

# Hilfen für Krebspatienten bei der Rehabilitation

*Broschürenreihe: Den Alltag trotz Krebs bewältigen*



Meike Schoeler  
Prof. Dr. Monika Reuss-Borst



### Fiktive Patientenbeispiele:

Petra, Holger und Klaus – sind fiktive Patientenbeispiele, die in dieser Broschüre helfen sollen, Betroffenen und Angehörigen die komplizierten Zusammenhänge im Sozialsystem zu erklären, wenn es darum geht, sich vor oder während der medizinischen Versorgung um eine Rehabilitation zu bemühen, diese zu beantragen und zu bekommen. Die Namen und Geschichten der drei Personen sind frei erfunden, können sich so oder ähnlich aber durchaus in der Realität zutragen.



*Petra*



*Klaus*

Die Broschüre „Hilfen für Krebspatienten bei der Rehabilitation“ entstand in Kooperation mit dem Krebsverband Baden-Württemberg e.V. und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg.



### Redaktionelle Beratung:

Dr. Corinna Ringsell

### Beratung:

Evelin Scheffler, Leiterin Kirchliche Sozialstation, Diez

### Entwicklung/Gestaltung:

© WORTREICH – Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg

**3. Auflage, 2016**

# Rehabilitation – eine Leistung von und für die Gesellschaft

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Rheuma sind einige der zum Teil großen Volkskrankheiten, die – betrachtet man sie mal aus einer anderen Perspektive – der Gesellschaft viel Geld kosten. Der einzelne Betroffene leidet unter seiner Krankheit physisch, psychisch und muss zum Teil mit der Angst leben, seinen Beruf zu verlieren, und damit in vielen Fällen auch die Grundlage der Existenz gefährdet zu sehen.

Das Sozialsystem in Deutschland hat eine Reihe von Netzen aufgebaut, die Betroffene und Familien auffangen können. Medizinisch ist für eine Akutbehandlung und Weiterbehandlung bis zur Genesung oder in vielen Fällen für eine Chronifizierung der Krankheit gesorgt. Finanziell gibt es ebenfalls eine Reihe von „Rettungsringen“ im System.

Neben dem medizinisch-therapeutischen Maßnahmenkatalog stehen Hilfestellungen für den Betroffenen zur Verfügung, die dafür sorgen sollen, dass nach der Akuterkrankung Fürsorge getroffen wird, den Betroffenen in das gesellschaftliche und berufliche Leben zurückzuholen. Damit es sich hierbei nicht um ein freiwilliges Entgegennehmen solch einer Fürsorge handelt, spricht der Gesetzgeber von Grundsätzen, denen sich die Betroffenen, aber auch die Ärzte stellen müssen. Konkret geht es hier um die Rehabilitation.

Leistungen der Rehabilitation haben zum Ziel, den durch Krankheit und Behinderung (gemeint ist auch die durch eine Krankheit bedingte Einschränkung) ausgelösten Folgen zu begegnen und den betroffenen Menschen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und im Beruf zu ermöglichen. Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt als Leistungs- und Kostenträger neben den Kranken- und anderen Versicherungen eine Reihe von Maßnahmen und Angeboten, um den beruflichen Wiedereinstieg zu schaffen und damit einer Verrentung oder Frühverrentung und damit existenziellen Problemen zu entgegenen.

Es ist daher von großer Bedeutung, dass Leistungserbringer auf der medizinischen Seite, aber auch betroffene Menschen selber sich frühzeitig um Rehabilitationsmaßnahmen kümmern und alle Informationsmöglichkeiten ausschöpfen, mögliche Fristen einzuhalten und einen geordneten Gang in die Rehabilitation, ob ambulant oder stationär, zu gehen. Diese Broschüre ist aus diesem Grunde ebenfalls ein besonders wichtiges Informationsmedium. ■

**Hubert Seiter**

*Erster Direktor der  
Deutschen Rentenversicherung  
Baden-Württemberg*





**Meike Schoeler, Rechtsanwältin, Fritzlar**

Schwerpunkte der Anwaltskanzlei Schoeler sind Sozial- wie Arbeitsrecht, aber im Besonderen Medizinrecht. Seit 1988 ist Frau Meike Schoeler Justiziarin der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. und berät juristisch deren Mitglieder sowie andere Patientenselbsthilfeorganisationen auf dem Gebiet des Schwerbehinderten-, Renten- und Krankenversicherungsrechts.



**Prof. Dr. med. Monika Reuss-Borst, Bad Bocklet**

Prof. Dr. Reuss-Borst wurde an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen zur Internistin mit den Schwerpunkten Hämatologie/Internistische Onkologie und Rheumatologie ausgebildet. 1995 habilitierte sie im Fach Innere Medizin und war anschließend als geschäftsführende und leitende Oberärztin der Abteilung Nephrologie und Rheumatologie an der Georg-August-Universität Göttingen tätig. Von 2000-2015 war sie Ärztliche Direktorin der Rehaklinik Am Kurpark in Bad Kissingen, von 2005 bis 2009 wurde ihr zusätzlich die Leitung der Klinik Ob der Tauber in Bad Mergentheim übertragen. Seit 2009 nahm sie zusätzlich die Funktion der Ärztlichen Koordinatorin bei den Reha-Zentren Baden-Württemberg wahr und ist heute in eigener Praxis in Bad Bocklet tätig.

## Hilfe durch Rehabilitation

Krebs ist in den meisten Fällen eine langwierige Erkrankung. Sie erfordert eine intensive Akutbehandlung, in der den Patienten anfänglich wenig Zeit bleibt, die neue Lebenssituation zu erfassen und zu bewältigen. Für die Betroffenen bedeutet dies, dass sie oft nicht nur die Folgen der Krankheit selbst überwinden müssen, sondern zudem unter physischen Folgen leiden, die durch die Therapie ausgelöst wurden.

Und nicht zuletzt leidet auch die Psyche: Ängste, Probleme mit einem veränderten Körperbild, zum Beispiel bei Brustoperationen, und Fragen nach der Zukunft in Familie und Beruf wollen bewältigt werden. Hier setzen die Maßnahmen zur Rehabilitation an. Sie sollen den Patienten helfen, ihren Weg zurück in den Alltag zu finden, einerseits in den sogenannten gesellschaftlichen Alltag, das heißt in den normalen Umgang mit Bekannten, Freunden, Nachbarn und natürlich mit der Familie.

Andererseits soll eine Rehabilitation zum Ziel haben, sie in den Beruf, in den beruflichen Alltag wieder einzu-

binden und damit die Fähigkeit der Existenzsicherung zurückzuerlangen.

In vielen Fällen wird von den Betroffenen in ihrer Selbsteinschätzung verkannt, dass ein sofortiges Zurück in den Alltag oder in den Beruf eher schadet. Der Druck, alles wieder so wie früher zu machen, hat zur Folge, die Vorteile einer Rehabilitation zu verkennen, weil offenkundig die Meinung besteht, Rehabilitation wäre quasi eine unnötige Verlängerung von Behandlung, Terminen und anderen den Alltag belastigenden Verpflichtungen.

Nein! Sie ist eine unterstützende, zum Teil notwendige und hilfreiche Maßnahme zur Krankheitsbewältigung und wichtig für den Schritt ins, wenn möglich, normale Leben und zurück an den Arbeitsplatz.

Welche Möglichkeiten es gibt, wer einen Anspruch darauf hat und was Sie beachten müssen, das erfahren Sie in dieser Broschüre. ■

*Prof. Dr. med. Monika Reuss-Borst*

# Inhalt

## 9 Grundsätzliches zur Rehabilitation und Teilhabe

- Zielsetzung
- Sozialrechtliche Voraussetzungen
- Unterschied zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation/ Teilhabe am Arbeitsleben
- Grundsatz „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“

## 14 Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsprognose
- Rehabilitationsziele:
  - Beispiele spezifischer Rehabilitationsziele
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Leistungen durch die Krankenkasse und Rentenversicherung:
  - Leistungen durch die Krankenkasse
  - Leistungen durch die Rentenversicherung
  - Wer hat keinen Anspruch auf Leistungen durch die Rentenversicherung?
  - Antragsverfahren
  - Wahl der Klinik
  - Zuzahlung
  - Übergangsgeld
  - Haushaltshilfe
  - Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen



## 14 Onkologische Rehabilitation

- Maßnahmen nach der Akutbehandlung
- Anschlussrehabilitation:
  - Anschlussheilbehandlung oder Festigungskur
  - Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM)
- Ambulante Rehabilitation
- Stationäre Rehabilitation
- Ganztätig ambulante/teilstationäre Rehabilitation
- Mobile Rehabilitation
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie



42 Nachsorge

#### 42 Nachsorge

- Onkologische Nach- oder Festigungskur
- Finanzielle Absicherung während der Anschlussheilbehandlung (AHB) und Nachsorgekur
- Nachsorgeleistungen



46 Berufliche Rehabilitation

#### 46 Berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Rehabilitation zur Rückkehr ins Berufsleben
- Die Leistungen
- Antragstellung
- Persönlicher Berater
- Kosten und finanzielle Absicherung
- Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
- Nachsorge
- Nachsorgeprogramm IRENA
- Umdeutung des Antrags auf Rehabilitation in einen Antrag auf Rente

#### 57 Spezielle Rehabilitationsangebote

- Persönliches Budget
- Beratungs- und Servicestellen
- Rehabilitationseinrichtungen





## 62 Antragsverfahren

### 60 Persönliche Belastungsgrenze

- Befreiung von Zuzahlung

### 61 Privatversichert

- Sonderfall Privatversichert

### 62 Antragsverfahren

- Antragstellung
- Welche Rechte und Pflichten gelten für Kostenträger und Antragsteller?
- Wie ist mit der Ablehnung der Rehabilitationsmaßnahmen umzugehen?
- Was steht dem Versicherten zu?
- Typische Fehlerquellen in medizinischen Gutachten
- Wer hilft im Antragsdschungel?



## 68 Rehabilitation von Kindern

### 68 Die Rehabilitation von Kindern

- Kinderheilbehandlung
- Inhalte der Rehabilitation für Kinder
- Kostenträger und Zuzahlungen
- Worauf bei der Antragstellung zu achten ist

### 72 Wertvolle Ansprechpartner

- Ihre Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region
- KOK
- Hilfreiche Institutionen

### 86 Begriffserklärungen

- Fachbegriffe – verständlich erklärt

### 94 Anhang

- Anträge/Formulare
- Stichwortverzeichnis
- Broschüren für Krebspatienten



### Zielsetzung

Rehabilitation ist nicht gleich Rehabilitation. Das bezieht sich nicht nur auf die verschiedenen Inhalte, die auf den individuellen Bedarf jedes Patienten zugeschnitten werden. Dies gilt auch für die Voraussetzungen und Regelungen im Sozialversicherungsrecht. Wer hat überhaupt Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme? Wer ist für welche Personengruppe zuständig? Welche Ziele werden mit den unterschiedlichen Leistungen angestrebt? Um das weite Feld der möglichen Maßnahmen abzudecken, hat der Gesetzgeber daher den Begriff „Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe“ definiert. Unter diesem Oberbegriff finden sich die unterschiedlichen Angebote für Kinder und Erwachsene, Berufstätige und Rentner.

Das Ziel der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist es, Einschränkungen, die durch Krankheit und Behinderung hervorgerufen wurden, zu mindern oder ganz zu beseitigen. Die betroffenen Menschen sollen so wieder eigenständig leben und am alltäglichen Leben in Familie, Freundeskreis und Beruf teilnehmen können.

**Übrigens:** Der Begriff Teilhabe bedeutet das „Einbezogensein in gewohnte Lebenssituationen“, und zwar im gesellschaftlichen und/oder beruflichen Leben.

Im Allgemeinen werden bei der Rehabilitation mehrere Phasen durchlaufen: zuerst die akutmedizinische Phase. Diese umfasst bei Krebspatienten zum Beispiel Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung sowie bei Bedarf die Behandlung mit modernen zielgerichteten Medikamenten. Daran schließt die medizinische Rehabilitation an, die körperliche oder seelische Folgen einer Tumorerkrankung mildern oder beseitigen helfen soll. Während der Rehabilitation erhält der Patient eine Anleitung zur aktiven Mitarbeit. Danach können die Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel ambulant fortgeführt werden. Es folgt die berufliche und psychosoziale Wiedereingliederung. Durch den gesamten Rehabilitationsprozess sollen die Ressourcen und Selbsthilfepotenziale des Patienten gefördert werden, um den gewonnenen Zustand zu erhalten und einer Verschlechterung vorzubeugen.

Eine Rehabilitation oder eine Maßnahme zur Teilhabe kann immer dann notwendig werden, wenn die ärztliche Behandlung allein nicht ausreicht, um die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zu beheben oder zu verringern. Sind die Einschränkungen so stark, dass sie nicht behoben werden können, soll die Rehabilitation den Betroffenen helfen, ihre noch vorhandenen Fähigkeiten auf eine Weise zu nutzen, dass sie ihr

## Grundsätzliches zur Rehabilitation und Teilhabe

---

Leben möglichst eigenständig führen und sich in die Gesellschaft integrieren können.

### **Bei Leistungen zur Teilhabe werden vier Gruppen unterschieden:**

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Voraussetzungen, um in den Genuss einer medizinischen Rehabilitation zu kommen, muss der behandelnde Arzt bescheinigen. Vorliegen müssen:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten
- die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten. Das heißt, dass er körperlich und geistig in der Lage sein muss, an den notwendigen Maßnahmen teilzunehmen.
- eine positive Rehabilitationsprognose. Das bedeutet, dass das Rehabilitationsziel voraussichtlich erreicht werden kann.

### **Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeits- oder am gesellschaftlichen Leben gelten folgende Grundsätze:**

- Frühzeitigkeit: Der Bedarf muss möglichst früh erkannt und die notwendigen Maßnahmen eingeleitet und Hilfen begonnen werden.

- Individualität: Der individuelle Rehabilitationsbedarf muss berücksichtigt werden.
- Komplexität: Alle notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe müssen erbracht werden.
- Interdisziplinarität: Alle notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe müssen optimal zusammenwirken.
- Zielgerichtetheit: Die Hilfen und Leistungen zur Teilhabe müssen darauf ausgerichtet sein, die Folgen der Erkrankung zu beheben oder zu mindern.
- Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit: Die verschiedenen Leistungsarten müssen ohne Unterbrechung ineinandergreifen, damit eine fortlaufende Behandlung gewährleistet ist.
- Bedarfsgerechtigkeit: Der Betroffene soll die Möglichkeit haben, geeignete Leistungen möglichst in der Nähe seines Wohnortes zu erhalten. Dabei können ambulante Hilfen Vorrang vor einer stationären Unterbringung haben.

### **Es gelten die Grundsätze:**

- Rehabilitation geht vor Rente
- Rehabilitation geht vor Pflege

### **Mit anderen Worten:**

Erst wenn alle Möglichkeiten einer Rehabilitation erfolglos ausgeschöpft wurden oder keine Erfolgsaussichten bestehen, ist über weitere Leistungen in Form einer Erwerbsminderungsrente oder Pflegeleistungen zu entscheiden. ■

## Sozialrechtliche Voraussetzungen

Leistungen werden für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Auch eine Krebserkrankung kann zu einer dauerhaften Einschränkung der körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit führen. Deshalb ein kurzer Blick in die Vorschriften:

Nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 SGB IX).

Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung:

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Daher ist jede Rehabilitation ein umfassender Prozess: Unterschiedliche Hilfen werden – zeitlich parallel oder nacheinander – jeweils so kombiniert, wie es dem persönlichen Hilfebedarf des Patienten entspricht. Daneben kann unter Umständen weiterhin eine medizinische Behandlung erforderlich sein. Dieser umfassende Rehabilitationsgedanke wird im System der sozialen Sicherung umgesetzt. ■

## Unterschied zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation/ Teilhabe am Arbeitsleben

Es ist wichtig, zwischen den verschiedenen Zielen einer Rehabilitation und damit der entsprechenden Leistung zu unterscheiden. Davon hängt ab, welche Institution zuständig, also der sogenannte Rehabilitationsträger ist.

Die medizinische Rehabilitation, die darauf abzielt, dass die Gesundheit möglichst so wiederhergestellt wird, dass die Betroffenen wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können, wird in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen und Renten-

versicherungen erbracht, bei Berufskrankheiten oder Arbeitsunfällen auch durch die gesetzliche Unfallversicherung.

Bei berufsfördernden Maßnahmen können Leistungen zur medizinischen sowie zur beruflichen Rehabilitation (sie wird jetzt Teilhabe am Arbeitsleben genannt) von der Agentur für Arbeit, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht werden. Die Rehabilitationsträger können dabei anteilig für verschiedene Kosten zuständig sein. ■

## Grundsatz „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“

Im Rentenrecht gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“. Daher muss eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden sein, bevor man aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Rente beantragen kann.

Die sozialmedizinische Beurteilung im Entlassungs- oder Abschlussbericht einer Reha-Maßnahme stellt oft die Weichen für ein Rentenverfahren. In diesem Bericht beurteilt der Arzt der Rehabilitationseinrichtung die bestehenden Einschränkungen des Betroffenen und legt das sogenannte Restleistungsvermögen fest.

**Wichtig!** Auch wenn der Betroffene bereits eine Erwerbsminderungsrente erhält, wird nachträglich geprüft, ob eine Rehabilitation zumutbar und geeignet ist, um die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Wer eine zeitlich befristete Rente oder eine Rente wegen teilweiser Erwerbsfähigkeit („Teilrente“) bezieht, ist anspruchsberechtigt, nicht dagegen derjenige, der eine volle und unbefristete Rente bezieht.

Ähnliches gilt bei drohender Pflegebedürftigkeit. Hier prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), ob eine Rehabilitation diese möglicherweise verhindern kann („Reha vor Pflege“). ■

## Onkologische Rehabilitation



### **Petra, 47 Jahre, Brustkrebs:**

Bis zur Diagnose Brustkrebs hatte Petra sich um ihre Gesundheit kaum Gedanken gemacht. Sie arbeitete viel und genoss in ihrer freien Zeit das Leben. So hatte sie in den letzten Jahren sukzessive an Gewicht zugenommen (BMI 31) und war – anders als in ihrer Jugend – körperlich kaum noch aktiv. Der Hausarzt hatte bereits einen Diabetes mellitus und einen hohen Blutdruck diagnostiziert. Die verordneten Medikamente nahm Petra nur gelegentlich ein. Bei einer Routineuntersuchung stellte ihre Frauenärztin einen Tumor in der Brust fest. Die Diagnose traf Petra wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Sie überstand Operation, Bestrahlung und Chemotherapie – doch am Ende der monatelangen Behandlung ging es ihr schlecht. Sie litt an Therapienebenwirkungen, vor allem quälenden Nervenschmerzen und Kribbeln in den Händen und Konzentrationsstörungen. Sie fühlte sich matt und abgeschlagen, nachts plagten sie immer wieder Ängste vor einem erneuten Auftreten des Krebses, die sie um den Schlaf brachten.

Ihre Frauenärztin riet ihr zu einer Rehabilitationsmaßnahme, half ihr den Reha-Antrag auszufüllen und



empfohl ihr auch eine geeignete onkologische Reha-Klinik. Den sogenannten Bewilligungsbescheid bekam Petra innerhalb von vier Wochen und legte anschließend den Aufnahmetermin mit der Klinik direkt fest. Zu Beginn der Reha wurde Petra gründlich untersucht und ihre individuellen Beschwerden besprochen. Zusammen mit ihrem Arzt erstellte sie einen Therapieplan und vereinbarte drei Rehabilitationsziele, die sie innerhalb der drei Wochen erreichen wollte: Steigerung der körperlichen Aktivität, Gewichtsabnahme und Besserung des Kribbelns in den Händen.



## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

Das Beispiel zeigt: Wie bei anderen Krankheiten auch, besteht bei Krebserkrankungen ein Rehabilitationsbedarf immer dann, wenn eine funktionelle Einschränkung vorliegt, die das Alltags- oder Berufsleben beeinträchtigt.

Ursache kann der Tumor selbst sein, aber auch Folgen der Operation, Strahlen- und/oder Chemotherapie. Je nach onkologischer Erkrankung, betroffenem Organ und Therapie ist mit unterschiedlichen Beeinträch-

tigungen zu rechnen, die zum Teil zeitlich verzögert auftreten können.

Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit onkologischen Erkrankungen sind:

- eine individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit
- die Rehabilitationsfähigkeit
- eine positive Rehabilitationsprognose im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels. ■

## Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftig nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V sind Menschen, bei denen als Folge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen und/oder Beeinträchtigung der Aktivitäten die Teilhabe in unterschiedlichen Lebensbereichen dauerhaft bedroht oder beeinträchtigt ist. Dazu gehört auch eine bestehende oder drohende Pflegebedürftigkeit.

Um die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit zu ermitteln, sind nicht die medizinischen Diagnosen (sogenannte ICD-Diagnosen) entscheidend. Vielmehr – und dies ist wichtig – sind Art und Umfang einer drohenden oder eingetretenen Behinderung und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche maßgebend. Hierzu ist eine Diagnostik erforderlich, die neben dem Krankheitsbild auch die persönlichen, beruflichen und sozialen Folgen der Krankheit berücksichtigt.

Die Diagnostik kann im Verlauf der medizinischen Rehabilitation weiter verfeinert werden und fließt in den Teilhabeplan ein. Dieser wird dann den jeweiligen Bedürfnissen angepasst.

Bei onkologischen Erkrankungen hängt die Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere ab von der:

- Art und Ausdehnung eines Tumors
- Intensität der Therapie und

- Folgeproblemen von Tumor und Therapie sowie deren Beeinflussbarkeit durch die Rehabilitation.

Psychische Belastungen wie Rezidivangst, Anpassungsstörungen, Depressionen und vermindertes Selbstwertgefühl können ebenfalls einen Rehabilitationsbedarf begründen. Zudem können umwelt- und personenbezogene Faktoren wie Familie oder Arbeitsstelle für den Rehabilitationsbedarf wichtig sein.

In der Regel ist kein Rehabilitationsbedarf gegeben, wenn aus einer Krebserkrankung:

- keine Funktionseinschränkungen resultieren
- bestehende Funktionseinschränkungen keinerlei Beeinträchtigungen darstellen
- keine Behinderung infolge der Erkrankung droht.

Vor Beginn einer medizinischen Rehabilitation müssen die chirurgische und/oder eine Strahlentherapie abgeschlossen sein. Treten nach der Maßnahme im Krankheitsverlauf weitere oder weiter bestehende Krankheitsfolgen auf, kann aus medizinischen Gründen eine erneute Rehabilitation erforderlich sein. Voraussetzung dafür ist, dass als Folge der Tumorerkrankung oder der Tumorthherapie erhebliche Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bestehen. ■

### Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die körperliche und seelische Verfassung des Patienten. Er sollte Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit mitbringen, um an einer geeigneten Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe teilnehmen zu können. Die Rehabilitationsfähigkeit ist auch Voraussetzung für den jeweiligen Kostenträger, um die Leistungen zu erbringen. Für Menschen mit Krebserkrankungen ist wichtig, dass sie belastbar genug für die Rehabilitation

sind. Die Maßnahme sollte daher in einer ausreichend stabilen Krankheits- oder Therapiephase erfolgen. Eine Behandlung mit Medikamenten, zum Beispiel eine Immun-, Chemo- oder Antikörpertherapie, kann während der Rehabilitation fortgeführt werden, sofern sie die Durchführung und Effektivität der Maßnahme nicht beeinträchtigt. Andernfalls ist die Rehabilitation zeitlich zu verschieben, da der Patient (noch) nicht rehabilitationsfähig ist. ■

### Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose gibt eine medizinisch begründete Aussage darüber, wie wahrscheinlich es ist, dass ein festgelegtes Rehabilitationsziel in einem dafür notwendigen Zeitraum erreicht werden kann. Eine positive Rehabilitationsprognose bedeutet, dass die

relevanten Folgen der Krankheit und Therapie durch die Rehabilitation beeinflusst werden können und die individuellen Rehabilitationsziele tatsächlich zu erreichen sind. ■

## Rehabilitationsziele



Die Rehabilitationsziele werden abgeleitet aus den durch die Krankheit entstandenen Beeinträchtigungen. Zentrales Ziel einer onkologischen Rehabilitation ist immer, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Für den Patienten gilt: nicht nur am, sondern im Leben bleiben!

Zu Beginn einer Leistung werden die individuellen Rehabilitationsziele durch eine spezifische Diagnostik bestimmt. Dazu gehören unter anderem eine Funktionsdiagnostik oder das Erfassen der Lebensqualität, sowie von Angst und Depression durch standardisierte wissenschaftliche Fragebögen. Anschließend werden die geeigneten Therapie-Einheiten nach Art, Umfang und Intensität festgelegt. Am Ende der Maßnahme wird überprüft, ob und in welchem Umfang die zu Beginn festgelegten Ziele erreicht wurden.

Die Befunde der Diagnostik im Vorfeld der Rehabilitation werden grundsätzlich ebenso berücksichtigt wie zeitnahe Befunde während der Rehabilitation. Die Schädigungen oder Einschränkungen der Aktivitäten, drohende oder bestehende Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie weitere relevante Faktoren werden beschrieben und bewertet. ■

## Beispiele spezifischer Rehabilitationsziele

So unterschiedlich wie die Krebserkrankungen sind, so verschieden sind auch die Rehabilitationsziele. Hier einige Beispiele:

Bei **Tumoren des Magen-Darm-Traktes** gehört zu den Rehabilitationszielen, das Ernährungsverhalten an die neue Situation anzupassen. Dazu kann beispielsweise gehören:

- Die Auswahl geeigneter Lebensmittel
- Beratung hinsichtlich Größe und Häufigkeit der Mahlzeiten sowie des Trinkverhaltens
- Beheben von Verdauungsstörungen wie Durchfall (Diarrhö), Verstopfung (Obstipation) und Blähungen (Meteorismus)
- Hilfe bei Kontinenzproblemen
- Bei vorhandenem Stoma das Erlernen des selbstständigen und sachgerechten Umgangs mit den entsprechenden Hilfsmitteln.

Beim **Brustkrebs** sind häufige Rehabilitationsziele:

- Die Behandlung einer belastenden Polyneuropathie (Schädigung der Nerven mit Schmerzen, Kribbeln, Taubheitsgefühlen usw.) als Folge der Chemotherapie
- Das Vorbeugen oder Behandeln eines Lymphödems einschließlich der Versorgung mit den notwendigen Hilfsmitteln

- Die Bewältigung der Therapiefolgen sowie der Hormonmangelsituation.

Beim **Prostatakrebs** wird angestrebt, die Harnblasenfunktion zu normalisieren und die Harnkontinenz wiederherzustellen. Ist dies nicht vollständig möglich, erlernt der Patient den optimalen Umgang mit verfügbaren Hilfsmitteln.

Beim **Lungenkrebs** ist das Rehabilitationsziel die Leistungsfähigkeit der Lunge nach der Behandlung zu verbessern. Damit soll die Sauerstoffversorgung des gesamten Körpers sowie die körperliche Belastbarkeit gesteigert werden.

Bei **Leukämien** und **Lymphomen** gehört zu den zentralen Rehabilitationszielen, die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit zu bessern, den Muskelaufbau zu fördern, Schmerzen zu mindern und die Folgen der medikamentösen Therapie wie Polyneuropathie (Nervenschäden), Kardiomyopathie (Schäden am Herzmuskel) und Veränderungen des Lungengewebes zu behandeln.

Bei **Hirntumoren** hängen die Rehabilitationsziele stark von der Lage des Tumors ab. Sie können zum Beispiel beinhalten, epileptische Anfälle und neu-

rologische Ausfälle zu mindern, Gehfähigkeit und Gangsicherheit wiederherzustellen oder Sprech- und Sprachfähigkeit wiederzuerlangen.

An einer **Fatigue-Symptomatik** (Müdigkeit, Abgeschlagenheit) leiden viele Krebspatienten über Monate bis Jahre. Ein wesentliches übergeordnetes Therapieziel ist daher fast immer, sie zu körperlicher Aktivität zu motivieren. Dies wirkt sich positiv auf das Fatigue-Syndrom aus.

### Psychische und physische Faktoren

Auf der psychischen Ebene können spezifische Rehabilitationsziele unabhängig von der Art des Tumors aufgestellt werden:

- Erlernen von Strategien zur Krankheitsbewältigung (Coping)
- Reduzieren depressiver Symptome
- Abbau von Ängsten und Rezidivängsten
- Einüben von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung.

Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen beeinträchtigen die Betroffenen häufig bei sämtlichen Aktivitäten. Das betrifft die Mobilität, die körperliche und seelische Belastbarkeit sowie soziale Interaktion einschließlich der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Rehabilitationsziele werden gesetzt, um eine Verschlimmerung abzuwenden, zu verhüten, zu besei-

tigen oder zu mindern, beziehungsweise die Folgen einer zunehmenden Beeinträchtigung zu mildern:

- Mobilisierung und Zunahme der Selbstständigkeit
- Erhalt oder Wiedererlangen der Selbstversorgung (Körperhygiene, An- und Auskleiden, Nahrungszubereitung und -aufnahme)
- Erlernen des selbstständigen und sachgerechten Umgangs mit Hilfsmitteln
- Bessere Bewältigung der Aufgaben und Anforderungen am Arbeitsplatz, Erleichtern der beruflichen Reintegration
- Steigern der körperlichen Aktivität
- Zunahme der mentalen Fitness
- Abnahme von Isolationsgefühl und Einsamkeit.

### Individuelle Faktoren

Sogenannte individuelle oder auch Kontextfaktoren bilden den gesamten Lebenshintergrund einer Person ab. Man unterscheidet dabei umwelt- und personenbezogene Faktoren, die mit den Körperfunktionen/-strukturen, den Aktivitäten und der Teilhabe in Wechselwirkung stehen können.

Der Rehabilitationsverlauf kann durch Kontextfaktoren positiv oder negativ beeinflusst werden. Daraus ergibt sich, dass die fördernde Wirkung positiver Kontextfaktoren genutzt werden sollte. Dagegen sollten negativ wirkende Kontextfaktoren (etwa Übergewicht, Nikotin- und Alkoholkonsum) benannt und in



## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

der Patientenschulung geeignete Bewältigungsstrategien vermittelt werden, um sie abzubauen.

Bei Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch Funktions- und Fähigkeitsstörungen entstanden sind, müssen mitunter die Umweltbedingungen angepasst werden:

- Planung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ausschluss arbeitsbedingter kanzerogener (krebsauslösender) Einwirkungen
- Gestaltung der häuslichen Umgebung.

Die positive Beeinflussung der individuellen Faktoren wird angestrebt über:

- Psychoedukative Programme, also die umfassende Information über die Krankheit
- Entwicklung von Strategien, um Risikofaktoren (Fehlernährung, Bewegungsmangel, schädlicher Gebrauch von Alkohol und Tabak, negativer Stress) zu verringern
- Schulung der Körperwahrnehmung und Akzeptanz des veränderten Körperbildes
- Motivation und Unterstützung bei der Lebensstiländerung. ■



## Rehabilitationsmaßnahmen



### Petra:

Sie erhielt einen individuellen Behandlungsplan, auf dem unter anderem ein psycho-onkologisches Gruppenprogramm, Elektrotherapie, Sport- und Bewegungstherapie standen. Sie probierte unterschiedliche sportliche Aktivitäten aus, fand Gefallen am Joggen und bekam vom ihrem Sporttherapeuten ein individuelles Trainingsprogramm. Dessen Umfang und Intensität steigerte sie langsam. Auch von den Einzelgesprächen mit dem Psychologen, Entspannungsübungen sowie der Elektrotherapie profierte Petra sehr.

In den drei Wochen lernte sie zudem viel über ihre Erkrankung, konnte sich über ergänzende Therapiemöglichkeiten wie Ernährungsumstellung oder Akupunktur informieren und genoss die regelmäßige körperliche Bewegung. Die im Krankenhaus begonnene Immuntherapie wurde in der Reha fortgeführt. Körper und Geist erholten sich. Gegen Ende der Maßnahme



war Petra körperlich fitter, konnte wieder längere Strecken ohne Atemnot zurücklegen und hatte vier Kilogramm an Gewicht verloren. Der willkommene Nebeneffekt: Ihre Blutzucker- und Blutdruckwerte besserten sich.

## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

Die medizinische Rehabilitation von Menschen mit Krebs erfolgt in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen. Sie geht von einem ganzheitlichen sogenannten bio-psycho-sozialen Rehabilitationskonzept aus. Dieses beinhaltet ein umfassendes, spezifisches, interdisziplinäres Therapieangebot. Es kann entsprechend der individuellen Situation des Rehabilitanden aus physischen, psychischen, ernährungsbezogenen, sozialen und edukativen (bildungsbezogenen) Komponenten bestehen. Wegen der Vielgestaltigkeit onkologischer Erkrankungen ergibt sich ein sehr individueller Bedarf jedes Patienten. Daher ist ein individualisierter Rehabilitationsplan erforderlich.

Abhängig von den festgelegten Rehabilitationszielen enthalten Leistungen zur onkologisch-medizinischen Rehabilitation zum Beispiel folgende Elemente:

- Fortsetzen der medikamentösen Behandlung
- Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie
- Physikalische Therapie (Hydro-, Thermo-, Balneo- und Elektrotherapie, Massagen und Lymphdrainagen)
- Psychologische Beratung und Therapie (Psychoonkologie)
- Ergotherapie (u. a. Arbeitsplatztraining)
- Hilfsmittelberatung, -anpassung und -schulung
- Logopädische Behandlung
- Entspannungstraining
- Kunsttherapie, Körpertherapie

- Gesundheitsbildung und indikationsspezifische Patientenschulung
- Ernährungsberatung
- Inkontinenzbehandlung und Stomaversorgung
- Sexualberatung
- Sozial- und sozialrechtliche Beratung
- Unterstützung der beruflichen Reintegration (etwa stufenweise Wiedereingliederung, Belastungserprobung)
- Nachsorge und soziale Integration (vor allem Verordnung von Rehabilitationssport, Vermittlung von Selbsthilfegruppen)
- Abschließende sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden.

Zum interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören unter anderem Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie, je nach Behandlungsschwerpunkt der Klinik auch Ärzte mit anderen Facharztanerkennungen, Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Assistenzkräfte, Psychologen, Pädagogen, Sportlehrer beziehungsweise Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen sowie Diätassistenten.

Die Behandlungselemente werden anhand des individuellen Rehabilitationsbedarfs ausgewählt. Wichtig ist, dass durch eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen, im Rehabilitationsteam tätigen Berufsgruppen

## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

die Möglichkeiten der ganzheitlichen Rehabilitation ausgeschöpft werden. Eine Säule der rehabilitativen Leistungen ist die Patientenschulung. Hier wird Wissen rund um die Krankheit vermittelt.

Gleichzeitig soll der Patient zu einem gesunden Lebensstil motiviert werden. Ziel ist, möglichst weitere Erkrankungen zu verhindern. Hierbei ist es sinnvoll, Angehörigen und Betreuungspersonen die Teilnahme an Schulungen zu ermöglichen oder diese anzuregen.

Ein wesentliches Element der Rehabilitation Krebskranker ist die professionelle Unterstützung bei der

Krankheitsverarbeitung. Dazu vermitteln Psychologen mit einer Zusatzqualifikation im Bereich der Psychoonkologie in Gruppen- oder Einzelgesprächen entsprechende Bewältigungsstrategien.

Um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu sichern, sollte die Verordnung von Rehabilitationssport angeregt und im günstigsten Fall bereits während der Rehabilitation der Kontakt zu einer Krebsportgruppe hergestellt werden. Auch die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit in einer der vielen Selbsthilfegruppen sollte dem Rehabilitanden nahegebracht werden (notwendige Eigeninitiative). ■

### Leistungen durch die Krankenkasse

Versicherte ab dem 67. Lebensjahr erhalten von ihrer zuständigen Krankenkasse Leistungen, wenn sie infolge einer Erkrankung wichtige Alltagsaktivitäten nicht mehr selbstständig ausführen können und dadurch ihre selbstständige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedroht oder eingeschränkt ist.

Im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (siehe Anhang § 11, SGB V) sind Rehabilitationsleistungen als Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgeschrieben, wenn die eigenständige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in Frage gestellt oder schon eingeschränkt ist.

Eine Rehabilitation kann durchgeführt werden, wenn die Aussicht besteht, dass der Betroffene wieder mehr Selbstständigkeit erlangen kann (siehe im Anhang Gesetzestext § 40 SGB V). Voraussetzungen sind die medizinische Notwendigkeit und die positive Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird von der Krankenkasse beauftragt, die medizinische Notwendigkeit einer rehabilitativen Leistung zu überprüfen oder die Begründung für einen Verlängerungsantrag einer laufenden Rehabilitationsmaßnahme zu unterstützen oder abzulehnen. Eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfolgt stichprobenartig.

Zweifelt jedoch die Krankenkasse an der medizinischen Notwendigkeit einer Verordnung eines Arztes, muss sie den MDK mit einer Begutachtung beauftragen. Bundesweit prüft der MDK nach identischen Kriterien, entsprechend der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“, die der Spitzenverband der Krankenkassen und der Medizinische Dienst dieses Spitzenverbands (MDS) herausgegeben haben.

**Wichtig!** Die Rehabilitation muss in jedem Fall vom Arzt verordnet werden! ■

## Leistungen durch die Rentenversicherung

### Holger, 37 Jahre, Non-Hodgkin-Lymphom:

Als Angestellter bei einem großen Autozulieferer war Holger kurz davor, zum Abteilungsleiter befördert zu werden, als er sich ständig müde und weniger belastbar fühlte. Stutzig wurde er jedoch erst, als er einen kleinen Knoten am Hals tastete, der schnell größer wurde. Sein Hausarzt nahm Blut ab, dann ging alles sehr schnell. Es wurde ein extrem bösartiger Tumor des Lymphsystems diagnostiziert und für Holger brach eine Welt zusammen. Die notwendige Chemotherapie vertrug er schlecht, Übelkeit und Erbrechen quälten ihn, doch die Therapie war erfolgreich. Die Krankheit konnte zurückgedrängt werden. Wenige Monate später folgte eine Stammzelltransplantation.

Die Therapie zog sich über eine lange Zeit hin, in der er arbeitsunfähig war. In den ersten sechs Wochen erhielt er sein Gehalt vom Arbeitgeber. Anschließend bekam er von seiner Krankenkasse Krankengeld ausgezahlt. Holgers Gesundheitszustand erlaubte es jedoch nicht, dass er wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehrte. Er hatte unter anderem in den letzten 15 Monaten neun Kilogramm an Gewicht verloren, war geschwächt und ermüdete schnell. Daher rückte der Zeitpunkt immer



näher, an dem er kein Krankengeld mehr bekommen würde. Seine Krankenkasse forderte ihn vor Ende dieser Frist auf, eine Rehabilitation durchzuführen. In der Rehabilitationsklinik merkte Holger schnell, dass man auf seine individuellen Probleme einging. Medizinische Trainingstherapie (MTT), Koordinationstraining und Kreativtherapie waren für ihn neue Erfahrungen. Bald merkte er, dass es ihm besser ging. Muskelkraft und Ausdauer nahmen zu, selbst seine Stimmung hellte sich allmählich auf.



## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

Bei Holger ist die Erwerbsfähigkeit gefährdet, was für einen Menschen seines Alters, der meist eine junge Familie hat und eventuell Kredite abzahlen muss, schnell existenzbedrohend werden kann. Das Ziel der gesetzlichen Rentenversicherung ist daher, eine erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich zu verbessern oder wiederherzustellen. Solange der Patient im erwerbstätigen Alter ist und noch arbeitet, ist daher die Rentenversicherung für die Kostenübernahme zuständig.

Die Rentenversicherung kann die Rehabilitation auch im Falle eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente, auf Aufforderung durch die Krankenkasse nach längerer Arbeitsunfähigkeit (AU-Zeit) und bei Aufforderung durch das Arbeitsamt bei längerer Leistungsminde- rung übernehmen.

Hierzu ein Beispiel: Ein Patient, der an Prostatakrebs erkrankt ist, kann wegen der zunehmenden Rückenschmerzen sein Arbeitspensum nicht mehr schaffen. Das Leistungsvermögen kann soweit gemindert sein, dass er nur noch vier Stunden täglich arbeiten kann. In diesem Fall kann das Ziel der Rehabilitation sein, durch entsprechende ärztliche, physiotherapeutische, manuelle, balneophysikalische und ergotherapeutische Maßnahmen die Erwerbsfähigkeit soweit herzustellen, dass der Patient unter allgemeinen Arbeitsplatzbedingungen wieder einen vollen Arbeitstag bewältigen kann.

Onkologische Rehabilitationsleistungen über die gesetzliche Rentenversicherung können zudem erhalten:



- Rentner, die eine Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente von der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen
- nicht versicherte Ehe- und Lebenspartner von Versicherten sowie Hinterbliebene
- (nichtversicherte) Kinder bis zum 18. Lebensjahr und in Ausnahmefällen bis zum 27. Lebensjahr (Ausbildung, Studium, siehe auch S. 68).

Wurde bereits eine Rehabilitation durchgeführt, wird eine erneute Leistung in der Regel nicht vor Ablauf von

## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

vier Jahren erbracht, es sei denn, eine Rehabilitation ist vor Ablauf dieser Zeit aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Die Gewährung der Leistungen wurde vom Gesetzgeber als sogenannte „Kann-“ oder „Ermessensleistung“ formuliert. Das heißt, dass die medizinische Notwendigkeit einer Rehabilitation dargelegt werden muss.

Bevor die Rentenversicherung Leistungen zur onkologischen Rehabilitation übernimmt, müssen einige Bedingungen erfüllt sein:

- eine Mindestversicherungszeit von fünf Jahren oder

- in den letzten zwei Jahren wurden über sechs Monate Pflichtbeiträge in die Rentenversicherung eingezahlt.

Zudem müssen vorliegen:

- eine bereits verminderte oder in absehbarer Zeit verminderte Erwerbsfähigkeit oder
- eine drohende erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, die durch eine Rehabilitation gemindert werden könnte oder
- eine verminderte Erwerbsfähigkeit, die durch Rehabilitationsmaßnahmen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. ■

## Wer hat keinen Anspruch auf Leistungen durch die Rentenversicherung?

Der Gesetzgeber hat hierzu einige Ausschlusskriterien festgelegt. Keinen Anspruch haben Patienten,

- die wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts Anspruch auf gleichartige Leistungen, beispielsweise der Unfallversicherung, Berufsgenossenschaft oder anderer Rehabilitationssträger, haben
- die bereits eine Altersrente (mindestens zwei Drittel der Vollrente) beziehen oder beantragt haben
- wenn akute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt (zuständig ist dann die gesetzliche Krankenkasse)

- bei denen seit der letzten Rehabilitationsmaßnahme noch keine vier Jahre vergangen sind. Eine Ausnahme besteht allerdings für den Fall, dass eine Rehabilitation aus dringenden gesundheitlichen Gründen vorzeitig durchgeführt werden muss
- die Beamter, Pensionär oder diesen gleichgestellte Personen sind
- die dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Altersrentenbeginn zum Beispiel eine betriebliche Altersvorsorge bekommen (Altersteilzeit in der passiven Phase). ■

### Antragsverfahren

Zuerst sollte im Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder Betriebsarzt festgestellt werden, ob eine medizinische Rehabilitation notwendig ist. Formulare kann man direkt bei der Rentenversicherung, bei den gesetzlichen Krankenkassen und kommunalen Versicherungsämtern sowie bei den Auskunfts- und Beratungsstellen und Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, sowie auf den Seiten der Leistungsträger im Internet erhalten. Außerdem kann der Antrag auch bei den gesetzlichen Krankenkassen und Versicherungsämtern direkt gestellt werden. Alle genannten Stellen sind auch beim Ausfüllen der Formulare behilflich und leiten je nach Ziel der Rehabilitation den Antrag an den betreffenden Kostenträger weiter.

**Wichtig:** Die medizinische Rehabilitation ist vom Versicherten zu beantragen, wobei das Antragsverfahren beschleunigt werden kann, wenn ein Befundbericht vom behandelnden Arzt beigelegt wird.

Der Kostenträger teilt dann in einem Bescheid den Ort und die Rehabilitationseinrichtung sowie Dauer und Art der Rehabilitation mit. Den genauen Termin vergibt die Rehabilitationseinrichtung direkt in Absprache mit dem Patienten.

In der Regel beträgt die Dauer der stationären Rehabilitation drei Wochen, kann aber mit medizinischer Begründung verlängert werden. Bei ambulanten Leis-

tungen zur medizinischen Rehabilitation wohnen die Patienten zu Hause und werden tagsüber in der Rehabilitationseinrichtung behandelt. Die ambulanten Behandlungsleistungen entsprechen grundsätzlich denen der stationären Rehabilitationskliniken. Es gilt: ambulant vor stationär! Nur wenn eine ambulante Rehabilitation nicht ausreicht oder aus beruflichen oder sozialen Gründen nicht möglich ist, kommt die stationäre Rehabilitation in Frage.

Zur Sicherung, Fortsetzung und Weiterentwicklung des Rehabilitationserfolges bei zeitlich begrenzten ambulanten oder stationären Leistungen werden immer häufiger auch zusätzliche Nachsorgeleistungen angeboten, zum Beispiel Rehabilitationssport (siehe Kapitel Nachsorge).

**Übrigens:** Die Deutsche Rentenversicherung kann nur innerhalb von zwei Jahren nach der Akutbehandlung eine Rehabilitationsleistung bei onkologischen Erkrankungen erbringen. Liegt die Akuttherapie länger als zwei Jahre zurück, muss die Deutsche Rentenversicherung prüfen, ob sich die onkologische Erkrankung negativ auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. Ist dies der Fall, ist sie zuständig, wenn nicht, dann die Krankenkasse.

Für Versicherte mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen ist grundsätzlich die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (Arge Krebs NW, [www.argekrebsnw.de](http://www.argekrebsnw.de)) zuständig. ■

### Wahl der Klinik

Der Patient verfügt über weitreichende Wunsch- und Wahlrechte, die im Sozialgesetzbuch verankert sind (siehe Anhang § 9 SGB IX). Dazu gehört unter anderem auch die Wahl der Rehabilitationsklinik. Das bedeutet, dass jede im Einzelfall geeignete, zertifizierte Rehabilitationseinrichtung, die einen Versorgungsvertrag mit dem Rehabilitationsträger hat, als Wunschklinik bestimmt werden kann. Mehrkosten entstehen nicht. Das Wunsch- und Wahlrecht endet aber bei Rehabilitationseinrichtungen, die keinen

Versorgungsvertrag abgeschlossen haben und bei Einrichtungen im Ausland. Hier sollte unbedingt das Gespräch mit dem Leistungsträger gesucht werden!

**Wichtig!** Will der Betroffene von seinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen, sollte er sich rechtzeitig darüber informieren, welche Rehabilitationsklinik die Erkrankung behandelt und auch den Wünschen und besonderen Bedürfnissen hinsichtlich Lage, Service und Ausstattung entspricht. Die Klinik muss von unabhängiger Stelle zertifiziert sein – beispielsweise nach DIN ISO EN 9001:2000 oder den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) – und somit von den Rehabilitationsträgern anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.

In jedem Fall sollte sich der Patient, wenn er von seinem Wahlrecht Gebrauch machen will, im Vorfeld mit dem betreffenden Kostenträger abstimmen. Laut Urteil des Bundessozialgerichts – AZ: B 1 KR/12 R vom 07.05.2013 – haben Krankenkassen nicht nur die medizinische Eignung einer Reha-Klinik für die Rehabilitation zu prüfen, sondern auch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots das Recht, ihren Versicherten bestimmte Reha-Kliniken bindend vorzuschreiben, wenn diese die Behandlung kostengünstiger anbieten. Durch dieses Urteil wurde das freie Wahlrecht deutlich eingeschränkt. Mehrkosten bei der Auswahl solcher Kliniken werden vom Rehabilitationsträger nicht übernommen. ■



### Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen in der Regel bei stationären Reha-Leistungen und Anschlussrehabilitationen 10 Euro täglich zu. Die Dauer der Zuzahlung ist dabei abhängig davon, wer die Reha-Maßnahme finanziert und wie hoch die Zuzahlungen im selben Kalenderjahr waren.

Wenn die gesetzliche Krankenkasse Kostenträger einer stationären Anschlussrehabilitation ist, hat der Patient Zuzahlungen in Höhe von 10 Euro pro Tag für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Ist die Rentenversicherung für die Kostenübernahme der stationären Rehabilitation bzw. der Anschlussrehabilitation zuständig, so beträgt die Beteiligung höchstens 10 Euro pro Tag für längstens 42 Tage bzw. 14 Tage im Kalenderjahr.

Wurde das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder wurde während der Rehabilitation Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger bezogen, so ist keine Zuzahlung zu leisten.

**Übrigens.** Waren in einem Jahr mehrere Krankenhausaufenthalte oder Anschlussrehabilitationen notwendig, so werden alle Tage der Zuzahlung berücksichtigt und gegenseitig angerechnet.

**Wichtig!** Die Zuzahlung ist von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig. Viele Patienten können sich ganz oder teilweise davon befreien lassen. Das Antragsformular erhalten Betroffene beim Rehabilitationsträger.

Für die Zeit der Rehabilitationsleistung haben Arbeitnehmer für in der Regel sechs Wochen einen Anspruch auf Lohnfortzahlung nach dem Lohnfortzahlungsgesetz. Sollte der Anspruch bereits ganz oder teilweise verbraucht sein, so kann von der Rentenversicherung ein Übergangsgeld für die Dauer der medizinischen Rehabilitation beantragt werden. ■

### Zuzahlung in Abhängigkeit vom Einkommen

Versicherte mit Kind oder Pflegebedürftigkeit  
(75 % Übergangsgeld)

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag
unter 1.135,00 Euro	keine Zuzahlung
ab 1.135,00 Euro	9,00 Euro
ab 1.140,00 Euro	9,50 Euro
ab 1.200,00 Euro	10,00 Euro

## Übergangsgeld



Arbeitnehmer haben während der Rehabilitation einen Anspruch auf Lohnfortzahlung für die Dauer von sechs Wochen. Ist dieser Anspruch ausgeschöpft, so kann der Rentenversicherungsträger ein Übergangsgeld für die Dauer der medizinischen Rehabilitation gewähren. Voraussetzung ist, dass unmittelbar vor Beginn der Rehabilitation oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt wurden. Es ist auch möglich, Übergangsgeld zu erhalten, wenn der Betroffene vor der Rehabilitation Krankengeld bezogen hat. Er muss dazu vorher rentenversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.

Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kinder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch 75 Prozent. Bei freiwillig Versicherten, zum Beispiel Selbstständigen, wird das Übergangsgeld aus den gezahlten Beiträgen des letzten Kalenderjahres ermittelt. Einkünfte, die der Betroffene während des Bezugs von Übergangsgeld erhält, werden auf das Übergangsgeld angerechnet. Wer arbeitslos ist, erhält unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe des zuvor gezahlten Arbeitslosengeldes beziehungsweise in Höhe der Grundsicherung. ■

### Haushaltshilfe

Lebt im Haushalt des Betroffenen ein Kind unter zwölf Jahren oder ein auf Hilfe angewiesenes Kind, das während der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation ohne häusliche Versorgung bleiben würde, so kann der Rehabilitationsträger die Kosten für eine Haushaltshilfe übernehmen.

Voraussetzungen sind, dass die Weiterführung des Haushalts aufgrund der Rehabilitationsleistung nicht möglich ist und dass der Haushalt nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden kann. Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, können unvermeidbare Kosten für die Betreuung eines beispielsweise älteren Kindes in Absprache mit dem Rehabilitationsträger bezuschusst werden.

Die Haushaltshilfe beaufsichtigt die Kinder, bereitet die Mahlzeiten zu und pflegt die Wohnräume. Haushaltsführung und Kinderbetreuung werden häufig von nahestehenden Personen und Verwandten übernom-

men. Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad können nur real anfallende Kosten, zum Beispiel Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag, bis zu einer bestimmten Höchstgrenze erstattet bekommen. Die Kosten einer Haushaltshilfe werden für die unbedingt notwendige Zeit bis maximal acht Stunden pro Tag in angemessener Höhe vom Rehabilitationsträger übernommen. Für den Einsatz von karitativen Einrichtungen gelten eigene Vergütungssätze.

Für den Antrag auf Haushaltshilfe liegen entsprechende Formulare beim Rehabilitationsträger vor. Die Antragstellung sollte möglichst noch vor Beginn der Rehabilitationsleistung erfolgen.

**Wichtig!** *Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Rehabilitationsträger auch die Unterbringung eines Kindes in oder bei der Rehabilitationseinrichtung übernehmen. Auch dies sollte frühzeitig mit dem Versicherungsträger besprochen werden.* ■



## Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen

Während des Bezuges von Übergangsgeld bleibt der Betroffene sozialversichert. Die Beiträge werden, mit Ausnahme des Beitragszuschlags für Kinderlose in der Pflegeversicherung, vom Rentenversicherungsträger übernommen. Dadurch behält der Betroffene seinen bisher bestehenden Versicherungsschutz in der

gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Auch besteht im Fall eines Unfalls auf dem Weg zur und von der Rehabilitationseinrichtung sowie während der Rehabilitation Versicherungsschutz, der vom Rehabilitationsträger gezahlt wird. ■

## Maßnahmen nach der Akutbehandlung

Noch während der stationären Akutbehandlung sollte an eine mögliche Anschlussrehabilitation (AR), früher Anschlussheilbehandlung (AHB) genannt, gedacht werden. Denn diese muss der Patient innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus antreten. Es gilt, dass bei Rehabilitationsbedarf, beispielsweise bei ausgeprägter Leistungseinschränkung nach Bestrahlung, der behandelnde Arzt über eine anschließende Rehabilitation ent-

scheidet. Der sozialärztliche und medizinische Dienst können hierbei ebenfalls Hilfestellung geben und bereits mit dem Patienten eine geeignete Klinik auswählen.

**Anmerkung:** *Inhaltlich unterscheiden sich Anschlussrehabilitation und das sogenannte (Anschluss-)Heilverfahren nicht wirklich. Welche Maßnahme gewählt wird, hängt letztlich davon ab, wer Antragsteller ist.* ■



## Anschlussrehabilitation (AR) oder Festigungskur

Man unterscheidet bei der medizinischen Rehabilitation zwischen der Anschlussrehabilitation, die die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit aufheben oder einer drohenden Erwerbsunfähigkeit vorbeugen soll, sowie onkologischen Folge- oder Nachkuren, die den Genesungsprozess fördern sollen.

Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation findet meist eine Anschlussrehabilitation statt. Diese wird in besonderen Nachsorgeeinrichtungen ambulant oder stationär erbracht. Leistungsträger sind Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendhilfe oder Sozialhilfeträger. Wer im Einzelfall zuständig ist, lässt sich bei den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation ([www.reha-sevicestellen.de](http://www.reha-sevicestellen.de)) erfragen.

**Übrigens:** Der Patient hat in jedem Fall ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Einrichtung, die allerdings für das Verfahren zugelassen sein muss, und auch bei der Frage, ob die Maßnahme ambulant oder stationär durchgeführt wird. Es kommt aber letztendlich darauf an, was objektiv medizinisch erforderlich ist.

Voraussetzungen für die Bewilligung einer Anschlussheilbehandlung sind:

- Die Anschlussrehabilitation muss „medizinisch notwendig“ sein, was in der Regel für onkologische Erkrankungen gilt.
- Sie muss unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Erstbehandlung anschließen oder in



einem engen zeitlichen Zusammenhang erfolgen. In der Regel soll die Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, im Einzelfall kann sie aus zwingenden Gründen hinausgezögert werden. Bei einer Krebserkrankung kann die Erstbehandlung die Operation sein, aber auch die Chemo-, Strah-

## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

len- oder Antikörpertherapie, insofern sie stationär erfolgt. Die Anschlussrehabilitation kann parallel zu einer ambulanten Chemotherapie begonnen werden.

- Der Patient muss rehabilitationsfähig, also ausreichend belastbar sein, um die Anschlussrehabilitation antreten zu können.

Die Anschlussrehabilitation dauert in der Regel drei Wochen. Was Betroffene aber auch Angehörige beachten sollten: Der behandelnde Arzt kann bereits im Krankenhaus für gesetzlich Krankenversicherte feststellen, ob eine Anschlussrehabilitation aus medizinischen Gründen geeignet erscheint. Inwieweit die Anspruchsvoraussetzungen im Einzelnen erfüllt sind, prüft der Sozialdienst des Krankenhauses. Das bedeutet, dass der Antrag für eine Anschlussheilbehandlung ebenfalls schon im Krankenhaus gestellt werden kann.

Das Krankenhaus leitet die Antragsunterlagen anschließend an die jeweilig geeignete Rehabilitations-einrichtung weiter und organisiert die Verlegung des Patienten dorthin. Die Rentenversicherung erhält den Antrag dann von dort übersandt. Im Idealfall kann der

Patient also sofort vom Krankenhaus in die betreffende Rehabilitationseinrichtung wechseln.

Unter den Antragsunterlagen für eine Anschlussheilbehandlung befindet sich ein Formular für eine Verdienstbescheinigung. Diese benötigt die Rentenversicherung zur Prüfung, ob während der Anschlussheilbehandlung ein Übergangsgeld gezahlt wird.

**Wichtig:** Wenn Sie erwerbstätig sind, veranlassen Sie Ihren Arbeitgeber, diese Verdienstbescheinigung schnellstmöglich auszufüllen und an die Rentenversicherung zu schicken. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass Sie während der Rehabilitation finanziell abgesichert sind.

**Wichtig:** Die Anschlussrehabilitation ist vom behandelnden Arzt bereits im Krankenhaus zu verordnen und möglichst unter Hilfe des Sozialen Dienstes vom Patienten zu beantragen. Wird der Patient nach Entlassung aus dem Krankenhaus zunächst noch ambulant bestrahlt, kann auch der niedergelassene Strahlentherapeut die Anschlussheilbehandlung beantragen.

**Übrigens:** Der Krankenversicherte hat für die stationäre Anschlussrehabilitation eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro/Tag für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. ■

## Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM)

Eine medizinische Rehabilitation kann als sogenannte Anschlussgesundheitsmaßnahme durchgeführt werden. In ihrer Art und Durchführung entspricht sie einer Anschlussrehabilitation und kommt in den Fällen in Frage, wenn der Patient nicht gesetzlich, sondern privat oder gar nicht krankenversichert ist. Möglich ist sie auch, wenn eine Anschlussrehabilitation aus medizinischen Gründen, wie beispielsweise bei Wundheilungsstörungen, erst später als sechs Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus erfolgen kann. Im Unterschied zu einer Anschlussrehabilitation muss der

Rentenversicherungsträger jedoch vorab prüfen, ob der Patient die Voraussetzungen für diese Rehabilitation erfüllt, der Arzt oder der Sozialdienst des Krankenhauses ist hierzu nicht berechtigt. Das bedeutet: Eine direkte Verlegung vom Krankenhaus in die betreffende Rehabilitationseinrichtung ist nicht möglich. Die Beantragung verläuft wie bei der Anschlussrehabilitation, wobei die Anträge von der Rentenversicherung bevorzugt bearbeitet werden, sodass eine möglichst zeitnahe Behandlung in einer Rehabilitationsklinik stattfinden kann. ■

### Ambulante Rehabilitation

Ambulante Leistungen zur onkologischen Rehabilitation sind dadurch gekennzeichnet, dass durch die Nähe zum Wohnort flexibler auf die Bedürfnisse des Rehabilitanden eingegangen werden kann. Rehabilitationskliniken und -zentren erbringen diese Leistungsart.

Bezugspersonen, behandelnde Ärzte oder Probleme am Arbeitsplatz können in das Rehabilitationskonzept einbezogen und Selbsthilfeaktivitäten vor Ort genutzt werden. An die ambulanten Leistungen sind inhaltlich und konzeptionell die gleichen qualitativen Anforderungen zu stellen wie an die Leistungen der stationären onkologischen Rehabilitation, das heißt, dass die Leistungen sich nicht voneinander unterscheiden.

Die ambulante onkologische Rehabilitation verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, wobei körperliche, psychische, soziale und berufliche Hilfen je nach individueller Bedürftigkeit gewichtet und durchgeführt werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Patienten tumorfrei sind oder ob noch Tumoraktivität vorhanden ist. Maßgebend sind die Beeinträchtigungen, die behoben werden sollen.

Am Beginn der ambulanten onkologischen Rehabilitation steht immer eine funktionsorientierte Diagnostik, auf deren Grundlage die Rehabilitationsziele, die sogenannten Effektivitätsparameter (Ergebnisqualität)

sowie die Planung und die Durchführung der Rehabilitation bestimmt werden.

Die ambulante onkologische Rehabilitation ist nötig, wenn:

- als Folge der malignen Erkrankung und/oder der Therapie Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits aufgetreten sind
- Rehabilitationsfähigkeit besteht
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Eigenheit der onkologischen Erkrankung erfordert es, die Rehabilitationsfähigkeit besonders zu berücksichtigen. Der Rehabilitand muss belastbar, motiviert und aufgrund seiner psychischen und geistigen Fähigkeiten in der Lage sein, aktiv am Rehabilitationsprozess teilzunehmen. Therapieelemente, die möglichst frühzeitig die Rehabilitationsfähigkeit herstellen, sind während der kurativen Phasen einzubeziehen. Die Ersttherapie muss jedoch abgeschlossen sein.

Die Grundsätze der ambulanten Rehabilitation sind in Rahmenempfehlungen der Kostenträger erfasst. Nähere Informationen sind unter: [http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/amb\\_reha/barkonzept.html](http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/amb_reha/barkonzept.html) nachzulesen. ■

## Stationäre Rehabilitation

### Klaus, 54 Jahre, Prostatakrebs:

Klaus war ein erfolgreicher Mitarbeiter im Außendienst eines Maschinenbau-Unternehmens, als bei einer Früherkennungsuntersuchung ein Tumor in seiner Prostata entdeckt wurde. Für Klaus ein Schock, denn er hatte keine Beschwerden verspürt. Glücklicherweise war der Krebs auf die Prostata begrenzt und hatte noch nicht in den übrigen Körper „gestreut“. So konnte er noch vollständig entfernt werden. Es folgten eine Strahlen- und eine antihormonelle Therapie. In den ersten Monaten danach litt Klaus unter Folgen der Behandlung, vor allem Inkontinenz und Impotenz. Auch die Nebenwirkungen des Hormonentzugs, etwa Hitzewallungen, waren unangenehm, ließen jedoch mit der Zeit nach. Dazu kam, dass er den Schock, den die Krebsdiagnose ausgelöst hatte, noch nicht verarbeitet hatte. Ihn quälten Ängste vor einem Rezidiv, die ihn zunehmend belasteten.

Dennoch meldete er sich in der Firma zurück, als das Krankengeld auslief. Doch die Arbeit fiel Klaus schwer. Er wechselte vom Außen- in den Innendienst. Die Kollegen unterstützten ihn zunächst, waren aber bald nicht mehr gewillt, ihm Aufgaben abzunehmen. Da er sich dem beruflichen Druck



nicht mehr gewachsen fühlte, reduzierte Klaus seine Arbeitszeit auf 30 Stunden pro Woche – die finanziellen Einbußen nahm er in Kauf. Schließlich schrieb ihn sein Hausarzt erneut krank und riet ihm, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen, die innerhalb von zwei Wochen bewilligt wurde. In der Reha-Klinik erstellte der behandelnde Arzt gemeinsam mit Klaus ein individuelles Therapieprogramm und drei Rehabilitationsziele, die er in den nächsten drei Wochen erreichen wollte: die Inkontinenz bessern, Ängste sowie psychische Belastungen abbauen und im Beruf wieder leistungsfähig sein.



## Onkologische Rehabilitation als Teil der Medizinischen Rehabilitation

---

Bei Klaus gelang die Wiedereingliederung in den Beruf zunächst nicht. Er benötigte weitere Unterstützung. Wenn die Leistungen einer ambulanten Rehabilitation nicht ausreichen, erfolgt die Rehabilitation in stationären Einrichtungen. Neben der Unterkunft und Verpflegung gehören auch die Diagnostik und eine intensive medikamentöse sowie die nicht-medikamentöse Therapie, also Sport und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und balneophysikalische Maßnahmen zur stationären Rehabilitation.

Die Kosten trägt meist die Rentenversicherung. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und

nicht von der Zuzahlung befreit sind, beteiligen sich an den Kosten mit einer Zuzahlung von 10 Euro je Kalendertag. Sie ist für längstens 42 Tage zu leisten. In bestimmten Fällen oder bei einer Anschlussrehabilitation ist die Dauer auf 28 Tage begrenzt (siehe auch Seite 35/36).

*Übrigens: Finanziert wird die stationäre Rehabilitation nur, wenn die üblichen ambulanten Maßnahmen nicht ausreichen, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Es kann auch sein, dass die ambulante Rehabilitation aus beruflichen oder sozialen Gründen nicht möglich ist. Grundsätzlich aber gilt für die medizinische Rehabilitation: ambulant vor stationär.* ■

## Ganztätig ambulante/teilstationäre Rehabilitation

Durch ganztägige ambulante oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen soll es dem betroffenen Patienten ermöglicht werden, von zu Hause aus die

Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung hierfür ist die Verfügbarkeit wohnortnaher Einrichtungen. ■

### Mobile Rehabilitation

Es kann gelegentlich vorkommen, dass die normalen Rehabilitationsleistungen nicht umgesetzt werden können und individuelle Konzepte erforderlich werden. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn neben Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen die

Krebserkrankung das Verlassen des vertrauten Umfelds unmöglich macht. Dann wird der Kostenträger (gesetzliche Krankenversicherung) mit Institutionen zusammenarbeiten, die mit mobilen Rehabilitationsleistungen zum Patienten ins Haus kommen. ■

### Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Als Vorstufe zur beruflichen Rehabilitation wird während der medizinischen Rehabilitation eine Belastungserprobung des Patienten vorgenommen. Sie soll helfen, die verbliebene Leistungsfähigkeit zu ermitteln. Untersucht wird, ob und in welchem Umfang der Patient in der Lage ist, die Anforderungen seines Arbeitsplatzes zu bewältigen. Danach richten sich die weiteren Maßnahmen, etwa der Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente oder die Wiedereingliederung

in den Beruf. Mit einer Arbeitstherapie können schwierige Arbeitsabläufe geübt und die Belastbarkeit der Betroffenen oder die Eignung für das Ausführen gewisser Tätigkeiten gefördert werden.

**Wichtig:** *Seien Sie ehrlich mit sich selbst und vertrauen Sie sich Ihrem Arzt und den Therapeuten an, wenn Sie sich überfordert fühlen. Dafür ist die Belastungserprobung da. Bei der nächsten Erprobung kann es schon viel besser aussehen.* ■

## Onkologische Nachsorge- oder Festigungskur



### Petra:

Petra war auch zu Hause konsequent, was den gesunden Lebensstil betraf. Auch ihre Ernährung stellte sie um und nahm weiter ab. Petra kehrte recht schnell an ihren Arbeitsplatz zurück und war beruflich wieder stark gefordert. Daher empfahl ihr der Hausarzt, nach einem Jahr einen erneuten Reha-Antrag zu stellen. Er

befand, eine Auszeit mit besonderem Schwerpunkt auf die berufliche Belastung würde ihr guttun. Während der Rehabilitation ein Jahr zuvor hatten die medizinischen Probleme im Vordergrund gestanden; nun ging es vor allem darum, möglichst lange beruflich leistungsfähig zu bleiben.

Petras Beispiel macht deutlich, welche Möglichkeiten Krebspatienten haben, ihren Gesundheitszustand weiter zu verbessern. Im Unterschied zur Anschlussrehabilitation muss eine onkologische Nachsorgekur nicht direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt erfolgen. Innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der ersten Behandlung (Primärbehandlung) können onkologische Nachsorgeleistungen zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes beantragt werden. Der Antrag wird beim zuständigen Kostenträger, also im Fall des Arbeitnehmers bei der Krankenkasse gestellt. Hilfe bei Fragen zur Antragstellung findet man bei den Sozialdiensten der Klinik oder bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitations-träger (im Internet unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de)).

Die Nachsorge- oder Festigungskuren im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation können ebenfalls ambulant oder stationär durchgeführt werden. Sie dauern in der Regel drei Wochen und werden, wenn aus medi-

zinischer Sicht eine Begleitperson erforderlich ist, auch für den Angehörigen des Patienten gewährt. Weitere onkologische Reha-Maßnahmen können innerhalb der folgenden zwei Jahre beantragt werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung oder damit zusammenhängende Komplikationen auftreten, etwa eine eingeschränkte Beweglichkeit oder Lymphabflussprobleme.

**Übrigens:** Bei onkologischen Erkrankungen sieht das Sozialgesetzbuch ausnahmsweise vor, dass auch eine onkologische Nachsorgekur als Anschlussrehabilitation beantragt werden kann. Damit ist die gesetzliche Krankenkasse und nicht die Deutsche Rentenversicherung der Kostenträger und es können unter Umständen spezialisierte Einrichtungen aufgesucht werden.

**Übrigens:** Für die stationäre Reha-Maßnahme ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro/Tag für längstens für 42 Tage pro Jahr zu leisten, bei einer onkologischen Nachsorgekur ist die Zuzahlung auf 14 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. ■



## Finanzielle Absicherung während der Anschlussrehabilitation (AR) und Nachsorgekur

### Holger:

Obwohl Holger sich in der Rehabilitation langsam erholte, bedrückte ihn seine berufliche und finanzielle Situation sehr. Da er erst kürzlich ein Haus gebaut hatte, plagten ihn zwischenzeitlich große Geldsorgen. Bislang hatte er mit niemandem darüber reden können, denn er wollte seine Familie nicht noch mehr belasten. Während der Rehabilitation konnte er zum ersten Mal mit einer Sozialtherapeutin über seine finanziellen Probleme sprechen. Sie empfahl ihm unter anderem die Teilnahme am MBOR-Programm (siehe Seite 51).



Finanzielle Probleme und Sorgen um die Zukunft können sehr belastend sein und den Genesungsprozess behindern, wie das Beispiel von Holger zeigt. Doch in dieser Situation werden die Betroffenen nicht allein gelassen.

Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer erhalten während der Anschlussrehabilitation im direkten Anschluss an den Krankenhausaufenthalt weiter Krankengeld. Der Krankengeldbezug endet längstens nach 78 Wochen. Dem Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter bleiben bei Beendigung der Krankengeldzahlungen folgende Möglichkeiten:

- er geht wieder einer Beschäftigung nach
- er bezieht Arbeitslosengeld I von der Agentur für Arbeit oder
- er bezieht eine Erwerbsminderungsrente von der Rentenversicherung (bei Feststellung der Erwerbsunfähigkeit) und als letzte Möglichkeit
- er bezieht Arbeitslosengeld II vom zuständigen Jobcenter.

**Übrigens:** Einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat grundsätzlich, wer arbeitslos ist, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos meldet und die Anwartschaftszeit erfüllt hat. Das heißt, dass man innerhalb der vergangenen zwei Jahre mindestens zwölf Monate

## Nachsorge

---

*ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis hatte. Wer arbeitslos ist, muss im Normalfall der Vermittlung der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen. Der Antragsteller hat, abweichend von den gesetzlichen Vorschriften, Anspruch auf Arbeitslosengeld obwohl er auf Grund seiner Erkrankung der Arbeitsagentur gar nicht zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht, wenn ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt wurde, aber noch keine Entscheidung über den Antrag auf Erwerbsminderungsrente durch die Rentenversicherung ergangen ist („Nahtlosigkeitsregelung“, § 125 SGB III).*

Während der onkologischen Nachsorgekur hat der Patient, wie zum Beispiel Holger, Anspruch auf Übergangsgeld. Das Übergangsgeld ist eine Lohnersatzleistung und beträgt 68 bis 75 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts. Gezahlt wird das Übergangsgeld im Normalfall von der Deutschen Rentenversicherung. Allerdings können auch andere „Kostenträger“ zuständig sein:

- bei einer Berufskrankheit zahlt die zuständige Berufsgenossenschaft
- bei Arbeitslosigkeit zahlt die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter

- bei Empfängern von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII ist das Sozialamt zuständig.

Das Übergangsgeld kann während der Reha oder unmittelbar im Anschluss daran, das heißt in der Regel bis zu 14 Tage danach, beantragt werden und richtet sich nach den letzten Arbeitseinkünften. Beamte, die privat krankenversichert sind, haben einen sogenannten Beihilfe-Ergänzungstarif, der für die medizinische Reha-Maßnahme und alle damit verbundenen Kosten aufkommt.

Eine Reha-Maßnahme unterbricht den Bezug von Krankengeld. Ist die Reha beendet, der Patient aber nach Begutachtung der Ärzte in der Rehaklinik weiterhin arbeitsunfähig, dann kann keine stufenweise Wiedereingliederung ins Berufsleben erfolgen. Der Patient erhält dann bis zur Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit, längstens jedoch 78 Wochen, Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung. Liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor, ist ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. ■

## Nachsorgeleistungen

Im Anschluss an eine Anschlussheilbehandlung oder an eine medizinische Rehabilitation können weitere oder ergänzende Leistungen, Maßnahmen, Interventionen und Unterstützungen erforderlich sein. Nachsorgeleistungen haben zum Ziel, den betroffenen Menschen in die Lage zu versetzen, möglichst auf Dauer selbstbestimmt an allen Aktivitäten und Lebensbereichen teilnehmen zu können. Daher ist die gemeinsame Aufgabe aller Behandler (Rehabilitationsträger, Rehabilitationseinrichtungen, Ärzte) sowie des Patienten selbst, alles dafür zu tun, die während der Rehabilitation erlernten Verhaltens- und Lebensstiländerungen in das Alltagsleben zu integrieren und fortzuentwickeln.

Für den Personenkreis mit onkologischen Erkrankungen bilden Funktionstraining und Rehabilitationssport eine wichtige Form der Nachsorge. Insbesondere das Funktionstraining ist bei Funktionseinschränkungen angezeigt. Bei entsprechender Indikation sollen diese Leistungen von dem Arzt verordnet werden, der auch die zugrundeliegende Schädigung bzw. deren Krankheitsfolgen behandelt – das ist in den meisten Fällen der behandelnde Onkologe/Hämatologe oder mit deren Absprache der Hausarzt. Ist die Rentenversicherung zuständigiger Rehabilitationsträger, kann die



Verordnung durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung erfolgen.

**Übrigens:** *Bewegung und Sport stellen für jeden Krebspatienten eine wichtige Stütze zur Erreichung einer besseren Lebensqualität dar. Jeder Betroffene sollte sich daher seine Form von Bewegung oder Sport suchen und sie ausüben.* ■

## Rehabilitation zur Rückkehr ins Berufsleben

Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA, früher: „Berufliche Rehabilitation“) umfassen alle Reha-Maßnahmen zur Förderung der Berufstätigkeit von Menschen, deren Teilhabe beeinträchtigt ist. Dazu gehören auch Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu erhalten, Bildungsmaßnahmen, Zuschüsse an den Arbeitgeber und die Übernahme von Kosten.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können bereits während oder im unmittelbaren Anschluss an die medizinische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger, der Agentur für Arbeit oder der Berufsgenossenschaft beantragt werden.

Der Betroffene bringt die beiden Voraussetzungen mit, die zur Wiedereingliederung in den Beruf gebraucht werden: Seine Genesung schreitet gut voran und er ist sehr motiviert. Bevor er in die Arbeitswelt zurückkehrt, soll er an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, um die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen.

Die berufliche Rehabilitation beruht auf den Vorgaben des Sozialgesetzbuchs und dient als Leitfaden, der an den individuellen Besonderheiten des Betroffenen ausgerichtet wird.

Berufliche Rehabilitationsleistungen im Sinne einer beruflichen Umschulung dauern grundsätzlich so lange, wie sie für das angestrebte Berufsziel allgemein üblich oder vorgesehen sind. Aus- oder Weiterbildungen, die ganztägig stattfinden, sind auf zwei Jahre begrenzt. Ist eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung in dieser Zeit nicht zu erwarten, können auch längerfristige Aus- oder Weiterbildungen durchgeführt werden. Dies hängt von der Art und Schwere der Behinderung, von deren Prognose und Entwicklung sowie von der Situation auf dem Arbeitsmarkt ab.

In den meisten Fällen werden die Leistungen von der Rentenversicherung erbracht, die ein Interesse daran hat, den Betroffenen wieder in das normale Erwerbsleben einzugliedern. Welche Leistungen und in welcher Höhe erbracht werden, ist individuell zu bestimmen und liegt im Ermessen der Rentenversicherung.

Es gibt aber auch Ausnahmen, wo der Gesetzgeber explizite Regelungen zu den Anspruchsgrundlagen und zur Höhe der Leistung getroffen hat. Das ist zum Beispiel bei der Bewilligung eines Kfz oder eines Führerscheins im Rahmen der Kraftfahrzeughilfereordnung der Fall. ■

### Die Leistungen

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigen Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit des Betroffenen. Auch die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt wird einbezogen.

Inhaltlich können die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen umfassen, wenn sie erforderlich sind, um bestimmte Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern. Durchgeführt werden die Leistungen möglichst am Wohnort oder in Wohnortnähe.

Folgende Leistungen können von der Rentenversicherung übernommen oder bezuschusst werden, um die Erhaltung des Arbeitsplatzes zu gewährleisten:

**Technische Hilfen und persönliche Hilfsmittel:** Besondere Hilfen am Arbeitsplatz, um dem Betroffenen das dauerhafte Arbeiten zu ermöglichen.

**Kraftfahrzeughilfe:** Der Kauf eines Autos, die behindertengerechte Zusatzausstattung, das Erlangen der Fahrerlaubnis und die Beförderung durch Transportdienste können bezuschusst werden, unter der Voraussetzung, dass der Betroffene darauf angewiesen ist, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen. Diese Hilfeleistung richtet sich also ausschließlich an

Personen, die im Erwerbsleben stehen bzw. wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden sollen. Nicht-erwerbstätige haben lediglich im Rahmen der Sozialhilfe Anspruch auf Leistungen, nicht über die Kraftfahrzeughilfverordnung.

**Vermittlungsunterstützende Leistungen:** Der Betroffene kann bei der Suche beziehungsweise Aufnahme einer neuen Arbeit unterstützt werden.

**Wohnungshilfen:** Wohnungshilfen nach § 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX sind finanzielle Ausgleichsleistungen für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung, die die Rentenversicherung erbringen kann, sofern sich hierfür eine berufsbezogene Notwendigkeit (Erhaltung des alten bzw. Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes) ergibt. Sie sollen Menschen mit Behinderungen ermöglichen, den Arbeitsplatz möglichst barrierefrei und selbstständig zu erreichen.

**Arbeitsassistenz:** Die Rentenversicherung gewährt eine finanzielle Unterstützung für eine Arbeitsassistenz, wenn sie für die Aufnahme einer Beschäftigung bei schwerer Behinderung des Betroffenen notwendig ist, für längstens drei Jahre. Bei längerer Notwendigkeit kann das Integrationsamt die Kosten übernehmen.

## Berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

---

**Gründungszuschuss:** Kann der Versicherte durch eine selbstständige Tätigkeit, die zu seinem Krankheitsbild passt, die Arbeitslosigkeit verhindern, so kann im Rahmen der beruflichen Rehabilitation ein Gründungszuschuss gegeben werden.

**Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM):** Ist der Arbeitsmarkt dem Betroffenen aufgrund der schweren Behinderung verschlossen, dann kann eine angemessene Tätigkeit im geschützten Bereich einer Werkstatt für behinderte Menschen unterstützt werden.

**Haushaltshilfe:** Die Kosten werden übernommen, wenn:

- wegen der Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist,
- eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und
- im Haushalt ein Kind lebt, das mit Beginn der Tätigkeit der Haushaltshilfe unter zwölf Jahren alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Liegen die Voraussetzungen nicht vor, weil das Kind zum Beispiel schon älter als zwölf Jahre ist, können unvermeidbare Kosten für die Betreuung des Kindes zumindest bezuschusst werden. Einzelheiten sind beim Rentenversicherungsträger zu erfragen.

**Fahrtkostenerstattung:** Fahrten zu einer stationären Rehabilitationsbehandlung werden von der Deutschen Rentenversicherung erstattet (§ 53 SGB IX). Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind, zum Beispiel für Fahrten zur stationären Behandlung, nicht jedoch für Fahrten zur ambulanten Behandlung. Ausnahmefälle hat der G-BA (siehe Anhang) in Richtlinien festgelegt, danach übernimmt die Krankenkasse vor allem Fahrten zur Chemo- oder Strahlentherapie bei onkologischen Behandlungen.

Schwerbehinderte bekommen die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) besitzen oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

**Übrigens:** Auch wenn Sie keinen Schwerbehindertenausweis mit den relevanten Merkzeichen haben, kann Ihre Krankenkasse bei Vorliegen einer vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen. Der behandelnde Arzt muss dies verordnen und begründen. Achtung, die Genehmigung der Krankenkasse ist unbedingt vorher einzuholen! ■

### Antragstellung

Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ können bereits während oder im unmittelbaren Anschluss an die medizinische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger, der Agentur für Arbeit oder der Berufsgenossenschaft beantragt werden. Dem Antrag sollte immer eine ärztliche Bescheinigung beigefügt werden, die neben Diagnose und Therapie alle Einschränkungen des Betroffenen in seinem alltäglichen Leben genau beschreibt.

**Wichtig!** *Wie auch bei der medizinischen Rehabilitation müssen berufliche Rehabilitationsleistungen vom Versicherten beantragt werden. Die Formulare können von der Rentenversicherung sowie den Auskunfts- und Beratungsstellen und Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation bezogen werden. Außerdem kann der Antrag auch bei den gesetzlichen Krankenkassen und kommunalen Versicherungsämtern gestellt werden. Alle genannten Stellen sind beim Ausfüllen der Formulare behilflich (siehe auch Leistungen zur Teilhabe, LTA, Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung).* ■

### Persönlicher Berater

Für alle berufs- und arbeitsrelevanten Fragen kann man den Rehabilitationsberater, der das Verfahren zur Rehabilitation begleitet und überwacht, ansprechen. Der Rehabilitationsberater ist über den Rentenversicherungsträger oder die gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation der Region zu erreichen. ■



## Kosten und finanzielle Absicherung

Der zuständige Rentenversicherungsträger trägt die Kosten für die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. Zuzahlungen müssen hier nicht geleistet werden. Erforderliche Reisekosten, die wegen einer berufsfördernden Rehabilitation entstehen, werden ebenso übernommen wie die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn der Betroffene ansonsten an der beruflichen Rehabilitation nicht teilnehmen kann und die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Diese Leistungen müssen vor Beginn der Berufsförderung beantragt werden.

Wie auch bei der medizinischen Rehabilitation besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld. Während der Leis-

tungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist der Betroffene grundsätzlich kranken-, pflege- und rentenversichert. Die Beiträge zur Sozialversicherung und zur Unfallversicherung zahlt der Rentenversicherungsträger, bei betrieblicher Aus- und Weiterbildung gegebenenfalls der Ausbildungsbetrieb. Das gilt nicht für den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung sowie den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung. In der Arbeitslosenversicherung besteht keine Versicherungspflicht, es sei denn, es handelt sich um eine betriebliche Aus- und Weiterbildung. Bei Teilnahme an einer betrieblichen Aus- und Weiterbildung ist der Unfallversicherungsschutz über den Ausbildungsbetrieb gewährleistet. ■



## Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

### Holger:

In der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bereiteten Sozialtherapeuten, Psychologen, Ergo- und Sporttherapeuten Holger auf die Rückkehr in den Beruf vor. Der Umgang mit Stress und Kollegen nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz, kognitives Training, um Konzentration und Merkfähigkeit zu verbessern, Arbeitsplatz-imitierendes Training und ergonomische Übungen standen nun auf seinem Therapieplan. Die Sozialtherapeutin versprach, mit seinem Arbeitgeber Kontakt aufzunehmen und sich nach den Möglichkeiten einer stu-

fenweisen Wiedereingliederung zu erkundigen. Dieser stimmte sofort zu, denn Holger war immer ein zuverlässiger Mitarbeiter gewesen. Während der Wiedereingliederung war er zudem formal „krankgeschrieben“, sodass für den Arbeitgeber kein finanzielles Risiko bestand. Mit dem Stationsarzt besprach Holger den Wiedereingliederungsplan. Mit vier Stunden pro Tag wollte er beginnen und dann sein Arbeitspensum langsam steigern. Nun freute er sich sogar auf den beruflichen Wiedereinstieg. Sämtliche Formalitäten wurden noch in der Klinik für ihn erledigt.

Die Rückkehr ins Arbeitsleben ist für Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter ein wichtiger Schritt zurück in ihr gewohntes Leben. Dies zeigt Holgers Beispiel. Eines der wesentlichen Ziele der Rehabilitation ist neben der Verbesserung der Lebensqualität der Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder die Rückkehr ins Erwerbsleben, wobei diese Aspekte bei Krebspatienten oft eng miteinander verknüpft sind.

Das von der Rentenversicherung geschaffene Konzept der „medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ (MBOR) richtet die medizinische Rehabilitation verstärkt an den Anforderungen der Arbeitswelt aus.

Es unterstützt Menschen mit langer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit, Patienten, die es sich nicht zutrauen, einem Arbeitsplatz gerecht zu werden (subjektiv negative berufliche Prognose) und Menschen, die aus sozialmedizinischer Sicht eine berufliche Veränderung benötigen.

Neben der Krankheit steht die berufliche Situation im Mittelpunkt der Behandlung. Durch eine Kombination von Modulen der beruflich-orientierten und der medizinischen Rehabilitation sollen die allgemeine Leistungsfähigkeit und die tatsächliche Leistung des Patienten in seinem Beruf bewertet und verbessert werden.



## Berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

---

Elemente der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation sind beispielsweise ein spezielles Arbeitsplatztraining oder auch Gruppenprogramme zum beruflichen Verhalten und Erleben, zum Beispiel zur Stressbewältigung und Konfliktlösung am Arbeitsplatz.

Die Maßnahmen sollen helfen, die Anforderungen des Arbeitsplatzes zu bewältigen. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation wird nur in ausgewählten, besonders spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbracht. ■

## Nachsorge

Die gemeinsame Aufgabe von Rehabilitationsträgern, Rehabilitationseinrichtungen, Ärzten und dem Patienten ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, die während der Rehabilitation erlernten Verhaltensmuster in das Alltagsleben einzufügen und dort weiterzuentwickeln, um möglichst dauerhaft selbstbestimmt an Aktivitäten aller Lebensbereiche teilnehmen zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, können im Anschluss an eine Anschlussrehabilitation oder an eine medizinische Rehabilitation Nachsorgeleistungen, das heißt ergänzende Leistungen, Maßnahmen, Interventionen und Unterstützungen, erforderlich sein.

Für den Menschen mit onkologischen Erkrankungen ist Rehabilitationssport oder Funktionssport als so-

genannte ergänzende Leistung zur Rehabilitation, § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX, die häufigste Form der Nachsorge. Er wird bei entsprechendem Bedarf zunächst für die Dauer von sechs Monaten verordnet.

Ist die Rentenversicherung zuständiger Rehabilitationsträger, erfolgt die Verordnung in der Regel durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung.

Bei entsprechender Indikation können die Leistungen im ambulanten Bereich auch von den behandelnden Ärzten verordnet werden, unabhängig von einer ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme (siehe auch Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining). ■

## Nachsorge-Programm IRENA

### Petra:

Petra fürchtete, dass sie das Erlernte zu Hause nicht konsequent fortsetzen würde, wenn sie wieder beruflich tätig wäre. Bereits in der Reha besprach sie mit ihrem Therapeuten mögliche „Umsetzungshindernisse“ zu Hause und entwickelte Handlungsstrategien dagegen. Zusätzlich empfahl er ihr, am ambulanten Stabilisierungs-Programm (ASP) teilzunehmen. Es baut auf den Kenntnissen auf, die der Patient während seiner Reha erworben hat. Durch die wohnortnahe, ambulante Nachsorge soll das Erreichte stabilisiert und die Genesung gefördert werden. So wird die allgemeine Leistungsfähigkeit verbessert und die in der Reha begonnene Veränderung hin zu einem gesunden Lebensstil gefestigt.



Die IRENA ist ein Nachsorge-Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) für ihre Versicherten, die noch im Arbeitsleben stehen. Es kann im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom Ärzteteam der Rehabilitationseinrichtung empfohlen werden.

Die IRENA wird in der Regel in wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen als Gruppentherapie angeboten. Medizinisch sinnvoll ist es, das Programm möglichst bald nach Abschluss der Rehabilitation zu starten. Der

Versicherte sollte sich daher bei der empfohlenen Rehabilitationseinrichtung umgehend melden und mit der IRENA beginnen.

Der Inhalt und der zeitliche Rahmen, in der die IRENA durchgeführt werden kann, werden ebenfalls durch das Ärzteteam der Rehabilitationseinrichtung empfohlen. Die Maßnahme wird berufsbegleitend (zum Beispiel in den Abendstunden) absolviert. Die Termine vereinbart der Versicherte individuell mit der Rehabilitationseinrichtung. Eine Zuzahlung fällt nicht an.

## Berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

---

Reisekosten werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund in Form eines Fahrkostenzuschusses in Höhe von fünf Euro täglich erstattet. Der Betrag wird bereits in der Nachsorgeeinrichtung an den Versicherten gezahlt. Ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht nicht.

Das Ambulante Stabilisierungs-Programm (ASP), das zukünftig in das IRENA-Programm der gesamten DRV eingegliedert wird, ist ein Angebot der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg für ihre Versicherten, die berufstätig sind. Es stabilisiert und festigt den durch eine ambulante oder stationäre Reha-Maßnahme erreichten Behandlungserfolg mit weiterführenden therapeutischen Maßnahmen. Voraussetzungen für die Teilnahme sind:

- ein regulär abgeschlossenes ambulantes oder stationäres Reha-Verfahren
- wenn Reha-Sport nicht ausreicht, um den Reha-Erfolg weiter zu verbessern
- ein Leistungsvermögen von mindestens drei Stunden am Tag
- eine von der Deutschen Rentenversicherung zugelassene Nachsorgeeinrichtung muss wohnortsnah zu erreichen sein (in der Regel eine Anfahrt von maximal 45 Minuten).

Das ASP sollte innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme angetreten werden und muss spätestens zwölf Monate nach der Grundleistung abgeschlossen sein. ■

## Umdeutung des Antrags auf Rehabilitation in einen Antrag auf Rente

Ist der Versicherte nach ärztlichem Gutachten nicht erwerbsfähig, so kann er einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen. Dabei hat die Krankenkasse während des Krankengeldbezugs ein Interesse und sogar einen Anspruch darauf, dass der Sachverhalt schnell geklärt wird. Versicherte, die schon längere Zeit arbeitsunfähig sind, müssen damit rechnen, dass die Krankenkasse sie auffordert, einen Antrag zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.

Nach § 51 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Nr. V (SGB V) kann die Krankenkasse Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Wird der Antrag innerhalb der Frist nicht gestellt, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist!

Ob die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann nur ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung feststellen. Das Gutachten muss inhaltlich bestimmten Anforderungen genügen. Dazu gehören Aussagen zur Belastbarkeit, zu Leistungs- und Funktionseinschränkungen des Versicherten und ob eine Aussicht

besteht, dass durch eine Rehabilitationsmaßnahme die Erwerbsfähigkeit oder die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann.



## Berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

---

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung sind Versicherte nach der Aufforderung in ihrem Dispositionsrecht massiv eingeschränkt. Das bedeutet, dass sie ohne Zustimmung der Krankenkasse den bereits gestellten Antrag nicht wieder zurücknehmen können. Ebenso können sie einem eventuell durch den Rentenversicherungsträger umgedeuteten Reha-Antrag in einen Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente nicht widersprechen.

Der Antrag auf Rehabilitation wird zuständigkeitshalber an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet. Dieser prüft die Voraussetzungen für eine Rehabilitations- oder Umschulungsmaßnahme oder er kommt zu dem Ergebnis, dass dies wegen des Gesundheitszustandes nicht mehr sinnvoll ist und wandelt den Antrag gleich in einen Rentenantrag wegen Eintritt der Erwerbsunfähigkeit um.

Bei der Ausübung des Ermessens muss die Krankenkasse alle Umstände des Einzelfalls sorgfältig abwägen und die Belange des Versicherten beachten. Überwiegt das Interesse des Versicherten gegenüber den Gründen der Krankenkasse ist von einer Aufforderung zum Reha-Antrag abzusehen. Die Rechtsprechung hat in der Vergangenheit aufgezeigt, dass das Dispositi-

onsrecht dann nicht eingeschränkt werden darf, wenn der Versicherte durch die Umdeutung in einen Rentenantrag erhebliche Nachteile hat.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 7. Dezember 2004, Az. B 1 KR 6/03 R, Beispiele benannt, wann das berechnete Interesse des Versicherten gegenüber dem der Krankenkasse überwiegt und somit eine Aufforderung zum Reha-Antrag oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgen darf. Es geht dabei um folgende Gründe:

- Ein mögliches Rentenverfahren würde zum Verlust des Arbeitsplatzes führen.
- Der Betriebsrentenanspruch würde durch den vorzeitigen Rentenbeginn verfallen.
- Die notwendige Vorversicherungszeit für eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner wird nicht erfüllt.
- Betriebliche oder tarifrechtliche Zahlungen würden entfallen.

Verletzt die Kasse ihre Beratungspflicht, ist die Aufforderung rechtswidrig und es muss der Zustand so wiederhergestellt werden, als wäre die Beratungspflichtverletzung nicht erfolgt. ■

## Persönliches Budget

Grundsätzlich werden im Bereich der Rehabilitation Sachleistungen erbracht. Geldleistungen sind eher die Ausnahme. Das „Persönliche Budget“ ist eine besondere Form und soll dem chronisch kranken oder behinderten Menschen mehr Selbstbestimmung ermöglichen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, so können Betroffene ihre Leistungen für die medizinische und berufliche Rehabilitation selbst organisieren und beschaffen. Hier ist also Eigeninitiative gefragt. An der Zahlung des Persönlichen Budgets können sich verschiedene Leistungsträger wie die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, die Agenturen für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Kriegsofopferfürsorge, die Jugend- und Sozialhilfeträger und die Integrationsämter beteiligen. Man spricht dann von einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget, bei dem zur Vereinfachung ein Leistungsträger der koordinierende Ansprechpartner ist.

Das Persönliche Budget kann unter anderem beantragt werden für (siehe auch Seite 23 und 47):

- Erstattung der Beschaffungskosten eines behindertengerechten Autos oder Zusatzausstattung und Fahrerlaubnis
- Beförderungskostenzuschuss im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Arbeitsassistenz
- Wohnungshilfe
- Rehabilitationssport und Funktionstraining

- Reisekosten

- Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

Die benötigten Leistungen werden direkt bei einem Leistungsträger oder einer Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation in der Nähe des Patienten beantragt. Besteht ein Anspruch, legt der Leistungsträger mit dem Betroffenen zusammen die Höhe des Geldbetrages fest, der zur Deckung des individuellen Bedarfs erforderlich ist. Anschließend wird eine sogenannte Zielvereinbarung geschlossen. Sie ist vergleichbar mit einem Vertrag. Die Zielvereinbarung ist individuell auf den Bedarf des Patienten zugeschnitten und enthält neben den persönlichen Angaben und den beteiligten Leistungsträgern auch die Ziele, die mit dem Budget erreicht werden sollen.

In regelmäßigen Abständen muss der Betroffene belegen, wie er die Budgetmittel eingesetzt hat. Damit kann der Leistungsträger feststellen, ob mit dem Persönlichen Budget das angestrebte Ziel erreicht werden konnte. Werden für die benötigten Hilfeleistungen Personen eingestellt, nimmt der Patient die Aufgaben eines Arbeitgebers wahr. Neben den damit verbundenen Rechten kommen auch gewisse Pflichten auf ihn zu, zum Beispiel die Anmeldung dieser Personen beim Finanzamt und bei den Sozialversicherungsträgern.

Bei Fragen zum Persönlichen Budget bietet die Deutsche Rentenversicherung kostenfrei eine umfassende Beratung an. ■

## Beratungs- und Servicestellen



Im Bereich der beruflichen Rehabilitation kommen viele verschiedene Leistungen in Frage. Um die bestmöglichen und notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben passgenau ermitteln zu können, helfen die Rehabilitations-Beratungsdienste der Deutschen Rentenversicherung weiter. Sie sind Ansprechpartner in allen Fragen der Rehabilitation und begleiten bei Bedarf bei der Einleitung und Durchführung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und koordinieren die Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern.

Für Landkreise und kreisfreie Städte sind von den Rehabilitationsträgern „Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation“ eingerichtet worden. Sie klären Anliegen, nehmen Anträge auf und ermitteln den zuständigen Träger. Bei Bedarf stellen sie den weiteren Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger her. Auch während eines laufenden Rehabilitations-Verfahrens können sich Ratsuchende an diese Servicestellen wenden. Ein Verzeichnis der im gesamten Bundesgebiet eingerichteten Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation gliedert sich nach Postleitzahlen oder Orten und ist im Internet unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de) abrufbar. ■



## Rehabilitationseinrichtungen

Deutschlandweit verfügen die Rentenversicherungsträger über insgesamt 93 eigene Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Rehabilitation. Zudem haben sie mit hunderten Einrichtungen und Kliniken Belegungsverträge geschlossen. Berufliche Rehabilitationen werden größtenteils in außerbetrieblichen

Bildungseinrichtungen, den Berufsförderungswerken, durchgeführt, berufsbezogene Praktika in wohnortnahen Betrieben. Wer sich über die Einrichtungen informieren möchte, kann sich an Tel. 0800 1000 4800, das kostenlose Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung, wenden. ■

# Befreiung von Zuzahlung

Je nach finanzieller Situation kann sich ein Patient von der Zuzahlung bei stationären Aufenthalten befreien lassen. Die persönliche Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen und gilt für den gesamten Familienhaushalt bei Ehepaaren, unabhängig davon ob eine Familienversicherung besteht oder die Person selbst versichert ist. Es zählen auch die Einnahmen familienversicherter Kinder. Nicht verheiratete Paare werden getrennt berücksichtigt. Die persönliche Belastungsgrenze wird jedes Jahr neu ermittelt.

Für chronisch Kranke gilt eine Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen des Lebensunterhaltes. Dafür wird jedes Jahr eine neue Bescheinigung vom Arzt benötigt. Als chronisch krank können sich auch Patienten einstufen lassen, wenn eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die eine Verschlimmerung der Krankheit zu erwarten wäre.

Dazu gehören Arzneimitteltherapien oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Darüber hinaus muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3
- ein Grad der Behinderung von mindestens 60

- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 aufgrund der Erkrankung.

Eine Anerkennung als chronisch kranker Mensch muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Patienten, die in einem Behandlungsprogramm für chronisch Erkrankte eingeschrieben sind, benötigen keine Bescheinigung.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden Freibeträge für Angehörige – in der Regel der Ehepartner – von den Gesamtbruttoeinnahmen abgezogen. Kinder werden, unabhängig davon wie sie versichert sind, generell bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, als Angehörige berücksichtigt. Darüber hinaus werden sie weiter berücksichtigt, sofern sie familienversichert sind.

Vom Familienbruttoeinkommen sind die Freibeträge für jeden Familienangehörigen abzuziehen. Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15 Prozent der jährlichen Bruttoeinkünfte angerechnet. Für das Jahr 2016 gelten folgende Freibeträge:

- für Ehe- oder Lebenspartner: 5.229 Euro
- für jedes Kind: 7.008 Euro. ■

## Sonderfall Privatversichert

Privatversicherte sind in der Regel durch ihren Versicherungsvertrag mit der privaten Krankenversicherung abgesichert. Hierbei handelt es sich um einen zivilrechtlichen Vertrag. Es gelten nicht die sozialrechtlichen Bestimmungen, sondern die Musterbedingungen der Krankenversicherungen (MB/KK 2009) und die entsprechenden Tarifbedingungen des einzelnen Anbieters in Verbindung mit dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Oft haben Privatversicherte eine Krankentagegeldversicherung, aus der ihnen im Krankheitsfall ein vereinbarter täglicher Betrag als Einkommensersatz gezahlt

wird. Während der stufenweisen Wiedereingliederung erhalten sie Übergangsgeld. Die genaue Höhe der von der privaten Krankenversicherung zu beanspruchenden Zahlungen richtet sich nach den jeweiligen Tarifbedingungen des Versicherungsvertrages, die durchaus unterschiedlich sind. Nur im sogenannten Basistarif, der an die gesetzliche Krankenversicherung des Sozialgesetzbuchs (SGB V) angelehnt ist, sind die Leistungen identisch.

**Wichtig!** Bei Privatversicherungen sind Rehabilitationsleistungen nur bei ausdrücklicher Vereinbarung im Versicherungsvertrag enthalten. ■

# Antragstellung

Oftmals ist dem Betroffenen nicht klar, ob die Berufsgenossenschaften, der Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit zur Entscheidung

und Finanzierung der Maßnahme der richtige Träger ist. Schwerbehinderte Menschen können den Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen zudem bei den Integrationsämtern (siehe Anhang) stellen.

Wird ein Antrag dann doch bei einem nicht zuständigen Träger gestellt, so ist dieser verpflichtet, die Zuständigkeit innerhalb bestimmter Fristen zu klären und den Antrag des Patienten an den zuständigen Träger weiterzuleiten (§ 14 SGB IX). Dieser darf den Antrag nicht mehr weiterleiten, sondern muss über den Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen entscheiden. Folgende Fristen gelten:

- Innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages muss der Rehabilitationsträger feststellen, ob er zuständig ist. Ist dies nicht der Fall, leitet er den Antrag unverzüglich dem zuständigen Rehabilitationsträger zu.
- Innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang muss der zuständige Rehabilitationsträger dem Antragsteller seine Entscheidung mitteilen.

Ist ein sozialmedizinisches Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei



Wochen nachdem er den Auftrag dazu erhalten hat (§ 14 SGB IX).

Nach Fristablauf hat der „erstangegangene Träger“ die Leistungen zu übernehmen, auch wenn er letztlich nicht zuständig ist. Dieser kann sich gegebenenfalls vom zuständigen Träger die Leistungen zurückholen, muss aber an den Antragsteller zahlen.

**Wichtig!** *Der Antrag auf Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss immer vom Versicherten selbst gestellt werden. Der Befundbericht des behandelnden Arztes sollte beiliegen.*

Der Antragsteller hat eine sozialrechtliche Mitwirkungspflicht. Das heißt, er muss alle Unterlagen offenlegen, die für die Prüfung des Antrages notwendig sind. Die zuständige Stelle bewilligt den Antrag oder lehnt ihn ab. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass die Ablehnung zu Unrecht erfolgt ist und es sinnvoll erscheint, Widerspruch einzulegen.

Für den Fall, dass im Antrags- und Widerspruchsverfahren nach sechs Monaten kein Bescheid vorliegt, kann eine Untätigkeitsklage in Betracht gezogen werden. ■

## Welche Rechte und Pflichten gelten für Kostenträger und Antragsteller?

Die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen zur „Teilhabe am Arbeitsleben“ liegt im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Allerdings sind bei der Ermessensentscheidung das Wunsch- und Wahlrecht des Antragstellers sowie das Selbstbestimmungsrecht,

Gebote der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, Wertungen des Gesetzgebers, berufliche Neigungen, Benachteiligungsverbote und eventuell weitere Vorgaben des Rehabilitationsträgers zu beachten. ■

# Wie ist mit der Ablehnung der Rehabilitationsmaßnahmen umzugehen?

Wenn eine beantragte Rehabilitationsmaßnahme von der zuständigen Behörde abgelehnt wird, kann dagegen binnen eines Monats nach Zustellung des Ablehnungsbescheids Widerspruch eingelegt werden.

Der Widerspruch muss nicht zwingend begründet werden, denn die Behörden sind verpflichtet, eine Überprüfung ihrer Entscheidung von Amts wegen vorzunehmen (sogenannter Amtsermittlungsgrundsatz). Es ist jedoch sinnvoll, den Widerspruch zu begründen, um die Erfolgchancen zu erhöhen.

Hierzu sollte unbedingt vorher „Akteneinsicht“ beantragt werden. Dies kann der Betroffene entweder selbst tun oder von einem Rechtsanwalt wahrnehmen lassen. Die komplette Originalakte wird nur an einen Rechtsanwalt herausgegeben. Der Versicherte kann aber beantragen, ihm die Befunde, ein eventuell zuvor eingeholtes Gutachten und/oder die Stellungnahme des medizinischen Dienstes in Kopie gegen

Übernahme der Kopiekosten zu übersenden. Ohne Kenntnis des Akteninhalts ist es fast unmöglich den Widerspruch gut zu begründen. Hat der Widerspruch dennoch keinen Erfolg, bestätigt die Behörde ihre ablehnende Entscheidung durch einen „Widerspruchsbescheid“.

Hiergegen kann binnen eines Monats nach Zustellung Klage beim zuständigen Sozialgericht erhoben werden. Vor den Sozialgerichten besteht kein Anwaltszwang, doch kann es ratsam sein, einen Anwalt, am besten einen Fachanwalt für Sozialrecht, einzuschalten. Für das behördliche und gerichtliche Verfahren fallen keine Verfahrens- und Gerichtskosten an. Der Rechtsanwalt erhebt allerdings gesetzliche Gebühren nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG).

**Wichtig!** Der Widerspruch muss von dem Patienten selbst oder dessen Vertreter (etwa dem Rechtsanwalt) fristgerecht eingelegt werden. ■

## Was steht dem Versicherten zu?

Im Antrags- und Widerspruchsverfahren wird der Sachbearbeiter zunächst prüfen, inwieweit durch die eingereichten Unterlagen bereits die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme nachgewiesen sind. Um den medizinischen Sachverhalt zu klären, schaltet er den beratungsärztlichen Dienst ein, der den gesundheitlichen Zustand, die Leistungseinschränkungen oder die dauerhaften Funktionseinbußen des Antragstellers/Widerspruchsführers beurteilt. Benötigt der Rehabilitationsträger für die Feststellung des Teilhabebedarfs ein Gutachten, hat er unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen zu benennen (Abs. 5 Satz 2). Dies kann auch ein Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen oder ein Arzt des Sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung sein. Entscheidend ist, dass der Sachverständige aufgrund seiner beruflich-fachlichen Ausrichtung geeignet ist, die Begutachtung in der gebotenen Intensität

und Qualität durchzuführen und das Gutachten erstellen kann. Wichtig ist für den Patienten, dass er ein Wahlrecht bezüglich der Auswahl des Gutachters hat. Er kann also einen Gutachter vorschlagen, den der Rehabilitationsträger dann beauftragen muss (§ 14 Abs. 5 SGB IX).

Der Patient hat spätestens im Widerspruchsverfahren und im gesamten Klageverfahren vor den Sozialgerichten das Recht, seine Akten einzusehen. Das bedeutet für den nicht anwaltlich vertretenen Patienten, dass er unbedingt Kopien aus der Behördenakte einschließlich möglicherweise bereits vorliegender medizinischer Gutachten und interner ärztlicher Stellungnahmen anfordern sollte. Bei privat Versicherten kann diese Herausgabe der medizinischen Stellungnahmen und Gutachten nur an den Arzt oder einen Rechtsanwalt erfolgen. ■

# Typische Fehlerquellen in medizinischen Gutachten

Es gibt eine Reihe typischer Fehlerquellen in medizinischen Gutachten, auf die der Patient achten sollte:

- Die fachliche Qualifikation des von der Behörde ausgewählten Gutachters passt nicht zum Fall: Nicht jeder Arzt ist für alle Bereiche seines Fachs per se als Sachverständiger geeignet.
- Das Gutachten wurde nicht von dem Gutachter selbst, sondern von dessen Assistenzpersonal erstellt, und diese Personen verfügen nicht über das erforderliche fundierte Fachwissen.
- Der Gutachter hat sich nicht an seinen Gutachtenauftrag gehalten. Zum Beispiel wird im Schwerbehindertenrecht manchmal ein „Ermessensspielraum“ angenommen, obwohl es sich bezüglich der Bemessung des Grads der Behinderung um eine „gebundene“, also voll nachprüfbare Behördenentscheidung handelt. Oder es werden die für unterschiedliche Rechtsgebiete geltenden Voraussetzungen miteinander verwechselt. So wird etwa die Minderung der Erwerbsfähigkeit im Unfallversicherungsrecht (SGB VII) irrtümlich nach den medizinischen Maßstäben des Versorgungsrechts und des sozialen Entschädigungsrechts beurteilt. Dies ist ein Gutachterfehler.

Es kann zudem vorkommen, dass Definitionen, die von der Rechtsprechung entwickelt wurden, dem

medizinischen Gutachter nicht bekannt sind oder falsch interpretiert werden.

- Der Gutachter nimmt nicht-einschlägige oder nicht mehr geltende Richtlinien oder Normen als Grundlage seines Gutachtens an, beispielsweise die nicht mehr geltenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) anstatt der seit 2009 geltenden „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedVO).
- Der Gutachter lässt eine unzulässige subjektive Wertung einfließen – im Sinne einer „Sozialpolitik im Kleinen“.
- Die Frist von zwei Wochen zum Erstellen des Gutachtens wird nicht eingehalten.

**Wichtig!** Wer einen Rechtsanwalt einschalten möchte, aber nicht über die finanziellen Mittel dazu verfügt, kann einen Antrag auf Beratungs- und Prozesskostenhilfe stellen. Die entsprechenden Formulare müssen zusammen mit den Einkommens- und Vermögensnachweisen beim Gericht zur Entscheidung eingereicht werden. Die Staatskasse trägt dann die Kosten der vorgerichtlichen Beratung durch einen Rechtsanwalt und die Kosten des Rechtsstreits im Sozialgerichtsverfahren (vor allem die Anwaltskosten, da das Verfahren an sich gerichtskostenfrei ist). Wenden Sie sich hierzu an einen Rechtsanwalt, am besten Fachanwalt für Sozialrecht, oder Ihr Amtsgericht in der Nähe Ihres Wohnortes. ■



## Wer hilft im Antragsdschungel?

Reha-Maßnahmen werden nach entsprechender Antragsstellung gewährt. Allerdings kann es schwierig sein, den im individuellen Fall zuständigen Leistungsträger und die richtige Maßnahme auszumachen. Hilfe findet man in dieser Situation bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger oder bei den Sozialdiensten der Klinik. Diese haben die Aufgabe, die Betroffenen zu beraten und die Unterlagen so umfassend vorzubereiten, dass der jeweilige Reha-Träger unverzüglich über den Antrag entscheiden kann. Die behandelnden Ärzte sowie Selbsthilfegruppen und Patientenverbände können bei Fragen zur Rehabilitation ebenfalls um Rat gefragt werden. Der Antragsteller darf sich selbstverständlich auch direkt an einen Rehabilitationsträger wenden. Ist dieser nicht zuständig, muss er den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten.

**Übrigens:** Auch im Bereich der Rehabilitation gibt es unter bestimmten Umständen die Möglichkeit, Leistungen selbst zu beschaffen und sich die Kosten vom Rehabilitationsträger erstatten zu lassen. Wegen des Kostenrisikos sollte man sich zuvor umfassend beraten und eine schriftliche Kostenzusage geben lassen. ■



# Die Kinderheilbehandlung

Kinder können ebenfalls an Krebs erkranken. Damit die Krankheiten nicht zu schweren Folgen führen, unter denen die Betroffenen ihr Leben lang leiden, müssen sie rechtzeitig und angemessen behandelt werden. Eine frühzeitige Rehabilitation kann die spätere Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit sichern.

Bei der Kinderheilbehandlung handelt es sich um eine Rehabilitationsleistung, in deren Mittelpunkt die Bedürfnisse des chronisch kranken Kindes stehen. Sie darf daher nicht mit einer Mutter/Vater-Kind-Kur verwechselt werden, für deren Finanzierung die gesetzlichen Krankenkassen zuständig sind. In der Regel dauert die Rehabilitation vier Wochen. Wenn es medizinisch notwendig erscheint, kann sie auch verlängert werden. Verpflegung und Unterkunft des Kindes, die Übernahme der Reisekosten und auch Nebenkosten, die beispielsweise für eine Begleitperson entstehen können, sind in den Leistungen inbegriffen. Schulkinder erhalten Stützunterricht in allen Hauptfächern, damit sie möglichst wenig Unterrichtsstoff versäumen. Für eine Kinderrehabilitation müssen bestimmte medizinische Gründe (persönliche Voraussetzungen) vorliegen. Außerdem müssen die Eltern die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Die Bewilligung einer Kinderrehabilitation durch die

Rentenversicherung setzt voraus, dass die beeinträchtigte Gesundheit des Kindes voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Das Kind muss eine Krankheit haben, die eine spätere Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen könnte.

Als Kinder gelten in diesem Zusammenhang die Kinder des Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Diese Regelung gilt auch für Stiefkinder, Pflegekinder, Enkel oder Geschwister, die im Haushalt des Versicherten betreut werden.

Befindet sich ein Kind in der Ausbildung oder leistet ein freiwilliges soziales bzw. ein ökologisches Jahr ab, kann sich die Altersgrenze entsprechend bis maximal zur Vollendung des 27. Lebensjahres erhöhen. Bei Kindern, die aufgrund einer Behinderung nicht selbst für Ihren Unterhalt sorgen können, entfällt die Altersgrenze.

**Wichtig:** Berufstätige Eltern, die ein Kind aufgrund von Krankheiten pflegen müssen, können unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse an bis zu zehn Tagen im Jahr Kinderpflegekrankengeld erhalten, Alleinerziehende sogar an bis zu 20 Tagen je Kind. Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. ■

## Inhalte der Rehabilitation für Kinder

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche müssen alle vorhandenen Fähigkeiten ihrer gesundheitlichen Situation anpassen. Die Kinderrehabilitation konzentriert sich daher nicht nur auf die rein medizinischen Bereiche, sondern verfolgt das Ziel, Kindern und Jugendlichen mit chronischen und häufig auch psychischen Krankheiten Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltags, bei der Integration in ihr normales Umfeld und beim Einstieg in das Berufsleben zu geben. Deshalb sind meist verschiedene Beratungs- und Schulungsansätze Bestandteile des Rehabilitationsprogrammes. Kinder mit Allergien lernen zum Beispiel, Risikofaktoren zu meiden.

Die Rehabilitation von Kindern findet immer als stationäre Maßnahme statt. Dadurch sollen Kinder unter anderem lernen, sich in eine Gruppe mit anderen ebenfalls chronisch kranken Kindern einzugliedern.



Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Wiedererlernen alltäglicher Dinge und Strategien, die für die jeweilige Erkrankung benötigt werden. ■

## Kostenträger und Zuzahlungen

Eine Kinderheilbehandlung kann generell alle vier Jahre beantragt werden, bei medizinischer Notwendigkeit auch früher. Der Kostenträger der Rehabilitation ist in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung. Falls die Eltern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen, können sie den Antrag auf

eine Kinderrehabilitation auch bei ihrer Krankenkasse stellen. Leiden die Kinder an psychischen Erkrankungen oder Verhaltensstörungen, können die Träger der Jugendhilfe (Jugendämter) in Frage kommen. Eine Zuzahlung ist bei einer Kinderheilbehandlung nicht zu leisten. ■

### Worauf bei der Antragstellung zu achten ist

Eine Kinderrehabilitation wird prinzipiell genauso beantragt wie eine medizinische Rehabilitation für Erwachsene. Wenn der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme bestätigt, wird der Antrag beim jeweils zuständigen Kostenträger gestellt.

Bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden auch die Reisekosten für einen Reisebegleiter übernommen. Im Befundbericht muss die Notwendigkeit angegeben werden, dass die Mutter oder der Vater als Begleitperson mitreist. Soll zudem ein gesundes Geschwisterkind als Begleitkind mit aufgenommen werden, müssen die Eltern dies extra beantragen.

Die sozialmedizinische Nachsorge gehört zu den sonstigen nachstationären Leistungen zur Rehabilitation und wird von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Sie ist für chronisch und schwerkranke Kinder und Jugendliche, insbesondere für sozial hochbelastete Kinder und Familien gedacht. Anspruchsberechtigt sind Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr und in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sie beginnt innerhalb von sechs Wochen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder an einen stationären Aufenthalt in einer Rehabilitations-Klinik. Die sozialmedizinische Nachsorge umfasst in der Regel 20 Nachsorgeeinheiten. ■



### Liebe Leserin, lieber Leser,

diese Broschüre gibt Ihnen Informationen, wie Sie sich im eintretenden Fall einer Rehabedürftigkeit im Sozialsystem zurechtfinden, aber auch als Patient bzw. Betroffener Ihre Rechte nachlesen können.

Sollte sich Ihre individuelle Situation jedoch nicht verbessern oder Sie eine persönliche Beratung als hilfreich erwägen, so können Sie sich unter anderem in

einer Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region beraten lassen. In den Krebsberatungsstellen unterstützen Sie Fachkräfte und zeigen Ihnen Wege, besser mit der belastenden Situation umzugehen.

Die kostenlose und vertrauliche Beratung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Fragen der Ratsuchenden.

### Ihre Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region:



Menschen, die von Krebs betroffen sind, erfahren die Krankheit oft als tiefen Eingriff in viele Bereiche ihres Lebens. Mit dem Arzt sprechen sie über medizinische Behandlungsschritte, doch häufig bleiben darüber hinaus noch viele Frage offen. Wir helfen Menschen mit Krebs und deren Angehörigen, mit der Krankheit zu leben – vertraulich und kostenfrei.

**BERATUNGSTELEFON: 089/548840-0**

Bayerische Krebsgesellschaft e.V.  
Nymphenburger Straße 21a, 80335 München  
Tel.: 089/548840-45, Fax: 089/548840-40  
[info@bayerische-krebsgesellschaft.de](mailto:info@bayerische-krebsgesellschaft.de)  
[www.bayerische-krebsgesellschaft.de](http://www.bayerische-krebsgesellschaft.de)



Eine Krebserkrankung löst Ängste und Fragen aus. Entsprechend groß ist das Bedürfnis nach Information und qualifizierter Beratung. Die Krebsgesellschaft NRW ist seit vielen Jahren Ansprechpartner für Fragen rund um Krebserkrankungen.

Die NRW-Beratung befasst sich mit lebenspraktischen, psychischen, körperlichen, sozialen, ethischen und wirtschaftlichen Problemen, die durch eine Krebserkrankung verursacht werden können. Die Beratung ist kostenfrei und strikt vertraulich.

**Psychosoziale Erstberatung bei Krebs für Nordrhein-Westfalen**

**BERATUNGSTELEFON: 0211/30201757**

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.  
Volmerswerther Straße 20  
40221 Düsseldorf  
[beratung@krebsgesellschaft-nrw.de](mailto:beratung@krebsgesellschaft-nrw.de)  
[www.krebsgesellschaft-nrw.de](http://www.krebsgesellschaft-nrw.de)



**Wir nehmen uns Zeit für Sie!** Mit unseren Beratungsangeboten unterstützen wir Sie individuell und begleiten Sie in den verschiedenen Phasen der Erkrankung. Wir helfen Ihnen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme und Krisen sowie dabei, familiäre und soziale, partnerschaftliche und berufliche Aspekte für sich zu klären.

Unsere Beraterinnen sind psychoonkologisch ausgebildet und können auf ein Netz kompetenter Ansprech-

partner in Sachsen-Anhalt zurückgreifen. Die Gespräche sind kostenfrei und vertraulich!

**BERATUNGSTELEFON: 0345/478811-0**

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V.  
Paracelsusstraße 23, 06114 Halle (Saale)  
Fax: 0345/478811-2  
[info@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de](mailto:info@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de)  
[www.sakg.de](http://www.sakg.de)



Menschen mit Krebs und ihren Angehörigen zu helfen, mit den Ängsten, die eine Krebserkrankung auslöst, umzugehen, Lebensmut zu geben und Perspektiven für die weitere Zukunft aufzuzeigen – das ist unser wesentliches Anliegen. Wir machen das in enger und vertrauensvoller Abstimmung mit den über 200 Selbsthilfegruppen nach Krebs in Baden-Württemberg. Zur Verbesserung der psychosozialen Beratungssituation für Krebskranke und Angehörige sind wir derzeit dabei, die Finanzierung der bereits bestehenden Krebsberatungsstellen in Stuttgart, Freiburg, Karlsruhe, Tübingen und Mutlangen zu sichern und weitere Beratungsstellen aufzubauen. Wir und die Krebsberatungsstellen sichern den Ratsuchenden schnelle, vertrauliche und kostenlose Unterstützung zu. Dabei kann es sich beispielsweise um sozialrechtliche Fragen, um die Auseinandersetzung mit der Diagnose und um die Bewältigung von Krisen oder Überlastungssituationen in Familie oder Beruf handeln. Sie entscheiden, ob dies persönlich, schriftlich oder telefonisch erfolgt. Im Einzelfall sind sogar Hausbesuche möglich.

### **BERATUNGSTELEFON: 0711/84810770**

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.  
Adalbert-Stifter-Str. 105, 70437 Stuttgart  
Tel.: 0711/84810771  
[info@krebsverband-bw.de](mailto:info@krebsverband-bw.de)  
[www.krebsverband-bw.de](http://www.krebsverband-bw.de)

### **Spendenkonto:**

Landesbank Baden-Württemberg  
IBAN: DE97 6005 0101 0001 0139 00  
BIC: SOLADEST600

Die Krebsberatungsstellen in  
Baden-Württemberg:

### **Freiburg**

Psychosoziale Krebsberatung Freiburg  
Hauptstr. 5A, Personalhaus IX im 4. OG  
79104 Freiburg  
Tel.: 0761/27077500  
[www.uniklinik-freiburg.de](http://www.uniklinik-freiburg.de)

### **Karlsruhe**

Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige  
AWO Kreisverband Karlsruhe  
Kronenstr. 15, 76133 Karlsruhe  
Tel.: 0721/35007-128  
[www.awo-karlsruhe.de](http://www.awo-karlsruhe.de)

### **Stuttgart**

Krebsberatungsstelle Stuttgart  
Wilhelmsplatz 11, 70182 Stuttgart  
Tel.: 0711/ 51887276  
[www.kbs-stuttgart.de](http://www.kbs-stuttgart.de)



### Tübingen

Psychosoziale Krebsberatungsstelle am  
Südwestdeutschen Tumorzentrum –  
CCC Tübingen  
Herrenberger Str. 23, 72070 Tübingen  
Tel.: 07071/2987033  
[www.kbs.tumorzentrum-tuebingen.de](http://www.kbs.tumorzentrum-tuebingen.de)

### Mutlangen

Psychosoziale Krebsberatungsstelle  
Ostwürttemberg  
Haus 6, Klinikgelände Stauferklinikum  
Wetzgauer Str. 85, 73557 Mutlangen  
Tel.: 07171/4950230  
[www.foerderverein-onkologie-sgd.de](http://www.foerderverein-onkologie-sgd.de)



Eine Krebserkrankung stellt einen tiefen Einschnitt im Leben dar. Von der Diagnose Krebs ist nicht nur das körperliche und seelische Befinden des Patienten betroffen, auch das Berufsleben sowie die persönliche, finanzielle und sozialrechtliche Situation können in Mitleidenschaft gezogen sein. Zudem belastet eine Krebserkrankung oft auch Angehörige und Freunde.


Unser Beratungsteam nimmt sich Zeit für Gespräche und ist mit professioneller Unterstützung und Beglei-

tung für Sie da - in allen Phasen der Erkrankung, in der Nachsorge und darüber hinaus. Alle Beratungen sind kostenfrei und vertraulich.

### **BERATUNGSTELEFON: 0511/3885262**

Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.  
Königstraße 27  
30175 Hannover  
[krebsberatung@nds-krebsgesellschaft.de](mailto:krebsberatung@nds-krebsgesellschaft.de)  
[www.nds-krebsgesellschaft.de](http://www.nds-krebsgesellschaft.de)

### Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.



Wir sind die zentrale Anlaufstelle für KrebspatientInnen im nördlichsten Bundesland! Wir bieten Krebspatienten und ihren Angehörigen vielfältige Hilfestellung bei der Bewältigung der Erkrankung. In unseren Beratungsstellen helfen wir Ihnen gerne bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen. Wir unterstützen Sie beispielsweise bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung, bei der Beantragung von Reha-Maßnahmen, von Schwerbehindertenausweisen oder von Rentenansprüchen. Außerdem bieten wir psychoonkologische Sprechstunden an, in denen Sie beispielsweise über psychische und soziale Belastungen und Ängste im Zusammenhang mit der Krebserkrankung sprechen können. Auch medizinische Beratung kann bei Bedarf gerne vermittelt werden. Darüber hinaus bieten wir

zahlreiche Broschüren zu verschiedenen Themenstellungen an und führen regelmäßig Kurse zu den Themen Fatigue, Sport in der Krebsnachsorge, Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Theatertherapie durch. Für Angehörige besteht die Möglichkeit kostenfrei in unserer Angehörigenwohnung in Kiel oder Lübeck untergebracht zu werden.

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.

Alter Markt 1-2

24103 Kiel

Tel.: 0431/80010-80

Fax: 0431/80010-89

[info@krebsgesellschaft-sh.de](mailto:info@krebsgesellschaft-sh.de)



### SÄCHSISCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft mit ausgeprägter gesundheitspolitischer Zielsetzung, die alle Bestrebungen zur Bekämpfung der Krebskrankheiten im Freistaat Sachsen und darüber hinaus fördert. Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählen der interdisziplinäre Wissenstransfer, die Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen in ihren psychosozialen Beratungsstellen sowie die Unterstützung der organisierten Selbsthilfe. Darüber hinaus engagiert sie sich für die umfassende Information der Bevölkerung über die Vorsorge und

Früherkennung sowie die Möglichkeiten der Therapie und Nachsorge bei Krebserkrankungen, wobei der Psychoonkologie besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

**BERATUNGSTELEFON: 0375/281405**

Sächsische Krebsgesellschaft e.V.

Schlobigplatz 23

08056 Zwickau

[www.skg-ev.de](http://www.skg-ev.de)



Die Beratung für Krebskranke und ihre Angehörigen nimmt einen besonderen Stellenwert in der Tätigkeit der Thüringischen Krebsgesellschaft ein. Gern unterstützen wir Sie bei Ihren Fragen und Problemen. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!

Die psychosoziale Beratung für Krebskranke und ihre Angehörigen ist in der Arbeit der Thüringischen Krebsgesellschaft besonders wichtig. Die Beratungsstellen der TKG stellen einen Ort dar, wo Menschen mit der Erkrankung Krebs ihre ersten Fragen und Ängste zur Krankheit selbst, zu Möglichkeiten der Betreuung und

des Austauschs mit anderen Betroffenen stellen können.

### **Beratungsstelle Jena**

Paul-Schneider-Str. 4  
07747 Jena

Tel.: 03641/336988

Fax: 03641/336987

**Beratungszeiten:**

Montag - Freitag 9.00 - 13.00 Uhr  
und nach Vereinbarung



Die psychosoziale Beratung und Betreuung von Krebspatienten ist das Herzstück der Brandenburgischen Krebsgesellschaft mit Sitz in Potsdam. Die Patienten kommen mit den unterschiedlichsten Fragen zu uns. Sehr oft geht es dabei um Leistungen der Krankenkassen und der Rententräger, Themen bei denen sich viele Patienten und ihre Angehörigen alleine gelassen fühlen.

Als Ergänzung zu den Einzelberatungen in der Psychosozialen Beratungsstelle bietet die Brandenburgische Krebsgesellschaft diverse Gesprächsgruppen und Seminare für Krebspatienten und ihre Angehörige an. Dazu gehören unter anderem Gesprächsgruppen für Betroffene. Es gibt ferner spezielle Gesprächsrunden

für Angehörige, die durch die Erkrankung ebenfalls in einen Strudel widerstrebender Gefühle gerissen werden. Die Brandenburgische Krebsgesellschaft steht zudem in engem Kontakt mit 17 Selbsthilfegruppen, die Mitglied der Gesellschaft und in ganz Brandenburg verteilt sind.

**Brandenburgische Krebsgesellschaft e.V.**

Charlottenstraße 57

14467 Potsdam

Tel.: 0331/864806

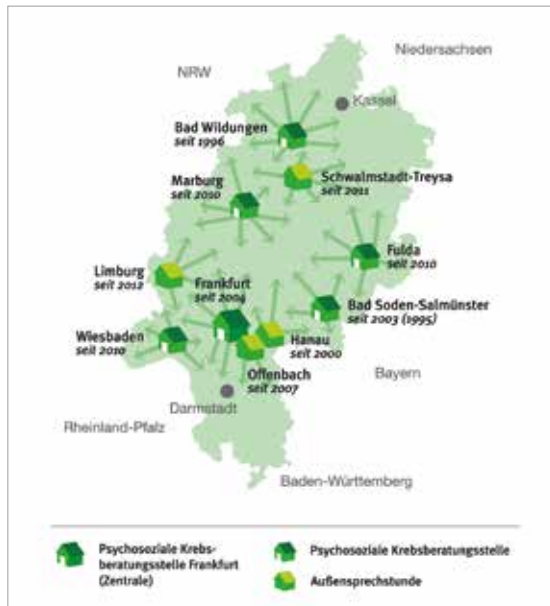
Fax: 0331/8170601

[mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de](mailto:mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de)

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

Wer von Krebs betroffen ist, erlebt die Krankheit meist als tiefen Eingriff ins Leben. Mit den Ärzten bespricht man die medizinischen Behandlungsschritte, doch häufig leidet die Seele und es stellen sich viele weitere Fragen. Wir beantworten diese Fragen, bieten Lösungsschritte an und vermitteln weiterführende Adressen. Unser Angebot ist kurzfristig verfügbar, vertraulich und kostenfrei. Die Beratungsteams der Hessi-

schen Krebsgesellschaft sind Ansprechpartner für alle Themen, die Krebspatienten betreffen und belasten. Sie erarbeiten mit ihnen gemeinsam Lösungsstrategien und ermöglichen Entlastung von psychischen und sozialen Problemen. Das Beratungsangebot umfasst auch die Themen wie Rückkehr an den Arbeitsplatz, Pflege oder Rehabilitation. Die Psychosozialen Krebsberatungsstellen der Hessischen Krebsgesellschaft befinden sich in Frankfurt am Main, Bad Soden-Salmünster, Bad Wildungen, Wiesbaden und Fulda ([www.krebsberatung-hessen.de](http://www.krebsberatung-hessen.de)).



Das Tätigkeitsspektrum der Hessischen Krebsgesellschaft reicht von Aktionen zur Prävention von Krebs bis hin zur Vernetzung der in der Krebsmedizin tätigen Personen und Institutionen.

### Hessische Krebsgesellschaft e.V.

Töngesgasse 39

60311 Frankfurt/M.

Tel.: 069/21990887

Fax: 069/21996633

[Kontakt@hessische-krebsgesellschaft.de](mailto:Kontakt@hessische-krebsgesellschaft.de)

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

[www.krebsberatung-hessen.de](http://www.krebsberatung-hessen.de)



Pflegekompetenz in der Onkologie  
KOK-Krebsgesellschaft.de

### **KOK (Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege)**

Die onkologische Betreuung bekommt vor dem Hintergrund der steigenden Krebsneuerkrankungen einen immer größeren Stellenwert. Mehr und mehr werden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Medizinische Fachangestellte (MFAs) einerseits zum Partner des behandelnden Arztes, andererseits sind sie oft Fürsprecher und erste Ansprechpartner für die von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten. Das erfordert eine hohe Kompetenz im täglichen Umgang mit schwer Erkrankten, um die Versorgung in hoher Qualität sicherzustellen. Deshalb gehören die KOK-Mitarbeiter bzw. die KOK ebenfalls zu den Ansprech-

partnern in Praxis und Klinik. Fragen Sie dort, welche der Mitarbeiter KOK-Mitglieder sind und wie sie zu erreichen sind. Sie helfen gerne!

### **Zentral erreichbar ist die KOK unter:**

[Kerstin Paradies](#)

[KOK-Geschäftsstelle](#)

[Friedrich-Kirsten-Str.1](#)

[22391 Hamburg](#)

[Vorstandssprecherin der KOK](#)

[Konferenz der Onkologischen Kranken- und Kinderkrankenpflege](#)

[Deutsche Krebsgesellschaft e.V.](#)

[Tel.: 0173/5491035](#)

[Paradies-kok@web.de](mailto:Paradies-kok@web.de)

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

## Hilfreiche Institutionen

### **BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen**

Geschäftsstelle  
c/o LWL-Integrationsamt Westfalen  
Von-Vincke-Straße 23-25, 48143 Münster  
Tel. 0251/591-3863 u. - 4282  
Fax 0251/591-714282  
bih@integrationsaemter.de  
www.integrationsaemter.de

Suche regionaler Integrationsämter/-fachdienste nach PLZ unter [www.integrationsaemter.de/kontakt/89c66/index.html](http://www.integrationsaemter.de/kontakt/89c66/index.html)

### **Bundesministerium für Gesundheit**

11055 Berlin  
(Mo.-Do. 08.00-18.00 Uhr, Fr. 08.00-12.00 Uhr)  
030/3406066-01 Bürgertelefon zur  
Krankenversicherung  
030/3406066-03 Bürgertelefon zur gesundheitlichen  
Prävention  
030/3406066-02 Bürgertelefon Pflegeversicherung  
  
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte:  
(Schreibtelefon) 030/3406066-09  
Fax: 030/3406066-07  
info.gehoerlos@bmg.bund.de  
www.bmg.bund.de  
www.bmg.bund.de/krankenversicherung/  
leistungen/palliativversorgung.html

### **Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz**

Sozialgesetzbuch einzusehen unter  
[www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln  
Tel. 0221/8992-0  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

### **Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG)**

Maria-Hilf-Str. 15, 50667 Köln  
Tel. 0221/9311596  
[www.deutschefatiguegesellschaft.de](http://www.deutschefatiguegesellschaft.de)

### **Deutsche Krebsgesellschaft e.V.**

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin  
Tel. 030/3229329-0  
service@krebsgesellschaft.de  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)  
Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften:  
[www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-a-landeskrebsgesellschaften.html](http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-a-landeskrebsgesellschaften.html)

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

Buschstr. 32, 53113 Bonn  
Tel. (Mo.-Do. 09.00-16.00 Uhr, Fr. 09.00-15.00 Uhr)  
0228/72990-0 Zentrale



0228/72990-94 Härtefonds  
0228/72990-95 Informationsdienst  
(Mo.-Fr. 08.00-17.00 Uhr)  
deutsche@krebshilfe.de, www.krebshilfe.de

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

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn  
Tel. 0228/33889200  
www.leukaemie-hilfe.de

### **Deutsche Rentenversicherung**

Ruhrstr. 2, 10709 Berlin  
Tel. 0800/10004800  
(Mo.-Do. 07.30-19.30 Uhr, Fr. 07.30-15.30 Uhr)  
www.deutsche-rentenversicherung.de

### **Deutsche Schmerzliga e.V.**

Adenauerallee 18, 61440 Oberursel  
Tel. 0700/375375375  
www.schmerzliga.de

### **Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.**

Aachener Str. 5, 10713 Berlin  
Tel. 030/8200758-0  
www.dhvp.de/themen\_hospiz-palliativ.html

### **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**

Themenschwerpunkt SAPV  
Wegelystr. 8, 10623 Berlin  
030/275838-0  
www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/sapv/

### **GKV-Spitzenverband**

Dachverband aller gesetzlichen Krankenkassen  
www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/  
hospiz\_und\_palliativversorgung/hospiz\_und\_  
palliativversorgung.jsp  
www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/  
pflegeversicherung.jsp

### **Informationen für Patienten**

www.roche-onkologie.de  
www.lebenswege-forum.de

### **INKA-Informationssdienst für Krebspatienten und Angehörige e.V.**

Reuchlinstr. 10-11, 10553 Berlin  
Tel. 030/44024079  
www.inkanet.de

### **Kassenärztliche Bundesvereinigung**

(Suche nach spezialisierten Ärzten)  
www.kbv.de/html/arztsuche.php

### **KID-Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums**

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg  
Tel. 0800/4203040  
(kostenfrei, täglich 8.00-20.00 Uhr)  
krebisinformationsdienst@dkfz.de  
www.krebsinformation.de

## Wertvolle Ansprechpartner

---

### **Netzwerk für die Betreuung schwerkranker Kinder und Jugendliche e.V.**

Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
Tel. 0511/8115-8980  
[www.betreuungsnetz.org/sappv.html](http://www.betreuungsnetz.org/sappv.html)

### **Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung**

Kronenstr. 13, 10117 Berlin  
Postfach 060222, 10052 Berlin  
Tel. 01802/550444  
(6 ct pro Anruf aus dem dt. Festnetz)  
Fax 030/20458931

### **Psychosoziale Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften:**

[www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-a-landeskrebsgesellschaften.html](http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/organisation/sektion-a-landeskrebsgesellschaften.html)

### **RKI – Robert Koch-Institut**

Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel. 030/18754-0  
[www.rki.de](http://www.rki.de)

### **Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft**

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

### **Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

Littenstr. 10, 10179 Berlin  
Tel. 0800/0117722 (Mo.-Fr. 10.00-18.00 Uhr)  
(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)  
[www.unabhaengige-patientenberatung.de](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de)

### **Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)**

Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin  
Tel. 030/25800-0  
Service-Tel. (9 ct/Min. aus dem deut. Festnetz)  
(Mo. u. Mi. 10.00-13.00 Uhr, Do. 14.00-18.00 Uhr)  
01803/770500-2 Beratung zu Heim- und Pflege-  
dienstverträgen  
01803/770500-3 Beratung zu alternativen  
Wohnformen  
[info@vzbv.de](mailto:info@vzbv.de), [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

### **Versicherungsombudsmann e.V.**

Leipziger Straße 121, 10117 Berlin  
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin  
Tel. 030/206058-0, Fax 030/206058-99  
[info@versicherungsombudsmann.de](mailto:info@versicherungsombudsmann.de)

## Rechtsanwaltssuche

### **Bundesrechtsanwaltskammer**

Littenstr. 9, 10179 Berlin  
Tel. 030/284939-0  
[www.brak.de](http://www.brak.de)

### **Rechtsanwaltssuche auch über:**

[www.anwaltauskunft.de](http://www.anwaltauskunft.de)  
[www.anwaltssuchdienst.de](http://www.anwaltssuchdienst.de)  
[www.rechtsanwaltssuche.de](http://www.rechtsanwaltssuche.de)

## Auswahl wichtiger Links

### **Bundesgesundheitsministerium:**

[www.bmg.bund.de/themen/pflege.html](http://www.bmg.bund.de/themen/pflege.html)  
[www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html](http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html)  
[www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegeversicherung.html](http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegeversicherung.html)  
[www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegebeduerftigkeit.html](http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegebeduerftigkeit.html)

### **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:**

[www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de)  
[www.pflege-charta.de](http://www.pflege-charta.de)

### **Beratung und Information rund um die Pflegeversicherung:**

[www.pflegestufe.info](http://www.pflegestufe.info)

### **Deutsche Sozialversicherung:**

[www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/index.html](http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/index.html)

### **MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**

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

### **MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.**

[www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

# Fachbegriffe – verständlich erklärt

### Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld I, auch ALG I genannt, ist im Gegensatz zu Hartz IV keine Sozialleistung, sondern ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch. Die Hauptvoraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld I ist, dass in einer Frist vor der Arbeitslosigkeit von zwei Jahren mindestens 360 Tage beitragspflichtig gearbeitet wurde, d. h. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt worden sind. Arbeitslose Beamte oder Freiberufler haben daher keinen Anspruch.

Das Arbeitslosengeld II (Hartz IV) können all die Personen beziehen, die sogenannten erwerbsfähig leistungsberechtigt sind, d. h., die im Alter von 15 Jahren bis zur gesetzlich festgelegten Altersgrenze zwischen 65 und 67 Jahren erwerbsfähig und hilfebedürftig sind. Arbeitslosengeld II soll eine Grundsicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten. Was dem Einzelnen dabei zusteht, hat der Gesetzgeber in sogenannten „Regelbedarfen“ festgelegt.

### Altersteilzeit

Altersteilzeit ist eine Möglichkeit, über eine Reduzierung der Arbeitszeit (Teilzeit- oder Blockmodell) oder eine vorzeitige Beendigung der aktiven Tätigkeit den Übergang in den Ruhestand vorzubereiten. Haben ältere Arbeitnehmer durch die Altersteilzeit neue Arbeitsplätze für jüngere geschaffen, wird die Alters-

teilzeit von den jeweiligen Arbeitsmarktverwaltungen finanziell unterstützt. Dies gilt jedoch nur noch für solche Arbeitnehmer, die ihre Arbeitszeit vor 2010 vermindert haben. In der sogenannten passiven Phase sind sie von der Arbeit freigestellt.

### Erwerbsminderungsrente

Kann eine Person aus Krankheits- oder Behinderungsgründen nicht mehr oder nur noch stundenweise arbeiten, erhält sie eine Erwerbsminderungsrente von der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Bedingungen für den Bezug sind: Die Regelaltersgrenze von 67 Jahren darf noch nicht erreicht sein. Die DRV prüft zuerst, ob durch Reha-Maßnahmen die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Ist das nicht möglich, beurteilt die DRV, in welchem zeitlichen Umfang der Betreffende noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann. Von diesem restlichen Leistungsvermögen hängt ab, ob er für eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung in Frage kommt.

Die medizinischen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn man wegen Krankheit oder Behinderung weniger als sechs Stunden täglich arbeiten kann, und zwar nicht nur in dem bisher ausgeübten Beruf, sondern in allen Berufen. Die Rentenversicherung überprüft dies anhand ärztlicher Unterlagen. Eventuell fordert sie weitere Gutachten an und stellt dann das noch vorhan-

dene Leistungsvermögen fest. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen sind:

- In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen (besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung).
- Der Betroffene muss mindestens fünf Jahre versichert sein (sogenannte Wartezeit).

### Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände zu medizinischen oder therapeutischen Zwecken (z. B. Rollator, Krücken, Gehhilfen) und tragen zum Erfolg einer Krankenbehandlung bei. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt die Kosten für vom Arzt verordnete Hilfsmittel, wenn sie notwendig sind, um:

- den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Die Zuzahlung beträgt nach Vollendung des 18. Lebensjahres 10 % des Abgabepreises – mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Hilfsmittels.

Für ausgewählte Hilfsmittel, wie beispielsweise Einlagen oder Kompressionsstrümpfe, gelten bestimmte

Festbetragsregelungen. Das heißt, die Krankenkasse übernimmt die Kosten in Höhe der gesetzlich festgelegten Festbeträge.

### Integrationsamt

Das „Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben“ (Integrationsamt) ist eine Behörde, die die Aufgabe hat, das Schwerbehindertenrecht umzusetzen. In den einzelnen Bundesländern ist es kommunal oder staatlich organisiert, wobei Aufgaben auf sogenannte Fürsorge- oder Versorgungsämter übertragen werden können.

### Jobcenter/ARGE

Das Jobcenter ist eine Behörde eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt, die in der Bundesrepublik für die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch II zuständig ist. Das Jobcenter gewährt Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II, um durch „Fördern und Fordern“ den Betroffenen eine Möglichkeit zu eröffnen, ihren Lebensunterhalt künftig aus eigenen Mitteln und Kräften langfristig und ohne weitere öffentliche Unterstützung zu bestreiten. ARGE ist die Abkürzung für die Arbeitsgemeinschaft, die nach dem Sozialgesetzbuch II bis Ende 2010 zuständig für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosengeld II war und jetzt die Bezeichnung Jobcenter trägt.

### Leistungserbringer

Zu den Leistungserbringern im Gesundheitssystem gehören Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal usw., der Staat (Bund, Länder, Landkreise und Gemeinden), die Krankenversicherungen, die Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ihre Verbände, weitere im Gesundheitswesen tätige Interessenverbände und die Patienten, z. T. vertreten durch Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen.

### Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Damit die medizinischen und pflegerischen Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit seiner medizinischen und pflegerischen Kompetenz. Der MDK berät die gesetzlichen Krankenkassen in allgemeinen Grundsatzfragen und führt Einzelfallbegutachtungen durch. Im Einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 SGB V (5. Sozialgesetzbuch) beschrieben. Hierzu gehören unter anderem Stellungnahmen zu Arbeitsunfähigkeit, Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. -maßnahmen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Notwendigkeit und

Dauer einer Krankenhausbehandlung sowie Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege.

Für die Pflegekassen begutachtet der MDK, ob jemand pflegebedürftig ist; darüber hinaus berät er die Pflegekassen in grundsätzlichen Fragen der pflegerischen Versorgung und bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu Hause oder im Pflegeheim.

### Persönliches Budget

Menschen mit einer Behinderung oder mit einer chronischen Krankheit haben seit 2008 einen Rechtsanspruch – festgeschrieben im Sozialgesetzbuch als „Persönliches Budget“ – auf Leistungen zur „Teilhabe“ (notwendige Sozialleistungen wie zum Beispiel medizinische Rehabilitation). Diesem Anspruch kann in Form von Dienst- oder Sachleistungen Genüge getan werden. Es soll Betroffene in die Lage versetzen, die Hilfsleistungen, die sie benötigen, unmittelbar als Direktzahler „einzukaufen“.

Mit dem Persönlichen Budget können Menschen mit Behinderungen somit selbst entscheiden, welche Hilfen sie wann, wie und durch wen in Anspruch nehmen und erhalten somit ein höheres Maß an Selbstbestimmung. Budgetfähig sind dabei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der

Gemeinschaft. Der Anspruch auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets besteht unabhängig davon, wie schwer die Behinderung ist. Weiterführende Informationen gibt es unter [www.einfach-teilhabe.de](http://www.einfach-teilhabe.de), [www.pflege-deutschland.de](http://www.pflege-deutschland.de), beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie dem „Kompetenzzentrum Persönliches Budget, der Paritätische“ unter [www.budget.paritaet.org](http://www.budget.paritaet.org).

### Rehabilitationsträger

Als solche werden Institutionen bezeichnet, die nach dem Sozialgesetzbuch Leistungen zur sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation erbringen. Im Einzelnen sind dies: die Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, die Jugend und Sozialhilfe sowie die Bundesagentur für Arbeit.

### Sozialgesetzbuch (SGB)

Im Sozialgesetzbuch ist das Sozialrecht festgeschrieben. Die für das Thema Rehabilitation wichtigsten Gesetzbücher sind:

**SGB II:** schreibt die Grundsicherung für Arbeitssuchende, insbesondere die Förderung und finanzielle Förderung von erwerbsfähigen Personen zwischen 15 und 65 Jahren sowie deren Angehörigen fest, so sie über kein eigenes oder ausreichendes Einkommen verfügen

**SGB III:** legt die Leistungen (Arbeitsvermittlung und Leistungen bei Arbeitslosigkeit) der Bundesagentur für Arbeit fest

**SGB V:** regelt die Krankenversicherung und ihre Leistungen und Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte usw.)

**SGB VI:** schreibt die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung fest (Rente aus Altersgründen, Rente wegen Erwerbsminderung, Hinterbliebenenrente und Leistungen zu medizinischen, beruflichen und sonstigen Rehabilitationen)

**SGB VII:** regelt die Leistungen und Versicherungspflicht der Berufsgenossenschaften und öffentlichen Unfallkassen (bei Berufskrankheit, Arbeitsunfall usw.)

**SGB IX:** soll die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Behinderte und von Behinderung bedrohten Menschen fördern und Benachteiligungen vermeiden

**SGB XII:** betrifft die Sozialhilfe, die den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens ermöglichen soll, das der Würde eines Menschen entspricht.

### **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) im Detail:**

#### *§ 2 Leistungen*

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

...

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

#### *§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot*

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, er-

füllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

### **Sozialhilfe**

Aus dem Grundgesetz ergibt sich die Verpflichtung des Staates, einen Mindeststandard für ein menschenwürdiges Dasein sicherzustellen. Dieses wird im Sozialgesetzbuch XII definiert: „Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.“ Die Sozialhilfe als Hilfe zum Lebensunterhalt kommt für solche Personen in Betracht, die aus Altersgründen oder wegen voller Erwerbsminderung nicht (mehr) erwerbsfähig sind. In dem Fall, dass nicht-erwerbsfähige Leistungsberechtigte in einer so genannten Bedarfsgemeinschaft (Personen, die persönliche oder verwandtschaftliche Beziehungen untereinander haben) mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten,



die selbst Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beanspruchen können, erhält dieser Personenkreis keine Sozialhilfe, sondern Sozialgeld nach dem SGB II solange sie keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben.

### **Sozialhilfeleistungsarten:**

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
3. Hilfen zur Gesundheit (vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Familienplanung, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Hilfe bei Sterilisation)
4. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
5. Hilfe zur Pflege
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
7. Hilfe in anderen Lebenslagen (Blindenhilfe, Altenhilfe, Hilfe in sonstigen Lebenslagen, Bestattungskosten).

### **Sozialhilfeträger**

Sozialhilfeträger – meist auch als Sozialämter bezeichnet – sind die Institutionen, die für die Sozialhilfe zuständig sind, wobei man zwischen den örtlichen und den überörtlichen Sozialhilfeträgern unterscheidet.

Angegliedert sind die örtlichen Sozialhilfeträger an die Kreise und kreisfreien Städte.

Wer überörtlicher Sozialhilfeträger ist, bestimmen die Bundesländer selbst. So sind zum Beispiel in Bayern die Regierungsbezirke überörtliche Träger, in Nordrhein-Westfalen die Landschaftsverbände, in Hessen der Landeswohlfahrtsverband; in Berlin, Hamburg und Bremen sind örtlicher und überörtlicher Träger identisch.

### **Sozialmedizinische Dienste**

#### **A. Rentenversicherung**

„Sozialmedizinischer Dienst“ ist die Bezeichnung für die ärztlichen Dienste der Deutschen Rentenversicherung. Die Ärzte werden als Sachverständige im Verwaltungs- und Klageverfahren hinzugezogen. Im Sozialmedizinischen Dienst wird z. B. die notwendige medizinische Sachaufklärung durchgeführt und damit die Grundlage für Entscheidungen geschaffen, z. B. für Renten oder Beihilfen. Zu finden sind die Dienste unter [www.kbs.de/SMD](http://www.kbs.de/SMD).

#### **B. Krankenversicherung**

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der MDK unterliegt keinem Wei-

sungs- und Aufsichtsrecht der Kranken- und Pflegekassen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

### § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen;

für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher

oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch

nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.



**Deutsche Rentenversicherung**

Versicherungsnummer Kennzeichen (sofern bekannt)

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind** **G0133**

Name, Vorname Geburtsdatum

Erstantrag  Folgeantrag

**Deutsche Rentenversicherung**

Versicherungsnummer Kennzeichen (sofern bekannt)

**Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** **G0160**

Bitte diesen Antrag möglichst zusammen mit dem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einreichen.

Name, Vorname Geburtsdatum

Die hiermit angeforderten Sozialdaten werden unter Beachtung der Vorschriften zum Schutz von Sozialdaten nach dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - erhoben; ihre Kenntnis ist zur Entscheidung über den Antrag erforderlich. Die erhobenen Sozialdaten werden an Dritte nur übermittelt, soweit es im Rahmen der gesetzlichen

**Deutsche Rentenversicherung**

Versicherungsnummer Kennzeichen (sofern bekannt)

**Bescheinigung des Arbeitgebers zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung** **G0161**

Versicherter / Versicherter (Name, Vorname) Geburtsdatum

Im Kalendermonat vor Beantragung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation wurde folgendes Nettoarbeitsentgelt (einschließlich Kurzarbeitergeld) ausbezahlt:

von bis Betrag in EUR

**Deutsche Rentenversicherung**

**Informationen zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung** **G0162**

Sehr geehrte Antragstellerin / Sehr geehrter Antragsteller,

Sie haben grundsätzlich für jeden Kalendertag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR zu leisten, längstens jedoch für 42 Tage im Kalenderjahr.

Schließt die stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung an (zum Beispiel Anschlussrehabilitation), haben Sie für längstens 14 Tage eine Zuzahlung zu leisten. Als unmittelbar gilt dabei auch, wenn die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Erhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Wir prüfen, ob von Ihnen im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen an eine gesetzliche Krankenkasse oder an einen Rentenversicherungsträger auf Ihre Zuzahlung angerechnet werden können. Die Tage eines vorhergehenden Krankenhausaufenthaltes werden auch dann angerechnet, wenn Sie wegen Erreichens der

**Deutsche Rentenversicherung**

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beiträgt wird Kennzeichen (sofern bekannt) Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

**Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für nichtversicherte Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)** **G0200**

nach § 31 Absatz 1 Nummer 4 SGB VI

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) - ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine

**Deutsche Rentenversicherung**

Versicherungsnummer Kennzeichen (sofern bekannt) Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

**Antrag auf Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige** **G0202**

nach § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) - ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die

G0200 – Antrag einer Rehabilitation für Kinder, die z. B. bei Eltern mitversichert sind

„Nichtversicherte Angehörige“  
\* siehe Erklärung



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Kennzeichen (sofern bekannt): \_\_\_\_\_

## G0850

### Verordnung von Rehabilitationsort oder Funktionstraining

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung**  
 Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.  
 Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.  
 Seite 3-5 und das Abrechnungsformular G0851 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhandigen.  
 Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationsort kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationsort auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden. Es muss dann sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationsorts aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Deutsche Rentenversicherung

### Informationen für Versicherte zur Verordnung von Rehabilitationsort oder Funktionstraining

## G852

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

der Arzt der Rehabilitationseinrichtung hat Ihnen als ergänzende Leistung Rehabilitationsort oder Funktionstraining verordnet. Diese Verordnung (G850) beinhaltet unsere Kostenzusage. Wir bitten Sie, vor Beginn der Leistung Ihrem behandelnden Arzt am Wohnort eine Ausfertigung der Verordnung (G850 - Seite 4) auszuhändigen. Sollten ärztlicherseits Bedenken gegen die Durchführung des Rehabilitationsorts oder des Funktionstrainings bestehen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wir bitten Sie, die Hinweise Ihres behandelnden Arztes zu beachten und in diesem Fall den Rehabilitationsort oder das Funktionstraining abbrechen oder erst gar nicht aufzunehmen und uns hiervon unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer zu informieren.

Die Dauer und die Anzahl der wichtigsten Übungsveranstaltungen ist auf Ihren speziellen Bedarf festgelegt worden und zudem von den örtlichen Gegebenheiten in den Rehabilitationsortgruppen oder

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Kennzeichen (sofern bekannt): \_\_\_\_\_

## G115

### Selbsteinschätzungsbogen

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

als Ärztin/Ihnen Ihres Rentenversicherungsträgers haben wir im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrags die Aufgabe, uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsbedingungen zu machen. Es ist uns daher wichtig, dass Sie bereits zu Beginn des Verfahrens eine Gelegenheit finden, Ihre persönliche Einschätzung einzubringen. Wir würden uns darüber freuen, wenn Sie uns einige Fragen beantworten, die uns einen Eindruck geben, wie sich Ihre Gesundheitsbedingungen oder Beschwerden in Ihrem Alltag und in Ihrem Berufsleben auswirken. **Diese Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie Fragen nicht beantworten wollen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Form 60

### Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für mehrheitlich genehmigt (nichtärztlich) / unabh. / folgebef. / Gesundheitszentrum / (Diagnostik) / sonstiges

Die konkrete Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg.

Beratung über Angebote alterniv auf Rehabilitation einleiten  
 ambulante Versorgungsbildung am Kurort  
 ambulante Versorgungsbildungen

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint ausschließlich

G115 – Selbsteinschätzung

Antrag einer Reha bei der Krankenkasse

61 Teil A

### Verordnung von medizinischer Rehabilitation\*

Es ist ein anderer Rehabilitationsort (z.B. UNIK) / Rehabilitationstraining / zentral für diesen Fall vorzuziehen

\* für einen zugewandten, Mütter/Wäterer, Kind, bis 18, zugewandter Rehabilitation (z.B. z.B. durch einen Arzt / durch einen Arzt / durch einen Arzt)

Bitte geben Sie an, wer die Kosten übernimmt:

durch die Krankenkasse  
 durch die Krankenkasse  
 durch die Krankenkasse  
 durch die Krankenkasse

\* Erklärung „nichtversicherte Angehörige“:  
 Dieser Personenkreis umfasst Kinder eines Versicherten bis zum 18. Lebensjahr und in der Ausbildung, Rentenbezieher und Ehegatten/Lebenspartner, die nicht rentenversichert sind.

Ärztliche Verordnung der Reha bei der Krankenkasse

## Stichwortverzeichnis

### A

akutmedizinische Phase  
9

ambulante Rehabilitation  
38

Amtsermittlungsgrundsatz  
64

Anschlussgesundheits-  
maßnahme (AGM)  
37

Anschlussrehabilitation  
31, 34, 35, 40, 43, 52

Antrag auf  
Rehabilitationsmaßnahmen  
62

Antragsverfahren  
29

ärztliche Bescheinigung  
49, 57

Arbeitsassistenz  
47

Arbeitstherapie  
41

Arbeitsunfähigkeit  
27, 32, 51, 93

ASP  
53

### B

Basistarif  
61

Belastungserprobung  
41

Belastungsgrenze  
60

berufliche und psychosoziale  
Wiedereingliederung  
9

berufliche Rehabilitation,  
Rehabilitationsleistungen  
46, 49, 59

### E

Entspannungstraining  
23

Ergotherapie  
23

Ermessensentscheidung  
63

Ernährungsberatung  
23

### F

Fahrtkostenerstattung  
48

Funktionstraining und  
Rehabilitationssport  
45, 52, 57



## G

Gemeinsame Servicestellen für  
Rehabilitation  
49, 58

Gründungszuschuss  
48

Gutachten  
66

## H

Haushaltshilfe  
33, 48, 50, 57

Hilfsmittelberatung  
23

## I

Integrationsämter  
57, 62

IRENA  
51

## K

Kinderrehabilitation  
68

Kraftfahrzeughilfe  
46

Krankengeld  
44

Kunst-, Körpertherapie  
23

## L

Leistungen in einer anerkannten  
Werkstatt für behinderte  
Menschen (WfbM)  
48

Leistungen zur Teilhabe  
am Arbeitsleben  
10, 21, 46, 47, 49, 50, 57, 58

Logopädische Behandlung  
23

## M

Medizinischer Dienst der  
Krankenversicherung (MDK)  
13, 25

Medizinisch-beruflich orientierte  
Rehabilitation (MBOR)  
51

medizinische Rehabilitation  
9, 12, 13, 23, 29, 30, 37, 40, 45,  
46, 49, 51, 52, 59, 70

mobile Rehabilitation  
41

Musterbedingungen der  
Krankenversicherungen  
61

## N

Nachsorgeleistungen  
29, 42, 45, 52

### P

persönliche Belastungsgrenze  
60

persönlicher Berater  
49

persönliches Budget  
57

Pflegebedürftigkeit  
11, 13, 16, 31, 60

Physiotherapie  
23

Privatversichert  
61

Psychoedukative Programme  
21

### R

Rehabilitation vor Rente  
10, 13

Rehabilitation vor Pflege  
10, 13

Rehabilitationsbedürftigkeit  
16

Rehabilitations-  
Beratungsdienste  
58

Rehabilitationseinrichtungen  
23, 30, 45, 52, 53, 59

Rehabilitationsträger  
12, 28, 30, 31, 33, 34, 42, 45, 52,  
58, 62, 63, 65, 67

Restleistungsvermögen  
13

### S

selbstständige Teilhabe am  
gesellschaftlichen Leben  
25

Servicestellen  
29, 42, 49, 58, 67

Sexualberatung  
23

Sozialgesetzbuch IX  
11, 30, 47, 48, 52, 62, 63, 65, 94

sozialrechtliche  
Mitwirkungspflicht  
63

Sozialversicherung  
50

Sozialversicherungsbeiträge  
34

stationäre/teilstationäre  
Rehabilitation  
29, 40

## T

Teilhabe am Arbeitsleben  
10

## U

Übergangsgeld  
31, 32, 34, 36, 44, 50, 54, 61

Umdeutung  
Rehabilitationsantrag  
55, 56

Unfallversicherung  
12, 28, 50, 57

Untätigkeitsklage  
63

## W

Wahl der  
Rehabilitationsklinik  
30

Widerspruch  
63

Wohnungshilfe  
47, 57

## Z

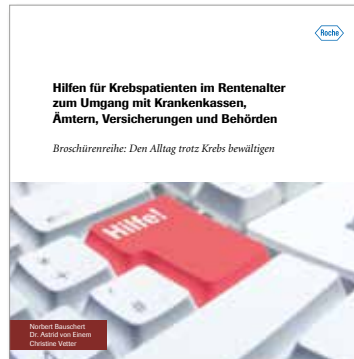
Zielvereinbarung  
57

Zuzahlung  
31, 36, 40, 42, 50, 54, 60, 69

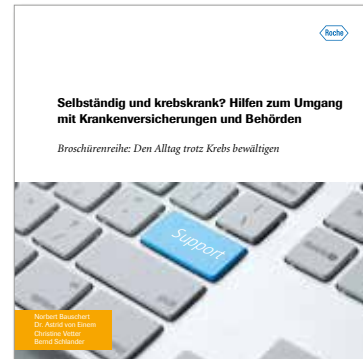
## Broschüren für Krebspatienten



Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung



Hilfen für Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden



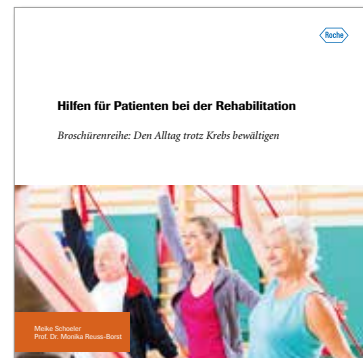
Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden



Hilfen für Krebspatienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz



Hilfen für Krebspatienten im Fall der Pflegebedürftigkeit



Hilfen für Patienten bei der Rehabilitation

## Broschürenreihe: „Den Alltag trotz Krebs bewältigen“

- Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung
- Hilfen für Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden
- Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden
- Hilfen für Krebspatienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Hilfen für Krebspatienten im Fall der Pflegebedürftigkeit
- Hilfen für Patienten bei der Rehabilitation

Gerne dürfen Sie alle oder einzelne Broschüren jederzeit in der für Sie gewünschten Stückzahl bestellen oder auch nachbestellen:

### **Roche Pharma AG**

[grenzach.kundenberatung@roche.com](mailto:grenzach.kundenberatung@roche.com)

Tel. 07624/14-2255

### **Bildquellen:**

Fotolia: Seite: ©Kzenon/Fotolia.com – 1, ©olezzo/Fotolia.com – 2, 14, 22, 53  
©Robert Kneschke/Fotolia.com – 6, 18, ©Frantab/Fotolia.com – 8, 69  
©lightwavemedia/Fotolia.com – 21, ©nuwanda/Fotolia.com – 30  
©SZ-Designs/Fotolia.com – 55, ©reeel/Fotolia.com – 58  
©ki33/Fotolia.com – 67

Pitopia: Seite: 8, 27, 32, 35, 62

Shutterstock: Seite: 2, 7, 26, 39, 43, 45, 49



Roche Pharma AG  
79630 Grenzach-Wyhlen

● ● ● ● ● [roche.de](http://roche.de)

1601/22004525 (HONO-BRO-Patentenrechte6)