



CHOLESTERIN

NEU VERSTEHEN

Kardiologie und Soziales

Inhalt

1.	Rund um die gesetzliche Krankenkasse	8
1.1.	Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten	8
1.2.	Die Zuzahlungen im Einzelnen	12
1.3.	Das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus	13
1.4.	Heil- und Hilfsmittel (§§32 und 33 SGB V)	14
1.5.	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	16
1.6.	Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)	17
1.7.	Kompaktkur	18
1.8.	Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad (§39c SGB V)	19
1.9.	Hinweise für privat Versicherte und BeamtInnen	19
2.	Rund um die Rehabilitation	21
2.1.	Übersicht zu den Rehabilitationsleistungen	23
2.2.	Medizinische Rehabilitationsleistungen	24
2.2.1.	Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung	24
2.2.2.	„Klassische“ medizinische Rehabilitation	25
2.2.3.	Ergänzende Leistungen	25
3.	Rund um die Schwerbehinderung	27
3.1.	Beantragung des Schwerbehindertenausweises	28
3.2.	Grad der Behinderung	29
3.3.	Merkzeichen und Nachteilsausgleiche	31
3.4.	Steuervergünstigungen	32
3.5.	Weitere Nachteilsausgleiche	33
4.	Rund um den Beruf	34
4.1.	Stufenweise Wiedereingliederung	36
4.2.	Berufliche Rehabilitation – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	37
4.3.	Schwerbehinderung und berufliche Nachteilsausgleiche	38
5.	Rund ums Geld	41
5.1.	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlung)	42
5.2.	Krankengeld	42
5.3.	Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit – „Nahtlosigkeitsregelung“ (§145 SGB III)	43
5.4.	Vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen	43
5.5.	Erwerbsminderungsrente	44
5.6.	Bürgergeld, Grundsicherung und Sozialhilfe	45
5.7.	Wohngeld	47
6.	Rund um die Pflegeversicherung	48
6.1.	Beurteilung der Pflegebedürftigkeit	50
6.2.	Einstufung Pflegegrad	50
6.3.	Leistungen der Pflegekasse	51
7.	Rund um die palliative Versorgung	52
7.1.	Palliative Versorgung im ambulanten Bereich	54
7.1.1.	Allgemeine ambulante Palliativversorgung	54
7.1.2.	Ambulante Hospizdienste	54
7.1.3.	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	55
7.2.	Palliative Versorgung im stationären Bereich	55
7.2.1.	Stationäre Hospize	55
7.2.2.	Palliativstationen	55
8.	Rund um die Vorsorgemöglichkeiten	56
8.1.	Vorsorgevollmacht	58
8.2.	Patientenverfügung	59
8.3.	Betreuungsverfügung	59
9	Rund um Beratung und Information	60
9.1.	Selbsthilfe	61
9.2.	Verbände und Organisationen	62
9.3.	Ämter und Behörden	63
9.4.	Weitere Ansprechpartner	63



Liebe Leserinnen und Leser,

wenn eine Erkrankung eine Herzbeteiligung aufweist, das Herz selbst erkrankt oder es zu einem Infarkt kommt, wird das Leben von Betroffenen und Angehörigen erschüttert. Neben den körperlichen und psychischen Auswirkungen sind gerade die sozialen Faktoren bedeutsam für die Bewältigung der Krankheit. Denn im Umfeld einer kardiologischen Erkrankung ergeben sich zahlreiche Fragen und neben den medizinischen sind es bei den allermeisten Menschen die sozialen Fragen, die von enormer Bedeutung sind. Schwierigkeiten in diesem Bereich können zu großen Belastungen führen, kommen sie doch zur medizinischen (Ausnahme-) Situation hinzu und betreffen häufig das gesamte Alltagsleben.

Betroffene benötigen eine Vielzahl von Informationen, z. B. zu den Leistungen der Krankenkassen, der finanziellen Absicherung, zu Rehabilitationsleistungen, dem Grad der Behinderung, zu Rentenansprüchen und vielem mehr. Genau hier setzt die Broschüre an und möchte Sie umfassend informieren und Ihnen darüber hinaus Anlaufstellen für weiterführende Informationen und persönliche Beratung aufzeigen.

Mit unserem Engagement möchten wir Sie unterstützen, die sozialen Auswirkungen der Erkrankung gut zu bewältigen und sich im Dschungel des Sozialrechts besser zurecht zu finden.



Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit

Ihre Nicole Scherhag
und Ihre Amgen GmbH



Nach Erreichen der Belastungsobergrenze stellt Ihnen Ihre Krankenkasse Befreiungsausweise bis zum Jahresende aus.

Rund um die gesetzliche Krankenkasse

Im Folgenden zeigen wir Ihnen die Zuzahlungsbestimmungen inklusive Befreiungsmöglichkeiten auf, sowie ausgewählte Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und deren Bedingungen.

1.1. Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Bei zahlreichen Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse müssen Sie Zuzahlungen leisten. Dabei errechnet sich die Gesamthöhe Ihrer Zuzahlungen anhand Ihres (Familien-)Bruttojahreseinkommens. Allerdings werden Freibeträge/Abschläge für Ihre Familienangehörigen berücksichtigt, die mit Ihnen im selben Haushalt leben. Angerechnet werden all Ihre Zuzahlungen, z. B. für Medikamente, Krankenhausaufenthalte oder Reha-Maßnahmen.

Auch die Zuzahlungen Ihrer Angehörigen werden einbezogen. Allerdings nur von denjenigen, die bei der Berechnung des Einkommens berücksichtigt wurden. Lebt beispielsweise Ihre 20-jährige Tochter in Ihrem Haushalt und ist sie familienversichert, so finden ihre Zuzahlungen Berücksichtigung. Macht Ihre Tochter allerdings eine Ausbildung und hat einen eigenen Krankenversicherungsschutz, so werden die Zuzahlungen, die sie leistet, nicht berücksichtigt.

Nach Erreichen der Belastungsobergrenze stellt Ihnen Ihre Krankenkasse einen Befreiungsausweis bis zum Jahresende aus. Auch Ihre Angehörigen, die bei der Berechnung herangezogen wurden, sind dann von den Zuzahlungen befreit. Dies gilt auch, wenn Sie in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.

Zuzahlungen werden z. B. in folgenden Bereichen fällig:

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z. B. Krankengymnastik oder Massage)
- Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl oder Prothese)
- Krankenhausaufenthalte

Belastungsobergrenze

Die Belastungsobergrenze für Zuzahlungen liegt pro Jahr bei:

- Zwei Prozent der (Familien-)Jahresbruttoeinnahmen generell für alle Versicherten und
- Ein Prozent der (Familien-)Jahresbruttoeinnahmen für schwerwiegend chronisch Kranke



Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm = DMP) teil? Für die Dauer Ihrer Teilnahme gilt der Nachweis für die einprozentige Belastungsgrenze als Chroniker automatisch als erbracht!

Schwerwiegend chronisch Kranke (Chronikerregelung)

Schwerwiegend chronisch krank sind Sie, wenn Sie seit einem Jahr und länger mindestens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurden (= Dauerbehandlung). Die **Zuzahlungshöhe** wird für Sie dann auf **ein Prozent** des (Familien-) Jahresbruttoeinkommens **abgesenkt**. Diese Absenkung **gilt für alle Familienmitglieder, die bei der Berechnung herangezogen wurden**.

Neben der Dauerbehandlung müssen Sie zudem **eines** der folgenden Kriterien erfüllen:

- Kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich (z. B. Arzneimitteltherapie oder Versorgung mit Heilmitteln)
- Erkrankung bedingt einen Grad der Behinderung von mindestens 60
- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades III, IV oder V liegt vor

Zum Nachweis der chronischen Erkrankung legen Sie Ihrer Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung vor. Die Bescheinigung erhalten Sie bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt oder Ihrer Kardiologin/Ihrem Kardiologen.



Tipps

- Sammeln Sie unbedingt alle Zuzahlungsquittungen.
- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie einen Einmalbetrag am Anfang des Jahres zahlen können, mit dem Sie dann umgehend von den Zuzahlungen befreit sind. **Aber Achtung!** Sollten Sie weniger Zuzahlungen leisten, gibt es beim Einmalbetrag kein Geld zurück.
- Nach Erreichen der Belastungsgrenze sind **alle einberechneten gesetzlich versicherten Familienmitglieder befreit!** Das gilt auch, wenn Sie in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.



Wenn Sie Sie in einer Internetsuchmaschine „**Freibeträge Zuzahlungen + Jahreszahl**“ eingeben, erhalten Sie immer die aktuellen Freibeträge und weitere Infos.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:
www.g-ba.de > Richtlinien > Chroniker-Richtlinie (§62 SGB V)

Die Berechnung der Zuzahlungen geschieht folgendermaßen:

Jährliche Bruttoeinnahmen der Haushaltsangehörigen

minus Freibetrag für EhepartnerIn (= erster Haushaltsangehöriger)
minus Freibetrag für Kinder
= relevantes Familienjahresbruttoeinkommen

Dann je nach festgelegter prozentualer Höhe der Zuzahlungen:

davon 2 % = Belastungsgrenze
davon 1 % = Belastungsgrenze

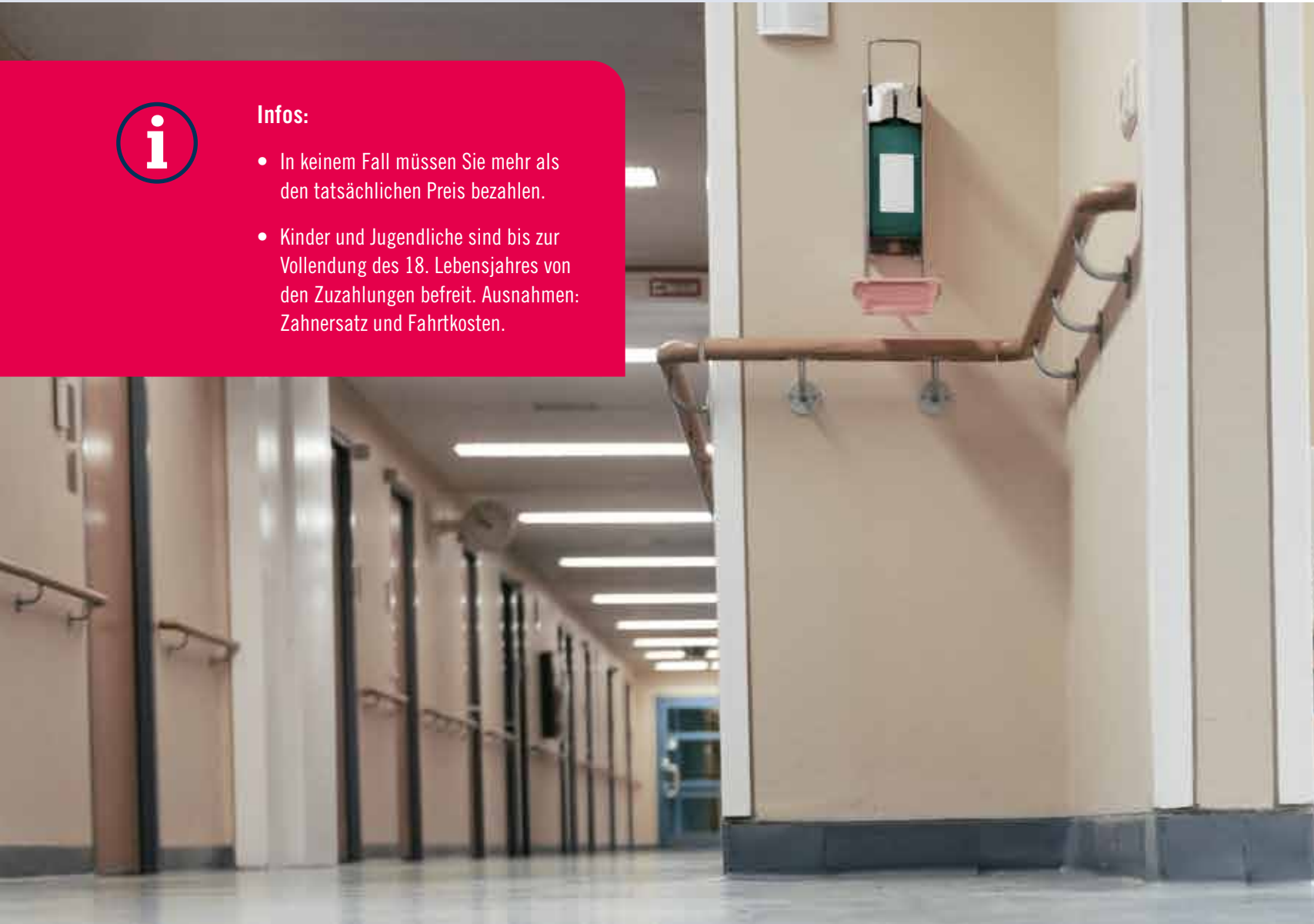


1.2. Die Zuzahlungen im Einzelnen

LEISTUNGEN DER KRANKENKASSE	ZUZAHLUNG	GRENZEN/AUSNAHMEN
Arznei-, Verband- und Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10 % je Packung	maximal 10 Euro monatlich
Heilmittel und häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten, zuzüglich 10 Euro je Verordnung	bei der häuslichen Krankenpflege begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung, ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen	10 Euro pro Tag	bei der Krankenhausbehandlung und der Anschlussheilbehandlung begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 Euro pro Tag	
Haushaltshilfe und Soziotherapie	10 % der Kosten/Tag, mindestens 5 Euro, keinesfalls mehr als 10 Euro	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro
Fahrtkosten	10 % der Kosten, bei medizinisch verordneten Fahrten	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro



- Infos:**
- In keinem Fall müssen Sie mehr als den tatsächlichen Preis bezahlen.
 - Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von den Zuzahlungen befreit. Ausnahmen: Zahnersatz und Fahrtkosten.



1.3. Das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus

Um eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten, sind Krankenhäuser verpflichtet, ein sogenanntes Entlassmanagement anzubieten. Das bedeutet konkret, dass schon im Krankenhaus geprüft wird, ob und wenn ja, welche Unterstützung Sie zu Hause benötigen und dass die dafür notwendigen Schritte bereits hier eingeleitet werden. Dies stellt eine große Entlastung für Betroffene dar und soll Versorgungslücken im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung verhindern.

Zum Entlassmanagement können beispielsweise folgende Bestandteile gehören:

- Entlassplan (Darstellung des Bedarfs an Medikamenten, Therapie, Haushaltshilfe, Pflege etc.)
- Medikamentenplan
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für maximal sieben Tage
- Mitgabe von Arzneimitteln in kleinen Packungsgrößen (oder Rezept)
- Verordnung für Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Verordnung für häusliche Krankenpflege
- Bescheinigung der Notwendigkeit von Kurzzeitpflege (auch ohne Pflegegrad!)



Das Entlassmanagement gilt auch für Rehabilitationskliniken





Informationen entnehmen Sie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de > Richtlinien > Heilmittel-Richtlinie.

1.4. Heil- und Hilfsmittel (§§32 und 33 SGB V)

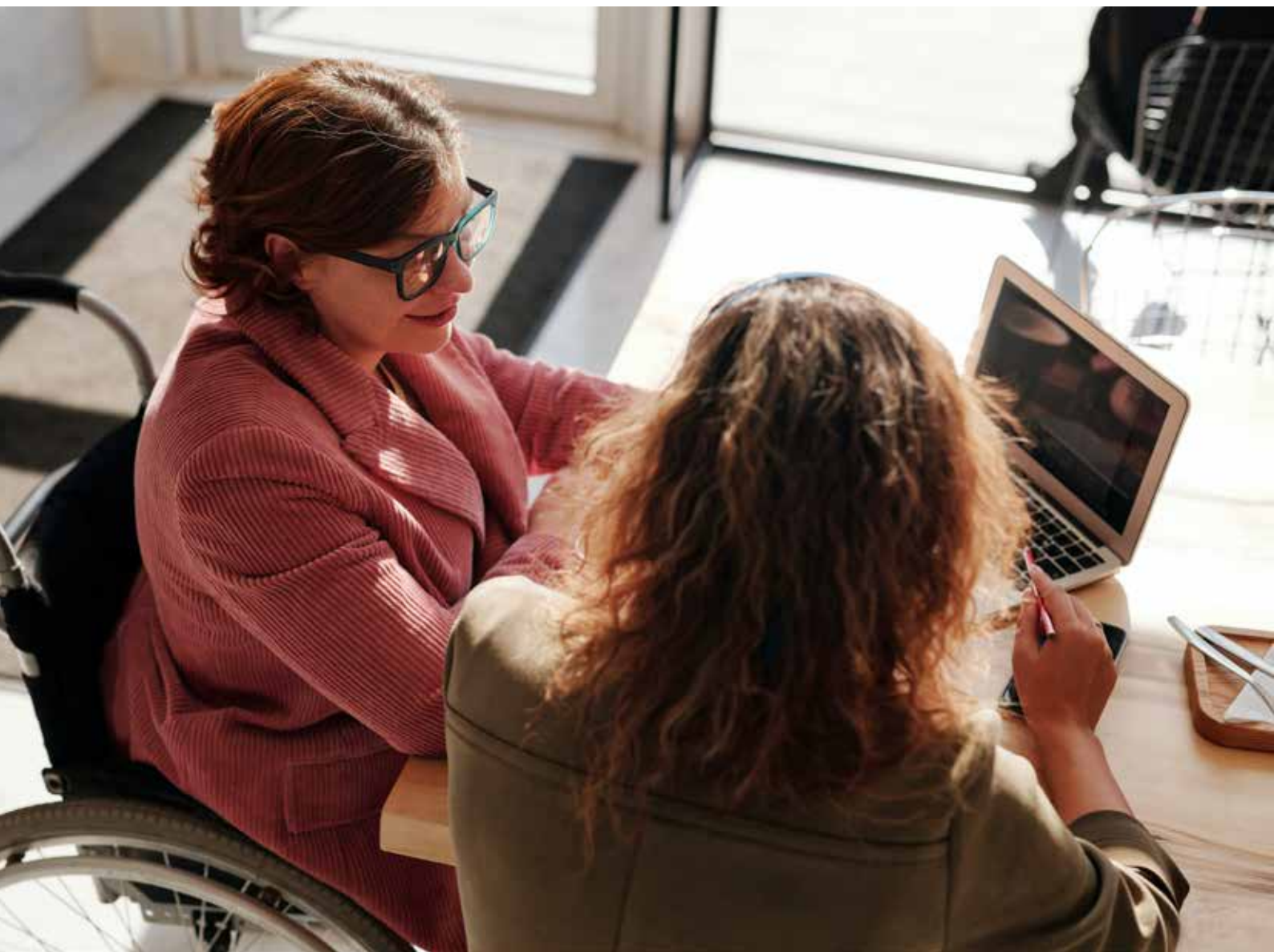
Zu den Heilmitteln gehören äußerliche Behandlungsmethoden wie z. B. Massagen, die podologische Therapie oder Krankengymnastik. Heilmittel können zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt verordnet werden.

In der Heilmittel-Richtlinie legt der Gemeinsame Bundesausschuss u. a. fest, welche Heilmittel verordnungsfähig sind, bei welchen Erkrankungen ein langfristiger Behandlungsbedarf besteht und in welchem Umfang verordnet werden darf.

Außerdem kann es aufgrund Ihrer Erkrankung notwendig werden, dass Sie zur Unterstützung Ihrer Genesung oder zum Ausgleich von Einschränkungen auf Hilfsmittel angewiesen sind.

Hilfsmittel sind beispielsweise:

- Prothesen
- Rollstühle
- Brillen
- Hörgeräte



Sie finden das Hilfsmittelverzeichnis der Kranken- und Pflegekassen auf der Seite des GKV- Spitzenverbands: www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Hilfsmittelverzeichnis.

Eine übersichtliche Auflistung aller Hilfsmittel finden Sie bei Rehadat unter www.rehadat-hilfsmittel.de. Unter „Ablauf und Finanzierung“ finden Sie wertvolle Tipps für Ihr Vorgehen!

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verordnung von Hilfsmitteln eine Richtlinie erlassen, die Sie hier einsehen können: www.g-ba.de > Richtlinien > Hilfsmittel-Richtlinie.

Gute Unterstützung und detailliertes Wissen bieten Sanitätshäuser an.

Damit die Krankenkasse ein Hilfsmittel bezahlt, muss dieses im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet sein. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, dass Sie sich bei Ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie freiwillig ein Hilfsmittel erstattet. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dieses Hilfsmittel nicht von der freiwilligen Erstattung ausgeschlossen hat. Vorgesehen ist auch die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels, z. B. bei Krücken, Rollstühlen oder Krankenbetten.

Der Anspruch auf ein Hilfsmittel umfasst auch

- Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels,
- notwendige Änderungen,
- die Wartung und
- eine Ersatzbeschaffung.

Für eine ganze Reihe von Hilfsmitteln werden **Festbeträge** bestimmt. Die Krankenkassen erstatten dann nur bis zu diesem Betrag. Wählen Sie ein Hilfsmittel, das über dem Festbetrag liegt, müssen Sie die Differenz selbst tragen. Auf jeden Fall muss die Krankenkasse Ihnen einen Anbieter nennen, der das Hilfsmittel zum Festbetrag liefert. Dabei erfolgt die Versorgung i. d. R. durch Vertragspartner der Krankenkassen. Erkundigen Sie sich bitte, über wen Sie ein Hilfsmittel beziehen müssen und fragen Sie vor Ort immer nach, ob die Kosten der Verordnung höher sind als der Festbetrag.



Tipps

Nicht nur die Krankenkassen kommen als Kostenträger für Heil- und Hilfsmittel in Frage. Je nach Hilfe und Einsatzbereich können auch die Pflegeversicherung, die Unfallversicherung, das Sozialamt, die Rentenversicherung oder die Arbeitslosenversicherung zuständig sein.



Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege finden Sie unter: www.g-ba.de > Richtlinien > Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

1.5. Häusliche Krankenpflege (§37 SGB V)

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass Sie vorübergehend Hilfe bei der täglichen Versorgung benötigen und Fachpersonal dies sicherstellt. Neben der medizinischen Versorgung kann die häusliche Krankenpflege auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt umfassen. Voraussetzung hierfür ist, dass keine Person in Ihrem Haushalt Ihre Versorgung im erforderlichen Umfang leisten kann, z. B. weil Ihre Partnerin oder Ihr Partner berufstätig ist.

Häusliche Krankenpflege kann in den folgenden Fällen verordnet werden:

- Wenn eine Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden bzw. verkürzt wird oder wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich wäre, aber nicht ausführbar ist (Krankenhausvermeidungspflege).
- Wenn eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung vorliegt, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation (Unterstützungspflege).
- Wenn die häusliche Krankenpflege die ärztliche Behandlung sichert, z. B. durch die Gabe von Injektionen (Sicherungspflege).

Die Vermeidungs- und die Unterstützungspflege werden für vier Wochen je Krankheitsfall gewährt. In begründeten Ausnahmefällen und nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst kann Ihre Krankenkasse die häusliche Krankenpflege auch für einen längeren Zeitraum bewilligen. Für die Sicherungspflege ist im Gesetz keine zeitliche Begrenzung angegeben. Die Dauer kann aber durch die Satzung der Krankenkasse begrenzt sein.

Um eine geeignete Pflegeperson zu finden, helfen Ihnen Ihre Krankenkasse, Wohlfahrtsverbände und Sozialstationen. Es ist auch möglich, sich selbst eine Pflegekraft zu besorgen und die Kosten mit der Krankenkasse abzurechnen. Holen Sie sich hierfür unbedingt im Vorfeld die Kostenzusage Ihrer Krankenkasse ein.



Infos:

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verwechseln!

1.6. Haushaltshilfe (§38 SGB V)

Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person ins Krankenhaus muss oder danach, wenn die Person den Haushalt krankheitsbedingt nicht führen kann. Wichtig: Nicht in jedem Fall müssen Kinder im Haushalt leben!

Die gesetzlichen Krankenkassen können eine Haushaltshilfe aus folgenden Gründen genehmigen:

- Für maximal 26 Wochen, wenn ein Kind im Haushalt lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (manche Krankenkassen erhöhen das Alter durch ihre Satzung auf das 14. Lebensjahr) oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- Für maximal vier Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer Rehabilitation.

Voraussetzung ist zunächst, dass Sie selbst den Haushalt im Vorfeld tatsächlich geführt und im Wesentlichen selbst erledigt haben. Die weitere Voraussetzung ist, dass keine im Haushalt lebende Person diesen fortführen kann. Dabei kommt es nicht auf Volljährigkeit an, auch größere Kinder können hier in Frage kommen. Allerdings ist kein Haushaltsangehöriger verpflichtet, sich von Schule, Ausbildung oder Beruf beurlauben zu lassen, um die Weiterführung des Haushalts zu gewährleisten.

Bei der Suche nach einer geeigneten Haushaltshilfe sind Ihnen Ihre Krankenkasse, die Träger der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, AWO, Deutsches Rotes Kreuz), ambulante Pflegedienste und Sozialstationen behilflich. Sie können sich auch selbst eine Haushaltshilfe besorgen, dann sollten Sie sich aber unbedingt vorher die Genehmigung der Krankenkasse einholen und den Leistungsumfang klären.

Helfen Ihnen Familienangehörige bis zum 2. Grad, z. B. Kinder oder Geschwister, werden lediglich die Fahrtkosten und gegebenenfalls der Verdienstausschlag erstattet. Die Kosten dürfen aber nicht höher sein als die Kosten, die entstanden wären, wenn eine nicht verwandte Person die Aufgabe übernommen hätte. Die Erstattung ist eine Ermessensleistung der Krankenkasse und sollte deshalb unbedingt vor Inanspruchnahme geklärt werden.



Tipps

Im Rahmen einer medizinischen oder einer beruflichen Rehabilitation können die Kosten für eine Haushaltshilfe auch von der Rentenversicherung übernommen werden, falls diese der Kostenträger der Reha ist.





Infos:

- Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen Sie bei einer Kompaktkur selbst tragen. Allerdings kann Ihre Krankenkasse, je nach Satzung, einen Zuschuss von bis zu 16 Euro täglich oder einen einmaligen Zuschuss von 100 Euro leisten.
- Für die Heilmittel leisten Sie 10 % an Zuzahlungen und 10 Euro pro Verordnung.



Weiterführende Informationen erhalten Sie beim Deutschen Heilbäderverband
www.deutscher-heilbaederverband.de

1.7. Kompaktkur

Für bestimmte Erkrankungsgruppen, so auch die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, werden Kompaktkuren angeboten. Die Kompaktkur ist eine spezielle Vorsorgeleistung, für die Krankenkassen als Kostenträger einen Zuschuss gewähren.

Besondere Kennzeichen der Kompaktkur:

- Hohe Therapiedichte (ca. 4–5 Stunden pro Tag)
- Teilnahme innerhalb einer festen Gruppe
- Begleitung durch eine feste Gruppenleitung
- Regelmäßige Arztkontakte
- Ganzheitliches und umfassendes Therapieprogramm (z. B. Gesundheitsbildung, Bewegungstherapie, physikalische Bädertherapie, Ernährungstherapie)

Eine Kompaktkur dauert in der Regel drei Wochen und kann alle drei Jahre wiederholt werden. Bei medizinischer Notwendigkeit ist sowohl eine Verlängerung als auch die Verkürzung der Dreijahresfrist möglich.

Den Antrag stellen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Dann wird er bei der Krankenkasse einreicht. Geprüft wird der Antrag vom Medizinischen Dienst.

1.8. Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad (§39c SGB V)

Sollten Sie kurzzeitig pflegebedürftig sein (= weniger als sechs Monate) und keinen Pflegegrad oder Pflegegrad 1 haben, können Sie eine Kurzzeitpflege als Übergangspflege in Anspruch nehmen. Dabei handelt es sich um eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, nicht der Pflegekasse. Die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad kommt z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt in Frage, wenn die ambulante Versorgung zu Hause noch nicht ausreicht. Mit dieser Möglichkeit wurde eine weitere Versorgungslücke geschlossen.

Die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad kann für längstens acht Wochen pro Kalenderjahr bei Ihrer Krankenkasse beantragt werden. Neben dieser Begrenzung gibt es auch eine finanzielle Grenze, denn pro Jahr stellt die Krankenkasse hierfür 1.854 Euro zur Verfügung. Sind die acht Wochen nicht ausreichend, sollten Sie über den Sozialdienst der Pflegeeinrichtung Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen, ob ausnahmsweise eine Verlängerung möglich ist. Falls keine Besserung eintritt, sollten Sie zudem überlegen, ob Sie einen Pflegegrad beantragen. Auch hierzu informiert Sie der Sozialdienst vor Ort.

1.9. Hinweise für Privatversicherte und BeamtInnen

Im Rahmen der Broschüre werden die Regelungen für gesetzlich krankenversicherte Menschen dargestellt. Da im Bereich der privaten Krankenversicherungen Vertragsfreiheit besteht, gibt es hier kein Gesetz, das als Grundlage herangezogen werden kann. Vielmehr bilden der individuelle Vertrag und die allgemeinen Versicherungsbedingungen die Anspruchsgrundlage. Eine Ausnahme bildet der sogenannte Basistarif, der im Leistungsumfang verbindlich und mit den gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar ist.

Auch die Darstellung der Beihilfebestimmungen für Beamtinnen und Beamte ist im Rahmen der Broschüre nicht möglich, da es ein einheitliches Beihilferecht in Deutschland nicht gibt. Viele Bundesländer orientieren sich zwar an den Vorschriften des Bundes, dennoch bestehen teilweise erhebliche Abweichungen. Daher sollte im Vorfeld von finanziell größeren Maßnahmen immer eine Genehmigung der zuständigen Behörde eingeholt werden.



Die Vorschriften und Verordnungen des Bundes und der Länder können Sie hier nachlesen: www.die-beihilfe.de/vorschriften-zur-beihilfe-in-bund-und-laendern



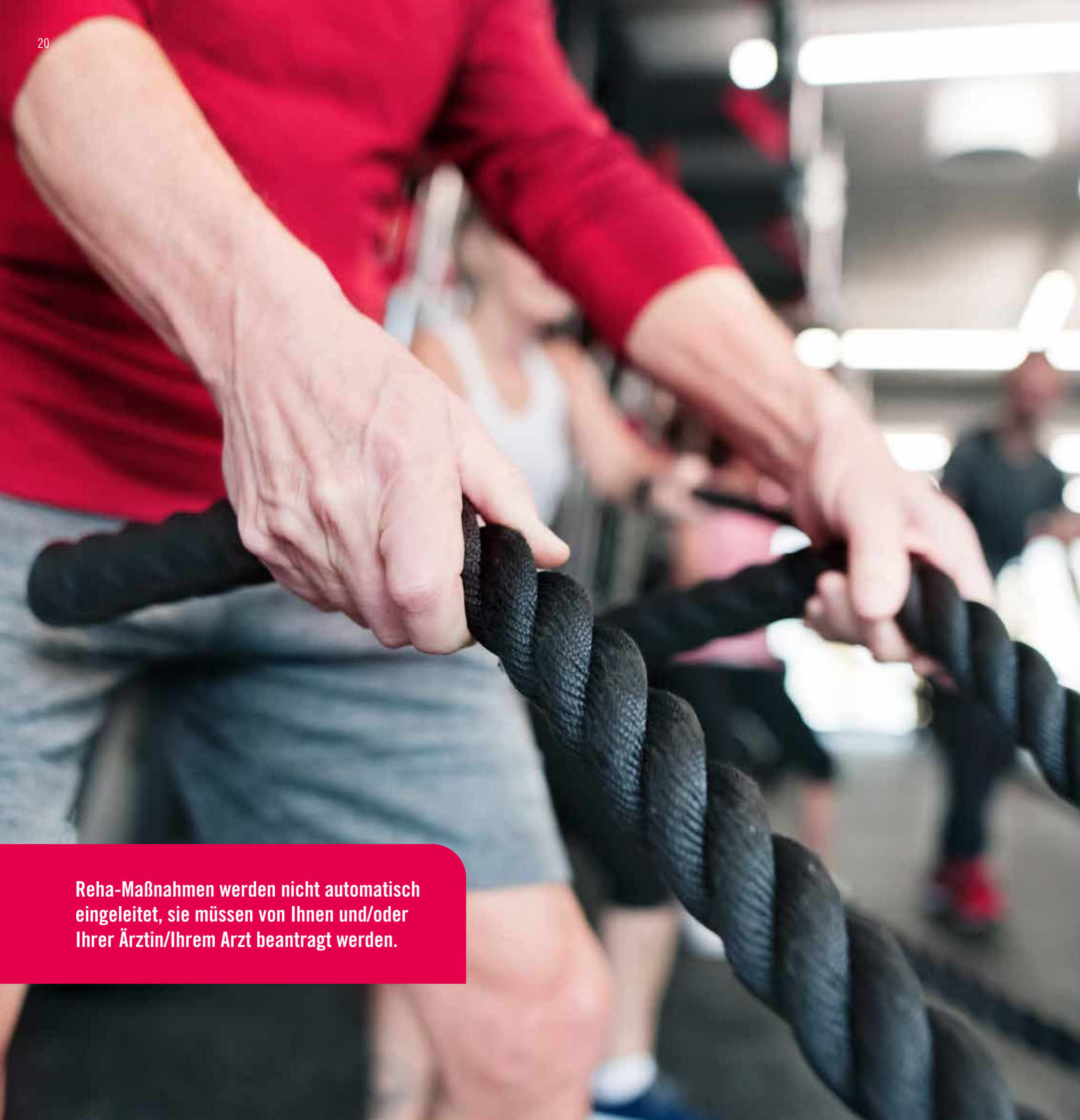
Tipps

Die sogenannten Hotelkosten (Wohnen und Verpflegung) und einen Betrag für die Investitionskosten der Pflegeeinrichtung müssen Sie selbst tragen. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen Unterstützung durch das Sozialamt erhalten.



Tipps

Die Verbraucherzentralen und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) beraten sowohl gesetzlich als auch privat Krankenversicherte. Bei Fragen rund um das Thema Pflege hilft Privatversicherten die Compass Pflegeberatung.



Reha-Maßnahmen werden nicht automatisch eingeleitet, sie müssen von Ihnen und/oder Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt beantragt werden.

Rund um die Rehabilitation

Um Ihre Rückkehr in den Alltag bestmöglich zu unterstützen, haben Sie Anspruch auf rehabilitative Leistungen. Die Rehabilitation (Reha) ist ein wichtiger Baustein, um die körperlichen, seelischen und sozialen Folgen der Erkrankung und der Behandlung abzufedern und auszugleichen.

Dabei gibt es Reha-Angebote, die direkt nach Abschluss der Akutbehandlung angeboten werden und solche, die später beantragt werden können. Reha-Maßnahmen werden nicht automatisch eingeleitet, sie müssen von Ihnen und/oder Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt beantragt werden.

Voraussetzungen für den erfolgreichen Reha-Antrag:

- **Medizinische Notwendigkeit:** Ihre Reha muss aus medizinischen Gründen Sinn machen. Das bescheinigt Ihnen Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt.
- **Positive Reha-Prognose:** Ihre Reha führt höchstwahrscheinlich zu einem medizinischen Erfolg. Das heißt z. B., dass Sie nach der Reha weniger Schmerzen haben, wieder beweglicher sind, sich besser selbst versorgen können, psychisch stabiler sind, Ihre Erkrankung besser bewältigen können usw.
- **Versicherungsrechtliche Voraussetzungen:** Je nach Reha-Träger müssen Sie zudem bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen. Hier hilft Ihnen der Sozialdienst des Krankenhauses oder der jeweilige Leistungsträger weiter.

Wartezeit: Zwischen zwei Reha-Maßnahmen müssen in der Regel vier Jahre liegen. Droht beim Abwarten der **Vierjahresfrist** eine Verschlechterung, kann selbstverständlich schon vorher ein neuer Antrag gestellt werden. Dies gilt auch für einen Rückfall oder wenn eine andere schwere Erkrankung auftritt.

Indikationen für eine kardiologische Reha sind beispielsweise:

- Herzinfarkt
- Bypass-OP am Herzen
- Ballonaufdehnung einer Herzkranzarterie mit und ohne Einsetzen einer Gefäßstütze (STENT)
- Herzklappenoperation
- Versorgung mit einem internen Defibrillator (spezieller Herzschrittmacher)
- Herzmuskelerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Herztransplantation
- Periphere Verschlusskrankungen

Aber auch

- Bluthochdruck oder
- Fettstoffwechselstörungen



Tipps

- **Beratung** erhalten Sie beim Sozialdienst des Krankenhauses, Ihrer Krankenkasse, der Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung, dem Arbeitskreis Gesundheit und der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB).
- **Beantragt** werden Reha-Leistungen beim jeweils zuständigen Reha-Träger. Falls Sie sich über die Zuständigkeit nicht sicher sind, ist das unproblematisch, denn die Behörden müssen sich rasch untereinander über die Zuständigkeit einigen. In den meisten Fällen sind die Rentenversicherung oder die Krankenkasse Kostenträger, aber auch andere Träger können zuständig sein.



2.1. Übersicht zu den Rehabilitationsleistungen

Grundsätzlich gehören alle Leistungen zur Reha, die Ihre Wiedereingliederung in die verschiedenen Lebensbereiche (Familie, Gesellschaft, Beruf) zum Ziel haben.

Dabei können Sie zwei Argumente als erste Begründungen für eine Reha heranziehen:

Reha vor Rente: Das heißt durch die Reha soll der Renteneintritt möglichst verhindert oder verzögert werden.

Reha vor Pflege: Das heißt durch die Reha soll Pflegebedürftigkeit möglichst verhindert oder verzögert werden.

Folgende Reha-Leistungsbereiche stehen Ihnen zur Verfügung:

- Medizinische Reha-Leistungen
- Berufliche Reha-Leistungen (siehe Kapitel 5 „Rund um den Beruf“)
- Ergänzende Leistungen (ehemals unterhaltssichernde Leistungen)
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (ehemals Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft)

Auch während einer Reha-Maßnahme sind Sie finanziell abgesichert. Je nach individueller Situation und den jeweiligen Gegebenheiten stehen Ihnen folgende Leistungen zur Verfügung:

- Entgeltfortzahlung von Ihrem Arbeitgeber
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger



Tipps

- Nicht selten werden Reha-Anträge abgelehnt. Lassen Sie sich davon nicht abschrecken und legen Sie unbedingt Widerspruch ein.
- Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf Ihren Urlaub angerechnet werden!



2.2. Medizinische Rehabilitationsleistungen

Zu den **medizinischen Rehabilitationsleistungen** zählen z. B.

- die Anschlussrehabilitation (AR) oder auch Anschlussheilbehandlungen (AHB),
- die „klassischen“ Rehabilitationsmaßnahmen und
- die stufenweise Wiedereingliederung (siehe Kapitel 5 „Rund um den Beruf“).

Alle Angebote können sowohl ambulant als auch stationär (manche auch teilstationär) durchgeführt werden.



Tipps

Nach §8 SGB IX haben Sie ein **Wunsch- und Wahlrecht** bei der Auswahl einer konkreten Reha-Einrichtung, das der Kostenträger berücksichtigen sollte. Haben Sie sich eine zugelassene Reha-Klinik ausgesucht, die für Ihre Erkrankung zertifiziert ist und deren Kosten nicht höher ausfallen, als bei den Vertragseinrichtungen Ihres Kostenträgers, sollten Sie auf jeden Fall Widerspruch einlegen, falls Sie eine Ablehnung für Ihre Wunschklinik erhalten.

2.2.1. Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussrehabilitation (Anschluss-Reha) oder auch Anschlussheilbehandlung (AHB) schließt sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung an und soll spätestens 14 Tage nach der Krankenhausentlassung angetreten werden. Während des Krankenhausaufenthaltes kümmert sich der Sozialdienst der Klinik um die Beantragung. Dieser kennt sich bestens mit den Antragsformularen aus. Falls der Sozialdienst nicht unaufgefordert auf Sie zukommt, wenden Sie sich bitte selbst während Ihres stationären Aufenthaltes dorthin, so dass alle Anträge rechtzeitig auf den Weg gebracht werden. In der Regel dauert die Anschluss-Reha drei Wochen, eine Verlängerung ist möglich.

2.2.2 „Klassische“ medizinische Rehabilitation

Bei Bedarf können Sie alle vier Jahre Rehabilitationsleistungen beantragen. Droht beim Abwarten der Vierjahresfrist eine Verschlechterung, kann selbstverständlich schon vorher ein neuer Antrag gestellt werden. Dies gilt auch für einen Rückfall oder wenn eine andere schwere Erkrankung auftritt.

Tipps

Die Angebote der medizinischen Reha-Leistungen sind vielfältig und die zur Verfügung stehenden Maßnahmen hängen unter anderem vom jeweiligen Kostenträger ab. So bietet beispielsweise die Rentenversicherung die Medizinisch-beruflich orientierte Reha (MBOR) an. Hier wird neben der Erkrankung in besonderem Maße Ihre berufliche Situation in den Mittelpunkt der Reha gestellt. Daneben gibt es über die Rentenversicherung verschiedene Nachsorgeprogramme, die den Erfolg einer Rehamaßnahme absichern und festigen sollen. Hierzu zählt z. B. IRENA, die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge.

Um alle Möglichkeiten auszuloten und bestmögliche Unterstützung zu erhalten, wenden Sie sich an Ihren Kostenträger und die weiteren Beratungsstellen, die zu Beginn des Kapitels aufgeführt sind. Selbstverständlich helfen Ihnen auch die AnsprechpartnerInnen in der Reha-Klinik weiter.



2.2.3. Ergänzende Leistungen

Um die Ziele einer Reha-Maßnahme zu erreichen und abzusichern, sind weitere ergänzende Leistungen möglich.

- **Reise- und Fahrtkosten**
- **Kinderbetreuungskosten**
- **Schulungsmaßnahmen für Betroffene**
- **Patientenschulungsmaßnahmen**
- **Reha-Sport und Funktionstraining**

Reha-Sport und Funktionstraining sind ergänzende Rehabilitationsleistungen. Sie werden überwiegend von der Rentenversicherung und den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Aber auch die Unfallversicherung und die Arbeitsagenturen können als Träger in Betracht kommen. Die Maßnahmen werden Ihnen von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt verordnet. Grundlage für die Leistungsgewährung ist die **Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining**. Diese wurde auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zwischen den Rehaträgern, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, verschiedenen Patientenvereinigungen und anderen getroffen.

In Deutschland gibt es rund 6.000 Herzsportgruppen, in denen ca. 120.000 Menschen Reha-Sport betreiben.

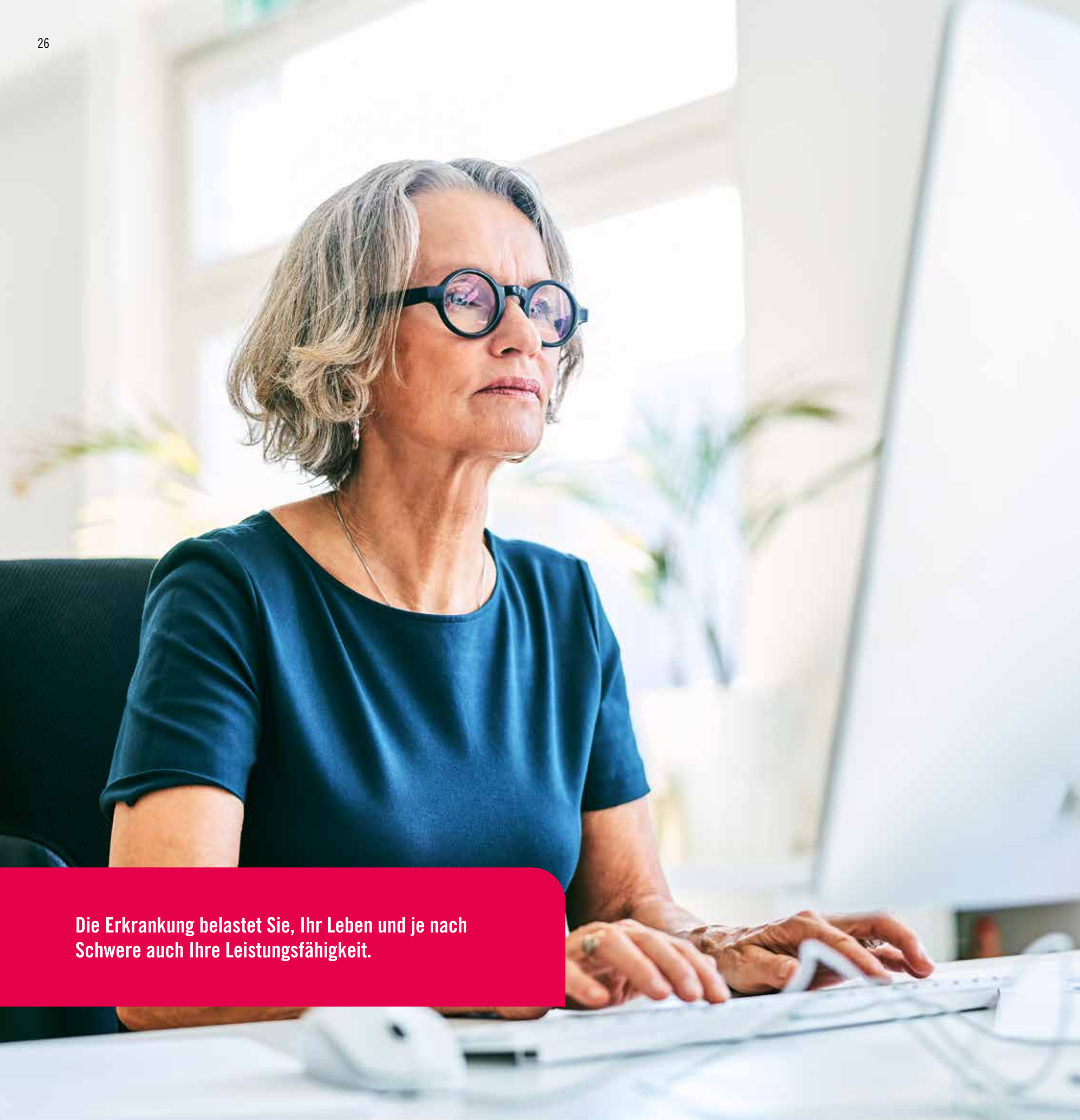


Informieren Sie sich über Angebote vor Ort bei Ihrer Krankenkasse.

Außerdem erhalten Sie Informationen und Adressen bei folgenden Vereinen:

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.
Tel.: 0261/ 30 92 31
Mail: info@dgpr.de
Web: www.dgpr.de

Deutscher Behindertensportverband (DBS) e. V.
Tel.: 02234/6000-0
Mail: info@dbs-npc.de
Web: www.dbs-npc.de



Die Erkrankung belastet Sie, Ihr Leben und je nach Schwere auch Ihre Leistungsfähigkeit.

Rund um die Schwerbehinderung

Im Rahmen einer kardiologischen Erkrankung ist das Thema Schwerbehinderung von besonderer Bedeutung. Die Erkrankung belastet Sie, Ihr Leben und je nach Schwere auch Ihre Leistungsfähigkeit. Mit der Anerkennung einer Schwerbehinderung findet dies Ausdruck. Haben Sie keine Scheu, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen, ermöglicht er Ihnen doch eine Vielzahl von Nachteilsausgleichen.



Den Antrag auf Feststellung einer Behinderung erhalten Sie beim zuständigen Versorgungsamt, oft aber auch bei den Bürgerämtern. Außerdem stehen Ihnen die Formulare im Internet zum Download zur Verfügung. Auf der Seite www.einfach-teilhaben.de finden Sie unter der Rubrik „Schwerbehinderungen“, dann weiter zu „Schwerbehindertenausweis beantragen“ und dort unter Punkt 3 die Vordrucke aller Bundesländer.

3.1. Beantragung des Schwerbehindertenausweises

Je nach Schwere Ihrer Erkrankung können Sie beim zuständigen Versorgungsamt beziehungsweise der nach Landesrecht zuständigen Behörde einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft stellen. Die jeweilige Adresse erfragen Sie bitte beim Bürgeramt Ihrer Stadt oder der Gemeindeverwaltung.

Als schwerbehindert gilt man ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50. Nach erfolgreicher Anerkennung wird Ihnen vom Versorgungsamt der Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Bei der Beurteilung orientiert sich das Versorgungsamt an den Kriterien, die im Leitfaden „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ festgelegt sind. In diesen Grundsätzen können Sie nachlesen, welchen GdB Ihre Erkrankung nach sich zieht. Dabei geht es gerade bei den kardiologischen Erkrankungen meist weniger um die Art der Erkrankung als vielmehr um das Stadium und die damit verbundenen Leistungseinbußen.

Mit dem Schwerbehindertenausweis sollen Nachteile, die die Erkrankung und die notwendigen Therapien mit sich bringen, ausgeglichen werden. So erhalten Sie beispielsweise einen erhöhten Kündigungsschutz, haben Anspruch auf Zusatzurlaub und können Steuererleichterungen geltend machen. Aber auch für Menschen, die nicht berufstätig sind, bietet der Schwerbehindertenausweis eine Reihe von Vergünstigungen oder besser gesagt von Nachteilsausgleichen.

Stellen Sie auf jeden Fall beim Versorgungsamt einen Antrag, um Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen zu können. Fügen Sie Ihrem Antrag ein **Passbild**, aktuelle **Arztberichte** und andere **Bescheide** bezüglich Ihrer Erkrankung oder Behinderung bei. Benennen Sie alle Ärztinnen und Ärzte, die Auskünfte über Ihre Erkrankung(en) geben können. Führen Sie zudem alle Erkrankungen und Beschwerden auf, auch solche, die nicht mit der kardiologischen Erkrankung zusammenhängen.



Tipps

Sollten Sie einen **GdB von unter 50 aber mindestens 30** zuerkannt bekommen, können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit gleichstellen lassen. Die **Gleichstellung** müssen Sie beantragen. Die Gleichstellung hat vor allem arbeitsrechtliche Vorteile, wie

- den besonderen Kündigungsschutz,
- die Hilfen zur Arbeitsplatzgestaltung und
- Beschäftigungsanreize für ArbeitgeberInnen (z. B. Lohnkostenzuschüsse).

Sie erhalten allerdings keinen Ausweis und haben keinen Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen und Erleichterungen im Personenverkehr. Weiterführende Informationen erhalten Sie bei den Arbeitsagenturen.

3.2. Grad der Behinderung

Mit dem Grad der Behinderung (GdB) soll das Ausmaß der körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Auswirkungen Ihrer Erkrankung erfasst werden. Im Folgenden sehen Sie beispielhaft den GdB für verschiedene Herzerkrankungen. Die aufgeführten Grade stellen Anhaltspunkte dar, in jedem Fall ist dem Einzelfall Rechnung zu tragen. Dies zeigt sich auch in den Beurteilungsspannen.

EINSCHRÄNKUNG DER HERZLEISTUNG	GDB
Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen mit 5-6 km/h, mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt* (wenigstens 2 Minuten)	20-40
Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen mit 3-4 km/h, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt* (wenigstens 2 Minuten) ... mit gelegentlich auftretenden, vorübergehend schweren Dekompensationserscheinungen	50-70 80
Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z. B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie)	90-100

* Die für Erwachsene angegebenen Wattzahlen sind auf mittleres Lebensalter und Belastung im Sitzen bezogen.

- Nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen am Herzen ist der GdB von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.
- Bei **Herzklappenprothesen** ist der GdB nicht niedriger als 30 zu bewerten. Dieser Wert schließt eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien ein.
- Nach einem **Herzinfarkt** ist der GdB von der bleibenden Leistungsbeeinträchtigung abhängig.
- Nach einer **Herztransplantation** ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre). Während dieser Zeit ist ein GdB von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Berücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression nicht niedriger als 70 zu bewerten.
- Nach Implantation eines **Kardioverter-Defibrillators** ist der GdB wenigstens mit 50 zu bewerten.
- **Fettstoffwechselkrankheiten**
Der GdB ist grundsätzlich abhängig von dem Ausmaß der Folgekrankheiten.
Bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese wird ein GdB von 30 zuerkannt.



HYPERTONIE (BLUTHOCHDRUCK)	GDB
mittelschwere Form mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen – Fundus hypertonicus I-II und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mm Hg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung	20–40
schwere Form mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderung und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung	50–100
maligne Form diastolischer Blutdruck konstant über 130 mm Hg, Fundus hypertonicus III-IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen) unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn)	50–100



Tipps

Stellen Sie einen Veränderungs- oder Verschlimmerungsantrag, sobald sich an Ihrer gesundheitlichen Situation etwas verändert. Bedenken Sie bei einem unbefristeten Ausweis, dass das Ergebnis auch nach unten korrigiert werden kann.



3.3. Merkzeichen und Nachteilsausgleiche

Der Schwerbehindertenausweis garantiert Vergünstigungen und Rechte für behinderte Menschen. Neben dem Grad der Behinderung können Sie unter Umständen bestimmte Merkzeichen beantragen, die Ihnen weitere Nachteilsausgleiche ermöglichen.

MERKZEICHEN	NACHTEILSAUSGLEICHE
G/GI (gehbehindert/gehörlos)	Ermäßigung für Bus und Bahn* oder Kfz-Steuerermäßigung 50 %
aG (außergewöhnlich gehbehindert)	Ermäßigung für Bus und Bahn* und Kfz-steuerfrei
h/BI (hilflos/blind)	Freifahrt in Bus und Bahn* und Kfz-steuerfrei
B (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)	Begleitperson fährt in Bus und Bahn kostenfrei mit und erhält häufig freien Zutritt zu Veranstaltung und öffentlichen Kultureinrichtungen
aG/BI (außergewöhnlich gehbehindert/blind)	Parkerleichterungen** / Behindertenparkplätze
BI (blind)	Blindengeld
RF/BI/GI (Ermäßigung von der Rundfunk- und Fernsehgebühr/blind/gehörlos)	Ermäßigung bis Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren und Telefonermäßigung

* Die Ermäßigung (einmalige Zahlung von 104 €/Jahr) bzw. Freifahrt bezieht sich auf die Verkehrsmittel im öffentlichen Nahverkehr.

** Auch das Merkzeichen G in Verbindung mit dem Merkzeichen B zieht unter bestimmten Voraussetzungen Parkerleichterungen nach sich. Nähere Informationen erhalten Sie bei der zuständigen Straßenverkehrsbehörde.



Tipps

- Falls Sie Sozialhilfe, Grundsicherung oder Bürgergeld beziehen und zu dem Personenkreis gehören, der vergünstigt Bus und Bahn benutzen kann, werden Sie von der Zahlung der 104 Euro befreit.
- Außerdem entfallen die ermäßigten Rundfunk- und Fernsehgebühren, wenn Sie das entsprechende Merkzeichen RF im Ausweis eingetragen haben und zum o. g. Personenkreis gehören.



3.4. Steuervergünstigungen

Die Belastungen durch eine Behinderung werden auch im Rahmen der Steuer-gesetze berücksichtigt. So haben behinderte Menschen Anspruch auf Behinder-tenpauschbeträge. Diese mindern das zu versteuernde Einkommen.

Steuerpauschbeträge

Die Höhe des Steuerpauschbetrages richtet sich nach dem Grad der Behinde-rung. Seit dem Veranlagungszeitraum 2021 werden folgende Pauschbeträge gewährt:

GRAD DER BEHINDERUNG	PAUSCHBETRAG IN EUR
20	384
30	620
40	860
50	1.140
60	1.440
70	1.780
80	2.120
90	2.460
100	2.840
Merkzeichen H (hilfflos), BI (blind) oder TBI (taubblind)	7.400

Neben den Pauschbeträgen können bestimmte Personengruppen einen Fahrt-kosten-Pauschbetrag geltend machen.

- Geh- und stehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 oder mit einem Grad von mindestens 70 und dem Merkzeichen "G" können einen Fahrtkosten-Pauschbetrag von 900 Euro geltend machen.
- Außergewöhnlich gehbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen "aG", blinde (Merkzeichen BI), taubblinde (Merkzeichen TBI) oder behinderte Menschen mit dem Merkzeichen "H" können einen Fahrtkosten-Pauschbetrag von 4.500 Euro gelten machen.



Tipps

- Der Pauschbetrag kann auch auf den Ehepartner übertragen werden. Zudem kann er auch rückwirkend geltend gemacht werden.
- Informationen erteilen die Versorgungsämter und die Finanzämter.

3.5. Weitere Nachteilsausgleiche

Automobilclubs
Automobilclubs gewähren schwerbehinderten Menschen Beitragsnachlässe.

Bahnfahrten
Ab einem GdB von 70 können Sie zum Beispiel die Bahn-card 50 zum halben Preis erwerben. Es gibt weitere Nach-teilsausgleiche. Auskunft erteilt die Deutsche Bahn.

Berufstätigkeit
Die Nachteilsausgleiche im Beruf sind im Kapitel „Rund um den Beruf“ aufgeführt.

Ermäßigungen
Bei verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen (Kino, Theater u. a.) gibt es die Möglichkeit, ermäßigte Eintritts-karten zu erhalten.

Nachlass beim Autokauf
Einige Autohersteller gewähren schwerbehinderten Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einen Preisnachlass beim Autokauf. Informationen erhalten Sie im Internet („Autokauf & Schwerbehinderung“) oder bei den Automobilclubs.

Parkerleichterung
Eine Ausnahmegenehmigung für Parkerleichterungen wird schwerbehinderten Menschen mit den zuerkannten Merkzeichen aG und/oder BI bewilligt. Zudem gibt es unter bestimmten Voraussetzungen auch einen Ausweis für Par-kerleichterungen, wenn Sie die Merkzeichen „G“ und „B“ im Schwerbehindertenausweis haben.



Tipps

- Die Parkausweise unterscheiden sich in Art und Umfang der gewährten Parkerleichterungen.
- Weitere Informationen erhalten Sie bei den Straßenverkehrsbehörden und Versorgungsämtern.

Schule und Studium
Auch in der Schule und während des Studiums können Sie eine Reihe von Nachteilsausgleichen in Anspruch nehmen. So können beispielsweise Prüfungsleistungen in Teil-leistungen gesplittet, Prüfungstermine mitbestimmt oder Anwesenheitsverpflichtungen geändert werden. Zudem gibt es im Rahmen von Härtefallregelungen Ausnahmen beim Studienort und den Zugangsvoraussetzungen. Das Deutsche Studentenwerk stellt ein umfassendes Handbuch zum Thema „Studium & Behinderung“ zur Verfügung.

Sitzplatz
Es besteht das Recht auf einen Sitzplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Skipass
Mancherorts gibt es beim Skipass vergünstigte Angebote für schwerbehinderte Menschen.

Toilettenschlüssel für Behinderten-WCs
Informationen unter www.cbf-da.de

Wohnen
Als schwerbehinderter Mensch haben Sie einen besonderen Schutz vor Wohnungskündigung, falls die Kündigung eine unzumutbare Härte für Sie bedeuten würde.

Wohnberechtigungsschein
Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf Aner-kennung eines dringenden Wohnbedarfs, wenn sie nicht mit entsprechenden Räumlichkeiten ausgestattet sind. Die Vergabe von Wohnberechtigungsscheinen ist von Einkom-mensgrenzen abhängig, wobei Schwerbehinderten ein Frei-betrag angerechnet wird. Die Höhe ist je nach Bundesland unterschiedlich und abhängig vom Grad der Behinderung.

Wohngeld
Bei der Ermittlung des maßgeblichen Jahreseinkom-mens, wird schwerbehinderten Menschen ein Freibetrag von 1.800 Euro gewährt, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- es liegt ein Grad der Behinderung von 100 vor oder
- es liegt ein Grad der Behinderung von 50 vor und es besteht Pflegebedürftigkeit bei häuslicher Pflege oder Kurzzeitpflege.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um Ihre Berufs- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. Ihnen den Wiedereinstieg zu erleichtern.



Rund um den Beruf

Eine kardiologische Erkrankung greift unter Umständen in alle Lebensbereiche ein und dementsprechend kann auch die Berufstätigkeit davon betroffen sein. Das beginnt mit der Frage, ob man seine Arbeitsaufgaben noch bewältigen kann und geht über zur Unsicherheit, ob der Arbeitsplatz sicher ist und wie Arbeitgeber, Kolleginnen und Kollegen reagieren werden.

Für viele Menschen ist dann nicht klar, wie sie nach der akuten Behandlungsphase gut an die Arbeitsstelle zurückkehren können, ob eine Neuorientierung notwendig sein wird oder ob sie vielleicht teilweise oder sogar umfassend nicht mehr arbeiten können. An dieser Stelle sollen Hilfestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Um Ihre Berufs- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. Ihnen den Wiedereinstieg zu erleichtern zeigt das Kapitel folgende Hilfen auf:

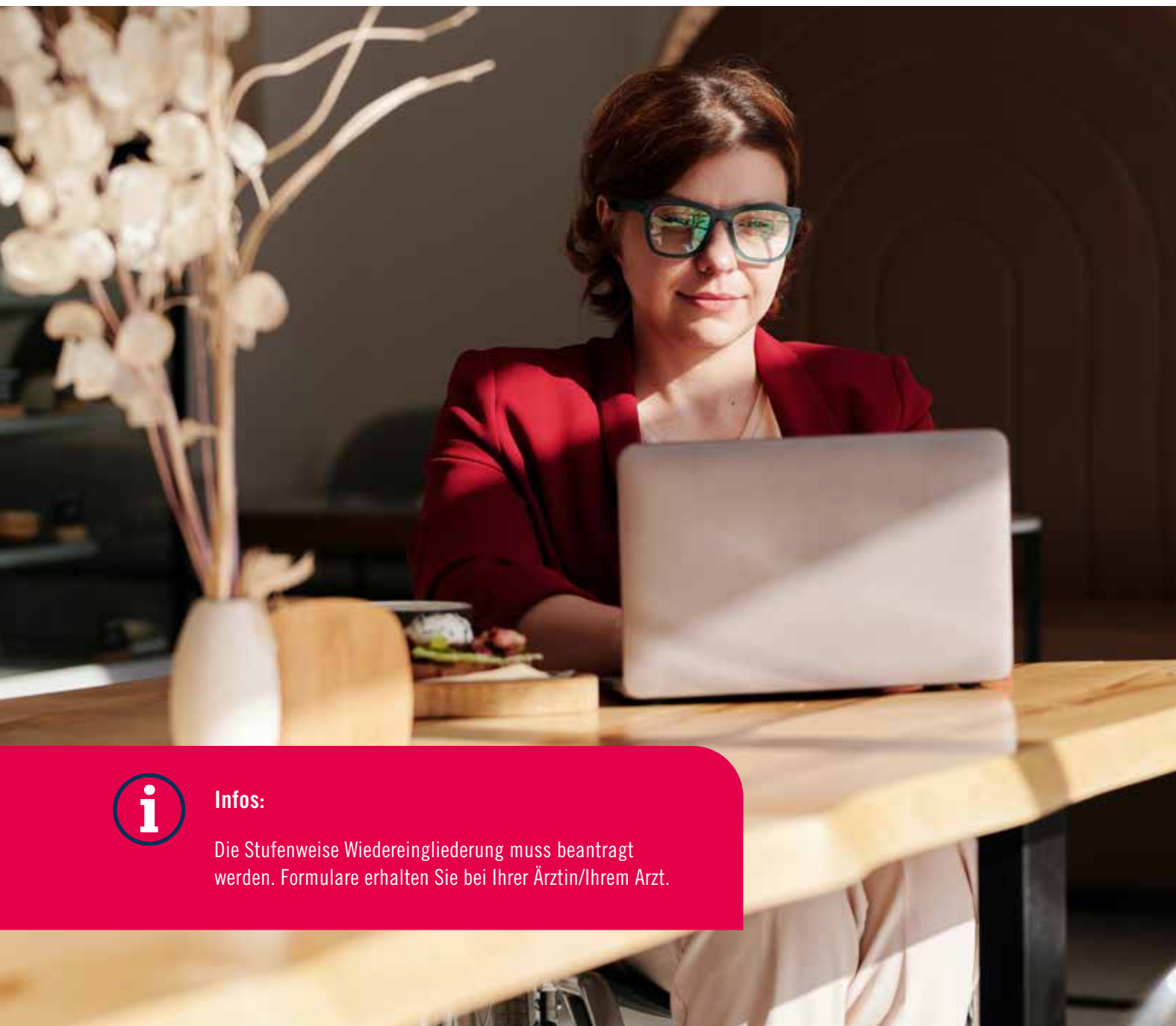
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Berufliche Rehabilitation – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Schwerbehinderung und berufliche Nachteilsausgleiche, inklusive der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben



Weiterführende und vertiefende Informationen zur Stufenweisen Wiedereingliederung erhalten Sie auf der Seite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: www.einfach-teilhabe.de > Ratgeber > Hamburger Modell: Wie finde ich nach Krankheit zurück ins Arbeitsleben?

4.1. Stufenweise Wiedereingliederung

Bei der Stufenweisen Wiedereingliederung, auch „Hamburger Modell“ genannt, werden Sie nach längerer Erkrankung und bei noch eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach und nach wieder an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Auch sie ist eine **Leistung der medizinischen Rehabilitation**. Voraussetzung zur Durchführung ist Ihr Einverständnis und das Ihrer Arbeitgeberin oder Ihres Arbeitgebers. Allerdings haben schwerbehinderte Menschen einen rechtlichen Anspruch auf die Stufenweise Wiedereingliederung. Während der Wiedereingliederung sind Sie **weiterhin krankgeschrieben** und erhalten Übergangs- oder Krankengeld. Manche ArbeitgeberInnen zahlen in dieser Zeit freiwillig eine (Teil-) Vergütung. In der Regel dauert die Wiedereingliederung zwischen sechs Wochen und sechs Monaten. Ausnahmen darüber hinaus sind möglich.



Infos:

Die Stufenweise Wiedereingliederung muss beantragt werden. Formulare erhalten Sie bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

4.2. Berufliche Rehabilitation – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Sollte Ihre Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen gefährdet oder ohne Unterstützung nicht (mehr) möglich sein, können Sie **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** beantragen. Das ist der sozialrechtlich korrekte Begriff für die beruflichen Reha-Leistungen. Hiermit sind alle Reha-Maßnahmen gemeint, die Menschen gewährt werden, um ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Berufstätigkeit zu sichern. Im Rahmen einer beruflichen Reha wird geprüft, welche Umgestaltungen des Arbeitsplatzes, welche Veränderungen der Tätigkeit oder auch welche Neuorientierungen stattfinden müssen, um Ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise zu erhalten. Zu den verschiedenen Arten der beruflichen Reha zählen vor allem die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, berufliche Anpassungen, Aus- und Weiterbildung, der Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit und die Zuschüsse an ArbeitgeberInnen zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft.

Zuständig sind die Rehabilitationsträger. Dazu gehören die Rentenversicherung, die Arbeitsagenturen oder die Berufsgenossenschaften. Dort werden Sie ausführlich beraten.

Beispielhaft seien hier einige Leistungen dargestellt:

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes**
 - Beratung und Vermittlung
 - Arbeitsassistenten
 - Kraftfahrzeughilfe
 - Mobilitätshilfen
 - Stehpulte und höhenverstellbare Schreibtische
- **Berufliche Bildungsmaßnahmen**
 - Ausbildung
 - Weiterbildung (z. B. Umschulung oder Fortbildung)
 - Integrationsmaßnahmen
- **Leistungen an ArbeitgeberInnen**
 - Zuschuss zur Probebeschäftigung
 - Zuschuss zur betrieblichen Weiterbildung
 - Zuschuss zur behinderungsgerechten Ausstattung
- **Ergänzende Leistungen**
 - Übergangsgeld
 - Reisekosten
 - Haushaltshilfe



Tipps

Beschäftigte mit anerkannter Schwerbehinderung oder Gleichstellung haben Anspruch auf eine behinderungsgerechte Arbeitsplatzausstattung. Der technische Beratungsdienst des Integrations- oder Inklusionsamtes berät und unterstützt Sie.



Für die Beratung von schwerbehinderten Menschen im Arbeitsleben ist das Integrations- oder Inklusionsamt in Zusammenarbeit mit den zugehörigen Fachdiensten zuständig. Sie finden das für Sie zuständige Amt unter: www.integrationsaemter.de > Kontakt > Postleitzahl Ihres Arbeitsplatzes eingeben

4.3. Schwerbehinderung und berufliche Nachteilsausgleiche

Der Schwerbehindertenausweis eröffnet Ihnen zum einen den besonderen Kündigungsschutz im Berufsleben und zum anderen eine Reihe von Entlastungsmöglichkeiten. Zudem besteht die Möglichkeit von integrativen Maßnahmen am Arbeitsplatz.

Die folgenden Nachteilsausgleiche stehen Ihnen zur Verfügung:

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben

Die „Begleitenden Hilfen“ im Arbeitsleben sind Aufgabe der Integrations- und Inklusionsämter. Mit den Integrations- und Inklusionsfachdiensten bieten sie eine umfassende Beratung für schwerbehinderte Menschen und ArbeitgeberInnen an.

Die folgende Tabelle listet beispielhaft einige Hilfen auf:

FINANZIELLE LEISTUNGEN FÜR DEN ARBEITNEHMER	FINANZIELLE LEISTUNGEN FÜR DEN ARBEITGEBER
Kraftfahrzeughilfen • Beschaffung eines Kfz • Behinderungsbedingte Zusatzausstattung • Fahrerlaubnis Wohnungshilfen • Beschaffung • Anpassung • Umzug	• Zuschuss zur Ausbildungsvergütung • Zuschuss zu den Lohnkosten • Einstellungszuschuss bei Neugründung • Behinderungsgerechte Einrichtung • Leistungen bei außergewöhnlicher Belastung • Schaffung neuer Arbeitsplätze



Tipps

Begleitende Hilfen werden von den Integrations- und Inklusionsämtern gewährt, um die soziale Stellung und die Wettbewerbsfähigkeit von schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zu sichern, Probleme zu beseitigen (z. B. technische oder organisatorische Schwierigkeiten) und Arbeitsplätze durch Sach- und Geldleistungen an ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen zu verbessern bzw. zu erhalten.

Befreiung von Mehrarbeit

Als anerkannt schwerbehinderter Mensch sind Sie auf Ihr Verlangen von der Mehrarbeit freizustellen. Mehrarbeit ist die Arbeit, die werktäglich über die gesetzliche Arbeitszeit von acht Stunden hinausgeht.

Besonderer Kündigungsschutz

Ab sechsmonatiger Betriebszugehörigkeit steht Ihnen aufgrund Ihres Schwerbehindertenstatus ein erhöhter Kündigungsschutz zu. Ihnen darf nur gekündigt werden, wenn Ihre Arbeitgeberin oder Ihr Arbeitgeber zuvor das zuständige Integrationsamt informiert und dessen Zustimmung eingeholt hat. Ohne die Zustimmung des Integrationsamtes ist die Kündigung unwirksam. Der besondere Kündigungsschutz gilt auch in Kleinbetrieben!

Ermäßigung der Pflichtstunden für LehrerInnen

Als Lehrerin oder Lehrer erhalten Sie mit anerkannter Schwerbehinderteneigenschaft eine Ermäßigung Ihrer Schulpflichtstunden. Die genauen Bestimmungen sind durch die jeweiligen Landesgesetze geregelt.

Fahrten zur Arbeitsstätte

Liegt ein GdB ab 50 und das Merkzeichen „G“ oder „aG“ oder ein GdB ab 70, dann ohne Merkzeichen vor, können Sie Fahrtkosten zur Arbeit im Rahmen Ihrer Steuererklärung auf zwei Arten geltend machen: entweder mit der allgemeinen Kilometerpauschale von 30 Cent pro gefahrenen Kilometer oder aber mit den tatsächlichen Fahrtkosten (= individueller Kilometersatz). Wählen Sie die Pauschale, können Sie, im Gegensatz zu nicht behinderten ArbeitnehmerInnen, auch Unfallkosten oder Beschädigungen, die während der Fahrt zur Arbeit entstehen, als Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastung geltend machen. Bei Ansatz der tatsächlichen Kosten können Sie auch Parkgebühren an der Arbeitsstätte als Werbungskosten geltend machen.

Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte

Schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch auf Teilzeitarbeit, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art und Schwere der Behinderung notwendig ist.

Zusatzurlaub

Aufgrund der Schwerbehinderteneigenschaft steht Ihnen ein Zusatzurlaub von i. d. R. fünf bezahlten Urlaubstagen pro Jahr zu.



Von was lebe ich, wenn ich aufgrund der Erkrankung nicht mehr arbeiten kann?

Rund ums Geld

Eine Frage, die Menschen im Umfeld einer kardiologischen Krankheit unter Umständen sehr belastet, ist finanzieller Art. Von was lebe ich/leben wir, wenn ich aufgrund der Erkrankung nicht mehr arbeiten kann?

Folgende Geldmittel können Sie im Verlauf Ihrer Erkrankung erhalten bzw. beantragen:

- **Lohnfortzahlung** (bis zu sechs Wochen)
- **Krankengeld** (maximal 78 Wochen)
- **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** – „Nahtlosigkeitsregelung“ (Je nach Arbeitslosengeldanspruch. Wobei die Arbeitsagentur die Betroffenen unverzüglich auffordern muss, dass ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt werden muss.)
- **Erwerbsminderungsrente** (bei Erfüllung aller Anspruchsvoraussetzungen) **oder**
- **existenzsichernde Leistungen** (Grundsicherung, Bürgergeld oder Sozialhilfe bei Bedürftigkeit)
- **Wohngeld** (bei Bedarf) und
- **Kinderzuschlag** (bei Bedarf)

5.1. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlung)

Wenn Sie erkranken und arbeitsunfähig sind, haben Sie zunächst Anspruch auf Lohnfortzahlung. Dieses Recht tritt in Kraft, sobald Sie ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von vier Wochen aufweisen können. Der gesetzliche Anspruch auf Entgeltfortzahlung beträgt für dieselbe Erkrankung sechs Wochen, danach folgt in der Regel Krankengeld. Sie müssen Ihrer Arbeitgeberin oder Ihrem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen, dass Sie arbeitsunfähig sind und je nach Dauer eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen. Die Lohnfortzahlung beträgt 100% Ihres bisherigen Arbeitsentgeltes.



Tipps

Erkranken Sie in den ersten vier Wochen bei einer neuen Arbeitsstelle, so greift die Lohnfortzahlung noch nicht. In diesem Fall zahlt Ihre Arbeitgeberin oder Ihr Arbeitgeber die tatsächlich gearbeiteten Tage und Sie haben im Anschluss Anspruch auf Krankengeld über Ihre Krankenkasse.

5.2. Krankengeld

Die Krankenkasse zahlt Krankengeld

- bei Arbeitsunfähigkeit,
- nach Ablauf der Lohnfortzahlung,
- für längstens 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren, wegen derselben Erkrankung.

Allerdings ist die Krankenkasse **nicht verpflichtet**, 78 Wochen Krankengeld zu zahlen. Stellt sich nach einem ärztlichen Gutachten heraus, dass Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse Sie auffordern, innerhalb von zehn Wochen einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht nach, ruht Ihr Anspruch auf Krankengeld. Besonders wichtig: Ein Reha-Antrag wird automatisch zum Rentenanspruch umgedeutet, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit nicht mehr hergestellt werden kann.



Tipps

- Die Zeiten der Lohnfortzahlung und die des Übergangsgeldes, z. B. während einer Reha, werden auf die 78 Wochen Krankengeldanspruch angerechnet.
- Waren Sie länger krank? Dann macht es Sinn, die Arbeit über eine Stufenweise Wiedereingliederung wieder aufzunehmen, bei der die Arbeitszeit langsam auf das bisherige Maß gesteigert wird. (s. Kapitel 4.1)

5.3. Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit – „Nahtlosigkeitsregelung“ (§145 SGB III)

Ist Ihr Anspruch auf Krankengeld aufgebraucht, können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit arbeitslos melden, obwohl Sie weiterhin krank sind und obwohl Sie einen Arbeitsplatz haben (§ 145 SGB III). Die sogenannte Nahtlosigkeitsregelung wurde geschaffen, um sicherzustellen, dass Menschen nicht aus den sozialen Sicherungssystemen herausfallen.

Anspruch auf diese Form des Arbeitslosengeldes nach § 145 SGB III hat,

- wer keinen Anspruch (mehr) auf Krankengeld hat und
- noch keine Rentenzahlung erhält, auch wenn das Arbeitsverhältnis fortbesteht!

5.4. Vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Dann haben Sie Anspruch auf eine vorgezogene Altersrente. Ab dem Geburtsjahrgang 1964 können Sie abschlagsfrei (= ohne Abzüge) mit 65 Jahren in Rente gehen. Sind Sie zwischen 1952 und 1963 geboren, dann erhöht sich Ihre Altersgrenze für die vorgezogene Altersrente bei Schwerbehinderung von 63 auf 65 Jahre.

Die Altersgrenze, ab der Sie die Rente frühestens erhalten können, steigt parallel dazu von 60 auf 62 Jahre. Für jeden Monat, den Sie vorzeitig in Rente gehen, werden Ihnen 0,3% abgezogen. Das bedeutet, dass sich ein maximaler Abschlag von 10,8% ergeben kann. Dieser Abzug ist dauerhaft!



Tipps

- Dieses Arbeitslosengeld wird – genau wie das Krankengeld – mit der Rentennachzahlung verrechnet.
- Der Arbeitsplatz sollte keinesfalls gekündigt werden, da dieser gegebenenfalls (z. B. bei Bewilligung einer Zeitrente) erhalten bleiben muss.
- Weitere Informationen erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit.



Tipps

- Wenn Sie diese Regelung in Anspruch nehmen und Ihre Schwerbehinderung während des Rentenbezugs aberkannt wird, bleibt der Rentenanspruch weiter bestehen.
- Auskünfte erteilen die Rentenberatungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Thema Rente.

5.5. Erwerbsminderungsrente

Tipps



Eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) wird in der Regel „auf Zeit“ gewährt. Liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die EM-Rente nicht mehr vor, kann die Rente entzogen bzw. nicht weiterbewilligt werden.

Falls es Ihnen aufgrund Ihrer Erkrankung nicht möglich ist, weiter berufstätig zu sein, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei der Rentenversicherung beantragen.

Die EM-Rente richtet sich nach Ihrem gesundheitlichen Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt:

- Liegt Ihre Arbeitsfähigkeit **unter drei Stunden pro Tag**, besteht ein Anspruch auf eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**.
- Liegt Ihre Arbeitsfähigkeit bei **drei bis unter sechs Stunden pro Tag**, besteht ein Anspruch auf eine **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung**.
- Liegt Ihre Arbeitsfähigkeit bei sechs Stunden pro Tag und darüber, besteht kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente.

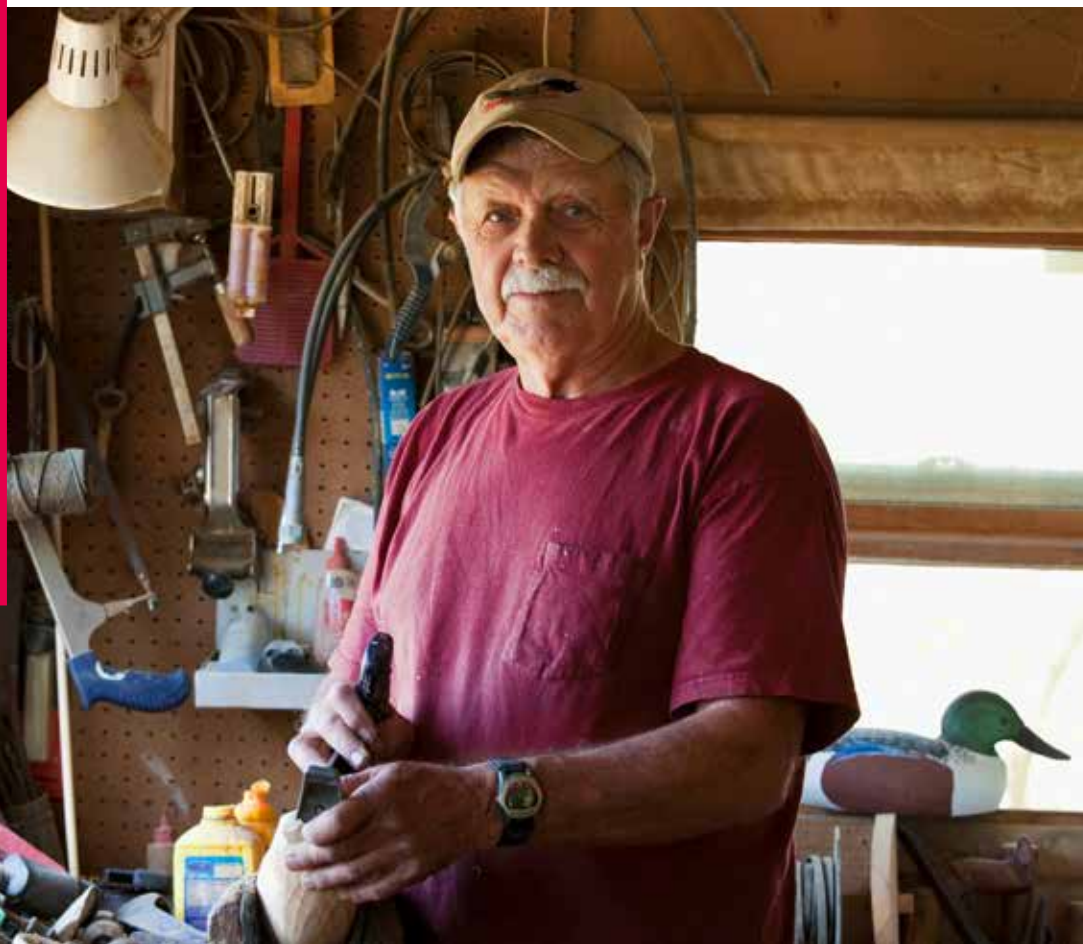
Ihre Leistungsfähigkeit wird in der Regel durch ein medizinisches Gutachten beurteilt. Neben den gesundheitlichen Voraussetzungen müssen zusätzlich bestimmte **versicherungsrechtliche Voraussetzungen** für den Erhalt der Rente vorliegen:

- Allgemeine Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.
- Drei Jahre Pflichtversicherungszeit in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.

Tipps



Die jährlichen Hinzuverdienstgrenzen für EM-Renten wurden zum 1.1.2025 erhöht. Sie orientieren sich an der monatlichen Bezugsgröße und betragen beispielsweise für eine volle EM-Rente im Jahr 2025 rund 19.661 Euro. Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Rentenversicherung über die Höhe Ihres rentenunschädlichen Hinzuverdienstes.



Dabei richtet sich die Bewilligung der EM-Rente danach, ob Sie einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können. Es ist also nicht von Belang, ob Sie Ihren erlernten Beruf noch ausüben können. Diesen Berufsschutz müssen Sie privat absichern. Ausnahmen gibt es für Menschen, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind.



Tipps

- Sind Sie vor dem 2. Januar 1961 geboren, gibt es für Sie nach wie vor einen Berufsschutz. Sie erhalten eine halbe EM-Rente, wenn Sie krankheitsbedingt Ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können.
- Wenn Sie das Alter für die Regelaltersrente erreichen, wird Ihre EM-Rente in eine Regelaltersrente umgewandelt.
- Wenn Ihre EM-Rente unter dem Existenzminimum liegt, können Sie ergänzend Grundsicherungsleistungen beantragen. Liegt sie knapp darüber, kommen eventuell Wohngeld und/oder der Kinderzuschlag als staatliche Zuschüsse in Betracht. Erkundigen Sie sich bitte bei der Wohngeldbehörde oder der Familienkasse.

5.6. Bürgergeld, Grundsicherung und Sozialhilfe

Nicht selten geraten Menschen wegen einer kardiologischen Erkrankung in finanzielle Not. Das hängt mit den krankheitsbedingten Mehrausgaben und den finanziellen Einbußen beim Einkommen zusammen. Sollten auch Sie davon betroffen sein, dann können Sie unter Umständen eine der drei im folgenden vorgestellten Leistungen beantragen. Diese greifen, wenn alle anderen Sicherungssysteme nicht greifen und der Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann. Welche der drei Hilfearten Ihnen zusteht, hängt von Ihrem Alter und Ihrer Erwerbsfähigkeit ab.

Folgende Leistungsarten stehen zur Verfügung:

- Bürgergeld
- Sozialhilfe (hier: Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung

Allen gemein ist, dass sie nur im Falle von Bedürftigkeit geleistet werden. Das bedeutet, dass man die Leistung nur erhält, wenn z. B. die Rente oder das Gehalt für den Lebensunterhalt nicht ausreichen. Die Zuordnung erfolgt über das Kriterium der Erwerbsfähigkeit, wie die folgende Übersicht verdeutlicht.

Wer erhält welche Leistung, von welchem Träger?

SOZIALHILFE/HILFE ZUM LEBENSUNTERHALT	GRUNDSICHERUNG IM ALTER UND BEI DAUERHAFTER ERWERBSMINDERUNG	BÜRGERGELD
Zeitweise voll erwerbsgeminderte Menschen (befristete EM-Rente)	• Ältere Menschen ab der Altersgrenze für die Regelaltersrente • Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen (unbefristete EM-Rente)	Erwerbsfähige Personen ab dem 15. Lebensjahr bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente • Erwerbstätige Menschen (Aufstockung) • Arbeitslose Menschen • Teilweise erwerbsgeminderte Menschen (3–6 h Arbeitsfähigkeit/Tag)
Zuständig ist das Sozialamt	Zuständig ist das Sozialamt	Zuständig ist das Jobcenter

Eine alleinstehende Person erhält 2025 in allen drei Leistungsarten 563 Euro (= Regelsatz für eine alleinstehende Person) + Kosten der (angemessenen) Unterkunft + Heizung.

Bei der Berechnung des Anspruchs werden das eigene Einkommen (und Vermögen) sowie das des Ehe- bzw. Lebenspartners angerechnet. Hierbei werden unterschiedliche Freibeträge berücksichtigt. Der Unterhaltsrückgriff auf andere Angehörige (z. B. Kinder) besteht erst, wenn diese mehr als 100.000 Euro jährlich verdienen.



Infos:

- Schildern Sie den MitarbeiterInnen der zuständigen Leistungsbehörde immer Ihre individuelle Gesamtsituation. Eventuell können Sie Mehrbedarfe, Sonderbedarfe oder Einmalleistungen beantragen.
- Wenn Sie mit Ihrem Einkommen knapp über den existenzsichernden Leistungen liegen, kommen vielleicht **Wohngeld und/oder der Kinderzuschlag** als staatliche Zuschüsse für Sie in Frage. Sie beantragen diese Leistungen bei den Wohngeldbehörden und den Familienkassen.
- Nutzen Sie die Informationsmöglichkeiten der Sozialämter und Jobcenter.

5.7. Wohngeld

Wenn Sie mit Ihrem Einkommen über den Grundsicherungsleistungen liegen, kommt eventuell Wohngeld als staatlicher Zuschuss für Sie in Frage. Sie können Wohngeld entweder als Mietzuschuss erhalten, wenn Sie Mieterin oder Mieter einer Wohnung sind oder als Lastenzuschuss, wenn Sie Eigentümerin oder Eigentümer eines Hauses oder einer Wohnung sind. Voraussetzung ist, dass Sie den Wohnraum selbst bewohnen. Die Höhe des Wohngeldes ist abhängig von der Anzahl der Bewohner, deren Gesamteinkommen und der Höhe der zuschussfähigen Miete oder Belastung. Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate gewährt. Achten Sie darauf, dass Sie den Neuantrag rechtzeitig stellen.

Für schwerbehinderte Menschen wird bei der Berechnung des Jahreseinkommens ein Freibetrag von 1.800 Euro abgezogen, wenn

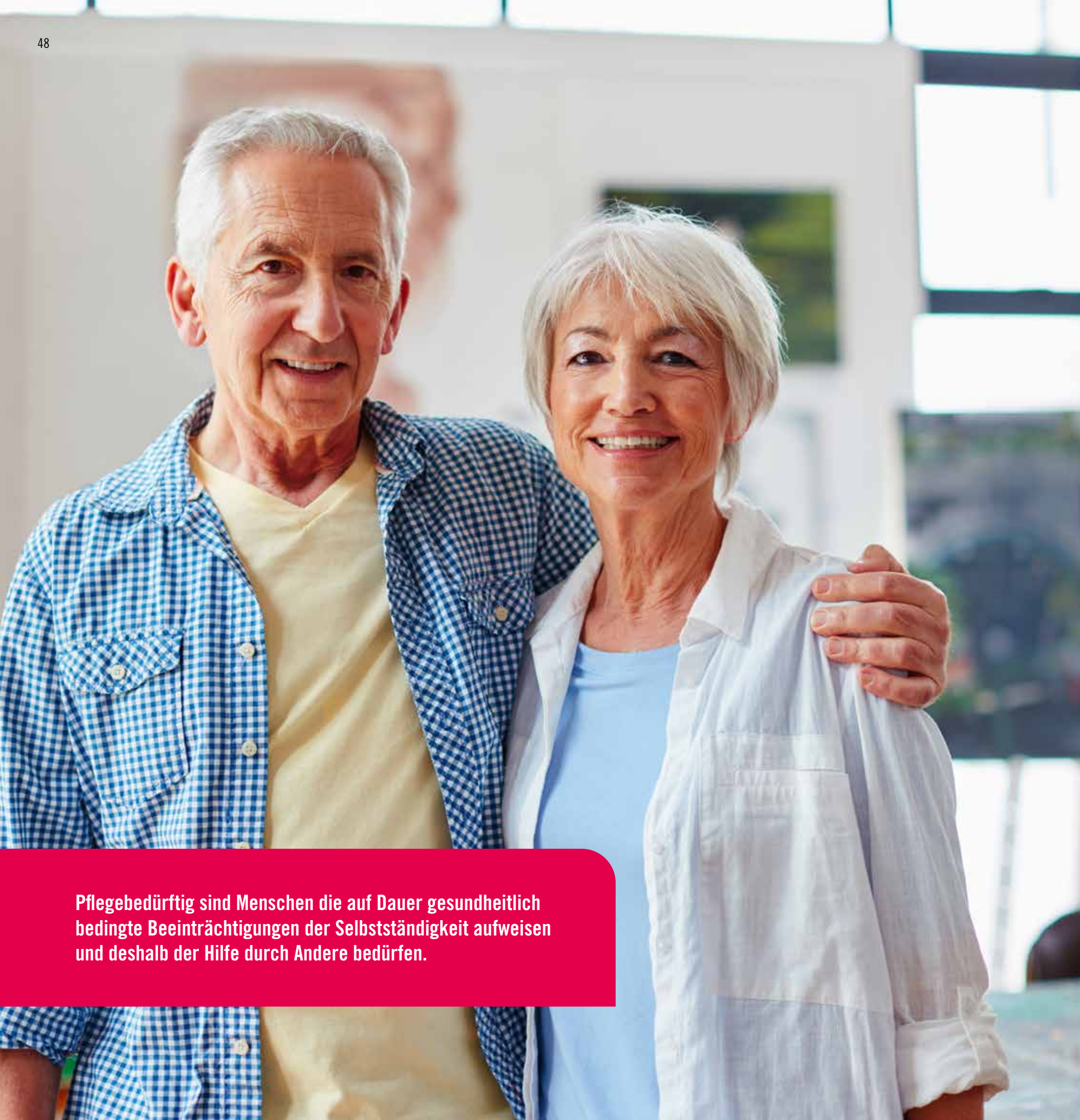
- ein Grad der Behinderung von 100 vorliegt oder
- ein Grad der Behinderung von mindestens 50 vorliegt und Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitiger häuslicher Pflege oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege.



Tipps

Ihre Stadt- oder Gemeindeverwaltung nennt Ihnen die für Sie zuständige Stelle bzw. die zuständige Wohngeldbehörde.





Pflegebedürftig sind Menschen die auf Dauer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch Andere bedürfen.

Rund um die Pflegeversicherung

Im Rahmen der Pflegeversicherung gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat krankenversicherten Menschen. Wer gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen.

Es gilt der Leitsatz: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung, d. h. Sie sind dort pflegeversichert, wo Sie krankenversichert sind. Die Leistungen der Pflegeversicherung können Sie in Anspruch nehmen, wenn Sie voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr lang gepflegt werden müssen.



Im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden Sie alle wichtigen Regelungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung.

Beratung erhalten Sie bei den Pflegestützpunkten.

6.1. Beurteilung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit wird von der Pflegekasse festgestellt. Hierfür beauftragt sie den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter. Diese Feststellung ist die zwingende Voraussetzung, um Leistungen zu erhalten. Eingestuft wird in **fünf Pflegegrade**, die sich aus dem Grad der Selbstständigkeit ergeben.

Wer ist pflegebedürftig?

Pflegebedürftig sind Menschen, die auf Dauer (**mindestens sechs Monate**) gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die

- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder
- gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen

nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Wer pflegebedürftig ist, wird von der Pflegekasse unterstützt. Die Höhe der Leistungen hängt von dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und dem zuerkannten Pflegegrad ab.

Tipps



Viele Menschen mit einer geringen Pflegebedürftigkeit, bekommen den Pflegegrad 1 zuerkannt. Auch wenn der Pflegegrad 1 kein vollwertiger Pflegegrad mit allen Leistungen ist, ermöglicht er dennoch einige finanzielle Zuschüsse und Vorteile.

6.2. Einstufung Pflegegrad

Es gibt fünf Pflegegrade, die vom Grad der Selbstständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen abhängen.

PFLEGEGRAD	BEEINTRÄCHTIGUNG
1	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
3	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
4	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
5	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

6.3. Leistungen der Pflegekasse

PFLEGEGRAD	PFLEGEGELD monatlich (Pflege durch Angehörige)	PFLEGE-SACHLEISTUNG monatlich (Pflege durch einen Pflegedienst)	TAGES- UND NACHTPFLEGE monatlich	VOLLSTATIONÄRE PFLEGE monatlich	ENTLASTUNGS-BETRAG*
1	-	-	-	-	131 €
2	347 €	796 €	720 €	805 €	131 €
3	599 €	1.497 €	1.357 €	1.319 €	131 €
4	800 €	1.859 €	1.685 €	1.855 €	131 €
5	990 €	2.299 €	2.085 €	2.096 €	131 €

* Für Angebote zur Entlastung der Pflegenden, zur Entlastung im Alltag und zur Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen.

Weitere Leistungen der Pflegekasse:

- Kurzzeitpflege
- Pflegehilfsmittel
- Ersatz- oder Verhinderungspflege
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds von bis zu 4.180 Euro
- Wohngruppenzuschlag von 224 Euro für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen
- Pflegeberatung
- Pflegekurse für pflegende Angehörige
- Soziale Absicherung der Pflegeperson unter bestimmten Voraussetzungen



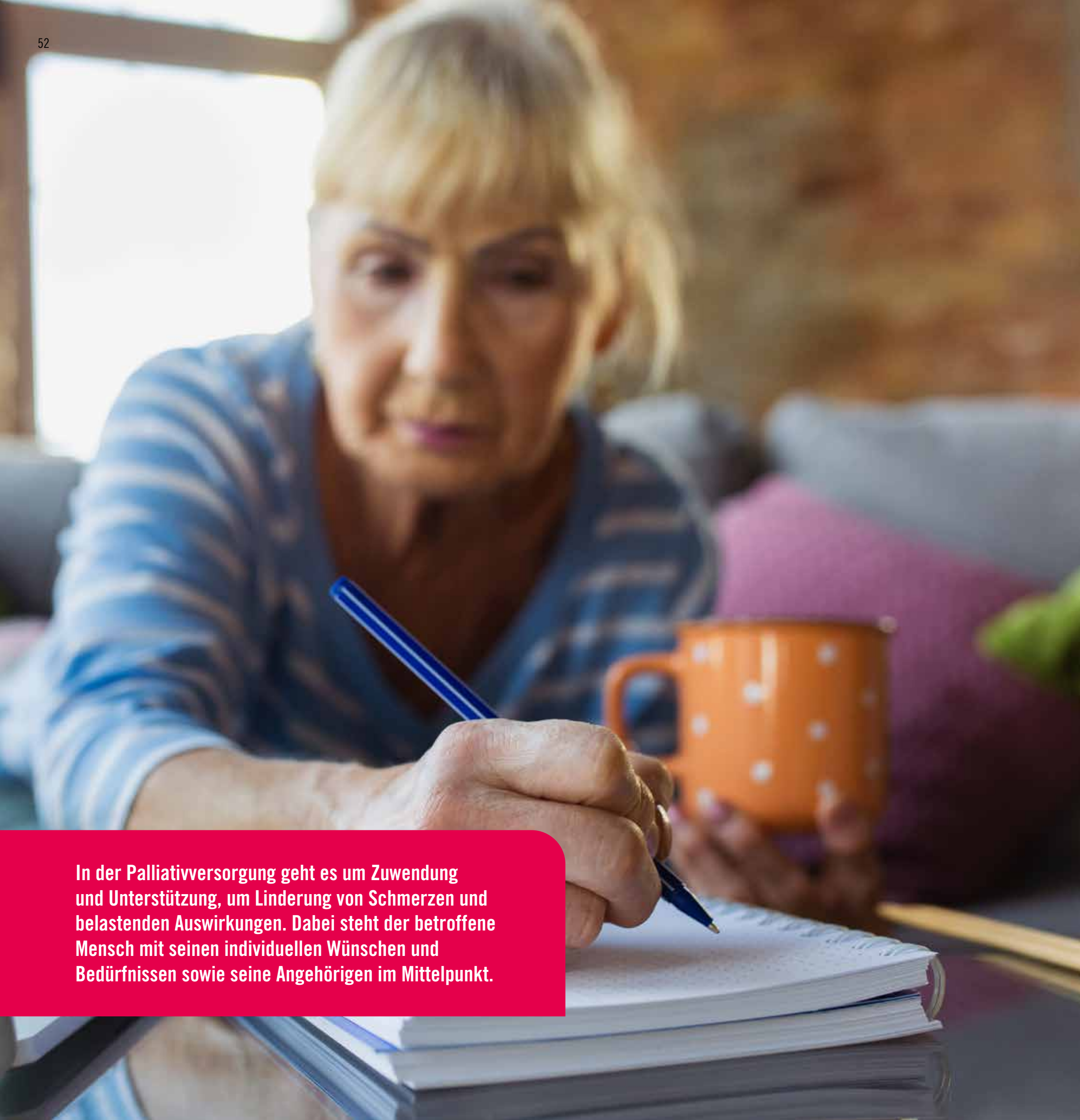
Nutzen Sie die Informationsangebote der Pflegekassen, der Pflegestützpunkte und das Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema Pflege.

Broschüren können Sie beim Bundesgesundheitsministerium bestellen oder direkt herunterladen: www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Unsere Publikationen > Pflege



Tipps

Mit einem Pflegegrad gewährt Ihnen die Pflegekasse auf Antrag und nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst u. U. einen Zuschuss für ein **Hausnotrufsystem**. Mit einem solchen System können Sie im Falle eines medizinischen Notfalls oder auch eines Sturzes schnell Hilfe erhalten.



In der Palliativversorgung geht es um Zuwendung und Unterstützung, um Linderung von Schmerzen und belastenden Auswirkungen. Dabei steht der betroffene Mensch mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen im Mittelpunkt.

Rund um die palliative Versorgung

Auch wenn eine kardiologische Erkrankung nicht mehr ausheilt, können viele Betroffene noch über einen langen Zeitraum ein gutes und selbstbestimmtes Leben führen. Wenn deutlich wird, dass die Lebenserwartung des betroffenen Menschen begrenzt ist, setzt die palliative Versorgung ein und das Behandlungsziel verändert sich. Im Vordergrund stehen nun die Linderung der Symptome und die Lebensqualität – nicht die Verlängerung der Überlebenszeit.

In der Palliativversorgung geht es um Zuwendung und Unterstützung, um Linderung von Schmerzen und belastenden Auswirkungen. Dabei steht der betroffene Mensch mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen im Mittelpunkt. Die Palliativmedizin umfasst auch die Sterbe- und Trauerbegleitung, ist aber nicht darauf begrenzt.



Adressen zur palliativen Versorgung finden Sie im „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung“.

Auch die Ersatzkassen stellen eine Seite zur Verfügung, auf der man regionale Angebote aus der Hospiz- und Palliativversorgung finden kann: www.hospizlotse.de

7.1. Palliative Versorgung im ambulanten Bereich

Zur ambulanten Palliativversorgung gehört in erster Linie die kontinuierliche Versorgung durch Haus- und FachärztInnen sowie Pflegedienste. Andere Berufsgruppen, wie z. B. SeelsorgerInnen und SozialarbeiterInnen kommen bei Bedarf hinzu. Die meisten schwerstkranken und sterbenden Menschen werden in der allgemeinen Versorgung betreut.

Ergänzend zu dieser Versorgungsstruktur können die nachfolgenden Dienste in Anspruch genommen werden.

7.1.1. Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die ambulante Palliativversorgung wird durch ambulante Dienste abgedeckt. Sie übernehmen die medizinische und pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der häuslichen Umgebung und sind rund um die Uhr erreichbar. Die ambulanten Palliativdienste ergänzen die örtlichen Pflegedienste und Sozialstationen.

7.1.2. Ambulante Hospizdienste

Neben den professionellen Diensten ist der ambulante Hospizdienst ein ehrenamtliches Angebot, das schwer kranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen unterstützend und begleitend zur Seite steht. Nach einer intensiven Ausbildung stehen die ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen den Betroffenen zu Hause, aber auch in stationären Einrichtungen zur Verfügung.

Die HelferInnen besuchen die Menschen regelmäßig, bringen Zeit, Ruhe und ein offenes Ohr mit, entlasten und unterstützen die Kranken und ihre Angehörigen. Sie begleiten durch die Trauer und stellen sich ganz auf die gegebene Situation und die Bedürfnisse der Menschen ein. Die Begleitung setzt aber nicht erst ein, wenn das Sterben absehbar ist. Vielmehr kann der ambulante Hospizdienst auch schon zu einem früheren Zeitpunkt eingeschaltet werden, z. B. als GesprächspartnerIn in der Auseinandersetzung um Krankheit, Schmerz, Abschied, Tod und Trauer.

7.1.3. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn sie aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung eine begrenzte Lebenserwartung haben und einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen. Ein besonderer Bedarf besteht dann, wenn ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt und spezielle palliative Kenntnisse zur Versorgung erforderlich sind. Dies sind z. B. starke Luftnot, ausgeprägte Schmerzsymptomatik oder eine ausgeprägte psychiatrische Symptomatik. Die SAPV steht den Betroffenen rund um die Uhr als Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft zur Verfügung. Sollte sich die Situation wieder verändern, kann die SAPV auch beendet werden und zu einem späteren Zeitpunkt wieder einsetzen. Zur SAPV müssen keine Zuzahlungen geleistet werden.

7.2. Palliative Versorgung im stationären Bereich

7.2.1. Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind Einrichtungen, die schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase umfassend, d. h. medizinisch, pflegerisch, sozial und, wenn gewünscht, auch spirituell begleiten und betreuen. Die Kosten werden von den Krankenkassen, den Pflegekassen und den Hospizträgern getragen. PatientInnen müssen nichts zuzahlen.

7.2.2. Palliativstationen

In den Krankenhäusern sind Palliativstationen Abteilungen, auf denen die körperlichen Beschwerden von schwerstkranken Menschen behandelt werden. Zudem werden Betroffene durch eine Vielzahl von psychosozialen Angeboten unterstützt (z. B. Sozialdienst, Ernährungsberatung, Seelsorge, Kunsttherapie). Die Aufnahme erfolgt meist für einen begrenzten Zeitraum. Die weitere Versorgung wird vor der Entlassung durch den Sozialdienst in Absprache mit den Angehörigen organisiert. Hat sich der akute Zustand stabilisiert, können die meisten Menschen nach Hause zurückkehren oder sie werden in einem Hospiz weiterversorgt.



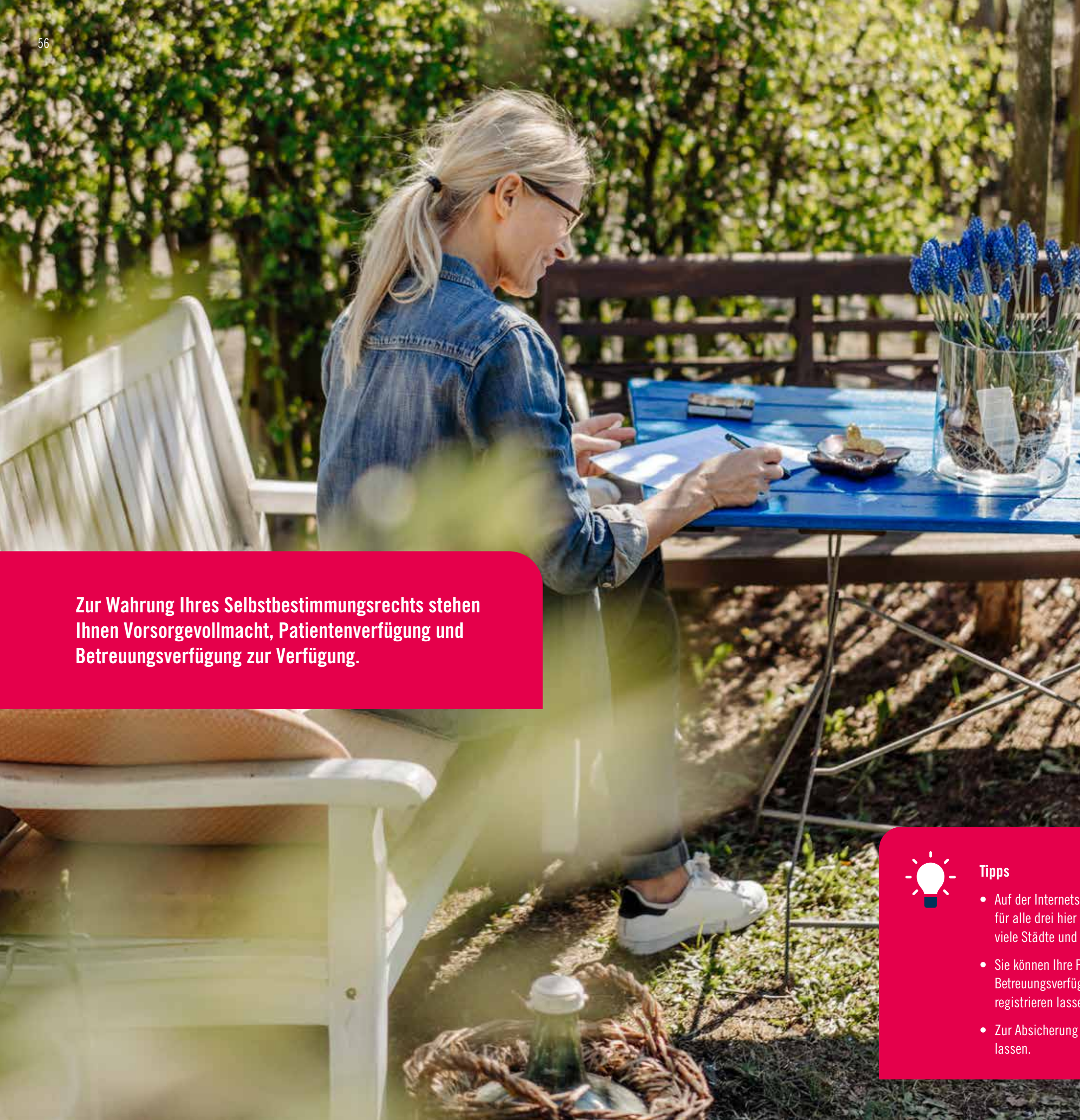
Tipps

- Die SAPV kann ergänzend auch in einem Pflegeheim erbracht werden.
- Informationen erhalten Sie in den oben genannten Wegweisern zur Hospiz- und Palliativversorgung, bei Ihrer Krankenkasse, den ambulanten Hospizdiensten oder der Palliativstation im Krankenhaus.



Tipps

Krankenhäuser, in denen es keine Palliativstation gibt, haben meist einen palliativen Konsiliardienst, der die Betroffenen auf der jeweiligen Station in Zusammenarbeit mit dem Team vor Ort betreut.



Zur Wahrung Ihres Selbstbestimmungsrechts stehen Ihnen Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung zur Verfügung.

Rund um die Vorsorge-möglichkeiten

Jeder Mensch kann in eine Lebenssituation geraten, in der er vorübergehend oder auf Dauer keine eigenständigen Entscheidungen mehr treffen kann. Dieser Fall kann aufgrund einer kardiologischen Krankheit eintreten, aber auch durch einen Unfall oder im Alter könnte die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen beeinträchtigt werden.

Stehen dann rechtsverbindliche Entscheidungen oder Erklärungen an, braucht es jemanden, der an Ihrer Stelle bestimmt oder aber ein Dokument, in dem Sie festgelegt haben, wie nun gehandelt werden soll. Denn volljährige Menschen haben langfristig keinen (automatischen) Vertreter. So darf auch Ihr Ehemann oder Ihre Ehefrau nur in Gesundheitsangelegenheiten und auch nur für maximal 6 Monate (Notvertretungsrecht) für Sie entscheiden. Danach entscheidet ein Gericht, wer Sie vertreten soll. Das wiederum bedeutet, dass Sie im Vorfeld überlegen sollten, wen Sie bevollmächtigen möchten, da sonst über das Betreuungsgericht, spätestens nach 6 Monaten, eine Betreuerin/ein Betreuer eingesetzt wird. Zur umfassenden Wahrung Ihres Selbstbestimmungsrechts stehen Ihnen die nachfolgend dargestellten Dokumente Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung zur Verfügung.



Tipps

- Auf der Internetseite des Bundesjustizministeriums (www.bmjv.de) können Sie im Publikationsbereich für alle drei hier vorgestellten Vorsorgedokumente einen Vordruck herunterladen. Außerdem halten viele Städte und Gemeinden, aber auch Hospizvereine und andere Organisationen Vordrucke bereit.
- Sie können Ihre Patientenverfügung zusammen mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registrieren lassen.
- Zur Absicherung Ihrer Dokumente können Sie diese für ca. 10 Euro bei einer Behörde beglaubigen lassen.



Einen Vordruck finden Sie beim Bundesjustizministerium unter:

www.bmjbv.de > Publikationen > Formulare, Muster und Vordrucke

8.1. Vorsorgevollmacht

Mit Hilfe einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen. Je nach Festlegung können Sie einen anderen Menschen umfassend oder in abgegrenzten Bereichen bevollmächtigen.

Allerdings reicht eine Generalvollmacht nach dem Motto „Ich bevollmächtige meinen Ehemann für alle meine Angelegenheiten.“ nicht aus. Achten Sie unbedingt darauf, dass bestimmte Angelegenheiten explizit aufgeführt sind, z. B. ärztliche Maßnahmen oder Vertretung in gerichtlichen Verfahren. Sollten Sie hier keine differenzierte Darstellung verwenden, bekommen Sie in den nicht benannten Aufgabenfeldern eine gesetzliche Betreuerin oder einen gesetzlichen Betreuer zugeordnet. Das kann dann Ihr Angehöriger sein (soll es eigentlich auch), muss es aber nicht unbedingt. Darüber hinaus wird empfohlen, dass die Vollmacht über den Tod hinaus gültig ist, so dass Ihre Bevollmächtigte bzw. Ihr Bevollmächtigter handlungsfähig bleibt. Außerdem empfiehlt es sich, eine Vollmacht Ihrer Bank beizufügen, da die meisten Banken nur ihre bankeigenen Vordrucke akzeptieren.

Die Vorsorgevollmacht sollte schriftlich vorliegen und von Ihnen unterschrieben sein. Auch Ihre Bevollmächtigte bzw. Ihr Bevollmächtigter sollte unterschreiben. Eine notarielle Beurkundung ist nicht vorgeschrieben, wird aber von Behörden unter Umständen verlangt. Bei Grundstücksgeschäften ist die notarielle Beurkundung der Vollmacht allerdings verpflichtend.

Bedenken Sie bitte, dass Ihre Vollmachtsurkunde im Fall der Fälle auch auffindbar ist und dass vor allem Ihre Bevollmächtigte bzw. Ihr Bevollmächtigter im Ernstfall Zugriff darauf hat. Entweder händigen Sie ihr/ihm diese schon im Vorfeld aus oder aber Sie stellen sicher, dass alle Beteiligten wissen, wo die Vollmacht zu finden ist.

8.2. Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung verfassen Sie, um Ihre medizinischen Behandlungswünsche für den Fall zu dokumentieren, dass Sie sich selbst nicht äußern können. Zusätzlich können Sie eine Person benennen, die Ihre niedergelegten Wünsche vertritt. Erstellen Sie eine möglichst individuelle und persönliche Patientenverfügung, in der Sie auch Ihre Wertvorstellungen festhalten. Dabei ist das gedankliche Vorwegnehmen solcher Situationen und die Auseinandersetzung mit den existenziellen Fragen sicherlich nicht immer einfach, macht aber auch die Tragweite des Festgelegten deutlich.

Eine Patientenverfügung ist umso aussagekräftiger,

- **je verständlicher und nachvollziehbarer Sie Ihre Wünsche formulieren.**
Sprechen Sie Ihre Patientenverfügung mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt durch, um sicherzustellen, dass Ihre BehandlerInnen wissen, was Sie gemeint haben. Sinnvoll ist hierfür, dass Sie neben der reinen Ankreuzvariante eine ausformulierte Darstellung Ihrer Wertvorstellungen beifügen.
- **je aktueller sie ist.**
Denn umso deutlicher wird auch, dass das Dokument Ihren gegenwärtigen Willen widerspiegelt. Die zeitliche Nähe wird vom Gesetz nicht verlangt, macht es aber allen Beteiligten leichter. Sie erreichen Aktualität, indem Sie das Dokument alle zwei Jahre erneut überprüfen und unterschreiben.
- **je konkreter Sie Ihre Verfügung auf die vorliegende Erkrankung und deren möglichen Verlauf beziehen.**
Im Verlauf Ihrer Erkrankung können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt die mögliche Weiterentwicklung besprechen. Sie können dann der Patientenverfügung eine Ergänzung hinzufügen, in der Sie mit ärztlicher Unterstützung Ihre Diagnose(n) aufführen, Ihre aktuelle Behandlung und Medikation dokumentieren und Ihre Wünsche bei auftretenden Komplikationen festhalten.

Formal wird auch bei der Patientenverfügung empfohlen, diese schriftlich zu verfassen und eigenhändig zu unterschreiben. Außerdem sollte ein Zeuge unterschreiben. Erneuern Sie die Unterschriften alle ein bis zwei Jahre, um aufzuzeigen, dass Sie weiterhin am Inhalt festhalten. Eine notarielle Beurkundung ist nicht notwendig.

8.3. Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung sagen Sie dem Betreuungsgericht, wer als Betreuerin oder Betreuer für Sie eingesetzt werden soll, wenn Sie selbst entscheidungs- und handlungsunfähig sind. In der Verfügung können Sie auch festlegen, wer auf gar keinen Fall zu Ihrer Betreuerin/Ihrem Betreuer benannt werden soll. Daneben können Sie bezüglich der Betreuungsführung individuelle Wünsche festhalten. Eine Betreuerin bzw. einen Betreuer brauchen Sie nicht, wenn Sie jemanden bevollmächtigt haben.

Formal wird auch hier empfohlen, dass die Betreuungsverfügung schriftlich verfasst wird und dass Sie sie eigenhändig unterschreiben. Eine notarielle Beurkundung ist nicht nötig, eine behördliche Beglaubigung ist empfehlenswert.



Tipps

Ihre Patientenverfügung können Sie jederzeit widerrufen oder abändern.

Einen Vordruck für die Ergänzung im Fall einer schweren Erkrankung finden Sie, indem Sie in eine Internetsuchmaschine die Stichworte „Ergänzung Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit“ eingeben. Damit können Sie noch zielgerichteter Ihre Wünsche festhalten.



Rund um Beratung und Information

9.1. Selbsthilfe

Die Selbsthilfelandchaft in Deutschland ist vielfältig und bunt und deshalb nicht ganz so leicht einzufangen. Sicherlich fehlt in unserer Aufzählung die eine oder andere Gruppe, weshalb wir Ihnen zu Beginn zwei Suchmöglichkeiten zur Verfügung stellen:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Mail: selbsthilfe@nakos.de

Web: www.nakos.de

Eine Übersicht zu Selbsthilfegruppen erhalten Sie in der grünen Liste von NAKOS

Außerdem werden auf der Seite der **Deutschen Herzstiftung** eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen nach Postleitzahlen aufgeführt.

Web: www.herzstiftung.de

BDO e. V., Bundesverband der Organtransplantierten e. V.

Marktstraße 4

31167 Bockenem

Tel.: 05067/ 24 91 010

Mail: info@bdo-ev.de

Web: www.bdo-ev.de

Defibrillator (ICD) Deutschland e. V.

Richard-Wagner-Straße 29

69214 Eppelheim

Tel.: 06221/ 87 28 994

Mail: geschaeftsstelle@defibrillator-deutschland.de

Web: www.defibrillator-deutschland.de

Herz In Takt – Defi-Liga e. V.

Postfach 48 01 47

48065 Münster

Mail: info@defi-liga.de

Web: www.defi-liga.de

HOCM Deutschland e. V.

Initiative für Menschen mit hypertropher (obstruktiver) Kardiomyopathie (HOCM)

Kurt-Blaum-Straße 70

65934 Frankfurt am Main

Tel.: 069/ 38 03 97 76 (ab 18:00 Uhr)

Mail: kontakt@hocm.de

Web: www.hocm.de

Psychisch belastete Herzpatienten e. V.

Westendstraße 68

80339 München

Tel.: 089/ 20 33 12 24

Mail: kontakt@herz-ohne-stress.de

Web: www.herz-ohne-stress.de

9.2. Verbände und Organisationen

Allgemeine Sozialberatungsstellen

„Rund-um-Beratung“ in sozialen Fragen. Eruiieren von Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Antragsstellung. Meist in kirchlicher Trägerschaft.
Internetsuchmaschine: Allgemeine Sozialberatung + Städtename eingeben

compass private pflegeberatung GmbH

Pflegeberatung für Menschen die privat versichert sind.
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Kostenloses Beratungstelefon: 0800 101 88 00
Tel.: 0221 933320
Mail: info@compass-pflegeberatung.de
Web: www.compass-pflegeberatung.de

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislau fforschung e. V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 6006920
Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreisla uferkrankungen e. V.

Friedrich-Ebert-Ring 38
56068 Koblenz
Tel.: 0261 309231
Mail: info@dgpr.de
Web: www.dgpr.de

Deutsche Herzstiftung e. V.

Bockenheimer Landstraße 94 – 96
60323 Frankfurt a.M.
Tel.: 069 9551280
Mail: info@herzstiftung.de
Web: www.herzstiftung.de

Deutsche Hochdruckliga e. V. (DHL)

Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
Berliner Straße 46
69120 Heidelberg
Tel.: 06221 58855-0
Mail: info@hochdruckliga.de
Web: www.hochdruckliga.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.

Aachener Straße 5
10713 Berlin
Tel.: 030 82007580
Mail: info@dhpv.de
Web: www.dhpv.de

Deutsche Gefäßliga e. V.

Frechener Str. 122
50321 Brühl
Tel.: 02232 7699790
Mail: info@deutsche-gefaessliga.de
Web: www.deutsche-gefaessliga.de

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die EUTBs unterstützen und beraten Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige unentgeltlich zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe.
Web: www.teilhabeberatung.de

DGFF (Lipid-Liga) e.V.

Kuhgasse 9
63571 Gelnhausen
Tel.: 06051 4908418
Mail: info@lipid-liga.de
Web: www.lipid-liga.de

Stiftung DHD (Der herzkrank e Diabetiker)

Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen
Tel.: 05731 973771
Mail: info@stiftung-dhd.de
Web: www.stiftung-dhd.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Schulstraße 22
33311 Gütersloh
Tel.: 05241 97700
Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
Web: www.schlaganfall-hilfe.de

Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte sind wohnortnahe Anlaufstellen, die beraten, unterstützen und bei der Organisation der Pflege behilflich sind.

Internetsuchmaschine: Pflegestützpunkt + Ort eingeben oder Anruf Pflegekasse (Krankenkasse) und zuständigen Pflegestützpunkt erfragen

Sozialverbände

SoVD und VdK sind eingetragene Vereine, die ihren Mitgliedern in Sozialrechtsfragen weiterhelfen und sie auch juristisch unterstützen. Die nächstliegende Vertretung können Sie direkt bei der Bundesgeschäftsstelle erfragen oder im Internet finden (Internetsuchmaschine: VdK oder SoVD + Ort eingeben):

Sozialverband Deutschland e. V.

Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Tel.: 030 7262220
Mail: kontakt@sovd.de
Web: www.sovd.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Linienstraße 131
10115 Berlin
Tel.: 030 92105800
Mail: kontakt@vdk.de
Web: www.vdk.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Bundesweit kostenloses Beratungstelefon für gesetzlich und privat krankenversicherte Menschen:
Tel.: 0800 0117722
Web: www.patientenberatung.de

Quellenangaben Fotos:
Titel: kupicoo/istockphoto.com; S. 11: mixetto/istockphoto.com; S. 12/13: Hinterhaus Productions/gettyimages.com; S. 18: Georgiy Pashin/stock.adobe.com; S. 20/21: Westend61/gettyimages.com; S. 22: kupicoo/gettyimages.com; S. 26/27: Portra/istockphoto.com; S. 29: Maskot/gettyimages.com; S. 30: Nils Hendrik Mueller/gettyimages.com; S. 32: leminuit/istockphoto.com; S. 34/35: Geber86/gettyimages.com; S. 38: JenkoAtaman/stock.adobe.com; S.40: mimagephotos/stock.adobe.com; S. 44: Ariel Skelley/gettyimages.com; S. 46/47: pikselstock/stock.adobe.com; S. 48: laflor/gettyimages.com; S. 56: Westend61/gettyimages.com; S. 58: Maskot/gettyimages.com; S. 60: Tom Werner/gettyimages.com

9.3. Ämter und Behörden

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Fragen zur gesetzlichen Rente
Tel.: 030 221911001
Fragen zum Arbeitsrecht
Tel.: 030 221911004
Fragen zu Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs
Tel.: 030 221911005
Fragen und Infos für Menschen mit Behinderungen
Tel.: 030 221911006

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Gesundheit

Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung
Tel.: 030 340606601
Fragen zur gesetzlichen Pflegeversicherung
Tel.: 030 340606602

Deutsche Rentenversicherung Bund

Kostenloses Servicetelefon: 0800–1000 48 00
Web: www.deutsche-rentenversicherung.de

Integrations- und Inklusionsämter & Integrations- und Inklusionsfachdienste

Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben und ergänzende Fachdienste.
Web: www.integrationsaemter.de > Kontakt > Postleitzahl des Arbeitsortes eingeben

9.4. Weitere Ansprechpartner

- Agentur für Arbeit
- Amt für Wohnungswesen/Wohngeldbehörden
- Betreuungsgericht (Unterabteilung beim Amtsgericht), Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine
- Finanzamt
- Krankenkassen
- Sozialämter (Kommunaler Sozialer Dienst)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Versorgungsamt/Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben
- Verbraucherzentralen
- Wohnberatungsstellen

Impressum

Herausgeber

Ein Service der Amgen GmbH

Riesstraße 24

80992 München

www.amgen.de