

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

Broschürenreihe: Den Alltag trotz Krebs bewältigen



Norbert Bauschert
Dr. Astrid von Einem
Christine Vetter

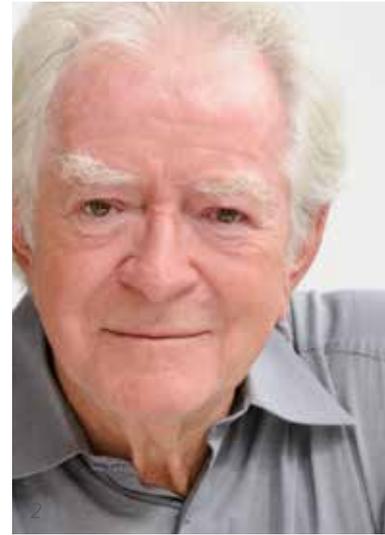


Fiktive Patientenbeispiele:

Hans B., Karl J., Helga S., Lisa K. und Johannes 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 zitragen.



Helga S.



Hans B.

Autoren:

Norbert Bauschert, Fachanwalt für Familien- und Sozialrecht, Köln
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“

Bisher erschienen:

„Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung“

„Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden“

Hilfe für ältere Krebspatienten

Jährlich erkranken in Deutschland rund 420.000 Menschen neu an Krebs. Die meisten von ihnen sind älter als 65 Jahre. Neuesten Erhebungen zufolge liegt das Durchschnittsalter bei der Diagnosestellung bei 69 Jahren. Rund zwei Drittel der Krebspatienten sind damit im Rentenalter. Sie sorgen sich dabei ebenso wie jüngere Menschen, wie es mit der Erkrankung und ihrem Leben weitergehen wird. Doch oberstes Ziel der Behandlung ist ihrerseits, wie auch seitens der behandelnden Ärzte, oft nicht die Heilung. Vielmehr geht es darum, Lebenszeit zu gewinnen, die mit selbstständiger Lebensführung, möglichst ohne auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, ohne Krankheitsbeschwerden und bei guter Lebensqualität erlebt werden kann. Dies setzt eine gute medizinische Betreuung voraus. Viele ältere Menschen befürchten, dass eventuell nicht alles für sie getan wird, was medizinisch möglich und sinnvoll ist.

Vor allem ältere Menschen brauchen außerdem oft Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags. Sie sorgen sich um ihre finanzielle Absicherung, insbesondere für den Fall, dass sie pflegebedürftig werden sollten.

Welche Rechte ältere Krebspatienten haben und wie sie in unserem Sozialsystem abgesichert sind, wird in der vorliegenden Broschüre dargestellt. Wir beantworten dabei häufig gestellte Fragen,

wie zum Beispiel:

- Welche Kosten übernehmen die Krankenkassen?
- Was kann bei wem und wo beantragt werden?
- Was ist zu 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?

Und selbstverständlich gibt es Antworten auf Fragen, die vor allem die älteren Patienten bewegen:

- Wer hilft, wenn der Alltag nicht mehr selbstständig gemeistert werden kann?
- Wann gibt es Leistungen aus der Pflegeversicherung?
- Was muss ich bedenken, wenn ich eine Patientenverfügung verfasse?
- Wer hilft mir in der letzten Lebensphase und wie finde ich im Fall des Falles ein gutes Hospiz und eine gute Betreuung?

Damit Sie sich als Nicht-Jurist besser im komplizierten sozialrechtlichen Umfeld zu Recht finden, werden Sie von fiktiven Krebspatienten in unterschiedlichen Lebenslagen durch die Broschüre begleitet. Die Patientenbeispiele zeigen, wie sich die verschiedenen Probleme lösen lassen. ■

Inhalt

Rund um die Diagnose Krebs

- Diagnose Krebs – ein Schock im dritten Lebensabschnitt
- Lebenserwartung oft höher als angenommen
- Es zählt das biologische, nicht das kalendarische Alter
- Verständnissvolle Aufklärung
- Bei Zweifeln: „Zweitmeinung“ einholen

7



9 – Biologisches Alter

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

13



2

25 – Hilfen im Alltag

Rund um Hilfen im Alltag

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

25



3

32 – Zuzahlungen



39 – Pflege



46 – Existenzsicherung



54 – Grundsicherung



59 – Behinderung



65 – Patientenverfügung

Durch Rehabilitation zurück ins Leben 29

- Wieder fit werden für den Alltag
- Anschlussheilbehandlung oder Festigungskur?
- Wer hilft im Antrags-Dschungel?

Zuzahlungen – was muss der Patient selbst bezahlen? 32

- Praxisgebühr
- Was tun, wenn die Belastungsgrenze erreicht ist?

Privat versichert – was ist anders? 35

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

Rund um die Pflege 39

- Pflegeversicherung – wann gibt es Leistungen?
- Pflegebedürftig: Ja oder nein?
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Häusliche Pflege
- Das Pflegezeitgesetz
- Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege – wieder auf die Beine kommen
- Stationäre Pflege – wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht mehr ausreichen
- Essen auf Rädern – Hilfen im Alltag

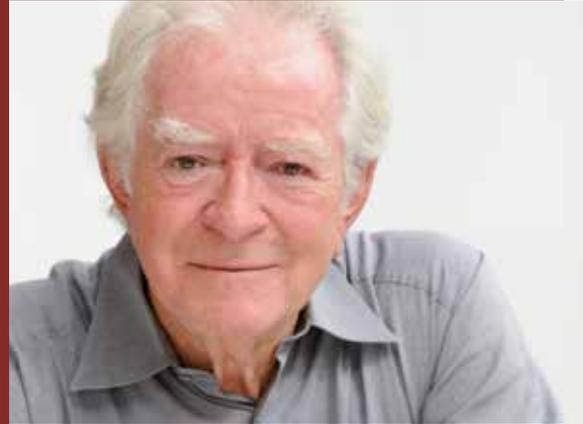
| | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| Existenzsicherung – wovon soll ich leben? | 46 | Selbstbestimmung am Ende des Lebens – Patientenverfügung/Betreuung und Vorsorgevollmacht | 64 |
| ■ Als Krebspatient in Rente gehen | | ■ Was wird sein, wenn das Lebensende naht? | |
| ■ Die Regelaltersrente | | ■ Patientenverfügung – Früh schon den eigenen Willen kundtun | |
| ■ Renteninformation, Rentenauskunft und Kontenklärung | | ■ Was bringt ein „Betreuer“? | |
| ■ Altersrente für schwerbehinderte Menschen | | ■ Vorsorgevollmacht | |
| ■ Rente wegen verminderter Erwerbstätigkeit | | | |
| ■ Volle oder teilweise Erwerbsminderung? | | Der richtige Umgang mit Sozialleistungsträgern | 69 |
| ■ „Grundsicherung“ – Rettungsanker, wenn Unterstützung nottut | | ■ Was ist schon bei der Antragstellung zu bedenken? | |
| ■ Hilfe zur Pflege | | ■ Widerspruch – und eventuell sogar klagen | |
| ■ Wer zahlt das Pflegeheim? | | | |
| ■ Wann wird auf das Einkommen und Vermögen des Hilfebedürftigen zurückgegriffen? | | | |
| ■ Wann werden Kinder zur Kasse gebeten? | | | |
| Vorteile eines Grades der Behinderung | 59 | | |
| ■ Für manche Behinderung gibt es einen Ausgleich | | | |
| ■ Welche Vorteile hat die Feststellung eines Grades der Behinderung? | | | |
| Palliativmedizin – wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist | 62 | Anhang | 71 |
| ■ Palliativtherapie – Lebensqualität ist das Ziel | | ■ Weiterführende Informationen/ Ansprechpartner | |
| ■ Für den Fall der Fälle: Ein gutes Hospiz finden | | ■ Stichwortverzeichnis | |
| | | ■ Fachbegriffe – verständlich gemacht | |

Diagnose Krebs – ein Schock im dritten Lebensabschnitt

Hans B.:

Die Beschwerden hatten harmlos angefangen: Ab und an einmal Durchfälle, dann aber wieder Verstopfung. Die immer häufiger auftretenden Bauchschmerzen führten Hans B. schließlich zum Arzt. Dieser veranlasste bei dem 76-Jährigen eine Untersuchung auf verstecktes Blut im Stuhl. Weil der Test auffällig war, wurde eine Darmspiegelung angeordnet. Hans B. aber zögerte die Untersuchung zunächst noch ein paar Wochen hinaus. Er fürchtete Schmerzen bei der Untersuchung und auch das vorherige Abführen war ihm unangenehm – eine Reaktion, die der ehemalige LKW-Fahrer im Nachhinein nicht mehr versteht.

Letztlich verlief die Untersuchung selbst vollkommen harmlos. Das Trinken der Lösung zum Abführen war wegen der hohen Trinkmenge ein



wenig lästig, doch die Untersuchung hat Hans B. infolge einer leichten Beruhigungsspritze fast völlig verschlafen. Das Ergebnis aber war niederschmetternd: „Darmkrebs“ bekundete der Arzt. Hans B. hatte eine solche Diagnose befürchtet. Gerechnet hatte er damit nicht. ■

Lebenserwartung oft höher als angenommen



Mit der zunehmenden Lebenserwartung in unserer Gesellschaft steigt zwangsläufig die Zahl der Krebspatienten. Betroffen sind vor allem Menschen in der zweiten Lebenshälfte und besonders häufig trifft die Diagnose Krebs Menschen im dritten Lebensabschnitt, dem Rentenalter, also nach dem 60.-65. Lebensjahr.

Für viele Betroffene ist die Diagnose ein Schock und sie glauben, ihr Leben sei nun vorbei. Doch

die Krebsmedizin hat in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Davon profitieren ältere Patienten ebenso wie jüngere Menschen mit Krebs. Trotzdem glauben viele von ihnen, wie auch ihre Angehörigen, die Krebsbehandlung sei für den älteren Organismus zu aggressiv und sie nutze betagten Patienten weniger als jüngeren Menschen.

Diese Sichtweise lässt sich heutzutage nicht mehr aufrechterhalten. Es setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass auch ältere Menschen einen hohen Nutzen aus einer umfassenden Krebsbehandlung ziehen, vorausgesetzt sie sind in einer guten körperlichen Verfassung. Dies trifft auf immer mehr ältere Menschen zu.

Unterschätzt wird häufig die Lebenserwartung, die ein heute 60-Jähriger noch hat. So bescheinigt die aktuelle Sterbetafel des Statistischen Bundesamts einem Mann im Alter von 60 Jahren noch eine weitere durchschnittliche Lebenserwartung von 20 Jahren. Eine Frau dieses Alters lebt im Durchschnitt sogar noch 25 Jahre länger.

Die Konzepte der modernen Krebstherapie kommen dabei älteren Patienten entgegen. Es ist zunehmend deutlich geworden, dass bei vielen

Krebserkrankungen eine völlige Heilung nicht mehr möglich ist. Das ist vor allem dann der Fall, wenn der Krebs wie im Falle von Hans B. erst im fortgeschrittenen Stadium entdeckt wird und durch eine Operation nicht mehr völlig zu entfernen ist. Mit den neuen Krebsmedikamenten wird versucht, den Tumor in seinem Wachstum

zu kontrollieren und ihn dadurch zu verkleinern oder zumindest am weiteren Wachstum zu hindern. Die Behandlung erfolgt dabei zielgerichtet und genau auf die jeweilige Tumorart abgestimmt. Sie ist weit weniger belastend als früher und wird in aller Regel von den Patienten gut vertragen. ■

Es zählt das biologische, nicht das kalendarische Alter

Hans B.:



Hans B. ist noch sehr rüstig. Der Garten ist sein Hobby. Er pflegt die 250 Quadratmeter hinter seinem Haus noch völlig selbstständig und treibt zudem auch regelmäßig Sport. Der Arzt hält eine Operation zur Entfernung des Tumors für sinnvoll. Die im Körper verbleibenden Tumorzellen sollen gegebenenfalls danach durch eine Chemotherapie eliminiert werden, erklärt der Arzt seinem Patienten. Es kann anschließend versucht werden, die eventuell noch im Körper vorhandenen Tumorreste daran zu hindern, erneut zu einem großen Tumor heranzuwachsen. Dazu gibt es moderne Medikamente, die verhindern, dass der Tumor die Bildung neuer Blutgefäße veranlasst, über die er sich mit Nährstoffen versorgt. Durch das Hemmen

der Blutgefäßbildung wird der Krebs regelrecht ausgehungert. Der Arzt erklärt Hans B., dass dies alles wahrscheinlich nicht zu einer definitiven Heilung der Krebserkrankung führen wird, dass aber die ihm verbleibende Lebenszeit durch die Maßnahmen erheblich verlängert wird. Hans B. ist skeptisch. Er will kein kranker Mann und auf die Pflege seiner Frau oder Fremder angewiesen sein. Der Arzt kann ihn beruhigen: „Die neuen Medikamente werden durchweg gut vertragen und schränken das Leben normalerweise nicht ein“, erklärt er dem 76-Jährigen. Dieser ist beruhigt zu hören, dass er trotz Krebs und Krebstherapie seinen Garten wahrscheinlich noch eine Reihe von Jahren pflegen und genießen kann.

Rund um die Diagnose Krebs

Es gibt keine Altersgrenze, ab der die Krebsbehandlung anders durchgeführt wird als bei jüngeren Menschen. Vielmehr werden betagte Patienten grundsätzlich genauso behandelt wie junge Menschen, wenn ihr allgemeiner Gesundheitszustand das zulässt. Bei der Therapieplanung spielt deshalb das kalendarische Alter praktisch keine Rolle. Es ist gleichgültig, ob ein Patient mit Krebs 55 oder 75 Jahre alt ist.

*Biologisches/
kalendarisches
Alter*

Das bedeutet aber nicht, dass ältere Menschen immer die gleiche Behandlung wie junge Pati-

enten mit dem gleichen Tumor bekommen. Die Krebstherapie richtet sich vielmehr am so genannten biologischen Alter aus, also an der Frage, wie fit der ältere Patient ist und ob es möglicherweise weitere Erkrankungen gibt, die die Krebsbehandlung erschweren können. Ist der Betreffende rüstig und körperlich fit wie Hans B., so werden bei der Therapie keine Abstriche gemacht. Hat er aber mehrere Begleiterkrankungen, wie etwa eine Herzerkrankung oder einen Diabetes mit bereits massiver Nierenschädigung, so muss die Behandlung an den individuellen Gesundheitszustand angepasst geplant werden.

In den Schlagzeilen ist in diesem Zusammenhang immer wieder von der „stillen Rationierung“ zu lesen. Mit diesem Begriff wird umschrieben, dass möglicherweise einige Patienten stillschweigend nicht die optimale Behandlung erfahren in der Vorstellung, diese Behandlung sei aufgrund des fortgeschrittenen Alters nicht mehr notwendig. Ein solches Vorgehen ist weder aus ethischer noch aus medizinischer Sicht zu rechtfertigen. Viele Studien zeigen, dass ältere Menschen und sogar Hochbetagte von den modernen Strategien der Krebstherapie eindeutig profitieren. Die medizinischen Fachgesellschaften haben sich daher intensiv der Thematik der „Krebstherapie im Alter“ angenommen und sprechen sich einheitlich gegen eine „stille Rationierung“ aus. Es gibt außerdem keinerlei rechtliche Grundlage für ein solches Vorgehen. ■

*Stille
Rationierung*



Verständnisvolle Aufklärung



Hans B.:

Der Arzt erklärt Hans B. genau, wie die Behandlung geplant ist und mit welchen Nebenwirkungen und eventuell auch Einschränkungen im Allgemeinen in den einzelnen Therapiephasen zu rechnen ist. Er fragt den Rentner, ob er mit dem geplanten Vorgehen einverstanden ist. Dieser bedankt sich für das verständnisvolle und umfassende Aufklärungsgespräch und bittet um ein paar Tage Bedenkzeit, weil er die anstehenden Maßnahmen zu Hause in Ruhe mit seiner Frau besprechen möchte.

So wie Hans B. 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.

Aufklärungsgespräch

Das bedeutet, dass alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Patienten

abzustimmen sind. Damit dieser 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.

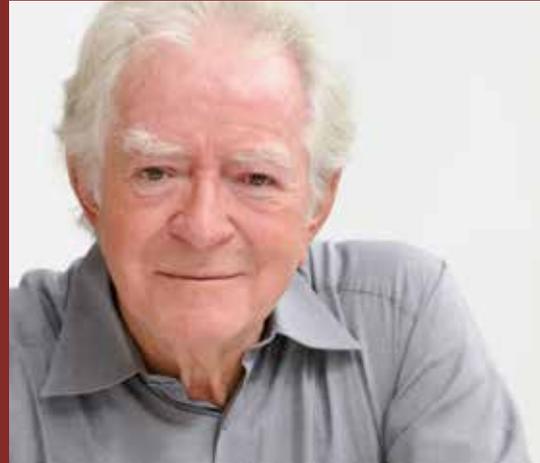
Das Aufklärungsgespräch muss dabei – von Notfallsituationen abgesehen – so frühzeitig erfolgen, dass der Patient in Ruhe ermessen kann, was die geplanten Maßnahmen für ihn bedeuten. Auf Fragen des Betroffenen muss der Arzt wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich antworten. Nicht ausreichend ist 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

Hans B.:

Hans B. hat die Operation gut überstanden. Die Lymphknoten waren bereits von der Erkrankung befallen und die Ärzte raten deshalb zur Chemotherapie. Ob das wirklich notwendig ist, fragt sich der rüstige Mittsiebziger. „In meinem Alter noch diese Strapaze?“ Hans B. entscheidet sich, einen zweiten Arzt zu Rate zu ziehen und reist in die nahegelegene Universitätsstadt. Die Ärzte im dortigen Darmkrebszentrum bestätigen die Einschätzung der Kollegen in der Kreisstadt. Er sei körperlich absolut fit. Es gebe keinen Grund, Abstriche bei der Behandlung zu machen und nicht die bestmögliche Therapie zu wählen, er-



klären sie ihm. Sie raten Hans B. ebenfalls zur Chemotherapie.

Die Heilungsmöglichkeiten im individuellen Fall voll auszuschöpfen, ist wohl das Anliegen eines jeden Krebspatienten. Das soll aber nicht bedeuten, dass unerträgliche Nebenwirkungen in Kauf genommen werden müssen. Speziell ältere Menschen kämpfen oft nicht darum, um jeden Preis ein paar Monate länger zu leben.

Sie erwarten vielmehr eine Behandlung, die ihre Lebenserwartung verlängert, die ihnen zugleich aber möglichst keine zusätzlichen Beschwerden verursacht und sie in ihrer Lebensführung und vor allem ihrer Selbständigkeit nicht einschränkt.

Das muss bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. 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 konsultieren 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 Behandlungunterlagen zur Verfügung. ■

Zweitmeinung

Leistungsansprüche sind genau geregelt

Hans B.:

Hans B. vertraut seinen 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 übernommen? Der Rentner ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Er macht sich Sorgen, ob die Krankenkasse alle notwendigen Maßnahmen bezahlen wird.

Sozial- gesetzbuch

Welche Rechte Patienten im Hinblick auf die Behandlung von Erkrankungen haben, ist durch das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V, *siehe Anhang, Seite 80*) und entsprechende Rechtsverordnungen geregelt. Dies gilt für jüngere wie auch ältere Menschen gleichermaßen.

Gesetzliche Kranken- versicherung (GKV)

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.

Leistungs- katalog der gesetzlichen Kranken- versicherung

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird deshalb durch den Erlass von

Richtlinien weiter konkretisiert. Diese werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, *siehe Anhang, Seite 78*) 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.

Gemeinsamer Bundes- ausschuss (G-BA)

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“

Wissenschaft- lichkeits- und Wirtschaftlich- keitsprinzip

Rund um die Behandlung

besteht. Die Meinungen darüber, welche Leistungen die Krankenkassen nach diesen Prinzipien zu erbringen haben, können im Einzelfall auseinander gehen. So kann es sein, dass ein Patient von einem neuen, erfolgversprechenden Behandlungsverfahren gehört hat, bei Rückspra-

che mit seinem Arzt oder mit der Krankenkasse dann aber erfährt, die Wirksamkeit 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



Für welche Behandlungen die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich übernommen werden müssen, ist für den Bereich der ambulanten Behandlung durch den so genannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“, kurz EBM (siehe Anhang, Seite 78), 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.

Ambulante Leistungen

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

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. Sollte aber eine bestimmte Behandlungsmethode (noch) nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung sein, 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, so die juristische Formulierung. Übersetzt heißt dies, dass das neue Behandlungsverfahren, zum Beispiel nach Studiendaten, Erfolgchancen haben muss.

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.

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.

Stationäre Leistungen

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

Rund um die Behandlung

können ihm die Mehrkosten von der Krankenkasse ganz oder teilweise auferlegt werden. Da der Arzt nicht unbedingt 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



Hans B.:

Für Hans B. steht nun die Chemotherapie an. Diese erfolgt üblicherweise als Infusion, was aber bedeuten würde, dass er regelmäßig in die Klinikambulanz kommen muss. Beim Aufklärungsgespräch hat Hans B. gehört, dass er die Chemotherapie auch in Form von Tabletten zu Hause selbst durchführen kann, selbst-

verständlich in enger Absprache mit seinem behandelnden Arzt. Er entscheidet sich sofort für diese Alternative, zumal der Arzt ihm erklärt, dass diese moderne Form der Chemotherapie besonders gut verträglich ist, also allgemein weniger Nebenwirkungen verursacht.

*Ambulant
vor stationär*

Wie Hans B. stehen viele Patienten nach der Diagnose vor der Frage, ob Therapieformen wie die Chemotherapie oder eventuell auch 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 Hans B., 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 dies, 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. ■

Wie steht es mit neuen Arzneimitteln?

Wer der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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 Umständen 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



Rund um die Behandlung

Arzneimittel werden von den Krankenkassen normalerweise 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 so genannten OTC-Ausnahmeliste (*siehe Anhang, Seite 80*) geregelt.

OTC-Ausnahmeliste

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, für die jedoch eine Zulassung fehlt. Der behandelnde Arzt darf dennoch das Arzneimittel – in diesem Fall 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 dann 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.

Übrigens: *Eventuell sind Arzneimittel 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 so genannten Einzelbestellung aus dem Ausland zu beziehen. Theoretisch können solche Arzneimittel durch die Krankenkasse erstattet werden. ■*

Teilnahme an Therapiestudien: Vorteil oder Versuchskaninchen?



Karl J.:

Karl J. ist 62 Jahre alt. Schon vor mehr als einem Jahr wurde bei ihm eine chronisch lymphatische Leukämie (CLL) festgestellt. Die Erkrankung des Lymphsystems wurde zufällig im Rahmen eines Gesundheits-Checks entdeckt und es war zunächst keine Krebstherapie notwendig. Inzwischen leidet Karl J. aber unter erheblichem Nachtschweiß, hat leichtes Fieber und fühlt sich körperlich nicht mehr leistungsfähig. Er sucht die Ärzte in der Klinik auf, die seine gesundheitliche Situation regelmäßig

überwachen. Sie schlagen ihm eine medikamentöse Behandlung vor, die aus einer Chemotherapie und der Gabe eines Antikörpers besteht. Gleichzeitig bitten sie Karl J., an einer Therapiestudie teilzunehmen. Dabei soll geprüft werden, nach welchem Schema die Behandlung am besten durchzuführen ist. Karl J. ist skeptisch, ob er seine Einwilligung zu der Studie geben soll. Wird er dabei nicht ein Versuchskaninchen sein? Und das in seinem Alter.

Lange wurde kritisiert, dass neue Behandlungsmöglichkeiten immer nur bei „jüngeren“ Menschen erprobt werden. Es ist fraglich, wieweit 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; dies durchaus bis zum Alter von 80 Jahren und sogar darüber hinaus. Nur so lässt sich erkennen, wie der ältere Organismus auf bestimmte Behandlungsformen reagiert, und die Wissenschaftler können herausfinden, ob im Alter die Behandlungsstrategien angepasst werden müssen.

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 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

**Therapie-
studien**

Rund um die Behandlung

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 somit 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.



Karl J.:

Karl J. ist im Nachhinein sehr froh, dass er an einer Therapiestudie teilgenommen hat. Die Behandlung hat sehr gut angeschlagen und er spürt von der Erkrankung nichts mehr. Karl J. weiß, dass er damit nicht völlig geheilt ist und dass irgendwann die Beschwerden zurückkommen werden. Er weiß aber auch, dass eine erneute Behandlung wiederum gute Chancen bietet, den Tumor zurückzudrängen. Während der Medikamentenprüfung hat der 62-Jährige sich sehr gut betreut gefühlt. Er konnte aufkommende Fragen oder Probleme stets direkt mit seinen behandelnden Ärzten klären und fühlte sich immer sicher. „Wenn der Tumor zurückkehren sollte und ich die Chance bekomme, nochmals eine Therapiestudie mitzumachen, werde ich sofort einwilligen“, sagt Karl J.

Die Teilnahme an einer Studie hat einen weiteren Vorteil: 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

Helga S.:

In der örtlichen Selbsthilfegruppe hat Hans B. Kontakt zu anderen Menschen mit Darmkrebs bekommen. Darunter ist auch Helga S., eine 78-Jährige, die einen künstlichen Darmausgang gelegt bekommen hat. „Ich war zunächst völlig verzweifelt“, erzählt die Frau in der Gruppe. „Dann habe ich gelernt, mit dieser neuen Situation zu leben und es geht jetzt ganz gut“. Schon im Krankenhaus zeigte man der Frau, wie der künstliche Darmausgang – der Me-

diziner spricht von einem Stoma – zu behandeln und zu pflegen ist. In der ersten Zeit zuhause kam regelmäßig ein Pflegedienst und inzwischen weiß Helga S. selbst, was sie tun muss, wie und wo sie sich die entsprechenden Stomaartikel besorgen kann. Außerdem steht ihr ihre Tochter Lisa K. helfend zur Seite. Die Tochter hat großes Verständnis für die Mutter, da sie selbst eine Krebserkrankung durchgemacht hat.

Hilfsmittel

Stomaartikel zählen, ebenso wie beispielsweise eine Perücke, Hörhilfen, Prothesen und orthopädische Hilfen, zu den so genannten Hilfsmitteln. Sie werden vom Arzt 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 Frauen genehmigt, aber für Männer in aller Regel 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/institu-



tion/themenschwerpunkte/hilfsmittel/verzeichnis/), für die ein Arzt die Notwendigkeit mit seiner Verordnung bestätigt und für die die Krankenkasse eine Bewilligung erteilt hat. Die Kosten für Gegenstände des täglichen Gebrauchs werden von den Krankenkassen nicht übernommen – auch dann

Rund um die Behandlung

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 zum Beispiel 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 lautet die Frage: Was tun?

versorgung 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.

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 Hilfsmittel-

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 so genannten Festbetragsgrenzen.

Ist ein Hilfsmittel defekt, sollte der Patient sich zunächst an die Stelle wenden, die das Hilfsmittel geliefert hat. Wird der Defekt nicht behoben, bittet der Patient seine Krankenkasse 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 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

Lisa K.:



Die 53-jährige Lisa K. erkrankte bereits im Alter von 48 Jahren an Brustkrebs. Der Krebsknoten war ausgedehnt und hatte bereits die Lymphknoten in der rechten Achsel befallen, so dass diese ebenfalls operativ entfernt werden mussten. Das hatte jedoch Folgen: Die Lymphflüssigkeit wird seit dem Eingriff nicht mehr richtig weitertransportiert. Sie staut in den Arm zurück, was Schmerzen verursacht und schon zweimal zu einer massiven Entzündung geführt hat. Lisa K. ist daher seit dem Eingriff auf regelmäßige Lymphdrainagen und eine Versorgung mit einer Art „Stützstrumpf“ für den Arm angewiesen.

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 Altersbeschränkung für solche Heilmittel gibt es nicht!

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. So ist im Heilmittelkatalog auch 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“ erhalten.

Lymphdrainagen gehören, ebenso wie medizinische Massagen oder eine Ergotherapie, zu den so genannten Heilmitteln. Darunter versteht man ärztlich

Heilmittel

Rund um die Behandlung

nage 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, wie zum Beispiel bei Lisa K., 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.*

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?

Helga S.:

Helga S. ist froh, dass ihre Tochter im Nachbarort wohnt und ihr in vielen Dingen helfen kann. Die Tochter ist zwar berufstätig, erledigt aber doch so manche Besorgung für ihre Mutter. Und sie führt den Haushalt, wenn es der Mutter nicht so gut geht. Doch Helga S. wird es ganz bang ums Herz, wenn sie daran denkt, dass ihre Tochter bald für vier Wochen zur Kur fahren soll. Wer soll ihr dann helfen, wenn sie alleine nicht klar kommt oder wenn sie bettlägerig werden sollte? Lisa K. beruhigt ihre Mutter: „Es gibt doch die



Möglichkeit der häuslichen Krankenpflege. Das übernimmt die Krankenkasse“, erklärt sie der Mutter.

Häusliche Krankenpflege nutzen

So wie Helga S. befürchtet, können im Verlauf einer Krebserkrankung ganz allgemein Situationen auftreten, in denen der Betreffende Hilfe bei der täglichen Versorgung braucht. 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

Krankenkassen. 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 objektiv in der Lage sein, die Pflege und Versorgung des Patienten tat-

Rund um Hilfen im Alltag

sächlich zu übernehmen. Darüber hinaus muss die Hilfeleistung auch subjektiv zumutbar sein, was insbesondere bei Kindern und Berufstätigen oft problematisch wird.

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

Behandlungs- pflege

■ 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

Hauswirt- schaftliche 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).

Krankenhau- ersatzpflege

Die häusliche Krankenpflege wird einerseits als so genannte Krankenhausersatzpflege gewährt, um stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Andererseits wird sie in Form der

Behandlungs- sicherungs- pflege

so genannten 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.

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 Krankenhausersatzpflege. Die Leistungen umfassen dabei die so genannte 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 auch für einen längeren Zeitraum bewilligen.

Übrigens: Ist im Einzelfall die so genannte 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 im Fall des Falles um eine gezielte Beratung zu bitten. ■

Haushaltshilfe: Was tun, wenn der Haushalt eine Zeitlang nicht selbst versorgt werden kann?

Helga S.:

Während der Kur ihrer Tochter braucht die 78-jährige Helga S. vermehrt Hilfe, und das nicht nur bei der Versorgung ihres künstlichen Darmausgangs, sondern auch bei der allgemeinen hauswirtschaftlichen Versorgung. Sie beantragt deshalb für die Dauer des Kuraufenthaltes ihrer Tochter bei ihrer Krankenkasse eine Haushaltshilfe. Helga S. erfährt jedoch, dass die Genehmigung einer Haushaltshilfe an konkrete Vorgaben geknüpft ist, die sie nicht erfüllt. Die Tochter bemüht sich jedoch weiterhin und erfährt daraufhin von der Krankenkasse, dass es auch Sonderregelungen gibt.



Haushaltshilfe

Voraussetzung für die Bewilligung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse ist zum einen, dass im Haushalt ein Kind lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Krankenkassen können aber im Rahmen so genannter Satzungs-mehrleistungen einen darüber hinausgehenden Anspruch auf Bewilligung einer Haushaltshilfe einräumen. Es lohnt sich also in jedem Fall ein Blick in die jeweilige Satzung oder

eine entsprechende Anfrage bei der Krankenkasse. Zum anderen muss der Versicherte vor 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. Kein Anspruch auf eine Haushaltshilfe besteht, wenn eine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann und ihr dies auch

Rund um Hilfen im Alltag

„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 Betreffende an arbeitsfreien Wochenenden und Feiertagen unter Zurückstellung seiner Freizeitinteressen den Haushalt führt.

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 stationären oder ambulanten Chemotherapie, sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme.

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

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

kassen, im Internet oder über die Telefonauskunft zu erfahren.

Im Einzelfall besteht die Möglichkeit, eine Erstattung der Kosten für eine selbst organisierte Haushaltshilfe zu erlangen. 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: *Helfen Familienangehörige ersten oder zweiten Grades, die ansonsten üblicherweise nicht im Haushalt leben, im Bedarfsfall vorübergehend bei der Haushaltsführung, so kann die Krankenkasse die entstandenen Fahrtkosten und gegebenenfalls den Verdienstaussfall 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.* ■

**Antrag auf
Gewährung
einer
Haushaltshilfe**

Wieder fit werden für den Alltag

Rehabilitation

Nach der Krebsbehandlung schließt sich oft die Rehabilitation an, wobei für ältere Krebspatienten insbesondere die medizinische Rehabilitation (Reha) Bedeutung hat. Deren Ziel 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 kann.

Medizinische Rehabilitation

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 Rehabilitationsmaßnahmen (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 und Psychologen, beteiligt ist, um den Patienten wieder „fit“ für das Alltagsleben zu machen. ■



Anschlussheilbehandlung oder Festigungskur?

Anschlussheilbehandlung/-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 durchgeführt.

Rehabilitationsträger (Reha-Träger) – das sind die Institutionen, die die Kosten der Maßnahme übernehmen – sind u. a. die Rentenversicherungsträger, die Krankenkassen oder die Sozialhilfeträger. 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.

Festigungskur Möglich ist ferner eine so genannte Nach- oder
Onkologische Rehabilitation Festigungskur im Sinne einer onkologischen Rehabilitation. Mit dieser onkologischen Nach-

sorgeleistung sollen eine gesundheitliche Stabilisierung herbeigeführt und Funktionsstörungen beseitigt werden. Gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zielen darauf ab, die körperlichen und seelischen Folgen der Krebserkrankung zu mildern oder im besten Fall zu beseitigen. 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 normalerweise drei Wochen, kann bei medizinischer Notwendigkeit aber 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. ■

Onkologische Nachsorgeleistungen

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 Reha-Träger 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 Reha-Träger 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 Reha-Träger weiterleiten. Dieser darf den Antrag nicht mehr weiterleiten, sondern muss direkt über den Anspruch auf Reha-Maßnahmen entscheiden.

***Übrigens:** Auch im Bereich der Rehabilitation gibt es unter bestimmten Umständen die Möglichkeit, Leistungen selbst zu beschaffen und sich die Kosten vom Reha-Träger 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 Zahlungen anfallen können. Sie hängen von den jeweiligen Reha-Maßnahmen ab. ■

Praxisgebühr

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 Eigenleistungen, die so genannten 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.

Vertraut dürfte allen Patienten die Zuzahlung beim Arztbesuch sein, bekannter als so genannte „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.

Praxisgebühr

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 genannten Festbeträge (*siehe Anhang, Seite 78*), 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.

Zuzahlung Arzneimittel

Des Weiteren sind Zuzahlungen 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 zusammengefasst werden, so dass die maximale Zuzahlung bei stationärer Behandlung 280 Euro pro Kalenderjahr beträgt.

Zuzahlung bei Klinik- aufenthalt

Zuzahlung häusliche Krankenpflege Ähnliches betrifft die häusliche 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.

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, 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.

Zuzahlung Heilmittel/ Hilfsmittel Auch bei den Heilmitteln sowie bei Hilfsmitteln müssen Versicherte wie bei 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.

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, hat der Versicherte die Mehrkosten – die so*



Zuzahlungen – was muss der Patient selbst bezahlen?

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?

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.

Belastungs- grenze

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.

Es muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein: 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

Johannes L.:

Johannes L. war Bauzeichner in einem Architekturbüro. Der mittlerweile 72-Jährige leidet schon seit mehreren Wochen unter Husten. Er spürt, dass der Husten irgendwie anders ist, als er das von früheren Erkältungen her kennt und sucht direkt einen Lungenfacharzt auf. Dieser stellt anhand des Röntgenbildes „Schatten auf der Lunge“ fest. Die weiteren Untersuchungen ergeben die niederschmetternde Diagnose „Lungenkrebs“. Johannes L. macht sich Sorgen, und das nicht nur im Hinblick auf die gesundheitliche Situation. Er weiß, dass eine Operation und eine wahrscheinlich nicht preiswerte Nachbehandlung anstehen. Wer wird das alles bezahlen? Johannes L. ist privat versichert. Er hat damit keinen Anspruch auf Leis-



tungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Da er nie viel krank war, hat er sich wenig um das Thema Krankenversicherung gekümmert. Nun ist er unsicher, ob er einen ausreichenden Versicherungsschutz besitzt. Kommen die privaten Krankenkassen für alle Kosten auf?

Das Krankenversicherungssystem lässt Versicherungsfreiheit für Arbeiter oder Angestellte in der GKV zu, wenn deren Einkommen nicht nur die aktuelle Versicherungspflichtgrenze von 49.950 Euro (Stand 2010) 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 Jahresarbeits-

entgeltgrenze versicherungsfrei waren und eine private substitutive Krankenversicherung hatten. Für sie betrug die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2001/2002 50.850 Euro.

*Private
Kranken-
versicherung*

Welche Leistungen durch eine private Krankenversicherung abgedeckt sind, ist in dem Vertrag, den der Versicherte mit seiner privaten Krankenkasse abgeschlossen hat, geregelt. Das gilt unabhängig vom Alter des jeweils Versicherten. Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung gilt

Privat versichert – was ist anders?

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 Jo-

hannes L., geschlossen wurde. Maßgeblich sind neben dem eigentlichen Vertrag die dem Vertrag zugrunde liegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der gewählte Tarif und die jeweiligen Tarifbedingungen, die sich durchaus im Laufe der Jahre ändern können. ■

Kein einheitlicher Leistungskatalog

Basistarif

Für Personen, die privat krankenversichert sind, gibt es grundsätzlich keinen einheitlichen Leistungskatalog. Ausnahme ist lediglich der so genannte „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. Dazu gehören auch medizinische Leistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Aufwendungen bei Vorsorgeuntersuchungen. Der Begriff der Heilbehandlung wird von der

Rechtsprechung definiert: Es handelt sich demnach um 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. Es reicht also das Ziel der Linderung der Erkrankung, eine Heilung ist – anders als es der Begriff „Heilbehandlung“ 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 Kostenübernahme 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 so genannten 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 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 Johannes 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

Ombudsmann

Besonderheiten bestimmter Berufsgruppen

Beihilfe Heilfürsorge

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. 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. ■

Ein Muss: Die private Pflegeversicherung

Private Pflegeversicherung

Wer privat krankenversichert ist, muss auch eine private Pflegeversicherung abschließen, und das gilt auch für beihilfeberechtigte Personen. Der private Versicherungsvertrag muss dabei Leistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Da es sich um einen privatrechtlichen Versiche-

rungsvertrag 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. Obwohl es sich um einen privatrechtlichen Vertrag handelt, ist diese aufgrund einer Sonderzuweisung bei dem örtlich zuständigen Sozialgericht zu erheben. ■

Helga S.:

Die gesundheitliche Situation von Helga S. verschlechtert sich zusehends. Die früher so lebenslustige Frau hat sich von einer Lungenentzündung nicht richtig erholt. Sie ist immer weniger in der Lage, sich selbst zu versorgen. Auch die Tochter kann die notwendige Hilfe infolge ihrer Berufstätigkeit nicht leisten. Gemeinsam beraten Mutter und Tochter, wie die anstehenden Probleme zu lösen sind. In ein Pflegeheim möchte Helga S. nicht. Mit Hilfe ihrer Tochter Lisa stellt sie bei der Pflegeversicherung ihrer Krankenkasse einen Antrag auf einen ambulanten Pflegedienst. Die Krankenkasse schickt den so genannten Medizinischen Dienst zu Helga S.



nach Hause, damit begutachtet wird, ob sie tatsächlich Hilfe benötigt und wenn ja, in welchem Ausmaß.

Pflegeversicherung – wann gibt es Leistungen?

Vorversicherungszeit

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 Vorver-

**Soziale
Pflege-
versicherung**

Rund um die Pflege

sicherungszeiten erfüllt, wenn der Versicherte in den zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre lang Mitglied war.

Pflegebedürftigkeit 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. ■

Pflegebedürftig: Ja oder nein?

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Hierzu erfolgt eine Untersuchung im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen. Befindet sich der Pflegebedürftige im Krankenhaus

oder in einem Pflegeheim, so findet die Untersuchung dort statt. Zur Vorbereitung fordert der MDK bei den behandelnden Ärzten deren Befundberichte an. Dies ist nur möglich, wenn der Versicherte ausdrücklich erklärt, den Arzt hierzu

von der Schweigepflicht zu entbinden. Der MDK erstellt im Anschluss an den Besuch des Versicherten ein sozialmedizinisches Gutachten zur Frage der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegekasse entscheidet daraufhin über die Pflegebedürftigkeit und legt die Pflegestufe fest.

Gegen den Bescheid kann der Versicherte Widerspruch erheben. Es kommt dadurch zu einem sogenannten Widerspruchsverfahren, in dem die Pflegekasse häufig dazu auffordert, ein Pflorgeta-

gebuch zu führen, um insbesondere die Dauer der täglich anfallenden Verrichtungen festzuhalten. Darüber hinaus können die Pflegeperson und der Angehörige zum Pflegeaufwand befragt werden.

Wird dem Widerspruch nicht stattgegeben, bleibt die Möglichkeit, eine Klage vor dem Sozialgericht zu erheben. Im Rahmen des Gerichtsverfahrens kann ein neutraler Sachverständiger mit der Erstellung eines Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit beauftragt werden. ■

Leistungen der Pflegeversicherung

Über die Pflegeversicherung können verschiedene Leistungen bezogen werden, für die das Sozialgesetzbuch Grundsätze vorgibt. Danach stehen die Prävention und Rehabilitation vor den Pflegeleistungen und die ambulante Pflege hat Vorrang vor teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen.

Die wichtigsten Leistungen sind für die häusliche Pflege:

- Pflegegeldzahlungen für selbst organisierte Pflegepersonen (monatliche Geldleistungen für private und privat organisierte häusliche Pflege, beispielsweise durch Angehörige),
- Pflegesachleistung durch einen ambulanten Pflegedienst (ein vom Pflegebedürftigen aus-

gesuchter ambulanter Pflegedienst kommt zur Pflege ins Haus),

- Kombinationsleistungen aus den beiden vorgenannten Möglichkeiten,
- teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege).

Die wichtigste Leistung für die Unterbringung in einem Pflegeheim ist die Dauerpflege (vollstationäre Versorgung).

Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit legt der Medizinische Dienst in seinem Gutachten eine Pflegestufe von I bis III fest. Die Pflegestufe richtet sich unter anderem danach, wie viele Minuten für die Hilfestellungen bei den einzelnen Verrichtungen benötigt werden. ■

Pflegestufen

Häusliche Pflege

Häusliche Pflege Im Rahmen der häuslichen Pflege wird abhängig von der Pflegestufe ein Pflegegeld gewährt. Der Versicherte kann die ambulanten Leistungen einer Pflegeeinrichtung – beispielsweise einer Sozialstation – in Anspruch nehmen. Die Pflegekasse übernimmt die entstehenden Kosten bis zu den folgend vorgesehenen Höchstbeträgen:

| Pflegestufe | ab 2010 | ab 2012 |
|-------------|---------|---------|
| I | 440 € | 450 € |
| II | 1.040 € | 1.100 € |
| III | 1.510 € | 1.550 € |

Der Pflegebedürftige kann anstelle der Sachleistung auch ein Pflegegeld in Anspruch nehmen und dieses an die Pflegeperson – in der Regel einen Angehörigen – weiterleiten. Pflegegeld und Pflegesachleistung können auch kombiniert in Anspruch genommen werden:

| Pflegestufe | ab 2010 | ab 2012 |
|-------------|---------|---------|
| I | 225 € | 235 € |
| II | 430 € | 440 € |
| III | 685 € | 700 € |

Die Pflegekassen übernehmen darüber hinaus auch die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel. Es besteht ferner die Möglichkeit, im Bedarfsfall Zuschüsse zum Umbau der Wohnung zu erhal-

ten, und zwar bis zu einer Höhe von maximal 2.557 Euro pro Maßnahme.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht auch ein Anspruch auf eine zusätzliche Leistung für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. Das kann der Fall sein, wenn der Pflegebedürftige beispielsweise an Demenz leidet, an einer allgemeinen geistigen Behinderung oder an einer psychischen Erkrankung. Monatlich wird in solchen Fällen ein Grundbetrag in Höhe von bis zu 100 Euro gezahlt – bei einem erhöhten Bedarf kann dieser sich auf bis zu 200 Euro im Monat belaufen.

Übrigens: Den zusätzlichen Betreuungsbetrag können Versicherte der so genannten Pflegestufe 0 erhalten. Von der Pflegestufe „0“ wird gesprochen, wenn zwar ein Pflegebedarf in den genannten Bereichen besteht, dieser aber die zeitlichen Grenzen noch unterschreitet.

Neben den Leistungen für die pflegebedürftige Person sieht das Gesetz auch Leistungen für die Personen vor, die die Pflege durchführen. Die Pflegeversicherung übernimmt für private Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen beispielsweise die Zahlung von Beiträgen an die Gesetzliche Rentenversicherung. Darüber hinaus sind die Pflegepersonen auch in den Schutz der Gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

Übrigens: Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr.

Übrigens: Wenn die häusliche Pflege durch einen Angehörigen übernommen wird, ist ein Pflegekurs hilfreich. Solche Kurse werden von den Pflegekassen unentgeltlich für Angehörige angeboten. ■

Das Pflegezeitgesetz

Pflegezeitgesetz Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegezeitgesetz zusätzliche Möglichkeiten geschaffen, die Pflege naher Angehöriger in häuslicher Umgebung zu organisieren. Wird diese Möglichkeit der Betreuung gewählt, besteht ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Dabei leistet der Arbeitgeber grundsätzlich keine Lohnfortzahlung. Die finanzielle Absicherung erfolgt vielmehr teilweise über die Sozialversicherung. Pflegenden Angehörige sollten sich deshalb vor Inanspruchnahme der Pflegezeit bei den Sozialleistungsträgern informieren.

Tritt eine Pflegesituation dagegen akut ein, können nahe Angehörige bis zu zehn Tage der Arbeit fernbleiben. Damit soll ermöglicht werden, dass bei kurzfristig eintretendem Pflegebedarf die Pflege in häuslicher Umgebung organisiert werden kann. Auch in solchen Fällen ist keine Vergütung durch den Arbeitgeber vorgesehen.



Helga S.:

Der Medizinische Dienst hat Helga S. die Pflegestufe I zugewilligt. Zusammen mit ihrer Tochter bespricht die 78-Jährige, dass am besten ein ambulanter Pflegedienst zu bestellen ist. Dieser soll morgens und abends ins Haus kommen, Helga S. bei der Körperhygiene helfen und vor allem die Pflege des künstlichen Darmausgangs vornehmen. ■

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege – wieder auf die Beine kommen

Teilstationäre Pflege

Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn Maßnahmen zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich sind, besteht die Möglichkeit einer teilstationären Pflege. Kann die häusliche Pflege zeitweise gar

nicht erbracht werden und ist eine teilstationäre Pflege nicht ausreichend, so besteht zudem Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung. Dieser Anspruch ist auf einen Zeitraum von vier Wochen pro Kalenderjahr begrenzt.

Kurzzeit- pflege

Stationäre Pflege – wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht mehr ausreichen

Stationäre Pflege

Im Rahmen der stationären Pflege übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und auch die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Form von Sachleistungen.

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung sowie die so genannten Investitionskosten werden nicht von der Pflegeversicherung übernommen, wobei es in den Bundesländern unterschiedliche Regelungen und Förderungen gibt.

Übrigens: In einigen Bundesländern, wie zum Beispiel

in Nordrhein-Westfalen, besteht die Möglichkeit, Pflegegeld zu beantragen. Hierbei handelt es sich um einen Zuschuss zu den Investitionskosten.

Übrigens: *Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Leistungen der Pflegeversicherung zu kombinieren. Dies ermöglicht eine individuelle Anpassung der Leistungen an den jeweiligen Pflegebedarf. So können Pflegeleistungen auch „gepoolt“ werden. Damit ist beispielsweise eine Bildung von Wohngemeinschaften möglich, bei denen die einzelnen Leistungen gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können. Die Pflegekassen beraten und informieren hierzu.*

Essen auf Rädern – Hilfen im Alltag

Helga S.:

Leider bessert sich der Zustand von Helga S. nicht wie erhofft. Die gesundheitlich angeschlagene Frau will jedoch keinesfalls ihr gewohntes Zuhause verlassen und in ein Pflegeheim übersiedeln. Mit dem ambulanten Pflegedienst fühlt sie sich zudem gut betreut. Um der Mutter das Leben ein wenig zu erleichtern, bestellt die Tochter für sie einen warmen Mittagstisch, also „Essen auf Rädern“.

Viele ältere Menschen wollen auf keinen Fall ihre gewohnte Umgebung verlassen und in ein Seniorenstift oder ein Pflegeheim übersiedeln, wo ihnen vielfältige Hilfsangebote zur Verfügung stünden. Obwohl das Leben dort vielleicht einfacher wäre, möchte so mancher ältere Mensch sogar im Falle einer gravierenden Erkrankung, wie etwa einem Krebsleiden, die häusliche Umgebung nicht aufgeben. Unabhängig von ambulanten Pflegediensten und Leistungen der Pflegeversicherung gibt es eine ganze Reihe an Möglichkeiten, damit sich ein solcher Wunsch realisieren lässt.

Wenn es, wie im Falle von Helga S., vor allem darum geht, dass einmal täglich eine warme Mahlzeit bereitgestellt wird, so lässt sich dies

über einen so genannten Menübringdienst erreichen, besser bekannt unter dem Schlagwort „Essen auf Rädern“. Die Mahlzeiten sind auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt und werden bis in die Wohnung gebracht. Dabei können besondere diätetische Bedürfnisse und auch Geschmacksvorlieben berücksichtigt werden.

Essen auf Rädern

Es gibt verschiedene Anbieter für „Essen auf Rädern“ – von der Versorgung mit portionsgerechten Mahlzeiten zum Einfrieren, die im Bedarfsfall selbst in der Mikrowelle einfach zuzubereiten sind, bis hin zur täglichen, fertigen warmen Mahlzeit, die regelmäßig ins Haus gebracht wird. Privatunternehmer bieten solche Dienste an, aber auch soziale Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände und Hilfsorganisationen.

Von verschiedenen privaten Organisationen wird außerdem die Vermittlung von Pflegekräften, vor allem aus Osteuropa, angeboten, die selbstverständlich gegen entsprechende Bezahlung die Betreuung übernehmen, falls gewünscht, auch rund um die Uhr.

Informationen über solche Organisationen gibt es im Internet oder bei den Sozialstationen sowie beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (www.bpa.de). ■



Karl J.:



Obwohl die Behandlung gut angeschlagen hat und die Ärzte Karl J. erklärt haben, dass es lange dauern kann, bis der Tumor zurückkehrt, macht er sich Sorgen. Er ist erst 62 Jahre alt und die behandelnden Ärzte haben ihn dahingehend aufgeklärt, dass er nun mit dem Tumor leben und dass er wahrscheinlich mehrfach gegen den Krebs behandelt werden muss. Er wird wohl wieder die

Chemotherapie und den Antikörper erhalten. Davor hat Karl J. keine Angst. Doch er sorgt sich, wie er sein weiteres Leben finanziert bekommt. Bislang war Karl J. als Lagerarbeiter in einer Spedition tätig. An die Rückkehr in den Beruf ist nicht zu denken, die Arbeit ist körperlich zu schwer. Und eine andere Tätigkeit ist in der derzeitigen Wirtschaftssituation schwer zu finden. Als Hausmeister zu arbeiten oder ähnliches, würde sich Karl J. körperlich noch zutrauen. Aber eine solche Arbeit ist kaum zu bekommen und er müsste ja auch seine Krankheit bekannt geben. Karl J. macht sich wegen der Zukunft Gedanken: Die von der Rentenstelle vor Jahren errechneten Altersbezüge waren sowieso schon nicht üppig. Wenn er nun vorzeitig berentet wird, wird es wohl weitere Abschlüsse geben. Wie wird er dann von der Rente leben können?

Existenzsicherung

Krankengeld

Arbeitslosengeld

Erkranken Menschen zum Ende des Arbeitslebens an einer Krebserkrankung, können sie oft ihrer gewohnten Berufstätigkeit nicht mehr nachgehen. Dann stellt sich neben den medizinischen Fragen oft das Problem, wie künftig der Lebensunterhalt gesichert werden kann. Teilweise gelingt es älteren Arbeitnehmern, sich durch die Leistungen, die sie erhalten können, wie etwa Lohnfortzahlung, Krankengeld und Arbeitslosengeld (siehe Broschüre „Den Alltag trotz Krebs bewältigen – Hilfen für Ar-

beitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung), finanziell abzusichern, bis sie eine Regelaltersrente in Anspruch nehmen können. Ist dies nicht möglich, so muss erwogen werden, eine vorgezogene Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente zu beanspruchen. Lassen sich die Lebenshaltungskosten nicht über ein entsprechendes Einkommen oder Vermögen decken, so besteht die Möglichkeit, Grundsicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen. ■

Als Krebspatient in Rente gehen

Altersrente

Ältere Krebspatienten haben je nach ihrer individuellen Situation verschiedene Möglichkeiten, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu beziehen. Die gesetzliche Rentenversicherung sieht verschiedene Altersrenten vor. Hierzu zählen neben der Regelaltersrente:

- die Altersrente für langjährig Versicherte,
- die Altersrente für schwerbehinderte Menschen,
- die Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute,
- die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit und
- die Altersrente für Frauen.

Für Krebspatienten ist neben der Regelaltersrente auch die Altersrente für schwerbehinderte Menschen besonders relevant. Allerdings müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit die jeweilige Rente in Anspruch genommen werden kann.

Rentenrecht

Das Rentenrecht ist eine sehr komplexe Materie. Wer wissen möchte, ob er die Voraussetzungen für eine Rente erfüllt, welche Renten überhaupt in Betracht kommen, wie hoch die Rente sein wird und wie viel man hinzu verdienen kann, sollte sich an den jeweiligen Rentenversicherungsträger wenden. Dieser hat eine entsprechende Auskunftspflicht. Außerdem stellt die „Deutsche Rentenversicherung Bund“

im Internet unter der Web-Anschrift www.deutsche-rentenversicherung-bund.de umfangreiches Informationsmaterial zum kostenlosen Download zur Verfügung. Versicherte erhalten außerdem jährlich eine Renteninformation zugeschickt. ■



Die Regelaltersrente

**Regel-
altersrente**

Voraussetzung für die Gewährung der Regelaltersrente ist, dass das Renteneintrittsalter erreicht wurde. Dieses liegt derzeit bei der Vollendung

des 67. Lebensjahres, wobei die Regelaltersgrenze jedoch ab dem Jahr 2012 schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben wird. Konkret be-

**Renten-
eintrittsalter**

| Geburtsjahr des Versicherten | Anhebung um Monate | auf Alter Jahr/Monat |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1947 | 1 | 65 + 1 Monat |
| 1948 | 2 | 65 + 2 Monate |
| 1949 | 3 | 65 + 3 Monate |
| 1950 | 4 | 65 + 4 Monate |
| 1951 | 5 | 65 + 5 Monate |
| 1952 | 6 | 65 + 6 Monate |
| 1953 | 7 | 65 + 7 Monate |
| 1954 | 8 | 65 + 8 Monate |
| 1955 | 9 | 65 + 9 Monate |
| 1956 | 10 | 65 + 10 Monate |
| 1957 | 11 | 65 + 11 Monate |
| 1958 | 12 | 66 |
| 1959 | 14 | 66 + 2 Monate |
| 1960 | 16 | 66 + 4 Monate |
| 1961 | 18 | 66 + 6 Monate |
| 1962 | 20 | 66 + 8 Monate |
| 1963 | 22 | 66 + 10 Monate |
| Ab 1964 | 24 | 67 |

Quelle: Adaptiert nach der Broschüre „Die richtige Altersrente für Sie“, Deutsche Rentenversicherung, 5. Auflage (5/2010)

deutet dies, dass die Altersgrenze von 65 Jahren nur noch für die bis zum Ende des Jahres 1946 Geborenen gilt. Für Versicherte, die ab dem 01.01.1947 geboren sind, gilt nebenstehende Regelung (*siehe Tabelle Seite 48*).

Eine weitere Voraussetzung für die Gewährung einer Altersrente ist die Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren. Da Leistungen

aus der Rentenversicherung nur beanspruchen soll, wer ihr vorher bereits eine bestimmte Zeit angehört hat, stellt die allgemeine Wartezeit eine „Mindestversicherungszeit“ dar. Hierbei werden verschiedene versicherungsrechtliche Zeiten, insbesondere Beitrags- und Ersatzzeiten, berücksichtigt. Nähere Informationen zur Erfüllung der Wartezeit erhält man bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger. ■

**Mindestver-
sicherungs-
zeit**

Renteninformation, Rentenauskunft und Kontenklärung

Die Träger der Rentenversicherung führen für jeden Versicherten ein Versicherungskonto. In diesem sind die Daten gespeichert, die für die Durchführung der Versicherung sowie für die Feststellung und Erbringung von Leistungen erforderlich sind. Die Versicherten erhalten ab dem vollendeten 27. Lebensjahr jährlich eine so genannte Renteninformation. Diese enthält insbesondere Angaben über die Grundlagen der Rentenberechnung sowie zur Höhe einer möglichen Erwerbsminderungsrente und eine Prognose über die Höhe der zu erwartenden Altersrente. Nach Vollendung des 55. Lebensjahres wird diese durch die Rentenauskunft ersetzt, die noch detailliertere Angaben über die Höhe und die Berechnung der zu erwartenden Alters- und

Erwerbsminderungsrenten sowie der möglichen Witwen- oder Witwerrenten enthält.

Renteninformation und Rentenauskunft sollen es dem Versicherten frühzeitig ermöglichen, eine ungefähre Einschätzung der zukünftigen Rentenleistung vorzunehmen. Versicherte sollen so in die Lage versetzt werden zu prüfen, ob eine ergänzende private und/oder betriebliche Altersvorsorge sinnvoll ist.

Zu berücksichtigen ist, dass weder die Renteninformation noch die Rentenauskunft eine verbindliche Aussage über die späteren Rentenzahlungen enthalten. Die Informationen erfolgen immer unter dem Vorbehalt künftiger Rechtsän-

**Renten-
information/
-auskunft**



derungen sowie der Richtigkeit und Vollständigkeit der im Versicherungskonto gespeicherten Daten.

Kontenklärung/-verfahren Im so genannten Kontenklärungsverfahren klärt der Rentenversicherungsträger das gesamte Versicherungskonto. Hierbei mag es erforderlich sein, eventuelle Lücken in den Versicherungsbiografien zu schließen, denn nicht alle Zeiten werden maschinell übermittelt. Zum Beispiel müssen Zeiten der Schulausbildung oder Kindererziehungszeiten beantragt und nachgewiesen werden. Die Träger der Rentenversicherung ver-

senden hierzu einen Versicherungsverlauf, der die im Versicherungskonto gespeicherten Daten enthält, die für die Höhe der Rentenanwartschaft erheblich sind und fordern den Versicherten auf, bei der Vervollständigung der Daten mitzuwirken. Hat der Rentenversicherungsträger das Versicherungskonto geklärt bzw. hat der Versicherte innerhalb von sechs Kalendermonaten nach Versendung des Versicherungsverlaufs dem Inhalt nicht widersprochen, ergeht ein Feststellungsbescheid über die im Versicherungsverlauf enthaltenen Daten. Sind diese nicht korrekt, sollte der Versicherte einen Widerspruch gegen den Kontenfeststellungsbescheid einlegen und auf eine Berichtigung drängen. Das Kontenfeststellungsverfahren führt jedoch nicht zu einer verbindlichen Klärung der Rentenhöhe, sondern dient lediglich einer möglichst zeitnahen und verbindlichen Feststellung von Tatsachen, die – ausgehend von der zu dieser Zeit gültigen Rechtslage – in einem künftigen Leistungsfall möglicherweise rentenversicherungsrechtlich bedeutsam werden könnten. Die konkrete Berechnung der Rente erfolgt erst im so genannten Leistungsverfahren.

Kontenfeststellungsverfahren

Übrigens: *Zeichnet sich ab, dass Sie aufgrund einer Krebserkrankung beispielsweise eine Alters- oder Erwerbsminderungsrente beantragen wollen, sollten Sie – sofern nicht von Amts wegen durch den Rentenversicherungsträger bereits ein Kontenfeststellungsverfahren durchgeführt wurde – möglichst frühzeitig einen Antrag auf Kontenklärung stellen, um später einen nahtlosen Übergang in eine Rentenzahlung zu gewährleisten.* ■

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Altersrente für schwer- behinderte Menschen

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht die Möglichkeit, die so genannte Altersrente für schwerbehinderte Menschen schon vor Erreichen der Regelaltersgrenze zu erhalten. Als Altersgrenze wird die Vollendung eines bestimmten Lebensjahres als Voraussetzung für einen Rentenanspruch bezeichnet. Die Regelaltersgrenze liegt beim 67. Lebensjahr. Bestimmte Altersrenten können bereits mit dem 63. oder 65. Lebensjahr bezogen werden. Die Rente für schwerbehinderte Menschen kann mit Abschlägen dabei auch vorzeitig in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass das Renteneintrittsalter erreicht ist. Aufgrund der Anhebung der Regelaltersgrenze ab dem Jahr 2012 von 65 auf 67 Jahre wurde auch das Renteneintrittsalter für die Altersrente für schwerbehinderte Menschen angepasst (s. Abb.).

Demnach gilt für Versicherte, die vor dem 01.01.1952 geboren sind, ein besonderer Vertrauensschutz. Bei ihnen liegt das Renteneintrittsalter bei der Vollendung des 63. Lebensjahres vor und die vorzeitige Inanspruchnahme ist mit

60 Jahren möglich. Für Versicherte, die im Zeitraum vom 01.01.1952 bis zum 31.12.1963 geboren sind, werden das Renteneintrittsalter und die Altersgrenze für eine vorzeitige Inanspruchnahme schrittweise angehoben. Für Versicherte, die am 01.01.1964 oder später geboren sind, gilt die derzeitige Regelung, wonach das Renteneintrittsalter mit Vollendung des 65. Lebensjahrs und eine vorzeitige Inanspruchnahme mit 62 Jahren möglich ist. Darüber hinaus muss die so genannte Wartezeit von 35 Jahren erfüllt sein. Eine weitere Voraussetzung ist, dass eine Schwerbehinderung – also ein Grad der Behinderung von mindestens 50 – vorliegt (siehe Kapitel: Vorteile eines Grades der Behinderung). Erforderlich ist, dass eine Schwerbehinderung tatsächlich vorliegt und ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung gestellt wurde. Unabhängig von der Dauer des Verwaltungsverfahrens wird der Grad der Behinderung bei positiver Entscheidung rückwirkend ab Antragstellung gewährt. Darüber hinaus muss ein Antrag auf Gewährung der Altersrente für schwerbehinderte Menschen gestellt werden. ■

| Alter | Renteneintrittsalter | vorzeitige Inanspruchnahme mit Rentenabschlägen |
|----------------------------|--------------------------------|--|
| vor dem 01.01.1952 geboren | Vollendung des 63. Lebensjahrs | Vollendung des 60. Lebensjahrs |
| 01.01.1952-31.12.1963 | stufenweise Anhebung | stufenweise Anhebung |
| 01.01.1964 bis heute | Vollendung des 65. Lebensjahrs | Vollendung des 62. Lebensjahrs |

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Altersrente wegen verminderter Arbeitsfähigkeit Wenn die Krebserkrankung zur Folge hat, dass ein Arbeitnehmer seine berufliche Tätigkeit nicht mehr voll oder teilweise ausüben kann – wenn also eine teilweise oder sogar volle Erwerbsminderung gegeben ist – kann auch ein Anspruch auf Bewilligung einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen.

Voraussetzung hierfür ist, dass der Antragsteller die so genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt: So darf die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht sein und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens drei Jahre lang Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet worden sein (Vorversicherungszeit). Der Versicherte muss ferner vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben. Weiterhin muss eine volle oder teilweise Erwerbsminderung vorliegen. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so kann der Anspruch durch eine entsprechende Antragsstellung geltend gemacht werden.

Die Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich auf drei Jahre befristet bewilligt. Hat sich der Gesundheitszustand nicht gebessert, wird die Rente verlängert. Ist nach insgesamt neun Jahren keine Besserung eingetreten, wird eine

unbefristete Rente bewilligt. Wenn allerdings von Antragsstellung an unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann, kann die Erwerbsminderungsrente auch von Beginn an unbefristet bewilligt werden.

Die Erwerbsminderungsrente wird maximal bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt, wobei sich ihre Höhe ähnlich berechnet wie die Regelaltersrente. Auskünfte zur konkreten Höhe einer Erwerbsminderungsrente geben die Rentenversicherungsträger.

Übrigens: *Das Inanspruchnehmen einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente hindert den Anspruchsteller nicht generell an einem Hinzuverdienst. Die Erwerbsminderungsrente soll jedoch einen finanziellen Ausgleich für die fehlende Erwerbsfähigkeit schaffen, so dass ein unbegrenzter Hinzuverdienst mit der Inanspruchnahme einer Erwerbsminderungsrente nicht vereinbar ist. Deshalb erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen eine Anrechnung des Hinzuverdienstes auf die Rentenzahlungen, was im Einzelfall sogar zu einem vollständigen Wegfall der Erwerbsminderungsrente führen kann. Rentenbezieher sollten sich deshalb wegen der individuellen Hinzuverdienstgrenzen durch die Rentenversicherung ausführlich beraten lassen. Beachten sollten sie außerdem, dass Hinzuverdienste dem Rentenversicherungsträger mitgeteilt werden müssen.* ■

Volle oder teilweise Erwerbsminderung?

Erwerbsminderung

Wann eine volle oder teilweise Erwerbsminderung besteht, ist genau definiert: Keine Erwerbsminderung liegt demnach bei Personen vor, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können.

Als teilweise erwerbsgemindert gelten Versicherte, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit zwar mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig sein können, die zugleich aber außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes länger als sechs Stunden täglich zu arbeiten. Ist der Betreffende arbeitslos, so kann bei ungünstiger Arbeitsmarktsituation als Ausnahmefall eine Rente aufgrund voller Erwerbsminderung gewährt werden, auch wenn tatsächlich per Definition nur eine teilweise Erwerbsminderung besteht.

Voll erwerbsgemindert ist nach der Definition des Gesetzgebers derjenige, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Solchen Personen wird eine Rente für den Fall gewährt, dass der Arbeitsmarkt wegen der besonderen Leistungseinschränkung dieser Person nicht zugänglich ist, das heißt, sie keinen ent-

sprechenden Arbeitsplatz finden. So liegt eine volle Erwerbsminderung zum Beispiel dann vor, 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 vier Mal eine Wegstrecke von mehr als 500 m mit zumutbarem Zeitaufwand (unter 20 Minuten) zu Fuß zurückzulegen und zwei Mal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen, wenn nicht alternativ ein Kraftfahrzeug genutzt werden kann.

Auch wenn zusätzliche Arbeitspausen notwendig sind oder wenn während der Arbeit Zwischenmahlzeiten eingenommen werden müssen, kann eine Leistungseinschränkung bestehen, so dass möglicherweise ebenfalls ein Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente gegeben ist.

Für Personen, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gilt zudem eine besondere Vertrauensschutzregelung: Liegen gesundheitliche Einschränkungen in dem bisher ausgeübten Beruf vor, kommt eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit in Betracht. Diese Rente wird Personen gewährt, die ihren bisherigen qualifizierten Beruf nicht mehr oder nur noch weniger als sechs Stunden täglich ausüben können, in einem anderen Beruf aber

Erwerbsminderungsrente

Existenzsicherung – wovon soll ich leben?

noch mindestens sechs Stunden täglich einsetzbar sind. Allerdings ist in solchen Fällen auch zu prüfen, ob eine Verweisung auf eine andere, zumutbare Tätigkeit möglich ist. Bezugspunkt ist in diesem Fall nicht der allgemeine Arbeitsmarkt, sondern der bisherige Beruf des Versicherten.

Generell gilt zudem, dass die Frage der Erwerbsminderung von Amts wegen festgestellt werden muss. Hierzu werden in der Regel vom Rentenversicherungsträger Befundberichte der behandelnden Ärzte und medizinische Gutachten eingeholt. ■

„Grundsicherung“ – Rettungsanker, wenn Unterstützung nottut

Lässt sich der Lebensunterhalt nicht mehr aus eigenem Einkommen und Vermögen decken, bleibt die Möglichkeit, so genannte Grundsicherungsleistungen zu erhalten.

Der Gesetzgeber hat hier allerdings äußerst komplexe Regelungen geschaffen, wer unter welchen Voraussetzungen 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.

Hartz IV

Zuständig sind die örtlichen Jobcenter. Im Internet lassen sich die jeweiligen „Partner vor Ort“ auf der Seite der Bundesagentur für Arbeit unter www.arbeitsagentur.de oder unter www.jobcenter.de abrufen.

Personen, bei denen eine volle Erwerbsminderung (s. o.) vorliegt oder die die Regelaltersgrenze von 67 Jahren erreicht haben, können die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beanspruchen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Besteht eine Pflegebedürftigkeit, so kann nach den Regelungen des SGB XII Hilfe zur Pflege geltend gemacht werden. 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, Seite 78*) 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



Regelsatz

Existenzsicherung – wovon soll ich leben?

derzeit 374 € (Stand Januar 2012) 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. ■

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 ge-

Hilfe zur Pflege

nommen 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 besonders 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 in Abhängigkeit vom jeweiligen Bedarf der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen sowie

Leistungen der Hilfe zur Pflege erbracht: Der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen erfasst neben den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung auch die Aufwendungen für Kleidung und einen angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung, der für volljährige Hilfebedürftige 27 % des Regelsatzes je nach Bundesland (Stand 2012) 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,

Arbeitgeber 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.* ■

Für manche Behinderungen gibt es einen Ausgleich

Hans B.:

Von seinem Schwager hat Hans B. den Tipp erhalten, sich um einen so genannten Grad der Behinderung (GdB) zu kümmern, weil sich daraus eine Reihe von Vorteilen ergeben kann. Manchmal heilt eine Krebserkrankung zwar aus, allerdings können Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit infolge der Erkrankung oder deren Behandlung bestehen bleiben.

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 älteren und alten Krebspatienten durchaus ein hoher Behinderungsgrad festgestellt werden. Im Falle einer Krebserkrankung wird er allerdings üblicherweise nur für einen bestimmten Zeitraum, zumeist für fünf Jahre, festgestellt. Nach Ablauf dieser so genannten „Heilungsbewährung“ (siehe Anhang, Seite 79) muss gegebenenfalls ein neuer Antrag gestellt werden.

Heilungsbewährung

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

Merkzeichen

Wann eine Behinderung vorliegt, ist gesetzlich geregelt. Voraussetzung ist, dass die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische

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 Auskunftspflicht auf Anfrage mit, welche Stelle im Einzelfall zuständig ist. Der Antrag kann zunächst formlos gestellt werden, worauf der Antragsteller üblicherweise ein entsprechendes Antragsformular zugesandt bekommt.

Grad der Behinderung

Neben den Personalien sind in dem Formular insbesondere die gesundheitlichen Beeinträch-

Vorteile eines Grades der Behinderung



tigungen 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 der getroffenen Feststellung nicht einverstanden ist, kann Widerspruch gegen den Bescheid einlegen und gegebenenfalls durch ein gerichtliches Verfahren veranlassen, dass er überprüft wird.

Merkzeichen dienen als Nachweis für besondere Beeinträchtigungen und werden in Buchsta-

ben 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 Versorgungsmedizin-Verordnung, in der die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ festgehalten sind. Diese sind im Internet unter www.bmas.de/portal/10588/anhaltspunkte__fuer__die__aerztliche__gutachterttaetigkeit.html einzusehen. ■

Welche Vorteile hat die Feststellung eines Grades der Behinderung?

Schwerbehindertenausweis 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 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 grundsätzlich 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 Fal-

le 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 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

Steuervorteile bei GdB

Palliativmedizin – wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist

Kalenderhalbjahr) sind. Alternativ kann eine Ermäßigung von der Kfz-Steuer geltend gemacht werden. Wer das Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) besitzt, darf au-

ßerdem im eingeschränkten Halteverbot und auf Stellplätzen mit Rollstuhlfahrersymbol parken und kann sich von der Kfz-Steuer befreien lassen. ■

Palliativtherapie – Lebensqualität ist das Ziel

**Palliativ-
versorgung** Kann die Krebserkrankung nicht geheilt werden, so dreht es sich bei der medizinischen Betreuung vor allem darum, dem betreffenden Patienten möglichst lange ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu sichern. Dies ist im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung das Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Spezialisierte

**Palliativ-
versorgung**

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 nur noch eine kurze verbleibende Lebenszeit zu erwarten 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

**Palliativ-
therapie**

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. ■

Für den Fall der Fälle: Ein gutes Hospiz finden

Helga S.:

Die gesundheitliche Situation von Helga S. verschlechtert sich sehr rasch. Sie kann oft tagelang das Bett nicht mehr verlassen und wird immer schwächer. Wieder einmal muss sie mit ihrer Tochter gemeinsam beratschlagen, wie ihre Versorgung künftig geregelt werden kann. Dabei weiß Helga S., dass sie nur noch kurze Zeit zu leben hat. Die Ärzte haben ihr kaum Hoffnung gelassen, dass sie das kommende Weihnachtsfest noch erleben wird. Mutter und Tochter beschließen, sich um eine Unterbringung in einem Hospiz zu kümmern. Dort kann Helga S. alle Hilfen erhalten, die Menschen in ihren letzten Lebenstagen gegeben werden können.

Lässt sich eine ausreichende Versorgung des Erkrankten im häuslichen Bereich nicht gewährleisten, besteht für gesetzlich Versicherte die Möglichkeit einer stationären oder teilstationären

Hospiz Versorgung in einem Hospiz.

Richtig zu verstehen ist: Es geht im stationären Hospiz keinesfalls nur um eine Sterbebegleitung. Vielmehr erhalten die Patienten dort auch die notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sowie eine soziale Betreuung und gegebenenfalls auch Unterstützung im spirituellen Bereich.

Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung muss durch einen Vertragsarzt oder einen Krankenhausarzt bestätigt werden. Weiterführende Informationen und Hinweise geben die behandelnden Ärzte, die Krankenkassen und die ambulanten Palliativdienste sowie die Hospize.

Als Ansprechpartner für Fragen rund um die palliativmedizinische Versorgung kommen neben den behandelnden Ärzten, den Krankenhäusern, Tumorzentren und den Krankenkassen auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. in Frage sowie der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e. V., der Deutsche Kinderhospizverein e. V. und entsprechende Selbsthilfegruppen. ■

Was wird sein, wenn das Lebensende naht?



Hans B.:

Hans B. ist durch seine Darmkrebserkrankung ganz allgemein ins Nachdenken gekommen. Er hat schon vor Jahren zusammen mit seiner Frau ein Testament gemacht. Nun aber quälen ihn ganz andere Sorgen. Er weiß nicht, ob der Krebs zurückkehrt und wie es ihm dann gehen wird. Wie lange wird er mit der Erkrankung leben können? Wie wird es sein, wenn die Behandlung keinen Erfolg hat und ihm die Ärzte kaum mehr helfen können? Wird er dann Schmerzen haben? Wird er noch selbst bestimmen können, welchen medizinischen Behandlungen er dann noch zustimmen will? Oder wird 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 setzen grundsätzlich die Einwilligung des Patienten voraus.

**Recht
auf Nicht-
Behandlung**

Dieses Selbstbestimmungsrecht des Patienten gilt auch, wenn das Leben zu Ende geht. 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 auch jederzeit das Unterlassen von Maßnahmen verlangen, selbst wenn er diesen zu einem früheren Zeitpunkt zugestimmt haben sollte. ■

**Selbst-
bestimmungs-
recht**

Patientenverfügung

– früh schon den eigenen Willen kundtun

Hans B.:

„Doch was ist, wenn ich nicht mehr aussprechen kann, was ich will?“, denkt Hans B. 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, wovor er Angst hat und was genau er verhindern möchte. Es ist nicht einfach, solche Situationen gedanklich vorwegzunehmen und derart existenzielle Fragen vorab zu bestimmen.

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

Was bringt ein „Betreuer“?



Eine Betreuung wird eingerichtet, wenn eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr regeln kann. Das Betreuungsgericht bestellt in diesem Fall entweder von Amts wegen oder aufgrund eines Antrages, den der Betroffene sogar selbst stellen kann, oder auf Anregung dritter Personen einen Betreuer. Das Betreuungsgericht überprüft vor der Einrichtung einer Betreuung die Voraussetzungen, insbesondere, ob überhaupt ein Betreuer erforderlich ist, für welche Aufgabenkreise die Betreuung eingerichtet wird, die Auswirkungen der gerichtlichen Maßnahme und die Dauer der Betreuung.

Betreuer

*Betreuungs-
gericht*

Zu den möglichen Aufgabenkreisen für eine erforderliche Betreuung gehören unter anderem die Vermögenssorge, die Gesundheitsvorsorge, die Aufenthaltsbestimmung, aber auch die Vertretung des Betreuten in gerichtlichen Verfahren oder gegenüber Behörden. Das Gericht überprüft, in welchen Bereichen eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist.

Übrigens: Die Einrichtung einer Betreuung führt nicht ohne Weiteres dazu, dass die betroffene Person damit geschäftsunfähig wird. Das Betreuungsgericht kann – ohne damit eine Geschäftsunfähigkeit festzustellen – bei ge-

schäftsfähigen Personen für einzelne Aufgabenkreise einen Einwilligungsvorbehalt anordnen. Dieser wird jedoch nur dann angeordnet, wenn die erhebliche Gefahr besteht, dass sich die betreute Person selbst oder ihr Vermögen schädigt. In diesem Fall bedarf der Betreute regelmäßig einer Einwilligung des Betreuers; dies gilt aber beispielsweise nicht für geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens.

Das Betreuungsgericht wählt einen Betreuer aus. Dabei kann es sich um eine dem Betroffenen nahestehende Person, ein Mitglied eines Betreuungsvereins, einen selbständigen Berufsbetreuer aber auch um eine bei einem Betreuungsverein angestellte oder bei der zuständigen Behörde beschäftigte Person handeln. Dabei hat das Betreuungsgericht Wünsche der betroffenen Person zu berücksichtigen.

Es besteht die Möglichkeit, bereits im Vorhinein für den Fall einer notwendigen Betreuung schriftlich, im Wege einer so genannten Betreuungsverfügung, Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der

**Betreuungs-
verfügung**

Betreuung zu äußern. Hier kann der Betroffene beispielsweise festlegen, wer als Betreuer bestellt oder gerade nicht bestellt werden soll. Es kann auch geregelt werden, dass eine häusliche Pflege bevorzugt wird oder welches Pflegeheim ausgewählt werden sollte. Vorteil dieser Regelung ist, dass eine Betreuung – anders als bei der Vorsorgevollmacht (s. u.) – vom Gericht nur dann eingerichtet wird, wenn diese auch tatsächlich erforderlich ist. Ist dies der Fall, so wird den Wünschen des Betroffenen im größtmöglichen Maß Rechnung getragen. Eine Betreuungsverfügung kann aber auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden, beispielsweise wenn diese auf bestimmte Teilbereiche beschränkt wurde.

Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, dass sie dem Wohl des Betreuten entsprechen. Dazu gehört nach dem Wortlaut des Gesetzes auch die Möglichkeit des Betreuten, „im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten“ (§ 1901 Abs. 2 BGB). ■

Vorsorgevollmacht

Da eine Betreuung vom Gericht nur bei entsprechender Notwendigkeit eingerichtet wird, stellt das Gericht vor Einrichtung einer Betreuung fest, ob ausreichende Hilfen bereits vorhanden sind.

Eine Hilfe ist für den Fall vorhanden, dass die betroffene Person eine Vorsorgevollmacht erteilt hat. Dann handelt der Bevollmächtigte für den Betroffenen, ohne dass zuvor das Betreuungs-

**Vorsorge-
vollmacht**

Selbstbestimmung am Ende des Lebens – Patientenverfügung/Betreuung und Vorsorgevollmacht

gericht eingeschaltet werden muss. Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht wird eine andere Person – meist ein naher Angehöriger – bevollmächtigt, die Belange des Betroffenen wahrzunehmen, wenn dieser dazu selbst nicht mehr in der Lage sein sollte. Es besteht die Möglichkeit, die Vollmacht auf bestimmte Bereiche – etwa gesundheitliche Belange – zu beschränken; es kann aber auch eine so genannte Generalvollmacht zur Vertretung in allen Angelegenheiten erteilt werden.

Wichtig ist, dass der Betroffene als Bevollmächtigter nur Personen seines persönlichen Vertrauens einsetzt. Es kann auch verfügt werden, dass mehrere Personen – etwa die Kinder – gemeinsam die Vertretung ausüben. Voraussetzung ist dabei jedoch, dass sich die Bevollmächtigten im Ernstfall auch einigen können, um handlungsfähig zu sein. Sinnvoll ist die Bestellung eines ebenfalls vertrauenswürdigen Ersatzbevollmächtigten für den Fall, dass die bevollmächtigte/n Person/en selbst verhindert ist/sind.

Die Vollmacht sollte aus Beweisgründen schriftlich abgefasst werden. Es ist zwar nicht notwendig, dass diese handschriftlich verfasst ist. Dies ist aber sinnvoll, da hier die Gefahr einer Fälschung geringer ist. Es besteht fernerhin die Möglichkeit, die Unterschrift unter der Vollmacht amtlich beglaubigen zu lassen, um eine spätere Beweisproblematik zu vermeiden. Nicht zuletzt sollte berücksichtigt werden, dass für bestimm-

te Rechtsgeschäfte – etwa die Veräußerung von Grundstücken – eine notarielle Beurkundung erforderlich ist. Ratsam ist es, vor Erteilung einer Vorsorgevollmacht einen Rechtsanwalt oder Notar einzuschalten.

Sichergestellt werden sollte, dass der Bevollmächtigte im Ernstfall auch Zugriff auf die Vollmachtsurkunde hat. Diese kann hierzu beispielsweise an einem dem Bevollmächtigten bekannten Ort im häuslichen Bereich des Vollmachtgebers hinterlegt werden. Die Vollmachtsurkunde kann alternativ beim Rechtsanwalt oder Notar hinterlegt werden. Nicht zuletzt besteht die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht und den Namen des Bevollmächtigten beim Zentralen Versorgungsraster der Bundesnotarkammer registrieren zu lassen. ■

Hans B.:

Hans B. hat sich nicht nur für die Patientenverfügung, sondern auch für eine Vorsorgevollmacht entschieden. Als Vorsorgebevollmächtigter hat er seine Frau Judith eingetragen. Mit ihr hat er genau besprochen, was 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 Hans B. sicherer und weniger der Medizin „ausgeliefert“.



Sich von Anfang an auch um die soziale Absicherung kümmern

Die Geschichten von Hans B., Helga S. und Karl J. 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 im Fall des Falles nicht zusätzlich zu den medizinischen Problemen noch Fragen der Existenzsicherung zu bewältigen sind.

Wer Sozialleistungen in Anspruch nehmen möchte, sich aber nicht sicher ist, bei welchem Leistungsträger der Antrag gestellt werden muss, kann sich an die Krankenkasse wenden. Diese hat im Rahmen der allgemeinen Auskunftspflicht den zuständigen Leistungsträger zu benennen. Wenn im Einzelfall der falsche Leistungsträger eingeschaltet wurde, hat dieser den Antrag, der oft formlos gestellt werden kann, an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

Fordert der Sozialleistungsträger den Antragsteller auf, Formulare mit vielen weitreichenden Fragen auszufüllen, so muss er hierbei auch Hilfestel-

lung leisten, da eine umfassende Auskunfts- und Beratungspflicht besteht. Wer sich nicht sicher ist, welche Leistungen er beantragen kann, sollte ebenfalls eine Beratung einfordern. Dabei ist es unter Umständen sinnvoll, sich die Inhalte der Beratung schriftlich bestätigen zu lassen. Sollte sich herausstellen, dass die Beratung nicht richtig war, kann sich daraus später möglicherweise ein „Herstellungsanspruch“ oder sogar ein „Amthaftungsanspruch“ ergeben. Damit gibt es einen möglichen Ausgleich für finanzielle Nachteile.

***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 Begründung enthalten, so dass man überprüfen kann, weshalb die Leistung nicht bewilligt wird und ob man dagegen vorgehen möchte. ■

Widerspruch – und eventuell sogar klagen

Wird der Antrag vom Sozialleistungsträger abgelehnt, so besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Widerspruch gegen die Entscheidung einzulegen. Dies muss jedoch innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheids 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 aufzubewahren ist.

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 kann nachgereicht werden.

Auch wenn dies häufig verlangt wird, ist es nicht erforderlich, eine detaillierte medizinische Begründung oder 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 so genannten Widerspruchsbescheids 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 Beratungs- oder Prozesskostenhilfe bewilligt wird oder nicht.* ■

Weiterführende Informationen/ Ansprechpartner

Zum Thema Krebs:

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

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

Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften

http://www.krebsgesellschaft.de/wub_ip_krebs_beratung_hilfe,78277.html

Deutsche Krebshilfe e. V.

Buschstr. 32, 53113 Bonn
Tel. (Mo.-Do. 09.00-16.00 Uhr, Fr. 09.00-15.00 Uhr)
0228/72990-0 Zentrale
0228/72990-94 Härtefonds
0228/72990-95 Informationsdienst
(Mo.-Fr. 08.00-17.00 Uhr)
deutsche@krebshilfe.de, www.krebshilfe.de

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

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

Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft

www.studien.de

INKA-Informationssdienst für Krebspatienten und Angehörige e. V.

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

Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel. 0228/33889-400
www.frauenselbsthilfe.de

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.

Aachener Str. 5, 10713 Berlin
Te. 030/8200758-0
www.hospiz.net

Anhang

Kassenärztliche Bundesvereinigung

(Suche nach spezialisierten Ärzten)
www.kbv.de/arztsuche/178.html

Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG)

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

RKI Robert Koch-Institut

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

Zum Thema Versorgung:

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 Krankenversicherungsschutz für alle
01805/9966-02 Fragen zur Krankenversicherung
01805/9966-03 Fragen zur Pflegeversicherung
01805/9966-09 Fragen zur gesundheitlichen Prävention
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

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
Pflegedienstverträgen

01803/770500-3 Beratung zu alternativen
Wohnformen

info@vzbv.de, www.vzbv.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

Rechtsanwaltssuche:**Bundesrechtsanwaltskammer**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Littenstr. 9, 10179 Berlin

Tel. 030/284939-0

www.brak.de

**BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft
der Integrationsämter und
Hauptfürsorgestellen**

Erzbergerstr. 119, 76133 Karlsruhe

Tel. 0721/8107-901 und -902

bih@integrationsaemter.de

www.integrationsaemter.de

**Ombudsmann Private Kranken- und
Pflegeversicherung**

Kronenstr. 13, 10117 Berlin

Postfach 060222, 10052 Berlin

Tel. 01802/550444

(6 ct pro Anruf aus dem deut. Festnetz)

Fax 030/20458931

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 auch über:

www.anwaltauskunft.de

www.anwaltssuchdienst.de

www.rechtsanwaltssuche.de

Stichwortverzeichnis

A

Altersrente 47

Ambulant vor stationär 16

Ambulante Leistungen 14

*Anschlussheilbehandlung/
-rehabilitation* 30

Arbeitslosengeld 46

*Antrag auf Gewährung einer
Haushaltshilfe* 28

Aufklärungsgespräch 11

B

Basistarif 36

Behandlungspflege 26

Behandlungssicherungspflege 26

Belastungsgrenze 34

Beihilfe 38

Betreuung/Betreuer 66

Betreuungsgericht 66

Betreuungsverfügung 67

Biologisches/kalendarisches Alter 10

E

*Einheitlicher Bewertungsmaßstab
(EBM)* 14

Erwerbsminderung/-rente 53

Essen auf Rädern 45

Existenzsicherung 46

F

Festbeträge 32

Festigungskur 30

G

Gebrauchsfertige Hilfsmittel 22

Gemeinsamer Bundesausschuß (G-BA) 13

Grad der Behinderung (GdB) 59

| | | | |
|---|----|--|----|
| <i>Grundpflege</i> | 26 | <i>Kontenfeststellungsverfahren</i> | 50 |
| <i>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</i> | 54 | <i>Krankengeld</i> | 46 |
| H | | <i>Krankenhausersatzpflege</i> | 26 |
| <i>Hartz IV</i> | 54 | <i>Krankenversicherung, gesetzliche (GKV)</i> | 13 |
| <i>Haushaltshilfe</i> | 27 | <i>Kurzzeitpflege</i> | 44 |
| <i>Häusliche Krankenpflege</i> | 25 | L | |
| <i>Häusliche Pflege</i> | 42 | <i>Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung</i> | 13 |
| <i>Hauswirtschaftliche Versorgung</i> | 26 | M | |
| <i>Heilmittel</i> | 23 | <i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)</i> | 40 |
| <i>Heilfürsorge</i> | 38 | <i>Medizinische Rehabilitation</i> | 29 |
| <i>Heilungsbewährung</i> | 59 | <i>Merkzeichen</i> | 59 |
| <i>Hilfe für Pflege</i> | 56 | <i>Mindestversicherungszeit</i> | 49 |
| <i>Hilfsmittel</i> | 21 | N | |
| <i>Hospiz</i> | 63 | <i>Nachsorgeleistungen, onkologische</i> | 30 |
| K | | <i>Nikolaus-Beschluss</i> | 15 |
| <i>Kontenklärung/-sverfahren</i> | 50 | | |

Anhang

O

Off-label-use 18

Ombudsmann 37

Onkologische Rehabilitation 30

OTC-Ausnahmeliste 18

P

Palliativtherapie 62

Palliativversorgung 62

Patientenrechte 11

Patientenverfügung 65

Pflegebedürftigkeit 40

Pflegeheim 57

Pflegestufen 41

Pflegeversicherung, private 38

Pflegeversicherung, soziale 39

Pflegezeitgesetz 43

Praxisgebühr 32

Private Krankenversicherung 35

Private Pflegeversicherung 38

R

Recht auf Nicht-Behandlung 64

Regelaltersrente 48

Regelsatz 55

Rehabilitation 29

Rente 47

Renteneintrittsalter 48

*Renteninformation/
-auskunft* 49

Rentenrecht 47

S

Schwerbehindertenausweis 61

Schwerbehindertenrecht 59

Selbstbestimmungsrecht 64

Sozialgesetzbuch 13

Spezialisierte Palliativversorgung 62

Stationäre Leistungen 15

Stationäre Pflege 44

Steuervorteile bei GdB 61

Stille Rationierung 10

T

Teilstationäre Pflege 44

Therapiestudien 19

V

Versicherungspflichtgrenze 35

Versicherungsombudsmann 37

Vorsorgevollmacht 67

Vorversicherungszeit 39

W

*Wissenschaftlichkeits-
und Wirtschaftlichkeitsprinzip* 13

Z

Zuzahlung 32

Zuzahlung:

■ *Arzneimittel* 32

■ *Haushaltshilfe* 33

■ *häusliche Krankenpflege* 33

■ *Heilmittel/Hilfsmittel* 33

■ *bei Klinikaufenthalt* 32

■ *Rehabilitation* 33

Zweitmeinung 12

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. Seit dem 01. Januar 2009 steht hinter jeder Leistung nicht nur eine Punktzahl, sondern auch ein fester Euro-Preis. 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.

Ethikkommission:

Hauptaufgabe der Ethikkommission ist die Beurteilung von klinischen Studien mit Patienten oder gesunden Probanden. Im Rahmen der Studien werden Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten, von neuen Operationstechniken oder von nichtmedikamentösen Therapieformen untersucht. In allen Fällen prüft die Kommission, ob das Vorhaben ethisch und rechtlich vertretbar ist. Die Prüfung durch die Ethikkommission dient dem gesundheitlichen und rechtlichen Schutz des Patienten oder Probanden, aber auch der rechtlichen Beratung des Arztes. Besonders strenge Maßstäbe werden von Gesetzgeber und Ethikkommissionen an Studien mit

Kindern und an Studien mit nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen gestellt. Ebenso beurteilt die Ethikkommission Forschung mit epidemiologischen Daten oder menschlichem Gewebe oder Blut und sie berät in berufsethischen Fragen. Ethikkommissionen sind Institutionen der Landesärztekammern. Die Zentrale Ethikkommission wird von der Bundesärztekammer gestellt.

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.

Grundsicherungsträger:

Als Grundsicherungsträger werden diejenigen Sozial-

leistungsträger bezeichnet, die Grundsicherungsleistungen, also beispielsweise die Grundsicherung für Arbeitssuchende (bekannt als „Hartz IV“), und Sozialhilfe gewähren.

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. Unter Hartz-IV-Leistungen werden Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende verstanden, die sich nach dem SGB II richten.

Heilungsbewährung:

Nach der Behandlung von Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, ist bei der Bemessung des Grades der Behinderung (GdB) oder Schädigung (GdS) meist 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 alle, die Leistungen für die Gesetzliche Krankenversicherung erbringen, also insbesondere Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Hilfsmittelhersteller usw.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK):

Damit die medizinischen und pflegerischen Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit seiner medizinischen und pflegerischen Kompetenz. Der MDK berät die gesetzlichen Kassen in allgemeinen Grundsatzfragen und führt Einzelfallbegutachtungen durch. Im Einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 SGB V (5. Sozialgesetzbuch) beschrieben. Hierzu gehören u. a. Stellungnahmen zu Arbeitsunfähigkeit, Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. –maßnahmen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung, Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege. Für die Pflegekassen begutachtet der MDK, ob jemand pflegebedürftig ist; darüber hinaus berät er die Pflegekassen in grundsätzlichen Fragen der pflegerischen Versorgung und bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu Hause oder im Pflegeheim.

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: Ermittlung der geeigneten Dosis für weitere klinische Studien;
- Phase II: Ermittlung der Wirksamkeit an einer kleinen Patientengruppe, in der Regel ohne Vergleichsgruppe;
- Phase III: Beleg der Wirksamkeit im Vergleich zu einer etablierten Therapie (Standardtherapie) an

einer großen Patientenzahl (= Basis für die behördliche Arzneimittelzulassung);

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

Rehabilitationsträger:

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

Sozialgesetzbuch, 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 den Regelungen des 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 zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arz-

nei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

.....

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

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot:

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, 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.

Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (XII):

Aufgabe der Sozialhilfe ist es gemäß § 1 SGB XII, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinarbeiten. Zur Erreichung dieser Ziele haben die Leistungsberechtigten und die Träger der Sozialhilfe im Rahmen ihrer Rechte und Pflichten zusammenzuwirken.

Therapiestandard:

Ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Versorgungsträger:

Dieser Begriff wird synonym mit „Leistungserbringer“ verwandt. Die wichtigsten Träger sind hier genannt:

Grundsicherung für Arbeitsuchende:

Agenturen für Arbeit und sonstige Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, sowie kreisfreie Städte und Kreise

Sozialhilfe:

Kreise und kreisfreie Städte, überörtliche Träger der Sozialhilfe und für besondere Aufgaben die Gesundheitsämter

Entschädigung bei Gesundheitsschäden:

Versorgungsämter, die Landesversorgungsämter und die orthopädischen Versorgungsstellen; für die besonderen Hilfen im Einzelfall die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Hauptfürsorgestellen. Bei der Durchführung der Heil- und Krankenbehandlung wirken die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit.

Renten einschließlich der Alterssicherung der Landwirte:

Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, knappschaftliche Rentenversicherung, landwirtschaftliche Alterskassen

Unfallversicherung:

Gewerbliche und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Gemeindeunfallversicherungsverände, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Eisenbahn-Unfallkasse, die Unfallkasse Post und Telekom, die Unfallkassen der Länder und Gemeinden, die gemeinsame Unfallkasse für den Landes- und kommunalen Bereich und die Unfallkasse des Bundes

Pflegeversicherung:

Bei den Krankenkassen errichtete Pflegekassen

Krankenversicherung:

Gesetzliche Krankenversicherungen sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkas-

sen; private Krankenversicherungen sind die privaten Versicherungs- und Pflegeversicherungsgesellschaften

Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand:

Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitsförderung:

Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit

Zulassung:

Mit dem Ziel der Arzneimittelsicherheit müssen seit dem 1. Januar 1978 alle Fertigarzneimittel durch die zuständige Bundesoberbehörde zugelassen werden, bevor sie in den Verkehr gebracht werden können (Verkehrsfähigkeit). Für Humanarzneimittel ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zuständig. Für Sera, Impfstoffe, Testallergene, Testsera und Testantigene sowie für Blutzubereitungen ist das Paul-Ehrlich-Institut Zulassungsbehörde, für Tierarzneimittel das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Das Zulassungsverfahren für Arzneimittel ist im Arzneimittelgesetz (AMG) geregelt. Voraussetzung der Zulassung durch das BfArM sind u. a. der Nachweis der Wirksamkeit, angemessene pharmazeutische Qualität und Unbedenklichkeit. Fertigarzneimittel werden national oder, was eher die Regel ist, dezentral von der Kommission in Brüssel zugelassen. Im letzteren Fall geschieht dies über die Institution EMA (European Medicines Agency) in London.



Roche Pharma AG
79630 Grenzach-Wyhlen

● ● ● ● ● roche.de