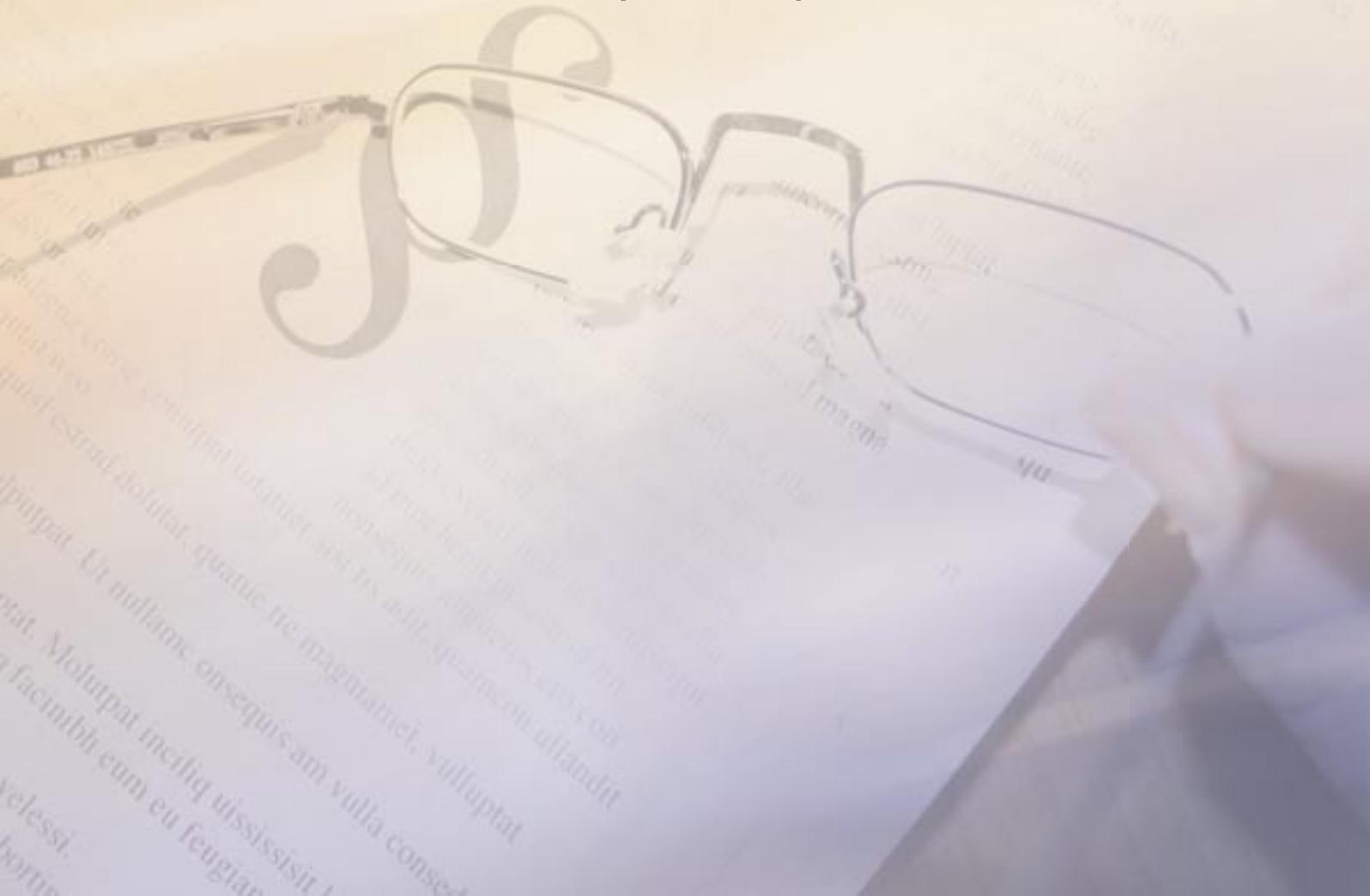


Peritonealdialyse transparent

Rechtsgrundlagen für Patienten



Peritonealdialyse **transparent**

Rechtsgrundlagen für Patienten

Inhalt

1	Vorwort.....	4
2	Zuzahlungen zu Kassenleistungen und Zuzahlungsbefreiung.....	6
2.1	Allgemeine Zuzahlungsregelungen.....	8
2.2	Möglichkeiten zur Zuzahlungsbefreiung.....	12
2.2.1	Belastungsobergrenze.....	14
2.2.2	Befreiung von Zuzahlungen.....	16
2.2.3	Befreiung von Fahrtkosten.....	18
2.2.4	Kostenübernahme von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln.....	20
3	Rechte und Nachteilsausgleiche nach dem Schwerbehindertengesetz.....	22
3.1	Grad der Behinderung (GdB).....	24
3.2	Nachteilsausgleiche bei der Lohn- und Einkommensteuer.....	26
3.2.1	Steuerfreibeträge.....	28
3.2.2	Weitere Steuervergünstigungen.....	30
3.3	Nachteilsausgleiche rund ums Auto.....	32
3.4	Nachteilsausgleiche bei öffentlichen Verkehrsmitteln.....	34
3.5	Nachteilsausgleiche rund ums Wohnen.....	36
3.6	Sonstige Nachteilsausgleiche.....	38
4	Dialyse und Beruf.....	40
4.1	Rechte und Ansprüche von berufstätigen Dialysepatienten.....	42
4.2	Lohnersatzleistungen.....	46
4.2.1	Leistungen der Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit.....	48
4.2.2	Leistungen des Arbeitsamts (Sonderform des Arbeitslosengeldes).....	50
4.2.3	Leistungen der Rentenversicherung.....	52
4.3	Grundsicherung im Alter und bei dauerhaft voller Erwerbsminderung.....	54
5	Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.....	56
5.1	Definition der Pflegebedürftigkeit (§15 SGB XI).....	58
5.2	Pflegestufen.....	60
5.3	Leistungen der Pflegekasse.....	62
5.3.1	Häusliche Pflege.....	64
5.3.2	Soziale Sicherung der Pflegepersonen.....	68
5.3.3	Stationäre Pflege.....	70
5.4	Rechtliche Fragestellungen.....	74
6	Adressen.....	76
6.1	Ansprechpartner speziell für Dialysepatienten.....	78
6.2	Wohlfahrtsverbände.....	80



Umfassender Service für PD-Patienten

Vorwort



Baxter – Ihr Partner in der PD

Seit Januar 2004 haben sich im Rahmen des Gesundheits-Modernisierungs-Gesetzes (GMG) vielfältige Änderungen ergeben. Neben Strukturreformen im Gesundheitssystem sind auch Patienten von einigen Änderungen betroffen.

Für Dialysepatienten wichtig ist dabei vor allem die Einführung der „Chroniker-Regelung“ (§ 62 SGB V), die gewisse finanzielle Belastungen abfedert.

Daneben gelten aber auch Rechte und Vergünstigungen, die Patienten nach dem Schwerbehindertengesetz oder dem Arbeitsrecht in Anspruch nehmen können. Sie umfassen z.B. Steuervergünstigungen, Kündigungsschutz, Wohnbeihilfen und vieles mehr.

Bei der Neuregelung der ärztlichen Vergütung der Nierenersatztherapie hat der Gesetzgeber die Heimdialyse-Verfahren einschließlich Peritonealdialyse deutlich aufgewertet. Aber auch einzelne, Patienten betreffende Regelungen beinhalten klare Vorteile für Heimdialyse- einschließlich Peritonealdialyse-Patienten.

In diesem Band „Peritonealdialyse transparent“ unter dem Titel „Rechtsgrundlagen für Patienten“ finden Sie wertvolle Informationen und Hilfen zu diesem umfangreichen Thema.

Er soll Ihnen als Dialysepatient ein Wegweiser durch die Vielzahl an Gesetzen und Verordnungen sein und hilft Ihnen bei der Suche nach den richtigen Ansprechpartnern.

Dr. Hans-Peter Walther
Business Unit Director
Renal Division
Baxter Deutschland GmbH

Zuzahlungen zu Kassenleistungen und Zuzahlungsbefreiung



Allgemeine Zuzahlungsregelungen

Seit 1. Januar 2004 sind alle gesetzlich versicherten Patienten von Zuzahlungen in den folgenden Bereichen betroffen:

- Praxisgebühren
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z.B. Massage) und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl)
- Transportkosten
- Krankenhaus
- Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe
- Medizinische Rehabilitation

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen befreit – ausgenommen bei Transportkosten.

Praxisgebühren

10,00 € pro Quartal in der Regel an den Hausarzt, der bei Bedarf kostenfrei zum Facharzt überweist. Dialysepatienten zahlen die Praxisgebühr an den betreuenden Nephrologen. Beim Zahnarzt müssen separat 10,00 € pro Quartal entrichtet werden. Von der Praxisgebühr ausgenommen sind Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, Schutzimpfungen sowie Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt.

Arzneimittel (rezeptpflichtig), Verband-, Hilfsmittel

10% der Kosten, mindestens jedoch 5,00 €, maximal 10,00 €, aber nicht mehr als die tatsächlich anfallenden Kosten.

Heilmittel und häusliche Krankenpflege

10% der Kosten und zusätzlich 10,00 € pro Verordnung. Häusliche Krankenpflege wird für maximal 28 Tage pro Jahr gezahlt.

Krankenhaus

10,00 € pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr. Für Kuren (stationäre Vorsorge und Rehabilitation) sind 10,00 € für jeden Tag zu entrichten.

Transportkosten

10% der Kosten, mindestens jedoch 5,00 €, maximal 10,00 €, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Fahrten zur **stationären** Behandlung werden nach wie vor von den Krankenkassen übernommen. Fahrten zur **ambulanten** Behandlung übernehmen die Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen. Fahrten zu **anderen** Behandlungen darf der Arzt nur verordnen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnlich gehbehindert), H (hilflos) oder Bl (blind) oder eine Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 vorliegt, oder wenn eine vergleichbare Beeinträchtigung besteht, bei der die ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum notwendig ist.

■ Grundsätzlich gilt:

Fahrten zu ambulanten Behandlungen müssen immer vorher bei der Krankenkasse beantragt werden.

Wichtig für Dialysepatienten:

Für Fahrten zur Dialyse gelten Ausnahmeregelungen (vgl. Kapitel 2.2.3)

Veränderungen verstehen

Entfallene Leistungen

Patienten haben für folgende Leistungen keinen Anspruch mehr auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen:

Brillen und Kontaktlinsen, Sterbe-, Entbindungs- und Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes sowie Zahnersatz (seit 2005).

Auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel werden die Kosten nicht mehr übernommen.

Wichtige Ausnahme für Dialysepatienten:

- Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, die zum Therapiestandard bei bestimmten Erkrankungen gehören, werden weiterhin von den Krankenkassen übernommen (vgl. Kapitel 2.2.4).
- Dazu gehören z.B. Azidosetherapeutika, Phosphatbinder, wasserlösliche Vitamine, Kalzium- und Kaliumverbindungen sowie Lösungen zur parenteralen Ernährung.
- Die Krankenkasse gibt Auskunft über die aktuellen Ausnahmeregelungen!



Möglichkeiten zur Zuzahlungsbefreiung



Belastungsbergrenze

Zur Vermeidung unbilliger Härten hat der Gesetzgeber Belastungsbergrenzen für die Zuzahlungen pro Jahr festgelegt. Sie liegen bei:

- 2% des gesamten Familien-Bruttoeinkommens generell für alle gesetzlich Versicherten
- 1% des gesamten Familien-Bruttoeinkommens für schwerwiegend chronisch Kranke (§ 62 Abs.1 Satz 2 SGB V)

Bei der Berechnung des gesamten Familien-Bruttoeinkommens werden folgende Freibeträge berücksichtigt:

- 4.347,00 € für den ersten Angehörigen
- 3.648,00 € für jedes Kind
- Bei Alleinerziehenden: 4.347,00 € für das erste Kind

Das Familien-Bruttoeinkommen wird nach Abzug der Freibeträge als Grundlage für die Berechnung der Belastungsbergrenze für Zuzahlungen herangezogen.

Dabei werden alle Zuzahlungen von allen im selben Haushalt lebenden Angehörigen angerechnet – auch für Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsmaßnahmen.



Befreiung von Zuzahlungen

Dialysepatienten sind Patienten mit einer schwerwiegend chronischen Erkrankung (§ 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V), die durch ein ärztliches Attest belegt werden muss.

Nach der am 22.1.2004 in Kraft getretenen Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten (Chronikerregelung) gelten Patienten als schwerwiegend chronisch krank, wenn sie

- in ärztlicher Dauerbehandlung sind (nachzuweisen durch einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang)
- zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllen:
 - entweder Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI
 - oder Vorliegen eines GdB (Grad der Behinderung) von mindestens 60% nach § 30 BVG oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB XII;
 - Notwendigkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Für Chroniker – und damit auch für Dialysepatienten – gilt für Zuzahlungen eine Belastungs-obergrenze von 1% des Familien-Bruttoeinkommens (vgl. Kapitel 2.2.1).

Sobald die Zuzahlungen die Belastungsobergrenze übersteigen, ist der Versicherte für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

Die Befreiung gilt dann auch für die Familie.

Wichtig für Dialysepatienten der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Auf Antrag prüft die Krankenkasse, ob die persönliche Belastungsgrenze erreicht ist und stellt einen Befreiungsausweis aus, der bis zum Jahresende gültig ist.
- Bitte sammeln Sie alle Quittungen über Zuzahlung sorgfältig. Reichen Sie dann den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung ein, kann die Krankenkasse zügig überprüfen, ob die Belastungsobergrenze erreicht ist.

Dialysepatienten der privaten Krankenversicherung:

Privat versicherte Patienten haben je nach ihrem Vertragsstatus unter Umständen eine Selbstbeteiligung vereinbart. Erst wenn die Kosten die Höhe dieser Selbstbeteiligung überschreiten, leistet die Privatversicherung.

Befreiung von Fahrtkosten

Grundsätzlich zahlt der Patient 10% der Fahrtkosten, mindestens jedoch 5,00 €, maximal 10,00 €, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Fahrten zu stationären Behandlungen und ambulanten Operationen werden nach wie vor bezahlt. Fahrten zu ambulanten Behandlungen dürfen dagegen nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit verordnet werden und werden von den Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen übernommen.

Zu diesen Ausnahmen zählen schwerwiegend chronisch Kranke, also auch Dialysepatienten. Sie werden entsprechend den Krankentransport-Richtlinien von den Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (Dialyse) befreit.

- **Wichtig:**
Die Kostenübernahme von Fahrtkosten muss immer vorher bei der Krankenkasse beantragt werden.



Kostenübernahme von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln

Obwohl die Kosten für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von den Krankenkassen generell nicht mehr übernommen werden, gelten Ausnahmeregelungen für bestimmte Erkrankungen, bei denen solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören (vgl. Kap. 2.1).

Wichtig für Dialysepatienten:

- Für chronisch Nierenkranke und Dialysepatienten gelten Ausnahmeregelungen z.B. für Azidose-therapeutika, Phosphatbinder, wasserlösliche Vitamine, Spurenelemente, Kalzium- und Kaliumverbindungen sowie Lösungen zur parenteralen Ernährung.
- Die Krankenkasse nach den aktuellen Ausnahmeregelungen fragen!

Rechte und Nachteilsausgleiche nach dem Schwerbehindertengesetz

Nierenkranke können generell beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen, der zu Vergünstigungen bzw. Nachteilsausgleichen berechtigt.

Als schwerbehindert gilt, wer einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 aufweist.



Grad der Behinderung (GdB)

50-70 GdB (Behinderung mittleren Grades):

- der Serumkreatininwert liegt dauernd zwischen 4 und 8 mg/dl
- das Allgemeinbefinden ist stark beeinträchtigt
- die Leistungsfähigkeit ist mäßig eingeschränkt

80-100 GdB (Behinderung schweren Grades):

- der Serumkreatininwert liegt dauernd über 8 mg/dl
- das Allgemeinbefinden ist stark gestört **und**
- die Leistungsfähigkeit ist deutlich eingeschränkt

Dialysepatienten

100 GdB werden bewilligt, wenn eine Dauerbehandlung mit Blutreinigungsverfahren (Hämodialyse, Peritonealdialyse) notwendig ist.

Transplantation

Der Patient hat Anspruch auf 100 GdB für die ersten zwei Jahre nach der Transplantation. Anschließend erfolgt eine Begutachtung und Neubewertung in Abhängigkeit u.a. von der verbliebenen Funktionsstörung. Jedoch wird nicht niedriger als 50 GdB bewertet.

Wichtig für Dialysepatienten:

- Dialysepflichtigen Patienten steht grundsätzlich ein GdB von 100 zu.
- Bestehen zusätzlich zur Nierenerkrankung weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen (z.B. Gehbehinderung, Blindheit), können dialysepflichtige Patienten beim Versorgungsamt weitere Vergünstigungen beantragen.

Nachteilsausgleiche bei der Lohn- und Einkommensteuer



Steuerfreibeträge nach dem Schwerbehindertengesetz

Schwerbehinderte können nach § 33b Einkommensteuergesetz (EStG) Steuerfreibeträge beim Finanzamt geltend machen.

Die Höhe der Freibeträge richtet sich nach dem Grad der Behinderung:

Stufe	GdB in Prozent	Pauschalbetrag (€)
1	25-30	310,00
2	35-40	430,00
3	45-50	570,00
4	55-60	720,00
5	65-70	890,00
6	75-80	1.060,00
7	85-90	1.230,00
8	95-100	1.420,00

Weitere Steuervergünstigungen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis

Hat das Versorgungsamt dem Patienten bestimmte Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis zuerkannt, können gegenüber dem Finanzamt weitere Steuerfreibeträge geltend gemacht werden:

- Bei Merkzeichen BI (blind) und Merkzeichen H (hilflos; oder Pflegestufe III) im Schwerbehindertenausweis erhöht sich der Pauschalbetrag auf 3.700,00 € im Jahr.

Mit dem Pauschalbetrag sind steuerrechtlich die mit der Behinderung verbundenen Krankheitskosten und Sonderaufwendungen abgegolten.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, auf den Pauschalbetrag zu verzichten und höhere Aufwendungen, die unmittelbar durch die Behinderung entstehen, als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG geltend zu machen.

Von den außergewöhnlichen Belastungen zieht das Finanzamt die „zumutbare Belastung“ ab, die sich nach der Höhe der Einkünfte, dem Familienstand und der Zahl der Kinder richtet.

Laut § 33 EStG (Einkommensteuergesetz) gelten folgende Belastungsobergrenzen:

- 5% bei einem zu versteuernden Einkommen bis 15.000,00 €
- 6% bei einem zu versteuernden Einkommen bis 51.000,00 €
- 7% bei einem zu versteuernden Einkommen über 51.000,00 €

Außerordentliche Krankheitskosten

Außerordentliche Krankheitskosten (z.B. Kosten einer Operation oder einer Kur) können neben den Pauschalbeträgen als außergewöhnliche Belastung geltend gemacht werden.

Pflegebedürftigkeit

Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, können neben dem Pauschalbetrag geltend gemacht werden, es sei denn, dass der erhöhte Pauschalbetrag von 3.700,00 € gewährt wird. Steuerfreie Einnahmen aus der Pflegeversicherung werden gegengerechnet.

Freibetrag für eine Haushaltshilfe (§ 33a EStG)

Ist der Steuerpflichtige, sein Ehepartner, ein zu seinem Haushalt gehöriges Kind oder eine andere zu seinem Haushalt gehörige, unterhaltspflichtige Person nicht nur vorübergehend hilflos oder schwer behindert, wird ein Freibetrag von 924,00 € pro Jahr gewährt, wenn dem Steuerpflichtigen Aufwendungen in dieser Höhe entstehen.

Pflegepauschbetrag (§ 33b Abs. 6 EStG)

Pflegt ein Angehöriger unentgeltlich einen Schwerbehinderten mit Merkzeichen H im Schwerbehindertenausweis oder Einstufung in Pflegestufe III, kann dieser einen Pflegepauschbetrag von 924,00 € pro Jahr geltend machen.

Wichtig für Patienten:

- Der Steuerfreibetrag kann auf den Ehepartner übertragen werden.
- Der Steuerfreibetrag kann rückwirkend geltend gemacht werden.
- Das Finanzamt erteilt weitere Informationen.

Nachteilsausgleiche rund ums Auto

Dialysepatienten können für ihren Pkw eine Reihe von Vergünstigungen in Anspruch nehmen, wenn das Versorgungsamt die entsprechenden Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis bewilligt hat.

Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (§9 EStG)

Steuerpflichtige mit GdB 70 bzw. mit GdB 50 oder 60 und Merkzeichen G (erheblich gehbehindert) können anstelle der üblichen Entfernungspauschalen die tatsächlichen Aufwendungen für die Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte ansetzen.

Zusätzlich werden Werbungskosten oder Betriebsausgaben für jeden vollen Entfernungskilometer anerkannt.

Ermäßigung/Befreiung von der Kfz-Steuer (§ 3a Kraftfahrzeugsteuergesetz, KraftStG)

- Schwerbehinderte mit Merkzeichen BI (blind), H (hilflos) oder aG (außergewöhnlich gehbehindert) werden von der Kfz-Steuer befreit
und
können Freifahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in Anspruch nehmen.
- Schwerbehinderte mit Merkzeichen G (gehbehindert) und Gl (gehörlos) erhalten eine Kfz-Steuerermäßigung von 50%
oder
können Freifahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in Anspruch nehmen.

Parkerleichterung

Schwerbehinderten mit Merkzeichen aG oder BI wird vom Straßenverkehrsamt auf Antrag ein Behinderten-Parkausweis ausgestellt.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch ein bestimmter Parkplatz reserviert werden, z.B. in der Nähe der Wohnung und/oder des Arbeitsplatzes oder in der Nähe von Behörden und Krankenhäusern. Auskünfte erteilt das Straßenverkehrsamt.

Hilfe zur Kfz-Finanzierung

Für eine Kfz-Finanzierungshilfe nach SGB IX sind vorwiegend Rehabilitationsträger zuständig, z.B. die Rentenversicherung, die Berufsgenossenschaft oder das Arbeitsamt. Sie kann nur von berufstätigen Schwerbehinderten in Anspruch genommen werden. Weitere Voraussetzung ist, dass keine andere Stelle die Finanzierungshilfe leistet.

Informationen erteilt das Integrationsamt beim Landesamt.

Nachteilsausgleiche bei öffentlichen Verkehrsmitteln

Jahreswertmarke für Freifahrten

Schwerbehinderte können beim Sozialamt eine Wertmarke für Freifahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln im Nahverkehr erwerben (§§ 145 ff. SGB IX).

Die Wertmarke berechtigt Schwerbehinderte

- mit Merkzeichen G
- mit Merkzeichen H oder Gl
- die Begleitperson eines Schwerbehinderten mit Merkzeichen B zu kostenlosen Fahrten im öffentlichen Nahverkehr.

Die Begleitperson fährt immer kostenlos, auch dann, wenn der Schwerbehinderte keine Wertmarke gekauft hat.

Folgende Personen erhalten auch die Jahreswertmarke kostenlos:

- Schwerbehinderte mit Merkzeichen Bl oder H
- Empfänger von Arbeitslosenhilfe
- Empfänger von Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder den §§ 27a, 27d BVG.

■ Hinweis:

Freifahrt und Kfz-Steuerermäßigung können nur dann nebeneinander geltend gemacht werden, wenn der Schwerbehindertenausweis folgende Merkzeichen enthält:

- Merkzeichen Bl oder H
- Merkzeichen aG

Zusätzliche Vergünstigungen bei der Deutschen Bahn AG

Informationen enthält die kostenlose Broschüre der Deutschen Bahn AG „Informationen für behinderte Reisende“

Flugpreisermäßigung

Die Begleitperson von Schwerbehinderten mit Merkzeichen B wird von der Deutschen Lufthansa und regionalen Fluggesellschaften unentgeltlich befördert.

Der Schwerbehinderte selbst kann unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls eine Flugpreisermäßigung erhalten.

Nähere Auskünfte erteilen die Fluggesellschaften.



Nachteilsausgleiche rund ums Wohnen

Wohnberechtigungsschein

Schwerbehinderte haben Anspruch auf die Anerkennung eines dringenden Wohnbedarfs, wenn sie nicht über die entsprechenden Räumlichkeiten verfügen.

Wichtig für Heimdialyse-Patienten

(Heimhämo- und Peritonealdialyse):

- Sie gelten als Schwerbehinderte mit besonderem Wohnraumbedarf.
- Sie haben Anspruch auf ein zusätzliches Zimmer.
- Informationen erteilt das Wohnungsamt.

Wohngeld

Die Bewilligung von Wohngeld ist abhängig von

- der Zahl der Familienmitglieder,
- der Höhe des Einkommens und
- der Höhe der Miete.

Wichtig für Dialysepatienten:

- Laut Wohngeldgesetz kann bei einem GdB von 100 ein Freibetrag von 1.500,00 € geltend gemacht werden.
- Wohnungsamt und Finanzamt erteilen weitere Informationen.

Wohnungsbauförderung

Unter bestimmten Voraussetzungen können Schwerbehinderte im Rahmen der Förderung des sozialen Wohnungsbaus über das gewöhnliche Maß hinausgehende Vergünstigungen oder zusätzliche Baudarlehen erhalten.

Nähere Informationen erteilt die Kreis- oder Stadtverwaltung.

Telefongebühren

Schwerbehinderte, die von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht befreit sind (Merkzeichen R/F) erhalten bei der Deutschen Telekom einen entsprechend vergünstigten Sozialtarif. Bei Merkzeichen BI, GI im Schwerbehindertenausweis gilt ein höherer Sozialtarif.

Auskünfte erteilt die Stadtverwaltung oder die Deutsche Telekom.

Sonstige Nachteilsausgleiche

Sozialversicherung

Schwerbehinderte können freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung werden, wenn der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung gestellt wird.

Die Krankenkasse kann den Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze abhängig machen (§ 9 SGB V). Nähere Auskünfte erteilt die Krankenkasse.

Vorgezogene Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung

Seit 1. Januar 2001 ist die Altersgrenze für Schwerbehinderte grundsätzlich das vollendete 63. Lebensjahr.

Eine vorgezogene Altersrente ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ist weiterhin möglich, jedoch mit einem Rentenabschlag von 3,6% für jedes Jahr, um das vor Vollendung des 63. Lebensjahres in die Altersrente eingetreten wird.

Ausgenommen sind Schwerbehinderte

- der Jahrgänge 1940 und älter,
- bis zum 16. November 1950 Geborene, die bereits am 16. November 2000 schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig waren.

Für sie gilt weiterhin das vollendete 60. Lebensjahr als Altersgrenze ohne Rentenabschläge.

Auskünfte erteilt der Rentenversicherungsträger oder das Versicherungsamt (für Beamte).

Spezialbeförderungsdienst

Verschiedene Städte und Gemeinden bieten Schwerbehinderten spezielle Beförderungsdienste (z.B. für Besuche von Verwandten und Freunden, Theater- und Konzertbesuche).

Nähere Auskünfte erteilen das Sozialamt, karitative Einrichtungen, Pflege- und Altenheime.

Eintrittsermäßigungen

Vielerorts werden Eintrittsermäßigungen z.B. zu Sportveranstaltungen, kulturellen Veranstaltungen (Kino, Theater usw.) oder Schwimmbädern gewährt.

Dialyse und Beruf

Dialyse und Beruf schließen sich nicht unbedingt aus. Gerade Heimdialyse-Patienten und vor allem Peritonealdialyse-Patienten schätzen ihr Behandlungsverfahren, das ihren Tagesablauf und die Fortsetzung ihrer Berufstätigkeit weit weniger einschränkt als die Zentrumsdialyse.

Darüberhinaus ergeben sich für berufstätige Dialysepatienten aufgrund ihrer anerkannten Schwerbehinderung bestimmte Rechte und Ansprüche.



Rechte und Ansprüche von berufstätigen Dialysepatienten

Erhöhter Kündigungsschutz

Dialysepatienten genießen aufgrund ihrer Schwerbehinderung einen erhöhten Kündigungsschutz. Kündigungen von Schwerbehinderten unterliegen immer der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes beim Landesamt und müssen vom Arbeitgeber dort schriftlich beantragt werden. Bevor das Integrationsamt über den Antrag entscheidet, muss es Stellungnahmen des Betroffenen, vom zuständigen Arbeitsamt, vom Betriebsarzt, vom Personalrat und vom Schwerbehinderten-Vertreter einholen.

Zusätzlicher Urlaubsanspruch

Dialysepatienten haben als Schwerbehinderte Anspruch auf fünf Arbeitstage zusätzlichen bezahlten Urlaub pro Jahr.

Arbeitszeit und Arbeitsplatz

Bei der Regelung der Arbeitszeit und der Gestaltung des Arbeitsplatzes muss der Arbeitgeber auf die Bedürfnisse des schwerbehinderten Arbeitnehmers Rücksicht nehmen.

Unter bestimmten Voraussetzungen gewährt das Integrationsamt Leistungen an Arbeitgeber für die Schaffung geeigneter Arbeits- und Ausbildungsplätze für Schwerbehinderte.

Anforderungen an Arbeitsplatz und Tätigkeit von Dialysepatienten:

- Sie sollten keine körperliche Schwerarbeit verrichten (insbes. Peritonealdialyse-Patienten sollten keine schweren Lasten heben bzw. tragen).
- Die Arbeitsplatzumgebung sollte Infektionen möglichst nicht begünstigen (keine Nässe, Kälte oder Zugluft).
- Peritonealdialyse-Patienten – insbes. CAPD-Patienten – sollten die räumliche Möglichkeit zur Durchführung ihrer Beutelwechsel haben.

Behandlung während der Arbeitszeit

Bei Hämodialyse-Patienten kann die Dialysebehandlung häufig nur während der Arbeitszeit durchgeführt werden oder Arbeits- und Behandlungszeit überschneiden sich.

Für diese Überschneidung wird von den Krankenkassen in den folgenden Fällen Teil-Krankengeld gezahlt:

- Frühzeitiges Verlassen (mittags) des Arbeitsplatzes
- Die Tätigkeit kann nicht mehr an 5 Tagen ausgeführt und muss auf die dialysefreien Tage reduziert werden

Daraus können sich Nachteile ergeben, da das Krankengeld niedriger als der Lohn ist und bei der Rentenberechnung ungünstig angerechnet wird.

Vorteil für Heimdialyse- einschließlich Peritonealdialyse-Patienten:

- Dialyse und Beruf lassen sich mit Heimdialyse-Verfahren meist besser in Einklang bringen.
- Da sich Dialysebehandlung und Arbeitszeit in der Regel nicht überschneiden, werden Zahlungen aus dem Teil-Krankengeld vermieden.
- Für den Patienten bedeutet dies: keine Lohneinbußen, keine verzögerte Auszahlung, keine Nachteile in der Rentenberechnung.

Ausbildung und Umschulung

Üben Dialysepatienten (noch) keinen Beruf aus oder können sie ihren Beruf wegen ihrer Krankheit nicht mehr ausüben, werden sie von verschiedenen Leistungsträgern bei einer Berufsausbildung oder Umschulung unterstützt.

Leistungsträger für Berufsförderungsmaßnahmen sind z.B. das Arbeitsamt und Rentenversicherungsträger.

Dort erhält man auch Informationen über Berufsbildungswerke (für Erstausbildungen) und Berufsförderungswerke (für Umschulungen).

Auch der Verein zur Förderung der Berufsbildung Nierenkranker e.V. in Bad Wildungen bietet vielfältige Unterstützung.

Besondere Hilfen für Selbständige

Das Integrationsamt informiert über mögliche Darlehen oder Zinszuschüsse zur Gründung oder Erhaltung einer selbständigen beruflichen Existenz.

Lohnersatzleistungen



Leistungen der Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit

Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit zahlt zunächst der Arbeitgeber den Lohn oder das Gehalt für sechs Wochen fort.

Nach Ablauf der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber zahlt die Krankenkasse Krankengeld in Höhe von ca. 70% des regelmäßigen Arbeitsentgeltes.

Grundsätzlich wird Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung gewährt; besteht jedoch Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, wird es für höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt.

■ Wichtiger Hinweis:

Wird der Zeitraum von 78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Jahren überschritten:

- **rechtzeitig vor Ablauf des Anspruchs auf Krankengeld einen Rentenantrag stellen**
- **nach Ablauf des Krankengeldbezuges einen Antrag auf Arbeitslosengeld stellen**

Krankenhauspflege

Die Krankenkasse trägt die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt ohne zeitliche Begrenzung.

Für die ersten 28 Tage ist ein Eigenanteil von 10,00 € pro Tag zu entrichten (vgl. Kapitel 2.1).

Dieser Eigenanteil wird der Belastungsobergrenze für Zuzahlungen angerechnet, die bei chronisch Kranken 1% des Bruttoeinkommens beträgt (vgl. Kap. 2.2.1).

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege wird gewährt, wenn Krankenhauspflege eigentlich erforderlich ist, aber aus bestimmten Gründen nicht durchgeführt werden kann oder wenn sich dadurch ein Klinikaufenthalt vermeiden oder verkürzen lässt.

Die häusliche Krankenpflegehilfe umfasst folgende Bereiche:

- **Grundpflege:** allgemeine pflegerische Maßnahmen
- **Behandlungspflege:** medizinische Hilfeleistungen, die neben der ärztlichen Behandlung erbracht werden
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigen der Wohnung und kleine Besorgungen. Sie ist nicht identisch mit der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V.

Die häusliche Krankenpflege ist begrenzt auf maximal vier Wochen, kann jedoch verlängert werden. Sind die genannten Pflegeleistungen längerfristig erforderlich, müssen sie bei der Pflegeversicherung beantragt werden.

Haushaltshilfe

Nach § 38 SGB V erhalten gesetzlich Krankenversicherte eine Haushaltshilfe, wenn ihnen oder dem Ehepartner wegen eines Krankenhaus- oder Kuraufenthaltes oder einer Rehabilitation eine Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Eine weitere Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das das achte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Anders als bei der hauswirtschaftlichen Versorgung umfasst die Haushaltshilfe weitergehende Leistungen. Dazu gehören Beschaffung und Zubereitung von Mahlzeiten, Pflege von Kleidung und Wohnung, Betreuung und Beaufsichtigung der Kinder.

Die Krankenkasse muss die Haushaltshilfe als Sachleistung erbringen. Kann sie keine stellen oder will der Versicherte seinen Haushalt von einer Person seines Vertrauens versorgt sehen, bekommt er die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe erstattet.

Leistungen des Arbeitsamts (Sonderform des Arbeitslosengeldes)

Dialysepatienten als Schwerbehinderte, die vor ihrer Erkrankung eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben, steht Arbeitslosengeld zu, auch wenn aufgrund der Erkrankung keine Arbeitsaufnahme möglich ist (Nahtlosigkeitsregelung).

Voraussetzung für den Bezug dieser Form des Arbeitslosengeldes:

- Es besteht kein Anspruch (mehr) auf Krankengeld
- Es muss innerhalb von vier Wochen nach Beantragung des Arbeitslosengeldes ein Antrag auf Rente bei der Rentenversicherung gestellt werden

Solange dem Rentenantrag nicht entsprochen ist, muss das Arbeitsamt Arbeitslosengeld gewähren, obwohl der Patient wegen seiner Erkrankung dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht.

Leistungen der Rentenversicherung

Abhängig davon, ob eine Berufs- oder eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, können die entsprechenden Renten aus der Rentenkasse in Anspruch genommen werden.

Berufsunfähigkeitsrente (§ 240 SGB VI)

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Patient krankheitsbedingt auf weniger als die Hälfte der vollen Berufsfähigkeit eines gesunden Angehörigen seiner Berufsgruppe gesunken ist.

Berufsunfähig ist ein Patient, wenn ihm eine Erwerbstätigkeit in seinem bisherigen Beruf oder einer vergleichbaren Tätigkeit aufgrund seiner gesundheitlichen Situation nicht mehr zugemutet werden kann.

Zumutbar ist dabei eine Verweisungstätigkeit in die jeweils nächstniedrige von insgesamt vier Stufen. Dies umfasst auch Tätigkeiten, für die der Patient durch Leistungen zur „Teilhabe am Arbeitsleben“ erfolgreich ausgebildet oder umgeschult worden ist.

Erwerbsminderungsrente (§ 241 SGB VI)

Im Rahmen der Rentenreform gilt seit dem 1.1.2001 eine zweistufige Erwerbsminderungsrente. Dabei wird unterschieden:

- **Teilweise Erwerbsminderung**
Teilweise erwerbsgemindert ist, wer nur noch mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden pro Tag unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann.
In diesen Fällen wird ½ Rente gewährt.
- **Volle Erwerbsminderung**
Voll erwerbsgemindert ist, wer nur noch weniger als 3 Stunden pro Tag erwerbstätig sein kann.
In diesen Fällen wird volle Rente gewährt.

Um einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente geltend machen zu können, müssen weitere Voraussetzungen erfüllt sein:

- In den vorangegangenen 5 Jahren müssen mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt worden sein
- Eine Wartezeit von mindestens 5 Jahren nach Eintritt der Erwerbsminderung muss erfüllt sein.

Ein Rentenanspruch kann auch bestehen, wenn der Patient nach ärztlichem Dafürhalten nur noch Teilzeitarbeit ausführen kann, ein solcher Arbeitsplatz jedoch nicht verfügbar ist.

■ **Hinweise:**

- **Die Berufsunfähigkeitsrente ist etwa ein Drittel niedriger als die Erwerbsminderungsrente**
- **Eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente wird nur auf Antrag des Rentenempfängers in ein vorzeitiges Altersruhegeld umgewandelt. Ansonsten erfolgt eine Umwandlung von Amts wegen mit Vollendung des 65. Lebensjahres.**

Vorgezogene Altersrente (vgl. auch Kapitel 3.6)

Seit 1.1.2001 ist die Altersgrenze für Schwerbehinderte grundsätzlich das vollendete 63. Lebensjahr. Eine vorgezogene Altersrente ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ist weiterhin möglich, jedoch mit einem Rentenabschlag von 3,6% für jedes Jahr, um das vor Vollendung des 63. Lebensjahres in die Altersrente eingetreten wird.

Ausgenommen sind Schwerbehinderte

- der Jahrgänge 1940 und älter,
- bis zum 16. November 1950 Geborene, die bereits am 16. November 2000 schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig waren.

Für sie gilt weiterhin das vollendete 60. Lebensjahr als Altersgrenze ohne Rentenabschläge.

Auskünfte erteilt der Rentenversicherungsträger, das Versicherungsamt oder der Dienstherr (bei Beamten).

Grundsicherung im Alter und bei dauerhaft voller Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Sonderform der Sozialhilfe. Sie deckt – wenn die Einkünfte aus eigenen Kräften und Mitteln (Einkommen und Vermögen) nicht reichen – den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt.

Grundsicherung setzt laut Bundessozialhilfegesetz (BSHG) Bedürftigkeit voraus und wird folgenden Personen bewilligt:

- Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben
- Personen über 18 Jahre, die unabhängig von der Arbeitsmarktlage aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind (d.h. Restleistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich)

Bei der Prüfung des Anspruchs werden die Kosten für den Lebensunterhalt sowie Miete einschließlich Nebenkosten den vorhandenen Einkünften (z.B. Rente) gegenüber gestellt.

Die Einkünfte des Ehegatten bzw. des Lebenspartners werden ebenfalls berücksichtigt. Auf das Einkommen von Kindern bzw. Eltern wird jedoch nicht zurück gegriffen (Ausnahme: Jahreseinkommen der Angehörigen von mehr als 100.000,00 € pro Jahr).

Bewilligt und ausgezahlt wird die Grundsicherung vom Grundsicherungs- bzw. Sozialamt. Alternativ kann man sich auch an einen Rentenversicherungsträger wenden.



Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Seit 1995 ist die Pflegeversicherung an die Krankenversicherung angegliedert und im Sozialgesetzbuch (SGB) XI geregelt. Sie ist neben der Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung die fünfte Säule der Sozialversicherung. Sie ist nicht als Vollversorgung, sondern als Grundsicherung konzipiert und bietet Entlastung und Unterstützung.



Definition der Pflegebedürftigkeit (§15 SGB XI)

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen 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 Hilfe bedürfen.“

Hilfebedarf

Eine pflegerische Hilfeleistung bedeutet, einen hilfebedürftigen Menschen bei seinen alltäglichen Verrichtungen zu unterstützen, ihn anzuleiten und zu beaufsichtigen oder diese Verrichtungen teilweise oder ganz zu übernehmen.

Die pflegerische Hilfe gliedert sich in vier Bereiche: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Haushalt. Die ersten drei Bereiche gelten als Grundpflege.

Voraussetzung für die Pflegebedürftigkeit ist ein Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten täglich, wobei die Hilfe im Bereich der Grundpflege die meiste Zeit (mindestens 45 Minuten) in Anspruch nehmen muss.

Antragstellung

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt. Dieser kann formlos – auch telefonisch – bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse schickt dem Pflegebedürftigen zwei Antragsformulare: eines auf Pflegeleistungen und eines auf Rentenbeitragszahlungen für eine ehrenamtliche Pflegeperson.

Die Leistungen werden grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt, wenn der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung pflegebedürftig ist und eine Vorversicherungszeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Prüfung durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)

Bei einem Besuch des MDK beim Antragsteller zu Hause oder im Heim prüft ein Gutachter, ob die Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit erfüllt ist und in welche Pflegestufe der Antragsteller zugeordnet werden kann.

Pflegestufen

Das Gesetz unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit. Die Einstufung richtet sich nach Zeitaufwand und Häufigkeit der Hilfe.

Pflegestufe	Häufigkeit	Zeitaufwand
Stufe I Erheblich pflegebedürftig	Mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) bei mindestens zwei Verrichtungen der drei genannten Bereiche; mehrmals pro Woche Hilfebedarf im Haushalt	Mindestens 1,5 Stunden pro Tag; der Aufwand für die Grundpflege muss mehr als 45 Minuten betragen.
Stufe II Schwer pflegebedürftig	Mindestens dreimal täglich Hilfebedarf bei der Grundpflege zu verschiedenen Tageszeiten; mehrmals pro Woche Hilfebedarf im Haushalt.	Mindestens 3 Stunden pro Tag; der Aufwand für die Grundpflege muss mehr als 2 Stunden betragen.
Stufe III Schwerst pflegebedürftig	Hilfebedarf bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts; mehrmals pro Woche Hilfebedarf im Haushalt.	Mindestens 5 Stunden pro Tag; der Aufwand für die Grundpflege muss mindestens 4 Stunden betragen.
Härtefall	Wie Pflegestufe III, jedoch mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand, der das übliche Maß der Stufe III weit übersteigt.	

Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Hilfebedarf bei Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich vom Hilfebedarf auf Grund einer Behinderung. Behinderungen sind durch einen vollständigen oder teilweisen Verlust normaler Körperfunktionen gekennzeichnet, die durch medizinische Behandlung kurzfristig nicht besserungsfähig sind. Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens besteht in der Regel jedoch nur bei sehr ausgeprägten Behinderungen.

Daher ist nur ein Teil der Behinderten pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. In diesem Fall erhalten sie jedoch die gleichen Leistungen wie Pflegebedürftige, die nicht behindert sind.

Leistungen der Pflegekasse



Häusliche Pflege

Häusliche Pflege kann im eigenen Haushalt, in einem anderen Haushalt, in einem Altenwohnheim oder Altenheim erbracht werden (Pflegeheime sind ausgeschlossen).

Im Pflegeantrag muss angegeben werden, ob Sach- oder Geldleistung oder eine Kombination dieser Leistungen gewünscht wird.

Sachleistungen

Bei Sachleistungen übernimmt ein professioneller Pflegedienst die Pflege und rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.

Pflegegeld

Geldleistung wird erbracht, wenn die Pflege von Angehörigen, Partnern oder Freunden erbracht wird. Der Betrag wird monatlich an den Pflegebedürftigen gezahlt.

Leistungen der Pflegekasse für häusliche Pflege

Pflegestufe	Monatliche Sachleistung (Pflegedienst)	Monatliches Pflegegeld (Privatpersonen, Angehörige)
Stufe I	bis zu 384 €	205 €
Stufe II	bis zu 921 €	410 €
Stufe III	bis zu 1.432 €	665 €

Kombination von Sach- und Geldleistungen

Der Bezug von Pflegegeld kann mit Sachleistungen durch einen professionellen Pflegedienst kombiniert werden. Dabei verringert sich das Pflegegeld anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Beispiel: Wird die Sachleistung zu 70% ausgenutzt, wird zusätzlich 30% des zustehenden Pflegegelds ausgezahlt.

Der Pflegebedürftige kann selbst entscheiden, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will; an seine Entscheidung ist er sechs Monate gebunden.

Pflegevertretung (Ersatz- oder Verhinderungspflege)

Ist die (ehrenamtliche) Pflegeperson durch Krankheit oder Urlaub verhindert, besteht Anspruch auf eine Pflegevertretung von bis zu vier Wochen im Jahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits zwölf Monate zu Hause gepflegt hat. Für die Ersatzpflege durch einen ambulanten Pflegedienst wird bis zu 1.432 € für alle Pflegestufen gezahlt.

Wird die Ersatzpflege in einer stationären Einrichtung erbracht, wird der gleiche Betrag gezahlt. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung muss vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden.

Kurzzeitpflege

Zusätzlich zur Ersatzpflege kann einmal im Jahr für vier Wochen Kurzzeitpflege beansprucht werden, wenn weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist. Die Aufwendungen werden bis zu maximal 1.432 € ersetzt.

■ Hinweis:

Kurzzeit- und Ersatzpflege können unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden. Sie werden nicht gegeneinander aufgerechnet.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind – jedoch nur dann, wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht.

Die Pflegekasse unterscheidet zwischen technischen Hilfsmitteln (z.B. Pflegebett, Lagerungshilfen, Notrufsystem) und Verbrauchsmitteln (z.B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Mundschutz).

Für technische Hilfsmittel muss ein Eigenanteil von 10%, jedoch maximal 25 € zugezahlt werden; Verbrauchsmittel werden bis zu 31 € pro Monat erstattet.

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Pflegekasse gibt Auskunft, welche Pflegehilfsmittel vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. Den vorhandenen Bedarf prüft der Medizinische Dienst.

Wohnungsanpassung

Die Pflegekasse zahlt unabhängig von der Pflegestufe auf Antrag bis zu 2.557 € Zuschuss für jede Umbaumaßnahme, die die häusliche Pflege erleichtert. Dazu gehören z.B. eine Türverbreiterung, Rampen und Treppenlifter oder der pflegegerechte Umbau des Badezimmers.

Bei der Bemessung des Zuschusses wird ein Eigenanteil erhoben, der sich nach dem Einkommen des Pflegebedürftigen richtet.

Pflegekurse

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bietet die Pflegekasse kostenlose Pflegekurse an.

Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Als Pflegepersonen bei der häuslichen Pflege gelten Personen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden pro Woche zu Hause pflegen, und die nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sind.

Für diese Personen zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Pflegestufe und dem Pflegeaufwand. Dabei wird die Pflegeperson so gestellt, als würde sie ein Arbeitsentgelt zwischen 634 € und 1.904 € monatlich (West) bzw. zwischen 532 € und 1596 € monatlich (Ost) erhalten.

Für pflegende Angehörige besteht zusätzlich eine Absicherung bei der gesetzlichen Unfallversicherung sowie ein Anspruch gegenüber dem Arbeitsamt.



Stationäre Pflege

Kann die Pflege zu Hause nicht oder nicht mehr im nötigen Umfang sichergestellt werden, besteht Anspruch auf Übernahme der Pflegekosten in einem Alten-, Pflege- oder Pflegewohnheim. Die Pflege kann **vollstationär** oder **teilstationär** (Tages- oder Nachtpflege) stattfinden. Die teilstationäre Tages- und Nachtpflege gilt als Sachleistung und kann gegebenenfalls mit dem Pflegegeld kombiniert werden.

Grundsätzlich können Pflegebedürftige selbst entscheiden, ob ihre Pflege zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Wer sich allerdings für die stationäre Pflege entscheidet, obwohl dies nicht notwendig ist, kann nur die Leistungen beanspruchen, die ihm auch bei häuslicher Pflege zustünden.

Bei Pflegestufe III wird unterstellt, dass stationäre Pflege erforderlich ist.

- **Hinweis:**
 - **Reicht die Leistung der Pflegekasse zusammen mit der Eigenleistung (Einkommen, z.B. aus Rente) zur Deckung der Pflege- oder Heimkosten nicht aus, kann Sozialhilfe beantragt werden. Das Sozialamt prüft zuvor auf Bedürftigkeit.**
 - **Auch wer hilfebedürftig ist, jedoch keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegekasse erhält (Pflegestufe 0), kann Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten.**

Leistungen der Pflegekasse für teil- und vollstationäre Pflege:

Pflegestufe	Maximale monatliche Kostenerstattung	
	Teilstationäre Pflege	Stationäre Pflege
Stufe I	bis zu 384 €	bis zu 1.023 €
Stufe II	bis zu 921 €	bis zu 1.279 €
Stufe III	bis zu 1.432 €	bis zu 1.432 €
Härtefälle		bis zu 1.688 €

Die Pflegeversicherung trägt nur den Pflegebedarf. Allgemeine Betreuung und Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen des Heims trägt die Pflegekasse nicht.

Behinderte in vollstationären Einrichtungen

In vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe steht die (Wieder-)Eingliederung, nicht die Pflege der Behinderten im Vordergrund. Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal mit 10%, jedoch höchstens 256 € monatlich an den Heimkosten.

Ansprechpartner für Fragen zur Pflegeversicherung:

- Pflegekassen bei den Krankenversicherungen
- Freigemeinnützige und kommunale Dienste
- Private ambulante Pflegedienste
- Teilstationäre Einrichtungen
- Pflegeheime

Leistungen der Pflegekasse im Überblick

Pflegestufe	I erheblich	II schwer	III schwerst	Härtefall
Häusliche Pflege - Sachleistungen bis € monatlich - Pflegegeld € monatlich pauschal	384 205	921 410	1.432 665	1.918
Pflegevertretung - durch nahe Angehörige* - durch sonstige Personen Aufwendungen bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr in €	205 1.432	410 1.432	665 1.432	
Kurzzeitpflege Aufwendungen bis € im Jahr	1.432	1.432	1.432	
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege Aufwendungen bis € im Jahr	384	921	1.432	
Ergänzende Leistungen für erheblichen allg. Betreuungsbedarf Betrag bis € jährlich	460	460	460	
Vollstationäre Pflege Aufwendungen bis € monatlich (pauschal)	1.023	1.279	1.432	1.688
Vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen Aufwendungen in Höhe von	10% des Heimentgeltes, höchstens 256 € monatlich			

* Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.432 € erstattet.

Rechtliche Fragestellungen

Zu Beginn Ihrer Erkrankung und als Dialysepatient können Sie noch vieles für die Zukunft regeln. Sie sollten jedoch mit einer Person Ihres Vertrauens oder mit einem Mitarbeiter von Beratungsstellen über vier wichtige Bereiche sprechen, die geregelt werden sollten:

- Vorsorgevollmacht
- Rechtliche Betreuung
- Patientenverfügung
- Testament

Informationen erteilen das Vormundschaftsgericht, kommunale Sozialdienste, der Sozialverband VDK und sozialpsychiatrische Beratungsstellen.



Adressen

Ansprechpartner speziell für Dialysepatienten

Der Bundesverband Dialysepatienten Deutschlands e.V. (DD e.V.) ist der wesentliche Dachverband der Dialysepatienten und Nierentransplantierten in Deutschland. Er unterhält ein flächendeckendes Netz von regionalen und Selbsthilfegruppen.

Dialysepatienten Deutschlands e.V. – DD e.V.

Weberstraße 2
55130 Mainz
Tel.: 06131/85 152
E-Mail: geschaeftsstelle@ddev.de
www.ddev.de

Der Verein zur Förderung der Berufsausbildung Nierenkranker e.V. bietet vielfältige Hilfe bei der Berufsberatung, der Vermittlung von Ausbildungs- und Studienplätzen, der Sozialberatung und -betreuung und vieles mehr.

Verein zur Förderung der Berufsausbildung Nierenkranker e.V.

Dr.-Born-Straße 5
34537 Bad Wildungen
Tel.: 05621/78 84 913

Wohlfahrtsverbände

Informationen zu den Themen in dieser Broschüre geben auch Wohlfahrtsverbände, die Volkssolidarität (Ost) oder der Sozialverband VdK, die Geschäftsstellen in allen größeren Orten unterhalten. Nachfolgend sind die Hauptgeschäftsstellen dieser Verbände aufgeführt.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Hauptvertretung:
Heinrich-Hoffmann-Straße 3
60528 Frankfurt a.M.
Tel.: 069/67 06-0 – Fax: 069/67 06-204
Hauptvertretung Berlin:
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
Tel.: 030/28 04 67-70 – Fax: 030/28 04 67-79
www.paritaet.org

Volkssolidarität Bundesverband

Bundesgeschäftsstelle
Köpenicker Straße 127-129
10179 Berlin
Tel.: 030/27 89 70 – Fax: 030/27 59 39 59
E-Mail: bundesverband@volkssolidaritaet.de
www.volkssolidaritaet.de

Deutsches Rotes Kreuz

DRK Generalsekretariat
Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel.: 030/8 54 04-0 – Fax: 030/8 54 04-450
E-Mail: drk@drk.de
www.drk.de

Diakonisches Werk der EKD e.V.

Hauptgeschäftsstelle:
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Tel.: 0711/2159-0 – Fax: 0711/21 59-288
E-Mail: diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de
Dienststelle Berlin:
Reichensteinerweg 24
14195 Berlin
Tel.: 030/8 30 01-0 – Fax: 030/8 30 01-222

Deutscher Caritasverband e.V.

Hauptvertretung Bonn:
Berliner Freiheit 16
53111 Bonn
Tel.: 0228/63 84 86 – Fax: 0228/69 27 34
E-Mail: hvbonn@caritas.de
Hauptvertretung München:
Lessingstraße 1
80336 München
Tel.: 089/5 44 97-0 – Fax: 089/5 44 97-117
E-Mail: hvmuennen@caritas.de

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Maria-Juchacz-Haus
Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel.: 0228/66 85-0 – Fax: 0228/66 85-209
E-Mail: info@awobu.awo.org
www.awo.org

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Tel.: 0228/8 20 93-0 – Fax: 0228/8 20 93-43
E-Mail: kontakt@vdk.de
www.vdk.de

Ihr Wohlbefinden ist unser Ziel

Der Baxter PD-Service

Mit unseren PD-Serviceangeboten unterstützen wir Sie und Ihr Dialysezentrum auf breiter Front bei der erfolgreichen Durchführung Ihrer Heimtherapie.

Fachschwestern

Mit Erfahrung kompetent beraten

Unsere Fachschwestern sind bereits für Sie da, bevor Sie mit Peritonealdialyse beginnen. Wir schulen Ärzte, Pflegepersonal und Patienten und sind in allen Fragen rund um die PD ein kompetenter Ansprechpartner.

Prädialyse-Aufklärung

Gut informiert entscheiden

Die Entscheidung für ein Dialyseverfahren erfordert umfangreiches Wissen über die Funktionsweise der Nieren und Nierenersatzverfahren. Hierbei unterstützen wir Sie und Ihr Dialysezentrum.

Schulungskonzept PD

Wissen schafft Vertrauen

In unseren Seminaren bilden wir Pflegekräfte und Ärzte in allen Fragen rund um die PD aus. Grundlagen der CAPD und APD werden ebenso behandelt wie alle Fragen zur Praxis.

Customer Service

Bestellung und Lieferung aus einer Hand

Der Baxter Customer Service betreut Sie in allen Fragen rund um die Bestellung und Lieferung der PD-Geräte und -Materialien.

Sonderservice PD

Ein Plus an Freiheit

Der **Baxter Travel Service** ermöglicht Patienten das Reisen, ein Plus an Unabhängigkeit und Freiheit.

Der **Baxter Geräteservice** unterstützt Sie und Ihr Dialysezentrum bei Fragen rund um unsere Geräte, telefonisch, im Zentrum oder auch bei Ihnen zu Hause.

Die **Baxter PD-Broschüren** informieren zu allen Themen rund um die PD.

Die **Baxter PD-Produkte** bieten Ihnen die größtmögliche Therapievelfalt und Sicherheit in der Anwendung und Durchführung Ihrer Therapie.

Mit Aushändigung und/oder Benutzung dieser Broschüre kommt keinerlei Vertragsverhältnis, insbesondere kein Rat- oder Auskunftsvertrag, zwischen dem Nutzer und Baxter Deutschland GmbH bzw. mit dem Organon-Verlag Birgit Conventz oder mit Personen oder Institutionen zustande, die am Entstehen der Broschüre mitgewirkt haben. Insofern bestehen auch keinerlei vertragliche oder quasi vertragliche Ansprüche. Sofern die Broschüre Informationen zu oder im Zusammenhang mit Gesundheitszuständen, Krankheitsbildern, medizinischen Fragen oder Therapiemöglichkeiten enthält, ersetzen sie nicht die Empfehlungen oder Anweisungen eines Arztes oder eines anderen Angehörigen der Heilberufe. Die Inhalte dieser Broschüre sind nicht bestimmt zur Diagnose oder Behandlung eines gesundheitlichen oder medizinischen Problems oder einer Erkrankung. Darüber hinaus enthält die Broschüre die den Autoren bei Redaktionsschluss bekannten Informationen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit.

Alle Rechte, insbesondere Verwertungsrechte und Übersetzungen, vorbehalten. Vervielfältigung oder fotomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.

© 2005 Baxter Deutschland GmbH
Abteilung Renal
05-R-W45

Organon-Verlag Birgit Conventz
Weinheim 2005

ISBN 3-9809881-8-X

24,90 €

Freiheit gewinnen. **Peritonealdialyse.**

Baxter, weltweit führender Anbieter in der Peritonealdialyse, unterstützt Patient und Praxis durch maßgeschneiderte Angebote.

Deutschland

Baxter Deutschland GmbH

Bereich Nephrologische Therapie

Im Breitspiel 13

D-69126 Heidelberg

Telefon +49 (0) 62 21-3 97-0

Telefax +49 (0) 62 21-3 97-402

www.baxter.de

24,90 €

Baxter