

Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden

Broschürenreihe: Den Alltag trotz Krebs bewältigen



Norbert Bauschert
Dr. Astrid von Einem
Christine Vetter
Bernd Schlander



Fiktive Patientenbeispiele:

Josef W., Karin S., Ingo B. und Justin K. – 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 Sozial- bzw. Versicherungssystem zu verdeutlichen. Die Namen und Geschichten sind frei erfunden, können sich so oder ähnlich aber durchaus in der Realität zutragen.



Karin S.



Ingo B.

Autoren:

Norbert Bauschert, Fachanwalt für Familien- und Sozialrecht, Köln
Dr. Astrid von Einem, Fachanwältin für Medizin- und Sozialrecht, Köln
Bernd Schlander, Diplom-Kaufmann, Prien
Christine Vetter, Medizinjaurnalistin, Köln

Beratung:

Evelin Scheffler, Leiterin Kirchliche Sozialstation, Diez

Entwicklung:

WORTREICH – Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg

Broschürenreihe: „Den Alltag trotz Krebs bewältigen“

Bisher erschienen:

„Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung“,

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

Selbständig und krebskrank?

Viele Unternehmer, Handwerker und vor allem Angehörige der freien Berufe, wie zum Beispiel Ärzte und Apotheker, Architekten, Künstler sowie Steuerberater, arbeiten in selbständiger Tätigkeit. Sie stehen im Fall einer schweren Erkrankung wie etwa einer Krebserkrankung in vielen Bereichen nicht unter dem Schutz des Sozialrechts.

Das Krankheitsrisiko ist bei Selbständigen meist über eine private Krankenversicherung abgesichert. Oft ist eine Krankentagegeldversicherung, in jedem Falle die private Pflegepflichtversicherung vorhanden. Bei ernstesten Erkrankungen wie Krebs stellt sich die Frage, wie die Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit abgesichert ist. Für Selbständige aus Kammerberufen (z. B. Ärzte, Architekten, Rechtsanwälte) besteht eine Pflichtmitgliedschaft in den jeweiligen Versorgungswerken, wodurch eine Absicherung bei Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit gegeben ist.

Eine Krebserkrankung wirft deshalb im Hinblick auf die Krankheitskosten sowie die soziale Absicherung andere Fragen und Probleme auf als bei Angestellten.

- Wer kann den Betrieb während der Erkrankung weiterführen?
- Wie werden die Auftraggeber auf die Erkrankung reagieren?
- Wie ist die Existenz zu sichern, wenn eine Rückkehr ins Arbeitsleben nicht mehr möglich ist?

- Wer kann den Betrieb übernehmen und was ist zu regeln?

Das alles sind Fragen, die selbständig Tätige in Bezug auf ihr Unternehmen bewegen.

Dennoch stehen in aller Regel zunächst die Fragen der medizinischen Versorgung im Vordergrund:

- Bekomme ich alle notwendigen Therapiemöglichkeiten?
- Erhalte ich auch neue Arzneimittel erstattet?
- Steht mir eine Rehabilitationsmaßnahme zu?

Für selbständig Tätige, die sich in der gesetzlichen Kranken- und Sozialversicherung befinden, treffen die Regelwerke der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu. Welche Leistungen sie zu erwarten haben, sind in der Broschüre „Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung“, die ebenfalls in der Broschürenreihe „Den Alltag trotz Krebs bewältigen“ erschienen ist, nachzulesen. Die Broschüre ist anzufordern unter info@wortreich-gik.de, per Fax unter 06431/590 96-11.

Die vorliegende Broschüre will in dieser Situation Hilfestellung geben. Sie erläutert die Grundzüge der privaten Krankenversicherung wie der Pflegeversicherung, gibt Ratschläge, wo im Bedarfsfall Unterstützung zu bekommen ist, und Tipps für den Umgang mit den entsprechenden Institutionen und Behörden. ■

Rund um die Diagnose Krebs

6

- Nichts ist mehr so wie es war – mitten aus dem Leben heraus
- Verständnisvolle Aufklärung
- Bei Zweifeln: „Zweitmeinung“ einholen
- Zeit gewinnen – Vertreter im Betrieb benennen
- Vorsorge treffen

Rund um die Behandlung

12

- Leistungsansprüche sind vertraglich geregelt
- Medizinisch notwendige Heilbehandlung
- Werden neue, moderne Arzneimittel erstattet?
- Teilnahme an Therapiestudien: Vorteil oder Versuchskaninchen?
- Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln
- Der Basistarif
- Ambulante Behandlung – Prinzip „Vorkasse“
- Stationäre Behandlung – die Clinic-Card
- Die Krankenhaustagegeldversicherung

Rund um die Pflege

20

- Private Pflegeversicherung – wann gibt es Leistungen?
- Pflegezusatzvereinbarung
- Häusliche Pflege
- Das Pflegezeitgesetz
- Wer stellt die Pflegestufe fest?
- Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege – wieder auf die Beine kommen
- Stationäre Pflege – wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht mehr ausreichen



Existenzsicherung

27

- Krankentagegeld – wann zahlt die Krankenversicherung?
- Berufsunfähigkeit – wohl dem, der gut versichert ist



3

27 – Existenzsicherung



4

36 – Grad der Behinderung

- Besondere Formen der Absicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung – die Konten klären
- Grundsicherung für Selbständige
- Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Feststellung eines Grades der Behinderung 34

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

Palliativmedizin – wenn Heilung nicht mehr möglich ist 37

- Palliativtherapie – Lebensqualität ist das Ziel
- Ein gutes Hospiz finden

Das Recht auf ein würdiges Sterben 39

- Was wird sein, wenn das Lebensende naht?
- Patientenverfügung – früh schon den eigenen Willen kundtun
- Was bringt ein „Betreuer“?
- Die Vorsorgevollmacht

Der richtige Umgang mit den Sozialversicherungsträgern 43

- Sich von Anfang an um die soziale Absicherung kümmern
- Im Zweifelsfall den Ombudsmann einschalten

Anhang 46

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

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

Josef W.:

Josef W. kann nicht klagen. Trotz Wirtschaftskrise läuft sein Betrieb gut. Der Bauunternehmer betreut mehrere Bauprojekte, darunter ein großes Büro- und Geschäftshaus, das in der benachbarten Stadt errichtet wird. Für Urlaub bleibt keine Zeit, solange das Großprojekt nicht abgeschlossen ist. Danach aber will Josef W. einen längeren Urlaub machen. Endlich einmal in die Karibik fliegen und die Seele baumeln lassen. Das hat er bitter nötig. Schon seit Monaten fühlt er sich zunehmend schlapp. Er hat abgenommen, schläft schlecht, schwitzt nachts fürchterlich und ist längst nicht mehr so leistungsfähig wie früher. Das ist schon seinen drei Mitarbeitern aufgefallen, die ihn drängen, doch endlich einmal zum Arzt zu gehen. Dabei hat er ihnen gar nicht erzählt, dass er einen Knoten an der rechten Halsseite fühlt. Der Knoten tut nicht weh, wird



aber stetig größer. Josef W. fasst sich schließlich ein Herz und geht zum Arzt. Der ordnet eine Reihe von Untersuchungen an, bis schließlich die Diagnose klar ist: Josef W. leidet an einem follikulären Lymphom, einer Krebserkrankung, die von seinem Lymphsystem ausgeht. ■

Verständnisvolle Aufklärung



Josef W.:

Die Diagnose „follikuläres Lymphom“ wird Josef W. in einem längeren Aufklärungsgespräch mitgeteilt. Dabei erfährt der 58-Jährige, dass er unter einer Krankheitsform leidet, die nicht hochaggressiv ist, sondern langsam fortschreitet. Eine akute Bedrohung stellt die Erkrankung zurzeit nicht dar. Weil der Tumor schon Beschwerden macht, schlägt der Arzt dem Bauunternehmer eine Chemotherapie und zusätzlich die Behandlung mit einem Antikörper vor. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird diese Therapie den Tumor zurückdrängen. Allerdings ist damit zu rechnen, dass die Erkrankung nach einer gewissen Zeit wieder aufflackert und erneut behandelt werden muss.

So wie Josef W. werden Menschen, bei denen die Diagnose Krebs gestellt wird, heutzutage in die Therapieentscheidungen mit einbezogen. Anders als früher üblich, werden die Entscheidungen nicht mehr vom Arzt quasi über den Kopf des Patienten hinweg gefällt. Im Gegenteil: Patienten haben einen Anspruch auf eine angemessene und verständliche Aufklärung und Beratung.

Das bedeutet, dass alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Patienten abzustimmen sind. Damit dieser entscheiden kann, ob er eine be-

stimmte, 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 dem Patienten 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 bekommen, mit den behandelnden Ärzten das Für und Wider der Behandlung besprechen zu können. Der Patient hat aber grundsätzlich die Möglichkeit, auf die ärztliche Aufklärung weitgehend zu verzichten und/oder zu bestimmen, wen der Arzt außer ihm oder statt seiner informieren soll. Zu diesem Themenkreis stellt das Bundesministerium für Gesundheit Interessierten eine Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ zur Verfügung (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf>).

**Aufklärungs-
gespräch**

**Patienten-
rechte**

Bei Zweifeln: „Zweitmeinung“ einholen

Josef W.:



Erst nach und nach wird Josef W. die Tragweite der Diagnose bewusst. Krebs? So schlecht fühlt er sich doch gar nicht. Ob die Beschwerden nicht doch auf die lange Stressphase zurückzuführen sind? Und ist die Chemotherapie wirklich erforderlich? Oder gibt es, falls die Diagnose stimmt, andere, vielleicht bessere Optionen der Behandlung? Der Bauunternehmer stöbert im Internet, informiert sich über die Erkrankung und beschließt, noch einen weiteren Arzt zu konsultieren, ehe er in die geplante Chemotherapie einwilligt. Schließlich holt er bei Ausschreibungen für Bauarbeiten auch immer mehrere Angebote ein. Josef W. stellt sich bei den Ärzten der Universitätsklinik in der benachbarten Stadt zum Einholen einer so genannten Zweitmeinung vor.

Sich möglichst Sicherheit über die Diagnose zu verschaffen und die Heilungsmöglichkeiten voll auszuschöpfen,

ist wohl das Anliegen eines jeden Krebspatienten. Wie sicher ist die Diagnose? Ist die vorgeschlagene Behandlungsform wirklich die richtige? Und ist der anvisierte Klinikaufenthalt wirklich unbedingt notwendig? Vor allem Selbständige tun sich oft schwer damit, ihren Betrieb oder ihren Arbeitsplatz zu verlassen und sich einer längerfristigen Behandlung zu unterziehen. Zu groß ist die Sorge, durch die Arbeitsunfähigkeit Auftraggeber oder Klienten zu verlieren.

Hat ein Patient Zweifel daran, ob eine Behandlung nach für ihn optimalen Kriterien erfolgt, besteht die Möglichkeit, 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 Behandlungsunterlagen zur Verfügung. ■

Zweitmeinung

Zeit gewinnen – Vertreter im Betrieb benennen



Josef W.:

Die Ärzte in der Universitätsklinik bestätigen die Diagnose „follikuläres Lymphom“ und sie befürworten die geplante Chemo- sowie die Antikörpertherapie. Nun stürmen neue Probleme auf Josef W. ein. Er muss damit rechnen, für Wochen und vielleicht Monate nicht arbeitsfähig zu sein. Wie soll das gehen? Die Großprojekte müssen fertiggestellt werden. Wer soll das überwachen?


Menschen, die nicht angestellt, sondern selbständig tätig sind, können nur schwer von einem Tag auf den anderen ihren Arbeitsplatz verlassen, um sich einer Krebsbehandlung zu unterziehen. Selbstverständlich sieht die Situation in einem Notfall anders aus; ist die Behandlung jedoch in gewissen Grenzen zeitlich planbar, kommen auf Handwerker und Freiberufler zusätzliche Probleme zu.

Dabei geht es meist um die Weiterführung des Betriebes. Dazu gehört nicht nur, dass die Fortführung der Arbeit geregelt werden muss. Es muss außerdem den Hauptauftraggebern signalisiert werden, wie es weitergehen wird, damit ihr Vertrauen in den Betrieb erhalten bleibt. Zunächst geht es oft darum, Zeit zu ge-

winnen, aktuell anstehende Fragen und Probleme zu klären, Kunden zu informieren und die Aufgaben unter den Mitarbeitern zu verteilen. Wer kann welches Projekt betreuen? Wer ist der „Chef“ während der Betriebsinhaber ausfällt? Wo finden die Mitarbeiter möglicherweise Rat? Gibt es befreundete Kollegen, die unterstützend bei einzelnen Projekten hinzugezogen werden können? Das sind Fragen, die für so manchen Betriebsinhaber im Falle einer Krebserkrankung die gesundheitlichen und medizinischen Probleme für eine kurze Zeit erst einmal ein wenig in den Hintergrund treten lassen.

Josef W.:

Josef W. bespricht sich eingehend mit seinen Mitarbeitern. Er benennt einen von ihnen für die Zeit, in der er nicht arbeitsfähig sein wird, zu seinem offiziellen Vertreter und regelt, wie er in Kooperation mit ihm vom Krankenbett aus die Zügel weitgehend in den Händen behalten kann. Dann informiert der Bauunternehmer seine wichtigsten Auftraggeber darüber, dass er aus gesundheitlichen Gründen für eine Weile nicht voll einsetzbar sein wird, aber einen kompetenten Mitarbeiter mit der Erledigung der anstehenden Aufgaben betraut hat. ■



Vorsorge treffen

Josef W.:

Die aktuell anstehenden Fragen und Probleme sind geregelt und doch kommt Josef W. nicht zur Ruhe. Es quält ihn der Gedanke, was wohl langfristig mit seinem Betrieb passieren wird, wenn er nicht mehr voll arbeitsfähig ist. Er hat sich über viele Jahre mühsam einen guten Kundenstamm aufgebaut. Sein Sohn soll später den Betrieb übernehmen und zeigt entsprechendes Interesse, ist aber noch in der Ausbildung. Davon abgesehen, muss wohl einiges geregelt werden. Zwar hat Josef W. ein Testament gemacht, das aber ist mehr als 20 Jahre



her. Er beschließt, sich in Sachen Nachlassregelung mit seinem Notar zu besprechen.

Vor allem diejenigen, die selbständig tätig sind und dabei einen eigenen Betrieb führen, sind gut beraten, wenn sie für ernste Krankheitsfälle Vorsorge treffen. Dazu gehört unter anderem die Nachlassregelung. Sollte es im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls zum Ableben des Geschäftsinhabers kommen, so stehen die Hinterbliebenen vor besonderen Problemen. Sie müssen nicht nur mit dem Verlust des Angehörigen fertig werden, sondern sind gefordert, die Weiterführung oder die Aufgabe des Betriebes zu organisieren. Das sollte möglichst ohne große bürokratische Hindernisse möglich sein. Deshalb ist es generell sinnvoll, wenn Selbständige ihrem Ehegatten, Lebenspartner oder ihren Kindern bereits frühzeitig eine Vollmacht erteilen, die sie im Bedarfsfall zur Abwicklung der notwendigen Maßnahmen berechtigt. Um solche Maßnahmen in all

ihren Belangen bewältigen zu können, empfiehlt es sich, den Nachkommen einen Berater des Vertrauens zur Seite zu stellen. Dieser sollte ihnen mit Name und Adresse, besser noch persönlich bekannt sein.

Berater des Vertrauens

Es ist ebenfalls ratsam, einen Notar aufzusuchen und eine Generalvollmacht für die Rechtsgeschäfte zu erteilen. Mit einer solchen Vollmacht werden eine oder mehrere Vertrauenspersonen ermächtigt, den Betroffenen in allen Angelegenheiten zu vertreten, ohne dass dabei auf einzelne Befugnisse oder Aufgaben eingegangen wird. Das setzt ein großes Vertrauen in die bevollmächtigte Person voraus.

Generalvollmacht

Die notarielle Generalvollmacht berechtigt beim Tod des Ehegatten oder Partners nicht nur zur Abwicklung

der Rechtsgeschäfte, sondern ersetzt in aller Regel den Erbschein, der ansonsten beim Nachlassgericht beantragt werden müsste. Sie erlaubt demjenigen, der die Generalvollmacht besitzt, im täglichen Leben, insbesondere im Umgang mit den Banken und Behörden, quasi als Vertreter des Vollmachtgebers aufzutreten.

Übrigens: Zusammen mit der Generalvollmacht kann eine so genannte Patientenverfügung abgeschlossen werden. Darin wird zum Beispiel formuliert, welche Behandlungsmaßnahmen der Betreffende wünscht (und welche nicht), falls er durch eine Erkrankung oder einen Unfall in eine Situation kommt, in der er anders seine Wünsche nicht mehr formulieren und selbstbestimmt durchsetzen kann (siehe Kapitel Vorsorgevollmacht, Seite 42 und folgende).

Patientenverfügung Die Generalvollmacht kann ebenso wie eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht in einfacher Schriftform verfasst werden. Sinnvoller ist es, einen Notar zu Rate zu ziehen und das insbesondere, wenn – wie es bei Selbständigen oft der Fall ist – im Todesfall die Abwicklung eines Geschäftsbetriebes ansteht.

Testament Zusammen mit der Erstellung der notariellen Urkunde sollte gleichzeitig ein Testament gemacht werden. Dieses wird der Notar beim zuständigen Amtsgericht, also dem Nachlassgericht, hinterlegen. Sollten zugleich eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht notariell erstellt werden, so meldet der jeweilige Notar dies bei

der Bundesnotarkammer an, die zentral die Verfügungen verwaltet.

Wichtig ist die adäquate Aufbewahrung der Generalvollmacht, da Vollmachten nur im Original gültig sind. Eine Generalvollmacht gilt dabei für alle Lebensbereiche, wobei zu bedenken ist, dass die bevollmächtigte Person sofort und jederzeit handlungsberechtigt ist, sofern sie das Original in Händen hält. Die Vollmacht muss somit einerseits dem Bevollmächtigten zugänglich sein, damit er sie im Bedarfsfall vorlegen kann. Gleichzeitig muss gesichert sein, dass sie nicht missbräuchlich genutzt werden kann. Es ist daher sinnvoll, sie bei einer Person des Vertrauens, also zum Beispiel beim Notar oder bei einem Rechtsanwalt, zu hinterlegen. Dabei muss dem Bevollmächtigten selbstverständlich bekannt sein, dass eine Generalvollmacht vorliegt und wie er diese gegebenenfalls erhalten kann.

Übrigens: Bei einer notariell beglaubigten Vollmacht kann unter anderem angeordnet werden, unter welchen Voraussetzungen der Notar dem Bevollmächtigten die Vollmacht aushändigt.

Übrigens: Von der Vorstellung, das Erstellen einer Generalvollmacht sowie das Verfassen eines Testaments und einer Patientenverfügung sei unerschwinglich teuer, sollte man sich frei machen. In der Regel entstehen hierfür Notarkosten von 250 bis 500 Euro. ■

Leistungsansprüche sind vertraglich geregelt

Josef W.:

Mit seinem Arzt bespricht Josef W. die Modalitäten der Chemo- und Antikörpertherapie. Er will, wenn möglich, nicht in der Klinik behandelt werden, sondern die Therapie ambulant durchführen. Allerdings macht er sich Sorgen, ob seine private Krankenversicherung die Kosten hierfür übernehmen wird.

Selbständige und Freiberufler unterliegen nicht der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht. Sie sind in aller Regel freiwillig bei einer der gesetzlichen Krankenkassen versichert oder haben sich über eine private Krankenversicherung abgesichert. Dabei besteht, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, „Vertragsfreiheit“.

Damit übernimmt die Versicherungsgesellschaft den Versicherungsschutz entsprechend dem seinerzeit abgeschlossenen Vertrag für den Fall einer Krankheit, eines Unfalls oder anderer im Vertrag aufgeführter Ereignisse. Das schließt den Ersatz von Aufwendungen für die Heilbehandlung und möglicherweise weiterer vereinbarter Leistungen ein. Mit der Krankenversicherung wird automatisch eine Pflegepflichtversicherung abgeschlossen. Zusätzlich werden üblicherweise mit dem gleichen Versicherungsunternehmen eine Krankentagegeldversicherung und häufig eine Krankenhaustagegeldversicherung vereinbart.

Versicherungsschutz

Krankenversicherung

Pflegepflichtversicherung

Kranken(haus)-tagegeldversicherung

Übrigens: Es ist ratsam, in den mit der Versicherung abgeschlossenen Verträgen nachzuschauen, welche Leistungen im Einzelnen vereinbart wurden. ■

Medizinisch notwendige Heilbehandlung

Heilbehandlung Der Begriff der Heilbehandlung wird von der Rechtsprechung definiert: Es handelt sich demnach um jede ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit bedingt ist, sofern die Leistung des Arztes auf die Heilung, Besserung oder 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 wichtig.

Kostenübernahme

Eine Kostenübernahme erfolgt durch den Versicherer dann, wenn die Behandlung tatsächlich medizinisch notwendig ist oder war. Die Private Krankenversicherung (PKV) orientiert sich dabei an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der diese für die Umsetzung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausarbeitet. Maßgeblich für die Beurteilung sind letztlich die medizinischen Befunde und wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Erstattungspflicht Damit ist jedoch nicht gemeint, dass nur Methoden der Schulmedizin erstattet werden. Im Einzelfall kann 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 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 oder Linderung 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.

Übrigens: *Den Privatversicherten steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus dürfen Heilpraktiker in Anspruch genommen werden, soweit sich aus dem Tarif und den Tarifbedingungen nichts anderes ergibt. Wichtig ist, dass der Heilpraktiker über die erforderliche Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz verfügt.*

Außenseitermethode

Kostengesichtspunkte haben im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung keine Relevanz, wenn eine Behandlung medizinisch notwendig ist. Der Bundesgerichtshof hat hierzu im Jahre 2003 seine frühere Rechtsprechung aufgegeben. Stehen zwei vergleichbare Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, darf der Versicherer die Erstattung nicht auf die günstigere Alternative beschränken. Es besteht aber die Möglich-

Rund um die Behandlung

keit, dass in den Tarifbedingungen der Umfang der zu erbringenden Leistungen eingeschränkt wird. Dies ist häufig bei psychotherapeutischen Behandlungen der Fall, die auf eine bestimmte Anzahl von Sitzungen begrenzt werden.

Der Versicherer kann jedoch eine Leistung auf einen „angemessenen Betrag“ herabsetzen, wenn eine Behandlung das medizinisch notwendige Maß über-

steigt. Wirtschaftliche Aspekte spielen bei der Kostenerstattung somit letztlich doch eine Rolle.

Übrigens: Wer unsicher ist, ob eine bestimmte Leistung in seinem individuellen Fall von der Versicherung übernommen werden muss, kann dies anhand seines Vertrages nachprüfen. Es lohnt sich zudem eine Nachfrage direkt bei der Versicherung oder deren regionalem Vertreter. Weiterführende Informationen gibt es außerdem auf der Internetseite www.pkv.de. ■

Werden neue, moderne Arzneimittel erstattet?

Kosten- erstattung

Zu den Leistungen der privaten Krankenversicherung gehört grundsätzlich die Kostenerstattung für die Versorgung mit Arzneimitteln, soweit diese von einem Arzt, Zahnarzt oder – je nach Tarif – von einem sonstigen Behandler (Heilpraktiker) verordnet worden sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel aus der Apotheke bezogen wird. Grundsätzlich werden somit die Kosten für neue, moderne Arzneimittel erstattet, allerdings kommt es auf die medizinische Notwendigkeit im jeweiligen Einzelfall an. Wird die medizinische Notwendigkeit vom Versicherer bezweifelt, muss der Versicherungsnehmer diese im Falle einer gerichtlichen Klärung mit Hilfe eines medizinischen Sachverständigen nachweisen. Es gibt Situationen, in denen ein Arzneimittel nur für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung zugelassen ist. Aktuelle Studien zeigen aber, dass dieses Arzneimittel auch bei einer anderen Krankheit wirksam ist, es fehlt aber die Zulassung hier-

für. Der behandelnde Arzt kann das Arzneimittel – auf eigene Verantwortung hin – verordnen. Man spricht in solchen Situationen von einem „off-label-use“, also einer Anwendung, für die das Mittel nicht offiziell zugelassen ist. Aufgrund der Haftungsfolgen für den Arzt wird diese Handhabung auf Einzelfälle beschränkt bleiben. Die privaten Krankenversicherer richten sich beim „off-label-use“ nach der Rechtsprechung der GKV: Eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ist 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 (siehe

off-label-use

Anhang) veröffentlicht sind und in den einschlägigen Fachkreisen ein Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen besteht. Bezüglich der Kostenerstattung beim „off-label-use“ behalten sich die privaten Krankenversicherer jedoch eine eigene Beurteilung und Entscheidung vor, sobald sie die Rechnungen vorliegen haben.

Übrigens: Eventuell sind Arzneimittel in anderen Ländern, 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 Krankenversicherung erstattet werden.

Von den Arzneimitteln abzugrenzen sind die so genannten Nährmittel. Die Tarifbedingungen sehen häufig vor, dass „Nähr- und Stärkungsmittel“, die in Apotheken, aber auch in Supermärkten zu kaufen sind, nicht dem Kostenerstattungsanspruch unterliegen. Krebspatienten benötigen in besonderen Fällen eine künstliche Ernährung, die zum Beispiel über eine Magensonde verabreicht wird. Diese Ernährungsform wird vom Arzt verordnet und die Versicherer übernehmen die Kosten. ■

Nähr- und Stärkungsmittel

Teilnahme an Therapiestudien: Vorteil oder Versuchskaninchen?

Karin S.:

Karin S. leidet unter Bauchspeicheldrüsenkrebs. Die Krankenschwester, die einen eigenen ambulanten Pflegedienst betreibt, weiß, was das bedeutet. Ihre Chancen, geheilt zu werden, sind schlecht, weil der Tumor schon in einem fortgeschrittenen Stadium ist. Karin S. ist deshalb heilfroh, als man ihr in der Klinik die Teilnahme an einer Therapiestudie anbietet. Es soll ein neues Medikament erprobt werden, von dem sich die Ärzte bessere Heilungschancen und zumindest eine Verlängerung der Lebenserwartung versprechen.

Die Krankenschwester willigt sofort ein. Ihr ist bewusst, dass sie aller Voraussicht nach mit diesem Medikament nicht von ihrer Krebserkrankung geheilt werden wird. Aber sie weiß, dass sie während der Studie gut überwacht werden wird und unabhängig von dem neuen Wirkstoff die bestmögliche Medizin bekommt. Noch ein paar Monate zu leben, ist ihr ein Herzensanliegen, denn ihre Tochter ist im vierten Monat schwanger. Und sie würde zu gerne noch die Geburt ihres Enkelkindes erleben.

Rund um die Behandlung

Bei der Krebsbehandlung hat es in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte gegeben. Dies ist vor allem der Entwicklung neuer Medikamente zu verdanken, die zielgerichtet in den Krankheitsprozess bei den jeweiligen Tumoren eingreifen. Solche Medikamente müssen hinsichtlich ihrer klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit erprobt werden, was im Rahmen so genannter Therapiestudien geschieht. Es ist deshalb nicht ungewöhnlich, wenn Krebspatienten von ihrem Arzt darauf angesprochen werden, ob sie bereit sind, an einer solchen Therapiestudie teilzunehmen.

Therapie- studie

Die Teilnahme an einer Medikamentenprüfung ist für die Betroffenen nicht mit 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 Vorzug einer besonders fortschrittlichen Behandlung zu kommen. Üblicherweise werden bei klinischen Studien zwei gleich große Patientengruppen gebildet, von denen eine das

zu prüfende Präparat oder das neue Behandlungsschema erhält, und die zweite Gruppe die bisher übliche Standardbehandlung. Die Chance, die fortschrittliche Behandlung zu bekommen, liegt somit bei 50 : 50. Doch 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.

Die Teilnahme an einer Studie hat einen weiteren Vorteil: Wer sich dazu 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 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 Hilfs- und Heilmitteln

Hilfsmittel Hilfsmittel sind in der Regel technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder mildern sollen. Hierzu gehören beispielsweise Brillen, Perücken, Hörgeräte, Gehstützen. Welche Hilfsmittel bei privat Versicherten im Einzelfall erstattet werden, ergibt sich aus den jeweiligen Tarifbestimmungen. Dort sind die erstattungsfähigen Hilfsmittel entweder vollständig oder beispielhaft aufgeführt. Liegt eine abschließende Aufzählung vor, sind nur diese Hilfsmittel zu erstatten; bei einer erkennbar nicht abschließenden Auflistung ist durch Auslegung im Einzelfall zu ermitteln, ob ein Hilfsmittel erstattungsfähig ist. Bei manchen Tarifen – dies sollte im Bedarfsfall geprüft werden – liegen allerdings

Wertbegrenzungen vor. So kann zum Beispiel das zur Verfügung stellen eines Rollstuhls nur bis zu einer bestimmten Höhe vereinbart sein. Voraussetzung für eine Erstattung ist wie bei den Arzneimitteln, dass diese von einem Behandler verordnet worden sind. Zu den Heilmitteln zählen Anwendungen und Behandlungen, die der Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen. Hierzu gehören beispielsweise Massagen und Krankengymnastik. Auch die erstattungsfähigen Heilmittel sind entweder genau aufgezählt oder beispielhaft in den Tarifbestimmungen aufgeführt. Heilmittel müssen ebenso wie Hilfsmittel und Arzneimittel von einem Behandler verordnet worden sein. ■

Heilmittel

Der Basistarif

Basistarif Seit dem 1. Januar 2009 steht den privat Versicherten die Möglichkeit offen, in den so genannten Basistarif zu wechseln, 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. Die Leistungen aus dem Basistarif beschränken sich analog wie bei der GKV auf eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Behandlung. Dabei hat der Versicherungsnehmer freie Arztwahl – aber

nur bei Ärzten und Zahnärzten, die zur Versorgung von Versicherten der GKV zugelassen sind.

Zum Basistarif gehört unter anderem der Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag, wenn es als Folge einer Erkrankung oder eines Unfalls zur Arbeitsunfähigkeit kommt. Es wird für diese Zeit dann wie in der GKV ein Krankengeld und ab dem 43. Tag ein Krankentagegeld gezahlt. Welche Zusatzversicherungen abgeschlossen wurden, muss jeder für sich selbst im Falle einer Krebserkrankung prüfen. ■

Ambulante Behandlung – Prinzip „Vorkasse“

Josef W.:

Josef W. zahlt monatlich für seine private Krankenversicherung derzeit rund 700 Euro inklusive der Krankentagegeld- und der Pflegeversicherung. Er hat sich bei Vertragsabschluss für eine Eigenbeteiligung von 600 Euro entschieden, muss also pro Jahr 600 Euro der Kosten für eine ambulante Behandlung selbst aufbringen. Der Bauunternehmer braucht sich somit wegen der Kosten der ambulanten Chemotherapie keine großen Sorgen zu machen.

Der Versicherungsnehmer muss in aller Regel die Kosten, die durch Diagnostik und Therapie verursacht werden, zunächst selbst tragen. Er reicht die Belege anschließend bei dem Krankenversicherer ein und erhält eine Kostenerstattung. Ein Erstattungsanspruch entsteht aber grundsätzlich erst durch die Vorlage der

**Kosten-
erstattung**

Originalrechnungen. Auch noch nicht gezahlte Originalrechnungen können schon bei der Versicherung zur Erstattung eingereicht werden.

Bei kostenaufwändigen Behandlungen kann nach entsprechender Zusicherung des Versicherers gegenüber dem Leistungserbringer (Arzt oder Klinik) direkt erstattet werden, so dass in einem solchen Fall die Vorkasse durch den Versicherungsnehmer entfällt. Machen privat Krankenversicherte wie Josef W. 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. ■

Ombudsmann

Stationäre Behandlung – die Clinic-Card

Eine stationäre Behandlung ist erstattungsfähig, wenn diese notwendig ist, weil der angestrebte medizinische Erfolg nicht durch eine ambulante Behandlung erreicht werden kann. Es gilt also wie bei der GKV der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Da stationäre

**ambulant vor
stationär**

Behandlungen meist kostenaufwändig sind, entfällt im Allgemeinen das Prinzip der Vorkasse. Der Versicherungsnehmer erhält vielmehr von der Versicherung eine so genannte Clinic-Card (Krankenhausausweis), die er im Falle einer stationären Klinikaufnahme dem

Clinic-Card

Kosten- übernahme- erklärung

Krankenhaus vorlegt. Das Krankenhaus fordert von der Versicherung eine Kostenübernahmeerklärung an und rechnet die entstehenden Klinikkosten dann direkt mit der Krankenversicherung ab.

Soweit eine stationäre Behandlung erforderlich ist, hat der Versicherte grundsätzlich die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und dass Krankengeschichten geführt werden.

Hospiz

Hospize entsprechen diesen Anforderungen – abgesehen von einer Versicherung im Basistarif – nicht. Es handelt sich weder um Krankenhäuser noch um Pflegeheime und es steht dort nicht die medizini-

sche, sondern die pflegerische Betreuung im Vordergrund.

Eine weitere Einschränkung besteht bei Krankenanstalten, die zwar die Voraussetzungen eines Krankenhauses erfüllen, aber darüber hinaus Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszente aufnehmen. Eine Erstattungspflicht für notwendige medizinische Behandlungen, die in diesen so genannten „gemischten Anstalten“ durchgeführt werden, besteht nur, wenn der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt hat. Um das eigene Kostenrisiko zu begrenzen, sollte der Versicherungsnehmer immer vorher klären, ob eine Erstattung der stationären Behandlung in dem gewählten Haus möglich ist und sich dies vom Versicherer schriftlich bestätigen lassen. ■

Die Krankenhaustagegeldversicherung

Krankenhaus- tagegeld- versicherung

Eine Krankenhaustagegeldversicherung kann als Teil einer Krankheitskostenversicherung oder als eigenständiger Tarif abgeschlossen werden. Üblicherweise wird dem Versicherungsnehmer für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

in einem Krankenhaus ein bestimmter zuvor vereinbarter Geldbetrag ausgezahlt. Dieser soll insbesondere die im Krankenhaus anfallenden zusätzlichen Kosten wie beispielsweise Gebühren für Telefon oder Fernsehgeräte sowie Fahrtkosten decken. ■

Private Pflegeversicherung – wann gibt es Leistungen?



Ingo B.:

Ingo B. hat Magenkrebs im fortgeschrittenen Stadium. Der Elektromeister hat schon vor einem Jahr seinen Betrieb an den Sohn übergeben müssen. Damals war der Tumor, der zunächst durch eine Chemotherapie besiegt erschien, erneut aufgetreten.

Die nochmalige Behandlung hat den 62-Jährigen sehr geschwächt. Er kann sich nicht mehr selbst versorgen, sodass der im gleichen Ort wohnende Sohn den Vater

zu sich in den Haushalt genommen hat. So kann der Vater, dem die Pflegestufe II bewilligt wurde, von seiner Schwiegertochter gepflegt werden und seinem Sohn zumindest noch ein wenig beratend zur Seite stehen. Die Schwiegertochter, die ihren Beruf als Lehrerin aufgegeben hat, kümmert sich um die Buchführung des Elektrobetriebs. Für die Pflege von Ingo B. erhält sie aus der Pflegeversicherung monatlich einen Pflegebeitrag von 440 Euro.

Pflege- bedürftigkeit

Pflegepflicht- versicherung

Seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995 besteht für privat Krankenversicherte die Pflicht, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung gleichen dabei denen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe sind die gleichen Maßstäbe anzulegen wie im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die privaten Krankenversicherer haben die Pflicht, ihren Versicherten entsprechende Pflegepflichtversicherungsverträge anzubieten. Unterschiede zur gesetzlichen Pflegeversicherung bestehen grundsätzlich nicht. Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung erhält, wer zum versicherungspflichtigen Personenkreis gehört, die Wartezeit erfüllt hat, pflege-

bedürftig wird und einen Antrag auf Erstattung der Aufwendungen gestellt hat. Konkret bedeutet das: Nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ ist in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig, wer eine private Krankenversicherung unterhält. Die Wartezeit ist erfüllt, wenn das Versicherungsverhältnis in den vergangenen zehn Jahren vor Antragstellung über mindestens fünf Jahre bestanden hat. Erfolgt ein Wechsel in die private Pflegepflichtversicherung, so werden vorherige Zeiten in der gesetzlichen Pflegeversicherung auf die Wartezeit angerechnet. Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil diese erfüllt.

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 sowie das Beheizen.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Die Pflegepflichtversicherung übernimmt damit 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. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht. ■

Pflegezusatzversicherung

***Pflegekosten-/
Pflege-
tagegeld-
versicherung***

Wenn eine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde, hat man sich entweder für eine Pflegekosten- oder Pflegetagegeldversicherung entschieden. Bei der letzteren wurde ein bestimmter Tagessatz vereinbart, der dann für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit gezahlt wird. Hierbei müssen die tatsächlich entstandenen Kosten nicht eigens nachgewiesen werden.

Die einzelnen Versicherer bieten dabei unterschiedliche Tarifbedingungen an. In der Police ist nachzulesen, wann und in welcher Höhe in den Pflegestufen I

und II der Tagessatz gezahlt wird, da einige Anbieter erst ab der Stufe III den vollen Tagessatz vorsehen.

Die Pflegekostenversicherung stockt dagegen die Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung auf, wobei der Betrag ebenfalls nach Vereinbarung festgelegt wurde. Nachteilig gegenüber dem Tagegeld ist, dass sich die Pflegekostenpolice an der gesetzlichen Pflegeversicherung orientiert, dass sich also für den privat Versicherten Änderungen in der gesetzlichen Versicherung auch zu seinen Ungunsten auswirken können. ■

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 ein Pflegegeld in Anspruch nehmen und dieses an die Pflegeperson – in der Regel einen Angehörigen – weiterleiten. Pflegegeld und Pflegesachleistung können kombiniert in Anspruch genommen werden.

Pflegegeld
Pflegesachleistung

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

Die Pflegekassen übernehmen darüber hinaus die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel. Es besteht ferner die Möglichkeit, im Bedarfsfall Zuschüsse zum Umbau der Wohnung zu erhalten, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert wird oder die selbständige Lebensführung der ver-

sicherten Person wieder möglich wird. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht 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.



Rund um die Pflege

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

Übrigens: Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, 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. Da-

mit 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.

Übrigens: Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Leistungen der Pflegeversicherung zu kombinieren. Dies ermöglicht eine individuelle Anpassung an den jeweiligen Pflegebedarf. So ist es zum Beispiel möglich, Pflegeleistungen zu „poolen“. Damit ist beispielsweise eine Bildung von Wohngemeinschaften möglich, bei denen die einzelnen Leistungen gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können. Die Pflegeversicherung berät hierzu. ■

Wer stellt die Pflegestufe fest?

Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit erfolgt bei der privaten Pflegeversicherung anders als im Bereich der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nicht durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der private Pflegepflichtversicherer gibt vielmehr ein Gutachten bei der hierfür geschaffenen Gesellschaft

Medicproof

„Medicproof“ in Auftrag. Bei der Begutachtung haben sich die Sachverständigen aber grundsätzlich an die Richtlinien zu halten, die im Bereich der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung gelten. So wird ein weitgehend einheitlicher Versicherungsschutz gewährleistet.

Regelmäßig erfolgt im Rahmen der Begutachtung eine Untersuchung im häuslichen Bereich des Pflegebe-

dürftigen. Befindet sich der Pflegebedürftige im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim, findet die Untersuchung dort statt. Zur Vorbereitung werden bei den behandelnden Ärzten Befundberichte angefordert.

Lehnt der Versicherer eine Leistungszusage ab, kann der Versicherte eine nochmalige Überprüfung fordern. Da es im privaten Versicherungsrecht – anders als im Bereich des Sozialversicherungsrechts – kein Widerspruchsverfahren gibt, besteht die Möglichkeit, direkt im Zuge einer Klage gegen den Versicherer vorzugehen. Zuständig für Klagen aus privaten Pflegepflichtversicherungsverträgen ist aufgrund einer Sonderzuweisung das Sozialgericht. ■

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege – wieder auf die Beine kommen

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

teilstationäre Pflege

zeitweise gar nicht erbracht werden und ist eine teilstationäre Pflege nicht ausreichend, 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 erstattet die private Pflegepflichtversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Die Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung sowie die so genannten Investitionskosten (Kosten für die Instandhaltung und Werterhaltung der Pflegeeinrichtung) werden nicht von der Pflegeversicherung übernommen. In den Bundesländern gibt es dabei un-

terschiedliche Regelungen und Förderungen. Die Leistungen aus der Pflegeversicherung werden auf Antrag hin erbracht, wobei die Bestimmung des Eintritts, der Stufe und der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit durch einen von der Versicherung beauftragten Arzt erfolgt. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt und erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen der Versicherung ist diese verpflichtet, sich außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen von der Versicherung beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. ■

Justin K.:

Die sechsmonatige Chemotherapie hat Justin K. gut verkräftet. Trotz der Behandlung konnte der Wirtschaftsprüfer rasch wieder in seiner Kanzlei tätig sein. Doch der Darmkrebs trat nach eineinhalb Jahren erneut auf. Es folgten eine Chemo- und eine Strahlentherapie, von denen sich der 54-Jährige Mann nur langsam erholt. Er fühlt sich müde und völlig zerschlagen, hat Mühe, seinen Alltag irgendwie zu bewerkstelligen. An Arbeiten ist nicht zu denken. Zum Glück hat Justin K. vorgesorgt und bei seiner privaten Krankenversicherung auch eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, mit der er nunmehr seine Hono-



rareinbußen durch die Arbeitsunfähigkeit finanziell überbrücken kann. ■

Krankentagegeld – wann zahlt die Krankenversicherung?

Zusammen mit der privaten Krankenversicherung schließen selbständig Tätige üblicherweise eine Krankentagegeldversicherung ab, um im Krankheitsfall wirtschaftlich abgesichert zu sein. Das kommt insbesondere im Falle einer Krebserkrankung zum Tragen, wie das Beispiel von Justin K. zeigt. Krebspatienten können infolge der Erkrankung und deren Behandlung zum Teil über mehrere Wochen oder sogar Monate ihrer üblichen Erwerbstätigkeit nicht nachgehen. Die private Krankentagegeldversicherung soll den Versicherten vor

Verdienstausfällen als Folge von Unfällen oder Krankheiten schützen, sofern dadurch eine Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wird ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang (bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit) gezahlt.

Krankentagegeld

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn eine medizinische Behandlung aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls notwendig wird und in deren Verlauf eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird. Eine Arbeitsunfähigkeit

Existenzsicherung

liegt entsprechend der Formulierung im Mustervertrag vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund „vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht“.

Die Höhe und die Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und den zugrunde liegenden Tarifbedingungen. Allerdings darf das Krankentagegeld zusammen mit eventuell anfallenden sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend ist dabei – soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält – der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Konkret können sich in diesem Punkt allerdings Probleme ergeben, zum Beispiel, wenn die Selbständigkeit noch nicht lange ausgeübt wird und lediglich Prognosen hinsichtlich des zu erwartenden Einkommens möglich sind.

Wenn eine selbständige Tätigkeit bereits länger ausgeübt wird und der Versicherungsfall eintritt, werden bei der Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens in aller Regel die Einkommenssteuererklärungen und der Steuerbescheid zugrunde gelegt. Es sollte dann darüber hinaus geprüft werden, ob Betriebskosten und zum Beispiel steuerliche Absetzungen, die bei der Berechnung für die Krankentagegeldversicherung

üblicherweise nicht abzuziehen sind, berücksichtigt werden, da der Verdienstaufschlag eines Selbständigen sich nicht nur auf den aus dem Betrieb erzielten Gewinn beschränkt. Er umfasst den durch die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gedeckten Teil der Betriebskosten. Deshalb wird in den Tarifbedingungen häufig der steuerrechtliche Begriff „Gewinn“ angeführt.

Der Versicherungsfall endet, wenn entsprechend dem medizinischen Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Übrigens: Im Krankheitsfall wird häufig von Selbständigen die Überlegung angestellt, zeitweise zu arbeiten und anteilmäßig Tagegeld zu bekommen. Dies ist nicht möglich.

Der Versicherungsschutz der Krankentagegeldversicherung endet selbstverständlich mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses, spätestens mit Erreichen der Altersgrenze von 65 Jahren. Der Versicherer kann jedoch ein befristetes Angebot zur Weiterführung der Versicherung anbieten.

Übrigens: Leistungen aus der Tagegeldversicherung und aus der Berufsunfähigkeitsrente dürfen nur drei Monate lang gleichzeitig gezahlt werden. ■

Berufsunfähigkeit – wohl dem, der gut versichert ist

Da selbständig Tätige in aller Regel in ihrer beruflichen Position nicht ersetzt werden können und zumeist der Lebensunterhalt des Betreffenden wie seiner Familie durch die selbständige Tätigkeit gedeckt wird, schließen wohl die meisten Selbständigen neben der privaten Krankenversicherung eine Berufsunfähigkeitsversicherung ab.

Berufs- unfähigkeits- versicherung

Es gibt hierbei verschiedene Vertragsformen, aus denen sich im Einzelfall die Leistungen der Versicherung und damit die Rechte des Versicherungsnehmers ergeben.

Nicht selten tritt die Frage auf, ob eine Berufsunfähigkeit tatsächlich vorliegt oder nicht. Von einer vollständigen Berufsunfähigkeit ist dann auszugehen, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder einem „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall“ voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen außerstande ist oder voraussichtlich sein wird, seinen zuletzt ausgeübten Beruf weiter auszuüben. Eine teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die beschriebenen Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind. Grundsätzlich muss die Berufsunfähigkeit von ärztlicher Seite begutachtet werden.

teilweise Berufs- unfähigkeit

Übrigens: So mancher Arzt tut sich nicht leicht bei der Begutachtung der Berufsfähigkeit, weil er relativ wenig über die berufliche Beanspruchung seines Patienten weiß. Es ist vor allem für Handwerker deshalb sinnvoll, dem Arzt Fotos zur Verfügung zu stellen, aus denen sich die anfallenden Tätigkeiten und die damit verbundenen Belastungen ergeben.

Stellt sich durch die Krebserkrankung eine Pflegebedürftigkeit ein und dauert diese ununterbrochen sechs Monate, gilt dieser Zustand von Beginn der Erkrankung an als vollständige Berufsunfähigkeit.

Zu beachten ist, dass entsprechend der üblichen Vertragsgestaltung keine Berufsunfähigkeit vorliegt, wenn ein Selbständiger über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch eine zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann. Eine Umorganisation ist aber nur zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbständiger unverändert bleibt und sich die durch die Umorganisation ergebende Einkommensänderung in den von der üblichen Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen bewegt. In den meisten Tarifen genügt eine 50-prozentige Berufsunfähigkeit, um eine 100-prozentige Rente zu erhalten, weshalb auch zu dieser Frage eine Tarifüberprüfung wichtig ist.

Umorganisa- tion

Übrigens: Da sich die Beurteilung der Berufsunfähigkeit durch private Versicherungsunternehmen nicht selten erheblich von den Beurteilungskriterien der Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger unterscheidet, steht nicht selten eine gerichtliche Klärung der Ansprüche an. Als Selbständiger ist man in einem solchen Fall gut beraten, wenn man frühzeitig eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen hat.

Übrigens: Zeichnet sich ab, dass eine Heilung der Krebserkrankung nicht mehr möglich sein wird, so kann es ratsam sein, die

Existenzsicherung

Lebensversicherungsverträge (= Versicherungsnehmereigenschaft) auf den Ehegatten oder die Kinder zu überschreiben. Dies kann vor allem im Hinblick auf erbschaftliche Folgen, wie zum Bei-

spiel Erbschaftssteuern, sinnvoll sein. Dazu sollte ein Gespräch mit dem Steuerberater geführt werden. ■

Besondere Formen der Absicherung

Ausfall- **versicherung**

Besonders schwerwiegend trifft eine Krebserkrankung Selbständige, die wie Einzelunternehmer fungieren, zum Beispiel Ärzte, Rechtsanwälte oder Architekten, und die in einem solchen Krankheitsfall ihre Unternehmung (wie zum Beispiel ihre Praxis oder Kanzlei) schließen müssen. Dieser Personenkreis sollte prüfen, ob eine Ausfallversicherung, die den Betriebsgewinn und die laufenden Kosten, wie Löhne und Gehälter, Zinsen, Mieten usw. bis zu zwölf Monaten erstattet, abgeschlossen wurde. Es sollte dabei auch überprüft werden, inwieweit eine privat abgeschlossene Tagesgeldversicherung diese Leistungen (meisten falls bis zu 75 % des Jahresumsatzes) abdeckt. Eine solche Versi-

Tagegeld- **versicherung**

cherung kann durch den Versicherer nicht gekündigt werden, während eine Kündigung bei Ausfallversicherungen durchaus möglich ist.

Übrigens: Freiberufler, die dem Kammerrecht unterliegen und in einem Versorgungswerk pflichtversichert sind, erhalten erst dann Bezüge bei einer 100-prozentigen Berufsunfähigkeit, wenn zum Beispiel ein Arzt seine Vertragsarztzulassung zurückgibt.

In den persönlichen Unterlagen sollte generell geprüft werden, welche Versicherungsverträge abgeschlossen worden sind. Bei Fragen kann man sich in aller Regel an das jeweilige Versicherungsunternehmen wenden. ■


Gesetzliche Rentenversicherung – die Konten klären

Auch Selbständige haben unter Umständen Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung und sollten dies im Zweifelsfall prüfen lassen. Zum einen können Ansprüche bestehen, weil der Selbständige vor Aufnahme der selbständigen Tätigkeit Mitglied der gesetzlichen Rentenversicherung war, oder als freiwilliges Mitglied Beiträge entrichtet hat. Es besteht darüber hinaus für einige Personengruppen bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Hierzu zählen einerseits bestimmte Berufsgruppen, wie beispielsweise selbständig tätige Lehrer, Hebammen, und andererseits Gewerbetreibende, die in die Handwerksrolle eingetragen sind. Selbständig tätige Krebspatienten sollten daher prüfen lassen, ob ein Rentenbezug bei ihrer konkreten Erwerbsbiographie möglich ist. In Betracht kommen dabei insbesondere die Regelaltersrente, die Altersrente für schwerbehinderte Menschen sowie eine Rente aufgrund (teilweiser) Erwerbsminderung. ■

Grundsicherung für Selbständige

Josef W.:



Josef W. ist froh, für den Notfall rechtzeitig vorgesorgt zu haben. Als er sich als Bauunternehmer selbständig machte, hat er neben der privaten Kranken- und der privaten Pflegeversicherung direkt eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen. Da der Betrieb gut lief, konnte er außerdem selbst in Immobilien investieren und erhält nun Mieteinnahmen. In wenigen Jahren wird er das gesetzliche Rentenalter erreicht haben und noch ein kleines Zubrot aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten für die Zeit, in der

er in jungen Jahren selbst in einem Bauunternehmen fest angestellt war. Josef W. ist sich sicher, somit gut über die Runden zu kommen, wenn sein Betrieb infolge seiner Krebserkrankung nicht mehr so gut laufen sollte wie früher. Insolvenz anmelden oder gar Hartz IV beantragen zu müssen – das ist ein für den 59-Jährigen kaum vorstellbarer Gedanke. Die Sorge, seine Kinder könnten eines Tages für seinen Lebensunterhalt aufkommen müssen, ist für ihn unerträglich.

Existenzsicherung

Lässt sich der Lebensunterhalt nicht mehr decken, weil aufgrund der Krebserkrankung keine ausreichenden Einnahmen erzielt werden, kein sonstiges Einkommen – zum Beispiel aus einer Krankentagegeldversicherung – vorhanden ist und kein Vermögen zur Deckung des Lebensunterhalts eingesetzt werden kann, bleibt nur die Möglichkeit, Leistungen nach dem Sozialgesetz-

Hartz IV

buch II (SGB II, Hartz IV, siehe Anhang) oder Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) nach den gesetzlichen Regeln der „Altensozialhilfe“ zu beantragen. Es handelt sich hierbei um Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums, wobei zwischen der Sozialhilfe und der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV) zu unterscheiden ist.

Altensozialhilfe

Hartz IV erhält derjenige, der das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht hat und dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch zur Verfügung steht. Der Betroffene muss seine Bedürftigkeit nachweisen, indem er die Kontoauszüge der vergangenen drei Monate vorlegt und den Nachweis darüber erbringt, dass er über keinerlei anderes Vermögen mehr verfügt. Gegebenenfalls müssen zuvor Lebensversicherungen aufgelöst und eventuell vorhandenes Grundvermögen verkauft werden. Das betrifft jedoch nicht die selbstgenutzte Eigentumswohnung

oder das selbst genutzte Einfamilienhaus, die in einem solchen Falle nicht veräußert werden müssen.

Für Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen und das 65. Lebensjahr ebenfalls noch nicht erreicht haben, gelten die gleichen Grundsätze wie beim Bezug von Hartz-IV-Leistungen.

Liegen die Voraussetzungen für den Bezug von Hartz IV vor, so erhält der Antragsteller Grundsicherungsleistungen in Höhe von 364,00 Euro monatlich (Stand Januar 2011) sowie die Kosten der Unterkunft (Kaltmiete plus Nebenkostenvorauszahlungen und Heizkostenvorauszahlungen).

Grundsicherungsleistungen

Wer das 65. Lebensjahr bereits erreicht hat und mittellos wird, kann bei den Städten und Gemeinden Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen.

Übrigens: Es empfiehlt sich, sich im Bedarfsfall bei den Leistungsträgern eingehend nach den Möglichkeiten von Hartz IV und Sozialhilfe zu erkundigen. Denn die Leistungsträger haben grundsätzlich eine Beratungspflicht, sie bieten die Beratung den Betroffenen üblicherweise aber nicht aktiv an. ■

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Nachranggrundsatz Im Sozialhilferecht gilt der so genannte „Nachranggrundsatz“. Das bedeutet, dass Sozialhilfeleistungen nur erhält, wer seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten kann. Berücksichtigung finden hierbei grundsätzlich das eigene Einkommen und Vermögen und das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners. Gleiches gilt für nichteheliche Lebensgemeinschaften.

Bei der Überprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch das Sozialamt besteht eine Pflicht zur Mitwirkung durch den Antragsteller wie auch eine Auskunftspflicht Dritter, also zum Beispiel unterhaltspflichtiger Angehöriger, Lebenspartner, Lebensgefährten, Arbeitgeber oder der Finanzämter. Die Anrechnung von Einkommen und Vermögen richtet sich nach der Inanspruchnahme der jeweiligen Hilfeleistung.

Übrigens: Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgen nur nach Antragsstellung. Eine rückwirkende Bewilligung für Zeiträume vor dem Antrag, ist grundsätzlich nicht möglich. Der Antrag sollte also möglichst frühzeitig gestellt werden, um eine durchgängige Bedarfsdeckung zu gewährleisten.

Grundsicherung im Alter Bei Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bleiben Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegenüber ihren Kindern und Eltern unberücksichtigt. Der Gesetzgeber will mit die-

ser Regelung insbesondere die „verschämte Altersarmut“ verhindern. Das Sozialamt macht daher keine Unterhaltsansprüche geltend, soweit das jährliche Gesamteinkommen des Unterhaltspflichtigen unter einem Betrag von 100.000 Euro liegt, was grundsätzlich angenommen wird. Eine Überprüfung erfolgt nur, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein höheres Gesamteinkommen gegeben ist. Dies gilt allerdings nicht, wenn eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich wird und die Kosten des Lebensunterhalts in der Einrichtung vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Dann werden üblicherweise durchaus Unterhaltsansprüche geltend gemacht. ■



Grad der Behinderung



Ingo B.:

Ingo B. ist durch die Krebserkrankung in seiner Mobilität erheblich eingeschränkt. Zwar kann er durchaus noch Auto fahren, längere Strecken zu Fuß sind aber nicht mehr zu bewältigen. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln kann sich der Elektromeister nicht mehr alleine fortbewegen. Damit bleibt ihm nur der PKW, um ein Mindestmaß an Mobilität zu erhalten und von seinem Sohn und seiner Schwiegertochter unabhängig zu bleiben. Ingo B. stellt deshalb einen Antrag auf die „Feststellung eines Grades der Behinderung“. Der so genannte Schwerbehindertenaus-



weis hätte aus seiner Sicht vor allem den Vorteil, dass er auf einem Behindertenparkplatz parken dürfte. ■

Für manche Behinderungen gibt es einen Ausgleich

Aufgabe und Ziel des Schwerbehindertenrechts 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 Grad der Behinderung (GdB) oder an ein entsprechendes Merkzeichen anknüpfen.

**Grad der
Behinderung
(GdB)**

Wann eine Behinderung vorliegt, ist gesetzlich geregelt. Voraussetzung ist, dass die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und der Betroffene aus diesem Grunde in seinem Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Keine Rolle spielt dabei die Frage, ob die Person erwerbsfähig ist oder nicht und ob sie als Angestellter beschäftigt oder selbständig ist. Im Falle einer Krebs-

Heilungs- bewährung

erkrankung wird der Grad der Behinderung allerdings üblicherweise nur für einen bestimmten Zeitraum, zu meist für fünf Jahre, festgestellt. Nach Ablauf dieser so genannten „Heilungsbewährung“ (siehe Anhang, Seite 52) muss gegebenenfalls ein neuer Antrag gestellt werden.

Merkzeichen

Um den Grad der Behinderung und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen feststellen zu lassen, muss ein Antrag beim Versorgungsträger gestellt werden. Die Krankenversicherungen 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.

Neben den Personalien sind in dem Formular insbesondere die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die behandelnden Ärzte anzugeben, die zudem von der Schweigepflicht entbunden werden müssen. Die Versorgungsverwaltung prüft den Antrag und fordert dazu

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 Buchstaben ausgedrückt, die in den Schwerbehindertenausweis eingetragen werden können. Dabei steht das Merkzeichen „G“ für eine erhebliche Beeinträchtigung im Straßenverkehr, das Merkzeichen „aG“ für eine außergewöhnliche Gehbehinderung, „H“ für „Hilflos“, „Bl“ für „Blind“ und „Gl“ für „Gehörlos“. Eine Orientierungshilfe zur Feststellung eines GdB oder eines Merkzeichens bietet die so genannte Versorgungsmedizin-Verordnung, in der die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ festgehalten sind, im Internet unter www.bmas.de/portal/10588/anhaltspunkte_fuer_die_aerztliche_gutachtertaetigkeit.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 aus-

gestellt. Es kann allerdings in besonderen Fällen bei niedrigerem GdB 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.

Gleichstellung



Für Selbständige interessanter sind die Vorteile in anderen Lebensbereichen. So können Menschen mit Behinderungen aufgrund der außergewöhnlichen finanziellen Belastungen, die damit üblicherweise verbunden sind, unter bestimmten Voraussetzungen einen Steuerfreibetrag geltend machen. Menschen mit dem Merkzeichen „G“ (Gehbehindert) haben außerdem das Recht auf eine unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr, wenn sie im Besitz einer gültigen Wertmarke (30 Euro pro Kalenderhalbjahr) sind. Alternativ kann eine Ermäßigung von der Kfz-Steuer geltend gemacht werden. Wer das Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) besitzt, darf zudem im eingeschränkten Halteverbot und auf Stellplätzen mit Rollstuhlfahrersymbol parken und kann sich von der Kfz-Steuer befreien lassen. ■

Palliativtherapie – Lebensqualität ist das Ziel

palliative Therapie

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. Dabei haben das Lindern von Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen und anderer körperlicher Symptome, sowie die Behandlung psychologischer und sozialer Probleme und spiritueller Fragestellungen 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 einbezogen sowie häusliche Pflegedienste und ambulante Hospizdienste. Ist eine ambulante Betreuung nicht

möglich, wird der Patient zunächst stationär, in aller Regel auf speziellen Palliativstationen betreut, wobei die Behandlung darauf abzielt, den gesundheitlichen Zustand des Patienten soweit herzustellen, dass er in die häusliche Umgebung entlassen werden kann.

Die Palliativversorgung unterscheidet sich von der Betreuung in einem Hospiz dadurch, dass der volle Umfang medizinischer Versorgung verfügbar ist. Die Kosten für medizinisch notwendige Leistungen (wie zum Beispiel Schmerztherapie) werden von der privaten Krankenversicherung übernommen. Darüber hinausgehende Leistungen, die nicht in der Gebührenordnung (GOÄ) für Ärzte abgebildet sind, werden in der Regel nicht übernommen. Es empfiehlt sich aber dennoch, zur Klärung mit dem Krankenversicherer in Kontakt zu treten. ■

Palliativ- versorgung

Ein gutes Hospiz finden



Ingo B.:

Ingo B. möchte auf gar keinen Fall seinem Sohn und seiner Schwiegertochter „zur Last fallen“. Er weiß, dass beide durch die Übernahme des Elektrobetriebes bereits sehr belastet sind. Vorsorglich kümmert sich der Elektromeister um die Frage, wie seine Versorgung geregelt werden kann, wenn es ihm noch schlechter

gehen sollte. Denn er weiß, dass er den Kampf gegen den Krebs letztlich nicht gewinnen kann und seine Lebenszeit begrenzt ist. Mit seinem Sohn und dessen Frau spricht er über die Möglichkeit einer Hospizbetreuung, wenn absehbar ist, dass seine Lebenszeit zu Ende geht.

Versorgung im Hospiz, teilstationär, stationär

Lässt sich eine ausreichende Versorgung eines Krebspatienten im häuslichen Bereich nicht gewährleisten, besteht die Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz. Eine Betreuung im Hospiz dient, anders als die palliativmedizinische Behandlung, vor allem der würdigen Betreuung Sterbender in ihren letzten Lebenswochen. Der Fokus liegt darauf, ihnen einen würdigen Tod zu ermöglichen, medizinische Maßnahmen treten eher in den Hintergrund, die nötige Versorgung inklusive der palliativmedizinischen Behandlung ist aber im Hospiz gewährleistet.

Im stationären Hospiz geht es keinesfalls nur um eine Sterbebegleitung. Vielmehr erhalten die Patienten dort die notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sowie eine soziale Betreuung

und gegebenenfalls 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 und die Betreuung im Hospiz kommen neben den behandelnden Ärzten, den Krankenhäusern, Tumorzentren und den Krankenkassen 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?

Ingo B.:

Zu wissen, dass beim Fortschreiten der Krebserkrankung eine gute palliativmedizinische Betreuung möglich ist, reicht Ingo B. nicht und auch die Tatsache, dass es durchaus ein Hospiz in der Nähe gibt, lässt den Mann nicht zur Ruhe kommen. Wie wird es sein, wenn der Tumor weiter wächst? Wird man ihm dann noch eine Chemotherapie zumuten? Wird er überhaupt noch selbstbestimmt entscheiden können, welche Behandlung er noch haben möchte und welche nicht? Oder wird er der Medizin hilflos ausgeliefert sein? Ingo B. merkt, dass es höchste Zeit für ihn wird, eine Patientenverfügung zu formulieren.



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 und das bedeutet, 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.

Selbstbestimmungsrecht 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 erhalten möchten. Und selbstverständlich können Maßnahmen, wie zum Beispiel eine künstliche Ernährung, abgelehnt werden, wenn der Patient diese nicht wünscht. Der Patient kann jederzeit das Unterlassen von Maßnahmen verlangen, selbst wenn er diesen zu einem früheren Zeitpunkt zugestimmt haben sollte. ■

Patientenverfügung – früh schon den eigenen Willen kundtun

Patienten- verfügung

Durch eine Patientenverfügung kann genau dargelegt werden, welche medizinischen und gegebenenfalls lebensverlängernden Maßnahmen der Mensch wünscht. Die Patientenverfügung kann – sie muss aber nicht – beim Rechtsanwalt oder Notar verfasst werden.

Wichtig ist aber 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 solche existenziellen Fragen vorab zu bestimmen.

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

Was bringt ein „Betreuer“?

Betreuungs- verfügung

Betreuer

Über die Patientenverfügung hinaus kann außerdem eine Vorsorgevollmacht erteilt werden (siehe Generalvollmacht, Kapitel „Vorsorge treffen“) und das gegebenenfalls mit einer Betreuungsverfügung. Dabei wird eine andere Person – meist ein naher Angehöriger – als so genannter Betreuer bevollmächtigt, die gesundheitlichen (und eventuell, wenn dies verfügt wird, auch die finanziellen) Belange des Betroffenen wahrzunehmen, wenn dieser dazu selbst nicht mehr in der

Lage sein sollte. Damit kann man die Benennung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht verhindern.

Eine Betreuung wird eingerichtet, wenn eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten komplett oder teilweise nicht mehr regeln kann. Das Betreuungsgericht bestellt in einem solchen Fall entweder von Amts we-

**Betreuungs-
gericht**

gen oder aufgrund eines Antrages, den der Betroffene selbst oder eine dritte Person stellen kann, einen Betreuer. Zuvor aber überprüft das Betreuungsgericht, ob die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind und ob überhaupt ein Betreuer erforderlich ist. Es begutachtet außerdem, für welche Aufgabenkreise die Betreuung eingerichtet wird und welche Auswirkungen die gerichtliche Maßnahme hat.

Zu den möglichen Aufgaben eines Betreuers gehören unter anderem die Vermögenssorge, die Gesundheitsvorsorge, die Aufenthaltsbestimmung sowie die Vertretung in gerichtlichen Verfahren oder gegenüber Behörden.

Übrigens: *Die Einrichtung einer Betreuung führt nicht zwangsläufig dazu, dass die betroffene Person geschäftsunfähig wird. Das Betreuungsgericht kann – ohne damit eine Geschäftsunfähigkeit festzustellen – bei geschäftsfähigen Personen für einzelne Aufgabenkreise einen Einwilligungsvorbehalt anordnen. Dies geschieht jedoch nur, wenn die Gefahr besteht, dass sich die betreute Person selbst oder ihr Vermögen schädigt. In einem solchen Fall muss der Betreute die Einwilligung des Betreuers einholen. Das gilt allerdings nur für weitreichende geschäftliche Transaktionen, nicht für geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens.*

Liegt im Bedarfsfall keine vorsorgliche Betreuungsverfügung vor, so wählt das Betreuungsgericht einen Betreuer aus. Es kann sich dabei um eine dem Betroffenen nahestehende Person, ein Mitglied eines Betreu-

ungsvereins, einen selbständigen Berufsbetreuer aber auch um eine bei einem Betreuungsverein angestellte oder bei der zuständigen Behörde beschäftigte Person handeln. Dabei hat das Betreuungsgericht die Wünsche der betroffenen Person zu berücksichtigen. Im Vorhinein besteht die Möglichkeit, im Fall einer notwendigen Betreuung schriftlich Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung im Rahmen einer Betreuungsverfügung zu äußern. Hierbei kann der Betroffene beispielsweise festlegen, wer als Betreuer bestellt oder wer nicht bestellt werden soll. Es kann ferner 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 – vom Gericht nur dann eingerichtet wird, wenn diese tatsächlich erforderlich ist. Ist dies der Fall, so wird den Wünschen des Betroffenen im größtmöglichen Maß Rechnung getragen. Eine Betreuungsverfügung kann aber mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden, beispielsweise wenn diese auf bestimmte Teilbereiche beschränkt wurde.

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

Die Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht

Da eine Betreuung vom Gericht nur eingerichtet wird, wenn dies tatsächlich notwendig ist, wird zuvor geprüft, ob davon abgesehen ausreichende Hilfen vorhanden sind. Dies ist in aller Regel der Fall, wenn die betreffende Person eine Vorsorgevollmacht erteilt hat. Dann handelt der Bevollmächtigte für den Betreffenden, ohne dass das Betreuungsgericht eingeschaltet werden muss.

Bei einer Vorsorgevollmacht wird eine andere Person – meist ein naher Angehöriger – bevollmächtigt, die

Belange des Betreffenden 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 (siehe Kapitel „Vorsorge treffen“). Wichtig ist, dass der Betreffende als Bevollmächtigten eine Person seines persönlichen Vertrauens einsetzt. Es kann ferner verfügt werden, dass mehrere Personen – etwa die Kinder – gemeinsam die Vertretung ausüben, was jedoch Probleme aufwerfen kann, wenn sich die Bevollmächtigten im Bedarfsfall nicht einigen können und damit nicht handlungsfähig sind. Sinnvoller ist daher die Bestellung eines Ersatzbevollmächtigten für den Fall, dass die bevollmächtigte Person verhindert ist.

Ersatzbevollmächtigter

Die Vollmacht sollte aus Beweisgründen schriftlich abgefasst werden, am besten handschriftlich, um die Gefahr einer Fälschung gering zu halten. Es besteht ferner die Möglichkeit, die Unterschrift unter der Vollmacht amtlich beglaubigen zu lassen, oder bei Erteilung einer Vorsorgevollmacht einen Rechtsanwalt oder Notar hinzuzuziehen. ■



Sich von Anfang an um die soziale Absicherung kümmern



Josef W.



Karin S.



Ingo B.



Justin K.

Die Geschichten von Josef W., Karin S., Ingo B. und Justin K. 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 zurückzudrängen, am weiteren Wachstum zu hindern und vielleicht die Krankheit zu heilen. In dieser Situation treten Fragen der Sozialsicherung oft in den Hintergrund. Die Patientenbeispiele zeigen aber, wie wichtig es ist, sich von Anfang an um die soziale Absicherung zu kümmern, damit nicht zusätzlich zu den medizinischen Problemen noch Fragen der Existenzsicherung zu bewältigen sind.

Eine Voraussetzung für viele Sozialleistungen ist es, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Dabei sollte stets beachtet werden, dass der Antrag in aller Regel

persönlich gestellt werden muss. Das ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular sollte ebenfalls persönlich abgegeben werden und den Erhalt sollte man sich durch den Sachbearbeiter quittieren lassen. Von allen Dokumenten und Urkunden, die zu den Akten des Sozialleistungsträgers gelangen, sollten zuvor Kopien für die eigenen Akten gezogen werden. Werden Informationen nicht persönlich übermittelt, so sollte dies per Fax geschehen und die Faxbestätigung sollte ausgedruckt und zu den Akten genommen werden. Wichtig ist ferner, sich den Namen des jeweiligen Sachbearbeiters zu notieren, für den Fall, dass es später zu Rückfragen oder gar zu Streitigkeiten kommt.

Fordert der Sozialleistungsträger den Antragsteller auf, Formulare mit vielen weitreichenden Fragen aus-

Der richtige Umgang mit den Sozialversicherungsträgern

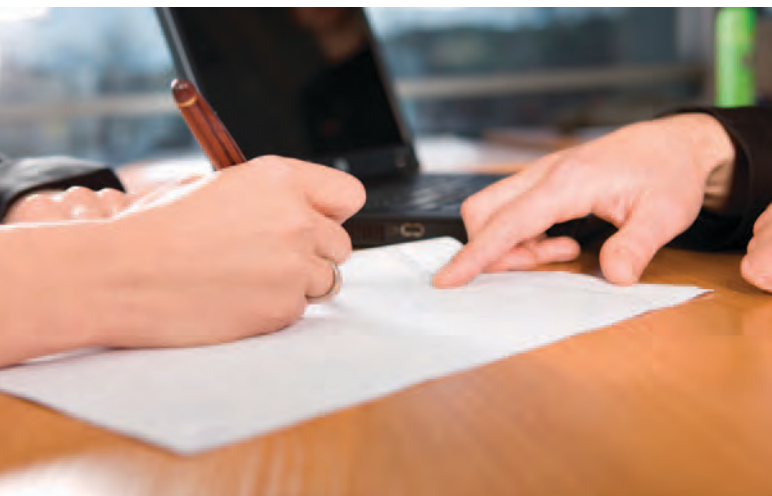
zufüllen, so muss er hierbei Hilfestellung leisten, da eine umfassende Auskunft- und Beratungspflicht besteht. Wer sich nicht sicher ist, welche Leistungen er beantragen kann, sollte ebenfalls eine Beratung einfordern. Dabei ist es unter Umständen sinnvoll, sich die Inhalte der Beratung schriftlich bestätigen zu lassen. Sollte sich später herausstellen, dass die Beratung nicht richtig war, kann sich daraus möglicherweise ein „Herstellungsanspruch“ oder sogar ein „Amtshafungsanspruch“ 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. ■

Im Zweifelsfall den Ombudsmann einschalten



Kommt es zu Unstimmigkeiten oder gar Streitigkeiten mit privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, so besteht die Möglichkeit, den Ombudsmann einzuschalten. Es handelt sich hierbei um außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Der Ombudsmann nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Er ist zu erreichen unter der Adresse: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin. Weitere Informationen zum Verfahren finden sich im Internet auf der Seite www.pkv-ombudsmann.de.

Ombudsmann

Sehr häufig wenden sich Versicherungsnehmer mit Fragen zur medizinischen Notwendigkeit von Heilbehandlungen an den Ombudsmann. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass der Ombudsmann als medizinischer Laie keine eigene Bewertung abgeben kann. Seine Aufgabe beschränkt sich bei solchen Fragen im Wesentlichen darauf, eine weitere Überprüfung durch das Einholen ärztlicher Stellungnahmen anzuregen oder Kulanzregelungen vorzuschlagen. Kann keine Regelung gefunden werden, die für den Versiche-

rungsnehmer akzeptabel ist, ist eine gerichtliche Klärung unvermeidbar.

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 Fatigue Gesellschaft (DFaG)

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

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V.

www.hospiz.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

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

Deutsche Krebshilfe e. V.

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

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.

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

Deutsche Schmerzliga e. V.

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

INKA-Informationssdienst für Krebspatienten und Angehörige e. V.

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung

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

KID-Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

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

RKI – Robert Koch-Institut

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

**Therapiestudienregister der Deutschen
Krebsgesellschaft**

www.studien.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Littenstr. 10, 10179 Berlin

Tel. 0800/0117722 (Mo.-Fr. 10.00-18.00 Uhr)

(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

www.unabhaengige-patientenberatung.de

Zum Thema Versorgung:

**BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der
Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen**

Erzbergerstr. 119, 76133 Karlsruhe

Tel. 0721/8107-901 und -902

bih@integrationsaemter.de

www.integrationsaemter.de

**Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung**

11055 Berlin

Service-Tel.

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

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

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

01805/9966-02 Fragen zur Krankenversicherung

01805/9966-03 Fragen zur Pflegeversicherung

01805/9966-09 Fragen zur gesundheitlichen
Prävention

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

Güntherstr. 4a, 60528 Frankfurt/M.

Tel. 069/67724504

hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de

01805/9966-07 Gehörlosen/Hörgeschädigten-
Service Schreibtelefon

info@bmg.bund.de

www.bmg.bund.de

Bundeszentrale für gesundh. Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel. 0221/8992-0

www.bzga.de

Bundesministerium für Justiz

Sozialgesetzbuch einzusehen unter

www.gesetze-im-internet.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

10704 Berlin, Tel. 030/865-0

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

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

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

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

Versicherungsombudsmann e. V.

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

Rechtsanwaltssuche:

Bundesrechtsanwaltskammer

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

Rechtsanwaltssuche auch über:

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

Stichwortverzeichnis

A

<i>Altensozialhilfe</i>	32
<i>Ambulant vor stationär</i>	18
<i>Aufklärungsgespräch</i>	7
<i>Ausfallversicherung</i>	30
<i>Außenseitermethode</i>	13

B

<i>Basistarif</i>	17
<i>Berater des Vertrauens</i>	10
<i>Berufsunfähigkeit</i>	29
<i>Berufsunfähigkeit, teilweise</i>	29
<i>Berufsunfähigkeitsversicherung</i>	29
<i>Betreuer</i>	40
<i>Betreuungsgericht</i>	40
<i>Betreuungsverfügung</i>	40

C

<i>Clinic-Card</i>	18
--------------------	----

E

<i>Ersatzbevollmächtigten</i>	42
<i>Erstattungspflicht</i>	13

G

<i>Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)</i>	13
<i>Generalvollmacht, notarielle</i>	10
<i>Grad der Behinderung (GdB)</i>	34
<i>Gleichstellung</i>	36
<i>Grundsicherung im Alter</i>	33
<i>Grundsicherungsleistungen</i>	32

H

<i>Hartz IV</i>	32
<i>Häusliche Pflege</i>	23

Anhang

<i>Hauswirtschaftliche Versorgung</i>	21	<i>Merkzeichen</i>	35
<i>Heilbehandlung</i>	13	N	
<i>Heilmittel</i>	17	<i>Nachranggrundsatz</i>	33
<i>Heilungsbewährung</i>	35	<i>Nähr- und Stärkungsmittel</i>	15
<i>Hilfsmittel</i>	17	O	
<i>Hospiz</i>	19	<i>Off-label-use</i>	14
K		<i>Ombudsmann</i>	18, 44
<i>Konten klären</i>	31	P	
<i>Kostenübernahme/-erstattung</i>	13, 14, 18	<i>Palliativtherapie</i>	37
<i>Kostenübernahmeerklärung</i>	19	<i>Palliativversorgung</i>	37
<i>Krankentagegeld</i>	27	<i>Patientenrechte</i>	7
<i>Krankenhaustagegeldversicherung</i>	12, 19	<i>Patientenverfügung</i>	11, 40
<i>Krankenversicherung</i>	12	<i>Pflege, teilstationär</i>	25
<i>Kurzzeitpflege</i>	25	<i>Pflege, stationär</i>	26
M		<i>Pflegebedürftigkeit</i>	20, 22, 26
<i>Medicproof</i>	25	<i>Pflegegeld</i>	23

<i>Pflegekosten- und -tagegeldversicherung</i>	22	U <i>Umorganisation</i>	29
<i>Pflegepflichtversicherung</i>	12, 20	V <i>Versicherungsschutz</i>	12
<i>Pflegesachleistung</i>	23	<i>Vorsorgevollmacht</i>	11, 42
<i>Pflegezeitgesetz</i>	24	<i>Versorgung im Hospiz, stationär, teilstationär</i>	38
<i>Pflegezusatzversicherung</i>	22	Z <i>Zweitmeinung</i>	8
S <i>Schwerbehindertenausweis</i>	36		
<i>Selbstbestimmungsrecht</i>	39		
<i>Sozialgesetzbuch</i>	32		
T <i>Tagegeldversicherung</i>	30		
<i>Testament</i>	11		
<i>Therapiestudie</i>	16		

Fachbegriffe – verständlich gemacht

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

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

Hartz IV:

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

Heilungsbewährung:

Nach der Behandlung von Krankheiten, die zu Rezi-

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

Leistungserbringer:

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

Phasen klinischer Studien:

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

Die Entwicklung wird in so genannte klinische Phasen unterteilt.

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

Phase II: Überprüfung des Therapiekonzepts, Findung der geeigneten Therapiedosis

Phase III: Wirkungsnachweis und Datenermittlung zur Marktzulassung des Arzneimittels

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

Sozialgesetzbuch, Zweites Buch (SGB II):

Das SGB II regelt die Grundsicherung für Arbeitssuchende, und zwar die Förderung Erwerbstätiger ab 15 bis 65 Jahren und deren Angehörige, wenn diese ihren eigenen Lebensunterhalt nicht selber bestreiten können.

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V):

Im Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sind alle Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst. Das SGB V trat am 1. Januar 1989 in Kraft. Gemäß SGB V hat die Krankenversicherung die Auf-

gabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII):

In diesem SGB wird die Sozialhilfe mit folgenden Leistungsarten geregelt: Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen.

Sozialleistungsträger:

Sozialleistungsträger sind solche Institutionen, die die Leistungen der sozialen Sicherheit erbringen. Dazu gehören: Ämter und Landesämter für Ausbildungsförderung, Bundesagentur für Arbeit und sonstige Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen, Pflegekassen, Berufsgenossenschaften, Gemeindeunfallversicherungsverbände und verschiedene Unfallkassen, Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und landwirtschaftlichen Alterskassen, Versorgungsämter und Landesversorgungsämter, Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter, Familienkassen, Landkreise und die kreisfreien Städte mit ihren örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern als Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendamt), nach Landesrecht auch die kreisangehörige Gemeinden, für Wohngeld die nach Landesrecht bestimmten Behörden.

Platz für Notizen



Roche Pharma AG
79630 Grenzach-Wyhlen

● ● ● ● ● roche.de