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs (bzw. drei) Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs.1 Satz 2 bzw. Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtwirkung maßgebend.

2. Feststellung der Behinderung (Grad der Behinderung)

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

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

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

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

2.1 Heilungsbewährung

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

Nach Ablauf der Zeit der „Heilungsbewährung“ wird der GdB herabgesetzt, sofern während dieser Zeit keine Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen aufgetreten

sind. Es wird dann nur noch der Organverlust bewertet. Um eine ungerechtfertigte Rückstufung zu vermeiden, sollten eventuell aufgetretene Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen sowie in der Zwischenzeit aufgetretene andere Erkrankungen dem Versorgungsamt mit den beigefügten Arztberichten mitgeteilt werden. Auch von evtl. aufgetretenen Folgeschäden muss dem Versorgungsamt Kenntnis gegeben werden (siehe dazu den Änderungsantrag auf S. 28).

Wird eine Rückstufung als ungerecht erachtet, kann Widerspruch eingelegt werden (siehe dazu Formulierungsvorschläge auf S. 30/31). Ist Rechtsberatung notwendig, können die Sozialverbände VdK und SoVD in Anspruch genommen werden.

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

Auszug aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Stand 2015). Die vollständigen Angaben sind zu finden unter www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de Als Broschüre sind die Versorgungsmedizinischen Grundsätze beim Sozialverband VdK erhältlich: 0228 82093-0.

2.2.1 Weibliche Geschlechtsorgane

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

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

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust

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

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

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

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

Verlust der Brust (Mastektomie) nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors

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

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

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

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

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung eines Zervixtumors im Stadium T1a N0 M0	50
nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration höchstens des inneren Drittels des Myometrium)	50

Heilungsbewährung von fünf Jahren

nach Entfernung eines Zervixtumors **GdB/GdS**

im Stadium (T1b bis T2a) N0 M0	50
--------------------------------	----

im Stadium T2b N0 M0	60
----------------------	----

in höheren Stadien	80
--------------------	----

nach Entfernung eines Korpustumors **GdB/GdS**

im Stadium T1 N0 M0 (Grading ab G2, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
---	----

im Stadium T2 N0 M0	60
---------------------	----

in höheren Stadien	80
--------------------	----

Verlust eines Eierstockes nach Entfernung eines malignen Tumors

Heilungsbewährung von fünf Jahren **GdB/GdS**

nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0	50
-------------------------------------	----

in anderen Stadien	80
--------------------	----

Beseitigung eines malignen Scheidentumors

Heilungsbewährung von fünf Jahren **GdB/GdS**

nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60
--------------------------------------	----

in höheren Stadien	80
--------------------	----

Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile

Heilungsbewährung von fünf Jahren **GdB/GdS**

nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0	50
--	----

sonst	80
-------	----

2.2.2 Prostataumore

Nach Entfernung eines malignen Prostataumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading G1)	50
<hr/>	
Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading ab G2) und T1b bis T2 N0 M0	50
nach Entfernung in höheren Stadien	wenigstens 80
<hr/>	
Maligner Prostataumor ohne Notwendigkeit einer Behandlung	50
auf Dauer hormonbehandelt	wenigstens 60
<hr/>	

2.2.3 Lungentumore

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

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

2.2.4 Darmtumore

Nach Entfernung eines malignen Darmtumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 oder von lokalisierten Darmkarzinoiden	50
mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	70–80
<hr/>	
Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren	wenigstens 80
mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	100
<hr/>	

3. Nachteilsausgleiche (Vergünstigungen)

3.1 Pauschbeträge für behinderte Menschen (Steuervergünstigungen)

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

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

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

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

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

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

- a. wenn wegen der Behinderung ein gesetzlicher Anspruch auf Rente (z. B. Unfallrente, nicht aber aus der gesetzlichen Rentenversicherung) oder andere laufende Bezüge besteht.

- b. wenn die Körperbehinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat.
- c. wenn die Körperbehinderung auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

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

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

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

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

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

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

3.2 Nachteilsausgleiche bei der PKW-Nutzung

3.2.1 Steuerermäßigung für Fahrtkosten

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

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

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

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

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

3.2.2 Kraftfahrzeugsteuer – Ermäßigung und Befreiung

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

Die Fahrzeuge müssen auf den behinderten Menschen, der auch geschäftsunfähig sein kann, zugelassen worden sein.

Eine Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung um 50 % erhalten Schwerbehinderte mit Merkzeichen »G«, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind. Anträge sind bei der zuständigen Kraftfahrzeugsteuerstelle des Finanzamtes unter Vorlage des Schwerbehindertenausweises zu stellen.

3.2.3 Beitragsermäßigung für Automobilclubs

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

3.2.4 Behinderten-Rabatt beim Autokauf

Wer im Besitz eines Schwerbehindertenausweises ist, kann beim Neuwagenkauf spezielle Rabatte nutzen. Der Bund behinderter Auto-Besitzer e.V. (BbAB) informiert über die Rabatte, die bei den verschiedenen Automarken angeboten werden: www.bbab.de oder Tel.: 0 68 26 / 57 82.

Zu beachten ist sind folgende Punkte:

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

3.2.5 Parkerleichterung

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

Auch schwerbehinderten Menschen, die nicht außergewöhnlich gehbehindert sind, werden Parkerleichterungen gewährt. Den orangefarbenen Parkausweis erhalten u.a. Stomaträger mit doppelten Stoma und einem GdB von mindestens 70. Er berechtigt nicht zum Parken auf allgemeinen Behindertenstellplätzen

(Rollstuhlfahrersymbol), sondern – sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht – u.a.:

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

3.3 Nachteilsausgleiche bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs

Schwerbehinderte mit einem GdB von mind. 50 und Merkzeichen »G« bzw. »aG«, deren Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr auf Grund ihrer Behinderung erheblich bzw. außergewöhnlich beeinträchtigt ist, sowie Gehörlose können die öffentlichen Verkehrsmittel (Straßenbahnen, Omnibusse, U- und S-Bahnen und u. U. in den Verkehrsverbund einbezogene Bahnen) unentgeltlich benutzen. Voraussetzung ist der Erwerb einer Wertmarke von 80€ pro Jahr, die auf dem Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis aufgebracht und vom Versorgungsamt ausgegeben wird. Der Betrag kann in zwei Raten gezahlt werden. Desgleichen kann dieser Personenkreis die unentgeltliche Beförderung mit der Deutschen Bahn in allen Zügen des Nahverkehrs – Regionalbahn (RB), Regionalexpress (RE) und Interregio-Express (IRE) in der zweiten Klasse – in Anspruch nehmen (siehe auch Punkt 3.3.1).

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

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

Bei Schwerbehinderten mit Merkzeichen »B« und / oder »Bl« wird die Begleit-

person unentgeltlich ohne km-Begrenzung im öffentlichen Personenverkehr (DB und andere Betreiber öffentlichen Personenverkehrs) befördert.

3.3.1 Deutsche Bahn

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

- Bahncard 50 zum halben Preis bei einem GdB von mindestens 70,
- unentgeltliche Beförderung von Rollstühlen,
- unentgeltliche Platzreservierungen,
- Bereitstellen von Parkplätzen an Bahnhöfen.

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

Nähere Auskünfte erhalten Sie in den Dienststellen der Deutschen Bahn, im Internet unter www.bahn.de und in der Mobilitätszentrale (Tel.: 01805 / 512512). Die Broschüre „Mobil mit Handicap“ ist kostenlos in größeren Bahnhöfen erhältlich und gibt einen Überblick über die Angebote der Deutschen Bahn.

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

3.4 Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz

3.4.1 Kündigungsschutz

Für Schwerbehinderte besteht erweiterter Kündigungsschutz. Bevor die Kündigung ausgesprochen werden kann, muss die Zustimmung des Integrationsamtes (früher Hauptfürsorgestelle) vorliegen. Das Kündigungsschutzgesetz gilt nur für Betriebe und Verwaltungen mit mindestens sechs Beschäftigten und erst nach sechsmonatiger ununterbrochener Betriebszugehörigkeit.

Der erweiterte Kündigungsschutz kommt Arbeitnehmern, deren Schwerbehinderteneigenschaft zum Zeitpunkt der Kündigung nicht festgestellt war und die bis zur Kündigung keinen Antrag beim Versorgungsamt gestellt hatten, nicht zugute.

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

3.4.2 Zusatzurlaub

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

Besteht die Schwerbehinderteneigenschaft nicht während des gesamten Kalenderjahres, so hat der schwerbehinderte Mensch für jeden vollen Monat der im Beschäftigungsverhältnis vorliegenden Schwerbehinderteneigenschaft einen Anspruch auf ein Zwölftel des Zusatzurlaubs. Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden. Der so ermittelte Zusatzurlaub ist dem Erholungsurlaub hinzuzurechnen und kann bei einem nicht im ganzen Kalenderjahr bestehenden Beschäftigungsverhältnis nicht erneut gemindert werden.

3.4.3 Ermäßigung der Schulpflichtstunden für Lehrer

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

3.4.4 Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte

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

3.5 Sonstige Nachteilsausgleiche

3.5.1 Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (GEZ)

Eine Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht wird ausschließlich auf Antrag gewährt. Voraussetzung ist, dass der Antragsteller die Befreiungskriterien erfüllt. Dazu gehört beispielsweise, dass der GdB nicht nur vorübergehend mindestens 80 % beträgt und die Behinderten wegen ihres Leidens nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können (»RF« Merkzeichen).

Menschen mit Behinderungen, die finanziell leistungsfähig sind, müssen einen ermäßigten Beitrag von einem Drittel zahlen. Auch dieser wird nur auf Antrag gewährt.

Dem Antrag muss der Bewilligungsbescheid oder Schwerbehindertenausweis in beglaubigter Kopie beigefügt werden. Auch die von einer Behörde oder dem Versorgungsamt ausgefertigte „Bescheinigung zur Vorlage bei der Behörde“ mit den entsprechenden Leistungsdaten wird von der GEZ akzeptiert. Die Befreiung der Gebühren beginnt mit dem ersten Monat, der auf den Monat folgt, in dem der Antrag bei der GEZ eingegangen ist. Eine rückwirkende Befreiung ist nicht zulässig.

3.5.2 Ermäßigung der Telefongebühren

Wenn die Voraussetzungen der Rundfunkgebührenbefreiung erfüllt sind (s.o.), besteht in der Regel auch Anspruch auf Ermäßigung der Kosten für Telefon-Neuanschlüsse sowie für Gesprächseinheiten. Auskünfte erteilt die Deutsche Telekom.

Wenn ein Telefon zur Überwindung einer besonderen Hilflosigkeit notwendig ist, besteht außerdem Anspruch auf die vorrangige Herstellung eines Neuanschlusses durch die Deutsche Telekom. Die Hilfsbedürftigkeit ist ärztlich zu bescheinigen. Entsprechende Vordrucke sind in den T-Punkt-Läden der Deutschen Telekom erhältlich.

Die Deutsche Telekom AG erteilt hierzu kostenfreie Auskünfte unter 0800 33 01000.

3.5.3 Wohngeld

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

Bei der Berechnung der Anspruchsberechtigung wird das Jahreseinkommen aller Haushaltsmitglieder ermittelt. Dieses wird unter Umständen um pauschale

Beträge gekürzt. Darüber hinaus können in bestimmten Fällen Freibeträge vom Einkommen abgezogen werden.

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

- **1.500,- €** bei einem GdB von 100
- **1.500,- €** bei einem GdB von mindestens 80 und häuslicher Pflegebedürftigkeit
- **1.200,- €** bei einem GdB von unter 80 bis 50 und häuslicher Pflegebedürftigkeit

Auskünfte erteilen die Wohngeldstellen der Gemeinden. Außerdem bietet die Website des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit umfassende Informationen zum Thema: www.bmub.bund.de/themen/stadt-wohnen/wohnraumfoerderung/wohngeld

3.6 Steuerliche Erleichterung bei Schwerpflegebedürftigkeit

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

3.7 Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

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

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

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

Gleichgestellt werden können Personen

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

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

4. Muster für Anträge auf Schwerbehinderung und Widerspruchsschreiben

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

4.1 Antrag auf Schwerbehinderung nach SGB IX

Der Antrag auf Schwerbehinderung kann formlos per Brief an das zuständige Versorgungsamt gerichtet werden mit den Worten: „Hiermit beantrage ich die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft.“ Das Versorgungsamt sendet dem Antragssteller dann einen Antragsvordruck zu. Auf der Internetseite www.einfach-teilhabe.de können die Antragsformulare der Versorgungsämter aller Bundesländer aber auch direkt abgerufen werden. Sie finden sich in der Rubrik „Schwerbehinderung und Ausweis“.

Wer Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub direkt geltend machen möchte, der sollte beim Versorgungsamt darum bitten, den Eingang des formlosen Antrags zu bestätigen. Das reicht aus, um den Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch zu nehmen, wenn das Schreiben vor einer Kündigung beim Versorgungsamt eingeht und zur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises führt.

Beispiel

Erstantrag nach Sozialgesetzbuch IX (für einen Schwerbehindertenausweis)

An das Versorgungsamt	Eingangsstempel	Erstantrag nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch Schwerbehinde
Az.: _____		
I. Angaben zur Person - Bitte in Blockschrift ausfüllen -		
1 Name / surname / nom / nome / nombre / aile ismi _____ Vorname / name / prénom / nombre de battesimo / nombre de pila / isim _____		
2 Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	ggf. Geburtsname _____ erwe
3 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____ Tel. tagsüber zu erreichen unter: _____		
Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhan Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Kranken beifügen.		
4 Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vor des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und Bestallungsurkunde/Betreuerausweis (in _____ Tel.-Nr. _____		
5 Staatsangehörigkeit: _____	Von der Ausländerbehörde au	
6 ausländische Antragsteller: bitte Pass (Kopie) vorlegen Bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufent haltungsgenehmigung/-gestattung/Duldung oder beglaubig te Kopie der Genehmigung/Gestattung/Duldung beif ügen oder die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen. Für Angehörige von EU-Mitgliedstaaten ist eine Auf enthaltserlaubnis-EG erforderlich. 7 Grenzarbeitnehmer: Bitte Bescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers mit An gabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. Arbeitser laubnis bzw. amtliche Bescheinigung über die Auf enthaltsgenehmigung oder Ausweis für den kleinen Grenzverkehr bzw. Grenzgärtnerkarte beifügen oder nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.	Der/die Antragsteller/ in hält sich rechtr Bundesrepublik Deutschland auf: Ihnr/ Ihr wurde am _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis- EG <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgenehmigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Eine Aufenthaltsgenehmigung ist ge nicht erforderlich oder <input type="checkbox"/> Duldung erteilt erstmals am _____ letztmalig am _____ gülti Die <u>korrekte</u> Schreibweise des Namens bestätigt. Im Auftrag _____ (Datum, Stempel, Unters	

Fbl. Nr. 28 090/3 (Antrag - SGB IX) 2/74 - Neuauflage 06/04

1. Seite

2. Seite

3. Seite

4. Seite

4.2 Änderungen des Feststellungsbescheides

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

Versorgungsamt

Änderungen nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht

Az.: _____

Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnde/r Arzt/Ärztin mit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Versorgungsamt

Änderungsantrag

Ich beantrage:

die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen

die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und zwar

- Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
- Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- Merkzeichen „aG“ (Parkfreilechtung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- Merkzeichen „RF“ (Rundfunkgebührenbefreiung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
- Merkzeichen „1, Kl.“ (nur für Kriegsbeschädigte und BEG-Entschädigungsberechtigte)

I. Angaben zur Person - Bitte in Blockschrift ausfüllen -

Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!

1. Name
Vorname _____
Geburtsdatum _____
tagsüber tel. zu erreichen unter: _____

2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____

3. Sind Sie erwerbstätig? ja

4. Aufenthaltsbescheinigung
Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.
Aufenthaltserteilnis-EG/Aufenthaltsbescheinigung/-gestattung
 erteilt am _____ gültig bis _____
oder
 nicht erforderlich gemäß _____
oder
 nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____
Ausländerbehörde
im Auftrag
Datum, Stempel, Unterschrift

Ausländische Antragsteller:
Bitte Pass (Kopie) vorlegen
Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Versorgungsamt nicht eine weiterhin gültige unbefristete Aufenthaltsgenehmigung bzw. Aufenthaltserlaubnis-EG vorliegt.
Grenzarbeitnehmer:
Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren rechtmäßigen Aufenthalt bei.

Fbl. Nr. 28090/33 (Erhebungsbogen SGB IX) 12/82 – Neuauflage 06/04

1. Seite

A. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Störungen
Nennen Sie die Art der Störung an. Geben Sie an, wann Sie aufgetreten sind und wie lange Sie andauern. Geben Sie an, ob die Störung vorübergehend oder dauerhaft ist.

1. Störung
2. Störung
3. Störung
4. Störung

B. Angaben zu anderen Merkmalen / gesundheitlichen Merkmalen

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

C. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

2. Seite

A. Angaben zu anderen Merkmalen / gesundheitlichen Merkmalen

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

B. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

C. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

3. Seite

D. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

E. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

F. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

G. Angabe der Behinderungsart / Feststellungsmerkmal

1. Merkmal
2. Merkmal
3. Merkmal
4. Merkmal

4. Seite

4.3 Rechtsbehelf

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

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

Ralf Meyer

*Warendorfer Str. 26
12345 Musterstadt*

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

Musterstadt, den ...

Gegen Ihren Bescheid vom GZ: erhebe ich hiermit

Widerspruch.

Schriftliche Begründung folgt.

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

Ralf Meyer

Ein ausführliches Widerspruchsschreiben könnte z.B. so aussehen:

Ralf Meyer

Warendorfer Str. 26
12345 Musterstadt

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

Musterstadt, den ...

Betr.: Ihren Bescheid vom _____
Aktenzeichen: _____

Bezug: Widerspruch vom _____

Meinen Widerspruch vom _____ begründe ich wie folgt:

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

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

und/oder

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

und/oder

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

und/oder

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

und/oder

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

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

und/oder

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

Schlussformulierung:

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

5. Tipps zur Antragsstellung

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

II. Patientenrechte

1. Patientenrechtegesetz

Im Jahr 2013 ist das Patientenrechtegesetz (PRG) in Kraft getreten. In diesem Gesetz sind die zuvor in verschiedenen Erlassen, Richtlinien und Gesetzestexten verstreuten Patientenrechte gebündelt. Hier haben wir die Kernpunkte für Sie zusammengefasst.

Behandlungsvertrag

Mediziner und Patient schließen einen Vertrag miteinander, dessen Ausgestaltung im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 630a–630h) geregelt ist. Durch den Behandlungsvertrag wird der Behandelnde zur Leistung der versprochenen Behandlung, der Patient (bzw. seine Krankenkasse) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen.

Informationspflichten

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausmediziner müssen ihre Patienten umfassend und verständlich über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien unterrichten. Vor einem chirurgischen Eingriff – Notfälle ausgenommen - sind in einem persönlichen Gespräch Nutzen und Risiken zu erläutern. Solche Informationspflichten gab es zwar schon vor dieser gesetzlichen Regelung, neu ist aber, dass sie künftig in dem „Behandlungsvertrag“ (siehe oben) niedergelegt und damit erkennbarer geworden sind. Überdies müssen Ärzte ihre Patienten über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aufklären, bevor sie eine solche Maßnahme einsetzen. Die Kosten für diese Leistungen werden von den Krankenkassen nicht übernommen, sie müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Patientenakte

Patienten haben ein Recht auf Akteneinsicht. Die Akten müssen vollständig und sorgfältig geführt werden. Kommt es zum Streitfall, gilt eine nicht dokumentierte Behandlung als nicht erfolgt.

Beweisführung bei Behandlungsfehlern

Bei „groben“ Behandlungsfehlern liegt die Beweislast künftig beim Arzt. Er muss darlegen, dass bzw. warum seine Behandlung korrekt war. Handelt es sich um keinen „groben“ Behandlungsfehler muss allerdings noch immer der Patient

beweisen, dass es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist. Bei Verdacht auf Behandlungsfehler sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu unterstützen – zum Beispiel durch Gutachten.

Ausbau der Fehlervermeidungskultur

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

Kostenübernahme durch Krankenkassen: Verkürzte Entscheidungsfristen

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

2. Möglichkeiten für Beschwerden über Behandlungsfehler

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

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

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

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

3. Patientenverfügung

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

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

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

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

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

4. Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung

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

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

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

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

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

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

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

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

Hinweiskarte im Scheckkartenformat

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

* Bitte Nichtzutreffendes streichen

❶ Name Tel.
.....
.....
Anschrift

❷ Name Tel.
.....
.....
Anschrift

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

..... geb.

wohnhaft.....

.....

vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung* erstellt.

* Bitte Nichtzutreffendes streichen

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

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

III. Angebote des Gesundheitssystems

1. Gesetzliche Krebsfrüherkennung

Im Rahmen des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms werden folgende Untersuchungen angeboten:

1.1 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Frauen

Ab 20 Jahre

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

ab 30 Jahre

- jährlich eine Tastuntersuchung der Brüste und der Achselhöhlen

ab 35 Jahre

- alle zwei Jahre eine Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

ab 50 Jahre

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

ab 55 Jahre

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

von 50 bis 69 Jahre

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

1.2 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer

Ab 35 Jahre

- alle zwei Jahre eine Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

ab 45 Jahre

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

ab 50 Jahre

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

ab 55 Jahre

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

2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

2.1 Hilfsmittel

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

Zu den festbetragsgebundenen Hilfsmitteln bei Krebspatienten zählen:

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

Die Kosten für diese Hilfsmittel werden von den Krankenkassen übernommen, wenn sie erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V). Das ist vor allem dann der Fall, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Funktionen (zum Beispiel Greifen, Gehen, Hören, Sehen) ermöglicht, ersetzt, erleichtert oder ergänzt. Reine Gebrauchsgegenstände sind hingegen keine Hilfsmittel. Der Anspruch umfasst nicht nur das Hilfsmittel selbst, sondern auch eine notwendige Änderung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch.

Die Krankenkassen dürfen gebrauchte Hilfsmittel zur Verfügung stellen oder die Hilfsmittel leihweise überlassen.

Auf jeden Fall sollte der Versicherte vor Abgabe des Rezeptes nachfragen, ob die Kosten der Verordnung höher sind als der Festbetrag und sich ggf. an seine Krankenkasse wenden. Die Krankenkasse ist verpflichtet, Versicherte mit Hilfsmitteln zum Festbetrag zu versorgen und Anbieter zu nennen, die das verordnete Hilfsmittel zum Festbetrag liefern.

2.1.1 Kostenübernahme und Zuzahlungen bei der Brustprothetik

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

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

Erstversorgung nach Brustamputation:

- eine Erstversorgungsprothese (Stoffprothese mit Wattefüllung) plus einen Erstversorgungs-BH

Erstausstattung:

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

Regelmäßig:

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

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

2.1.2 Perücken bei Haarverlust durch Chemotherapie

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

2.2 Heilmittel

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

2.2.1 Manuelle Lymphdrainage

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

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

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

Wenn zur Erreichung des Therapieziels die im Heilmittelkatalog als Regel festgelegte Höchstzahl der Behandlungen nicht ausreicht, wie es bei einem Lymphödem Stadium II oder III der Fall ist, können die Ärzte eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen. Die Patientin erhält dann eine langfristige

Genehmigung, ohne dass dafür eine erneute Überprüfung des Behandlungsbedarfs erforderlich ist. Diese Genehmigung gilt für mindestens zwölf Monate. Der Antrag muss von der Patientin gestellt werden und die Krankenkasse muss innerhalb von vier Wochen entscheiden. Sofern diese Frist nicht eingehalten wird, gilt der Antrag als genehmigt.

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

3. Weitere Leistungen der Krankenkassen

3.1 Hospizpflege (§ 39 a SGB V)

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

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

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter Anrechnung der Leistungen der Pflegekasse 90 % der Kosten, bei Kinderhospizen 95 %. Der Anteil der Pflegekasse richtet sich nach der Pflegestufe des Versicherten und wird in gleicher Höhe wie die Leistung bei vollstationärer Pflege gezahlt. Der Hospizträger leistet einen Anteil von 10% des Tagessatzes.

Adressen von Hospizen finden Sie z.B. beim Deutschen Hospiz- und PalliativVerband (www.dhpv.de) oder bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de).

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

3.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V)

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

3.3 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

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

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

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

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

Auch außerhalb des eigenen Haushalts, z.B. in Wohngemeinschaften, anderen neuen Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten kann häusliche Krankenpflege erbracht werden. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht grundsätzlich für vier Wochen je Krankheitsfall.

3.4 Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)

Haushaltshilfe wird gewährt, wenn der Versicherte oder sein Ehepartner wegen der Teilnahme an einer medizinischen oder berufsfördernden Maßnahme außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht und ihm die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Krankenkassen können außerdem Haushaltshilfe

gewähren, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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

Das Krankengeld sichert die Lebenshaltung während einer längeren Krankheit bei Arbeitsunfähigkeit und während einer stationären Behandlung. Krankengeld wird von der Krankenkasse gewährt für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, jedoch längstens für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Zeiten der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber werden bei der Berechnung der 78 Wochen angerechnet. Nach Ablauf von drei Jahren entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung.

Krankengeld erfüllt nicht die Funktion einer ununterbrochenen Dauerrente. Stellt sich heraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann ihm die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, in der ein Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation gestellt werden muss. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherte die Voraussetzungen für den Rentenbezug erfüllt. Verstreicht die Frist, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Krankengeldanspruch besteht u. U. auch während einer Rehabilitationsmaßnahme.

Wenn der Rentenversicherungsträger die Heilbehandlung durchführt, wird Übergangsgeld gezahlt (siehe S. 70). Krankengeld und Übergangsgeld sind sogenannte Entgeltersatzleistungen.

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

Entgeltersatzleistungen

Krankengeld (§ 47 SGB V)	West / Ost	
– Höchstregelentgelt	145,00 €	
– Höchstregelkrankengeld	101,50 €	
Übergangsgeld der Rentenversicherung	West	Ost
– Höchstregelentgelt	211,67 €	190,00 €

3.6 Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V)

Die Krankenkassen zahlen auch Krankengeld an Versicherte, die selbst nicht erkrankt sind, aber ihr krankes Kind pflegen müssen. Dazu benötigen Sie als Elternteil ein ärztliches Zeugnis. Pro Kalenderjahr können pro versichertem Elternteil bis zu zehn Arbeitstage (Alleinerziehende 20 Arbeitstage) beansprucht werden, bei mehreren Kindern maximal 25 Arbeitstage (Alleinerziehende maximal 50 Arbeitstage). Der Anspruch auf Freistellung besteht für Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Im Falle einer Behinderung des Kindes gilt die Regelung auch darüber hinaus. Zur Sicherung der Pflege schwerstkranker Kinder, die nach ärztlichem Zeugnis nur noch eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten haben, wird das Krankengeld zeitlich unbegrenzt gezahlt.

3.7 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)

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

Siehe hierzu Kapitel V I.4.

3.8 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

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

Das Gesetz sieht vor, dass Arbeitnehmer für maximal zwei Jahre ihre Wochenarbeitszeit auf 15 Stunden reduzieren können, wenn sie einen nahen

Angehörigen pflegen. Wird bspw. die Arbeitszeit in der Pflegephase von 100 auf 50 % reduziert, erhalten die Beschäftigten weiterhin 75 % des letzten Bruttoeinkommens. Wenn der Beschäftigte wieder Vollzeit arbeitet, erhält er weiterhin den reduzierten Lohn, bis der Vorschuss abgearbeitet ist. Zudem ist der Mitarbeiter während der Pflegezeit und bis zum Ausgleich des Zeitkontos vor Kündigungen geschützt.

In der betrieblichen Praxis soll sich die Familienpflegezeit am Modell der Altersteilzeit orientieren. Einen Rechtsanspruch gibt es nicht – es muss eine betriebliche Vereinbarung mit dem Arbeitgeber getroffen werden. Unternehmen können zur Finanzierung des Modells ein zinsloses KfW-Darlehen beantragen. Zudem ist eine Versicherung erforderlich, um insbesondere kleine Firmen vor dem Ausfallrisiko bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu schützen. In der Familienpflegezeit sind zudem Beiträge zur Renten- und Pflegeversicherung zu zahlen.

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

4. Organzentren

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

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

Die Basis der zertifizierten Zentren stellen die „Organkrebszentren“ dar, in denen häufige Tumorarten wie Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs behandelt werden. Zentren, in denen mehrere Tumorerkrankungen unter einem Dach betreut werden, heißen „Onkologische Zentren“. Bei sogenannten „Onkolo-

gischen Spitzenzentren“ liegt der Schwerpunkt neben der Patientenversorgung auf Forschung und Lehre.

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

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

5. Disease-Management-Programm Brustkrebs

Die vom Gesetzgeber in Deutschland eingeführten Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme speziell für chronisch kranke Menschen. Obwohl Brustkrebs nicht im eigentlichen Sinne eine chronische Erkrankung ist, wurde sie in die DMP-Programme aufgenommen.

Im DMP wird eine enge Verzahnung und Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Gynäkologen, niedergelassenen Ärzten anderer Fachbereiche sowie dem stationären Sektor (Krankenhäusern, Brustzentren) angestrebt. Ziel des DMP Brustkrebs ist es, im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise interdisziplinär und frühzeitig Unterstützung und Beratung der betroffenen Patientinnen in medizinischer, gesundheitlicher und psychosozialer Hinsicht zu leisten.

In einer DMP-Behandlungskette übernimmt in der Regel der niedergelassene Gynäkologe (sofern er am DMP-Programm teilnimmt) die Steuerung und Begleitung der Behandlung der Patientinnen über den gesamten Verlauf der Erkrankung und über die Grenzen der einzelnen Versorgungsbereiche hinweg. Alle Beteiligten sorgen im gemeinsamen Austausch für eine auf die individuelle Situation der Patientin abgestimmte Behandlung.

Die Einschreibung in das DMP Brustkrebs ist freiwillig und auf fünf Jahre ausgerichtet. Das Programm kann jederzeit ohne Angaben von Gründen verlassen werden. Ziel des Programms ist es, den Patientinnen von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge eine umfassende, sektorenübergreifende Betreuung zu bieten.

Wenn Sie an einem DMP Brustkrebs teilnehmen möchten, können Sie sich darüber z.B. bei Ihrer Krankenkasse informieren. Die meisten Versicherungen

haben allerdings eigene Bezeichnungen für ihre DMP: Bei der AOK heißen die Angebote beispielsweise Curaplan, bei der Barmer-GEK spricht man von „strukturierten Programmen“ und die Techniker Krankenkasse nennt ihre Angebote „TK-Plus“.

6. Klinische Studien

Organzentren (C-Center) und andere forschende Krebszentren (CC = Cancer Center, Tumorzentren, CCC = Comprehensive Cancer Center, Onkologische Spitzenzentren) bieten zur Entwicklung neuer Therapieverfahren oder neuer Medikamente klinische Studien an, an denen Krebspatienten, wenn sie die Studienvoraussetzungen (Einschlusskriterien) erfüllen, teilnehmen können. Studien werden nach internationalen Qualitätsstandards geplant, von erfahrenem, qualifiziertem Personal durchgeführt und von unabhängigen Gremien überprüft.

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

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

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

Weiterführende Informationen finden Sie z.B. im Blauen Ratgeber Nr. 60 der Deutschen Krebshilfe oder im Internet unter www.studien.de.

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

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

IV. Rund ums Geld

1. Zuzahlungen und Gebühren im Überblick

Grundsätzlich gilt:

Bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wird eine Zuzahlung von 10 % der Kosten erhoben. Unabhängig von der 10 %-Regelung beträgt die Zuzahlung mindestens 5,- €. Nach oben ist der Betrag auf höchstens 10,- € begrenzt. Wenn die Kosten unter 5,- € liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt.

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

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

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

Fahrtkosten	Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden von der Krankenkasse grundsätzlich nicht mehr übernommen. Nur in besonderen Ausnahmefällen (siehe Pkt. 3.8.) darf die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung Fahrtkosten übernehmen. In diesen Fällen ist, wie auch bei Fahrten zu einer stationären Behandlung, eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5,- € und höchsten 10,- € je Fahrt zu leisten.
Vollstationäre Krankenhausbehandlung	10,- € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr. Keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung. Es bleibt bei einer maximalen Belastung von 280,- €, auch bei mehrmaligen Krankenhausaufenthalten wegen unterschiedlicher Erkrankungen.
Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10,- € je Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10,- € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter	10,- € je Kalendertag
Haushaltshilfe	10 % der Kosten, mindestens 5,- €, höchstens 10,- € je Kalendertag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten für die ersten 28 Leistungstage im Kalenderjahr und zusätzlich 10,- € je Verordnung
Zahnersatz Regelversorgung ohne Bonus mit Bonus bei Nachweis regelmäßiger Pflege	50 % der Kosten 40 % der Kosten 35 % der Kosten

1.1 Festbeträge für Arzneimittel

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

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

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

1.2 Zuzahlungsbefreite Arzneimittel

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

Weiterhin können Medikamente von Arzneimittelherstellern, mit denen die Krankenkassen einen Rabattvertrag geschlossen haben, ganz oder teilweise zuzahlungsfrei sein. Ärzte, Apotheker und Krankenkassen erteilen hierzu detaillierte Auskünfte.

2. Belastungsgrenzen 2017

Die persönliche Belastungsgrenze für Erwachsene beträgt je Kalenderjahr 2 % der gesamten jährlichen (Familien-) Bruttoeinnahmen aller zum Haushalt gehörigen Personen. Zu den Bruttoeinnahmen zählen z. B. neben den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit (Lohn/Gehalt) auch Zinsen aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Renten, Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Arbeitslosengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld) sowie alle anderen Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts dienen (z. B. auch Unterhaltszahlungen).

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 7.248 €) und den Freibetrag für den Ehepartner (5.229 €). Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Grundlage für die Belastungsgrenze.

	West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Beitragsbemessungsgrenze: allgemeine Rentenversicherung	6.350 €	76.200 €	5.700 €	68.400 €
Beitragsbemessungsgrenze: knappschaftliche Renten- versicherung	7.850 €	94.200 €	7.000 €	84.000 €
Versicherungspflichtgrenze: Kranken- u. Pflegeversicherung	4.800 €	57.600 €	4.800 €	57.600 €
Beitragsbemessungsgrenze: Kranken- u. Pflegeversicherung	4.350 €	52.200 €	4.350 €	52.200 €
vorläufiges Durchschnittsentgelt/ Jahr in der Rentenversicherung	37.103 €			

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

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

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

1. eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder der Pflegestufe 3,
2. ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder ein Grad der Schädigung (GdS) von mindestens 60,
3. die Notwendigkeit einer andauernden medizinischen Versorgung. Das kann eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung sein, eine Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege oder die Versorgung mit Heil- und

Hilfsmitteln, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

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

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

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

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

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

Eine weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme der verminderten Belastungsgrenze ist seit 2008 eine Bescheinigung des Arztes, dass er sich mit seinem Patienten über die weitere Therapie verständigt hat und ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten vorliegt. Das Ausstellen der Bescheinigung darf allerdings nur verweigert werden, wenn keine chronische Krankheit

vorliegt oder der Patient ausdrücklich erklärt, sich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin zu tun gedenkt.

Ausgenommen von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Versicherte, bei denen eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt und Versicherte, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) vom mindestens 60 oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 vorliegt.

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

3.1 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate)

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

Ausnahmen:

- Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr
- Verordnungen für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen
- Verordnungen für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn die Arzneimittel zum Therapiestandard gehören
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die für die Behandlung von schweren Erkrankungen wie z.B. von Krebs als Therapiestandard gelten, sind in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden, z.B. Mistelpräparate in der palliativen Therapie.
- Bei schwerwiegenden (d.h. lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Krankheiten, bei denen keine andere Therapie verfügbar ist, muss die GKV nach der Rechtssprechung des BSG in Ausnahmefällen auch Medikamente zahlen, die Heilung versprechen, aber zur Behandlung dieser Krankheit nicht zugelassen sind.

3.2 Zahnersatz

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

3.3 Lifestyle-Präparate

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

3.4 Sehhilfen – Brillen

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

3.5 Sterbegeld – Entbindungsgeld

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

3.6 Sterilisation

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

3.7 Künstliche Befruchtung

Die künstliche Befruchtung ist auf drei Versuche begrenzt, die von der Krankenkasse jeweils zu 50 Prozent bezahlt werden. Es besteht eine Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahren.

3.8 Fahrtkosten

Fahrten zur Krankenbehandlung, deren Kosten übernommen werden, sind im Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V) abschließend aufgezählt. Darunter fallen beispielsweise Fahrten zu stationären Leistungen, Rettungsfahrten zum Krankenhaus oder Krankentransporte. Die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur übernommen, wenn es sich um eine ambulante

Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation oder eine vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus handelt und dadurch eine an sich gebotene stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.

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

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

Die Zuzahlung zu den Fahrtkosten beträgt 10% der Fahrtkosten, mindestens 5,00 EUR, jedoch maximal 10,00 EUR pro Fahrt. Dies gilt auch für Fahrten von Personen unter 18 Jahren.

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

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

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

Für die Kostenerstattung müssen vorgelegt werden:

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

Zuzahlung bei Behandlungsserie

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben 2004 mehrheitlich beschlossen, dass Versicherte auch bei Fahrten im Zusammenhang mit einer onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie-Behandlung die festgelegten Zuzahlungen leisten müssen. Diese fallen also nicht nur für die erste und letzte Fahrt einer Behandlungsserie an, sondern werden für jede einzelne Fahrt erhoben, wobei Hin- wie auch die Rückfahrt als Einzelfahrt gelten. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass Krankenkassen individuell anders zugunsten des Patienten entscheiden.

4. Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

4.1 Erhöhung des Beitragssatzes der GKV

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

Brauchen die Kassen mehr Geld, können sie einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Diese werden allein vom Versicherungsnehmer getragen. Für den Arbeitgeber bleibt der Beitragssatz stabil.

4.2 Erhebung eines Zusatzbeitrags durch die Krankenkassen

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

Welchen Zusatzbeitrag die jeweiligen Krankenkassen erheben, können Sie auf folgender Seite im Internet nachlesen: www.gesetzlichekrankenkassen.de/zusatzbeitrag/zusatzbeitrag.html

V. Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung gibt es seit 1995. Die Beitragszahlung erfolgt an die Pflegekasse als selbstständige Einrichtung bei der Krankenkasse, bei der der Versicherte pflichtversichert ist. Der Beitrag wird – wie bei den Sozialabgaben – von Lohn, Gehalt oder Rente einbehalten und an die zuständige Pflegekasse abgeführt. Privatversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Seit 2013 besteht die Möglichkeit, sich die privat abgeschlossene Pflegeversicherung monatlich vom Gesetzgeber mit fünf Euro bezuschussen zu lassen (Pflege-Bahr, eingeführt von Gesundheitsminister Daniel Bahr). Um diese Förderung zu erhalten, muss der Versicherte mindestens zehn Euro im Monat einzahlen. Beantragt wird die Förderung vom jeweiligen Versicherungsunternehmen.

1. Das Pflegestärkungsgesetz II (2017)

Am 1. Januar 2017 ist das Pflegestärkungsgesetz II (PNG II) in Kraft getreten. Damit sind die Regelungen zur Pflege von Grund auf erneuert worden.

Detaillierte Informationen bietet eine übersichtliche Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit, die auf folgender Website angeschaut oder bestellt werden kann: www.pflegestaerkungsgesetz.de. Telefonisch ist sie bestellbar unter der Nummer 030/18 272 2721 (Bestell-Nr.: BMG-P-11005).

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

Die neuen Pflegegrade

Mit dem PNG II gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff im Zuge dessen sich auch die Begutachtungssystematik ändert. Bisher gab es drei Pflegestufen. Maßgeblich für die Zuordnung zu diesen Stufen war bisher, wie viele Minuten Hilfe ein pflegebedürftiger Mensch bei verschiedenen Verrichtungen benötigt. Dabei wurden vor allem körperliche Beeinträchtigungen betrachtet.

Nun gibt es fünf Pflegegrade. Im Mittelpunkt steht dabei, wie selbstständig jemand seinen Alltag bewältigen kann. Der Gutachter schaut sich die Fähigkeiten einer Person in verschiedenen Lebensbereichen an. Es wird danach gefragt, was ein Mensch noch selbst kann und wobei er Hilfe benötigt. Berücksichtigt werden dabei nun nicht mehr nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch geistige oder psychische Einschränkungen.

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

- **PG 1** – geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **PG 2** – erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **PG 3** – schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **PG 4** – schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- **PG 5** – schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Überleitung von Pflegestufe zu Pflegegrad

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

Vorgehen bei „falscher“ Einstufung bzw. Ablehnung

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

2. Häusliche Pflege

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

2.1 Beträge für häusliche Pflege

Pflegegeld 2017

Pflegegeld ist für Versicherte gedacht, die zuhause von Angehörigen, Freunden oder Bekannten ehrenamtlich gepflegt werden. Beratungsbesuche der Pflegefachkräfte sollen dieses Angebot unterstützen, um sicher zu stellen, dass der Versicherte angemessen versorgt wird.

Pflegestufe	Pflegegrad	2016	2017
-	Pflegegrad 1	-	halbjährig Beratungsbesuche
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	244 €	316 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	458 €	545 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	728 €	728 €
Härtefall	Pflegegrad 5	728 €	901 €
Pflegestufe 0 (mit Demenz)	Pflegegrad 2	123 €	316 €
Pflegestufe I (mit Demenz)	Pflegegrad 3	316 €	545 €
Pflegestufe II (mit Demenz)	Pflegegrad 4	545 €	728 €
Pflegestufe III (mit Demenz)	Pflegegrad 5	728 €	901 €

Pflegesachleistungen (Pflegedienst) 2017

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

Pflegestufe	Pflegegrad	2016	2017
-	Pflegegrad 1	-	125 €
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	468 €	689 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	1144 €	1298 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	1612 €	1612 €
Härtefall	Pflegegrad 5	1995 €	1995 €
Pflegestufe 0 (mit Demenz)	Pflegegrad 2	231 €	689 €
Pflegestufe I (mit Demenz)	Pflegegrad 3	689 €	1298 €
Pflegestufe II (mit Demenz)	Pflegegrad 4	1298 €	1612 €
Pflegestufe III (mit Demenz)	Pflegegrad 5	1612 €	1995 €

2.2 Leistungen der Tages- und Nachtpflege 2017

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

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

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

Pflegestufe	Pflegegrad	2016	2017
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2	231 €	689 €
Pflegestufe I	Pflegegrad 3	689 €	1298 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 4	1298 €	1612 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 5	1612 €	1995 €

2.3 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

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

Eine Ersatzpflege ist bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr möglich. Außerdem können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro) künftig **zusätzlich für Verhinderungspflege** ausgegeben werden. Ab 1. Januar 2017 stehen die Leistungen der Verhinderungspflege den Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu.

2.4 Kurzzeitpflege

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

Dies gilt:

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

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungszeitraum ist auf acht Wochen festgesetzt. Die Leistungshöhe bleibt bei 1.612 EUR, wobei die Aufstockung um die Mittel der Verhinderungspflege weiterhin möglich ist. Pflegegeld wird für bis zu acht Wochen hälftig weitergezahlt. Personen mit Pflegegrad 1 können sich Kosten der Kurzzeitpflege über den Anspruch auf Entlastungsleistungen (siehe unten) erstatten lassen.

3. Leistungen Stationäre Pflege 2017

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

Pflegestufe	Pflegegrad	2016	2017
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	1064 €	770 €
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	1330 €	1262 €
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	1612 €	1775 €
Härtefall	Pflegegrad 5	1995 €	2005 €
Pflegestufe 0 (mit Demenz)	Pflegegrad 2	- €	770 €
Pflegestufe I (mit Demenz)	Pflegegrad 3	1064 €	1262 €
Pflegestufe II (mit Demenz)	Pflegegrad 4	1330 €	1775 €
Pflegestufe III (mit Demenz)	Pflegegrad 5	1995 €	2005 €

4. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können sogenannte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese sollen die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen unterstützen, zum Beispiel zur Sicherstellung einer Betreuung im Alltag oder zur Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Organisation des Pflegealltags. Seit Januar 2017 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegegrade (1 bis 5), die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich.

5. Leistungen zur sozialen Sicherung einer Person

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

- Der Pflegebedürftige hat mindestens den Pflegegrad 2;
- Die Pflegeperson wendet mindestens 10 Stunden in der Woche für Pflege auf;
- Die zehn Stunden sind auf mindestens zwei Tage verteilt;
- Die Pflegeperson arbeitet nicht mehr als 30 Stunden in der Woche.

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

VI. Rehabilitation

1. Medizinische Rehabilitation

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

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

Die AHB muss von Ihnen beantragt werden, solange Sie sich zur Behandlung im Krankenhaus befinden. Das Krankenhauspersonal stellt die Erforderlichkeit fest und hilft Ihnen bei der Antragstellung. Der Sozialdienst des Krankenhauses informiert Sie darüber, welches Verfahren der zuständige Kostenträger für die Einleitung der Maßnahme vorsieht.

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

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

In Kürze:

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

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

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

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

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

In Kürze:

- Antrag durch Hausarzt/Patientin bei Rentenversicherungsträger/ Krankenkasse
- Antragstellung innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss der Akutbehandlung
- Wiederholung bei medizinischem Bedarf möglich
- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechender Indikation möglich

Fahrtkosten werden nur nach vorheriger Genehmigung vom Rehabilitationsträger übernommen.

1.3 Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation

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

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

1.4 Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme

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

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

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

Ausnahmen bestehen für Patientinnen mit speziellen Körperbehinderungen.

1.5 Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

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

- für Erwerbstätige bei der Rentenversicherung und ihren Auskunfts- und Beratungsstellen,
- für Nicht-Erwerbstätige bei den gesetzlichen Krankenkassen, den Servicestellen für Rehabilitation, den Versicherungsämtern oder bei der Kommune.

Beim Ausfüllen des Antrags helfen die Krankenkassen, die Rentenberatungsstellen und die Reha-Servicestellen. Siehe hierzu Kap. I.5.

Zu einem Antrag gehört immer ein Gutachten des behandelnden Arztes. Wichtig ist, dass Ihr Arzt so ausführlich wie möglich Ihren tatsächlichen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand beschreibt und die Notwendigkeit der

Rehabilitationsmaßnahme eingehend begründet. Sie können auch Kopien von Krankenhausberichten mitschicken.

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

Kostenträger

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

Um einen Antrag beim Rentenversicherungsträger stellen zu können, müssen Sie eine der nachfolgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen:

- Sie können eine sogenannte Wartezeit von 15 Jahren nachweisen, dazu zählen Zeiten, in denen Sie freiwillige oder Pflichtbeiträge gezahlt haben, Ersatzzeiten (z.B. Zivildienst, Wehrdienst, Flucht aus der DDR, Kriegsgefangenschaft usw.), Zeiten aus einem Versorgungs-Ausgleich und Zeiten von geringfügiger Beschäftigung.
- Für die vergangenen zwei Jahre können Sie sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen nachweisen.
- Sie beziehen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.
- Sie können bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit eine Wartezeit (s.o.) von fünf Jahren nachweisen.
- Sie haben Anspruch auf eine große Witwenrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.
- Für Jugendliche gilt, dass sie nach Beendigung einer Ausbildung (Schule, Fachschule, Hochschule) innerhalb von zwei Jahren eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Arbeit aufgenommen haben müssen.

Andere Kostenträger

Erfüllen Sie keine der oben genannten Voraussetzungen, übernimmt in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine Rehabilitationsmaßnahme. Das ist zum Beispiel bei Rentnern der Fall.

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

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

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

Das Sozialamt informiert über zusätzliche lokale Unterstützungsangebote, wie z.B. die der Niedersächsischen Krebsgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung in NRW u.a.

1.6 Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation

Als Arbeitnehmer haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung einen Anspruch auf Fortzahlung Ihres Entgelts, der im Allgemeinen sechs Wochen beträgt. Ist der Anspruch wegen gleichartiger Vorerkrankung ganz oder teilweise verbraucht (siehe dazu S. 45), so können Sie vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld für die Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Dazu müssen Sie unmittelbar vor dem Beginn der Rehabilitation oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben. Auch wenn Sie Krankengeld beziehen, können Sie ein Übergangsgeld erhalten, wenn Sie zuvor rentenversicherungspflichtig waren.

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

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

Weitere Informationen zum Übergangsgeld erhalten Sie bei den Beratungsstellen der Rentenkassen. Darüber hinaus können Sie sich auch an eine der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wenden (siehe dazu Punkt 1.7).

1.7 Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation

Um die Beratung rund um die Rehabilitation besser koordinieren zu können, wurden sogenannte Servicestellen REHA geschaffen. Sie werden gemeinsam getragen von den Krankenkassen, den Rentenversicherungen, der Bundesagentur für Arbeit, den Landkreisen und weiteren zuständigen Institutionen. Patienten können sich dort zu Rehabilitationsleistungen und zum Thema Rückkehr an den Arbeitsplatz beraten lassen.

Die nächstgelegene Servicestelle nennt Ihnen Ihre Krankenkasse. Im Internet ist ein Adressverzeichnis unter www.reha-servicestellen.de abrufbar.

1.8 Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen

1.8.1 Zuzahlungen zu Anschlussheilbehandlungen

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

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

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

1.8.2 Zuzahlungen zu stationären / ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, müssen Sie für ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen in der Regel zuzahlen. Dauert die ambulante Reha aus medizinischen Gründen länger als 42 Tage, ist die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Die Zuzahlung bei von der Krankenkasse durchgeführten stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen beträgt ebenso wie bei Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussrehabilitation (AR) 10,- € pro Tag für 28 Tage.

Innerhalb des Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlungen werden nicht angerechnet. Bei Nach-, Festigungs- und Rehabilitationskuren beträgt die Zuzahlung stationär/ambulant/teilstationär 10,- € pro Tag der Maßnahme.

Ist der Kostenträger für die Reha-Maßnahme die **Rentenversicherung**, ist die Zuzahlung für längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Bereits geleistete Zuzahlungen im selben Kalenderjahr für ambulante, stationäre Reha-Maßnahmen, sowie für Krankenhausbehandlungen an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse werden angerechnet.

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

1.8.3 Befreiung von der Zuzahlung

Unter bestimmten Bedingungen können Sie von der Zuzahlung ganz oder teilweise befreit werden. Die Befreiung muss beim Rehabilitationsträger beantragt werden. Den Antrag erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, beim Versicherungsamt oder bei ihrem Versicherungsträger der Deutschen Rentenversicherung. Der Rehabilitationsträger prüft, ob Sie mit der Zuzahlung unzumutbar belastet sind.

Um unzumutbare finanzielle Belastungen zu vermeiden, sind Zuzahlungen lediglich bis zu maximal 2 % Ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zu leisten. Bei chronisch kranken Menschen liegt die Grenze bei 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Haben Sie diese Grenze überschritten, können Sie sich bei Ihrer Krankenkasse für das jeweilige Kalenderjahr von den weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Alle Zuzahlungen, die Sie für die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen leisten müssen, werden in die Berechnungen für die Belastungsgrenze mit aufgenommen. Dies gilt nicht, wenn der Kostenträger die Rentenkasse ist.

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

1.9 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

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

Die Reha kann mit oder ohne Kind durchgeführt werden, wenn

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

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

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

1.10 Haushaltshilfe

Während der Reha-Maßnahme kann eine Mutter mit Kindern unter 12 Jahren oder mit einem behinderten Kind eine Haushaltshilfe beantragen, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt für die Dauer der Reha-Maßnahme nicht weiterführen kann. Alternativ können die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung des Kindes bis zur Höhe der Kosten für eine Haushaltshilfe übernommen werden (§ 54 SGB IX).

1.11 Wahl der Rehabilitationseinrichtung

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

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

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

1.12 Ablehnung eines Antrages

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

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

2. Berufliche Rehabilitation

Wenn Sie im Erwerbsleben stehen, wird in der Reha geprüft, ob krankheits- oder behandlungsbedingte Funktions- oder Fähigkeitsstörungen vorliegen, die zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Leistungsminderung führen und eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes, berufliche Veränderung oder gar Neuorientierung/Umschulung erforderlich machen.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist in Rehabilitationsfragen Ansprechpartner, wenn es um die Rückkehr ins Arbeitsleben geht.

2.1 Hamburger Modell

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

Wenn es medizinisch vertretbar ist, kann nach einer gewissen Krankheitsdauer die Berufstätigkeit stufenweise wieder aufgenommen werden. Voraussetzung zu dieser stufenweisen Wiedereingliederung ist das Einverständnis und das Zusammenwirken aller Beteiligten, des Patienten/der Patientin und des Arbeitgebers. Der Arzt muss die medizinischen Voraussetzungen feststellen und bescheinigen. Die Krankenkasse muss gemeinsam mit dem Arbeitgeber die finanzielle Abwicklung übernehmen.

Der Beschäftigte ist während der Maßnahme weiterhin krankgeschrieben. Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig von den individuellen gesundheitlichen Anforderungen, die an den Beschäftigten gestellt werden.

In der Regel dauert sie sechs Wochen bis sechs Monate. „In der Regel“ heißt aber auch, dass Ausnahmen möglich sind. Jeder Partner kann die stufenweise Wiedereingliederung durch Erklärung gegenüber dem anderen Partner sofort beenden.

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

3. Nicht medizinische Rehabilitationsangebote

3.1 Angebote der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) unterstützt Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Die Organisation verfügt bundesweit über ein dichtes Netz an Selbsthilfegruppen, in denen ca. 35.000 krebskranke Menschen nach dem Motto „Auffangen, Informieren, Begleiten“ betreut werden:

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

Wo sich in Ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe der FSH befindet erfahren Sie entweder telefonisch in der Bundesgeschäftsstelle: Tel.: 0228 - 33 88 9-400 oder im Internet unter: www.frauenselbsthilfe.de.

Ansprechpartner können Sie aber auch in unserem Diskussionsforum finden:
<https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Zum Thema Rehabilitation hat die FSH eine eigene Broschüre mit umfangreichen Informationen herausgebracht, die in der Bundesgeschäftsstelle telefonisch bestellt oder im Internet heruntergeladen werden kann (Kontaktdaten siehe oben).

3.2. Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitation

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

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

„Rehabilitationssport wird grundsätzlich solange für erforderlich gehalten, wie er durch eine fachkundige Leitung zur eigenen selbständigen / eigenverantwortlichen Durchführung des Bewegungstrainings befähigt.“

Für gesetzlich Versicherte (z. B. Brustkrebspatientinnen) gelten:

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten bei vom behandelnden Arzt näher beschriebenen Beeinträchtigungen.

Für die Rentenversicherung gilt:

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

In der Bundesrepublik gibt es spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge, die über den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) organisiert werden. Nähere Informationen dazu erhalten Sie über den Deutschen Behindertensportverband:

Telefon: 02234/6000-0

Internet: www.dbs-ncp.de

Auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs bietet in vielen ihrer Gruppen vor Ort Sport in der Krebsnachsorge an. Näheres erfahren Sie in der Bundesgeschäftsstelle der FSH (Tel. 0228–33 889-400).

XII. Rentengewährung

1. Altersrenten

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

1.1 Regelaltersrente (§§ 35, 235 SGB VI)

Versicherte können eine Regelaltersrente erhalten, wenn sie:

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

Die Regelaltersgrenze erreichen Versicherte, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, mit dem 65. Lebensjahr. Für jüngere Versicherte ab Geburtsjahr 1947 wird die Grenze stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben. Zur allgemeinen Wartezeit zählen Beitragszeiten und Ersatzzeiten. Wenn der Antrag rechtzeitig gestellt wurde, wird die Altersrente ab dem Monat gezahlt, zu dessen Beginn alle Voraussetzungen erfüllt sind.

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

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

Versicherte, die vor dem Jahr 1949 geboren sind, können diese Altersrente ohne Abschläge in Anspruch nehmen, wenn sie

- das 65. Lebensjahr vollendet und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

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

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

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

Vertrauensschutz: Für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1955 geboren sind und vor 2007 Altersteilzeit vereinbart haben, gilt weiterhin die Altersgrenze von 65 Jahren für die abschlagsfreie Rente. Eine vorzeitige Inanspruchnahme ist für diese Versicherten mit Jahrgang ab 1948 je nach Geburtsmonat bereits ab dem 62. Lebensjahr möglich.

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

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

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

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

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

Versicherte, die vor dem Jahr 1952 geboren sind, können die Altersrente für schwerbehinderte Menschen ohne Abschläge in Anspruch nehmen, wenn sie:

- das 63. Lebensjahr vollendet haben
- bei Beginn der Rente als schwerbehindert (GdB von mindestens 50) anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

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

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

Vertrauensschutz: Für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1955 geboren sind, vor

2007 Altersteilzeit vereinbart haben und am 1. Januar 2007 schwerbehindert waren, gilt weiterhin das Mindestalter von 60 für die früheste Inanspruchnahme und die Altersgrenze von 63 für die abschlagsfreie Rente.

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

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

Zusätzlich müssen folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen:

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

Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit könnte für Sie in Betracht kommen, wenn Sie vor dem 1. Januar 1961 geboren sind und wegen einer gesundheitsbedingten Minderung der Erwerbstätigkeit in Ihrem bisherigen oder einem zumutbaren anderen Beruf nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich arbeiten können. Daneben müssen auch hier die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt.

Erwerbsminderungsrenten werden zurzeit ab dem 63. Lebensjahr ohne Abschläge gezahlt. Zwischen 2012 und 2024 wird die Grenze stufenweise auf 65 angehoben. Wer aus gesundheitlichen Gründen schon vor dem 63. oder zukünftig 65. Geburtstag eine Erwerbsminderungsrente beziehen muss, wird weiterhin im Höchstfall 10,8 % an Abschlägen in Kauf nehmen müssen. Erwerbsminderungsrenten sind in der Regel auf drei Jahre befristet. Danach wird der Anspruch erneut überprüft. Grundsätzlich gilt vor dem Erreichen der Altersgrenze: "Reha geht vor Rente".

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

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

Nach Erreichen der Regelaltersgrenze (derzeit ab dem 65. Lebensjahr) kann der/die Berechtigte ohne Einschränkungen hinzuverdienen.

3.1 Hinzuverdienstgrenze für eine Vollrente

Bei einem Hinzuverdienst bis zu 450 € monatlich werden die vorzeitige Altersrente und die Rente wegen Erwerbsminderung in voller Höhe gezahlt.

3.2 Hinzuverdienstgrenzen für eine Altersteilrente

Die Hinzuverdienstgrenze für eine Altersrente vor Vollendung der Regelaltersgrenze als Teilrente wird individuell errechnet. Sie richtet sich nach dem persönlichen Verdienst der letzten drei Jahre vor Rentenbeginn, nach einem Teilrentenfaktor, der von der Höhe der gewünschten Rente abhängt, und nach dem Durchschnittsentgelt aller Beschäftigten (sog. Bezugsgröße).

Je geringer die jeweilige Teilrente, desto höher ist die Hinzuverdienstgrenze. Für die alten und neuen Bundesländer ergeben sich unterschiedliche Hinzuverdienstgrenzen. Altersrenten können als Vollrente, 2/3-Rente, 1/2-Rente und 1/3-Rente in Anspruch genommen werden. Dabei gibt es Mindesthinzuverdienstgrenzen.

Es gelten folgende Mindesthinzuverdienstgrenzen für Altersteilrenten:

	West	Ost
1/3-Teilrente	1.089,38 €	1.025,34 €
1/2-Rente	827,93 €	779,26 €
2/3-Teilrente	566,48 €	533,17 €

3.3 Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Erwerbsminderung

Die Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen bei Renten wegen teilweiser und voller Erwerbsminderung ist mit Ausnahme des Teilrentenfaktors von denselben Größen wie bei der Berechnung für vorzeitige Altersrenten abhängig.

Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird je nach Hinzuverdienst in voller Höhe, zur Hälfte oder gar nicht geleistet. Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung wird je nach Hinzuverdienst in voller Höhe, als $\frac{3}{4}$ -Rente, $\frac{1}{2}$ -Rente, als $\frac{1}{4}$ -Rente oder gar nicht geleistet.

Bei Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung werden auch Sozialleistungen (beispielsweise Krankengeld, Arbeitslosengeld) berücksichtigt. Als Hinzuverdienst wird das der Sozialleistung zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen genommen.

Es gelten folgende Mindesthinzuverdienstgrenzen für Erwerbsminderungsrenten:

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung:

	West	Ost
$\frac{1}{2}$ -Rente	1.220,10 €	1.148,38 €
Vollrente	1.002,23 €	943,31 €

Rente wegen voller Erwerbsminderung:

Die Mindest-Hinzuverdienstgrenze bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung beträgt bei einer Rente in voller Höhe bundeseinheitlich 450,00 €.

	West	Ost
$\frac{1}{4}$ -Rente	1.220,10 €	1.148,38 €
$\frac{1}{2}$ -Rente	1.002,23 €	943,31 €
$\frac{3}{4}$ -Rente	740,78 €	697,23 €

3.4 Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze

Die Hinzuverdienstgrenze darf im Laufe eines Kalenderjahres zweimal überschritten werden. Der Hinzuverdienst darf dann aber maximal das Doppelte der normalen Grenze betragen. Der Altersrentenanspruch entfällt erst dann in vollem Umfang, wenn die Hinzuverdienstgrenze für die niedrigste Teilrente (1/3-Teilrente) überschritten wird. Bei Erwerbsminderungsrenten wird die Rente beim Überschreiten aller Grenzen nicht mehr geleistet (kein Anspruchswegfall).

Bevor Sie eine Beschäftigung aufnehmen, sollten Sie sich beim zuständigen Rentenversicherungsträger informieren. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit neben einem Rentenbezug vor Erreichen der Regelaltersgrenze muss dem zuständigen Rentenversicherungsträger mitgeteilt werden.

Weitere aktuelle Informationen zum Thema Rente bietet die kostenlose Broschüre „Rente mit 67: Wie Sie Ihre Zukunft planen können“. Diese und andere Broschüren zum Thema Rente können auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de oder telefonisch unter 0800 - 1000 4800 bestellt werden.

VIII. Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung, Sozialgeld

1. Arbeitslosengeld I nach einer befristeten Rente

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

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

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

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

Übersicht zur Anspruchsdauer Arbeitslosengeld I:

Die Anspruchsdauer bei Arbeitslosengeld I halbiert sich nach Anzahl der Monate, die ein Versicherungspflichtverhältnis vorgelegen hat. Der Anspruch beginnt bei einem Versicherungspflichtverhältnis von insgesamt mindestens 12 Monaten und beträgt dann 6 Monate. Die höchste Bezugsdauer liegt bei 24 Monaten. Sie wird nach einem Versicherungspflichtverhältnis von 48 Monaten erreicht.

Für Arbeitslose nach Vollendung des 50. Lebensjahres gilt eine verlängerte Bezugsdauer. Bei 30 Monaten versicherungspflichtiger Tätigkeit haben sie Anspruch auf 15 Monate Arbeitslosengeld I. Ab 36 Monaten Tätigkeit können sie 18 Monate lang Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie das 55. Lebensjahr

vollendet haben. Ab 58 Jahren und 48 Monaten Beitragszahlung besteht ein Anspruch auf 24 Monate Arbeitslosengeld.

2. Grundsicherung

Als Grundsicherung wird in Deutschland eine aus Steuergeldern finanzierte Sozialleistung bezeichnet, die dem Sozialversicherungssystem (u.a. Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung) gegenübersteht. Im Sozialgesetzbuch besteht eine Unterteilung in Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII sowie Arbeitslosenunterstützung und -förderung nach dem SGB II.

Dementsprechend gibt es die Grundsicherungsleistungen der Sozialhilfe (SGB XII):

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

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

2.1 Sozialgeld

Sozialgeld bekommen nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Sie erhalten als Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts Sozialgeld, soweit sie keinen Anspruch nach SGB XII haben. Sozialgeld können Bezieher von Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung oder voller Erwerbsminderung auf Zeit erhalten. Angehörige einer Bedarfsgemeinschaft, die Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Dauer beziehen oder das 65. Lebensjahr vollendet haben, haben keinen Anspruch auf Sozialgeld.

Das Sozialgeld umfasst:

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

2.2 Arbeitslosengeld II

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

Pauschalierte Regelleistungen bei ALG II und Sozialgeld

Alleinstehende(r) Alleinerziehende(r) Personen mit minderjährigem Partner	100 % des Regelbedarfs	409 €
Partner ab Vollendung des 18. Lebensjahres	90 % des Regelbedarfs	368 €
Kinder ab Vollendung des 14. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	80 % des Regelbedarfs	311 €
Kinder ab Beginn des 7. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (6 – 13 Jahre)	70 % des Regelbedarfs	291 €
Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (0 – 6 Jahre)	60 % des Regelbedarfs	237 €
18- bis 25-jährige Personen, die im Haushalt ihrer Eltern leben oder ohne Zustimmung des Jobcenters umziehen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres		327 €

Zusätzliche Leistungen

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

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

Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Pflegebedürftige, blinde und hilflose Personen, die keine oder nur geringfügige Einnahmen haben, können Pflegegeld beanspruchen. Die Gewährung erfolgt unter Berücksichtigung von Einkommensgrenzen. Die Pflegegeldsätze und die jeweiligen Einkommensgrenzen werden, jeweils zum 1. Juli eines Jahres neu festgelegt. Gleichartige Leistungen (z.B. Pflegegeld nach der Pflegeversicherung) werden angerechnet. Beratung und Antragstellung beim zuständigen Sozialamt.

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

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

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

Hier einige generelle Regelungen

- Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich beihilfefähig, ausgeschlossen sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie z.B. Schnupfen-, Schmerz- und Hustenmittel, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel, Arzneimittel gegen Reisekrankheit, Nahrungsergänzungsmittel, soweit es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind beihilfefähig
- Die Leistungen zur häuslichen Krankenpflege erfolgen in der Regel entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Privatversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Beitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand.
- In einer privaten Vollversicherung ist die Reha-Behandlung grundsätzlich nicht eingeschlossen. Es gibt jedoch spezielle Reha-Tarife.
- Beamte können Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch nehmen. Sie können jedoch z.B. Krebsnachsorgemaßnahmen im Rahmen der Beihilfevorschriften beim Bund oder bei den Ländern beantragen.
- Privatversicherte Personen haben bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten. Viele Rehakliniken erfüllen diese Bedingungen. Informieren Sie sich bei der entsprechenden Klinik und holen Sie sich in jedem Fall vorher die Zusage der Krankenversicherung ein, dass diese die Kosten übernimmt.

Unter dem folgenden Link gelangen Sie zu den Beihilfевorschriften bzw. Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder:

www.die-beihilfe.de/beihilfевorschriften

Änderungen zu Pflegeleistungen erfragen Sie am besten direkt bei Ihrer Beihilfestelle.

X. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

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

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

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32, 53113 Bonn

Postfach 1467, 53004 Bonn

Telefon Zentrale: 0228 / 72 99 0 - 0

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

Härtefonds: 0228 / 72 99 0 - 94

Informationsdienst: 0228 / 72 99 0 - 95

Telefax: 0228 / 72 99 0 - 11

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

www.krebshilfe.de

Nachwort

Wir hoffen, wir konnten Sie mit der vorliegenden Broschüre über Hilfen informieren, die unser Gesundheits- und Sozialsystem bietet, damit Sie als mündige Patientin und mündiger Patient Ihre Rechte kompetent einfordern können.

Wir sind stets bemüht, die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen auf dem neuesten Stand zu halten. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte übernehmen wir nicht. Als juristisch verbindlich können ausschließlich die originalen Gesetzestexte, Verordnungen und Richtlinien dienen.

Sollten Ihnen Fehler auffallen, freuen wir uns über einen Hinweis.

Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Frauenselbsthilfe nach Krebs, Bundesverband e. V.

Haus der Krebs-Selbsthilfe

Thomas-Mann-Straße 40

53111 Bonn

Telefon: 0228 / 33 889-400

Telefax: 0228 / 33 889-401

kontakt@frauenselbsthilfe.de

www.frauenselbsthilfe.de

<https://forum.frauenselbsthilfe.de>

Literatur, Adressen, Empfehlungen

Literatur

- **Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen**, 37. Auflage, 2010, Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe, Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
- **Wegweiser zu Sozialleistungen**, Deutsche Krebshilfe, Die blauen Ratgeber Nr. 40

Adressen

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1,

10623 Berlin

Telefon: 030 / 44 04 56-0

www.baek.de

Deutsche Gesellschaft für Senologie

Postfach 30 42 49,

10757 Berlin

Telefon: 030 / 850 74 74-0

www.senologie.org

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

www.krebsgesellschaft.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32

53113 Bonn

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

Montag bis Freitag von 8.00–17.00 Uhr

www.infonetz-krebs.de

www.krebshilfe.de

Deutscher Behinderten-Sportverband e.V.

Tulpenweg 2
450226 Frechen
Telefon: 02234 / 6000 - 0
www.dbs-npc.de

Deutsches Krebsforschungszentrum – Krebsinformationsdienst

KID-Krebsinformationsdienst
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon: 0800 / 4 20 30 40 (kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
täglich von 8:00–20:00 Uhr
www.krebsinformationsdienst.de

MedizinRecht.de

Gartenstraße 79
60596 Frankfurt a.M.
Telefon: 069 / 4 30 59-600
Telefax: 069 / 4 30 59-565
www.medizinrecht.de

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Wolfgang Zöllner
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Telefon: 030 / 18-441-3420
Telefax: 030 / 18-441-3422
www.patientenbeauftragter.de

SoVD – Sozialverband Deutschland

Kurfürstenstraße 131/2
10785 Berlin
Telefon: 030 / 26 39 10-3
www.sovd.de

Stiftung Gesundheit

Behringstr. 28 a
22765 Hamburg
Telefon: 040 / 80 90 87
www.stiftung-gesundheit.de

Unabhängige Patientenberatung (UPD)

Littenstraße

1010179 Berlin

Tel: 030 / 200 89 23-43

Fax: 030 / 200 89 23-50

Beratung bundesweit kostenfrei am Telefon:

Deutsch: 0800 / 0 11 77 22 (Mo. bis Fr. 10–18 Uhr, Do. bis 20 Uhr)

Türkisch: 0800 / 0 11 77 23 (Mo. und Mi. 10–12 Uhr, 15–17 Uhr)

Russisch: 0800 / 0 11 77 24 (Mo. und Mi. 10–12 Uhr, 15–17 Uhr)

www.upd-online.de

VdK Sozialverband

Wurzerstraße 2-4

53175 Bonn

Telefon 02 28 / 8 20 93-0

www.vdk.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66

Besuchereingang: Kochstraße 22

10969 Berlin

Telefon: 030 / 2 58 00-0

Telefax: 030 / 2 58 00-218

www.vzbv.de

Verbraucherzentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Straße 200

51109 Köln

Telefon: 0221 / 89 92-0

www.infodienst.bzga.de

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband vertritt auf Bundesebene die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung: www.gkv-spitzenverband.de. Die gemeinsame Informationsplattform aller Krankenkassen erreichen Sie unter www.gkv.info.

Die einzelnen Verbände erreichen Sie im Internet unter:

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

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen

Auenstraße 31

80469 München

Telefon: 089 / 76 75 51 31

(erreichbar Montag bis Donnerstag, 13.00–14.00 Uhr)

www.patienten-information.de

Sie erhalten eine Liste mit spezialisierten Beratungseinrichtungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden.

Die Bürgertelefone des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Mit Beratungstelefonen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das BMG allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem in der Zeit von Montag bis Donnerstag, 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–15.00 Uhr, unter folgenden Nummern:

Fragen zur Krankenversicherung	030 - 340 60 66-01
Fragen zur Pflegeversicherung	030 - 340 60 66-02
Fragen zur gesundheitlichen Prävention	030 - 340 60 66-03
Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service Schreibtelefon	030 - 340 60 66-09
Gebärdenschildtelefon	030 - 340 60 66-08
Deaf-Fax	030 - 340 60 66-07

Mail: info.deaf@bmg.bund.de

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Das Bürgertelefon ist Montag bis Donnerstag immer von 8–20 Uhr erreichbar.

Die Telefonnummern lauten:

Rente	030 - 221 911 001
Unfallversicherung / Ehrenamt	030 - 221 911 002
Arbeitsmarktpolitik und -förderung	030 - 221 911 003
Arbeitsrecht	030 - 221 911 004
Teilzeit / Altersteilzeit / Minijobs	030 - 221 911 005
Infos für behinderte Menschen	030 - 221 911 006
Europäischer Sozialfonds	030 - 221 911 007
Schreibtelefon für Gehörlose und Hörgeschädigte	030 - 221 911 016
Fax	030 - 221 911 017
Gebärdentelefon	030 - 18 80 80 80 5

Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstraße 2

10709 Berlin

Telefon: 030 865 / 2 28 01

Mail: redaktion@drv-bund.de

www.deutsche-rentenversicherung.de

Fragen rund um das Thema Rente beantworten Ihnen die Experten am kostenlosen Servicetelefon 0 800 / 1000 48 00 70, Montag bis Donnerstag: 7.30–19.30 Uhr, Freitag: 7.30–15.30 Uhr.

Weitere Internetadressen

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

www.azq.de

www.bmg.bund.de

www.bundesaerztekammer.de

www.cancer.org (nur in englischer Sprache)

www.facebook.com/frauenselbsthilfe

www.frauengesundheitsportal.de

www.frauenselbsthilfe.de

www.gesundheitsinformation.de

www.iqwig.de

www.krebsgesellschaft.de

www.krebshilfe.de

www.krebsinfo.de

www.krebs.webweiser.de (Uni Freiburg)

www.nachsorge-ist-vorsorge.de/

www.patienten-information.de

www.stiftung-gesundheit.de

www.studien.de (Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft)

<https://washabich.de>

www.wissenwaswirkt.org

Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Das folgende Informationsmaterial kann in der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe nach Krebs bestellt werden und steht im Internet zum Download bereit:

- Imagebroschüre: Auffangen, Informieren, Begleiten
- Imageflyer der Frauenselbsthilfe nach Krebs
- Broschüre „Brustamputation – wie geht es weiter?“
- Broschüre „Krebs und Sexualität“
- Broschüre „Leben mit Metastasen“
- Broschüre „Krebs und Lymphödem“
- Broschüre „Rehabilitation für Brustkrebspatientinnen und -patienten“
- DVD + Flyer „Brustkrebs – was nun?“
- DVD „Angehörige krebskranker Menschen“
- DVD „Krebskranke Frauen und ihre Kinder“
- DVD „Brustkrebs – leben mit Metastasen“
- Faltblatt „Eierstockkrebs – Eine Orientierungshilfe“
- Imageflyer: „Netzwerk Männer mit Brustkrebs“
- Info-Flyer der NetzwerkStatt Krebs
- Magazin perspektive (4-mal jährlich)



Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.



Thomas-Mann-Str. 40,
53111 Bonn
Telefon 0228- 33889-400
www.frauenselbsthilfe.de
kontakt@frauenselbsthilfe.de
<https://forum.frauenselbsthilfe.de>
www.facebook.com/frauenselbsthilfe.de