## Sozialleistungen

## bei Krebserkrankungen





#### PIKTOGRAMME IN UNSEREN BROSCHÜREN



#### Vorwort/Zitate



#### Achtung

Hier weisen wir auf wichtige Dinge hin und warnen vor möglichen Gefahren.



#### Empfehlung

Hinter diesem Icon verbergen sich nützliche Tipps und Empfehlungen.



#### Information

Hier sind interessante Informationen oder auch Grafiken zusammengefasst.



#### Webhand

Hier sind Hinweise zu unserem Angebot zusammengefasst, die kostenlos auf unserer Website zum Download bereitstehen oder bestellt werden können.

#### **WICHTIGER HINWEIS**

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 den zuständigen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Krankenkasse, des Rentenversicherungsträgers oder ggf. des Sozialamtes nicht ersetzen. Die Krebsgesellschaft NRW e.V. übernimmt keine Haftung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der Angaben.



## DIF KREBSGESELL SCHAFT NORDRHEIN-WESTFALEN E.V.

Die Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. setzt sich für die Prävention, Behandlung und Nachsorge von Krebserkrankungen sowie für die Verbesserung der Versorgung von krebskranken Menschen in NRW ein. In unseren ambulanten Beratungsstellen erhalten Krebsbetroffene und Angehörige kostenfrei Rat und Hilfe.

## **INHALT**

VORWORT	08
MEDIZINISCHE VERSORGUNG: LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKEN- KASSEN UND ZUZAHLUNGEN	13
Ärztliche Zweitmeinung	13
Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel	14
Krankenhausbehandlung	19
Fahrtkosten	20
Häusliche Krankenpflege	21
Haushaltshilfe	25
Belastungsgrenze	26
Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit	29
ÜBERGANG IN DIE NACHSTATIONÄRE	
VERSORGUNG	31
Medizinische Rehabilitation	33
Zeitpunkt, Ort und Dauer	35
Beantragung med. Rehabilitationsmaßnahmen	36
Voraussetzungen für die Bewilligung	39

Auswahl der Rehabilitationsklinik	4
Weitere onkologische Rehabilitationsmaßnahmen	4
Ergänzende Leistungen	42
Zuzahlungen	44
Rehabilitationssport	46
LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG	5′
Definition von Pflegebedürftigkeit	5′
Antrag auf Pflegeleistungen	53
Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad	54
Pflegeleistungen im Überblick	58
Verhinderungspflege	59
Kurzzeitpflege	60
Pflegehilfsmittel	6
Ambulante Pflegedienste	62
_eistungen für nicht professionelle Pflegepersonen	66
Verbindung von Beruf und Pflege eines Angehörigen	67
Wohnungsanpassung/Wohnungsumfeldverbesserung	7′
Teilstationäre und stationäre Pflege	73
Vollstationäre Pflege	74
Hilfe zur Pflege" als Leistung der Sozialhilfe,	75
Pflegeberatung	76

SCHWERBEHINDERUNG	79
Zuständigkeit	79
Antragstellung	80
Merkzeichen	83
Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen	84
Schwerbehindertenausweis	86
RÜCKKEHR IN DEN BERUF	89
Stufenweise Wiedereingliederung	89
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	91
Kostenträger	92
EINKOMMENSARTEN	95
Krankengeld	95
Wegfall des Krankengeldes	96
Übergangsgeld	98
Volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente	99
Rente auf Zeit	102
Weitere Rentenarten	102
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	103
Härtefonds der deutschen Krebshilfe	104

PALLIATIVE VERSORGUNG	107
Was ist Palliativmedizin?	10
Einleitung von palliativer Versorgung	109
Finanzierung der stationären palliativen Versorgung	109
Ambulante Hospizarbeit	110
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	11
BROSCHÜREN UND BERATUNG DER KREBSGESELLSCHAFT NRW E.V.	114
BERATUNGSANGEBOTE	
DER KREBSGESELLSCHAFT NRW E.V.	116
SPENDENINFORMATION	118
ANHANG	120
Adressen	120
Bildnachweise	12
mpressum	123





Liebe Leserinnen und Leser,

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.

Mit herzlichen Grüßen

Professor Dr. med. Ullrich Graeven

Vorstandsvorsitzender der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

9 (



Ihr erster Gedanke als die Diagnose feststand war: "Jetzt sterbe ich!" Es folgten Chemo, OP und Bestrahlung – eine schwierige Zeit mit vielen Stillständen. "Ich fühlte mich wie eine tickende Zeitbombe", sagt sie. Und trotzdem war klar: "Ich ziehe das jetzt durch". Die Konfrontation mit Krebs war für sie zu diesem Zeitpunkt kein neues Gefühl. Ihre Mutter und ihr Cousin waren zuvor an Krebs erkrankt. Alles zusammen war das schon eine "ganz schöne Packung".

Es gab Momente an denen sie resignierte, erinnert sie sich, aber eigentlich gab es nie die Option aufzugeben. "In der Therapiezeit habe ich gelernt, spontan Dinge zu planen, Kurzreisen zu machen und gute Momente auszukosten", sagt sie: "Du weißt ja nicht, wie es dir in einer Woche geht." Von Anfang an war ihr klar, dass sie offensiv mit ihrer Krankheit umgeht.

Heute ist sie krebsfrei und es geht ihr gut, obwohl sie deutlich sagt: "Überstanden ist hier gar nichts." Da sind die Erinnerungen, die Schmerzen und die Sorge, dass der Krebs wiederkommt".

Hier ist es wichtig, sich Hilfe zu suchen. Gespräche in der Krebsberatung Düsseldorf haben ihr geholfen, Belastungen und Kraftquellen zu erkennen.

"Auch, wenn das vermeintlich Schlimmste vorbei ist, kann es hilfreich sein, mit Menschen zu sprechen, die sich auskennen und die nicht so nah an mir dran sind." Das hilft, ihr Motto im Auge zu behalten: "Schritt für Schritt gegen Krebs".

Das Foto ist im Rahmen der Aktion MutmacherInnen für die Krebsgesellschaft NRW e.V. entstanden.



#### MUTMACHERIN NICOLE

Unsere Titelheldin ist Nicole, 2022 erkrankte sie an Brustkrebs (triple-negatives Mammakarzinom). Dieses Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch aggressives Wachstum mit hohem Risiko der Metastasenbildung. Nicole hat den Tumor selbst ertastet und sie wusste sofort, dass etwas nicht stimmt.



## 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 Ansprechpartnerinnen 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 Kassenärztinnen und 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 nicht beteiligten Arzt oder Ärztin.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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 und Onkologinnen.

Jeder Patient und jede Patientin 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, müssen die Versicherten die Differenz selbst tragen. Der Arzt bzw. die Ärztin sollte jedoch überprüfen, ob ein gleichwertiges, aber preisgünstigeres Präparat ohne Aufzahlung erhältlich ist.

## Übersichten der Arzneimittel-Festbeträge

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 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.

### Übersichten der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel

Eine Übersicht zuzahlungsbefreiter 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.gkvspitzenverband.de) eingesehen werden. Weiterhin können Medikamente von Arzneimittelherstellern, mit denen die Krankenkassen einen Rabattvertrag geschlossen haben, ganz oder teilweise zuzahlungsfrei sein. Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Krankenkassen erteilen hierzu detaillierte Auskünfte.





MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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.gba.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 bzw. von der Ärztin verordnet werden.

#### Heilmittel

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln, die 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 und Patientinnen 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 bzw. Ihre Ärztin eine langfristige Heilbehandlung für sinnvoll hält, sollten Sie sich von von ihm bzw. ihr 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 ärztlich verordnet werden.

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

Ein Merkblatt für Ärzte und Ärztinnen 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 Vertragssätzen oder im Einzelfall auch nach Kostenvoranschlag.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIZINISCHE VERSORGUNG

#### 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 und Vertragspartnerinnen 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 Vertragspartnerinnen und 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.



MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIZINISCHE VERSORGUNG

#### **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 ärztlich verordnet wurden. Welches Fahrzeug dabei benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und wird ärztlich entschieden.

## ACHTUNG

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 oder eine Patientin aus medizinischen Gründen von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt werden muss, übernimmt die Krankenkasse die gesamten Fahrtkosten

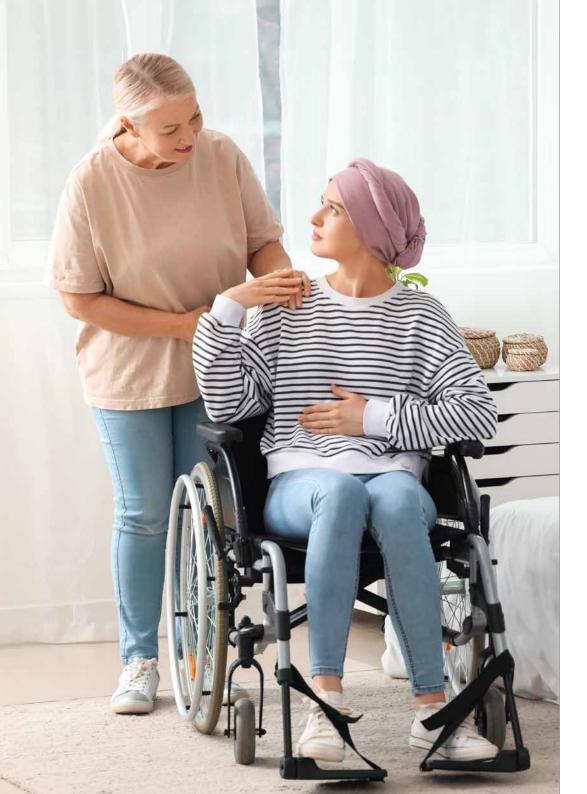
#### HÄUSLICHE KRANKENPELEGE

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 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 kassenärztliche Bundesvereinigung führt für die häusliche Krankenpflege folgende Ziele an:

- Dem Patienten bzw. Der Patientin die Möglichkeit zu geben, frühzeitig in die häusliche Umgebung zurückzukehren oder direkt dort zu verbleiben (Krankenvermeidungspflege).
- Das Ergebnis, welches sich durch die ambulante Behandlung ergibt, zu sichern (Sicherungspflege).
- Die Versorgung der Patienten und Patientinnen, die eine schwere Krankheit haben oder bei denen sich eine Krankheit akut verschlimmert, sicherzustellen. Vor allem in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, eine ambulante Operation oder einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus (Unterstützungspflege).

#### Krankenhausvermeidungspflege:

Die Krankenhausvermeidungspflege beinhaltet jeweils Behandlungsund Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Leistungen.

#### Sicherungspflege:

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

#### Unterstützungspflege:

Die Unterstützungspflege beinhaltet die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

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.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIZINISCHE 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!

#### **Entlassmanagement:**

Die Verordnung für häusliche Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt bzw. Eine Vertragsärztin, z. B. den Hausarzt oder die Hausärztin. Soweit es für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, können jedoch auch Krankenhausärzte und -ärztinnen 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 vier Wochen.
- Wenn ein Kind unter zwölf Jahren im Haushalt lebt für längstens 26 Wochen.

Eine andere im Haushalt lebende Person (Ehepartner\*in, 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!

24 25 🕻

MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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 der 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.

# -\\_\.

#### **Antrag auf Zuzahlungsbefreiung**

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.



#### Regelung zur Beratungspflicht

Zu beachten ist eine Regelung zur Beratungspflicht, die aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses seit dem 01.01.2008 gilt!

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

#### Beratungspflicht

Folgender Personenkreis muss sich über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von einem Facharzt oder einer Fachärztin 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.

#### **Beratung Frauen:**

Ab dem 20. Lebensjahr gibt es die Beratung über Früherkennungsuntersuchungen zu Gebärmutterhalskrebs.

#### Beratung Männer:

Ab dem 50. Lebensjahr gibt es die Beratung über Früherkennungsuntersuchungen zu Darmkrebs.

Wird die entsprechende Beratung versäumt und es entsteht eine der oben genannten Krebserkrankungen, dann kann der Patient oder die Patientin 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 / Bürgergeld) 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 (Bürgergeld) 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)



#### **Antrag auf Anschlussheilbehandlung**

Der klinische Sozialdienst stellt für Patienten und Patientinnen auch die notwendigen Anträge an entsprechende Leistungsträger und Leistungsträgerinnen, 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 1.774,00 Euro.

Seit 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. 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.



#### **Haben Sie Fragen?**

Bei Fragen können Sie sich ebenfalls an ambulante Krebsberatungsstellen wenden. Adressen finden Sie unter:



https://www.krebsgesellschaftnrw.de/krebsberatung/krebsberatungsstellen-in-nrw/ Oder den OR-Code scannen

#### MEDIZINISCHE REHABILITATION

Rehabilitationsleistungen werden von den verschiedenen Sozialversicherungsträgern und -trägerinnen, 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.

NACHSTATIONÄRF VFRSORGUNG

#### Hierzu zählen:

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

Alle gesetzlich Versicherten haben einen Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation.

Für Krebspatienten und -patientinnen ist die medizinische Rehabilitation neben der Behandlung durch niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen und der Krankenhausbehandlung fester Teil der Behandlungskette. Alle operierten, strahlen- und chemotherapierten Patienten und Patientinnen sollten die Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation in Anspruch nehmen.

Die medizinische Rehabilitation bei Krebs umfasst vor allem die Behandlung krankheits- und/oder therapiebedingter Funktionseinschränkungen wie z. B. allgemeine Schwäche, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Einschränkungen durch Organverlust, psychische Folgen der Erkrankung und Behandlung usw.

Aber auch die Stärkung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie Hilfe bei der Neuorientierung und der Rückkehr in den Lebens- und Berufsalltag gehören zur Anschlussheilbehandlung.



### ZEITPUNKT, ORT UND DAUER

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 oder die Patientin 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 und -trägerinnen 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

Antragsformulare und Informationsblätter der Arbeitsgemeinschaft finden Sie im Internet unter **www.argekrebsnw.de**. Bei allen Fragen zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen stehen Ihnen die Mitarbeitenden der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung.



www.argekrebsnw.de Oder den OR-Code scannen

#### 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 Sozialdienste der Kliniken haben die Formulare in der Regel vorliegen.

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

## 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 oder die Patientin 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 oder die Patientin 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 bzw. der Patientin soll entsprochen werden, wenn dem nicht medizinische oder andere Gründe entgegenstehen.

Im Direktanmeldeverfahren kann die Auswahl der Reha-Klinik in Absprache mit dem Patienten oder der Patientin auch durch die Akutklinik oder Praxis erfolgen.

## WEITERE ONKOLOGISCHE REHABILITATIONSMASSNAHMEN

#### Nachsorgemaßnahmen

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 und Rentnerinnen 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 36 ff 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.

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 oder Arbeitslosengeld I bezogen wurde.



#### Übergangsgeld

Übergangsgeld muss beantragt werden. Einzelheiten hierzu siehe Abschnitt "Einkommensarten".



#### ZUZAHLUNGEN

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

#### Zuzahlungsleistungen ...

#### bei Maßnahmen zu Lasten der Rentenversicherung:

stationär: 14 Tage x 10.000 €\* ambulant: keine Zuzahlung

#### für sonstige Reha-Maßnahmen:

stationär: je Tag der Maßnahme 10,00 €

(max. 42 Tage im Kalenderjahr)

ambulant: keine Zuzahlung

#### 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 €

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

#### Zuzahlungen bei der Antragstellung seit 1. Januar 2024

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag pro Tag
unter 1.415,00 Euro	Keine Zuzahlung
ab 1.415,00 Euro	5,00 Euro
ab 1.555,40 Euro	6,00 Euro
ab 1.696,80 Euro	7,00 Euro
ab 1.838,20 Euro	8,00 Euro
ab 1.979,60 Euro	9,00 Euro
ab 2.121,00 Euro	10,00 Euro

Quelle: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, Stand: April 2024 Die aktuell gültigen Zuzahlungsbeträge finden Sie unter: https://www.argekrebsnw.de/reha-leistungen/zuzahlung/

Es gilt: Berücksichtigt werden nur die Einnahmen derjenigen Person, aus deren Versicherung die Rehabilitationsmaßnahme 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. 26 ff Belastungsgrenze).

#### **ACHTUNG**

Heben Sie daher alle entsprechenden Quittungen auf.



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

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Rehabilitation, Stand: 15. Februar 2024

#### REHABII ITATIONSSPORT

In der Krebsnachsorge hat die Sport- und Bewegungstherapie einen festen Platz. Sie wird ärztlich empfohlen, um die Bewegungsfähigkeit 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 Menschen 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.

#### Rehabilitationssport

Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können Sie bei den Krankenkassen, beim Behinderten-Sportverband NRW sowie beim LandesSportBund NRW erfragen.

Die Sportverbände bieten Reha-Sport innerhalb von Sportvereinen an.

#### Verordnung von Rehabilitationssport

Der behandelnde Arzt oder die Ärztin der Rehaklinik kann bereits in seinem Abschlussbericht eine entsprechende Empfehlung aussprechen. Der weiterbehandelnde Arzt oder die Ärztin 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 und Ärztinnen 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 Physiooder Ergotherapie unabhängig vom zur Verfügung stehenden Quartalsbudget des verordnenden Arztes oder der Ärztin 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 oder Ärztin vor Ort. Diese(r) 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 oder die Ärztin 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."





## 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 selbständig 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.

#### Neues Begutachtungsassessment (NBA):

Das neue Begutachtungsinstrument 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.

#### Fünf Pflegegrade:

Die "alten" 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/Ärztinnen nennen, die am besten über Ihre gesundheitlichen Störungen informiert sind.

Den Antrag sollten Sie auch mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer Ärztin absprechen, damit diese(r) in seinen/ihren 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.).

#### TIPP



Wenn Sie Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, helfen Ihnen die Mitarbeitenden 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/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.



#### **Compass - Private Pflegeberatung**

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 krankheitsund 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.

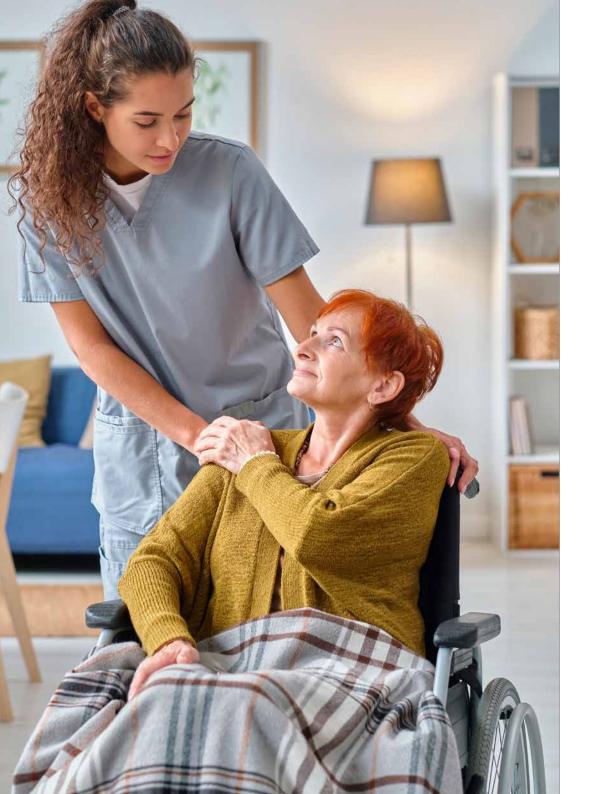


#### Einordnung in den Pflgegegrad

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

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

5 (



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: 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)



#### Widerspruch

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

#### PFI FGFI FISTUNGEN IM ÜBFRBI ICK

#### 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:

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.

#### Pflegesachleistungen:

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

Zum 01.01.2024 wurde das Pflegegeld um 5 % erhöht und steigt zum 01.01.2025 nochmals um 4,5 %.

#### Pflegesachleistungen

Aktuelle Informationen und Zahlen, auch zu ambulanten Pflegesachleistungen, erhalten sie bei jeder Pflegekasse oder unter www.betanet.de.

#### 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.

#### VERHINDERUNGSPFLEGE

Wenn die private Pflegeperson aufgrund von Urlaub, Krankheit oder Erholung vorübergehend verhindert ist, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflege. Diese "Verhinderungspflege" kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, 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 1.774,00 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.

Die Pflegekassen finanzieren unter bestimmten Voraussetzungen eine Entlastung der pflegenden Angehörigen bis zu 14 Wochen im Jahr: acht Wochen Kurzzeitpflege und sechs Wochen Ersatzpflege. Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (Entlastungsbudget) zusammengefasst.

#### KUR77FITPFI FGF

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 Kurzeitpflege 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 Betteinlagen.

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 die Checkliste auf der rechten Seite.





#### Kosten vorab klären

Pflegedienste sollten schon am Telefon die Kosten für die Pflege überschlagen können. Lassen Sie sich aber in jedem Fall einen schriftlichen Kostenvoranschlag geben. Dieser sollte Angaben über die Pflegeleistungen enthalten und aufzeigen, welche Kosten die Pflegeversicherung 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 Mitarbeitenden der seriösen Dienste 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.

63 🖸





#### 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
- Pflegefachfrau und Pflegefachmann
- Staatlich anerkannte Familienpfleger und -pflegerinnen
- Krankenpflegehelfer und -helferin
- Altenpfleger und -pflegerin
- Hauswirtschafter/Fachhauswirtschafter und –wirtschafterin
- Heilerziehungspfleger und -pflegerin/Heilerzieher und -erzieherin/ Heilpädagoge und -pädagogin

Wenn der ambulante Pflegedienst immer wechselnde Pflegekräfte schickt, sollte ein Wechsel des Dienstes 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 Anrufweiterschaltung des Dienstes.

#### Pflege-Netzwerk abfragen

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





#### Kontakte zum Arzt oder der Ärztin

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



64 65 **D** 



## LEISTUNGEN FÜR NICHT PROFESSIONELLE PFLEGEPERSONEN IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE

## Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer und –helferinnen

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 bzw- Nachbarinnen 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 bzw. Nachbarinnen werden für die Zeit der Pflegetätigkeit unfallversichert, wenn der zeitliche Umfang wöchentlich mindestens 14 Stunden beträgt.



#### Pflege

Zum Thema "Pflege" gibt es seriöse und immer aktuelle Informationen unter:



https://www.bundesgesundheitsministerium. de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege Oder den OR-Code scannen

## VERBINDUNG VON BERUF UND PFLEGE EINES ANGEHÖRIGEN

#### **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Bei einer akuten oder unerwarteten Pflegesituation in der Familie können alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen 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 bzw. der Arbeitgeberin. 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.

C

#### 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 Mitarbeitende 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 bzw. die Arbeitgeberin darf das Beschäftigungsverhältnis während der Pflegephase nicht kündigen.

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

Der Begriff "nahe Angehörigen" umfasst folgenden Personenkreis:

- Ehegatte und Ehegattin, Lebenspartner und -partnerin, Partner und Partnerin einer eheähnlichen Gemeinschaft, Partner und Partnerin 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 Kranken-versicherung zum Mindestbeitrag weiter versichern. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Seit 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.



#### Pflegeberatungsstellen

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 des Bundesfamilienministeriums, das zusätzlich ein Pflegetelefon für die Beratung von Angehörigen eingerichtet hat:

Telefon: 030 / 201 791 31 | E-Mail: info@wege-zur-pflege.de

Ambulante Krebsberatungsstellen können ebenfalls die Verbindung zu den Pflegefachstellen vor Ort vermitteln.



https://www.krebsgesellschaftnrw.de/krebsberatung/krebsberatungsstellen-in-nrw/ Oder den OR-Code scannen

### WOHNUNGSANPASSUNG/ WOHNUNGSUMFELDVERBESSERUNG

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

#### Tages- und die Nachtpflege

Teilstationäre Leistungen der Pflegeversicherung sind die Tages- und die Nachtpflege. Der oder die 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 oder die 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.



#### Pflegeleistungen

Aktuelle Informationen und Zahlen erhalten sie bei jeder Pflegekasse oder unter www.betanet.de/Pflegeleistungen-Tabelle.

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.

# **E**

#### Monatlichen Pflegesätze

Die aktuellen monatlichen Pflegesätze können bei der Pflegekasse erfragt werden und sind unter **www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeheim** zu lesen.

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 Eigenanteil, der für das jeweilige Pflegeheim festgelegt ist. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil wird somit nicht mit der Erhöhung eines Pflegegrades steigen.

## "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.

74 75 (

#### **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 und -partnerinnen 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 oder jeder Versicherten, der/die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, innerhalb von zwei Wochen eine Pflegeberatung an.

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

Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, erhalten einen Leistungszuschlag auf die Kosten. Je länger sie in Pflegeheimen leben, desto höher ist der Zuschuss.

Seit dem 01.01.2024 liegen die Zuschüsse bei einem Aufenthalt von 0 bis 12 Monate bei 15 %, 13 bis 24 Monate bei 30 %, 25 bis 36 Monate bei 50 % und mehr als 36 Monate bei 75 %.

Wenn bereits während eines Klinikaufenthaltes absehbar ist, dass sofort nach der Entlassung ambulante oder stationäre Pflege benötigt wird, sollten Sie oder Ihre Angehörigen sich unverzüglich an den Sozialdienst der Klinik wenden. Dort wird man Sie über entsprechende Maßnahmen informieren und diese ggf. einleiten.



#### **Beratungsangebot:**

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** unter "Beratungsangebote in der Pflege".



#### TIPP

Wenn Sie einen Arzt bzw. eine Ärztin, 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** 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

Die Zuständigkeit für die Feststellung der Schwerbehinderung liegt 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.

SCHWERBEHINDERUNG SCHWERBEHINDERUNG



#### **Zuständige Stellen:**

Außerdem kann eine Liste der zuständigen Stellen in NRW im Internet z. B. unter **www.elsa.de** heruntergeladen werden.

#### **ANTRAGSTELLUNG**



#### **Antragsformulare**

Antragsformulare sind entweder in der örtlichen Feststellungsbehörde erhältlich oder im Internet unter **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

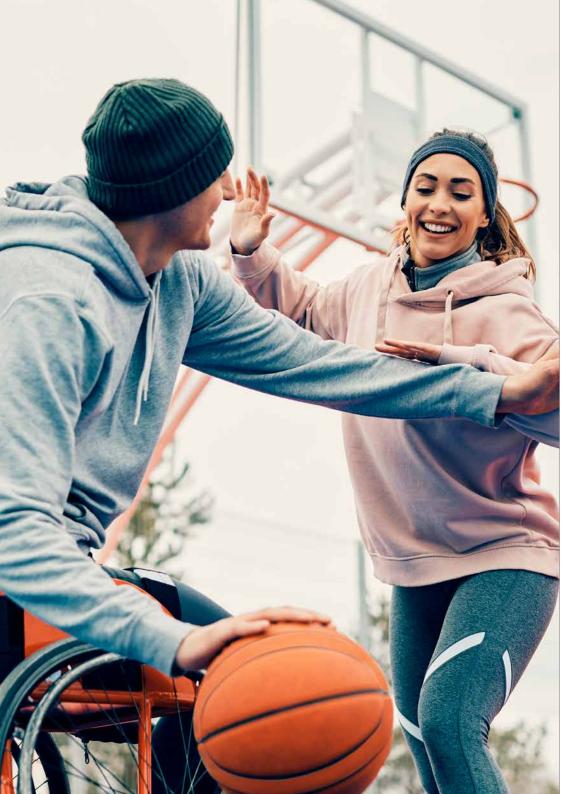
- Der Grad der Behinderung ist nicht nur abhängig von der Grunderkrankung, sondern auch von allen weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen. Daher sollten diese im Detail angegeben werden. Hier einige Beispiele: Operationsfolgen, Funktionseinschränkungen des Arms, der Schulter u.a., Verlust einer Brust, Folgen von Bestrahlungen und Chemotherapien, wie z. B. Lymphödem, Nervenläsionen u.a.
- Der Antrag sollte mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin abgesprochen werden, damit diese(r) alle Auswirkungen der Erkrankung detailliert darstellen kann. Ergänzend sollten weitere Kliniken, Ärzte und Ärztinnen 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, sodass die Feststellungsbehörde weitere Unterlagen von den angegebenen Ärzten/Ärztinnen, Krankenhäusern und Rentenversicherungsträgern anfordert. Hier wird die Entbindung von der Schweigepflicht unbedingt benötigt.
- Die Antragstellenden 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 sind seit 2009 die Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

Die darin enthaltenen Angaben sind als Orientierungsrahmen zu verstehen. Diese Anhaltspunkte ordnen bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Erkrankungen einem entsprechenden "Grad der Behinderung" (GdB) zu.

Genauere Informationen mit Stand von Mai 2020 sind beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales erhältlich.



Nach der Feststellung des GdB erhält der Antragsteller bzw. die Antragstellerin 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.

#### Liste der Merkzeichen:

**Merkzeichen G:** erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie der Geh- und/ oder Stehfähigkeit

Merkzeichen aG: außergewöhnliche Gehbehinderung

Merkzeichen H: hilflos

Merkzeichen Bl: blind oder hochgradig sehbehindert

**Merkzeichen TBI:** Taubblindheit bei Störung der Hörfunktion bei einem GdB von mindestens 70 % und Störung des Sehvermögens bei einem GdB von 100 %

Merkzeichen RF: Befreiung von Rundfunk- u. Fernsehgebühren

**Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig

**Merkzeichen Gl:** gehörlos und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung

SCHWERBEHINDERUNG SCHWERBEHINDERUNG SCHWERBEHINDERUNG

#### 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.

**Schulpflichtstunden:** Reduzierung der Schulpflichtstunden im Schuldienst.

**Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung:** Voraussetzung ist, dass eine reduzierte Arbeitszeit aufgrund der Art und Schwere der Behinderung notwendig ist.

**Arbeitsplatzsuche:** Hilfestellungen beim Erwerb eines Arbeitsplatzes durch die Integrationsämter.

**Parkplakette:** Parkerleichterung im öffentlichen Raum mittels einer Parkplakette.

**Verbilligte Eintrittsgelder:** Bei kulturellen und Sport-Veranstaltungen sowie häufig in öffentlichen Einrichtungen (z. B. Schwimmbäder).

Wohngeld: Sonderregelungen zum Wohngeld.

**Steuererleichterungen/Steuerfreibetrag:** Diese sind abhängig vom Grad der Behinderung: Dies bezieht sich zum einen auf steuermindernde Pauschalbeträge zur Abgeltung von außergewöhnlichen Belastungen, die mit der Behinderung verbunden sind. Zum anderen können beim Finanzamt 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.

**Vorgezogene Altersrente:** Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine vorgezogene Altersrente (ab 63 Jahre) mit Abschlägen bis zu 10,8 % oder eine abschlagfreie Altersrente (ab 65 Jahre) 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, Bl und Gl). 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 dauerhaft 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.

84 85 🖸

SCHWERBEHINDERUNG SCHWERBEHINDERUNG SCHWERBEHINDERUNG

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



#### Übersicht

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.

#### **SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS**

#### 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. fünf Jahre (die als "Heilungsbewährung" gelten).

Bei einer lebenslangen Beeinträchtigung, die sich voraussichtlich nicht bessern wird, besteht die Möglichkeit einen unbefristeten Ausweis zu erhalten.

Auf dem Ausweis im Scheckkartenformat (seit 2015) gibt es keine Felder zur Eintragung der Gültigkeitsdauer. Ist der Ausweis abgelaufen, muss ein komplett neuer ausgestellt werden.

Bei schwerbehinderten Kindern unter zehn Jahren ist der Schwerbehindertenausweis bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres befristet.

Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung erneut überprüft.

Bei schwerbehinderten Kindern zwischen 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 bzw. der Arbeitgeberin und der Krankenkasse ist eine stufenweise Rückkehr in den Arbeitsalltag möglich, solange der oder die Versicherte noch Anspruch auf Krankengeld hat.

Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen soll nach längerer, schwerer Krankheit ermöglicht werden, ihre volle Arbeitsbelastung schrittweise wieder zu erreichen.

Der Patient bzw. die Patientin und Arzt bzw. die Ärztin erstellen gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan, der eine Steigerung von zunächst nur wenigen Arbeitsstunden pro Tag auf eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung vorsieht. Das Ziel ist die volle Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. Dieser Wiedereingliederungsplan wird der Krankenkasse und dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin vorgelegt.

Schwerbehinderte Beschäftigte haben ihrem Arbeitgeber bzw. ihrer Arbeitgeberin gegenüber grundsätzlich einen Rechtsanspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung.

Nicht schwerbehinderte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen haben keinen Rechtsanspruch und können diese Maßnahme nur mit Zustimmung des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin realisieren. Die Dauer der Maßnahme liegt im Regelfall zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten. Die Zustimmung des Arbeitgebers/Arbeitgeberin und der Krankenkassen ist vor Beginn der Maßnahme erforderlich.

RÜCKKEHR IN DEN BERUF
RÜCKKEHR IN DEN BERUF

Die Beschäftigten können selbst entscheiden, ob sie das Angebot annehmen. Dafür ist eine schriftliche Zustimmung erforderlich. Die Maßnahme kann jederzeit abgebrochen werden, wenn der Gesundheitszustand des oder der Versicherten die Fortführung des Programms nicht zulässt.

Während der "Stufenweisen Wiedereingliederung" ist der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin noch krankgeschrieben, die Arbeitsunfähigkeit bleibt weiterhin bestehen, so dass der oder die 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 oder der Arbeitgeberin, wird dies auf das Krankengeld bzw. Übergangsgeld angerechnet. Für den Arbeitgeber bzw die Arbeitgeberin besteht gegenüber dem Arbeitnehmer bzw. der Arbeitnehmerin 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.

#### Wiedereingliederung

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.

#### 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 bzw. die Arbeitgeberin

Wenn Sie einen Antrag auf berufliche Rehabilitation stellen, sollten Bescheinigungen des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin 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 im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschrieben werden. Dies erhöht die Chance auf Bewilligung der beantragten Leistung.

RÜCKKEHR IN DEN BERUF
RÜCKKEHR IN DEN BERUF

#### KOSTENTRÄGER

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen verschiedene Kostenträger und -trägerinnen 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.

#### Vorschrift zur "Zuständigkeitsklärung" (§ 14 SGB IX)

Diese soll verhindern, dass Unklarheiten über die Zuständigkeit zu Lasten der Antragsteller oder Antragstellerinnen 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 bzw. diese Trägerin 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 oder die Trägerin nicht zuständig ist, leitet er/sie den Antrag automatisch an den richtigen Träger oder Trägerin weiter. Diese(r) weitere Träger oder Trägerin 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

#### Wiedereingliederung

Ein Verzeichnis der Integrationsämter finden Sie im Internet unter www.integrationsaemter.de



#### **KRANKENGELD**

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

Der Krankengeldanspruch besteht für dieselbe Krankheit maximal 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 bzw. die Arbeitgeberin
- Reha-Aufenthalte, für die Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger gezahlt werden
- Die Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I und II (Bürgergeld)

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

Stellen Sie rechtzeitig, bis zu drei Monate vor dem Ende des Krankengeldbezuges, der so genannten "Aussteuerung", einen Rentenantrag 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 f
  ür Schwerbehinderte
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit
- Rente wegen voller Erwerbsminderung
- · Ruhegehalt für Beamte und Beamtinnen
- Vorruhestandsgeld
- Lohnersatzleistungen wie Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld

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

#### WEGEALL DES KRANKENGELDES

#### **Aufforderung zur Rehabilitation**

Bei Erhalt von Krankengeld fordert die Krankenkasse den oder die Versicherte(n) 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.

## 0

#### **ACHTUNG**

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 oder der Patientin 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 Rehabiliationsmaßnahme 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 oder die Versicherte kann in diesem Fall seinen/ihren 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 bzw. eine Patientin jedoch nicht rehabilitationsfähig, ist diese Maßnahme nicht erfolgsversprechend oder nicht notwendig, kann der Patient oder die Patientin 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 Unterhaltsersatz 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 Rentenversichrung gezahlt wurden und die sechswöchige Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin 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 oder die Patientin 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 Rentenantrag 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.

**EINKOMMENSARTEN EINKOMMENSARTEN** 

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 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 bzw. Antragstellerinnen 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 bzw. die Antragstellerin 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 bzw. die Antragstellerin 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.



#### Beratungsstellen Rente

Die Adressen der Beratungsstellen sind unter **www.deutscherentenversicherung.de** aufgeführt. Hier können außerdem Broschüren und Antragsvordrucke heruntergeladen werden.

## 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
- Ereichung der Altersgrenze **oder**
- Vollendung des 18. Lebensjahres und medizinisch begründete dauerhaft volle Erwerbsminderung

EINKOMMENSARTEN EINKOMMENSARTEN

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 den zuständigen Mitarbeitenden des Sozialamtes besprechen!

#### HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

Krebsbetroffene 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 Familieneinkommensgrenzen gebunden.

Mit einem einfachen Antragsformular können Antragsteller und Antragstellerinnen ihre Situation darlegen, entsprechende Nachweise beifügen und ihre Angaben von einer öffentlichen Institution (Sozialamt, Sozialdienst der Klinik, 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.



#### **Antragsformular**

Antragsformular sowie ein dazugehöriges Merkblatt können auch aus dem Internet heruntergeladen werden unter 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 oder der Patientin hat hier nicht die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis Priorität, sondern die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.

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

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

PALLIATIVE VERSORGUNG PALLIATIVE VERSORGUNG

#### **Ambulante palliative Pflegedienste**

Sie pflegen die Patienten zu Hause und ermöglichen sterbenden Menschen, die letzte Zeit ihres Lebens in ihrer häuslichen Umgebung zu verbringen.

#### Hospizgruppen/-initiativen, Hospizdienste

Sie leisten größtenteils ehrenamtliche Arbeit bei den Patienten bzw. Patientinnen und Familien zu Hause, beraten in palliativen Pflegefragen, unterstützen die Arbeit der palliativen Pflegedienste und koordinieren den Einsatz von ehrenamtlichen Hospizhelfern und -helferinnen.

Hospizarbeit beinhaltet neben der psychosozialen und spirituellen Begleitung vor allem auch palliative Medizin und palliative Pflege.

Die Familien der Betroffenen 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 Ärztinnen sowie dem speziell ausgebildeten Pflegepersonal sind auch andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, Seelsorger und Seelsorgerinnen, Psychologen und Psychologinnen, Physio- und Ergotherapeuten und Physio- und Ergotherapeutinnen sowie speziell geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeitende 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.



#### **Antragsformular**

Anschriften von ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen finden Sie unter

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de.

Auskunft erteilen auch Pflegeberatungsstellen und Krankenkassen, der Kliniksozialdienst oder die Klinikseelsorger und Klinikseelsorgerinnen sowie der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V.

## 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 und Patientinnen 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.

PALLIATIVE VERSORGUNG PALLIATIVE VERSORGUNG

#### AMBULANTE HOSPIZARBEIT

Ambulante Hospizarbeit wird von unterschiedlichen Diensten, Gruppen und Initiativen geleistet, die Betroffene 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

Diese Initiativen erbringen keine Pflegeleistungen, sondern ergänzen ambulante Pflegedienste und arbeiten mit geschulten ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen, 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 oder der Patientin) sowie eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin ist die Regel.

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

#### **Finanzierung**

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

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

## SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG

Palliativpatienten und -patientinnen, 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 werden in die Versorgung mit einbezogen.

Einen Bedarf an besonders aufwendiger Versorgung haben Palliativpatienten und -patientinnen mit komplexen Symptomen, deren Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen von qualifizierten Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften erfordert.



SAPV wird immer dem individuellen Bedarf des Patienten bzw. der Patientin angepasst.

SAPV-Teams sind auf Palliativversorgung spezialisiert. Sie koordinieren, beraten und unterstützen Pflegedienste, Ärzte bzw. Ärztinnen und andere professionelle Helfer und Helferinnen. Eine 24-stündige Rufbereitschaft an sieben Tagen in der Woche steht den Patienten und Patientinnen sowie 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 bzw. -ärztin oder Hausarzt bzw. von der Hausärztin 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 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 und Patientinnen, die in einem Pflegeheim oder stationären Hospiz leben.

### Broschüren



## der Krebsgesellschaft NRW e.V.

Wir bieten ein breites Spektrum an Informationen, die in Printform und digital verfügbar sind.

#### Broschüren der grünen Info-Reihe:

- Mit Leib und Seele leben, Teil 1 (Was kann ich für mein körperliches Wohlbefinden tun?)
- Mit Leib und Seele leben, Teil 2 (Was kann ich für mein seelisches Wohlbefinden tun?)
- Ratgeber Prävention: Mit den richtigen Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung
- Ratgeber für Angehörige von Krebspatientinnen und Krebspatienten
- Was Kindern und Jugendlichen hilft, wenn Eltern an Krebs erkranken
- Ratgeber Komplementärmedizin bei Krebs
- Ratgeber Krebs im Netz (Informationen im Internet finden)
- Was bedeutet ein auffälliger Befund bei der gynäkologischen Krebsfrüherkennung?
- Den letzten Weg gemeinsam gehen: Hilfe zur Sterbebegleitung
- Ratgeber für Testament und Vorsorge

#### Kostenfrei bestellen:

Alle Broschüren sind innerhalb von NRW kostenfrei bestellbar. Telefonsich unter der Nummer 0211 1576099-0 oder online über **www.krebsgesellschaft-nrw.de** 

Aktuelle Informationen bietet unsere Internetseite:













#### Beratungsangebote



## der Krebsgesellschaft NRW e.V.

Auf ein Leben mit Krebs ist niemand vorbereitet. Die Diagnose stellt alles auf den Kopf. Der Alltag, Pläne und auch das Umfeld, die Familie und der Beruf – alles gerät in den Sog der Krankheit. Diese Situation kostet Kraft und wirft viele Fragen auf.

Mit unseren Beratungsangeboten sind wir für Sie da! Vor, während und nach der Therapie – wir hören zu.

Wir unterstützen und beraten Sie bei allen sozialen und alltagspraktischen Fragen rund um die Erkrankung sowie bei psychischen Belastungen, Ängsten und Sorgen. Das gilt auch für Ihre Bezugspersonen.



Unsere Beratung ist kostenfrei und vertraulich. Vor Ort, am Telefon oder per Video.

Telefonische psychosoziale Erstberatung für NRW Telefon 0211 302 017 57

Telefonische Erstberatung für NRW zum Thema "Krebs und psychiatrische Grunderkrankung" Telefon 02234 250 816 0

#### Krebsberatung Düsseldorf

Fleher Straße 1, 40223 Düsseldorf Telefon 0211 302 017 57

#### **Krebsberatung Rhein-Erft**

Augustinusstraße 11b, 50226 Frechen Telefon 02234 250 816 0

#### **Krebsberatung Olpe**

Bruchstraße 2, 57462 Olpe (ab. Nov. 2024) Telefon 02761 859 829 0

#### **Krebsberatung Bochum**

Westring 43, 44787 Bochum Telefon 0234 520 019 80

Weitere Kontaktdaten von Krebsberatungsstellen in NRW erhalten Sie auf Anfrage gerne von der Krebsgesellschaft NRW Tel. 0211 1576099-0 oder unter www.krebsgesellschaft-nrw.de

## Ihre Spende hilft



Hat Ihnen diese Broschüre gefallen? Wir freuen uns über Ihr Feedback und, wenn Sie mögen, über Ihre Unterstützung. Unsere Broschüren sollen Orientierung geben und möglichst viele Menschen erreichen. Sie werden kostenfrei ausgegeben. Damit wir dieses Angebot auch in Zukunft anbieten können, freuen wir uns sehr, wenn Sie uns mit einer Spende unterstützen.

Gemeinsam geben wir Menschen mit Krebs und ihren Angehörigen Hoffnung und Halt. Helfen Sie mit! Herzlichen Dank!

Unser Spendenkonto bei der Stadtsparkasse Düsseldorf IBAN DE63 3005 0110 0010 1514 88 **BIC DUSSDEDDXXX** 



#### **Online spenden**

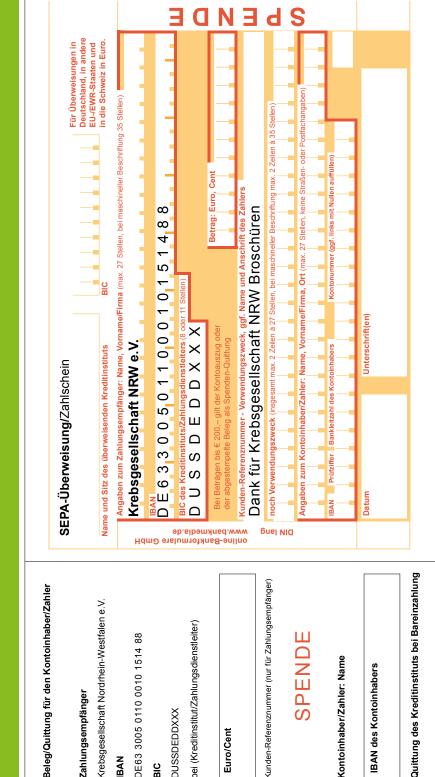
Ganz unkompliziert können Sie auch über das Spendenformular auf unserer Internetseite spenden.

www.krebsgesellschaft-nrw.de



Einfach mit dem Handy den QR-Code scannen und Sie kommen direkt zu unserer Spendenseite.

Ihre Spende ist steuerlich absetzbar. Bei Spenden bis 300€ genügt der Bankbeleg als Nachweis für das Finanzamt. Wünschen Sie dennoch eine Spendenquittung, vergessen Sie bitte nicht, Ihre vollständige Anschrift im Verwendungszweck mit aufzuführen.



# Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

oei (Kreditinstitut/Zahlungsdienstleiter)

Kunden-Referenznummer (nur für Zahlungsempfänger)

SPENDE

Kontoinhaber/Zahler: Name

ANHANG ANHANG ANHANG

#### **ADRESSEN**

#### Bürgertelefon des Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Rente: 030 221 911 001

Unfallversicherung: 030 221 911 002

Arbeitslosenversicherung/Bürgergeld/Bildungspaket: 030 221 911 003

Arbeitsrecht: 030 221 911 004 Mindestlohn: 030 60 28 00 28 Teilzeit und Minijobs: 030 221 911 005

Informationen für Menschen mit Behinderungen: 030 221 911 006

Europäischer Sozialfonds: 030 221 911 007

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung: 030 221 911 008

#### Gebärdentelefon:

Behördennummer 115

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de www.gebaerdentelefon.de/bmas

#### Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum

(Beratung bei Krebs)

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg

Telefon 0800 420 304 0

www.krebsinformationsdienst.de

Info-Netz Krebs (Beratung bei Krebs)

Telefon 0800 807 088 77

www.infonetz-krebs.de

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen (Onkologische Rehabilitation in NRW)

Universitätsstraße 140, 44799 Bochum

Telefon 0234 890 20

www.argekrebsnw.de

#### BILDNACHWEISE

Titelfoto: Sonia Folkmann

Seite 03: Sonia Folkmann

Seite 08: Krebsgesellschaft NRW e.V.

Seite 10: Sonia Folkmann

Seite 12: Patricia Prudente on unsplash

Seite 14: grey\_and/Shutterstock.com

Seite 19: New Africa/Shutterstock.com

Seite 21: Nataly Studio/Shutterstock.com

Seite 22: Pixel-Shot/Shutterstock.com

Seite 30: Thicha Satapitanon/Shutterstock.com

Seite 34: OrinocoArt/Shutterstock.com

Seite 40: Photoroyalty/Shutterstock.com

Seite 49: Gabin Vallet on unsplash

Seite 50: PeopleImages.com/Shutterstock.com

Seite 56: Pressmaster/Shutterstock.com

Seite 65: Pixel-Shot/Shutterstock.com

Seite 72: Pixel-Shot/Shutterstock.com

Seite 78: AnnaStills/Shutterstock.com

Seite 82: Drazen Zigic/Shutterstock.com

Seite 88: contrastwerkstatt/AdobeStock.com

Seite 94: pics five/Shutterstock.com

Seite 106: Kotoimages/Shutterstock.com

Seite 112: Robert Kneschke/AdobeStock.com

Seite 115: Krebsgesellschaft NRW e.V.

Seite 116: Krebsgesellschaft NRW e.V.

Rückseite: jakkapan/Shutterstock.com

**ANHANG** ANHANG

#### **IMPRESSUM**

#### Herausgeberin:

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. Volmerswerther Straße 20, 40221 Düsseldorf Tel. 0211 1576099-0 info@krebsgesellschaft-nrw.de www.krebsgesellschaft-nrw.de

#### Redaktion/Autorinnen:

S. Deiss, Psychoonkologin, Psychosoziale Krebsberatung Wuppertal K. Zimmer, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH) Jutta Köhler, Krebsberatung Olpe Julia Groß, Krebsberatung Rhein-Erft

#### Layout/Gestaltung:

Nina Probst, Projektmanagement für Marketing & Kommunikation

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. Diese Druckschrift ist nicht zum Verkauf bestimmt.

- 5. überarbeitete Auflage: August 2024 (Erstauflage Dez. 2008)
- © Copyright Vermerk: Krebsgesellschaft NRW e.V.

**Hinweistext zur Genderverwendung:** 

Wir sind uns bewusst, dass es mehr Geschlechter als Mann und Frau gibt. Um alle Geschlechter einzubinden, verwenden wir den Gender-Stern. Da dieser jedoch nicht in allen Fällen grammatikalisch richtig ist, nutzen wir ergänzend dazu die Paarform oder neutrale Formulierungen.





#### Krebs ausschalten:

Helfen Sie mit Ihrer Spende.

Stadtsparkasse Düsseldorf IBAN DE63 3005 0110 0010 1514 88



Spenden geht auch online unter: www.krebsgesellschaft-nrw.de



Einfach mit dem Handy den QR-Code scannen und Sie kommen direkt zu unserer Spendenseite.









