

Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

Broschürenreihe: Den Alltag trotz Krebs bewältigen



Fiktive Patientenbeispiele:

Marie S., Louise B., Walter K. und Udo L. – das sind fiktive Patientenbeispiele, die in dieser Broschüre helfen, die komplizierten Zusammenhänge im Spannungsfeld der Krebspatienten, ihrer medizinischen Versorgung, der Kostenübernahme durch die Krankenkassen und der weiteren Absicherung durch das Sozialsystem zu verdeutlichen. Die Namen und Geschichten sind frei erfunden, können sich so oder ähnlich aber durchaus in der Realität zutragen.



1
Marie S.



2
Walter K.

Autoren:

Dr. Astrid von Einem, Fachanwältin für Medizin- und Sozialrecht, Köln
Christine Vetter, Medizinjournalistin, Köln

Beratung:

Evelin Scheffler, Leiterin Kirchliche Sozialstation, Diez

Entwicklung/Gestaltung:

WORTREICH – Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg

Broschürenreihe: „Den Alltag trotz Krebs bewältigen“

Erschienen: „Hilfen für Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden “

Hilfe im sozialen Umfeld

Auch Menschen, die gewohnt sind, ihr Leben selbst zu meistern, die sich zu behaupten wissen und darin geübt sind, sich und ihre Rechte im Alltag durchzusetzen, fühlen sich oft hilflos, wenn sie an Krebs erkranken. Mit der Diagnose gerät die Welt von einer Sekunde auf die andere aus den Fugen. Zwar ist die Krebstherapie in Deutschland auf einem hohen Stand und die Aussichten auf ein langes Überleben der Erkrankung sind besser als je zuvor, dennoch wird für die Zeit der Therapie der Alltag anders aussehen und viele gewohnte Abläufe müssen vorübergehend besonders geregelt werden.

Mit dieser Broschüre wollen wir Ihnen eine Führung durch das Labyrinth unseres Sozialsystems geben. Wir beantworten Ihnen häufig gestellte Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Kosten übernehmen die Krankenkassen?
- Was kann bei wem beantragt werden?
- Was tun, wenn z. B. Anträge auf Hilfsmittel wie Stomaartikel abgelehnt werden?

Ebenso gibt die Broschüre Auskünfte über therapiebezogene juristische Fragen:

- Wie steht die Krankenkasse zu alternativen Therapien?

- Werden auch neue Arzneimittel erstattet?

Lösungen sind besonders gefragt, wenn die Krebsdiagnose die Person aus dem Beruf herausreißt, die die Familie ernährt, und wenn trotz der Erkrankung und der belastenden Behandlung der Alltag zu bewältigen, die Kinder zu versorgen und die persönliche und auch wirtschaftliche Existenz zu sichern sind. Darum werden auch folgende Fragen aufgegriffen:

- Wie kann ich die Zeit der Krankheit für mich und meine Familie wirtschaftlich überbrücken?
- Welche Hilfen kann ich erhalten, um wieder fit für das Berufsleben zu werden?
- Was ist zu tun, wenn der Arbeitgeber mir krankheitsbedingt kündigt?
- Welche finanziellen Hilfen stehen mir zu, wenn ich dauerhaft nicht mehr arbeiten kann?

Damit Sie sich als Nicht-Jurist besser in diesem komplizierten sozialrechtlichen Umfeld zurecht finden, werden Sie von fiktiven Krebspatienten in unterschiedlichen Lebenslagen durch die Broschüre begleitet. Sie zeigen anhand des eigenen Schicksals, wie sich die verschiedenen Probleme lösen lassen. ■

Rund um die Diagnose Krebs

- Nichts ist mehr so, wie es war
 - mitten aus dem Leben heraus
- Verständnissvolle Aufklärung
- Bei Zweifeln: „Zweitmeinung“ einholen

Rund um die Behandlung

- Leistungsansprüche sind genau geregelt
- Ambulante Leistungen
- Stationäre Leistungen
- So wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich
- Wie steht es mit neuen Arzneimitteln?
- Teilnahme an Therapiestudien:
 - Vorteil oder Versuchskaninchen?
- Versorgung mit Hilfsmitteln
- Probleme rund um Hilfsmittel
- Versorgung mit Heilmitteln

Rund um Hilfen im Alltag

- Wer hilft, wenn der Alltag nicht selbstständig gemeistert werden kann?
- Häusliche Krankenpflege nutzen
- Haushaltshilfe: Was tun, wenn Kinder eine Zeitlang nicht versorgt werden können?

Rund um die Pflege

- Pflegeversicherung – wann gibt es Leistungen?
- Hilfe zur Pflege
- Wer zahlt Pflegeheim?

6



9 – Leistungsansprüche

9



16 – Hilfsmittel

- Wann wird auf Einkommen und Vermögen des Hilfsbedürftigen zurückgegriffen?
- Wann werden Kinder zur Kasse gebeten?

Durch Rehabilitation zurück an den Arbeitsplatz? 27

- Wieder fit werden für Alltag und Berufsleben
- Anschlussheilbehandlung oder Festigungskur
- Stufe für Stufe zurück in die Arbeitswelt
- Wer hilft im Antrags-Dschungel?
- Persönliches trägerübergreifendes Budget

Persönliches Budget

30

- Chance für ein selbstbestimmtes Leben

Zuzahlungen – was muss der Patient selbst bezahlen?

31

- Praxisgebühr und Co.



42 – Existenzsicherung



49 – Behinderung

- Was tun, wenn die Belastungsgrenze erreicht ist?

Privat versichert – was ist anders?

34

- Leistungen sind vertraglich geregelt
- Kein einheitlicher Leistungskatalog
- Es gilt das Prinzip der „Vorkasse“
- Besonderheiten bestimmter Berufsgruppen
- Ein Muss: Die private Pflegeversicherung

Existenzsicherung – wovon soll ich leben?

39

- Der Krebs kehrt zurück – das berufliche Aus für Walter K.?
- Wann kann der Arbeitgeber krankheitsbedingt kündigen?
- Lohnfortzahlung und Krankengeld

- Arbeitslosengeld trotz Arbeitsvertrag – schon von der Nahtlosigkeitsregelung gehört?
- Die Erwerbsminderungsrente
- „Grundsicherung“ – ein Rettungsanker

Vorteile eines Grades der Behinderung

49

- Für Behinderung gibt es Ausgleich
- Welche Vorteile hat die Feststellung eines Grades der Behinderung?

Palliativmedizin – wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist

52

- Palliativtherapie – Lebensqualität ist das Ziel

Selbstbestimmung am Ende des Lebens – die Patientenverfügung

53

- Was wird sein, wenn das Lebensende naht?
- Patientenverfügung – früh schon den eigenen Willen kundtun

Der richtige Umgang mit Sozialleistungsträgern

55

- Was ist schon bei der Antragstellung zu bedenken?
- Widerspruch – und im Fall des Falles klagen

Anhang

58

- Weiterführende Informationen/Ansprechpartner
- Stichwortverzeichnis
- Fachbegriffe – verständlich gemacht

Nichts ist mehr so, wie es war – mitten aus dem Leben heraus



Marie S.:

Seit drei Wochen schon weiß Marie S., dass sie ihren Frauenarzt aufsuchen sollte. Sie hat beim Duschen einen Knoten in der rechten Brust ertastet. Der Knoten tut nicht weh und ist auch nicht größer geworden. Aber er ist da. Immer wenn die 36-Jährige danach fühlt. Mit Beklemmungen bringt sie ihr Kind morgens zur Schule und fährt in die Firma, wo sie als Vertriebsleiterin arbeitet. Was soll nur werden, wenn? Bange Fragen. Marie ist alleinstehend, ihre Tochter ist erst zehn Jahre alt. Wer soll sich dann um die kleine Katrin kümmern? Doch der Knoten bleibt. Schließlich fasst sich die junge Frau ein Herz, vereinbart einen Termin bei ihrem Gynäkologen. Es folgen die Mammographie und die erschreckende Diagnose: Brustkrebs.

Die Ärzte reagieren verständnisvoll, doch es stürmen Probleme über Probleme auf Marie S. ein: Sie weiß, dass sie rasch operiert werden muss und dass sich vermutlich eine schwere Zeit anschließt, in der sie eine Chemotherapie erhalten wird. Angst stellt sich ein.



Es muss eine Vertretung am Arbeitsplatz organisiert werden; der Job von Marie ist verantwortungsvoll und sie weiß, dass sie längere Zeit ausfallen wird. Wird sie die Stelle überhaupt zurückbekommen? Und was ist mit Katrin? Die Kleine braucht doch noch so viel Betreuung. Oma und Opa sind selbst noch berufstätig und können nicht einfach alles stehen und liegen lassen. Frühestens in vier Wochen kann sie Urlaub nehmen und sich um Katrin kümmern, hat Maries Mutter gemeint. ■

Verständnisvolle Aufklärung

Marie S. hat sich entschieden, die Behandlung im örtlichen Krankenhaus vornehmen zu lassen. Der Arzt dort erklärt ihr genau, wie die Therapie aussehen wird. Der Tumor soll durch eine Operation entfernt werden. Da er nicht sehr groß zu sein scheint, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Brustamputation erforderlich. Vielmehr kann brusterhaltend operiert werden. Während des Eingriffs wird untersucht werden, ob die Lymphknoten in den Achselhöhlen entfernt werden müssen oder nicht.

Klar ist aber jetzt schon, dass sich eine Strahlenbehandlung an die Operation anschließen muss, um eventuell noch im Körper verbliebene Krebszellen zu zerstören. Unter Umständen ist anschließend auch eine medikamentöse Behandlung, sei es als Chemotherapie oder als Hormonbehandlung, erforderlich, um die Gefahr eines erneuten Auftretens des Tumors möglichst zu minimieren.

Aufklärungsgespräch

Die junge Frau wird von ihrem Arzt gefragt, ob sie mit einem solchen Vorgehen einverstanden ist. Sie bedankt sich für das verständnisvolle und umfassende Aufklärungsgespräch und bittet um ein paar Tage Bedenkzeit und vor allem um Zeit, ihre persönlichen Angelegenheiten und die Versorgung ihrer Tochter regeln zu können.

So wie bei Marie S. werden Menschen, bei denen die Diagnose Krebs gestellt wird, heutzutage in die Therapieentscheidungen mit einbezogen. Anders als früher

üblich, werden die Entscheidungen nicht mehr vom Arzt quasi über den Kopf des Patienten hinweg gefällt. Im Gegenteil: Patienten haben einen Anspruch auf eine angemessene und verständliche Aufklärung und Beratung.

Das bedeutet, dass alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Patienten abzustimmen sind. Damit der Patient entscheiden kann, ob er eine bestimmte vom Arzt empfohlene Therapie durchführen möchte, muss er zuvor die Möglichkeit haben, sich über die Art, den Umfang und die Tragweite der geplanten Maßnahmen zu informieren. Dazu gehört auch die Abwägung der mit der Behandlung verbundenen Chancen und Risiken. Die Informationen sollen ihm helfen, die notwendigen Entscheidungen mitzutreffen und mitzutragen.

Das Aufklärungsgespräch muss dabei – von Notfallsituationen abgesehen – so frühzeitig erfolgen, dass der Patient in Ruhe ermessen kann, was die geplanten Maßnahmen für ihn bedeuten. Auf Fragen des Betroffenen muss der Arzt wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich antworten. Nicht ausreichend ist die bloße Aushändigung von Aufklärungsformularen. Der Patient muss die Gelegenheit haben, mit den behandelnden Ärzten das Für und Wider der Behandlung besprechen zu können. Der Patient hat aber grundsätzlich auch die Möglichkeit, auf die ärztliche Aufklärung weitgehend zu verzichten und/oder zu bestimmen, wen der Arzt außer ihm oder statt seiner informieren soll. ■

Bei Zweifeln: „Zweitmeinung“ einholen

Marie S. hat die Operation gut überstanden. Sie soll nunmehr nachbehandelt werden, geplant sind eine Strahlen- und eine Chemotherapie. Über all dies hat ihr Arzt sie aufgeklärt und ihre Fragen beantwortet. Jedoch hörte die junge Vertriebsleiterin von einer Freundin, dass es auch eine völlig neue Therapiemöglichkeit gebe, die wirkungsvoller sei als die herkömmlichen Therapien. Marie S. fragt sich, welche Behandlung die richtige ist.

Die Heilungsmöglichkeiten im individuellen Fall voll auszuschöpfen, ist wohl das Anliegen eines jeden Krebspatienten. Doch wie lässt sich dieses Ziel erreichen? Erhält man tatsächlich die beste Therapie? Die mit den größtmöglichen Heilungschancen? Wird alles getan, was möglich ist, damit der Krebs besiegt wird?

Das alles sind Fragen, die sich Menschen wie Marie S. und mit ihr fast alle Krebspatienten stellen, sobald der erste Schock der Diagnose überwunden ist.

Hat ein Patient Zweifel daran, ob eine Behandlung nach für ihn optimalen Kriterien erfolgt, so besteht die Option, eine Zweitmeinung einzuholen, also zur Klärung dieser Zweifel einen weiteren Arzt zu konsul-

tieren oder sich in einer anderen Klinik vorzustellen. Dieses Vorgehen ist durchaus üblich. In aller Regel haben die primär behandelnden Ärzte sogar großes Verständnis dafür, wenn der Patient diese Option nutzt und stellen hierfür problemlos die erhobenen Befunde und die bereits vorliegenden Behandlungsunterlagen zur Verfügung.

Marie S.:

Marie S. hat von ihrem Recht auf Zweitmeinung Gebrauch gemacht und sich in einem zertifizierten Brustkrebszentrum vorgestellt. Dort hat ein Team von Experten ihre Krankheitsbefunde begutachtet. Die Ärzte haben die gestellte Diagnose bestätigt und dem behandelnden Arzt zudem auch Recht gegeben hinsichtlich der geplanten Behandlung, da die neue Therapie im Fall von Marie S. keine Vorteile bietet. Die junge Frau hat das beruhigende Gefühl, keine Möglichkeit außer Acht gelassen zu haben. Sie kehrt vertrauensvoll zu ihrem behandelnden Arzt zurück und bespricht offen mit ihm, dass sie eine Zweitmeinung eingeholt hat – ein Vorgehen, für das ihr Arzt durchaus Verständnis zeigt. ■



Leistungsansprüche sind genau geregelt

Marie S. vertraut ihren Ärzten und begibt sich beruhigt in die weitere ärztliche Behandlung. Es tauchen im Rahmen der verschiedenen Therapieoptionen weitere Fragen auf: Welche Therapie wird von der Krankenversicherung überhaupt übernommen? Marie S. ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Sie macht sich Sorgen, ob die Krankenkasse alle notwendigen Maßnahmen bezahlt.

Sozialgesetz- buch

Welche Rechte Patienten im Hinblick auf die Behandlung von Erkrankungen haben, ist durch das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V, siehe Anhang) und entsprechende Rechtsverordnungen geregelt. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beinhaltet unter anderem die ambulante und stationäre Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Es handelt sich hierbei um allgemeine Regelungen, die unter anderem aufgrund des medizinischen Fortschritts weiter spezifiziert werden müssen.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird deshalb durch den Erlass von Richtlinien weiter konkretisiert. Diese werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, siehe Anhang) als oberstem Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen erlassen. Die Entscheidungen sind bindend, so dass Ärzte wie auch andere

Leistungserbringer im Gesundheitswesen nicht willkürlich Verordnungen tätigen und diagnostische oder therapeutische Maßnahmen beliebig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen können.

Nach der Regelung des Sozialgesetzbuchs muss die Behandlung in jedem Fall in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und zudem dem medizinischen Fortschritt entsprechen (siehe Anhang). Das bedeutet allerdings nicht, dass jeder Versicherte Anspruch auf jede Therapieform hat. Das Gesetz geht davon aus, dass die Leistungen der Krankenkassen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese beiden Regelungen werden auch als „Wissenschaftlichkeits- und Wirtschaftlichkeitsprinzip“ bezeichnet. Sie gelten grundsätzlich für alle Leistungen der Krankenkassen und legen somit fest, dass nicht automatisch ein Anspruch auf „Spitzenmedizin um jeden Preis“ besteht. Die Meinungen darüber, welche Leistungen die Krankenkassen nach diesen Prinzipien



Wissenschaftlichkeits- und Wirtschaftlichkeitsprinzip

zu erbringen haben, können im Einzelfall auseinander gehen. So kann es sein, dass ein Patient von einem neuen, erfolgversprechenden Behandlungsverfahren gehört hat, bei Rücksprache mit seinem Arzt oder mit der Krankenkasse dann aber erfährt, die Wirksam-

keit sei noch nicht bewiesen und die Kosten würden nicht erstattet. Nicht selten bleiben dann Zweifel, ob diese Auskunft richtig ist. Um solche Zweifel zu beseitigen, lohnt es sich, eine Zweitmeinung einzuholen. ■

Ambulante Leistungen

Einheitlicher Bewertungs- maßstab

Für welche Behandlungen die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich übernommen werden müssen, ist für den Bereich der ambulanten Behandlung durch den sogenannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“, kurz EBM (siehe Anhang), festgelegt. Es handelt sich hierbei um ein Verzeichnis der Leistungen, die durch die Ärzte abgerechnet werden können. Alle Behandlungsmethoden, die in diesem Verzeichnis aufgeführt sind, dürfen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden – vorausgesetzt die jeweilige Maßnahme wird vom Arzt als medizinisch notwendig und sinnvoll eingestuft.

Bei neuen Behandlungsverfahren, die noch nicht im EBM erfasst sind, legt der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen von Richtlinien fest, ob und unter welchen Voraussetzungen diese in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und ihre Kosten folglich auch erstattet werden. Behandlungsmethoden, die weder im EBM enthalten, noch durch eine Richtlinie ausdrücklich in den Leistungskatalog der ambulanten Behandlungen aufgenommen worden sind,

können grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden. Wenn eine bestimmte Behandlungsmethode (noch) nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist, kann eine Kostenübernahme für ein modernes Therapieverfahren durch die Krankenkassen unter den folgenden Voraussetzungen in Betracht kommen:

- Es muss eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliegen, was bei Krebserkrankungen häufig der Fall ist.
- Für die Behandlung der Erkrankung steht keine Standardtherapie zur Verfügung.
- Mit der neuen Behandlungsmethode ist eine zumindest auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare Besserung des Krankheitsverlaufs verbunden.

Diese Voraussetzungen entsprechen einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, der als „Nikolaus-Beschluss“ bekannt geworden ist, weil er am 6. Dezember 2005 ergangen ist. ■

*Nikolaus-
Beschluss*

Stationäre Leistungen

Bei einer stationären Behandlung entscheiden die behandelnden Ärzte, ebenso wie bei der ambulanten Behandlung, zusammen mit dem Patienten, welche Behandlung konkret durchgeführt werden soll. Da im Bereich der stationären Versorgung auch das Wissenschaftlichkeits- und Wirtschaftlichkeitsprinzip gilt, kommt eine Kostenübernahme ebenfalls nur für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlungen in Betracht.

Die einzelnen Methoden werden nicht ausdrücklich in einen Leistungskatalog aufgenommen. Stationär durchgeführte Leistungen werden vielmehr dann erstattet, wenn sie nicht vom G-BA explizit aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen worden sind.

***Übrigens:** Ist eine bestimmte Behandlung im ambulanten Bereich beispielsweise durch eine entsprechende Richtlinie des G-BA vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen, so besteht unter Umständen die Möglichkeit, diese Behandlung im Rahmen einer stationären Aufnahme zu erhalten. In solchen Fällen sollte man sich an die behandelnden Ärzte wenden.*

Normalerweise wird der Patient vom behandelnden Arzt in ein bestimmtes Krankenhaus eingewiesen. Wählt der Patient dann aber ohne zwingenden Grund ein anderes Krankenhaus, so können ihm die


Mehrkosten von der Krankenkasse ganz oder teilweise auferlegt werden. Da der Arzt nicht zwingend ein bestimmtes Krankenhaus auf der Einweisung angeben muss, lohnt es sich unter Umständen, diese Problematik mit ihm vorab zu besprechen und schon im Vorfeld gemeinsam zu beraten, welche Krankenhäuser im Einzelfall die beste Behandlung gewährleisten können. Das Krankenhaus prüft bei der Aufnahme des Patienten, ob eine stationäre Behandlung tatsächlich erforderlich ist.

Die Kosten für den Krankenhausaufenthalt werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, ein Anspruch hierauf besteht aber nur, wenn die Behandlung in einem dafür zugelassenen Krankenhaus erfolgt. Behandlungen in Privatkliniken werden gesetzlich krankenversicherten Patienten grundsätzlich nicht erstattet. Ob ein Krankenhaus für eine Behandlungsmaßnahme zugelassen ist oder nicht, erfahren Patienten direkt dort oder bei ihrer Krankenkasse.

***Übrigens:** In Ausnahmefällen kann auch ein nicht zugelassenes Krankenhaus in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Krankenkasse die Behandlung dort zuvor genehmigt hat, beispielsweise weil medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen und ansonsten eine zumindest gleichwertige Versorgung nicht gewährleistet wäre.* ■

So wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich

Marie S.:



Marie S. hat sich damit abgefunden, zur Operation ins Krankenhaus zu müssen. Sie weiß, dass sie im Anschluss an die Strahlentherapie aller Wahrscheinlichkeit nach noch eine Chemotherapie brauchen wird, damit möglichst alle Krebszellen im Körper aufgespürt und abgetötet werden. Diese Chemotherapie will die junge Frau unbedingt ambulant absolvieren, um zumindest abends mit ihrer Tochter zusammen zu sein und im eigenen Bett schlafen zu können.

Wie bei Marie S. stehen viele Patienten nach der Diagnose vor der Frage, ob Therapieformen wie die Che-

motherapie oder eine Operation ausschließlich stationär durchgeführt werden müssen, oder ob es auch die Chance gibt, mit einer ambulanten Behandlung die häusliche Umgebung nicht vermissen zu müssen. Der Wunsch von Marie S., die Krebsbehandlung, soweit dies möglich ist, ambulant durchführen zu lassen, kommt der üblichen Regelung entgegen. Denn es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Konkret bedeutet das, dass alle Behandlungsmaßnahmen soweit möglich ambulant erfolgen sollten. Ein Klinikaufenthalt ist auf die Fälle und Maßnahmen beschränkt, die ambulant nicht durchführbar sind, zum Beispiel weil das Verfahren einen hohen apparativen Aufwand erfordert oder weil der Patient während und nach der Behandlung sehr genau überwacht werden muss. ■

„ambulant vor stationär“

Wie steht es mit neuen Arzneimitteln?

Wer der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, hat Anspruch auf eine Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung zugelassen sind, sofern die Kostenerstattung nicht durch besondere Vorgaben ausgeschlossen ist. Gehört ein Arzneimittel (noch) nicht zum Leistungskatalog der GKV, so besteht unter Um-

ständen die Möglichkeit, das Medikament durch die Teilnahme an Modellvorhaben (zum Beispiel einem Versorgungsvertrag) oder im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zu erhalten. Ob und wo Studien zu neuen Therapieverfahren bei der jeweiligen Krebsform durchgeführt werden, weiß der behandelnde Onkologe.

Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den Krankenkassen regelmäßig nicht übernommen. Allerdings gibt es Ausnahmen bei schweren Erkrankungen wie zum Beispiel Krebs: Gilt eine Behandlung als Therapiestandard, so ist eine Erstattung möglich. Welche Arzneimittel dies betrifft, ist in der sogenannten OTC-Ausnahmeliste (siehe Anhang) geregelt.



Es gibt Situationen, in denen ein Arzneimittel nur für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung zugelassen ist. Aktuelle Studien zeigen aber, dass dieses Arzneimittel auch bei einer anderen Krankheit wirksam ist, es fehlt aber die Zulassung hierfür. Der behandelnde Arzt darf dennoch das Arzneimittel auf eigene Verantwortung hin verordnen. Man spricht in solchen Situationen von einem „off-label-use“, also einer Anwendung, für die das Mittel nicht offiziell zugelassen ist. Aufgrund der Haftungsfolgen für den Arzt wird diese Handhabung auf Einzelfälle beschränkt bleiben.

off-label-use Ein „off-label-use“ ist nach der Rechtsprechung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich, wenn eine schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung vorliegt, keine andere Therapie verfügbar ist und aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Die letzte Voraussetzung liegt vor, wenn eine Erweiterung der Zulassung bereits vom Hersteller beantragt wurde oder die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III veröffentlicht sind und in den einschlägigen

Fachkreisen ein Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen besteht.

Auch beim „off-label-use“ gelten die Grundsätze des schon erwähnten Nikolaus-Beschlusses. Die Kosten für die Arzneimittel müssen demnach übernommen werden, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliegt, die nicht anders behandelt werden kann. An dieses Kriterium werden von der Rechtsprechung sehr strenge Anforderungen gestellt: Voraussetzung ist das Vorliegen einer notstandsähnlichen Situation, also eine zur Lebenserhaltung notwendige akute Behandlungsbedürftigkeit. Es muss ferner die begründete Aussicht bestehen, dass mit dem betreffenden Arzneimittel ein Behandlungserfolg zu erzielen ist.

Übrigens: *Eventuell sind Arzneimittel auch beispielsweise in den USA schon für eine Behandlung zugelassen, haben aber (noch) keine deutsche oder europäische Zulassung. In sehr engen Grenzen besteht die Möglichkeit, das Arzneimittel im Wege einer sogenannten Einzelbestellung aus dem Ausland zu beziehen. Theoretisch können solche Arzneimittel durch die Krankenkasse erstattet werden.* ■

Teilnahme an Therapiestudien: Vorteil oder Versuchskaninchen?

Marie S.:

Von ihrer Freundin hat Marie S. den Rat erhalten, doch zu versuchen, an einer Medikamentenprüfung teilzunehmen. Marie S. wehrte zunächst ab aus Sorge, damit zu einem Versuchskaninchen in der Medizin zu werden. In einem längeren Gespräch erklärte ihr die Freundin, die als Krankenschwester im benachbarten Ort tätig ist, dass dies ein Irrglaube ist. „Im Gegenteil: Du bekommst die Chance auf eine neue, vielleicht noch viel besser wirksame Behandlung“, erklärte die junge Frau. Auch die Sorgen der Brustkrebspatientin, damit ein noch un-

erprobtes Verfahren zu erhalten und vielleicht massive Nebenwirkungen zu entwickeln, zerstreute die Freundin: „Du wirst während der Studie sehr gut von den Ärzten überwacht und bekommst mehr Kontrolluntersuchungen als bei der normalen Behandlung“. Marie S. erkundigte sich anschließend bei ihrem Arzt, ob in ihrem Fall die Teilnahme an einer Therapiestudie möglich sei. Allerdings gab es aktuell keine Studie, in der eine neue Behandlungsoption, die für die junge Frau passend gewesen wäre, geprüft wurde.

Lange wurde kritisiert, dass neue Behandlungsmöglichkeiten immer nur bei jungen Menschen erprobt werden. Es ist fraglich, wie weit die Ergebnisse solcher Studien auf die Situation des alternden Organismus übertragen werden können. Vor allem in der Krebsmedizin wird deshalb immer häufiger auch älteren Menschen die Teilnahme an einer Therapiestudie angeboten.

werden sehr gut überwacht und das nicht nur durch Ärzte und Wissenschaftler, sondern auch durch so genannte Ethikkommissionen, die die Studien genehmigen müssen.

Durch die Teilnahme an einer Studie haben die Betroffenen eine gute Chance, in den Genuss einer besonders fortschrittlichen Behandlung zu kommen. Üblicherweise werden bei klinischen Studien zwei gleich große Patientengruppen gebildet, von denen eine das zu prüfende Präparat oder das neue Behandlungsschema erhält, und die zweite Gruppe die bisher übliche Standardbehandlung. Die Chance, die fortschrittliche Behandlung zu bekommen, liegt so-

Therapie- studie

Die Teilnahme an einer Medikamentenprüfung ist für die Betroffenen mit keinen Nachteilen verbunden. Im Gegenteil: Sie hat in aller Regel sogar Vorteile. Man braucht als Studienteilnehmer keine Sorge zu haben, als Versuchskaninchen zu dienen. Klinische Studien

mit bei 50 : 50. Doch auch wer nicht in die Prüfgruppe gelangt, hat keine Heilungschancen vertan, weil er den bis dato gültigen Therapiestandard erhält, also die für den jeweiligen Tumor beste bekannte Therapieoption.

Wer sich zur Teilnahme entschließt, wird automatisch besonders gut hinsichtlich seiner Erkrankung überwacht. Es wird sehr genau kontrolliert, wie der Tumor sich verhält. Ein besonderes Augenmerk gilt den Nebenwirkungen der Behandlung. Daher werden häufiger als sonst üblich Blutuntersuchungen durchgeführt,

was nicht zuletzt auch die Sicherheit der Patienten steigert, da gegebenenfalls sehr rasch mit einer Dosisreduktion der eingesetzten Medikamente reagiert werden kann.

***Übrigens:** Nicht immer werden Krebspatienten von ihrem Arzt auf die Möglichkeit der Teilnahme an einer klinischen Studie direkt angesprochen. Es kann deshalb sinnvoll sein, selbst aktiv zu werden und bei seinem Arzt nachzufragen, ob es entsprechende Projekte in der Umgebung gibt und ob man als Teilnehmer an einer Therapiestudie möglicherweise in Frage kommt. Internetsuche über www.studien.de* ■

Versorgung mit Hilfsmitteln

Marie S.:

Während der Chemotherapie lernt Marie S. mehrere nette „Leidensgenossinnen“ kennen. Einige von ihnen leiden unter Haarausfall, worüber Marie S. mit ihnen spricht. Sie erfährt dabei, dass schöne Perücken einen solchen Haarausfall angenehm kaschieren können und deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden können.

Die Perücke zählt, ebenso wie beispielsweise Hörhilfen, Prothesen, orthopädische Hilfen und Stomaartikel, zu den sogenannten Hilfsmitteln. Sie werden ärztlich mit dem Ziel verordnet, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden zu mildern oder auszugleichen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Rechtsprechung eine Perücke für Männer regelmäßig nicht als notwendig erachtet. Es wird davon ausgegangen, dass der Haarausfall bei Männern keine entstellende Wirkung hat.

Sind Hilfsmittel aus medizinischer Sicht erforderlich, so tragen die Krankenkassen die Kosten. Erstattet werden regelmäßig Hilfsmittel, die im „Hilfsmittelverzeichnis“ aufgeführt sind (www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hilfsmittel/verzeichnis/) und für die ein Arzt die Notwendigkeit mit seiner Verordnung bestätigt und die Krankenkasse eine Bewilligung erteilt hat. Die Kosten für Gegenstände des täglichen

**Gegenstand
des täglichen
Gebrauchs**

Gebrauchs werden von den Krankenkassen nicht übernommen – auch dann nicht, wenn diese der Gesundheit förderlich sind. So werden zum Beispiel die Kosten für elektrische Heizkissen oder elektrisch verstellbare Sessel aus dem Möbelhaus ebenso wenig erstattet wie die Anschaffungskosten von Gegenständen mit „nur geringem therapeutischen Nutzen“ und/oder „geringem Abgabepreis“. Hierzu gehören beispielsweise Brillenetuis, Gummihandschuhe, Augenklappen, Urinflaschen und Fingerlinge.

Übrigens: Im Einzelfall kann durchaus auch ein Anspruch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel bestehen, das nicht ausdrücklich im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist. Dazu ist eine besondere Begründung des Arztes erforderlich. Er muss darlegen, dass das Hilfsmittel notwendig ist, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Kostenübernahme muss zudem vor der Anschaffung mit der Krankenkasse geklärt werden. ■



Probleme rund um Hilfsmittel



Wer auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln angewiesen ist, kennt meist auch die praktischen Probleme, zum Beispiel bei deren Beschaffung: Nicht selten fehlt wichtiges Zubehör, um das Hilfsmittel überhaupt nutzen zu können. Manchmal stellt sich heraus, dass das vom Sanitätshaus gelieferte Hilfsmittel defekt ist, dass es falsch angepasst wurde oder seinen Zweck im Einzelfall nicht erfüllt. Dann heißt es: Was tun?

gebrauchsfertige Hilfsmittel

Versicherte haben grundsätzlich Anspruch auf die Versorgung mit einem gebrauchsfertigen Hilfsmittel. Demnach müssen sie auch das notwendige Zubehör wie zum Beispiel Akkus und Ladegeräte erhalten. Werden diese vom „Leistungserbringer“, also in der Regel vom Sanitätshaus, nicht ausgehändigt, sollte man sich an die Krankenkasse wenden, da diese die Hilfsmittelversorgung sicherstellt. Soweit erforderlich muss die

Krankenkasse auch eine Unterweisung im Gebrauch des Hilfsmittels ermöglichen. Es müssen über die Krankenkassen im Bedarfsfall außerdem grundsätzlich Änderungen, eine Instandsetzung und eventuell auch eine Ersatzbeschaffung veranlasst werden.

***Übrigens:** Es kommt immer wieder vor, dass Patienten im Sanitätshaus aufgefordert werden, eine Gebühr für den Gebrauch eines Hilfsmittels zu zahlen und eventuell sogar einen entsprechenden Nutzungsvertrag zu unterschreiben. Bevor eine solche Unterschrift geleistet oder eine Leihgebühr gezahlt wird, sollte man sich bei der Krankenkasse erkundigen. Grundsätzlich besteht nur die Pflicht zu gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und zur Aufzahlung bei Überschreitung der sogenannten Festbetragsgrenzen.*

Ist ein Hilfsmittel defekt, sollte der Patient sich zunächst an den „Leistungserbringer“, also an die Stelle wenden, die das Hilfsmittel geliefert hat. Wird der Defekt nicht in einem vertretbaren Zeitraum behoben, wendet sich der Patient an seine Krankenkasse und bittet diese um Klärung. Dies ist auch erforderlich, wenn ein Hilfsmittel nicht ordnungsgemäß angepasst wurde oder aus anderen Gründen seine Funktion nicht erfüllt. In solchen Fällen lohnt auch die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, der dazu verpflichtet ist zu überprüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt. Gegebenenfalls muss er seine ursprüngliche Verordnung ändern oder ergänzen. ■

Versorgung mit Heilmitteln

Marie S.:

Im Krankenhaus hat Marie S. eine junge Frau kennengelernt, die ebenfalls an Brustkrebs erkrankt war und bei der die Lymphknoten in den Achselhöhlen entfernt werden mussten. Die beiden Frauen haben sich angefreundet – nicht zuletzt, weil Marie S. der Bettnachbarin mit kleinen Handreichungen zur Seite stand. Die junge Frau hatte starke Schmerzen im linken Arm, der nach der Operation angeschwollen war – Lymphödem, so lautete die Diagnose. Auch nach der stationären Behandlung sind Marie S. und ihre ehemalige Bettnachbarin in Kontakt geblieben. Der Zufall stand Pate: Der Therapeut, zu dem die junge Frau regelmäßig zur Lymphdrainage muss, hat seine Praxis bei Marie S. um die Ecke.

ist angegeben, wie viele Therapiesitzungen durchzuführen sind und eventuell sogar, wie lange diese dauern sollten. Wer beispielsweise nach einer Brustkrebsoperation an einer chronischen Lymphabflussstörung leidet, kann vom Arzt eine „manuelle Lymphdrainage einschließlich Kompressionsbandagierung“ mit einer Therapiedauer von jeweils 45 oder 60 Minuten verordnet bekommen. Bei der ersten Verordnung können bis zu zehn Behandlungseinheiten verschrieben werden. Der G-BA empfiehlt dabei, die Behandlungen mindestens einmal pro Woche durchführen zu lassen.


***Übrigens:** Ist eine Behandlung aus Sicht des Arztes auch nach Ausschöpfung einer solchen „Regelbehandlung“ nicht abgeschlossen, so sind weitere Verordnungen möglich. Die zusätzlichen Verordnungen bedürfen jedoch einer besonderen Begründung mit Einschätzung des weiteren Krankheitsverlaufs durch den behandelnden Arzt.*

Lymphdrainagen, Massagen, Ergotherapie Lymphdrainagen oder medizinische Massagen gehören zu den so genannten Heilmitteln. Darunter versteht man ärztlich verordnete Dienstleistungen, die dem Zweck der Heilung dienen oder einen Heilerfolg sichern sollen. Im Heilmittelkatalog (www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/heilmittel/heilmittelkatalog/) ist aufgeführt, welche Maßnahmen in welchen Fällen verordnet werden können. Eine „Anlage zur Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses“ regelt, welche Maßnahmen von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Heilmittel dürfen nur verordnet werden, wenn der G-BA in einer Richtlinie den „therapeutischen Nutzen“ ausdrücklich anerkannt hat. Im Heilmittelkatalog

Da auch im Bereich der Heilmittelversorgung das Wissenschaftlichkeits- und Wirtschaftlichkeitsprinzip gilt, werden von den gesetzlichen Krankenkassen zum Beispiel Kosten für Fußreflexzonenmassagen, eine Hippo-Therapie (Reittherapie) oder Saunabesuche und Ganzkörpermassagen nicht erstattet. Diese sowie vergleichbare Maßnahmen sind in einer „Anlage zu den Heilmittelrichtlinien“ als Dienstleistungen aufgeführt, die nicht von den behandelnden Ärzten zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden können und folglich nicht erstattungsfähig sind, weil ihnen kein anerkannter medizinischer Nutzen zukommt. ■

Wer hilft, wenn der Alltag nicht selbstständig gemeistert werden kann?

Louise B.:



Immer wieder drängen die Kollegen Louise B., wegen ihres hartnäckigen Hustens einen Arzt aufzusuchen. Der Hausarzt schickt die 52-jährige Frau zum Lungenfacharzt, der als spezielle Untersuchung eine Kernspintomographie veranlasst. Lungenkrebs – die Diagnose wirft die Frau völlig aus der Bahn. Sie hat nie geraucht, ist aber immer viel von Rauchern umgeben gewesen. Warum gerade ich? – mit dieser Frage quält sie sich tagelang.

Doch Louise B. beschließt, nicht mit ihrem Schicksal zu hadern, sich der Herausforderung zu stellen, nicht aufzugeben, sondern dem Krebs den Kampf anzusagen.

Es folgt die Operation, in der ein Teil des linken Lungenflügels entfernt wird. Da der Tumor bereits die Lymphknoten befallen hat, raten die Ärzte zusätzlich zu einer Chemotherapie. Die Behandlung hinterlässt aber ihre Spuren: Kurzatmigkeit und ein Gefühl unendlicher Schwäche quälen Louise B. An eine Rückkehr an den Arbeitsplatz ist vorerst nicht zu denken. Schlimmer noch: Die alleinstehende Frau kann sich nicht mehr selbst zu Hause versorgen. Ihr Mann ist vor zwölf Jahren durch einen Autounfall verstorben und ihre 28-jährige Tochter arbeitet als Hotelfachfrau in Barcelona und ist nicht abkömmlich, um der Mutter zu helfen. Was tun? ■

Häusliche Krankenpflege nutzen

So wie Louise B. benötigen viele Krebspatienten vorübergehend Hilfe bei der täglichen Versorgung. In solchen Fällen ist eine häusliche Krankenpflege möglich, die nicht mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verwechseln ist: Die häusliche Krankenpflege ist eine Leistung der gesetzlichen Kran-

kenkassen. Sie muss durch den behandelnden Arzt verordnet und durch die Krankenkassen bewilligt werden. Sie setzt insbesondere voraus, dass keine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang pflegen kann. Der Haushaltsangehörige, der für die Krankenpflege in Frage kommt, muss ob-

Rund um die Hilfen im Alltag

ektiv in der Lage sein, die Pflege und Versorgung des Patienten tatsächlich zu übernehmen. Darüber hinaus muss die Hilfeleistung auch subjektiv zumutbar sein, was insbesondere bei Kindern und Berufstätigen oft problematisch sein kann.

Die häusliche Krankenpflege kann verschiedene Maßnahmen umfassen. Das sind die:

- Behandlungspflege** ■ Behandlungspflege, also Maßnahmen, die aufgrund eines ärztlichen Behandlungsplans erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (dazu können zum Beispiel Verbandswechsel, Arzneimittelgaben, das Setzen von Injektionen oder die Überwachung von Blutdruck oder Blutzucker gehören),
- Grundpflege** ■ Grundpflege, also Hilfe bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens (zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege), und die
- hauswirtschaftliche Versorgung** ■ hauswirtschaftliche Versorgung. Hierzu gehören Maßnahmen, die notwendig sind, damit eine Weiterführung des Haushalts möglich ist (zum Beispiel das Einkaufen, die Zubereitung von Speisen, die Versorgung mit sauberer Wäsche und Kleidung oder das Reinigen der Wohnung).

Krankenhausersatzpflege Die häusliche Krankenpflege wird einerseits als sogenannte Krankenhauseratzpflege gewährt, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Andererseits wird sie in Form der sogenann-

ten Behandlungssicherungspflege gewährt, um die ambulante ärztliche Behandlung durch pflegerische Maßnahmen mit medizinischem Charakter zu unterstützen, was zu einer Verkürzung der Behandlung und einer Verminderung des ärztlichen Aufwands führen soll.

Behandlungssicherungspflege

Übrigens: Die Krankenkassen und vor allem die Wohlfahrtsverbände und Sozialstationen helfen bei der Vermittlung von Pflegepersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Es ist aber ebenso möglich, sich selbst eine Pflegekraft zu besorgen und die Kosten mit der Krankenkasse abzurechnen. Dazu muss aber unbedingt zuvor die Kostenzusage der Krankenkasse eingeholt werden.

Krebspatienten benötigen meist die Krankenhauseratzpflege. Die Leistungen umfassen dabei die sogenannte Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Diese Leistungen werden grundsätzlich nur bis zu vier Wochen je Krankheitsfall gewährt. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen aber auch für einen längeren Zeitraum bewilligen.

Übrigens: Ist im Einzelfall die sogenannte Behandlungssicherungspflege erforderlich, so umfasst diese grundsätzlich nur Leistungen der Behandlungspflege. Allerdings räumen manche Krankenkassen in ihrer Satzung Mehrleistungen ein. So kann möglicherweise auch ein Anspruch auf Grundpflegeleistungen und auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen. Es ist deshalb sinnvoll, die jeweilige Krankenkasse um eine gezielte Beratung zu bitten. ■

Haushaltshilfe: Was tun, wenn Kinder eine Zeitlang nicht versorgt werden können?

Eine der großen Sorgen der jungen Brustkrebspatientin Marie S. bestand vor der Operation darin, dass sie ihre kleine Tochter Katrin aufgrund der Behandlung nicht beaufsichtigen kann. Da auch die Großeltern nicht so schnell zur Stelle sein konnten, befürchtete sie, Katrin müsse unbeaufsichtigt bleiben. Marie S. erhielt von ihrem behandelnden Arzt glücklicherweise einen guten Tipp: Können die Kinder nicht durch den Partner oder andere im Haushalt lebende Personen versorgt werden, so lohnt sich ein Antrag auf die Gewährung einer Haushaltshilfe bei der Krankenkasse.

Antrag auf die Gewährung einer Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe kann nicht nur für die Zeit eines Klinikaufenthaltes beantragt werden. Ein Anspruch besteht als ergänzende Leistung auch während einer besonders belastenden Behandlung, wie etwa einer Chemotherapie, und das auch, wenn diese ambulant durchgeführt wird sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme.

Die Haushaltshilfe umfasst grundsätzlich alle zur Weiterführung des Haushalts erforderlichen Dienstleistungen und geht damit über die hauswirtschaftliche Versorgung hinaus. Über die Beschaffung von Lebensmitteln und die Zubereitung von Mahlzeiten sowie die Pflege der Bekleidung und Wohnräume hinaus erstreckt sie sich auch auf die altersentsprechende Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern.

Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Außerdem muss der Versicherte vor der Inanspruchnahme der Haushaltshilfe den Haushalt selbst geführt und ihn im Wesentlichen selbst erledigt haben. Das Delegieren einzelner Aufgaben, wie zum Beispiel das Putzen, beeinträchtigt den Anspruch auf eine Haushaltshilfe nicht. Allerdings kann es sich ungünstig auf den Leistungsumfang auswirken, wenn die Eltern aufgrund der eigenen Berufstätigkeit die Versorgung der Kinder regelmäßig anderweitig sichergestellt haben. Wie weit eine Haushaltshilfe gewährt wird, kann deshalb immer nur im Einzelfall geklärt werden.

Kein Anspruch auf eine Haushaltshilfe besteht, wenn eine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann und ihr dies auch „zumutbar“ ist. Dabei kann nicht verlangt werden, dass sich der Haushaltsangehörige von einer Berufs- oder Ausbildungstätigkeit beurlauben lässt, um den Haushalt zu führen. Erwartet wird allerdings, dass der Betroffene an arbeitsfreien Wochenenden und Feiertagen unter Zurückstellung seiner Freizeitinteressen den Haushalt führt.

Die Haushaltshilfe wird üblicherweise von der Krankenkasse gestellt. Bei ihrer Vermittlung sind oft auch

Kein Anspruch auf eine Haushaltshilfe

Rund um die Hilfen im Alltag

die örtlichen Sozialdienste und gegebenenfalls die Freien Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland) behilflich. Ihre regionalen Anlaufstellen sind bei der Krankenkasse, im Internet oder über die Telefonauskunft zu erfahren.

selbst organisierte Haushaltshilfe
Im Einzelfall besteht auch die Möglichkeit, eine Erstattung der Kosten für eine selbst organisierte Haushaltshilfe zu erlangen, zum Beispiel wenn Kinder durch eine ihnen vertraute Person versorgt werden sollen. Wird eine Haushaltshilfe nicht durch die Krankenkasse, sondern selbst organisiert, so ist eine vorherige Antragstellung bei der Krankenkasse erforderlich. Nur so kann diese prüfen, ob berechtigte Gründe für eine Selbstbeschaffung vorliegen. Ohne vorherigen Antrag

läuft der Versicherte Gefahr, die Kosten der Haushaltshilfe selbst tragen zu müssen. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn diese Aufgabe Familienangehörige ersten oder zweiten Grades übernehmen. Der Gesetzgeber unterstellt, dass Menschen, die mit dem Erkrankten eng verwandt oder verschwägert sind, die Hilfe aufgrund der familiären Bindung unentgeltlich leisten.

Übrigens: *Helpen Familienangehörige ersten oder zweiten Grades, die ansonsten üblicherweise nicht im Haushalt leben, bei der Betreuung des Kindes oder der Kinder, so kann die Krankenkasse die entstandenen Fahrtkosten und gegebenenfalls den Verdienstaufschlag erstatten. Diese Kosten dürfen allerdings nicht die Ausgaben übersteigen, die für eine nicht verwandte oder verschwägerte Haushaltshilfe entstanden wären. Die Erstattung ist eine Ermessensleistung der Krankenkasse, die Kostenübernahme sollte deshalb ebenfalls unbedingt zuvor geklärt werden.* ■

Pflegeversicherung – wann gibt es Leistungen?

Gesetzliche Pflegever- sicherung

Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung kann generell erhalten, wer im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert ist, die notwendige Vorversicherungszeit erfüllt hat und pflegebedürftig wird. Es gilt dabei der Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“. Wer der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, ist damit zwangsläufig auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung pflichtversichert. Wer jedoch eine private Krankenversicherung hat, muss auch eine private Pflegeversicherung unterhalten. Hierzu bieten die privaten Krankenversicherer ihren Kunden entsprechende private Pflegeversicherungen an. Es besteht aber auch die Möglichkeit, die private Pflegeversicherung nicht bei dem Krankenversicherer, sondern bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen.

In der sozialen Pflegeversicherung sind die Vorversicherungszeiten erfüllt, wenn der Versicherte in den zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre lang Mitglied war.

Pflegebe- dürftigkeit

Selbstverständlich muss eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten. Gemäß der gesetzlichen Definition sind Personen pflegebedürftig, wenn sie aufgrund „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens

sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der dauerhaften Hilfe bedürfen.“

Bei der Frage, ob Pflegebedürftigkeit besteht oder nicht, kommt es somit nicht auf den gesamten pflegerischen Aufwand an. Der Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit bezieht sich nur auf bestimmte Verrichtungen im täglichen Leben. Hierzu zählen:

- die Körperpflege, also das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung;
- die Ernährung, also das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung;
- die Mobilität, also das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- die hauswirtschaftliche Versorgung, also das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Die Pflegeversicherung übernimmt damit lediglich die erforderlichen Hilfeleistungen in bestimmten Teilbereichen des Lebens. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit für mindestens sechs Monate besteht. Das erfordert eine Beurteilung der voraussichtlichen weiteren gesundheitlichen Entwicklung und der zu erwartenden Entwicklung des Pflegebedarfs. ■

Hilfe zur Pflege

Hilfe zur Pflege

Können die Pflegekosten – ob im häuslichen Bereich oder bei einer Unterbringung im Pflegeheim – nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden und reichen die Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht aus, kann der nicht gedeckte Anteil vom Sozialhilfeträger als „Hilfe zur Pflege“ übernommen werden. Dies kommt zum Beispiel zum Tragen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschöpft sind, aber ein darüber hinausgehender ungedeckter Pflegebedarf besteht. Dabei ist zu beachten, dass die Leistungen der Pflegeversicherung zuerst in Anspruch genommen

werden müssen. Leistungen der Hilfe zur Pflege werden beispielsweise auch erbracht, wenn kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht, weil die erforderlichen Vorversicherungszeiten nicht erfüllt sind oder der Pflegebedarf noch nicht die Pflegestufe I erreicht hat. Die Hilfe zur Pflege richtet sich inhaltlich – aber nicht im Umfang – nach den Leistungen der Pflegeversicherung. Die Hilfe zur Pflege beinhaltet also Leistungen bei häuslicher Pflege, für Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. ■

Wer zahlt das Pflegeheim?

Pflegeheim

Häufig tritt eine besondere finanzielle Notlage ein, wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich wird, da die Betroffenen die durch die stationäre Versorgung entstehenden Kosten nicht mehr selbst tragen können.

In dieser Situation werden vom Grundsicherungsträger regelmäßig in Abhängigkeit vom jeweiligen Bedarf der notwendige Lebensunterhalt in Einrich-

tungen sowie Leistungen der Hilfe zur Pflege erbracht:

Der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen erfasst dabei neben den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung auch die Aufwendungen für Kleidung und einen angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung, der für volljährige Hilfebedürftige derzeit 97 EUR im Monat (Stand Januar 2010) beträgt. ■

Wann wird auf Einkommen und Vermögen des Hilfebedürftigen zurückgegriffen?

Grundsicherungsleistungen erhält nur, wer seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten kann. Zu berücksichtigen ist dabei auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners, wobei Gleiches auch für nichteheliche Lebensgemeinschaften gilt. Bei der Überprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch den Sozialhilfeträger haben Betroffene sowie unterhaltspflichtige Angehörige, Lebenspartner, Lebensgefährten, Arbeit-

geber und auch Finanzämter mitzuwirken. Die Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen richtet sich in solchen Situationen danach, welche Hilfeleistung konkret in Anspruch genommen werden soll. Dabei gibt es verschiedene Ausnahme- und Sonderregelungen. Beispielsweise bleiben kleinere Barbeträge oder ein angemessenes Hausgrundstück, das vom Hilfebedürftigen oder Angehörigen bewohnt wird, bei der Gewährung von Leistungen grundsätzlich unberücksichtigt. ■

Wann werden Kinder zur Kasse gebeten?

Insbesondere wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich wird, stellt sich schnell die weitere Frage, ob die Kinder vom Sozialhilfeträger zur Kasse gebeten werden können. Häufig schalten sogar die Pflegeheime die Sozialhilfeträger direkt ein, die dann umfangreiche Formulare zur Antragstellung an die Betroffenen oder die Angehörigen versenden und Informationen zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen verlangen.

Reicht das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen des Hilfebedürftigen nicht aus, um den Bedarf zu decken, werden Unterhaltsansprüche, die der Hilfebedürftige gegenüber Verwandten ersten Grades, also gegenüber den Eltern oder den Kindern, hat, auf den Sozialhilfeträger übergeleitet. Kommt der Unterhaltsverpflichtete den Unterhaltszahlungen nicht nach, erhält der Hilfebedürftige bzw. das Pflegeheim die erforderlichen Leistungen unmittelbar vom Sozialhilfeträger. Dieser macht den Unterhaltsanspruch dann aber gegenüber dem Unterhaltsverpflichteten geltend. Hierbei sind verschiedene Sonder- und Ausnahmeregelungen zu berücksichtigen. Da die Berechnung etwaiger Unterhaltsansprüche der Eltern gegenüber ihren Kindern sehr kompliziert ist und maßgeblich von der Rechtsprechung der Familiengerichte bestimmt

wird, lohnt es sich, in jedem Fall eine Beratung, beispielsweise durch einen im Sozialrecht spezialisierten Rechtsanwalt, in Anspruch zu nehmen. Häufig kann der von den Sozialämtern zunächst berechnete Unterhaltsanspruch durch Ausschöpfung aller rechtlichen Möglichkeiten verringert und damit die Belastung der Kinder minimiert werden. Die Betroffenen sollten sich möglichst frühzeitig über die rechtlichen Rahmenbedingungen informieren – möglichst schon dann, wenn die Unterbringung in einem Pflegeheim in naher Zukunft wahrscheinlich wird. So lässt sich gewährleisten, dass alle Optionen ausgeschöpft werden können.

***Übrigens:** Bei Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, also wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim nicht notwendig ist, bleiben Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegenüber ihren Kindern und Eltern regelmäßig unberücksichtigt. Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung insbesondere die „verschämte Altersarmut“ verhindern. Der Sozialhilfeträger macht keine Unterhaltsansprüche geltend, soweit das jährliche Gesamteinkommen des Unterhaltsverpflichteten unter einem Betrag von 100.000 Euro liegt. Dies wird grundsätzlich vermutet, eine Überprüfung erfolgt nur, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein höheres Gesamteinkommen erzielt wird. Diese Besonderheit gilt aber nicht, wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich ist.* ■

Wieder fit werden für Alltag und Berufsleben

medizinische Rehabilitation

Für Krebspatienten hat neben der beruflichen und sozialen Rehabilitation die medizinische Rehabilitation besondere Relevanz: Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu beseitigen, zu mildern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern. Der Genesungsprozess des Patienten soll optimal unterstützt werden, damit dieser wieder sein normales Leben aufnehmen und gegebenenfalls auch an seinen Arbeitsplatz zurückkehren kann. Die medizinische Rehabilitation kann stationär oder auch ambulant in einer Einrichtung in der Nähe

des Wohnortes des Patienten erfolgen. Ein Anspruch auf eine stationäre Leistung besteht, wenn die ärztliche Behandlung oder ambulante Reha-Maßnahmen nicht ausreichen.

Ob stationär oder ambulant, die Reha-Maßnahmen werden stets ärztlich geleitet, wobei jedoch ein ganzes Team von Mitarbeitern, wie etwa Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Sporttherapeuten oder auch Psychologen, beteiligt ist, um den Patienten wieder „fit“ für das Alltagsleben zu machen. ■

Anschlussheilbehandlung oder Festigungskur

Anschluss- rehabilitation

Eine Form der medizinischen Rehabilitation ist die Anschlussheilbehandlung, auch Anschlussrehabilitation genannt. Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation kann eine Anschlussrehabilitation stattfinden. Diese wird in besonderen Nachsorgeeinrichtungen ambulant oder stationär erbracht.

Rehabilitationsträger (Reha-Träger) – das sind die Institutionen, die die Kosten der Maßnahme übernehmen – sind unter anderem die Rentenversicherungsträger, die Krankenkassen, die Jugendhilfe oder die Sozial-

hilfeträger. Wer im Einzelfall zuständig ist, lässt sich bei den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (www.reha-sevicestellen.de) erfragen. Hilfestellung leisten zudem die Mitarbeiter des Sozialdienstes in der Klinik.

Möglich ist ferner eine sogenannte Nach- oder Festigungskur im Sinne einer onkologischen Rehabilitation. Mit diesen onkologischen Nachsorgeleistungen sollen eine gesundheitliche Stabilisierung herbeigeführt und Funktionsstörungen beseitigt werden. Durch gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollen

Durch Rehabilitation zurück an den Arbeitsplatz?

onkologische Rehabilitation

die körperlichen und seelischen Folgen der Tumorerkrankung gemildert oder bestenfalls beseitigt werden. Die onkologische Rehabilitation kann ebenfalls sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden.

Die Dauer ist von der Diagnose und dem Verlauf der Erkrankung abhängig. Die Maßnahme beträgt regelmäßig drei Wochen, kann aber bei medizinischer

Notwendigkeit auch länger erbracht werden. Voraussetzung ist, dass die Diagnose geklärt und die operative Behandlung einschließlich einer Strahlentherapie abgeschlossen ist. Onkologische Nachsorgeleistungen werden nur bis zum Ablauf eines Jahres nach der Erstbehandlung oder bei Komplikationen oder erheblichen Funktionsstörungen bis zu zwei Jahren nach beendeter Erstbehandlung erbracht. ■

Stufe für Stufe zurück in die Arbeitswelt

stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben

Ziehen sich die Krebserkrankung und ihre Behandlung in die Länge, so kommt im Rahmen der Reha-Maßnahmen auch das Konzept der stufenweisen Wiedereingliederung in das Arbeitsleben in Betracht, auch bekannt als „Hamburger Modell“. Es geht bei dieser Art der beruflichen Rehabilitation darum, Menschen, die lange Zeit krank waren und in ihrer Leistungsfähigkeit noch eingeschränkt sind, nach und nach wieder in das Arbeitsleben zu integrieren.

Je nach Krankheitsbild wird die Arbeit dabei zunächst mit einigen wenigen Stunden täglich wieder aufgenommen und möglichst bis hin zur vollen Arbeitszeit gesteigert.

Dabei wird von den Ärzten der Reha-Einrichtung in Abstimmung mit dem Versicherten, dem Arbeitgeber und dem behandelnden Hausarzt ein Wiedereingliederungsplan erarbeitet. In der Regel beträgt die stu-

fenweise Rückkehr an den Arbeitsplatz vier bis acht Wochen. Der Betreffende erhält während dieser Zeit ein Übergangsgeld von dem Leistungsträger, bei dem die Maßnahme beantragt wurde (Rehabilitationsträger). Sind besondere Einrichtungen am Arbeitsplatz bis hin zu einem behindertengerechten Arbeitsplatz notwendig, so können den Arbeitgebern entsprechend Zuschüsse gewährt werden. ■



Wer hilft im Antrags-Dschungel?

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 kann sich selbstverständlich direkt an einen Rehabilitationsträger wenden. Dieser muss innerhalb von zwei Wochen entscheiden, ob er tatsächlich für den Betreffenden zuständig ist. Ist das nicht der Fall, so muss er den Antrag unverzüglich an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten. Dieser darf den Antrag nicht mehr weiterleiten, sondern muss direkt über den Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen entscheiden.

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.*

Wann und wo die Reha-Maßnahmen erfolgen, bestimmt der jeweilige Reha-Träger. Allerdings haben die Patienten ein Wunsch- und Wahlrecht. So kann bei der stationären medizinischen Rehabilitation durchaus auch eine andere als die vom Leistungsträger vorgeschlagene Einrichtung gewählt werden. Der Leistungsträger hat dann die Kosten zu ersetzen, die in der von ihm vorgesehenen Einrichtung entstanden wären. Es sollte jedoch zur Vermeidung finanzieller Risiken in jedem Fall zuvor die Kostenübernahme mit dem zuständigen Reha-Träger geklärt werden.

Davon unabhängig, ist generell zu beachten, dass im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Zuzahlungen anfallen können. Sie hängen von den jeweiligen Reha-Maßnahmen ab. ■

Chance für ein selbstbestimmtes Leben

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 die Betroffenen – dazu gehören auch Krebspatienten mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen (Behinderung) – 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.

Das Persönliche Budget wird üblicherweise am Monatsanfang für den gesamten Monat in Geld ausbezahlt und hat eine Mindestlaufzeit von sechs Monaten.

Eine Ausnahme sind Leistungen der Pflegeversicherung, die als Gutscheine ausgegeben werden: Diese können aber nur bei Pflegediensten eingelöst werden, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen haben, also von diesen zugelassen sind.

Beim „Persönlichen Budget“ können verschiedene Leistungsträger beteiligt sein. Dazu gehören die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferfürsorge, die Jugend- und Sozialhilfeträger sowie die Integrationsämter.

Um das Budget zu erhalten, muss der Antrag bei einem Leistungsträger oder trägerübergreifend bei zwei und mehr Leistungsträgern oder auch bei der gemeinsamen Reha-Service-Stelle gestellt werden, die im Internet unter www.reha-servicestellen.de zu erreichen ist.

Weiterführende Informationen gibt es unter www.einfach-teilhabe.de, 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. ■

Praxisgebühr und Co.

Zwar haben Patienten, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, grundsätzlich ein Recht auf eine stationäre und eine ambulante Versorgung, auf Arzneimittel und weitere Leistungen. Das bedeutet aber nicht, dass sie diese Leistungen zum Nulltarif bekommen. Vielmehr sind in aller Regel bestimmte

Zuzahlungen

Eigenleistungen, die sogenannten Zuzahlungen, gesetzlich festgeschrieben. Diese Zuzahlungen betragen zehn Prozent der Kosten, sie sind allerdings nach oben begrenzt und betragen pro Zuzahlung maximal 10 Euro. Auch nach unten wurde eine Grenze definiert. Sie liegt bei 5 Euro. Kostet die Leistung weniger, so hat der Patient den tatsächlichen Preis zu zahlen.

Praxisgebühr

Vertraut dürfte allen Patienten die Zuzahlung beim Arztbesuch sein, bekannter als sogenannte „Praxisgebühr“. Die Eigenleistung beträgt hierbei 10 Euro pro Quartal, die direkt in der Arztpraxis zu entrichten sind. Ist ein Facharztbesuch notwendig, so muss in der Facharztpraxis keine erneute Praxisgebühr entrichtet werden, sofern der Patient eine entsprechende Überweisung erhalten hat und den Facharzt noch im gleichen Quartal aufsucht.

Arzneimittel- Zuzahlung

Zuzahlungen sind auch bei Arzneimitteln erforderlich, und zwar gelten ebenfalls die genannten Grenzen von mindestens 5 und höchstens 10 Euro. Keine Zuzahlung ist zu entrichten, wenn der Patient ein besonders preiswertes Präparat erhält. Dabei dürfen die Krankenkassen feste Beträge, die sie erstatten, die so genann-

ten Festbeträge (siehe Anhang), bestimmen, sofern mehrere Präparate mit gleichem Wirkstoff im Handel sind. Arzneimittel, deren Preis 30 Prozent unter diesem Festbetrag liegen, werden von den Krankenkassen ohne Zuzahlung erstattet.

Festbeträge

Seit Januar 2009 gibt es außerdem die Regelung, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei bestimmten Präparaten nicht mehr den Einzelpreis des jeweiligen Arzneimittels erstatten müssen, sondern nur den Festbetrag, der für eine Gruppe von vergleichbaren Präparaten festgelegt wurde. Ist das verordnete Mittel teurer, so muss der Patient den Mehrpreis aus eigener Tasche zahlen – plus selbstverständlich der gesetzlichen Zuzahlung für den erstatteten Kostenanteil.

Zuzahlungen sind auch bei einem Krankenhausaufenthalt zu leisten. Sie betragen 10 Euro pro Kalendertag, wobei die Zuzahlung aber nur für maximal 28 Tage pro Jahr geleistet werden muss. Dabei können mehrere Krankenhausaufenthalte in einem Jahr zusammengekommen werden, so dass die maximale Zuzahlung bei stationärer Behandlung 280 Euro pro Kalenderjahr beträgt.

Zuzahlung bei Klinik- aufenthalt

Ähnlich ist es bei der häuslichen Krankenpflege, bei der ebenfalls eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Tag zu entrichten ist. Auch bei der häuslichen Krankenpflege gilt dabei die Obergrenze von 280 Euro pro Kalenderjahr.

Zuzahlung häusliche Krankenpflege

Zuzahlungen – was muss der Patient selbst bezahlen?



Übrigens: Wird eine Zuzahlung geleistet, so sollte man als Patient den Beleg hierfür sorgfältig aufheben. Bei einem zweiten Klinikaufenthalt im gleichen Jahr lässt sich rasch nachprüfen, ob weitere Zuzahlungen rechtens sind oder nicht. Zuzahlungen für Tage im Krankenhaus werden bei der Obergrenze der Zuzahlung bei der häuslichen Krankenpflege angerechnet.

Zuzahlung Haushaltshilfe Werden die Kosten einer Haushaltshilfe von der Krankenkasse übernommen, so müssen die Versicherten

im Normalfall ebenfalls eine Zuzahlung leisten, die bei zehn Prozent der anfallenden Kosten liegt. Die Grenzen liegen bei der Haushaltshilfe bei mindestens 5 und maximal 10 Euro pro Kalendertag. Eine zeitliche Begrenzung der Zuzahlungspflicht besteht nicht, vielmehr gilt diese über den gesamten Zeitraum, in dem eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen wird.

Auch bei den Heilmitteln sowie bei Hilfsmitteln müssen Versicherte, wie bei den Arzneimitteln, eine Zuzahlung leisten, ebenfalls mit der Ober- und Untergrenze von 10 und 5 Euro pro Verordnung. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, etwa Vorlagen, ist die Zuzahlung auf 10 Euro für den Monatsbedarf begrenzt.

**Zuzahlung Heilmittel/
Hilfsmittel**

Die Zuzahlung zu den Rehabilitationsmaßnahmen hängt von der Maßnahme selbst und vom jeweiligen Kostenträger ab.

Zuzahlung Rehabilitation

Übrigens: Teilweise vereinbaren die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Festbeträge für bestimmte Hilfsmittel. Gehen die Kosten im Einzelfall über diese Festbeträge hinaus, so hat der Versicherte die Mehrkosten – die so genannte Aufzahlung – selbst zu tragen. Diese Zusatzkosten können Versicherte oft vermeiden, denn die Krankenkassen geben auf Anfrage Auskunft darüber, wo das verordnete Hilfsmittel gegebenenfalls ohne eine Aufzahlung erhältlich ist.

Übrigens: Es empfiehlt sich, mit dem Steuerberater darüber zu sprechen, ob die Zuzahlungen, wie auch andere Krankheitskosten, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, über „Außergewöhnliche Belastungen“ bei der Steuererklärung berücksichtigt werden können. ■

Was tun, wenn die Belastungsgrenze erreicht ist?

Belastungs- grenze

Der Gesetzgeber hat dafür gesorgt, dass die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen nicht ins Uferlose steigen. So wurde eine finanzielle Belastungsgrenze festgelegt, die bei zwei Prozent des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens liegt. Es werden dabei alle Zahlungen zusammengerechnet. Außerdem gelten bestimmte Freibeträge, die vom jährlichen Einkommen der in einem Haushalt lebenden Angehörigen abgezogen werden können. Es gilt also: Die Belege über geleistete Zuzahlungen sollten sorgfältig aufbewahrt werden, um nachweisen zu können, dass die Belastungsgrenze erreicht wurde.

Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15 Prozent der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dieser beträgt im Jahr 2011 4.599 Euro, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10 Prozent der jährlichen Bezugsgröße; dies sind derzeit 3.066 Euro (Anmerkung: Der Anwendungsbereich der 10-Prozent-Regelung für weitere Angehörige hat nur noch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte Bedeutung). Der Freibetrag für Kinder beträgt derzeit 7.008 Euro. Kinder, die selbst Krankenversicherungsbeiträge zahlen, werden nicht berücksichtigt. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze hilft im Bedarfsfall die Krankenkasse.

Für Menschen mit schwerer chronischer Erkrankung ist eine niedrigere Belastungsgrenze gültig. Sie brauchen Zuzahlungen nur bis zu einer Höhe von einem Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens zu leisten. Von einer schweren chronischen Erkrankung ist auszugehen, wenn ein Patient sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit zum Arzt geht.

Zusätzlich muss er mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllen: Es wurde eine Pflegestufe 2 oder 3 festgestellt oder es liegt eine Schwerbehinderung mit einem „Grad der Behinderung“ von mindestens 60 Prozent vor oder eine Erwerbsminderung von 60 Prozent und mehr. Dabei muss im Bescheid zum Grad der Behinderung oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit als Ursache eine chronische Erkrankung angegeben sein. Oder es muss eine dauerhafte medizinische Versorgung erforderlich sein, damit die Krankheit sich nicht zu einem lebensbedrohlichen Zustand verschlimmert und/oder sich die Lebenserwartung und die Lebensqualität nicht spürbar verringern.

Wird im individuellen Fall die Belastungsgrenze erreicht, kann ein Antrag bei der Krankenkasse auf Befreiung von der Zuzahlungspflicht gestellt werden. ■

Leistungen sind vertraglich geregelt

Versicherungspflichtgrenze

Das Krankenversicherungssystem lässt Versicherungsfreiheit für Arbeiter oder Angestellte in der GKV zu, wenn deren Einkommen nicht nur die aktuelle Versicherungspflichtgrenze von 50.850 Euro (Stand 2012) überschreitet, sondern das Gehalt zudem in bereits drei aufeinander folgenden Kalenderjahren die jeweils zu diesem Zeitpunkt geltende Versicherungspflichtgrenze überstiegen hat. Eine Ausnahme besteht für Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der damals geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und eine private substitutive Krankenversicherung hatten. Für sie betrug die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2009 44.100 Euro. Welche Leistungen Versicherten zustehen, wird in diesem Kapitel erläutert.

Udo L.:

Udo L. ist Bauzeichner in einem Architekturbüro. Seit Jahren schon geht der 58-Jährige alle zwei Jahre zur Check-up-Untersuchung zu seinem Arzt. Er fühlt sich wohl und ist erstaunt, als sein Arzt ihm eröffnet, dass die Blutwerte nicht in Ordnung sind. Zu viele weiße Blutkörperchen, so heißt es. Der Befund bestätigt sich in einer zweiten Untersuchung und der Arzt überweist Udo L. an einen Hämatologen, einen Facharzt für Bluterkrankungen. In der Spezialpraxis wird die Diagnose einer „chronisch lymphatischen Leukämie“ gestellt. Udo L. wird darüber aufgeklärt, dass es

sich streng genommen nicht um eine Leukämie, sondern um ein Lymphom, also um eine bösartige Erkrankung des Lymphsystems, handelt. Trotzdem ist eine Behandlung zum derzeitigen Zeitpunkt nicht erforderlich, sagen die Ärzte. Die Erkrankung schreitet in aller Regel nur langsam fort. Eine Therapie ist erst sinnvoll, wenn Udo L. Symptome wie Nachtschweiß und Fieber entwickelt und an Gewicht verliert oder wenn es bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, die nun notwendig sein werden, Hinweise auf ein Fortschreiten der Erkrankung gibt.

Udo L. ist privat krankenversichert. Er hat damit keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Bauzeichner ist nie viel krank gewesen und hat sich bislang kaum darum gekümmert, welche Leistungen genau durch seine Krankenversicherung abgedeckt sind. Dies ist in dem Vertrag, den er mit seiner privaten Krankenkasse vor vielen Jahren abgeschlossen hat, genau geregelt. Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung gilt im Bereich der privaten Krankenversicherung Vertragsfreiheit. Mit anderen Worten: Nicht ein gesetzliches Regelwerk gibt vor, welche Leistungen der Versicherer jeweils zu erbringen hat, sondern der Vertrag, der zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, also

zum Beispiel Udo L., geschlossen wurde. Maßgeblich sind neben dem eigentlichen Vertrag die dem Vertrag zugrunde liegenden allgemeinen Versicherungsbedin-

gungen sowie der gewählte Tarif und die jeweiligen Tarifbedingungen, die sich durchaus im Laufe der Jahre ändern können. ■

Kein einheitlicher Leistungskatalog

Einzelfall- prüfung

Für Personen, die privat krankenversichert sind, gibt es grundsätzlich keinen einheitlichen Leistungskatalog. Ausnahme ist lediglich der sogenannte „Basistarif“, der im Zuge der Gesundheitsreformen vom Gesetzgeber eingeführt wurde. Es handelt sich dabei um einen Tarif mit verbindlichem Inhalt: Der Leistungsumfang des Basistarifs muss mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar sein.

Für Versicherte in den regulären Tarifen ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob ein Anspruch auf bestimmte Leistungen besteht. Vertraglich vereinbart ist in aller Regel die Übernahme von Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls und sonstige Bedingungen, wie zum Beispiel medizinische Leistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Aufwendungen bei Vorsorgeuntersuchungen. Der Begriff der Heilbehandlung wird dabei von der Rechtsprechung definiert als jede ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung, Besserung oder auch Linderung

der Krankheit abzielt. Ausreichend für den Eintritt des Versicherungsfalls ist also bereits eine Linderung. Eine Heilung ist – anders als es der Wortlaut nahelegt – für die Kostenübernahme nicht unbedingt erforderlich. Dieser Aspekt ist vor allem für Krebspatienten relevant.

Ob eine Behandlung tatsächlich medizinisch notwendig ist oder war, muss fallweise gerichtlich geklärt werden, zum Beispiel bei Ablehnung der Kostenüber-



Privat versichert – was ist anders?

nahme durch den Versicherer. Maßgeblich für die Beurteilung sind dabei die medizinischen Befunde und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der Zeit, als die Behandlung erfolgte.

Damit ist jedoch nicht gemeint, dass nur Methoden der Schulmedizin erstattet werden. Im Einzelfall kann auch eine Erstattungspflicht für Methoden der alternativen Medizin, beispielsweise der Naturheilverfahren, bestehen. Voraussetzung einer Erstattungspflicht ist aber in jedem Fall die Eignung der gewählten Behandlungsmethode. Die Wirkungsweise muss auf medizinischen Erkenntnissen beruhen und sie muss sich in der Praxis bewährt haben, das heißt, die Behandlung

muss eine medizinisch begründbare Aussicht auf Heilung oder Linderung haben.

Anders als bei den alternativen Behandlungsansätzen ist unter Umständen bei sogenannten Außenseitermethoden zu entscheiden. Diese sind dann nicht als vertretbar anzusehen, wenn die Schulmedizin eine überwiegend anerkannte Methode zur Heilung anbietet. Nur wenn dies nicht der Fall ist, kommt eine Erstattung der Kosten in Betracht. Allerdings muss die Methode grundsätzlich zur Erreichung des Behandlungsziels geeignet sein. Keine Erstattungspflicht besteht demnach, wenn wissenschaftliche Untersuchungen eine Wirkungslosigkeit ergeben haben. ■

Es gilt das Prinzip der „Vorkasse“

Der Versicherungsnehmer muss in aller Regel die Kosten, die durch Diagnostik und Therapie verursacht werden, zunächst selbst tragen. Er reicht die entstandenen Kosten anschließend bei dem Krankenversicherer ein und erhält eine Kostenerstattung. Ein Erstattungsanspruch entsteht dabei grundsätzlich erst durch die Vorlage der Originalrechnungen. Bei kostenaufwändigen Behandlungen erfolgt allerdings regelmäßig eine Zusicherung des Versicherers gegenüber dem Leistungserbringer (Arzt oder Klinik), so dass der Versicherungsnehmer in solchen Fällen nicht in Vorkasse treten muss. Bei einer stationären Behandlung geschieht dies beispielsweise durch Vorlage einer so genannten Klinikkarte, die der

Versicherungsnehmer vom Krankenversicherer erhalten hat.

Machen privat Krankenversicherte wie Udo L. Kosten für medizinische Leistungen geltend und lehnt der Versicherer die Erstattung ab, so droht oft eine gerichtliche Auseinandersetzung. Allerdings kann durch Hinzuziehen einer Schlichtungsstelle teilweise eine außergerichtliche Einigung erwirkt werden. Hierzu wendet man sich an den Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin oder den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstr. 13, 10117 Berlin, Telefon 0800-3696000. ■

Versicherungsombudsmann

Besonderheiten bestimmter Berufsgruppen

Bei bestimmten Berufsgruppen gibt es Besonderheiten bei der Krankenversicherung zu beachten. Das ist vor allem bei „Staatsdienern“ der Fall, also bei Soldaten, bei Polizisten, bei Beamten und Ruhestandsbeamten. Das Versorgungssystem bietet je nach Zugehörigkeit zu den Berufsgruppen zwei Leistungsarten, die Beihilfe und die Heilfürsorge, die ähnlich wie bei der privaten Krankenversicherung individuell gestaltet sein können.

So erhalten Beamte, also zum Beispiel Lehrer oder Finanzbeamte, ebenso wie ihre nicht berufstätigen Familienangehörigen, quasi als „Fürsorgepflicht“ eine **Beihilfe** zu ihren Krankheitskosten. Beamte haben in der Regel dabei einen Anspruch auf 50 Prozent der Krankheitskosten als Beihilfe, der Ehegatte erhält 70 Prozent und die Kinder sogar 80 Prozent. Allerdings gelten je nach Dienstherr und Bundesland unterschiedliche Beihilfeverordnungen, was auch beim Leistungsumfang Unterschiede bedingen kann. Die über die Beihilfe hinaus anfallenden Kosten müssen durch eine private Krankenversicherung abgedeckt werden oder der Beamte versichert sich als freiwilliges Mitglied zum Höchstbetrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Unabhängig von der Beihilfe werden bei bestimmten Beamtengruppen Krankheitskosten im Rahmen der **Heilfürsorge** (auch freie Heilfürsorge genannt) von ihrem Dienstherrn übernommen. Dazu gehören Poli-

zeivollzugsbeamte der Bundespolizei und der Länder, Beamte im Einsatzdienst der Berufsfeuerwehren und Landesfeuerweherschulen, Beamte, die in Justizvollzugsanstalten beschäftigt sind. Auch in diesem Bereich gibt es von Bundesland zu Bundesland Unterschiede. Die Beamten können die nicht übernommenen Krankkosten durch eine anteilmäßige private oder gesetzliche Krankenversicherung abdecken. Zu beachten ist aber, dass sich die Heilfürsorge nicht auf die Familienmitglieder erstreckt. Wenn diese nicht sozialversicherungspflichtig sind, können sie anteilmäßig privat oder gesetzlich versichert werden, den überwiegenden Anteil zahlt dann die Beihilfe dazu. Anders ist die Situation bei Polizisten, bei denen die Heilfürsorge Krankheitskosten in der Regel vollständig übernimmt, da davon ausgegangen wird, dass sie sich aufgrund ihres erhöhten Berufsrisikos nur mit hohen Kosten privat versichern könnten. Allerdings wurde die Heilfürsorge für Polizeibeamte in vielen Bundesländern abgeschafft und die Polizeibeamten dort erhalten Beihilfe.

Besondere Regelungen gelten für Soldaten der Bundeswehr. Sie haben Anspruch auf eine unentgeltliche, truppenärztliche Versorgung, wobei im Notfall, per Überweisung des Truppenarztes oder bei Auslandsurlauben anstelle eines Truppenarztes auch ein niedergelassener Arzt aufgesucht werden kann. Die Kosten für diese Behandlung werden dann vollständig übernommen. ■

**truppen-
ärztliche
Versorgung**

Heilfürsorge

Ein Muss: Die private Pflegeversicherung

Wer privat krankenversichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen, und das gilt auch für beihilfeberechtigte Personen. Diese Pflegeversicherung umfasst dabei Leistungen, die denen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Da es sich um einen privatrechtlichen Versicherungsvertrag handelt,

wird allerdings bei Ablehnung der Kostenübernahme einer Leistung durch die private Pflegekasse, anders als bei der gesetzlichen Pflegeversicherung, kein Widerspruchsverfahren durchgeführt. Es kann sofort Klage erhoben werden, die bei dem örtlich zuständigen Sozialgericht zu erheben ist. ■

Der Krebs kehrt zurück – das berufliche Aus für Walter K.?

Walter K.:

Gut drei Monate schon liegt die letzte Chemotherapie hinter Walter K. Der 48-Jährige beginnt aufzuatmen und zu hoffen. Die Zeit der Krebsbehandlung und die Erholungsphase sind ihm schwer gefallen. Ruhe halten, das lag dem Polier noch nie. Er will zurück in seinen Beruf, zurück zu seinen Kollegen, zurück in das quirlige Leben auf den Baustellen. Der Befund der Kontrolluntersuchung ist niederschmetternd: Der Darmkrebs ist wieder da. Ein Rezidiv, so sagen die Ärzte. Ein Rückfall des fast ein Jahr zuvor entdeckten Kolonkarzinoms. Operation und Chemotherapie haben den Krebs offenbar nicht besiegt. Im Gegenteil, er hat sich sogar ausgebreitet, hat Metastasen, also Tochtergeschwülste, in der Leber gebildet.

Trost in der Familie findet Walter K. im Moment nicht. Er, der immer so stark war, fällt nun aus. Neben seinen Ängsten, ob er den Darmkrebs besiegen wird, quälen ihn wirtschaftliche Probleme. Bisher hat er Krankengeld bekommen. Damit kamen er und seine Familie



einigermaßen über die Runden. Wie aber soll das weitergehen? Die Hypothek auf dem Haus ist noch nicht ganz abbezahlt, Klara, die 20jährige Tochter, hat gerade ihr Studium im fernen Münster begonnen, Judith, die 12-Jährige, besucht das Gymnasium. Der 400-Euro-Job seiner Ehefrau ist da nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

So wie Walter K. machen sich viele Menschen, die voll im Beruf stehen und an Krebs erkranken, Sorgen, wie es mit ihrem Berufsleben weitergehen wird, ob sie ihren Arbeitsplatz behalten und nach der Bewältigung der Erkrankung ihre gewohnte Tätigkeit wieder aufnehmen können. Fragen stehen im Raum, wie sie die

Zeit der Erkrankung finanziell überbrücken sollen und wie sie die wirtschaftliche Existenz ihrer Familie sichern können, wo sie das Geld für den Lebensunterhalt und für die Ausbildung der Kinder herschaffen sollen, wenn eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht mehr möglich sein sollte. ■

Wann kann der Arbeitgeber krankheitsbedingt kündigen?

Vor allem die Sorge, aufgrund der Erkrankung und der damit verbundenen Ausfallzeiten gekündigt zu werden, quält viele erwerbstätige Krebspatienten. Unterliegt das Arbeitsverhältnis dem Kündigungsschutzgesetz, so ist eine sogenannte personenbedingte Kündigung nur möglich, wenn

Kündigungsschutzgesetz

keine Positivprognose

■ zum Zeitpunkt der Kündigung eine negative Prognose hinsichtlich des zukünftigen Gesundheitszustandes des Arbeitnehmers besteht,

dauernd eingeschränkte Leistungsfähigkeit

■ die nach der Prognose zu erwartenden Auswirkungen des Gesundheitszustandes des Arbeitnehmers zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen des Arbeitgebers (Störungen im Betriebsablauf, wirtschaftliche Belastungen) führen und

Interessenabwägung

■ im Rahmen einer Interessenabwägung die berechtigten betrieblichen Beeinträchtigungen überwiegen und zu einer nicht mehr hinzunehmenden Belastung des Arbeitgebers führen.

Da die krankheitsbedingte Kündigung durch den Arbeitgeber somit an die Abwägung der individuellen In-

teressen gebunden ist, lohnt es sich, prüfen zu lassen, ob eine Kündigungsschutzklage Aussicht auf Erfolg hat. Hierbei sind Fristen zu berücksichtigen, denn eine entsprechende Klage muss innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Kündigung beim zuständigen Arbeitsgericht eingegangen sein. Wer die Frist verstreichen lässt, hat damit die Kündigung akzeptiert. Formal richtet sich die Klage auf eine Wiedereinstellung. Wenn der Arbeitgeber das Klageverfahren vermeiden will oder befürchtet, vor Gericht zu verlieren, ist es von Fall zu Fall geschickt, eine hohe Abfindungszahlung zu fordern.

Kündigungsschutzklage

Klagefrist:
drei Wochen nach Zugang der Kündigung

Übrigens: *Schwerbehinderte haben ebenso wie Schwangere, Mütter und Väter in Elternzeit oder Mitarbeiter, die für Angehörige eine „Pflegezeit“ beantragt haben, einen zusätzlichen besonderen Kündigungsschutz. Ohne Zustimmung der Behörden ist die Kündigung nicht wirksam. Es kann deshalb sinnvoll sein, im Falle einer Krebserkrankung relativ frühzeitig einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung oder eine sogenannte Gleichstellung zu stellen. Der besondere Kündigungsschutz gilt nur, wenn der Antrag positiv beschieden wurde oder bereits mindestens drei Wochen vor Ausspruch der Kündigung eingereicht wurde.* ■

Lohnfortzahlung und Krankengeld

Wird ein Arbeitnehmer krankheitsbedingt arbeitsunfähig, was bei einer Krebserkrankung meist der Fall ist, so muss er dies unverzüglich seinem Arbeitgeber anzeigen. Er muss außerdem eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit vorlegen, sofern diese länger als drei Tage andauert. Der Arbeitgeber ist auch berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so hat der Arbeitnehmer das Recht auf eine Fortzahlung des Arbeitslohns für maximal sechs Wochen, und zwar in der Höhe, die der Arbeitnehmer im Normalfall erzielt hätte, wäre er gesund gewesen. Erhält der Arbeitnehmer eine auf das Ergebnis der Arbeit abgestellte Vergütung (zum Beispiel eine Provision), so ist der Durchschnittsverdienst als Richtschnur heranzuziehen.

Die Lohnfortzahlung erfolgt ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Arbeitgeber kann die Fortzahlung des Lohns aber verweigern, solange der Arbeitnehmer den oben beschriebenen Anzeige- und Nachweispflichten nicht nachkommt.

Was ist, wenn ich nach der Operation wieder arbeiten gehe? Walter K. wollte dies zumindest versuchen. Dabei ist die folgende Regelung zu beachten: Ist ein Arbeitnehmer zunächst wieder arbeitsfähig, erkrankt dann jedoch nochmals aufgrund der gleichen Krankheit wie zuvor, so besteht unter Umständen ein erneuter Anspruch auf eine maximal sechswöchige Lohn-

fortzahlung. Voraussetzung hierfür ist, dass zwischen den beiden Phasen der Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate verstrichen sind. Somit kann also unter Umständen der Anspruch auf die Fortzahlung des Arbeitslohns nach der Wiederaufnahme der Arbeit im erneuten Krankheitsfall ausgeschlossen sein.

Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Wochen, so haben gesetzlich Versicherte regelmäßig einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld durch die Krankenkasse. Auch Walter K. erhält Krankengeld von seiner Krankenkasse. Zwar erholt er sich relativ rasch von der Darmkrebs-Operation, doch es ist anschließend eine Chemotherapie erforderlich, die sich über mehrere Monate hinzieht. Die Behandlung erfolgt ambulant, in die Klinik muss Walter K. nicht. An die schwere Arbeit auf der Baustelle aber ist nicht zu denken und er beantragt die Zahlung von Krankengeld bei seiner Krankenkasse.

Selbstverständlich ist bei der Zahlung von Krankengeld, ebenso wie bei der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit erforderlich. Gezahlt wird das Krankengeld nach Ablauf der Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber für maximal 78 Wochen. Es ist nicht so hoch wie das Gehalt des Arbeitnehmers, sondern liegt bei nur 70 Prozent des vor der Krankheit erzielten beitragspflichtigen Lohns, für den der Arbeitnehmer Beiträge an

Anspruch auf Krankengeld

Existenzsicherung – wovon soll ich leben?

die Krankenkassen entrichtet hat. Krankengeld wird innerhalb einer Blockfrist von drei Jahren wegen derselben Krankheit längstens für 78 Wochen gezahlt. Tritt während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Nach Beginn eines neuen Dreijahres-Zeitraumes besteht wegen derselben Krankheit ein erneuter Anspruch auf Krankengeld nur dann, wenn der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate wegen dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig

und erwerbstätig war bzw. der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Übrigens: Es ist ratsam, sich sofort von seinem Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen zu lassen. Denn eine „rückwirkende Krankschreibung“ ist nicht möglich. Die Zahlung des Krankengeldes erfolgt erst ab dem Tag, nach dem der Arzt die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich in Form einer entsprechenden Bescheinigung dokumentiert hat, beim Krankengeld also ab dem Tag, der auf den Tag der Feststellung folgt. ■

Arbeitslosengeld trotz Arbeitsvertrag – schon von der Nahtloskeitsregelung gehört?

Vor allem bei Krebserkrankungen kann infolge der zum Teil langwierigen Behandlung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durchaus 78 Wochen übersteigen. Das ist nicht selten der Fall, wenn es wie bei Walter K. zum Auftreten eines Rezidivs kommt. Den Patienten steht dann häufig Arbeitslosengeld zu, was jedoch viele nicht wissen.

Arbeitslosengeld Einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat grundsätzlich, wer arbeitslos ist, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und die sogenannte Anwartschaftszeit erfüllt hat. Arbeitslos ist, wer nicht beschäftigt ist (Beschäftigungslosigkeit), sich bemüht, die Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen) und den Vermittlungen der Arbeitsagentur

zur Verfügung steht (Verfügbarkeit). Die Anwartschaftszeit hat regelmäßig erfüllt, wer innerhalb der vergangenen zwei Jahre mindestens zwölf Monate im Rahmen eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses gestanden hat. Das Arbeitslosengeld wird dann längstens für sechs bis 24 Monate gezahlt, wobei sich die tatsächliche Bezugsdauer nach der Dauer der vorherigen Beschäftigung richtet und nach dem Alter des Antragsstellers. Die Höhe der Zahlung ist abhängig vom Familienstand, von der jeweiligen Lohnsteuerklasse und von der Höhe des vorherigen Lohns.

Der Arbeitgeber von Walter K. schätzt dessen Arbeit sehr und hat diesem trotz seiner Erkrankung keine Kündigung ausgesprochen. Trotzdem macht sich der



48-Jährige Sorgen: Was soll geschehen, wenn die 78 Wochen, die er Krankengeld bezieht, vorbei sind? Aufgrund der Krebserkrankung steht Walter K. den Vermittlungsbemühungen der Arbeitsagentur nicht zur Verfügung, so dass ein Anspruch auf Arbeitslosengeld eigentlich nicht in Betracht kommt.

Was Walter K. nicht weiß: Er kann unter Hinweis auf die „Nahtlosigkeitsregelung“ (§ 125 SGB III) Arbeitslosengeld beantragen. Voraussetzung ist, dass seine Leistungsfähigkeit auf unter 15 Stunden wöchentlich

gemindert ist und das für mehr als sechs Monate. Üblicherweise wird der Antragsteller von der Agentur für Arbeit direkt aufgefordert, einen Antrag auf Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen bzw. einen Antrag auf Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente zu stellen. So lange noch keine Entscheidung über die Erwerbsminderung durch den Rentenversicherungs- oder Rehabilitationsträger erfolgt ist, hat die örtlich zuständige Agentur für Arbeit dem Antragsteller Arbeitslosengeld nach der Nahtlosigkeitsregelung zu zahlen.

Selbstverständlich muss auch in einem solchen Fall die Anwartschaftszeit erfüllt sein. Außerdem muss der Betroffene persönlich bei der Agentur für Arbeit versprechen. Die Meldung durch einen Vertreter wird nur in Ausnahmefällen akzeptiert, wenn zum Beispiel der Betroffene infolge seiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht persönlich bei der Agentur für Arbeit erscheinen kann. Sobald dies wieder möglich ist, muss er sich dann jedoch unverzüglich bei der zuständigen Arbeitsagentur melden.

Übrigens: Antragsteller bei der Agentur für Arbeit werden häufig auch im Krankheitsfall gefragt, inwieweit sie dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die wahrheitsgemäße Antwort, dass die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit aufgrund der Erkrankung nicht möglich ist, führt gelegentlich dazu, dass die Zahlung von Arbeitslosengeld mit der Begründung abgelehnt wird, der Antragsteller erfülle nicht die erforderliche Voraussetzung. Die Betroffenen sollten in einem solchen Fall unbedingt auf den § 125 SGB III („Nahtlosigkeitsregelung“) hinweisen und gegebenenfalls Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid einlegen. ■

Die Erwerbsminderungsrente



Walter K.:

Die Lebermetastasen von Walter K. sind bereits so groß, dass sie nicht ohne weiteres operiert werden können. Die Ärzte schlagen dem Mann eine erneute Chemotherapie und zusätzlich die Behandlung mit einem modernen Antikörper vor, der den Tumor daran hindern soll, Blutgefäße in seiner Umgebung zum Sprießen zu bringen. „Warum nun das schon wieder?“ fragt der Patient seine Ärzte, weil er auch zusätzliche Nebenwirkungen fürchtet. Die Ärzte können ihn beruhigen: Durch die Neubildung von Blutgefäßen sorgt der Tumor dafür, dass er genügend Sauerstoff und Nährstoffe erhält. Diesen Trick zu durchkreuzen und so den Tumor am weiteren Wachstum zu hemmen, ist Ziel der modernen Antikörpertherapie. Das kann man mit der Chemotherapie nicht vergleichen, erklären die Ärzte Walter K. Sie sagen ihm auch, dass er den Antikörper langfristig nehmen muss und beruhigen ihn zugleich wegen der Nebenwirkungen. Walter K. lernt, dass die modernen Medikamente, mit denen Tumore heutzutage in Schach gehalten werden, wenn die Patienten nicht völlig geheilt werden können, weit besser verträglich sind als die herkömmliche Chemotherapie.



Walter K stimmt der Behandlung zu und hat Glück im Unglück: Er spricht auf die Therapie gut an. So gut, dass die Lebermetastasen schrumpfen und er operiert werden kann. Die Tochtergeschwülste werden entfernt, nach der OP werden die Chemotherapie und die Behandlung mit dem Antikörper fortgesetzt. Es ist klar: Völlig geheilt werden kann Walter K. nicht. Doch er hat gute Chancen, noch einige Jahre mit dem Tumor leben zu können und das ohne gravierende Beeinträchtigungen und bei durchaus guter Lebensqualität. An eine Rückkehr zu seiner Arbeit ist jedoch nicht mehr zu denken. Schon ist die Angst wieder da: Wie werde ich meinen Lebensunterhalt sichern, wenn ich nun gar nicht mehr arbeiten kann?

Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit führt eine Erkrankung dazu, dass die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit dauerhaft nicht möglich ist, kann ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen.

Hierzu müssen zum einen die sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen: Dies ist grundsätzlich der Fall, wenn die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht ist, vor Eintritt der Erwerbsminderung die

allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist und in den fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre lang Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet wurden. Zum anderen muss eine volle oder zumindest teilweise Erwerbsminderung vorliegen. Der Rentenversicherungsträger wird dazu Befundberichte bei den jeweiligen Ärzten anfordern und diese bewerten lassen. Je nach Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird eine teilweise oder sogar eine volle Erwerbsminderung festgestellt.

Ob tatsächlich eine Erwerbsminderung besteht, wird dabei nicht nach dem zuletzt ausgeübten Beruf beurteilt. Vielmehr richtet sich diese nach dem allgemeinen Arbeitsmarkt: Keine Erwerbsminderung liegt regelmäßig vor, wenn die versicherte Person unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Teilweise erwerbsgemindert ist nach der gesetzlichen Definition regelmäßig der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich tätig zu sein. Voll erwerbsgemindert ist derjenige, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten. Maßgebend ist nicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern die Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung wird unter anderem auch dann gewährt,

wenn eine Erwerbstätigkeit aufgrund besonderer spezifischer Leistungseinschränkungen nicht möglich ist. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der Weg zur Arbeitsstelle aufgrund der Erkrankung nicht mehr zurückgelegt werden kann. Davon wird ausgegangen, wenn der Antragsteller nicht mehr in der Lage ist, täglich viermal eine Wegstrecke von mehr als 500 Meter mit zumutbarem Zeitaufwand (unter 20 Minuten) zu Fuß zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen – es sei denn, dass die Nutzung eines Kraftfahrzeugs möglich ist. Auch wenn zusätzliche Arbeitspausen erforderlich sind oder wenn während der Arbeit Zwischenmahlzeiten eingenommen werden müssen, kann eine spezifische Leistungseinschränkung bestehen, so dass ein Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente entsteht.

Übrigens: Wenn nicht klar ist, ob ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente besteht, sollte man sich zunächst direkt beim Rentenversicherungsträger danach erkundigen. Örtliche Vertretungen des Rentenversicherungsträgers gibt es in jeder größeren Stadt.

Erwerbsminderungsrenten werden üblicherweise befristet für drei Jahre bewilligt. Hat sich in deren Verlauf der Gesundheitszustand nicht gebessert, so wird die Rente verlängert. Ist nach insgesamt neun Jahren keine Besserung eingetreten, wird in der Regel eine unbefristete Rente bewilligt. Ist allerdings – so wie im Falle von Walter K. – bereits beim ersten Antrag unwahrscheinlich, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zukunft zu beheben ist, so kann

Existenzsicherung – wovon soll ich leben?

die Erwerbsminderungsrente von Beginn an unbefristet bewilligt werden. Sie wird längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gewährt. Informationen zur Höhe der zu zahlenden Erwerbsminderungsrente geben die Rentenversicherungsträger.

Übrigens: Eine Erwerbsminderungsrente zu bekommen, bedeutet nicht, dass man nicht arbeiten und ein wenig hinzu verdienen darf. Allerdings muss man damit rechnen, dass der erzielte Verdienst auf die Rentenzahlungen angerechnet wird. Er kann im Einzelfall sogar zu einem Wegfall der Erwerbsminderungsrente führen. Über die Möglichkeiten eines Nebenverdienstes und dessen Konsequenzen sollte man sich daher zuvor beim Rentenversicherungsträger erkundigen.

Ist der Betreffende vor 1961 geboren, so gelten besondere Vertrauensschutzregelungen. Es kann im Einzelfall eine Berufsunfähigkeitsrente gewährt werden, also eine Rente, die an die Ausübung des vorher ausgeübten Berufs anknüpft. Die Berufsunfähigkeitsrente

war früher üblich und wurde im Zuge von Reformen abgeschafft. Für Personen, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, gilt jedoch eine sogenannte Vertrauensschutzregelung, so dass diese bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen eine Berufsunfähigkeitsrente erhalten können. Es kommt hierfür im Gegensatz zur Erwerbsminderungsrente darauf an, dass der bisherige Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, eine Verweisung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist nicht rechtens.

Ist eine Berufstätigkeit nicht mehr möglich, so sollte auch geprüft werden, ob die Krebserkrankung nicht möglicherweise mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit in Zusammenhang steht. Liegt eine solche Situation vor, so kann die Krebserkrankung eine Berufskrankheit darstellen. Dann wäre im Falle einer Erwerbsminderung und gegebenenfalls notwendigen Rentenzahlung die entsprechende Berufsgenossenschaft der Ansprechpartner. ■

„Grundsicherung“ – ein Rettungsanker

Wird keine Erwerbsminderungsrente gewährt oder liegen die gewährte Rente, das Krankengeld oder das Arbeitslosengeld so niedrig, dass der Lebensunterhalt davon nicht zu bestreiten ist, bleibt die Möglichkeit, so genannte Grundsicherungsleistungen zu erhalten. Der Gesetzgeber hat hier allerdings äußerst komplexe Regelungen geschaffen, wer unter welchen Voraus-

setzungen Leistungen erhalten kann. Dabei lässt sich im Grundsatz unterscheiden: Personen, die zumindest teilweise erwerbsfähig sind, können die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten. Zuständig sind die örtlichen Jobcenter. Im Internet lassen sich die jeweiligen „Partner vor Ort“ auf der Seite der Bundesagentur für Arbeit unter www.bundesagentur-fuer-arbeit.de

**Grundsicherung
für Arbeits-
suchende**

**Grundsicherung
im Alter und
bei Erwerbs-
minderung**

arbeitsagentur.de oder unter www.jobcenter.de abrufen. Personen, bei denen eine volle Erwerbsminderung vorliegt oder die die Regelaltersgrenze (derzeit Vollendung des 65. Lebensjahrs, Anpassung auf das 67. Lebensjahr) erreicht haben, können die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beanspruchen.

Besteht eine Pflegebedürftigkeit, so kann nach den Regelungen des SGB XII Hilfe zur Pflege geltend besteht eine zumindest teilweise Erwerbsfähigkeit, so wird die „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ gewährt, deren Ziel die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit ist.

Voraussetzung für die Gewährung von Grundsicherungsleistungen ist eine entsprechende Hilfebedürftigkeit, die insbesondere durch Offenlegung der wirtschaftlichen Verhältnisse darzulegen ist. Eine Hilfebedürftigkeit liegt nur vor, wenn der Berechtigte nicht über ein ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügt, oder – im Falle einer zumindest teilweisen Erwerbsfähigkeit – durch Aufnahme einer Beschäftigung seine Bedürfnisse nicht selbst realisieren kann.

Die Grundsicherungsträger prüfen daher die Einkommens- und Vermögensverhältnisse, wobei der Antragssteller verpflichtet ist, daran mitzuwirken. Wer in einem Pflegeheim untergebracht werden muss, erhält bei Bedürftigkeit neben der Hilfe zur Pflege auch den notwendigen Unterhalt in Einrichtungen. Leistungen nach dem SGB XII werden vom örtlich zuständigen Sozialhilfeträger bewilligt.

Welche Leistungen im konkreten Fall tatsächlich vom Grundsicherungsträger (siehe Anhang) erbracht werden müssen, hängt jedoch immer von der konkreten Lebenssituation und beispielsweise auch davon ab, ob und mit wem der Hilfebedürftige zusammen lebt.

***Übrigens:** Da für Laien die komplizierte Systematik der verschiedenen Grundsicherungsleistungen kaum zu durchschauen ist, sollten sich Betroffene an die Grundsicherungsträger wenden, diesen die konkrete Lebenssituation schildern und eine ausführliche Beratung über die möglichen Hilfen in Anspruch nehmen. Hierdurch lässt sich auch klären, wer im Einzelfall für die Leistungsgewährung zuständig ist. Wendet sich der Bürger an einen nicht zuständigen Träger, muss dieser den Antrag an den zuständigen Träger weiterleiten.*

***Übrigens:** Wird über einen Antrag auf Grundsicherungsleistungen nicht zeitnah entschieden, kann der Betroffene einen Antrag auf eine vorschussweise oder vorläufige Leistungserbringung stellen. Bei besonderer Eilbedürftigkeit besteht auch die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu stellen. Es handelt sich bei der Sozialhilfe um Leistungen der Existenzsicherung, so dass dem Hilfebedürftigen ein Abwarten im Regelfall nicht zumutbar ist.*

Doch welche Leistungen können die Betroffenen, die nicht auf eine Unterbringung in einem Pflegeheim angewiesen sind, im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung tatsächlich bekommen? Zunächst erhalten Hilfebedürftige die so genannte Regelleistung bzw. den so genannten Regelsatz. Dieser beträgt 364 EUR (Stand Januar 2011, ab Januar 2012

Existenzsicherung – wovon soll ich leben?

367 EUR) und soll vor allem die Kosten für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat und die persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens decken. Des Weiteren werden die Kosten für Unterkunft und Heizung in tatsächlicher Höhe übernommen, sofern diese angemessen sind. Angemessen ist dabei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Wohnung, die nach Ausstattung, Lage und Bausubstanz einfachen Bedürfnissen genügt. Die „angemessene Höhe“ der Aufwendungen ist jeweils individuell anhand bestimmter von der Rechtsprechung entwickelter Kriterien zu ermitteln. Leistungen für Unterkunft und Heizung werden auch bei einem selbst genutzten Haus

oder einer Eigentumswohnung übernommen. Diese müssen ebenfalls angemessen sein und dürfen die Kosten für eine entsprechende Mietwohnung, die als angemessen gilt, nicht überschreiten.

Darüber hinaus werden unter bestimmten Voraussetzungen auch so genannte Mehrbedarfe gewährt. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn aufgrund einer Erkrankung eine besonders kostenaufwändige Ernährung notwendig ist, was durch eine ärztliche Bescheinigung darzulegen ist. Außerdem können im Einzelfall Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie Vorsorgebeiträge übernommen werden. ■

Für Behinderungen gibt es Ausgleiche

Grad der Behinderung

Von seinem Schwager hat Walter K. den Tipp erhalten, sich um einen so genannten Grad der Behinderung (GdB) zu kümmern, weil sich daraus eine Reihe von Vergünstigungen ergeben könnte. Nicht selten heilt die Krebserkrankung zwar aus, es bleiben jedoch Behinderungen bestehen.

Schwerbehindertenrecht

Aufgabe und Ziel des Schwerbehindertenrechtes ist es, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben für behinderte oder von Behinderung bedrohter Menschen in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden und diesen entgegenzuwirken. Aus diesem Grunde wurden in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen Rechte, Erleichterungen und Vergünstigungen geschaffen, die jeweils an einen bestimmten GdB oder an ein entsprechendes Merkzeichen anknüpfen.

Wann eine Behinderung vorliegt, ist gesetzlich geregelt. Voraussetzung ist, dass die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und der Betreffende aus diesem Grunde in seinem Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Keine Rolle spielt dabei die Frage, ob die Person erwerbsfähig ist oder nicht. Somit kann auch bei Krebspatienten, die ihrer Erwerbstätigkeit weiterhin nachgehen, durchaus ein hoher Behinderungsgrad festgestellt werden. Im Falle einer Krebserkrankung wird er allerdings übli-



cherweise nur für einen bestimmten Zeitraum, zumeist für fünf Jahre, festgestellt. Nach Ablauf dieser sogenannten „Heilungsbewährung“ (siehe Anhang) muss gegebenenfalls ein neuer Antrag gestellt werden.

Um den Grad der Behinderung und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen feststellen zu lassen, muss ein Antrag beim Versorgungsträger gestellt werden. Die Krankenkassen teilen im Rahmen ihrer allgemeinen Auskunftspflichten auf Anfrage mit, welche Stelle im Einzelfall zuständig ist. Der Antrag kann zunächst formlos gestellt werden, worauf der

Merkzeichen

Vorteile eines Grades der Behinderung

Antragsteller üblicherweise ein entsprechendes Antragsformular zugesandt bekommt.

Neben den Personalien sind in dem Formular insbesondere die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die behandelnden Ärzte anzugeben, die zudem von der Schweigepflicht entbunden werden müssen. Die Versorgungsverwaltung prüft den Antrag und fordert dazu auch die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte an. Es werden im Falle der Anerkennung der entsprechende GdB und gegebenenfalls die Merkzeichen festgelegt. Wer mit dieser getroffenen Feststellung nicht einverstanden ist, kann Widerspruch gegen den Bescheid einlegen und gegebenenfalls in einem gerichtlichen Verfahren eine Überprüfung erwirken.

Merkzeichen dienen als Nachweis für besondere Beeinträchtigungen und werden in Buchstaben ausgedrückt, die in den Schwerbehindertenausweis eingetragen werden können. Dabei steht das Merkzeichen „G“ für eine erhebliche Beeinträchtigung im Straßenverkehr, das Merkzeichen aG für eine außergewöhnliche Gehbehinderung, „H“ für „Hilflos“, „Bl“ für „Blind“ und „Gl“ für „Gehörlos“. Eine Orientierungshilfe zur Feststellung eines GdB oder eines Merkzeichens bietet die so genannte Versorgungsmedizinverordnung, in der die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ festgehalten sind. Diese sind im Internet (www.bmas.de/portal/10588/anhaltspunkte_fuer_die_aerztliche_gutachtertataetigkeit.html) einzusehen. ■

Welche Vorteile hat die Feststellung eines Grades der Behinderung?

Gleichstellungsantrag Mit der Vergabe eines Schwerbehindertenausweises sind besondere Vorteile verbunden. Der Ausweis wird ab einem Behinderungsgrad von 50 und mehr ausgestellt. Es kann allerdings in besonderen Fällen bei niedrigerem GdB auch eine so genannte Gleichstellung mit einer schwerbehinderten Person beantragt werden. Dann gelten ähnliche Regelungen wie für Schwerbehinderte. Der Antrag auf Gleichstellung kann bei der örtlichen Agentur für Arbeit gestellt werden. Für erwerbstätige Krebspatienten wie den Schwager von Walter K.

sind vor allem die Auswirkungen im Arbeitsrecht bedeutsam. So haben Schwerbehinderte ab einem GdB von 50 und gleichgestellte behinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz. Ihnen darf ordentlich und auch außerordentlich nur gekündigt werden, wenn das Integrationsamt vorher zugestimmt hat. Schwerbehinderte Arbeitnehmer haben außerdem Anspruch auf eine behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung. Sie erhalten zusätzlichen Urlaub; eine Regelung, die allerdings nicht für Gleichgestellte gilt.

Übrigens: Voraussetzung für den besonderen Kündigungsschutz ist, dass das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung bereits länger als sechs Monate besteht. Erwerbstätige sind daher im Falle einer Krebserkrankung gut beraten, wenn sie bereits möglichst frühzeitig den Grad ihrer Behinderung feststellen lassen.

Nicht nur der Schwerbehindertenausweis, sondern auch die Feststellung eines niedrigeren Grades der Behinderung, die mit einem Bescheid bestätigt wird, hat in verschiedenen Lebensbereichen Vorteile. Das beginnt bei den Steuerzahlungen: Menschen mit Behinderungen können aufgrund der außergewöhnlichen finanziellen Belastungen, die damit üblicherweise verbunden sind, unter bestimmten Voraussetzungen einen Steuerfreibetrag geltend machen. Abhängig vom jeweiligen Behinderungsgrad gibt es zahlreiche weitere Regelungen

Steuervorteile

zum Ausgleich von Nachteilen: Sie betreffen unter anderem die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rente sowie das Grundsicherungs- und das Wohngeldrecht.

Genau festgeschrieben sind zudem Regelungen zum Ausgleich von Nachteilen bei Merkzeichen. So haben zum Beispiel Menschen mit dem Merkzeichen „G“ (Gehbehindert) ein Recht auf eine unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr, wenn sie im Besitz einer gültigen Wertmarke (30 Euro pro Kalenderhalbjahr) sind. Alternativ kann eine Ermäßigung von der Kfz-Steuer geltend gemacht werden. Wer das Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) besitzt, darf außerdem im eingeschränkten Halteverbot und auf Stellplätzen mit Rollstuhlfahrersymbol parken und kann sich von der Kfz-Steuer befreien lassen. ■

Palliativtherapie – Lebensqualität ist das Ziel

*spezialisierte
ambulante
Palliativ-
versorgung*

Kann die Krebserkrankung nicht geheilt werden, so dreht sich die medizinische Betreuung darum, dem betreffenden Patienten möglichst lange ein hohes Maß an Lebensqualität zu sichern. Dies ist im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung das Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Das Lindern von Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen und anderer körperlicher Symptome, sowie die Behandlung psychologischer und sozialer Probleme und spiritueller Fragestellungen haben oberste Priorität. Vor allem, wenn die zu erwartende Lebenszeit nur noch begrenzt ist, brauchen viele Krebspatienten eine umfassende Betreuung, die als palliative Therapie bezeichnet wird. Sie erfolgt, soweit möglich, ambulant in der häuslichen Umgebung des Krebspatienten. Dabei werden die Hausärzte einbezogen sowie häusliche Pflegedienste und auch ambulante Hospizdienste.

Die Leistungen werden als so genannte „Komplexleistung“ erbracht. Konkret umfasst dies die ärztlichen

und die pflegerischen Leistungen einschließlich der Koordination der jeweiligen Maßnahmen, die damit quasi „aus einer Hand“ erbracht werden. Möglich ist dies durch so genannte Palliativ-Care-Teams, die auch von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden können. Voraussetzung ist, dass eine unheilbare, fortschreitende Krankheit vorliegt, deren Krankheitsverlauf nicht mehr durch medizinische Maßnahmen aufgehalten werden kann. In solchen Situationen tritt der kurative, also der heilende Behandlungsansatz in den Hintergrund und das vordringliche Ziel ist es, die Symptome der Betroffenen zu bessern und ihnen zu einem Leben mit mehr Lebensqualität zu verhelfen.

Lässt sich eine ausreichende Versorgung des Erkrankten im häuslichen Bereich nicht gewährleisten, besteht für gesetzlich Versicherte eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz. Weiterführende Informationen und Hinweise geben die behandelnden Ärzte, die Krankenkassen und die ambulanten Palliativdienste sowie die Hospize. ■

*teilstationäre
und stationäre
Palliativ-
versorgung*

Was wird sein, wenn das Lebensende naht?

Walter K.:

Walter K. hat nach dem erneuten Auftreten des Darmkrebses mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kämpfen. Er ist längst nicht mehr so leistungsfähig wie früher, muss sich oft ausruhen und eine Rückkehr an den Arbeitsplatz ist völlig undenkbar. Walter K. weiß ebenso wie seine Familie, dass die Erkrankung nicht mehr völlig zu heilen ist und seine Lebenserwartung damit begrenzt ist. Dass eine solche Situation auftreten könnte, war dem Mann schon gleich nach der Diagnose „Darmkrebs“ klar geworden. Er hat mit seiner Frau bereits ein Testament gemacht.

Nun quälen den ehemaligen Polier ganz andere Sorgen. Wie würde das Ende kommen? Würde er Schmerzen haben? Würde er noch selbst bestimmen können, welchen medizinischen Behandlungen er noch zustimmen will? Oder würde er der Medizin hilflos ausgeliefert sein und ertragen müssen, was immer die Ärzte anordnen?

Generell hat ein Patient das Recht, Art und Umfang seiner Behandlung selbst zu bestimmen. Der Patient kann demnach entscheiden, ob er eine Therapiemaßnahme haben möchte oder nicht. Das bedeutet auch, dass er ein Recht auf Nicht-Behandlung, also auf das Verweigern medizinischer Leistungen hat, wenn er



diese nicht akzeptieren möchte. Alle medizinischen Maßnahmen – von Notfallmaßnahmen abgesehen – setzen grundsätzlich die Einwilligung des Patienten voraus.

**Einwilligung
des Patienten**

Dieses Selbstbestimmungsrecht des Patienten gilt auch, wenn das Leben zu Ende geht. Auch Menschen, die dem Tod nahe sind, haben das Recht auf eine angemessene Behandlung und Betreuung, also zum Beispiel auf eine effektive schmerzlindernde Therapie. Sie müssen alle medizinischen Hilfen erfahren, die sinnvoll erscheinen und die sie tatsächlich auch erhalten möchten. Maßnahmen, wie zum Beispiel eine künstliche Ernährung, können abgelehnt werden, wenn der Patient diese nicht wünscht. Der Patient kann jederzeit das Unterlassen von Maßnahmen verlangen, selbst wenn er diesen zu einem früheren Zeitpunkt zugestimmt haben sollte.

Selbstbestimmungsrecht



**Recht auf Nicht-
Behandlung**

Patientenverfügung – schon früh den eigenen Willen kundtun



„Doch was ist, wenn ich nicht mehr sagen kann, was ich will?“, denkt Walter K. Er hat von einer Patientenverfügung gehört. In dieser kann genau dargelegt werden, welche medizinischen und gegebenenfalls lebensverlängernden Maßnahmen der Patient wünscht. Die Patientenverfügung kann – sie muss aber nicht – beim Rechtsanwalt oder Notar verfasst werden.

Patienten- verfügung

Wichtig ist in jedem Fall, dass die Wünsche klar formuliert werden, so dass der Arzt in der gegebenen Situation sicher erkennen kann, was der Patient möchte und dass sie schriftlich niedergelegt sind. Hilfreich sind Vordrucke der Patientenverfügung, wie sie zum Beispiel beim Bundesjustizministerium unter der Webseite www.bmj.bund.de zu finden sind.

Wer eine Patientenverfügung verfasst, sollte sich zuvor klarmachen, welche konkrete Situation er regeln möchte, wovon er Angst hat und was genau er verhindern möchte. Es ist nicht einfach, solche Situationen gedank-

lich vorwegzunehmen und solche existenzielle Fragen vorab zu bestimmen.

Es ist deshalb ratsam, sich zum Beispiel mit seinem behandelnden Hausarzt entsprechend zu beraten. Informationen zum Thema Patientenverfügung gibt es beispielsweise bei Sozialstationen, bei den Wohlfahrtsverbänden, bei Verbraucherzentralen und auch bei vielen Patientenorganisationen.

Über die Patientenverfügung hinaus kann außerdem eine Vorsorgevollmacht erteilt werden. Dabei wird eine andere Person – meist ein naher Angehöriger – bevollmächtigt, die gesundheitlichen (und eventuell, wenn dies verfügt wird, auch die finanziellen) Belange des Betroffenen wahrzunehmen, wenn dieser dazu selbst nicht mehr in der Lage sein sollte.

Walter K. hat sich nicht nur für die Patientenverfügung, sondern auch für eine Vorsorgevollmacht entschieden. Als Vorsorgebevollmächtigte hat er seine Frau Judith eingetragen. Mit ihr hat er genau besprochen, was im Fall des Falles geschehen soll. Judith wird damit für die Ärzte diejenige sein, die über alle geplanten Maßnahmen aufgeklärt werden muss und diesen zustimmen hat, wenn ihr Mann dies nicht selbst können sollte. Mit dieser Regelung fühlt sich Walter K. sicherer und weniger der Medizin „ausgeliefert“.

Was ist schon bei der Antragstellung zu bedenken?



Die Geschichten von Marie S., Louise B., Walter K. und Udo L. sind fiktiv, dürften sich so oder in ähnlicher Form aber tagtäglich abspielen. Sobald die Diagnose Krebs gestellt wird, geht es vor allem darum, den Tumor zurück zu drängen, am weiteren Wachstum zu hindern und vielleicht die Krankheit zu heilen. In dieser Situation treten Fragen der Sozialsicherung oft in den Hintergrund. Die Patientenbeispiele zeigen aber, wie wichtig es ist, sich von Anfang an um die soziale Absicherung zu kümmern, damit nicht zusätzlich zu den medizinischen Problemen noch Fragen der Existenzsicherung zu bewältigen sind.

Wer Sozialleistungen in Anspruch nehmen möchte, muss dazu in aller Regel einen Antrag stellen. Wer sich nicht sicher ist, welcher Leistungsträger zuständig ist, kann sich an die Krankenkasse wenden. Diese hat im Rahmen der allgemeinen Auskunftspflicht auf Anfrage den zuständigen Leistungsträger zu benennen. Wenn



im Einzelfall der falsche Leistungsträger eingeschaltet wurde, hat dieser den Antrag an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

Anträge, die meist auch formlos gestellt werden können, werden ohne Probleme von den zuständigen Stellen bearbeitet. Manchmal kommt es aber vor, dass unterschiedliche Meinungen darüber bestehen, ob ein Anspruch auf eine bestimmte Leistung besteht. Nachfolgend einige Tipps, die dazu beitragen sollen, eine schnelle Klärung herbeizuführen: Die Sozialleistungsträger fordern die Antragsteller auf, Formulare mit vielen weitreichenden Fragen auszufüllen.

Allerdings müssen sie hierbei auch Hilfestellung leisten, denn die Sozialleistungsträger haben umfassende Auskunfts- und Beratungspflichten und müssen auch beim Ausfüllen der Formulare behilflich sein. Wer sich nicht sicher ist, welche Leistungen er be-

Der richtige Umgang mit Sozialleistungsträgern

antragen kann, sollte ebenfalls eine Beratung einfordern. Dabei ist es unter Umständen sinnvoll, sich die Inhalte der Beratung schriftlich bestätigen zu lassen. Denn sollte sich herausstellen, dass die Beratung nicht richtig war, kann sich daraus später möglicherweise ein sozialrechtlicher „Herstellungsanspruch“ oder sogar ein „Amtshaftungsanspruch“ mit dem Recht auf einen Ausgleich finanzieller Nachteile ergeben.

Übrigens: Wer Zweifel hat, ob die Sozialleistungsträger richtig beraten haben, sollte sich an einen Rechtsanwalt mit speziellen

Kenntnissen im Sozialrecht wenden und diesen um Überprüfung und Durchsetzung der Ansprüche bitten.

Bei persönlicher Vorsprache kann es vorkommen, dass die Antragsteller nach überschlägiger Prüfung mit der Bemerkung abgewiesen werden, der Antrag habe keine Aussicht auf Erfolg. In dieser Situation empfiehlt sich, immer auf den Erhalt einer schriftlichen Ablehnungsentscheidung zu bestehen. Diese muss eine schriftliche Begründung enthalten, so dass man überprüfen kann, weshalb die Leistung nicht bewilligt wird und ob man dagegen vorgehen möchte. ■

Widerspruch – und im Fall des Falles klagen

Wird der Antrag vom Sozialleistungsträger abgelehnt, so besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Widerspruch gegen die Entscheidung einzulegen. Dies muss jedoch regelmäßig innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides geschehen. Man sollte darauf achten, später beweisen zu können, dass der Widerspruch fristgerecht eingelegt wurde. Am einfachsten ist es, den Widerspruch zeitnah schriftlich einzureichen und sich eine schriftliche Eingangsbestätigung zusenden zu lassen. Der Widerspruch kann aber auch beim Sozialleistungsträger mündlich zu Protokoll gegeben werden. Dort erhält man direkt eine Durchschrift, die man aufbewahren sollte.

Inhaltlich reicht es aus, dem Sozialleistungsträger mitzuteilen, dass man mit der Entscheidung nicht

einverstanden ist. Eine besondere Begründung des Widerspruchs ist nicht erforderlich, kann im Einzelfall aber durchaus hilfreich sein und nachgereicht werden.

Auch wenn dies häufig verlangt wird, ist es nicht erforderlich, eine detaillierte medizinische Begründung oder gar eine ärztliche Bestätigung zur Begründung des Widerspruchs abzugeben. Vielmehr genügt es, darauf hinzuweisen, dass man die Bewertung des medizinischen Sachverhaltes für falsch hält. So kann man zum Beispiel bei der Feststellung eines Grades der Behinderung angeben, überzeugt zu sein, dass der Versorgungsträger die Funktionsbeeinträchtigungen nicht hoch genug bewertet hat.

Der Sozialleistungsträger wird aufgrund des Widerspruchs die Sachlage erneut prüfen. Bleibt es bei der Ablehnung des Antrags, so wird der Widerspruch an die zuständige Widerspruchsstelle weitergeleitet, die dann ihrerseits den Widerspruch prüft. Bleibt es bei der Ablehnung, so kann gegen die Entscheidung innerhalb eines Monats nach der Zustellung des sogenannten Widerspruchsbescheides Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Dies kann schriftlich und gegebenenfalls auch mündlich

bei der Rechtsantragsstelle des Sozialgerichts geschehen.

Übrigens: *Generell gilt: Wer einen Rechtsanwalt einschalten möchte, aber nicht über die finanziellen Mittel dazu verfügt, hat die Möglichkeit, einen Antrag auf Beratungs- und Prozesskostenhilfe zu stellen. Hierzu gibt es Formulare, die zusammen mit den Einkommens- und Vermögensnachweisen bei Gericht eingereicht werden müssen. Das Gericht entscheidet dann, ob Prozesskostenhilfe bewilligt wird oder nicht.* ■

Weiterführende Informationen / Ansprechpartner

Zum Thema Krebs:

Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG)

Maria-Hilf-Str. 15, 50667 Köln
Tel. 0221/9311596
www.deutschefatiguegesellschaft.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V.

www.hospiz.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Tel. 030/3229329-0
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

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 Schmerzliga e. V.

Adenauerallee 18, 61440 Oberursel
Tel. 0700/375375375
www.schmerzliga.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/arzt suche/178.html

KID-Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

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

RKI-Robert Koch-Institut

Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel. 030/18754-0
www.rki.de

**Therapiestudienregister der Deutschen
Krebsgesellschaft**

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

Zum Thema Versorgung:

**BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der
Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen**

Erzbergerstr. 119, 76133 Karlsruhe

Tel. 0721/8107-901 und -902

bih@integrationsaemter.de

www.integrationsaemter.de

**Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung**

11055 Berlin

Service-Tel.

(14 ct/Min. aus dem deut. Festnetz)

(Mo.-Do. 08.00-18.00 Uhr, Fr. 08.00-12.00 Uhr)

01805/9966-01 Fragen zum Krankenversicherungs-
schutz für alle

01805/9966-02 Fragen zur Krankenversicherung

01805/9966-03 Fragen zur Pflegeversicherung

01805/9966-09 Fragen zur gesundheitlichen
Prävention

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

Güntherstr. 4a, 60528 Frankfurt/M.

Tel. 069/67724504

hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de

01805/9966-07 Gehörlosen/Hörgeschädigten-
Service Schreibtelefon

info@bmg.bund.de

www.bmg.bund.de

Bundeszentrale für gesundh. Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel. 0221/8992-0

www.bzga.de

Bundesministerium für Justiz

Sozialgesetzbuch einzusehen unter

www.gesetze-im-internet.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

10704 Berlin, Tel. 030/865-0

www.deutsche-rentenversicherung-bund.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

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

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Littenstr. 10, 10179 Berlin
Tel. 0800/0117722 (kostenlos aus dem deut. Festnetz)
(Mo.-Fr. 10.00-18.00 Uhr)
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
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

Rechtsanwaltssuche:

Bundesrechtsanwaltskammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Littenstr. 9, 10179 Berlin
Tel. 030/284939-0
www.brak.de

Rechtsanwaltssuche auch über:

www.anwaltauskunft.de
www.anwaltssuchdienst.de
www.rechtsanwaltssuche.de

Stichwortverzeichnis

A

Ambulant vor stationär 12

*Anschlussheilbehandlung/
-rehabilitation* 27

Anspruch auf Krankengeld 41

Arbeitslosengeld 42

*Antrag auf die Gewährung einer
Haushaltshilfe* 21

Arzneimittelzuzahlung 31

Aufklärungsgespräch 7

B

Behandlungspflege 20

Behandlungssicherungspflege 20

Beihilfe 37

Belastungsgrenze 33

E

Einheitlicher Bewertungsmaßstab 10

Einzelfallprüfung 35

Ergotherapie 18

Erwerbsminderung/-srente 45

F

Festbeträge 31

Fortzahlung des Arbeitslohns 41

G

Gebrauchsfertige Hilfsmittel 17

Gegenstand des täglichen Gebrauchs 16

Gesetzliche Pflegeversicherung 23

Grad der Behinderung 49

Gleichstellungsantrag 50

Grundpflege 20

*Grundsicherung im Alter und bei
Erwerbsminderung* 46

Grundsicherung für Arbeitssuchende 46

Anhang

H

Hartz IV 34

Haushaltshilfe 19

Häusliche Krankenpflege 17

Hauswirtschaftliche Versorgung 20

Heilmittel 16

Heilfürsorge 37

Hilfe zur Pflege 24

Hilfsmittel 14

K

Krankengeld 41

Krankenhausersatzpflege 20

Kündigungsschutzgesetz 40

Kündigungsschutzklage 40

L

Lohnfortzahlung 41

Lymphdrainagen 18

M

Massagen 18

Medizinische Rehabilitation 27

Merkzeichen 49

N

Nahtlosigkeitsregelung 43

Nikolaus-Beschluss 10

O

Off-label-use 13

Onkologische Rehabilitation 28

P

Palliativversorgung 52

Patientenverfügung 54

Persönliches Budget 30

Pflegebedürftigkeit 23

Pflegeheim 24

Praxisgebühr 31

<i>Private Krankenversicherung</i>	34	V	
		<i>Versicherungspflichtgrenze</i>	34
		<i>Versicherungsombudsmann</i>	36
R		W	
<i>Recht auf Nichtbehandlung</i>	53	<i>Wiedereingliederung in das Arbeitsleben</i>	28
<i>Rehabilitation</i>	21	<i>Wissenschaftlichkeits- und Wirtschaftlichkeitsprinzip</i>	9
S		Z	
<i>Schwerbehindertenrecht</i>	49	<i>Zuzahlung</i>	31
<i>Selbstbestimmungsrecht</i>	53	Zuzahlung:	
<i>Sozialgesetzbuch</i>	9	■ <i>Haushaltshilfe</i>	25
<i>Spezialisierte Palliativversorgung</i>	52	■ <i>Zuzahlung häusliche Krankenpflege</i>	31
<i>Steuervorteile bei GdB</i>	51	■ <i>Zuzahlung Heilmittel/Hilfsmittel</i>	32
T		■ <i>Zuzahlung bei Klinikaufenthalt</i>	31
<i>Therapiestudie</i>	14	■ <i>Zuzahlung Rehabilitation</i>	32
<i>Truppenärztliche Versorgung</i>	37	<i>Zweitmeinung</i>	8

Fachbegriffe – verständlich gemacht

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):

„Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen.“ Dies steht im Sozialgesetzbuch. Es ist somit ein Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte, ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Es handelt sich somit um ein Vergütungssystem der ambulanten Versorgung in Deutschland.

Festbeträge:

Sie bezeichnen die Preis-Höchstgrenze, bis zu der die Gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Arzneimittel und Hilfsmittel bezahlen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Hartz IV:

Die Bundesregierung unter Gerhard Schröder setzte eine Kommission ein, die Vorschläge unterbreiten sollte, wie die Arbeitsmarktpolitik in Deutschland effizienter gestaltet und die staatliche Arbeitsvermittlung reformiert werden könne. Das Konzept wurde auch als Hartz-Paket bezeichnet (Mitglied der Kommission war Peter Hartz als Vorstand der VW-AG), da es ein Bündel von verschiedenen Maßnahmen enthielt. Zur besseren Umsetzung im Gesetzgebungsverfahren wurden die Maßnahmen aufgeteilt in einzelne Gesetze zur Reform des Arbeitsmarktes mit den Kurzbezeichnungen Hartz I, Hartz II, Hartz III und Hartz IV; die einzelnen Gesetze traten schrittweise zwischen 2003 und 2005 in Kraft.

Heilungsbewährung:

Nach der Behandlung von Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, ist bei der Bemessung des Grades der Behinderung (GdB) oder Schädigung (GdS) eine Heilungsbewährung abzuwarten. Insbesondere gilt dies bei bösartigen Geschwulstkrankheiten. Der Zeitraum des Abwartens einer Heilungsbewährung beträgt in der Regel 5 Jahre. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie (Primärtherapie) als beseitigt angesehen werden kann.

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.

OTC:

Engl. OTC = "over the counter" bedeutet Verkauf über die Ladentheke und ist die Bezeichnung für frei verkäufliche und apothekenpflichtige, also nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Nach § 48 des deutschen Arzneimittelgesetzes werden Medikamente dann als nicht verschreibungspflichtig eingeordnet, wenn sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Gesundheit des Anwenders nicht gefährden, auch wenn sie ohne ärztliche Überwachung angewendet werden. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 werden die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nicht mehr von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Phasen klinischer Studien:

Die klinische Prüfung von Arzneimitteln ist eine am Menschen durchgeführte Untersuchung, um zu erforschen und festzustellen, wie und ob ein Arzneimittel beim Menschen wirkt, und/oder Nebenwirkungen festzustellen. In der Praxis geht es dabei meistens um die Verträglichkeit und/oder medizinische Wirksamkeit von Arzneimitteln.

Die Entwicklung wird in so genannte klinische Phasen unterteilt.

Phase I: Erforschung der Gesamtheit aller Prozesse und Mechanismen, denen ein Arzneistoff im Körper unterliegt

Phase II: Überprüfung des Therapiekonzepts, Findung der geeigneten Therapiedosis

Phase III: Wirkungsnachweis und Datenermittlung zur Marktzulassung des Arzneimittels

Phase IV: Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkung in der täglichen Praxis mit einem Arzneimittel. Diese Prüfung wird oftmals von Zulassungsbehörden verlangt

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V):

Im Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sind alle Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst. Das SGB V trat am 1. Januar 1989 in Kraft. Gemäß SGB V hat die Krankenversicherung die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

§ 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 zugerech-

net 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, kön-

nen Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

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



Roche Pharma AG
79630 Grenzach-Wyhlen

••••• roche.de