

Prostatakrebs & Soziales

Aktualisierungen 2016

Krankengeld

Selbstständige (Freiwillig Versicherte) (S. 21)

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0% den allgemeinen Beitragssatz von 14,6% zahlen, und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten** Krankentagegeldversicherung.

Höhe des Krankengelds – Abzug der Sozialversicherungsbeiträge (S. 21)

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen.

Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,03 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,28 % bei kinderlosen Empfängern.

Höchstbetrag des Krankengelds (S. 21)

Das Krankengeld beträgt 2016 höchstens 98,88 € pro Tag.

Wegfall des Krankengelds bei Rentenanspruch (S. 24)

Wenn ein Patient die Voraussetzungen für den Bezug von Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte erfüllt, kann die Krankenkasse ebenfalls eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der er den Rentenanspruch stellen muss. Ab Juni 2016 beträgt die Altersgrenze zur Regelaltersrente 65 Jahre und 5 Monate.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer (S. 25)

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (Aussteuerung).

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung**, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

Arbeitslosengeld II (S. 28)

ALG II erhalten Arbeitslose im Anschluss an das Arbeitslosengeld, wenn sie:

- mindestens 15 Jahre alt sind und die Altersgrenze der Regelaltersrente noch nicht erreicht haben (ab Juni 2016: 65 Jahre und 5 Monate)
- erwerbsfähig sind, d. h.: mindestens 3 Stunden täglich arbeiten können.
- hilfebedürftig sind, d. h.: ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können.
- ALG II ist eine Leistung zur Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Höhe

ALG II und Sozialgeld entsprechen dem Niveau der Sozialhilfe und setzen sich aus drei Bausteinen zusammen: dem jeweiligen Regelbedarf (404,- € für Alleinstehende), den Kosten für Miete und Heizung sowie den Mehrbedarfen in besonderen Situationen.

Erwerbsminderungsrente

(S. 31)

Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden. Anspruch auf diese Rente besteht bis zum Beginn des Regelrentenalters (ab Juni 2016: 65 Jahre und 5 Monate).

Altersrente für Schwerbehinderte

(S. 34)

Seit 2015 wird die Altersgrenze für eine abschlagfreie Altersrente für Schwerbehinderte beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1952 schrittweise von 63 auf 65 Jahre angehoben, die Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme dieser Rente von 60 auf 62 Jahre. Diese Altersgrenze für die abschlagfreie Rente liegt bei zwischen Juni bis Dezember 1952 Geborenen bei 63 Jahre und 6 Monate. Die vorgezogene Altersrente für Schwerbehinderte ist niedriger als die abschlagfreie Rente. Eine detaillierte Übersicht über den möglichen Rentenbeginn der Jahrgänge 1952 bis 1963 gibt § 236a SGB VI. Sie finden diesen unter www.dejure.org/gesetze/SGB_VI/236a.html. Es gilt ein Rentenabschlag von 0,3 % je vorgezogenem Monat.

Sozialhilfe

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (S. 35)

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland unter folgenden Voraussetzungen:

- Erreichen der Altersgrenze für die Regelaltersrente (ab Juni 2016: 65 Jahre und 5 Monate) oder
- dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage und
- Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen ist nicht möglich

Seit 1.1.2016 gelten folgende Regelsätze (S. 36)

RS*	Regelsätze für	Monatliche Höhe
1	Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	404,- €
2	Volljährige Ehe- oder Lebenspartner in einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils	364,- €
3	Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft	324,- €
4	Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	306,- €
5	Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	270,- €
6	Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	237,- €

* RS = Regelbedarfsstufe

Wohngeld

Praxistipp! (S. 38)

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit bietet unter www.bmub.bund.de > Themen > Stadt – Wohnen > Wohnraumförderung > Wohngeld zahlreiche Informationen zum Thema Wohngeld, u.a. Wohngeld-Tabellen.

Übersicht über Zuzahlungen

Arzneimittel (S. 40)

Aufgrund des Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetzes entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, welche Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit werden können.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Versicherten-Service > Zuzahlungen und Befreiungen > Befreiungsliste Arzneimittel sind Übersichten der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel, sortiert nach Arzneimittel-Name oder Wirkstoff zu finden, die 14-tägig aktualisiert werden.

Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze

Freibetrag (S. 42)

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.229,- € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.486,- € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.248,- € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.624,- €.
- Für jedes weitere Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.248,- €.

Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Grundsicherung (S. 43)

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezahlt, d. h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamt betrag beträgt 96,96 €, bei chronisch Kranken 48,48 €.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen:	30.000,- €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger):	5.229,- €
minus Freibetrag für 2 Kinder (2 x 7.248,- €):	14.496,- €
<hr/>	
ergibt Zwischensumme:	10.275,- €
<hr style="border-top: 1px dashed #000;"/>	
davon 2% = Belastungsgrenze:	205,50 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 205,50 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Zuzahlungsbefreiung bei chronischer Krankheit

Sonderregelung für Sozialhilfeempfänger im Heim (S. 46)

Für Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, gibt es die Möglichkeit, auch in der Zeit bis sie die „1-%- bzw. 2-%-Grenze“ erreicht haben, keine Zuzahlung mehr zu leisten.

Dafür veranlassen sie, dass der zuständige Sozialhilfeträger den Zuzahlungsgesamtbetrag (96,96 € bzw. bei chronisch Kranken: 48,48 €) an ihre Krankenkasse vorab überweist. Dieser als Darlehen gewährte Gesamtbetrag wird dann in monatlichen kleinen Ratenbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet.

Hilfsmittel Kostenübernahme

Pflegehilfsmittel (S. 51)

Die Kostenerstattung von Pflegehilfsmitteln wie Bettschutzeinlagen erfolgt durch die Pflegekasse und ist nur bei Patienten mit einer Pflegestufe möglich. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erstattet die Pflegekasse monatlich 40,- €.

Voraussetzung ist, dass der Bedarf von der Pflegekasse anerkannt wurde.

Onkologische Nachsorgeleistung

Voraussetzungen (S. 60)

Damit der Rentenversicherungsträger die Kosten übernimmt, muss eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird durchgehend (kein Kalendermonat Unterbrechung) eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- Bezug einer Rente der Rentenversicherung oder
- nicht rentenversichert, aber Ehegatte oder Kind eines Versicherten und Rentners der Rentenversicherung

Grad der Behinderung

(S. 70)

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ersetzen seit 1.1.2009 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht“ und können beim Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage.html eingesehen werden.

Nachteilsausgleiche

Voraussetzungen (S. 75)

Es gibt 2 Wertmarken:

- Wert 40,- € für die Beförderung für 6 Monate
- Wert 80,- € für die Beförderung für 12 Monate

Die 80-€-Wertmarke ist kostenlos für:

Schwerbehinderte mit Merkzeichen H oder Merkzeichen BI, die zudem eine der folgenden Leistungen erhalten:

- Arbeitslosengeld II,
- Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder
- laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Psychoonkologie

(S. 82)

Eine Adresssammlung von psychotherapeutisch arbeitenden Psychoonkologen in Deutschland bietet der Krebsinformationsdienst unter www.krebsinformationsdienst.de
> Wegweiser > Adressen und Links > Psychoonkologen-Praxen.

Kinder krebskranker Eltern

Wer hilft weiter? (S. 86)

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Ludwigstr. 6, 63067 Offenbach

Telefon 0180 4435530

info@hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

www.hkke.org

Pflegestufen

Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf – Pflegestufe 0 (S. 112)

Sie haben Anspruch

- auf bis zu 208,- € Betreuungsgeld monatlich, wenn sie sich nicht dauerhaft in einer stationären Einrichtung befinden.
- auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Ersatzpflege, Pflegehilfsmittel und Häusliche Betreuung.
- auf zum Teil höhere Leistungen als andere Pflegebedürftige der gleichen Stufe.

Angehörige pflegen zu Hause

Die Pflegekasse bezahlt für eine selbst beschaffte Pflegeperson monatliches Pflegegeld in folgender Höhe (S. 113):

Pflegestufe	normale Pflegebedürftigkeit	bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
„0“	–	123,- €
1	244,- €	316,- €
2	458,- €	545,- €
3	728,- €	

Pflege bei Berufstätigkeit (S. 114)

Pflegezeit und Familienpflegezeit sind Möglichkeiten, wie sich Berufstätige zeitweise aus dem Arbeitsleben ausklinken können, um Zeit für die Pflege ihrer schwer kranken Angehörigen zu haben. Nahe Angehörige sind: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder. Auch Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartner, Schwiegersohn oder -tochter, Enkel zählen dazu.

Seit 2015 zählen zu den nahen Angehörigen auch Stiefeltern, Schwäger/innen und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften.

Pflegezeit und Familienpflegezeit können je nach persönlicher Lebenssituation kombiniert werden und jeweils ineinander übergehen. Beide Leistungen dürfen zusammen allerdings nur 24 Monate dauern. Während der Pflegezeit/Familienpflegezeit oder einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bei akut auftretender Pflegesituation darf der Arbeitgeber in der Regel das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

Familienpflegezeit

Seit 1.1.2015 gibt es ab einer Betriebsgröße von 25 Mitarbeitern einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit bis zu 24 Monaten. In der Familienpflegezeit verringert der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Arbeitnehmer haben seit 1.1.2015 bei Pflegebedürftigkeit von Verwandten einen rechtlichen Anspruch auf unentgeltliche Freistellung von bis zu 10 Arbeitstagen. Während dieser kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kann bei der Pflegekasse Pflegeunterstützungsgeld beantragt werden. Diese Lohnersatzleistung entspricht in der Höhe dem Krankengeld.

Praxistipp!

Während der Pflegezeit/Familienpflegezeit kann vom Arbeitnehmer beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein **zinsloses Darlehen** beantragt werden, um Lohnausfälle zu überbrücken.

Arbeitslosenversicherung (S. 116)

Der Beitrag für freiwillig versicherte Pflegepersonen beträgt 8,72/7,56 € (West/Ost, Stand 2016).

Hilfen bei der Pflege von außen

Kombinationsleistung (S. 117)

Die Tages- und Nachpflege kann seit 1.1.2015 neben Pflegesachleistungen und Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Ersatzpflege

Die Pflegekasse zahlt maximal 1.612,- € für maximal 6 Wochen im Jahr.

Pflegesachleistung (S. 118)

Höhe

Die Tages- und Nachpflege kann seit 1.1.2015 neben Pflegesachleistungen und Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Pflegestufe	normale Pflegebedürftigkeit	bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
„0“	–	231,- €
1	468,- €	689,- €
2	1.144,- €	1.298,- €
3	1.612,- €	
Härtefälle	1.995,- €	

Tages- und Nachpflege außer Haus (S. 119)

Die Sätze für die Tages- oder Nachpflege entsprechenden Pflegesachleistungen (S. 118) und richten sich nach der Pflegestufe. Maximal sind 1.612,- € monatlich möglich. Der Patient muss die Kosten für Unterkunft und Essen selbst zahlen. Die Tages- und Nachpflege kann seit 1.1.2015 neben Pflegesachleistungen und Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitpflege außer Haus

Die Pflegekasse zahlt insgesamt maximal 1.612,- € für bis zu 8 Wochen im Jahr ohne Differenzierung nach der Pflegestufe.

Vollstationäre Pflege im Heim

Umfang und Höhe (S. 121)

Die Pflegekasse zahlt an das Heim bei

- **Pflegestufe 1:** 1.064,- € monatlich
- **Pflegestufe 2:** 1.330,- € monatlich
- **Pflegestufe 3:** 1.612,- € monatlich
- **Härtefälle der Pflegestufe 3:** 1.995,- € monatlich