

Info > Reihe



## Sozialleistungen bei Krebserkrankungen

## Impressum

### Herausgeber:

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.  
Volmerswerther Straße 20, 40221 Düsseldorf  
Tel.: 02 11 / 15 76 09 - 90  
info@krebsgesellschaft-nrw.de  
www.krebsgesellschaft-nrw.de

### Autorinnen:

S. Deiss, Psychoonkologin, Psychosoziale Krebsberatung Wuppertal  
K. Zimmer, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH)

### Gestaltung:

D. Oelschläger, Krebsgesellschaft NRW

### Titelfoto U1: Rido/Adobe Stock

Fotos Inhalt: S. 22 dalaprod/Adobe Stock, S. 29 visivasnc/Adobe Stock,  
S. 38 Tatjana Balzer/Adobe Stock, S. 55 Ingo Bartussek/Adobe Stock,  
S. 59 contrastwerkstatt/Adobe Stock, S. 68 contrastwerkstatt/Adobe Stock,  
S.82 Photocreo Bednarek/Adobe Stock, S. 94/95 Krebsgesellschaft NRW,  
S. 96 pixabay.com, S. 98 takasu/Adobe Stock, U4 Photographee.eu/Adobe Stock.

Alle Rechte, insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Krebsgesellschaft NRW reproduziert werden.

4. überarbeitete Auflage: März 2019 (Erstauflage Dez. 2008)

## **Medizinische Versorgung:**

### **Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen u. Zuzahlungen .. 07**

Ärztliche Zweitmeinung .....	07
Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel .....	08
Krankenhausbehandlung .....	12
Fahrtkosten .....	13
Häusliche Krankenpflege .....	14
Haushaltshilfe .....	17
Belastungsgrenze .....	18
Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit .....	21

### **Übergang in die nachstationäre Versorgung ..... 23**

#### **Medizinische Rehabilitation ..... 25**

Zeitpunkt, Ort und Dauer .....	26
Beantragung med. Rehabilitationsmaßnahmen .....	27
Voraussetzungen für die Bewilligung .....	30
Auswahl der Rehabilitationsklinik .....	31
Weitere onkologische Rehabilitationsmaßnahmen .....	31
Ergänzende Leistungen .....	32
Zuzahlungen .....	33
Rehabilitationssport .....	35

#### **Leistungen der Pflegeversicherung ..... 39**

Definition von Pflegebedürftigkeit .....	39
Antrag auf Pflegeleistungen .....	41
Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad .....	42
Pflegeleistungen im Überblick .....	45
Leistungen der häuslichen/ambulanten Pflege .....	45
Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson .....	47
Kurzzeitpflege .....	47
Pflegehilfsmittel .....	48
Ambulante Pflegedienste .....	49
Leistungen für nicht professionelle Pflegepersonen .....	51
Beruf und Pflege eines Angehörigen .....	52
Wohnungsanpassung/Wohnungsumfeldverbesserung .....	55

# Inhalt

Teilstationäre und stationäre Pflege .....	56
Vollstationäre Pflege .....	57
„Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe .....	58
Pflegeberatung .....	58
<b>Schwerbehinderung .....</b>	<b>60</b>
Zuständigkeit .....	60
Antragstellung .....	61
Merkzeichen .....	63
Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen .....	64
Schwerbehindertenausweis .....	66
<b>Rückkehr in den Beruf .....</b>	<b>69</b>
Stufenweise Wiedereingliederung .....	69
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	70
Kostenträger .....	71
<b>Einkommensarten .....</b>	<b>73</b>
Krankengeld .....	73
Wegfall des Krankengeldes .....	74
Übergangsgeld .....	76
Erwerbsminderungsrente .....	77
Rente auf Zeit .....	79
Weitere Rentenarten .....	80
Grundsicherung .....	80
Härtefonds .....	81
<b>Palliative Versorgung .....</b>	<b>83</b>
Was ist Palliativmedizin? .....	83
Einleitung von palliativer Versorgung .....	84
Finanzierung der stationären palliativen Versorgung .....	85
Ambulante Hospizarbeit .....	85
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung .....	86
<b>Adressen .....</b>	<b>88</b>
<b>Broschüren/Internet .....</b>	<b>94/97</b>

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

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

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

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

## **HINWEISE**

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

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

## Medizinische Versorgung: Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Zuzahlungen

Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen sowie mitversicherte Familienangehörige haben Anspruch auf Kostenübernahme der Krankenbehandlung. Die Krankenbehandlung umfasst alle Maßnahmen, die notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern. Die Krankenkassen sind auch Ansprechpartner für Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und für medizinische Rehabilitation. Welche Kosten im Einzelnen für welche Leistungen übernommen werden, sollte mit der Krankenversicherung abgeklärt werden. Erste Informationen finden sich in der Regel auf der Internetseite der Krankenkasse. Darüber hinaus haben die meisten Kassen zentrale Servicenummern oder es kann ein persönliches Beratungsgespräch in der Geschäftsstelle vor Ort in Anspruch genommen werden.

### Ärztliche Zweitmeinung zu Diagnose und Therapievorschlag

Grundsätzlich besteht für Versicherte Wahlfreiheit unter den Kassenärzten. Dies gilt auch für die Krankenhauswahl. Es muss allerdings eine ärztliche Einweisung für das gewählte Krankenhaus vorliegen. Wenn eine Krebsdiagnose gestellt und ein Therapievorschlag gemacht wurde, besteht die Möglichkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Hierunter versteht man eine zweite Begutachtung bzgl. Diagnose und Therapie durch einen unabhängigen, bisher an der Betreuung des Patienten nicht beteiligten Arzt. Dies kann wichtig sein für die Einschätzung des Krankheitsstatus, die Beurteilung von Risiken oder Chancen einer medikamentösen Therapie bzw. eines operativen Eingriffs. Zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung empfehlen sich z.B. Tumorzentren, onkologische Fachabteilungen von Krankenhäusern und Universitätskliniken, andere auf Krebstherapie spezialisierte Zentren sowie niedergelassene Onkologen.

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

## Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

### Arznei- und Verbandmittel

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

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

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

Eine Übersicht zuzahlungsbefreier Arzneimittel stellt der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite **www.gkv-spitzenverband.de** zur Verfügung.



Nach dem „Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz“ (AVWG) wurden bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe von der **Zuzahlung befreit**. Diese können auf den Internetseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)) eingesehen werden. Weiterhin können Medikamente von Arzneimittelherstellern, mit denen die Krankenkassen einen Rabattvertrag geschlossen haben, ganz oder teilweise zuzahlungsfrei sein. Ärzte, Apotheker und Krankenkassen erteilen hierzu detaillierte Auskünfte.

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

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

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

## **Heilmittel**

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

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

## **Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen**

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

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

Neben der Genehmigung der Krankenkasse, die keine Heilmittelverordnung ersetzt, müssen die Heilmittel jeweils für maximal zwölf Wochen gesondert vom Arzt verordnet werden.

Verordnungen über langfristige Heilmittelbehandlungen unterliegen keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung, d.h. sie gehen nicht mehr zu Lasten des Praxisbudgets eines niedergelassenen Arztes.

Ein Merkblatt für Ärzte zum Genehmigungsverfahren langfristiger Heilmittelbehandlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) herausgegeben.

## Hilfsmittel

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

### Beispiele für Hilfsmittel sind

Rollstühle, Gehhilfen, Hörhilfen, orthopädische Hilfen, Prothesen (auch: Brustprothesen), Stomaartikel, Inkontinenzhilfen, Hilfen zur Kompressionstherapie, Perücken, etc. Sehhilfen und Brillen werden nur in bestimmten Sonderfällen für schwer sehbeeinträchtigte Menschen sowie für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Krankenkasse übernommen.

Bei Hilfsmitteln, für die mit Vertragspartnern der Krankenkasse ein Festbetrag festgesetzt wurde, übernehmen die Kassen nur die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Sind die tatsächlichen Kosten höher als der Festbetrag, müssen Versicherte den Differenzbetrag selber zahlen (Eigenanteil). Um dies zu vermeiden, sollten Sie sich vorab die Vertragspartner der Krankenkasse nennen lassen. Die Kassen sind zur Auskunft verpflichtet. Hilfsmittel mit Festbetrag sind z.B. Inkontinenzhilfen, Stomaartikel und Hilfen zur Kompressionstherapie.

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

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

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

## Krankenhausbehandlung

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten einer Krankenhausbehandlung in einer zugelassenen Vertragseinrichtung in Höhe der mit der Einrichtung vereinbarten Vergütung.

Darüber hinausgehende zusätzliche Kosten (z.B. für Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer etc.) sind vom Versicherten zu übernehmen. Die Krankenhausbehandlung kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Sie umfassen ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln sowie Leistungen zur Frührehabilitation.

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

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

## Fahrtkosten

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

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Chemotherapie
- Fahrten zur Strahlentherapie
- Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Fahrten von Personen mit Pflegegrad 3,4 und 5. Bei Pflegegrad 3 muss zugleich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die einen Bedarf an einer Beförderung zur Folge hat.

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse stehen, aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind und vom Arzt verordnet wurden. Welches Fahrzeug dabei benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und wird vom Arzt entschieden.

**Die Fahrten zur ambulanten Behandlung müssen vor der Inanspruchnahme in jedem Fall von der Krankenkasse genehmigt werden!**

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

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

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

## Häusliche Krankenpflege

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

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die häusliche Krankenpflege nach vorheriger Genehmigung, wenn

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

Die häusliche Krankenpflege umfasst folgende Leistungen:

- **Behandlungspflege:** Hierunter versteht man medizinische Hilfeleistungen bei Injektionen, Verbandswechsel, Verabreichung von Medikamenten und dem Wechsel von Kompressionsstrümpfen
- **Grundpflege:** Leistungen nicht medizinischer Art wie z.B. Körperpflege, Hilfe im hygienischen Bereich, Ernährung
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** wie z.B. Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen, Putzen, Waschen

Die **Krankenhausvermeidungspflege** beinhaltet jeweils Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Leistungen.

Die **Sicherungspflege** beinhaltet in jedem Fall die Behandlungspflege; Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse vorgesehen ist.

Die Unterstützungspflege beinhaltet die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

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

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

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

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

Die Verordnung für häusliche Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt. Soweit es für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, können jedoch auch Krankenhausärzte im Rahmen des **Entlassmanagements** häusliche Krankenpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen.

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

#### Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege

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



## Haushaltshilfe

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

- Aufgrund von schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. In diesem Fall erfolgt die Gewährung der Leistung für längstens 4 Wochen.
- Wenn ein Kind unter zwölf Jahren im Haushalt lebt für längstens 26 Wochen.

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

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

### Zuzahlung zu den Kosten für eine Haushaltshilfe

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

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

## Belastungsgrenze

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

### Sonderregel für chronisch Kranke

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

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

Schwerwiegend chronisch krank ist, wer durch ärztliche Bestätigung nachweisen kann, dass er im vergangenen Jahr wegen derselben Erkrankung pro Quartal einmal in ärztlicher Behandlung gewesen ist (Dauerbehandlung).

Zusätzlich muss eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

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

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

**Zu beachten ist eine neue Regelung zur Beratungspflicht, die aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses seit dem 01.01. 2008 gilt!**

Folgender Personenkreis muss sich über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von einem Facharzt beraten lassen:

- Weibliche gesetzlich Krankenversicherte, geboren nach dem 01.04.1987
- Männliche gesetzlich Krankenversicherte, geboren nach dem 01.04.1962

Die Beratung muss nicht zwangsläufig zu der Entscheidung der Durchführung der jeweiligen Untersuchung führen.

Sie muss jedoch längstens in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung einmalig wahrgenommen werden.

Dies bedeutet

### **Beratung Frauen**

- Ab dem 20. Lebensjahr: Beratung über Früherkennungsuntersuchungen zu Gebärmutterhalskrebs

### **Beratung Männer**

- Ab dem 50. Lebensjahr: Beratung über Früherkennungsuntersuchungen zu Darmkrebs

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

## Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit

Bei einem Antrag auf Leistungen der Agentur für Arbeit (ALG I und ALG II/Hartz IV) muss die bisherige gesetzliche Krankenversicherung angegeben werden.

Ebenso muss die Krankenkasse davon unterrichtet werden, dass ein Antrag auf Leistungen bei der Agentur für Arbeit gestellt wurde. Personen, die bis zu diesem Zeitpunkt privat versichert waren, können eine gesetzliche Krankenkasse frei wählen.

Wer von diesem Wahlrecht keinen Gebrauch macht, wird bei der Krankenkasse versichert, bei der er zuletzt gesetzlich versichert war.

Wird ALG I oder ALG II (Hartz IV) bewilligt, übernimmt die Agentur für Arbeit bzw. bei ALG II die zuständige Arbeitsgemeinschaft (ARGE) die Beiträge für die Krankenversicherung.

Eine Erkrankung muss der Agentur für Arbeit bzw. der ARGE unverzüglich gemeldet werden. Die Leistungen werden, soweit es sich um ALG I handelt, in der Regel sechs Wochen weiter gezahlt.

Geht die Dauer der Erkrankung über sechs Wochen hinaus, übernimmt die Krankenkasse die Leistungen in Form von Krankengeld. Anschließend muss bei Bezug von ALG I das Arbeitslosengeld erneut beantragt werden.

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



## Übergang in die nachstationäre Versorgung

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

### Diese umfasst vor allem

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

Der Klinische Sozialdienst stellt für Patienten auch die notwendigen Anträge an entsprechende Leistungsträger, wie z.B. einen Antrag auf Anschlussheilbehandlung.

### **Unterstützungspflege für Menschen ohne Pflegegrad**

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

Versicherte haben für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden. Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612,00 Euro.

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

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



## Medizinische Rehabilitation

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

Folgende Bereiche werden hierbei unterschieden

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

### Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

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

Hierzu zählen

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

Alle gesetzlich Versicherten haben einen Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation. Für Krebspatienten ist die medizinische Rehabilitation neben der Behandlung durch niedergelassene Ärzte und der Krankenhausbehandlung fester Teil der Behandlungskette. Alle operierten, strahlen- und chemotherapierten Patienten sollten die Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation in Anspruch nehmen. Die medizinische Rehabilitation für Krebspatienten umfasst vor allem die Behand-

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

### **Zeitpunkt, Ort und Dauer med. Rehabilitationsmaßnahmen**

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sollen unmittelbar an die Primär- bzw. Akutbehandlung der Krebserkrankung anschließen (Operation, Chemo-, Strahlentherapie). Unmittelbar heißt, dass die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung angetreten wird.

Eine Fristverlängerung von vier Wochen aus tatsächlichen oder medizinischen Gründen (z.B. wegen längerer Bestrahlung) ist möglich. In bestimmten Fällen (z.B. Bestrahlungen im Kopf-Hals-Bereich) ist eine Fristverlängerung auf zehn Wochen möglich. Weitere Fristverlängerungen können individuell genehmigt werden.

Die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen. Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wohnt der Patient in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik.

Bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sucht der Patient während der Woche täglich für fünf bis sieben Stunden eine Rehabilitationseinrichtung am Wohnort oder in der Nähe auf und ist nachts und am Wochenende zu Hause.

Manche Einrichtungen bieten einen Fahrdienst an. Die Dauer der Anschlussrehabilitation beträgt drei Wochen, kann in Einzelfällen jedoch auch verlängert werden.

## Beantragung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Die „Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen“ (ARGE-Krebs NW) in Bochum organisiert als zentrale Institution die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für an Krebs erkrankte Menschen mit Wohnsitz in NRW. Das heißt, alle Anträge auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden an die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Bochum gestellt und dort bearbeitet und genehmigt.

Gleichrangige Kostenträger für onkologische Rehabilitationsmaßnahmen sind Rentenversicherung und Krankenkassen. Die Zuständigkeitsklärung der möglichen Kostenträger erfolgt ohne Umstand und Zeitverlust für den Patienten durch die Arbeitsgemeinschaft.

Bei einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme werden alle Kosten für die medizinischen und therapeutischen Maßnahmen finanziert. Dies gilt auch für Unterkunft und Verpflegung sowie für Fahrtkosten und die Kosten für Gepäcktransport.

Erstattet werden die Kosten für die Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Wenn Sie mit Ihrem privaten PKW fahren, wird Ihnen eine Entfernungspauschale gezahlt.

Antragsformulare und Informationsblätter der Arbeitsgemeinschaft finden Sie im Internet unter [www.argekrebsnw.de](http://www.argekrebsnw.de). Bei allen Fragen zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen stehen Ihnen die Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung (Anschrift u. Telefonnummer im Adressenteil).

### **Wie wird der Antrag gestellt?**

Die Rehabilitationsmaßnahme kann formlos oder mit den speziellen Antragsformularen der Arbeitsgemeinschaft beantragt werden. Formulare können dort angefordert oder per Internet heruntergeladen werden. Die Krankenhaussozialdienste haben die Formulare in der Regel vorliegen.

Zu einem vollständigen Antrag gehören die Bestätigung der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung, die Zustimmungserklärung des Patienten sowie der Befundbericht. Ärztliche Befundberichte (Formulare CA 5/CA 5-AHB) sollten möglichst ausführliche Angaben zur Krebserkrankung sowie zu Behinderungen und Beeinträchtigungen des Patienten beinhalten. Der Antrag muss vom Patienten selbst unterschrieben werden.

### **Wann wird der Antrag gestellt?**

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

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

## **An wen wird der Antrag gestellt?**

Für die Antragstellung gibt es mehrere mögliche Adressaten

- a) Antrag an die „Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen“(Arge Krebs NW): Der Antrag wird direkt an die Arge Krebs NW in Bochum geschickt. Diese prüft und bewilligt den Antrag und wählt eine passende Reha-Einrichtung für den Patienten aus.
- b) Direktanmeldung: Der Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme wird direkt an eine gemeinsam mit dem Patienten ausgewählte Vertrags-Reha-Klinik der Arge Krebs NW gestellt. Diese Reha-Klinik prüft den Antrag und leitet ihn zur Bewilligung an die Arge Krebs NW weiter.
- c) Antrag über die Krankenkasse: Der Antrag wird an die Krankenkasse gerichtet, die diesen dann wiederum an die Arge Krebs NW zwecks Genehmigung und Zuweisung einer Reha-Klinik weiterleitet.



## Voraussetzungen für die Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen

Persönliche Voraussetzungen für die Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen:

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für die Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen:

- Zugehörigkeit zu einer gesetzl. Kranken- u./o. Rentenversicherung
- Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen (Ausnahme: Die Arge Krebs NW ist auch zuständig für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit Wohnsitz in den „alten“ Bundesländern)

Die Arge Krebs NW ist nicht zuständig für die Bewilligung von Maßnahmen im Rahmen von Beamten- und/oder Pensionärs-Absicherungen.

## Auswahl der Rehabilitationsklinik

Um optimale Rehabilitationserfolge zu erzielen, werden seitens der Arbeitsgemeinschaft, abgesehen von der Art der Krebserkrankung, auch zusätzliche Erkrankungen oder Behinderungen bei der Auswahl einer Vertragsklinik berücksichtigt. Den Wünschen des Patienten soll entsprochen werden, wenn dem nicht medizinische oder andere Gründe entgegenstehen. Im Direktanmeldeverfahren kann die Auswahl der Reha-Klinik in Absprache mit dem Patienten auch durch die Akutklinik oder Praxis erfolgen.

## Weitere onkologische Rehabilitationsmaßnahmen

**Nachsorgemaßnahmen** zählen zu den onkologischen Nachsorgeleistungen, dauern drei Wochen und können bis zum Ablauf eines Jahres nach der beendeten Akutbehandlung gewährt werden. Wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen, können darüber hinaus bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Akutbehandlung erneut Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden. Im Gegensatz zur Anschlussheilbehandlung (AHB)/Anschlussrehabilitation (AR) besteht jedoch kein gesetzlicher Anspruch auf weitere Reha-Maßnahmen. Die Antragsbegründung sollte auf den „Erhalt der Leistungsfähigkeit“ bzw. auf die „Verbesserung der Leistungsfähigkeit“ abzielen. Bei Rentnern kann als Ziel der Reha-Maßnahme „die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität“ formuliert werden.

Das Auftreten eines Rezidivs (erneutes Auftreten eines Tumors nach vorheriger Behandlung) wird unter Rehabilitationsgesichtspunkten wie eine Neuerkrankung betrachtet. Daher besteht regulär erneuter Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation, unabhängig davon, ob eine solche Maßnahme bereits bei Ersterkrankung in Anspruch genommen wurde! Die Antragstellung erfolgt wie auf Seite 27 beschrieben.

## Ergänzende Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

### Haushaltshilfe

Wird während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme eine Haushaltshilfe zur Fortführung des Haushalts benötigt, übernimmt der Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme auf Antrag auch die Kosten für eine Haushaltshilfe. Hierzu gelten die auf Seite 17 beschriebenen Voraussetzungen.

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

### Familienorientierte Rehabilitationsmaßnahmen

In Einzelfällen ist in Absprache mit dem Kostenträger sowie mit der bewilligten Rehabilitationsklinik auch die Mitaufnahme von Kindern während der Rehabilitationsmaßnahme möglich.

Die Kostenübernahme ist unbedingt vor Antritt der Maßnahme mit der Arbeitsgemeinschaft abzuklären.

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

### Übergangsgeld

Wenn für den Zeitraum der Rehabilitationsmaßnahme kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, kann vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld gezahlt werden. Dies gilt, wenn der Versicherte zuvor durch Berufstätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt hat und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet hat oder wenn Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen wurde. Übergangsgeld muss beantragt werden. Einzelheiten hierzu siehe Abschnitt „Einkommensarten“ (siehe S. 73).



## Zuzahlungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen

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

Diese Zuzahlungen betragen im Jahr 2018

### **bei Maßnahmen zu Lasten der Rentenversicherung:**

für eine Anschlussrehabilitation:

stationär: 14 Tage x 10,00 Euro\*

ambulant: keine Zuzahlung

### **für sonstige Reha-Maßnahmen:**

stationär: je Tag der Maßnahme 10,00 Euro  
max. 42 Tage im Kalenderjahr

ambulant: keine Zuzahlung

### **bei Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung:**

für eine Anschlussrehabilitation

stationär und ambulant: 28 Tage x 10,00 Euro\*

### **für sonstige Reha-Maßnahmen:**

stationär und ambulant: je Tag der Maßnahme 10,00 Euro

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

Quelle: ARGE Krebs NW, 2018

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

### Zuzahlungen bei der Antragstellung im Kalenderjahr 2018

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag pro Tag
unter 1.219,00 Euro	keine Zuzahlung
ab 1.219,00 Euro	5,00 Euro
ab 1.339,80 Euro	6,00 Euro
ab 1461,60 Euro	7,00 Euro
ab 1583,40 Euro	8,00 Euro
ab 1705,20 Euro	9,00 Euro
ab 1827,00 Euro	10,00 Euro

Quelle: ARGE Krebs NW, 2018

Es gilt: Berücksichtigt werden nur die Einnahmen derjenigen Person, aus deren Versicherung die Rehamaßnahme bezahlt wird.

Vollständig von Zuzahlungen zu den Rehabilitationskosten befreit sind Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten oder während der Rehabilitationsmaßnahme ausschließlich Übergangsgeld beziehen. Bei Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung kann ausschließlich die Krankenkasse über die Befreiung entscheiden.

Die Zuzahlungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden zu den anderen Zuzahlungen gerechnet und bei der Entscheidung berücksichtigt, ob Sie die Belastungsgrenze erreicht haben (s. S. 18 Belastungsgrenze). Heben Sie daher alle entsprechenden Quittungen auf.

## Rehabilitationssport

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

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

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

Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können Sie bei den Krankenkassen, beim Behinderten-Sportverband NRW, beim LandesSportBund NRW oder bei der Krebsgesellschaft NRW erfragen (Adressen im Anhang).

Die Sportverbände bieten Reha-Sport innerhalb von Sportvereinen an.

Krebsnachsorgeangebote in NRW sind auch auf der Internetseite des LandesSportBundes NRW unter [www.wir-im-sport.de](http://www.wir-im-sport.de) zu finden.

### Verordnung von Rehabilitationssport

Stellt der Arzt bereits während der Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik die Notwendigkeit von Rehabilitationssport fest, ist die dortige Aufklärung des Patienten über Nachsorgeangebote wünschenswert.

Der behandelnde Arzt der Rehaklinik kann bereits in seinem Abschlussbericht eine entsprechende Empfehlung aussprechen. Der weiterbehandelnde Arzt zu Hause muss dem Reha-Sport zustimmen und eine entsprechende ärztliche Verordnung ausstellen. Diese muss Diagnose, Gründe und Ziele, Dauer und Anzahl der notwendigen wöchentlichen Übungseinheiten sowie eine Empfehlung der geeigneten Sportart beinhalten.

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

Die betreffende Maßnahme muss innerhalb von drei Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen. Ein Einstieg in laufende Gruppen ist in der Regel jederzeit möglich.

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

Die Beteiligung an den Kosten für Reha-Sport erfolgt entweder durch die Krankenkasse oder durch den Rentenversicherungsträger.

Für den Rehabilitationssport gelten dabei folgende Begrenzungen:

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

Danach muss der behandelnde Arzt eine neue Verordnung (Muster 58) ausstellen. Diese Folgeverordnung ist laut den Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation jedoch nur möglich, wenn „die Motivation zur langfristigen Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht gegeben ist.“

### **Tipp**

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



## Leistungen der Pflegeversicherung

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

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

### **Definition von Pflegebedürftigkeit:**

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

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

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

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

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



## Antrag auf Pflegeleistungen

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

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

Bei der Antragstellung sollten Sie neben der Grunderkrankung alle weiteren vorhandenen Beeinträchtigungen angeben und Kliniken und Ärzte nennen, die am besten über Ihre gesundheitlichen Störungen informiert sind. Den Antrag sollten Sie auch mit Ihrem behandelnden Arzt absprechen, damit dieser in seinen Befundberichten die Auswirkungen Ihrer Erkrankung detailliert darstellt. Auch alle weiteren ärztlichen Unterlagen sollten Sie mit dem Antrag einreichen (z.B. auch den Abschlussbericht der Rehabilitation, Krankenhausentlassungsbericht, Gutachten etc.).

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

## Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Festlegung Pflegegrad

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

Privat Versicherte können sich an ihre private Krankenversicherung und ggf. an ihre Beihilfestelle wenden. Die „Compass – Private Pflegeberatung“ erreichen Sie telefonisch unter der Rufnummer: 0 800 / 101 88 00.

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

### **Mobilität**

Wie selbstständig kann der Mensch sich fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?

### **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

Wie findet sich der Mensch in seinem Alltag örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann die Person Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen?

### **Verhaltensweise und psychische Problemlagen**

Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressivem oder ängstlichem Verhalten?

### **Selbstversorgung**

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

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

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

## Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

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

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

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

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

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

### **Pflegegrad 1\* (s. S. 46)**

geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

### **Pflegegrad 2**

erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

### **Pflegegrad 3**

schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

### **Pflegegrad 4**

schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

### **Pflegegrad 5**

schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung  
(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse Widerspruch einzulegen. Beachten Sie die Widerspruchsfrist von einem Monat ab Bekanntgabe.

## Pflegeleistungen im Überblick

### Leistungen der häuslichen/ambulanten Pflege

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

**Pflegegeld für häusliche Pflege** kann in Anspruch genommen werden, wenn eine selbst gewählte Pflegekraft (z.B. Angehörige, ehrenamtliche Hilfe) die Pflege übernimmt. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter.

<b>Pflegegrad</b>	<b>Leistungen pro Monat ab 2018</b>
Pflegegrad 1*	----
Pflegegrad 2	316,00 Euro
Pflegegrad 3	545,00 Euro
Pflegegrad 4	728,00 Euro
Pflegegrad 5	901,00 Euro

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

<b>Pflegegrad</b>	<b>Leistungen pro Monat ab 2018</b>
Pflegegrad 1*	----
Pflegegrad 2	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro

**\* Leistungen für häusliche Pflege bei Pflegegrad 1:**

Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden) von monatlich 125,00 Euro sowie monatlich 40,00 Euro für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, Zuschüsse von max. 4.000,00 Euro zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie zwei kostenlose Beratungen pro Jahr. Anspruchsberechtigte, die zusammen wohnen, können ihre Ansprüche bis zum 4-fachen des Betrages zusammenlegen.

**Kombinationsleistung**

Möglich ist auch eine **Kombination von Pflegegeld und ambulanter Pflegesachleistungen**. Wenn die Pflegesachleistung für einen professionellen Pflegedienst nicht in voller Höhe ausgeschöpft wird, kann gleichzeitig ein anteiliges Pflegegeld für eine selbst gewählte Pflegekraft in Anspruch genommen werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige für die Sachleistungen in Anspruch nimmt.

**Entlastungsbetrag**

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

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

## Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

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

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

## Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse übernommen, wenn der Versicherte nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen ist. Das können z.B. Krisensituationen sein, in denen eine häusliche Pflege vorübergehend nicht mehr möglich ist. Kurzzeitpflege kann auch für eine Übergangszeit/Wartezeit in Anspruch genommen werden, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus keine häusliche Pflege möglich ist und noch kein Platz in einem Pflegeheim zur Verfügung steht.

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

## Pflegehilfsmittel

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

Die Pflegekasse unterscheidet zwischen

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

Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn die Produkte im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der Pflegekassen gelistet sind. Das Verzeichnis informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt bzw. leihweise überlassen werden können.

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

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

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



## Ambulante Pflegedienste

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

Bei der Wahl eines geeigneten Pflegedienstes hilft folgende Checkliste:

### **Kosten vorab klären**

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

### **Vertragskonditionen prüfen**

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

Der Pflegedienst ist in der Regel für verursachte Schäden haftbar zu machen. Die Mitarbeiter der seriösen Anbieter sind haftpflichtversichert. Haftungsausschlüsse sind nicht gerechtfertigt. So genannte Abdingungsklauseln, mit

denen der Anbieter weitere Leistungen in Rechnung stellt, auch wenn diese nicht erwünscht waren, sind ebenfalls unzulässig. Wenn Zweifel an Vertragsklauseln bestehen, helfen Patientenberatungsstellen oder die zuständige Pflegekasse weiter.

### **Qualifikation erfragen**

Über die Qualifikationen des Personals kann Auskunft verlangt werden. Dies ist insbesondere bei komplizierten Krankheitsbildern oder bei der Notwendigkeit von palliativer Pflege sinnvoll.

Folgende Berufsgruppen verfügen über eine qualifizierte Ausbildung:

- ✓ Krankenpflegepersonal
- ✓ Kinderkrankenpflegepersonal
- ✓ Staatlich anerkannte Familienpfleger
- ✓ Krankenpflegehelfer
- ✓ Altenpfleger
- ✓ Hauswirtschafter/Fachhauswirtschafter
- ✓ Heilerziehungspfleger/Heilerzieher/Heilpädagogen

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

### **24-Stunden-Bereitschaft**

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

### **Pflege-Netzwerk abfragen**

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

### **Kontakte zum Arzt**

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

## Leistungen für nicht professionelle Pflegepersonen in der häuslichen Pflege

### Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer:

Nicht professionelle Pflegende können an einem Pflegekurs der Pflegekassen teilnehmen. Diese Kurse bieten praktische Anleitungen und Informationen, Beratung und Unterstützung und sie bieten pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Die Kurse der Pflegekassen sind kostenlos und unbedingt empfehlenswert für Angehörige, die noch keine Pflegeerfahrung haben.

### Beiträge zur Rentenversicherung:

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

### Gesetzliche Unfallversicherung:

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

## Verbindung von Beruf und Pflege eines Angehörigen

### **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Bei einer akuten oder unerwarteten Pflegesituation in der Familie können alle Arbeitnehmer eine kurzzeitige Freistellung von zehn Tagen in Anspruch nehmen. In dieser Zeit kann die Pflege für den Angehörigen organisiert werden. Die Regelung ist unabhängig von der Betriebsgröße des Arbeitgebers. Für diesen Zeitraum gibt es einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Diese Lohnersatzleistung sollte unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über das voraussichtliche Vorliegen von Pflegebedürftigkeit unverzüglich bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragt werden. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes beträgt bis zu 90 % des ausgefallenen Nettoeinkommens. Während der Freistellung bleibt der Sozialversicherungsschutz (Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) bestehen.

### **Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**

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

### **Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)**

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

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

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

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

Der Begriff „nahe Angehörigen“ umfasst folgenden Personenkreis:

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

Finanzielle und soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen bei Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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

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

Weitere Informationen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erhalten Sie bei Ihrer Pflegekasse, in Pflegeberatungsstellen und auf der Internetseite **[www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de)** des Bundesfamilienministeriums, das zusätzlich ein Pflegetelefon für die Beratung von Angehörigen eingerichtet hat:  
Tel: 0 30 / 201 791 31, E-Mail: [info@wege-zur-pflege.de](mailto:info@wege-zur-pflege.de)

## Wohnungsanpassung/Wohnumfeldverbesserung

Unabhängig von der Pflegestufe eines Pflegebedürftigen zahlt die Pflegekasse auf Antrag einen Zuschuss von bis zu 4.000,00 Euro für Maßnahmen der Wohnungsanpassung. Diese müssen zum Ziel haben, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine weitgehend selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherzustellen und somit die Abhängigkeit von einer Pflegekraft zu verringern. Zu den Maßnahmen einer Wohnungsanpassung zählen beispielsweise Türverbreiterungen, fest installierte Rampen, Treppenlifte oder ein pflegegerechter Umbau des Badezimmers. Der Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend der Pflegesituation individuell umgebaut oder hergestellt werden muss, wird auch unterstützt. Ein Zuschuss für Wohnungsanpassung kann ein zweites Mal beantragt werden, wenn sich die Pflegesituation stark verändert hat, so dass erneute Maßnahmen nötig werden.

Den Antrag auf Zuschuss zur Wohnungsanpassung müssen Sie **vor** Beginn der baulichen Maßnahme bei der Pflegekasse stellen. Wenn Sie die Maßnahmen ohne vorherige Genehmigung durch die Pflegekasse durchführen lassen und Sie die Rechnung erst danach bei der Kasse einreichen, wird kein Zuschuss gewährt.



## Teilstationäre und stationäre Pflege

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

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

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

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

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

<b>Pflegegrad</b>	<b>Leistungen pro Monat ab 2018</b>
Pflegegrad 1	bis zu 125,00 Euro einsetzbarer Entlastungsbetrag
Pflegegrad 2	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro

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



## Vollstationäre Pflege

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

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

Je nach Pflegegrad werden folgende monatliche Pflegesätze an zugelassene Pflegeheime gezahlt:

<b>Pflegegrad</b>	<b>Leistungen pro Monat ab 2018</b>
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125,00 Euro monatlich
Pflegegrad 2	770,00 Euro
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Pflegebedürftige selber tragen. Wenn er für diese Kosten nicht aufkommen kann, leistet das Sozialamt unter Umständen „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen. Vorab wird allerdings überprüft, ob Angehörige – insbesondere Kinder – unterhaltspflichtig sind. Für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen in den Pflegegraden 2 bis 5 gibt es seit 2017 einen einheitlichen Eigenanteil, der für das jeweilige Pflegeheim festgelegt ist. Der Eigenanteil wird somit nicht mit der Erhöhung eines Pflegegrades steigen. Für Betroffene, die bereits in einem Pflegeheim leben gilt Bestandsschutz, d.h. sie werden keinesfalls schlechter gestellt. Einen eventuell anfallenden Differenzbetrag bei der Zuzahlung trägt die Pflegekasse.

## „Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe

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

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

## Pflegeberatung

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

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

Auch die Pflegekassen bieten jedem Versicherten, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, innerhalb von zwei Wochen eine Pflegeberatung an.

Ebenso haben Angehörige eines Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen und sollen damit mehr Unterstützung erhalten wenn es um die Organisation der Pflege geht.

Wenn bereits während eines Klinikaufenthaltes absehbar ist, dass sofort nach der Entlassung ambulante oder stationäre Pflege benötigt wird, sollten Sie oder Ihre Angehörigen sich unverzüglich an den Kliniksozialdienst wenden. Dort wird man Sie über entsprechende Maßnahmen informieren und diese ggf. einleiten. Sie können auch die Internet-Suchmaschine der Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ nutzen, um das für Sie nächstgelegene Beratungsangebot zu finden: [www.zqp.de](http://www.zqp.de) unter „Beratungsangebote in der Pflege“.



### TIPP

Wenn Sie einen Arzt, ein geeignetes Krankenhaus, einen ambulanten Pflegedienst, eine stationäre Pflegeeinrichtung, oder Angebote für eine wohnortnahe palliative Versorgung suchen, ist die „Weisse Liste“ als Wegweiser im Gesundheitssystem sehr hilfreich. Das Internetportal [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Das Portal ist kosten- und werbefrei, leicht verständlich und unabhängig.

## Schwerbehinderung

Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

### Schwerbehinderung

Als schwerbehindert gelten Menschen, die mindestens einen Grad der Behinderung von 50 haben. Verursacht eine Krebserkrankung eine langfristige Behinderung mit den oben genannten Kriterien, ergibt sich ein Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis.

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

Bei einer Krebserkrankung sind in der Regel die Voraussetzungen für eine Schwerbehinderung mit einem GdB von mindestens 50 gegeben.

### Zuständigkeit

Seit Januar 2008 liegt die Zuständigkeit für die Feststellung der Schwerbehinderung bei den kreisfreien Städten und Kreisen. Auskunft über die örtlichen Feststellungsbehörden erteilen die jeweiligen Stadt- und Kreisverwaltungen sowie Behindertenverbände und Vertretungen für schwerbehinderte Menschen in Betrieben und Dienststellen. Außerdem kann eine Liste der zuständigen Stellen in NRW im Internet z.B. unter **[www.elsa.de](http://www.elsa.de)** heruntergeladen werden.

## Antragstellung

### Antragsformulare

Antragsformulare sind entweder in der örtlichen Feststellungsbehörde erhältlich oder im Internet unter **[www.elsa.nrw.de](http://www.elsa.nrw.de)**.

In Nordrhein-Westfalen wohnhafte Personen haben unter dieser Internetadresse zusätzlich die Möglichkeit, einen Schwerbehinderten-Antrag per Online-Verfahren ELSA.NRW auszufüllen und an die zuständige Feststellungsbehörde zu übermitteln.

### Folgende Punkte sollten bei der Antragstellung beachtet werden

- Der Grad der Behinderung ist nicht nur abhängig von der Grunderkrankung, sondern auch von allen weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen. Daher sollten diese im Detail angegeben werden. Hier einige Beispiele: Operationsfolgen: Funktionseinschränkungen des Arms, der Schulter u.a., Verlust einer Brust, Folgen von Bestrahlungen und Chemotherapien, wie z.B. Lymphödem, Nervenläsionen u.a.
- Der Antrag sollte mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, damit dieser alle Auswirkungen der Erkrankung detailliert darstellen kann. Ergänzend sollten weitere Kliniken und Ärzte benannt werden, die über die Beeinträchtigungen gut informiert sind.
- Alle ärztlichen Unterlagen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits vorliegen, sollten in Kopie mit eingereicht werden. Hierzu gehören z.B. Berichte über Krankenhausbehandlungen, Kurkliniken, Entlassungsberichte etc.

- Die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen sollten unterschrieben werden. Die mitgeschickten Unterlagen reichen unter Umständen nicht aus, so dass die Feststellungsbehörde weitere Unterlagen von den angegebenen Ärzten, Krankenhäusern und Rentenversicherungsträgern anfordert. Hier wird die Entbindung von der Schweigepflicht unbedingt benötigt.
- Die Antragsteller sollten die Möglichkeit nutzen, ihre Beeinträchtigungen auch selbst darzustellen. Hilfreich ist neben der Selbstbeobachtung auch eine Fremdbeobachtung z.B. durch eine pflegende Person über einen bestimmten Zeitraum. Körperliche Beeinträchtigungen sollten genauso schriftlich festgehalten werden, wie die Ursachen für Schmerzen oder Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung, z.B. durch verlangsamte Bewegungen im Straßenverkehr.
- In der Regel muss dem Antrag ein Lichtbild beigelegt werden. Bei Kindern unter zehn Jahren ist dies nicht notwendig. Wenn der Antragsteller aufgrund der Schwerbehinderung nicht in der Lage ist, das Haus zu verlassen, kann auf Antrag der Ausweis auch ohne Lichtbild ausgestellt werden.

Grundlage für die Einstufung von Beeinträchtigungen ist ein bundeseinheitlicher Katalog von Begutachtungsrichtlinien „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP).

Diese Anhaltspunkte ordnen bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Erkrankungen einem entsprechenden „Grad der Behinderung“ (GdB) zu. Diese Richtlinien können in der Broschüre „Behinderung und Ausweis“ des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) nachgelesen werden.

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

## Merkzeichen

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

Es gibt folgende Merkzeichen:

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

## Übersicht über Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen

Mit der Anerkennung einer Schwerbehinderung sind je nach Schweregrad bestimmte Ansprüche und Vergünstigungen verbunden. Diese sollen helfen, die durch die Behinderung entstehenden Nachteile auszugleichen.

### Hierzu gehören

- **Erweiterter Kündigungsschutz in Betrieben:** Voraussetzung ist, dass der Betrieb mindestens sechs Beschäftigte hat. Der Inhaber des Schwerbehindertenausweises muss dem Betrieb seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbrechung angehören. Sind diese Voraussetzungen gegeben, dann muss im Falle einer Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes vorliegen.
- **Zusatzurlaub:** Im Regelfall werden bei einer Vollzeitbeschäftigung fünf Arbeitstage im Jahr zusätzlich als Urlaub gewährt. Bei reduzierter Arbeitszeit werden entsprechend weniger Tage angerechnet.
- **Reduzierung der Schulpflichtstunden** im Schuldienst
- **Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung:** Voraussetzung ist, dass eine reduzierte Arbeitszeit aufgrund der Art und Schwere der Behinderung notwendig ist.
- Hilfestellungen beim Erwerb eines Arbeitsplatzes durch die Integrationsämter
- **Parkerleichterung** im öffentlichen Raum mittels einer Parkplakette
- **Verbilligte Eintrittsgelder:** Bei kulturellen und Sport-Veranstaltungen sowie häufig in öffentlichen Einrichtungen (z.B. Schwimmbäder)
- Sonderregelungen zum **Wohngeld**



- **Steuererleichterungen/Steuerfreibetrag** in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung: Dies bezieht sich zum einen auf steuer-mindernde Pauschalbeträge zur Abgeltung von außergewöhnlichen Belastungen, die mit der Behinderung verbunden sind. Zum anderen können beim Finanzamt Fahrtkosten mit dem KFZ zwischen Wohnung und Arbeitsstätte, Reparaturen, Abnutzung, Garagenmiete u.a. in einem bestimmten Rahmen geltend gemacht werden sowie Ermäßigung oder Befreiung von der KFZ-Steuer beantragt werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine **vorgezogene Altersrente** (ab dem 61. Lebensjahr) mit Abschlägen bis zu 10,8 % oder eine abschlagfreie Altersrente (ab dem 64. Lebensjahr) beantragt werden. Informationen und individuelle Berechnungen hierzu gibt es bei den Rentenversicherungsträgern und deren Beratungsstellen vor Ort.
- **Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr:** Voraussetzung ist, dass infolge der Behinderung die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist (Merkzeichen G, aG, H, BI und GI). Die Deutsche Bahn gewährt unter bestimmten Voraussetzungen weitere Vergünstigungen.
- **Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht:** Die Befreiung erhalten Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 %, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.
- **Gleichstellung:** Behinderte Menschen mit einem GdB von weniger als 50 %, aber mindestens 30 %, können unter bestimmten Voraussetzungen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Gleichgestellte Menschen haben wie schwerbehinderte Menschen den besonderen Kündigungsschutz, jedoch keinen Anspruch auf Zusatzurlaub und sie können keine Altersrente für schwerbehinderte Menschen beanspruchen.

Ein Antrag auf Gleichstellung kann bei der zuständigen Arbeitsagentur am Wohnort gestellt werden.

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

### **Gültigkeit und Verlängerung des Schwerbehindertenausweises**

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

Die Ausstellung erfolgt zunächst für max. 5 Jahre (die als „Heilungsbewährung“ gelten). Nach zweimaliger Verlängerung muss ein neuer Ausweis ausgestellt werden. Bei einer lebenslangen Beeinträchtigung, die sich voraussichtlich nicht bessern wird, besteht die Möglichkeit einen unbefristeten Ausweis zu erhalten.

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

Die Antragstellung sollte rechtzeitig drei Monate vor Ablauf der Gültigkeitsdauer erfolgen. Treten nach Ablauf der ersten fünf Jahre („Heilungsbewährung“) keine Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen auf, wird der Behinderungsgrad herabgesetzt. In diesen Fällen wird nur noch ein Organverlust bewertet. Damit es nicht zu einer ungerechtfertigten Rückstufung kommt, sollten Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen, die in der Zwischenzeit auftreten, der Feststellungsbehörde mit den entsprechenden Arztberichten unbedingt mitgeteilt werden.

Bei einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes oder bei einer weiteren dauerhaften Einschränkung sollte ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) gestellt werden. Der Antrag wird an die Feststellungsbehörde geschickt, die prüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

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



## Rückkehr in den Beruf

### Stufenweise Wiedereingliederung

Die „Stufenweise Wiedereingliederung“, auch „Hamburger Modell“ genannt, ist eine Maßnahme im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation und wird in der Regel von den Krankenkassen getragen. Nur in Ausnahmefällen ist die Rentenversicherung zuständig. Nach Absprache mit dem Arbeitgeber und der Krankenkasse ist eine stufenweise Rückkehr in den Arbeitsalltag möglich, solange der Versicherte noch Anspruch auf Krankengeld hat.

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

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

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

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

Lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Rentenversicherungsträger in allen Fragen zur „Stufenweisen Wiedereingliederung“ beraten. Falls die Zuständigkeit der Kostenträger nicht klar sein sollte, können Sie sich auch an die trägerübergreifenden Servicestellen wenden, die in allen Fragen rund um medizinische und berufliche Rehabilitation informieren, beraten und unterstützen. Adressen der Servicestellen erfahren Sie bei Gemeinde- und Stadtverwaltungen, bei den Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Integrationsämtern und Rentenversicherungsträgern. Ein Verzeichnis der Servicestellen finden Sie auch im Internet unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de).

## Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

Beispiele:

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

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

## **Kostenträger**

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

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

Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen wollen, können Sie sich bei der zuständigen Behörde über die Leistungen und Antragstellung beraten lassen.

Wenn Sie nicht sicher sind, welcher Träger für Ihren Antrag zuständig ist, können Sie dies bei den Servicestellen (siehe S. 70) vorab klären lassen.

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

### Zuständigkeit für schwerbehinderte Menschen

Für schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben sind die „Integrationsämter“ zuständig.

### Sie erfüllen folgende Aufgaben

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

Ein Verzeichnis der Integrationsämter finden Sie im Internet unter **[www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)** (siehe Punkt „Kontakt“).  
Adressen der Integrationsämter in NRW finden Sie im Anhang.



## Einkommensarten

### Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld besteht für Patienten, die aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig werden und mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind.

Der Krankengeldanspruch besteht für dieselbe Krankheit längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren.

Die Berechnung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, wobei folgende Leistungen mit in die 78 Wochen eingerechnet werden:

- Gehaltsfortzahlung von sechs Wochen durch den Arbeitgeber
- Reha-Aufenthalte, für die Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger gezahlt werden
- Die Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV)

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

Stellen Sie **rechtzeitig**, bis zu drei Monate vor dem Ende des Krankengeldbezuges, der so genannten „Aussteuerung“, einen Rentenanspruch bzw. beantragen Sie Arbeitslosengeld. Informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse, Ihrem Rentenversicherungsträger oder bei der Bundesagentur für Arbeit.

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

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

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

### Wegfall des Krankengeldes (§ 51 SGB V)

#### Aufforderung zur Rehabilitation

Bei Erhalt von Krankengeld fordert die Krankenkasse den Versicherten vor Ablauf der 78 Wochen auf, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen, wenn nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit des Patienten erheblich gefährdet oder gemindert ist. **Dieser Antrag muss gestellt werden, da die Krankenkasse sonst berechtigt ist, das Krankengeld mit Ablauf der gesetzten Frist ruhen zu lassen!**

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

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

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

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

### Antrag auf Rente

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

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

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

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

### Übergangsgeld

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

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

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

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

## Volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente

Ist aufgrund einer Erkrankung die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise eingeschränkt, kann ein Rentenanspruch gestellt werden. Seit dem 01.01.2001 ersetzen die „Volle Erwerbsminderungsrente“ und die „Teilweise Erwerbsminderungsrente“ die vormalige „Rente wegen Erwerbsunfähigkeit“.

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

Es besteht Anspruch auf

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

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

Voraussetzungen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente:

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

zu 1.

Nachdem ein Rentenantrag gestellt wurde, wird von dem zuständigen Rentenversicherungsträger geprüft, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Dies geschieht häufig, indem Antragsteller zu einer Untersuchung beim Medizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers eingeladen werden. Unter Berücksichtigung aller vorliegenden medizinischen Befunde (es sollte jeder Arzt angegeben werden, bei dem der Antragsteller bis zu diesem Zeitpunkt in Behandlung war) wird entschieden, ob die Voraussetzungen für eine volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente gegeben sind bzw. ob durch eine Rehabilitationsmaßnahme die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.

zu 2.

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

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

### Rente auf Zeit

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

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

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

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

## Weitere Rentenarten

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

Lassen Sie sich vor der Antragstellung einer Rente umfassend beraten. Suchen Sie mit allen für die Rente relevanten Unterlagen eine Beratungsstelle Ihrer Rentenversicherung auf. Dort können auch individuelle Rentenberechnungen vorgenommen werden. Ehrenamtlich tätige Versichertenberater helfen beim Ausfüllen von Anträgen. Die Adressen der Beratungsstellen sind unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) aufgeführt. Hier können außerdem Broschüren und Antragsvordrucke heruntergeladen werden. Weitere Anschriften, auch für telefonische oder schriftliche Nachfragen, finden Sie im Anhang.

## Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Als Grundsicherung wird die Sicherstellung des grundlegenden Lebensunterhaltes eines Menschen bezeichnet, der **aufgrund seines Alters oder einer Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden** ist und dessen reguläre Einkünfte für den Lebensunterhalt nicht ausreichen.

### Voraussetzungen für die Bewilligung von Grundsicherung sind

- Gewöhnlicher Aufenthalt/Wohnsitz in Deutschland
- Erreichung der Altersgrenze **oder**
- Vollendung des 18. Lebensjahres und medizinisch begründete dauerhaft volle Erwerbsminderung



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

Der Antrag auf Grundsicherung wird beim wohnortnah zuständigen Sozialamt gestellt.

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

### **Härtefonds der Deutschen Krebshilfe**

Krebspatienten und ihre Familien, die durch die Krebserkrankung in eine finanzielle Notlage geraten sind, können kurzfristig eine einmalige finanzielle Zuwendung aus dem Härtefonds der Deutschen Krebshilfe erhalten. Ein Antrag kann nur gestellt werden, wenn die Bedürftigkeit nachgewiesen wird. Die Zuwendung ist an Familieneinkommengrenzen gebunden.

Mit einem einfachen Antragsformular können Antragsteller ihre Situation darlegen, entsprechende Nachweise beifügen und ihre Angaben von einer öffentlichen Institution (Sozialamt, Kliniksozialdienst, kirchliche Stellen oder durch andere behördliche Einrichtungen) abzeichnen bzw. bestätigen lassen. Die Abwicklung durch die Deutsche Krebshilfe erfolgt in der Regel schnell und weitgehend unbürokratisch.

Die Adresse finden Sie im Anhang. Das Antragsformular sowie ein dazugehöriges Merkblatt können auch aus dem Internet heruntergeladen werden unter [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de).



# Palliative Versorgung

## Was ist Palliativmedizin?

### Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002)

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

Oder: Die Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Die Erkrankung kann nicht mehr geheilt werden. Die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Krankheitsbeschwerden, sowie die Berücksichtigung psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse stehen im Vordergrund. Die palliativmedizin umfasst auch die Betreuung der Angehörigen.

Ausgehend von den Wünschen, Bedürfnissen, Zielen und dem Befinden des Patienten hat hier nicht die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis Priorität, sondern die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit des Patienten.

Die palliative Versorgung von Patienten kann unter verschiedenen Rahmenbedingungen **ambulant** oder **stationär** erfolgen.

In **stationären Hospizen** und in **Palliativstationen**, die an Krankenhäuser angegliedert sind, werden Patienten behandelt, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können.

- **Ambulante palliative Pflegedienste** pflegen die Patienten zu Hause und ermöglichen sterbenden Menschen, die letzte Zeit ihres Lebens in ihrer häuslichen Umgebung zu verbringen.
- **Hospizgruppen/-initiativen, Hospizdienste** leisten größtenteils ehrenamtliche Arbeit bei den Patienten und Familien zu Hause, beraten in palliativen Pflegefragen, unterstützen die Arbeit der palliativen Pflegedienste und koordinieren den Einsatz von ehrenamtlichen Hospizhelfern.

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

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

### Einleitung von palliativer Versorgung

Wenn Familien mit der belastenden Pflege und Betreuung eines sterbenden Angehörigen überfordert sind, sollten sie sich an Hospizgruppen bzw. Initiativen oder an stationäre Hospize in der Umgebung wenden, um so verlässliche, schnelle und unbürokratische Hilfe und Beratung zu erhalten.

Anschriften von ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen finden Sie unter **[www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)**. Auskunft erteilen auch Pflegeberatungsstellen und Krankenkassen, der Kliniksozialdienst oder die Klinikseelsorger sowie der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (Adresse im Anhang).

## Finanzierung der stationären palliativen Versorgung

Seit dem 01.08.2009 erfolgt die Finanzierung der stationären Hospizpflege (unter Anrechnung der Leistungen aus der Pflegeversicherung) durch die Krankenkassen. Das bedeutet, dass für Patienten keine Zuzahlung für den stationären Hospizaufenthalt anfällt (§ 39 a Abs.1 SGB V).

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

## Ambulante Hospizarbeit

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

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

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

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

Hospizdienste leisten darüber hinaus palliativpflegerische Beratung bzw. Anleitung der pflegenden Angehörigen und koordinieren die Einsätze von ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern.

**Die Finanzierung** der ambulanten Palliativpflegedienste erfolgt durch die Krankenkassen. Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgung durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgt und der Patient keine Krankenhausbehandlung und keine teilstationäre Versorgung benötigt.

Da ambulante Hospizarbeit auch über Spenden finanziert wird, entstehen dem Patienten in der Regel keine Kosten.

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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

Einen Bedarf an besonders aufwendiger Versorgung haben Palliativpatienten mit komplexen Symptomen, deren Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen von qualifizierten Ärzten und Pflegekräften erfordert. Eine psychosoziale Unterstützung – auch für Angehörige – wird in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern und ehrenamtlichen Hospizhelfern

gewährleistet. SAPV wird immer dem individuellen Bedarf des Patienten angepasst.

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

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

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

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

# 88 Allgemeine Adressen

## **Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bürgertelefon**

Fragen zur Rente:  
Tel. 030 / 22 19 11 001  
Mo. bis Do. 8.00 - 20.00 Uhr

## **Bürgertelefon zur Krankenversicherung**

Tel. 030 / 340 60 66 - 01

## **Bürgertelefon zur Rentenversicherung**

Tel. 030 / 340 60 66 - 02

## **Beratungsservice für Gehörlose**

030 / 340 60 66 - 07 Telefax  
030 / 340 60 66 - 08 ISBN-Bildtelefon

## **Deutsche Krebshilfe e.V.**

Buschstr. 32, 53113 Bonn  
Tel. 02 28 / 7 29 90 - 0  
[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

## **Info-Netz Krebs der Deutschen Krebshilfe**

und der Deutschen Krebsgesellschaft  
Tel. 0 800 / 8070 88 77  
[www.infonetz-krebs.de](http://www.infonetz-krebs.de)

## **Deutsche Krebshilfe e.V.**

Härtefonds  
Buschstr. 32  
53113 Bonn  
Tel. 02 28 / 7 29 90 - 94  
[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

## **Deutsche Rentenversicherung Rheinland** (ehem. LVA Rheinprovinz)

Königsallee 71  
40215 Düsseldorf  
Bürgertelefon: 0 800 / 10 00 48 013

## **Deutsche Rentenversicherung Westfalen** (ehemals LVA Westfalen)

Gartenstraße 194  
48147 Münster  
Bürgertelefon: 0 800 / 10 00 48 011

## **Kostenloses Service-Telefon der Deutschen Rentenversicherung:**

Tel. 0 800 / 10 00 48 070  
Mo. - Do. 7.30 bis 19.30 Uhr  
Fr. von 7.30 bis 15.30 Uhr

## **Deutsche Rentenversicherung Bund** (ehemals BfA – Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

und VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)  
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin  
Tel. 0 30 / 865 - 0

## **Deutsche Rentenversicherung**

Knappschaft-Bahn-See  
Pieperstraße 14 - 28  
44789 Bochum  
Tel. 0 800 / 10 00 48 080  
Weitere Informationen  
unter [www.kbs.de](http://www.kbs.de)



**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

Termin-Servicestelle  
Tel. 02 11 / 59 70 89 90

**Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe**

Tel. 02 31 / 94 32 96 00  
Patientenberatung  
Tel. 02 51 / 92 99 00 0  
Terminservicestelle  
Tel. 02 31 / 94 32 94 44

**KID - Krebsinformationsdienst  
Deutsches Krebsforschungszentrum**

Im Neuenheimer Feld 280  
69120 Heidelberg  
Tel. 0 800 / 4 20 30 40  
[www.krebsinformation.de](http://www.krebsinformation.de)

**Krebsgesellschaft NRW e.V.**

Volmerswerther Str. 20  
40221 Düsseldorf  
Tel. 02 11 / 15 76 09 90  
[www.krebsgesellschaft-nrw.de](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de)

**Landschaftsverband Rheinland  
(LVR)****Integrationsamt**

Kennedy-Ufer 2  
50679 Köln  
Tel. 02 21 / 809 - 0  
[www.lvr.de](http://www.lvr.de)  
[integrationsamt@lvr.de](mailto:integrationsamt@lvr.de)

**Landschaftsamt Westfalen-Lippe  
(LWL) - Integrationsamt**

Freiherr-vom-Stein-Platz 1  
48147 Münster  
Tel. 02 51 / 591-01  
[www.lwl.org](http://www.lwl.org)  
[integrationsamt@lwl.org](mailto:integrationsamt@lwl.org)

## 90 Selbsthilfeverbände NRW

### **Arbeitskreis der Pankreatektomierten**

Thomas-Mann-Straße 40  
53111 Bonn  
Tel. 02 28 / 3 38 89 - 251  
[www.adp-bonn.de](http://www.adp-bonn.de)

### **Deutsche Hirntumorhilfe e.V.**

Karl-Heine-Straße 27  
04229 Leipzig  
Tel. 03 41 / 5 90 93 96  
[www.hirntumorhilfe.de](http://www.hirntumorhilfe.de)

### **Deutsche ILCO e.V.**

Thomas-Mann-Str. 40  
53111 Bonn  
Tel. 02 28 / 33 88 94-50  
[www.ilco.de](http://www.ilco.de)

### **Deutsche Leukämie- und Lymphom-Hilfe e.V.**

Thomas-Mann-Straße 40  
53111 Bonn  
Tel. 02 28 / 33 88 9 - 200  
[www.leukaemie-hilfe.de](http://www.leukaemie-hilfe.de)

### **Semi-Colon e.V.**

**Familienhilfe Darmkrebs e.V.**  
Gingterkamp 81  
41069 Mönchengladbach  
Tel. 021 61 / 59 11 12  
<https://www.semi-colon.de>

### **Frauenselbsthilfe nach Krebs Landesverband NRW e.V.**

Thomas-Mann-Str. 40  
53111 Bonn  
Tel. 02 28 / 33 88 94 - 02  
[www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de)

### **Landesverband der Kehlkopf- operierten NRW e.V.**

Breslauer Straße 113a  
41366 Schwalmtal  
Tel. 021 63 / 4 79 31  
[www.kehlkopfoperierte-nrw.de](http://www.kehlkopfoperierte-nrw.de)

### **Landesverband Prostata Selbsthilfe NRW e.V.**

Leineweberstraße 50, 45468 Mülheim  
Tel. 02 08 / 3 05 92 99  
[www.prostatakrebs-lps.de](http://www.prostatakrebs-lps.de)

### **Leukämie Lymphom Liga e.V. Universitätsklinikum Düsseldorf**

Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf  
Tel. 02 11 / 811 95 30  
[www.leukaemieliga.de](http://www.leukaemieliga.de)

### **Non-Hodgkin-Lymphome Hilfe e.V. Selbsthilfeorganisation NRW**

Talstr. 32, 51702 Bergneustadt  
Tel. 022 61 / 4 19 51  
[www.nhl-hilfe.eu](http://www.nhl-hilfe.eu)

### **Plasmozytom/Multiples Myelom Selbsthilfegruppe NRW e.V.**

Dornaper Str. 18, 42327 Wuppertal  
Tel. 020 58 / 89 53 27 8  
[www.myelom-nrw.de](http://www.myelom-nrw.de)

### **Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.**

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn  
Tel. 02 28 / 33 88 91 50  
[www.blasenkrebs-shb.de](http://www.blasenkrebs-shb.de)

### **Selbsthilfegemeinschaft Haut e.V.**

Neustr. 27a, 42799 Leichlingen  
Tel. 02 175 / 16 72 31  
[www.shg-haut.de](http://www.shg-haut.de)

## **Aachen**

Krebsberatungsstelle und Kontaktstelle  
für Selbsthilfegruppen im  
Gesundheitswesen Aachen e.V.  
Lütticher Straße 10  
52064 Aachen  
Tel. 02 41 / 47 48 80  
[www.krebsberatungsstelle.de](http://www.krebsberatungsstelle.de)

## **Bielefeld**

Psychosoziale Krebsberatung  
der AWO  
Detmolder Straße 280  
33605 Bielefeld  
Tel. 05 21 / 92 16 431  
[www.awo-owl.de](http://www.awo-owl.de)

## **Bochum**

Beratungsstelle für Krebsbetroffene  
Westring 43  
44787 Bochum  
Tel. 0234 / 68 10 20  
[www.krebsberatung-bochum.de](http://www.krebsberatung-bochum.de)

## **Bonn**

Krebsberatungsstelle des  
Tumorzentrums Bonn e.V.  
Sigmund-Freud-Straße 25  
53127 Bonn  
Tel. 02 28 / 29 91 61  
[www.tumorzentrum-bonn.de](http://www.tumorzentrum-bonn.de)

## **Düsseldorf**

Krebsberatung Düsseldorf  
für Erkrankte und Angehörige  
Fleherstraße 1  
40223 Düsseldorf  
Tel. 02 11 / 30 20 17 57  
[www.krebsberatungduesseldorf.de](http://www.krebsberatungduesseldorf.de)

## **Duisburg**

Krebsberatung in Duisburg  
c/o Kommunale Gesundheits-  
konferenz Duisburg  
Ruhrorter Str. 195  
47119 Duisburg  
Tel. 01 52 / 262 512 32  
[www.krebsberatung-in-duisburg.de](http://www.krebsberatung-in-duisburg.de)

## **Erftstadt**

Krebsberatungsstelle des ASB  
Regionverband Erft-Düren e.V.  
Am Hahnacker 1  
50374 Erftstadt-Liblar  
Tel. 022 35 / 4 60 21 20  
[www.asb-erft.de](http://www.asb-erft.de)

## **Essen**

Krebsberatung für Betroffene  
& Angehörige  
Camillo-Sitte-Platz 3  
45136 Essen  
Tel. 02 01 / 89 53 320  
[www.krebsberatung-essen.de](http://www.krebsberatung-essen.de)

## **Gelsenkirchen**

Krebsberatungsstelle Gelsenkirchen  
der Pari-Sozial gGmbH in der  
Region Emscher-Lippe  
Dickampstraße 12  
45879 Gelsenkirchen  
Tel. 02 09 / 91 32 840  
[www.parisozial-emscher-lippe.de](http://www.parisozial-emscher-lippe.de)

## **Hagen**

Krebsberatung der Diakonie Mark-Ruhr  
Körnerstraße 82  
58095 Hagen  
Tel. 02 331/ 35 20 850  
[www.diakonie-mark-ruhr.de](http://www.diakonie-mark-ruhr.de)

## 92 Krebsberatungsstellen in NRW

### **Herford**

Krebsberatungsstelle des  
Kreises Herford  
Schwarzenmoorstr. 70 B  
(Personalwohnheim)  
32049 Herford  
Tel. 052 21 / 94 26 05  
[www.krebsberatungsstelle-kreis-herford.de](http://www.krebsberatungsstelle-kreis-herford.de)

### **Hürth**

Krebsberatung Rhein-Erft  
Reifferscheidstraße 2-4  
50354 Hürth-Hermülheim  
Tel. 022 33 / 79 90 91 - 75 (und -76)  
[www.krebsberatung-rhein-erft.de](http://www.krebsberatung-rhein-erft.de)

### **Köln**

LebensWert e.V.  
an der Uniklinik Köln  
Verwaltungsgebäude des  
Ev.Krankenhauses Weyertal  
Weyertal 76, 50931 Köln  
Tel. 02 21 / 478 - 9 71 90  
[www.vereinlebenswert.de](http://www.vereinlebenswert.de)

### **Krefeld**

Beratungsstelle für Krebsbetroffene und  
Angehörige  
Interessengemein. der  
Krebsnachsorge e.V.  
Mühlenstraße 42, 47798 Krefeld  
Tel. 02 151 / 96 190 - 55  
[www.krebsberatung-krefeld.de](http://www.krebsberatung-krefeld.de)

### **Leverkusen**

Beratungsstelle für Krebsbetroffene Le-  
verkusen e.V. – help  
Mülheimer Str. 19  
51375 Leverkusen  
Tel. 02 14 / 44 4 70  
[www.help-leverkusen.de](http://www.help-leverkusen.de)

### **Minden**

PARISOZIAL, Krebsberatung für Minden-  
Lübbecke  
Bahnhofstraße 27  
32312 Lübbecke  
Tel. 05 741 / 3424 - 28  
[www.parisozial-mlh.de](http://www.parisozial-mlh.de)

### **Mönchengladbach**

Beratungsstelle für Krebsbetroffene  
Friedhofstraße 39  
41236 Mönchengladbach  
Tel. 021 66 / 92 39 40  
[www.parisozial-moenchengladbach.de](http://www.parisozial-moenchengladbach.de)

### **Münster**

Krebsberatungsstelle des  
Tumor-Netzwerk  
im Münsterland e.V.  
Gasselstiege 13  
48159 Münster  
Tel. 02 51 / 62 56 20 10  
[www.krebsberatung-muenster.de](http://www.krebsberatung-muenster.de)

### **Paderborn**

Psychosoziale Krebsberatungsstelle  
Riemekestraße 12  
33102 Paderborn  
Tel. 052 51 / 54 01 8 - 41 (und -40)  
[www.diakonie-pbhx.de](http://www.diakonie-pbhx.de)

**Siegburg**

Krebsberatungsstelle im  
Caritasverband Rhein-Sieg e.V.  
Wilhelmstraße 155-157  
53721 Siegburg  
Tel. 022 41 / 12 09 308  
[www.caritas-rheinsieg.de](http://www.caritas-rheinsieg.de)

**Solingen**

Krebsberatungsstelle des  
Tumorzentrums Solingen e.V.  
Tel. 0212 / 547 - 22 22  
[www.tumorzentrum-solingen.de](http://www.tumorzentrum-solingen.de)

**Wuppertal**

Psychosoziale Krebsberatungsstelle  
Alte Freiheit 3  
42103 Wuppertal  
Tel. 02 02 / 45 64 44  
[www.krebsberatung-wuppertal.de](http://www.krebsberatung-wuppertal.de)

## Die Broschüren der „Grünen Info-Reihe“

Mit den „grünen Ratgebern“ bietet die Krebsgesellschaft NRW eine Reihe von Broschüren, die allgemein verständlich über Krebs und begleitende Themen informieren.

Alle Ratgeber der Info-Reihe können innerhalb Nordrhein-Westfalens kostenlos bei der Krebsgesellschaft NRW bestellt werden:

Telefonische Bestellungen: **02 11 / 15 76 09 90**

Downloads und Online-Bestellungen unter **[www.krebsgesellschaft-nrw.de](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de)**



## Broschüren zu Krebsarten und begleitenden Themen

- Erste Hilfe bei Krebs: Wegweiser zur Orientierung
- Komplementäre Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen
- Mit Leib und Seele leben Teil 1 (Hilfe für den Körper)
- Mit Leib und Seele leben Teil 2 (Hilfe für die Seele)
- Ratgeber Fatigue
- Schmerzen bei Krebs
- Ratgeber Krebs im Netz: Hilfreiche Informationen im Internet finden
- Ratgeber Angehörige von Krebspatienten
- Was Kindern und Jugendlichen hilft, wenn Eltern an Krebs erkranken
- Gynäkologische Tumore







## Internetangebote der Krebsgesellschaft NRW

### **[www.krebsgesellschaft-nrw.de](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de)**

Hauptseite der Krebsgesellschaft NRW mit der Möglichkeit, Broschüren zu Krebserkrankungen und begleitenden Themen zu bestellen und herunter zu laden, Kontakte zu weiteren Ansprechpartnern.

### **[www.komplementaermethoden.de](http://www.komplementaermethoden.de)**

Internetseite der Krebsgesellschaft NRW in Zusammenarbeit mit dem Institut zur wissenschaftlichen Evaluation naturheilkundlicher Verfahren an der Universität zu Köln mit Informationen über naturheilkundliche Maßnahmen, die eine Krebstherapie ergänzen können.

### **[www.krebsberatungduesseldorf.de](http://www.krebsberatungduesseldorf.de)**

Internetseite der Krebsberatung Düsseldorf mit Beratungsangeboten für Betroffene und Angehörige aus der Region Düsseldorf.

## Beratungsangebote der Krebsgesellschaft NRW

### **Krebsberatung Düsseldorf für Erkrankte und Angehörige**

Fleher Straße 1, 40223 Düsseldorf (Bilk)

Tel. 02 11 / 30 20 17 57

[info@krebsberatungduesseldorf.de](mailto:info@krebsberatungduesseldorf.de)

[www.krebsberatungduesseldorf.de](http://www.krebsberatungduesseldorf.de)

### **Erstinformation für ganz NRW unter:**

Tel. 02 11 / 30 20 17 57

[beratung@krebsgesellschaft-nrw.de](mailto:beratung@krebsgesellschaft-nrw.de)

**Krebs ist unsere Aufgabe, das Leben unser Ziel – für die Menschen in NRW**

## Die Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Die gemeinnützige Krebsgesellschaft NRW setzt sich seit 67 Jahren für die Verbesserung der Versorgung krebskranker Menschen in Nordrhein-Westfalen ein. Das Aufgabenspektrum ist vielfältig und reicht von Initiativen zur Krebsprävention und Qualitätsentwicklung über Information bis hin zur ambulanten Krebsberatung.

### Wir helfen, gute Entscheidungen zu treffen

Erkrankte Menschen unterstützt die Krebsgesellschaft NRW darin, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Wir begleiten bei der Bewältigung von Schmerzen und Ängsten. Für Menschen mit Krebs, ihre Familien und Freunde will die Krebsgesellschaft NRW ein Auffangnetz in der Krise bieten.

### Wir sind die Plattform für Kooperationen in der Onkologie in NRW

Um den Herausforderungen der Zukunft wirkungsvoll zu begegnen, bedarf es der Förderung von Kooperationen in der Onkologie des Landes, die Verknüpfung loser Enden durch konsentiertes Vorgehen von Institutionen und Entscheidern sowie die Entwicklung bedarfsgerechter sektorübergreifender Konzepte. Als Krebsgesellschaft des Landes bieten wir eine aktiv handelnde „Plattform für Kooperationen in der Onkologie“: mit gezielter Netzwerkarbeit, Moderation, Koordination und Förderung.

### Wir wollen ein Leben ohne Krebs

Unsere Vision ist es, dass weniger Menschen an Krebs erkranken. Dafür setzen wir unser Know-how in der Krebsprävention gezielt ein – mit Aktionen für Jung und Alt.



Beleg/Quittung für den Kontoinhaber/Zahler

Zahlungsempfänger

Krebgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

IBAN

DE63 3005 0110 0010 1514 88

BIC

DUSDEDDXXX

bei (Kreditinstitut/Zahlungsdienstleister)

Euro/Cent

Kunden-Referenznummer (nur für Zahlungsempfänger)

**SPENDE**

Kontoinhaber/Zahler: Name

IBAN des Kontoinhabers

Quittung des Kreditinstituts bei Bareinzahlung

**SEPA-Überweisung/Zahlschein**

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

BIC

Für Überweisungen in Deutschland, in andere EU-/EMR-Staaten und in die Schweiz in Euro.

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 37 Stellen, bei nachfolgender Beschriftung max. 20 Stellen)  
**Krebgesellschaft NRW e.V.**

IBAN

**DE63 3005 0110 0001 0151 488**

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (1 oder 11 Stellen)  
**DUSDEDDXXX**

Sie überträgt bis € 200,- ggf. die Kontobindung oder  
den abgeregelter Betrag an Spenden-Quittung

Betrag: Euro, Cent

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zellen à 27 Stellen, bei nachfolgender Beschriftung max. 2 Zellen à 20 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort bzw. 27 Stellen, wenn Straße oder Postleitzahl angegeben

IBAN - Prüfziffer - Bankleitzahl des Kontoinhabers - Kontonummer (ggf. links mit Nullen anfüllen)

**06**

Datum

Unterschrift(en)

**SPENDE**





Sie spenden,  
wir helfen!

*Spende  
per Klick!*

[www.krebsgesellschaft-nrw.de](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de)

Helfen Sie mit Ihrer Spende,  
unsere Arbeit zu stärken.

Die Krebsgesellschaft NRW bietet zuverlässige  
Information, Orientierung und Beratung.

Spendenkonto:

Stadtsparkasse Düsseldorf

IBAN DE63 3005 0110 0010 1514 88

Spendenzweck: Wissen zum Leben



**Krebsgesellschaft NRW**  
Volmerswerther Straße 20  
40221 Düsseldorf

**Tel: 02 11 / 15 76 09 90**  
[www.krebsgesellschaft-nrw.de](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de)  
[info@krebsgesellschaft-nrw.de](mailto:info@krebsgesellschaft-nrw.de)