

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	pronova BKK
Förderkennzeichen:	01NVF17016
Akronym:	OSCAR
Projekttitel:	Onkologisches Social Care Projekt der BKK
Autoren:	Dr. Julia Fleckenstein, Johann Frick
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 30. September 2020

- 1. Zusammenfassung..... 2
 - 1.1. Hintergrund 2
 - 1.2. Methodik 2
 - 1.3. Ergebnisse 2
 - 1.4. Diskussion..... 3
- 2. Beteiligte Projektpartner 4
- 3. Einleitung 6
- 4. Projektdurchführung 8
 - 4.1. Beschreibung der neuen Versorgungsform OSCAR..... 8
 - 4.2. Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform11
 - 4.3. Herausforderungen bei der Implementierung11
- 5. Methodik12
 - 5.1. Fragestellungen12
 - 5.2. Evaluationsdesign13
- 6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....16
- 7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....22
- 8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen27
- 9. Anlagen.....28

1. Zusammenfassung

1.1. Hintergrund

Die Diagnose Krebs konfrontiert Betroffene mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial ist eine Krebstherapie sehr belastend. Deshalb ist es wichtig, Erkrankte und Angehörige in ihren Bewältigungskompetenzen zu stärken.

Das Projekt OSCAR hatte es sich zum Ziel gesetzt, die sozialmedizinische Beratung onkologischer PatientInnen zu verbessern, um ihre Lebensqualität zu erhöhen und ihre Selbstbestimmung bei der Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken. Hierzu befragte OSCAR PatientInnen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung nach ihren Bedürfnissen und Wünschen. Dadurch konnten ihr Alltag und Versorgungsstrukturen so gestaltet werden, dass diese ihnen die bestmögliche Lebensqualität ermöglichte. „Social Care Nurses“ (SCN) spielten bei der Beratungsintervention die zentrale Rolle. Diese gezielt weitergebildeten Patientenbegleitungen wurden aus dem Sozial- und Pflegedienst rekrutiert und unterstützten die PatientInnen in stationären onkologischen Einrichtungen für ein Jahr während ihres Krankenhausaufenthaltes und auch bei sich anschließender ambulanter Versorgung in allen psychosozialen, fachpflegerischen und sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen.

1.2. Methodik

Die Evaluation wurde in Form einer nicht-randomisierten, kontrollierten und multizentrischen Interventionsstudie an drei Studienstandorten (Leverkusen, Duisburg und Berlin) im Zeitraum von Februar 2018 bis Februar 2019 realisiert. Das Mixed-Methods-Design umfasste drei Module: 1) Patientenbefragungen zu vier Zeitpunkten zwecks Erhebung des primären Outcomes Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) sowie weiterer patientenberichteter sekundärer Outcomes Kohärenz (IPQ-R), Entscheidungskonflikte (DCS), Arzt-Patienten-Kommunikation (adaptierte Version des PRA-D), Informations- und Beteiligungspräferenz (API-DM) und Gesundheitskompetenz (HLS-EU) [Effektevaluation]; 2) Analyse von Leistungsdaten der beteiligten Betriebskrankenkassen hinsichtlich Inanspruchnahme und Kosten [gesundheitsökonomische Evaluation], 3) Inhaltsanalyse projektbegleitender Tagebücher sowie patientenbezogener Dokumentationsbögen, die von den SCN geführt wurden [Prozessevaluation].

1.3. Ergebnisse

In summa wurden 362 PatientInnen (Interventionsgruppe: n=150, Kontrollgruppe: n=216) in die OSCAR-Studie eingeschlossen. Zum Zeitpunkt der Follow-up Untersuchung nach sechs Monaten hatten die PatientInnen der Interventionsgruppe im Unterschied zu jenen der Kontrollgruppe ihre Lebensqualität verbessern können. Dieser Effekt erwies sich als statistisch signifikant und klinisch relevant. Die Analyse der sekundären Endpunkte ergab – mit Ausnahme der Informationspräferenz (API-DM) zum Follow-up nach drei Monaten – keine statistisch signifikanten Effekte. Die Auswertung der BKK-Leistungsdaten zeigte eine signifikante Zunahme der Rate für die Inanspruchnahme vollstationärer Aufenthalte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Start der Intervention. Gleichzeitig sank im Beobachtungszeitraum die Krankenhaus-Verweildauer der InterventionspatientInnen signifikant. Die Gesamtkosten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems waren in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Gleiches galt für die Kosten der vollstationären Krankenhausaufenthalte, bei denen ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe ermittelt wurde. Die Analyse der Projekttagbücher und patientenbezogenen Dokumentationsbögen gab detaillierte Einblicke in projektfördernde und -hemmende Faktoren, aus denen konkrete Empfehlungen für die Implementation der Intervention in die Regelversorgung abgeleitet werden konnten.

Akronym: OSCAR

Förderkennzeichen: 01NVF17016

1.4. Diskussion

Zusammenfassend stellte sich OSCAR im Hinblick auf die klinisch relevante Verbesserung der Lebensqualität innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der Intervention und auf die Reduzierung der Gesamtkosten im Vergleich zur Standardversorgung als eine geeignete Versorgungsform für die Betreuung onkologischer PatientInnen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadien für die Regelversorgung dar. Zur Steigerung der Wirkung und Effizienz sollte OSCAR in der personellen und strukturellen Ausgestaltung jedoch weiter angepasst werden. Die Anpassungsvorschläge werden unter Punkt 7 aufgeführt.

2. Beteiligte Projektpartner

Fachlicher Ansprechpartner für Rückfragen nach Projektende: Frau Güner Karip, Versorgungsinnovation 2, pronova BKK.

Projektfunktion	Institution	Ansprechpartner	Verantwortlichkeiten (laut Konsortialvertrag bzw. Kooperationsvertrag)
Konsortialführung	pronova BKK	Nina-Beata Björklund (Projektleitung bis 30.09.2018) Dr. Julia Fleckenstein (Projektleitung ab 01.10.2018) Güner Karip (betriebswirtschaftliche Konsortialführung)	<ul style="list-style-type: none"> • Projektkoordination des Gesamtvorhabens • Monitoring Prozessfortschritt • Organisation Workshops, Events, etc. • Akquise von Leistungserbringern und Verhandlungsführung • Auswahl geeigneter Social Care Nurses (SCN)
Konsortialpartner	BKK Dachverband (BKK DV)	Christian Busch	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung einer Schnittstelle im Gesamtprojekt zwischen Konsortialführer, den Konsortialpartnern und den unterschiedlichen am Projekt beteiligten BKK • Sicherstellung der Kommunikation ins BKK-System • Koordination, Vor- und Nachbereitung der Projekttreffen • Unterstützung des Projektes durch fachlich-inhaltliche Expertise
Konsortialpartner	Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (SKG)	Dr. Ralf Porzig Thomas Heckmann	<ul style="list-style-type: none"> • Training der SCN auf Basis des eigenen Curriculums der SKG für die Ausbildung zum „Onkolotse Sächsische Krebsgesellschaft“ und eines zusätzlich zu erstellenden Moduls mit relevanten sozialrechtlichen Fragestellungen • Erstellung des zusätzlichen Schwerpunkt-Moduls mit relevanten sozialrechtlichen Fragestellungen • Abstimmung der finalen Inhalte mit den Konsortialpartnern • Planung, Organisation und Durchführung der Trainings-Workshops durch Referenten der SKG • Dokumentation und Abschlussbericht zum Training

Konsortialpartner	BKK Pfalz	Kerstin Mehrholz	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Qualitätszirkeln • Modulare Erweiterung des Curriculums der SKG um sozialrechtliche Fragestellungen • Ansprechpartner der SKG • Fachlicher Ansprechpartner für SCN
Konsortialpartner	Novitas BKK	Markus Schneider Tanja Steinhauer	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Projektkoordination • Einsteuerung von Versicherten • Akquise von Leistungserbringern und Verhandlungsführung • Case Management- und Pflegeberatungsangebot für die teilnehmenden Novitas BKK Versicherten • Ansprechpartner für regionale SCN
Konsortialpartner	BKK-VBU	Lars Straubing Marlen du Bois	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Projektkoordination • Einsteuerung von Versicherten • Akquise von Leistungserbringern und Verhandlungsführung • Case Management- und Pflegeberatungsangebot für die teilnehmenden Novitas BKK Versicherten • Ansprechpartner für regionale SCN
Konsortialpartner	Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften (IMSR) an der Charité, Universitätsmedizin Berlin	Prof. Dr. Liane Schenk (Projektleitung Evaluation) Johann Frick (Projektkoordination)	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Evaluation (Ethik- und Datenschutzkonzept, Rekrutierung der KontrollpatientInnen, Schulung der Study Nurses (SN), Datenerhebung und –analyse inkl. Monitoring des Rücklaufs und der Datenqualität)
Kooperationspartner	Klinikum Leverkusen	Prof. Dr. med. Utz Krug Elke Merges (SCN) Maryse Cook (SCN)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung einer Fachkraft (examinierte Krankenschwester/-pfleger oder MitarbeiterIn des Sozialdienstes mit mind. fünf Jahren onkologischer Berufserfahrung) zur Weiterbildung zur SCN • Bereitstellung eines Telekommunikationspaketes für die SCN • Einschreibung und Bildung einer Interventionsgruppe durch die SCN • Unterstützung bei der Evaluation und Bildung einer Kontrollgruppe durch Einsatz von Study Nurses (SN)
Kooperationspartner	HELIOS Klinikum Duisburg	Christine Miller (SCN)	
Kooperationspartner	Medizinische Klinik Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie an der Charité, Universitätsmedizin Berlin	Prof. Dr. med. Anne Letsch Katja Russ (SCN) Nora Koppotsch (SCN)	

Tabelle 1: Projektbeteiligte

3. Einleitung

Rund 500.000 Menschen werden in Deutschland jedes Jahr mit der Diagnose Krebs konfrontiert. Die Inanspruchnahme des stationären Sektors aufgrund von Neubildungen ist hoch. Krebs ist offensichtlich eine bevölkerungsbezogene Herausforderung, gleichzeitig ist jedes Einzelschicksal für sich tragisch, denn Betroffene sind zahlreichen körperlichen und emotionalen Stressoren ausgesetzt [1-3]. Auch wenn die Krebssterblichkeit in Deutschland dank der immer besseren medizinischen Versorgung zurückgeht und das Wissen um die Ursachen und den Krankheitsverlauf bei Krebserkrankungen ständig zunimmt, bleibt in dieser existentiellen Ausnahmesituation der individuelle Bedarf eines jeden Einzelnen an menschlicher Zuwendung, medizinischer Aufklärung und sozialer Unterstützung. Da die bestehenden Strukturen eine umfassende Koordination an Versorgungs- und Hilfsleistungen während des Krankheitsverlaufs durch unterschiedliche Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems hinweg nicht hergeben und die PatientInnen selbst durch den schweren Einschnitt, den die Krebserkrankung hervorruft, oftmals nicht in der Lage sind, diese Koordination selbstständig zu übernehmen, bedarf es eines belastbaren Netzwerks, um der Krebserkrankung selbstbestimmt begegnen zu können.

Die Versorgung der Menschen am Lebensende, wie sie bei onkologischen PatientInnen häufig nötig wird, ist in Deutschland jedoch inadäquat und unzureichend auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt. In vielen Regionen in Deutschland ist diese gekennzeichnet durch eine palliative Unterversorgung der Betroffenen [4]. Studien berichten, dass PatientInnen am Lebensende häufig mit kurativen statt palliativen Therapiezielen behandelt und beispielsweise am Lebensende ins Krankenhaus eingewiesen werden, ohne dass noch kurative Therapieansätze durchgeführt werden können [4,5]. Ferner haben verschiedene Studien gezeigt, dass ein Teil der PatientInnen die mit den erhaltenen Therapien verbundene Prognose nicht adäquat einschätzen kann. So gingen mehr als zwei Drittel der PatientInnen mit fortgeschrittenem Bronchialkarzinom oder Kolonkarzinom irrtümlicherweise davon aus, dass die erhaltene Chemotherapie mit kurativer Intention verabreicht wurde [6,7]. PatientInnen mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen und inadäquatem Krankheitsverständnis haben häufig unrealistische Erwartungen an die verabreichten Therapien und wählen häufiger besonders aggressive Therapieoptionen, die mit teils schweren Nebenwirkungen einhergehen [8,9]. Es konnte wissenschaftlich gezeigt werden, dass eine frühe palliative Betreuung der PatientInnen dabei helfen kann, ein realistischeres Krankheitsbild zu entwickeln [10]. Ein fundiertes Krankheitsverständnis kann PatientInnen mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen dabei unterstützen, sich auf das Lebensende vorzubereiten und die Wahl der Therapien an ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen anzupassen und so die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern.

Mit dem Innovationsfondsprojekt OSCAR – das onkologische social care Projekt der BKK – wurde der patientenorientierte Ansatz in der onkologischen Versorgung systematisch erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Es zielte darauf ab, die Präferenzen von KrebspatientInnen systematisch zu erheben, ihre Selbstbestimmung bei der Therapie zu stärken und somit ihre Lebensqualität zu verbessern. Den Kern der OSCAR-Intervention stellte die speziell ausgebildete Social Care Nurse (SCN) dar, die die PatientInnen in allen Erkrankungsphasen und im Therapieverlauf kontinuierlich begleitete. Die beziehungskonstante Betreuung sollte dabei möglichst schon ab der Diagnosestellung greifen und nicht erst, nachdem alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die SCN unterstützte die PatientInnen und deren Angehörige in stationären onkologischen Einrichtungen für ein Jahr während ihres Krankenhausaufenthaltes und auch bei sich anschließender ambulanter Versorgung zu allen psychosozialen, fachpflegerischen und sozialversicherungsrechtlichen Fragekomplexen. Mithilfe standardisierter, validierter Befragungen zu Lebensqualität und Lebensprioritäten der PatientInnen wurden Präferenzen und Bedarfe regelmäßig erhoben und damit gegenüber den behandelnden ÄrztInnen kommunizierbar gemacht [11]. Die SCN bildete die Schnittstelle zwischen ÄrztInnen, Pflegenden, Therapeuten, Sozialdienstmitarbeitenden und Sozialversicherungsträgern. Sie übernahm die Koordination medizinischer, psychosozialer und palliativer Unterstützungsangebote.

4. Projektdurchführung

4.1. Beschreibung der neuen Versorgungsform OSCAR

Zielgruppe von OSCAR waren PatientInnen mit fortgeschrittenen, potentiell lebensbedrohlichen Tumorerkrankungen. „Schwere“ Krebserkrankungen also, die einer nebenwirkungsreichen und aggressiven Therapie bedürfen und mit starken physischen, psychischen und sozialen Belastungen der PatientInnen und ihrer Angehörigen einhergehen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Kapitel 5.2. dargestellt.

Die Regelintervention von OSCAR lässt sich anhand folgender vertraglich vereinbarter Teilleistungen der Social Care Nurse (SCN) beschreiben:

A. Einschreibung und Erstgespräch

PatientInnen, die mit einer der o.g. Einschlussdiagnosen in Verbindung mit ausgewählten Einschluss-OPS in einem der Kooperationskrankenhäuser im Rahmen ihrer Krebstherapie behandelt werden und bei einer der kooperierenden Betriebskrankenkassen versichert sind, werden von der SCN der Klinik auf eine Teilnahme angesprochen. Die SCN übernimmt folgende Aufgaben bei der Einschreibung:

- Selektion geeigneter PatientInnen und Ansprache
- Aufklärung der PatientInnen und Motivation zur Teilnahme
- Unterstützung beim Ausfüllen der Teilnahme- und Datenschutzerklärung
- Zuleiten der unterschriebenen Patienteneinverständniserklärungsdokumente an die BKK zur Klärung der sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen
- Zuordnung eines Pseudonyms und Mitteilung an Evaluator und Konsortialführung

Die OSCAR-Betreuung der onkologisch erkrankten PatientInnen der Interventionsgruppe beginnt mit einem Eingangsgespräch, das die SCN mit den PatientInnen führt. Die SCN füllt zusammen mit den PatientInnen einen Fragebogen aus. Das Eingangsgespräch dient dem Kennenlernen und dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau. Die SCN macht sich mit dem bisherigen Krankheitsverlauf, mit den psychosozialen Bedingungen der Betroffenen, mit der Versorgungssituation, den Wohnverhältnissen aber auch mit Aspekten vertraut, die die PatientInnen für sich als besonders belastend empfinden. Auch Bezugspersonen können in das Gespräch mit eingebunden werden, wenn die PatientInnen das ausdrücklich wünschen.

B. Monatliche fragebogenassistierte Folgegespräche

Nach dem Erstgespräch erfolgen in Abständen von vier Wochen bis zu elf Folgegespräche. Die Patientenantworten werden von der SCN im Patientenfragebogen dokumentiert. Sofern der Patientenfragebogen zum geplanten Befragungszeitpunkt nicht gemeinsam mit den PatientInnen ausgefüllt werden kann, ist alternativ der Ersatzbogen auszufüllen. Es hat eine Weiterleitung der pseudonymisierten Fragebögen durch die SCN an den Evaluator zu erfolgen. Parallel dazu dokumentiert die SCN die Kontaktpunkte der PatientInnen im sogenannten Projekttagbuch. Programmabbrüche sind an Evaluator und Konsortialführung zu melden. Zur Sicherstellung der Erreichbarkeit der SCN gegenüber den OSCAR-TeilnehmerInnen dient ein projektseitig zur Verfügung gestelltes Handy mit exklusiver SCN-Rufnummer.

Die Folgegespräche dienen der Dokumentation des jeweiligen Befindens im Fragebogen und bieten den PatientInnen Anlass zum Einholen von bedarfsgerechten Informationen. So werden unterschiedliche Lebensbereiche und krebspezifische Lebensqualitätsdimensionen abgefragt und hinsichtlich der Wichtigkeit und Zufriedenheit bewertet. Darüber hinaus werden der Umgang mit Substanzmitteln, Schuldgefühle, OTC-Medikation, Sorge um Angehörige, Patientenverfügungen und spirituelle Aspekte im Gespräch mit der SCN fragebogenassistiert thematisiert. Der Fragebogen dient als Grundlage für die empathische Beratung durch die SCN und ist ein notwendiger Schritt von der Krankheitsakzeptanz über die Bewusstmachung der eigenen Bedürfnisse zur Gesundheitskompetenz des PatientInnen mit dem Ziel, individuell adaptive Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Der regelmäßige Kontakt gilt insbesondere auch der nachhaltigen Netzwerkarbeit. Viele der bereits aktiven Professionen im Krankenhaus sehen den Fokus ihrer Arbeit in der stationären Pflege und Versorgung der PatientInnen bzw. in der Organisation eines adäquaten Entlassungsmanagements in dem ambulanten Sektor: So liegt der Schwerpunkt onkologischer Fachkrankenschwestern/-pflegern auf der stationären, medizinisch-therapeutisch geprägten Versorgung der PatientInnen. Kontakte in dem ambulanten Sektor gibt es wenig. Auch Fachkranken-schwestern/-pfleger mit einer zusätzlichen Ausbildung im Bereich der Palliativpflege haben häufig eher einen stationären Fokus. Selbst wenn eine stationäre Einrichtung über Palliativfachkräfte verfügt, kommunizieren diese bei Bedarf mit bestehenden Netzwerkpartnern, betreiben jedoch keine proaktive Netzwerkpflge. Im ambulanten Bereich soll die spezialisierte ambulante Palliativversorgung – zusätzlich zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – die Lebensqualität und Selbstbestimmung von PalliativpatientInnen im häuslichen Umfeld erhalten. Jedoch sind beide Versorgungsformen in Deutschland noch nicht flächendeckend umgesetzt. Insgesamt zeichnet sich die onkologische Versorgung in Deutschland zurzeit noch durch eine Teilung in stationär und ambulant tätige Professionen aus. Eine koordinierende Funktion, die PatientInnen partizipativ in die Versorgungsplanung einbezieht, findet sich in der aktuellen Versorgungslandschaft nur in wenigen Regionen.

Hier setzt OSCAR an: Die SCN bildet die Schnittstelle zwischen ÄrztInnen, Pflegenden, Therapeuten, Sozialdienstmitarbeitenden und Sozialversicherungsträgern. Sie übernimmt die Koordination medizinischer, psychosozialer und palliativer Unterstützungsangebote. Der Umfang der Unterstützung richtet sich dabei nach dem von den PatientInnen wahrgenommenen individuellen Versorgungsbedarf (beispielsweise in Bezug auf Hilfsmittel, Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, Rente, Pflege, Psychotherapie), der ebenfalls regelmäßig während des Betreuungszeitraums über standardisierte Interviews erhoben wird. Insbesondere für Schwerstkranke bedeutet die Koordination der therapeutisch-palliativen Maßnahmen über die ambulant-stationäre Sektorengrenze hinweg einen Gewinn an Lebensqualität und mehr wertvolle Lebenszeit außerhalb von Wartezimmern, Ambulanzen und Krankenhäusern. Darüber hinaus vernetzt die SCN die Betroffenen auch mit anderen kommunalen Behörden (z.B. Sozial- und Jugendämtern), ehrenamtlichen Selbsthilfe-Initiativen oder Glaubensgemeinschaften, um psychosoziale und alltagspraktische Bedürfnisse zu bedienen.

Bei einer regulären Programmteilnahme der PatientInnen endet die Betreuung durch die SCN mit dem elften Folgegespräch, welches auch als Abschlussgespräch dient. In diesem elften Folgegespräch geht es um Schnittstellenberatung, Sicherstellung der ambulanten Betreuungssituation durch Andockung der PatientInnen in weitere Netzwerke. Kassenindividuell wird ein Ansprechpartner im Case Management genannt, falls es zu Versorgungsabbrüchen kommt.

Die operativen Prozesse der Intervention durch die Social Care Nurse (SCN) bzw. der Studie durch die Study Nurse (SN) sind in folgender Graphik visualisiert:

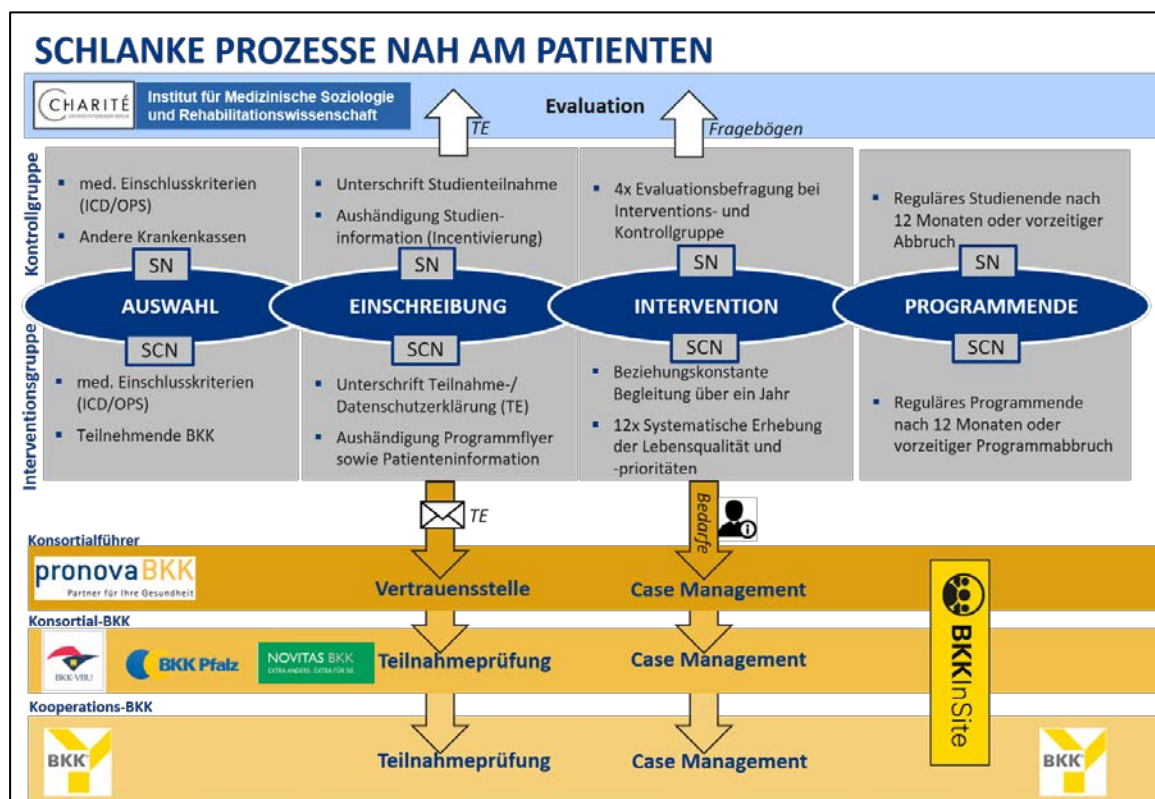


Abbildung 2: Prozessdarstellung

Für die Tätigkeit als Social Care Nurse wurde im Kooperationsvertrag mit den Kliniken die Qualifikation als examinierte Pflegefachkräfte oder MitarbeiterInnen des Sozialdienstes mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der Onkologie gefordert. Die Weiterbildung zur SCN basierte auf dem Curriculum für die „Onkolotsen“, das durch die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. entwickelt wurde. Onkolotsen stehen für seriöse Informationen, Unterstützung und Beratung, eingebettet in Verständnis und Fürsorge. Im August 2012 wurde das erste Onkolotsen-Projekt mit Schwerpunkt auf dem stationären Bereich erfolgreich abgeschlossen. Im Oktober 2012 startete das Nachfolgeprojekt in dessen Rahmen eine größere Aufmerksamkeit auf den ambulanten Sektor gelegt wurde. Die Weiterbildung zum Onkolotsen ist vom Freistaat Sachsen als Zusatz-, Fort- bzw. Weiterbildung gemäß Richtlinie Gesundheitsvorsorge als Voraussetzung für die Fachkraftförderung in der Tumorberatung und in mehreren Bundesländern als Bildungsveranstaltung im Rahmen der Freistellung zur individuellen Weiterbildung (Bildungsurlaub) anerkannt. Die Erfahrungen des Onkolotsen flossen in das Projekt OSCAR ein. Zudem erfolgte eine Erweiterung um ein sozialversicherungsrechtliches Modul, so dass die Weiterbildung insgesamt stärker sozialmedizinisch akzentuiert wurde. In diesem Teil wurde über alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, aber auch anderer sozialer Träger informiert. Der Fokus lag auf Rechten und Pflichten, die mit Beantragung von Leistungen einhergehen und die die Versicherten im Laufe ihrer Erkrankung vielfach überfordern.

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Weiterbildung zählten:

- Wissen über Tumorerkrankungen, Früherkennung und Therapiemöglichkeiten sowie spezielle Fragen der onkologischen Pflege und palliativmedizinischen Angebote
- Kenntnisse über medizinische/psychologische Aspekte der Erkrankungen (Nebenwirkungsmanagement, Schmerztherapie, Ernährungs- und Wundtherapie)
- Einführung in die Psychoonkologie inkl. Umgang mit Trauer und Verarbeitungsstrategien sowie die Einbeziehung interkultureller Besonderheiten
- Informationen zu sozialversicherungsrechtlichen Unterstützungs- und Versorgungsleistungen für Betroffene und Angehörige

- Theorie und Praxis der partizipativen Entscheidungsfindung, kritische Reflexion der Rolle des Beraters
- Training sozialer / kommunikativer Fertigkeiten, Umgang mit Fragebögen und Dokumentation
- Supervision, Konflikt- und Emotionsregulierung

Für den praktischen Erfolg der Arbeit der SCN war insbesondere der persönliche Kontaktaufbau zu (über)regionalen Angeboten und Institutionen (z.B. Ämter und Stiftungen, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen, Therapeuten und Psychoonkologen, Psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Hospize, Palliativdienste) erforderlich. Die SCN sollte hierfür für ihr Versorgungsgebiet konkrete Informationen und Daten (z.B. Spezifika des Angebotes, Öffnungszeiten, Zugangsvoraussetzungen und Fristen, Telefonnummern, Ansprechpartner, Nutzen) sammeln und bewerten. In der Weiterbildung wurde daher ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der Informations- und Medienkompetenz gelegt. Zur Netzbildung gehörte aber auch der Austausch der SCN untereinander, der im Rahmen der Weiterbildung begann und auch die praktische Arbeit mit den PatientInnen begleitete. So konnten Best-Practice-Ansätze schnell verbreitet, aktuelle Informationen ausgetauscht und neu auftretende Probleme gemeinschaftlich gelöst werden. Regelmäßige Treffen der SCN förderten darüber hinaus den persönlichen Austausch untereinander.

Die Weiterbildung war modular angelegt und wurde in mehreren Blöcken durchlaufen. Das Curriculum wurde dabei unter aktiver Einbeziehung der TeilnehmerInnen mittels Lernmethoden der beruflichen Erwachsenenbildung umgesetzt. Hierbei kamen problemorientierte, handlungsorientierte und partizipative Lernmethoden zum Einsatz, ergänzt um autodidaktische Lerneinheiten, Gruppenarbeiten, Rollenspiele und Coaching-Praxis.

4.2. Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Rechtsgrundlage von OSCAR war jeweils ein Vertrag nach § 140a SGB V zur Besonderen Versorgung zwischen dem Konsortialführer und den drei Kooperationskrankenhäusern. Weitere Betriebskrankenkassen konnten den Verträgen beitreten. Aufgrund der Expertise auf dem Gebiet der Selektivvertragsgestaltung des Teams Versorgungsinnovation/ Vertragsmanagement der pronova BKK, das die Projektleitung stellte, war diese Rechtsgrundlage kein unbekanntes Medium. Etwas aufwändig und ungewohnt gestaltete sich lediglich die Einbeziehung des großen Kreises der kooperierenden BKK, wobei der BKK Dachverband als Kommunikator hier eine wesentliche Hilfe darstellte. Dies war umso wichtiger, als dass die Rechte und Pflichten der kooperierenden BKKs mit Versichertenbeteiligung in Bezug auf den Einschreibe-prozess, die Case-Management-Leistungen und die Datenlieferung nicht direkt und explizit im Kooperationsvertrag berücksichtigt waren.

Bürokratisch gestaltete sich das Einholen der Genehmigung des Sozialdatenaustausches nach § 75 SGB X durch das BAS bzw. die zuständigen Landesministerien für alle projektbeteiligten bundes- bzw. landesweiten BKK.

4.3. Herausforderungen bei der Implementierung

Zusammenfassend mussten die folgenden Herausforderungen bei der Implementierung der neuen Versorgungsform OSCAR bewältigt werden:

Herausforderungen	Lösungsversuche
Personelle Engpässe bei den Kooperationskliniken (insbesondere bei den SCN)	Krisengespräche der Konsortialpartner mit den Klinikleitungen Kompensation durch Überstunden der SCN

Hoher Rekrutierungsaufwand der Interventions- und Kontrollgruppe, der im Vorfeld der Vertragsverhandlungen von beiden Seiten teilweise unterschätzt wurde	Unvergütete „Mehr“-Leistung durch SCN
Hoher heterogener und schwankender Betreuungsaufwand der Interventionsgruppe, der im Vorfeld der Ausgestaltung der Intervention noch weit unterschätzt wurde	Unvergütete „Mehr“-Leistung durch SCN
Überschätzung des Fallpotentials in den Kliniken (Interventions- und Kontrollgruppe)	Erweiterung der Einschlussdiagnosen Ausdehnung der Rekrutierung auf Klinik-Ambulanz bzw. weitere Campi Überarbeitung der Programmunterlagen zur Unterstützung der Rekrutierung Kassenseitige Unterstützung bei der Ansprache potentieller TeilnehmerInnen Verlängerung des Rekrutierungszeitraums um zwei Monate Fallzahlverschiebungen zwischen den Klinik-Standorten
teilweise schwierige Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus, unternehmenspolitische Vorgaben der Klinikleitung mit projektzuwiderlaufenden Prioritäten sowie teilweise ärztliche Widerstände aufgrund konträrer persönlicher Überzeugungen in Bezug auf dem Umgang mit sterbenden PatientInnen	Diskussion und Austausch zwischen den Vertragspartnern und Projektbeteiligten
Hohe Fluktuation der am Krankenhaus angestellten SCN-Personalia	Sicherstellung von Vertretungen und Übergabe von PatientInnen (u.a. durch Nachschulung)

Tabelle 2: Herausforderungen und Lösungsversuche

Dank des hohen persönlichen Engagements der SCN und SN konnten die geplanten Einschreibungen in OSCAR (Interventionsgruppe n=150, Kontrollgruppe n=200) erreicht werden. Aufgrund der Unterschätzung der zeitlichen Rekrutierungs- und Betreuungsaufwände sowie der hohen Mortalitätsrate der TeilnehmerInnen wurden die kooperierenden Krankenhäuser jedoch im Ergebnis finanziell benachteiligt. Ein Antrag auf Nachvergütung gesundheitlicher Versorgungsleistungen – um zumindest die Einnahmehausfälle aufgrund der unvermeidlichen Drop-Outs zu kompensieren – wurde vom Projektträger leider ohne Begründung negativ beschieden.

5. Methodik

5.1. Fragestellungen

Primäre Fragestellung war es zu prüfen, ob die neue Versorgungsform geeignet ist, die patientenberichtete Lebensqualität von PatientInnen mit fortgeschrittener Krebsdiagnose und schlechter Prognose zu erhalten oder zu verbessern. Sekundär wurde der Einfluss der neuen Versorgungsform auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Kohärenz, Informations- und Beteiligungspräferenzen, Entscheidungskonflikte sowie die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden PatientInnen evaluiert. Weiter war zu überprüfen, inwiefern die neue Versorgungsform das Inanspruchnahmeverhalten von stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsleistungen und die damit verbundenen Versorgungsaufwendungen moderiert.

5.2. Evaluationsdesign

Die Evaluation der primären und sekundären Endpunkte von OSCAR erfolgte in Form einer nicht-randomisierten, kontrollierten und multizentrischen Interventionsstudie im Mixed-Methods-Design an drei Studienstandorten (Leverkusen, Duisburg und Berlin). Das ausführliche Vorgehen wurde im Studienprotokoll publiziert (Frick et al. [12] siehe Punkt 8 und Anlage 3). Das Evaluationsdesign umfasste drei Module, die nachfolgend erläutert werden: **Modul 1 [Effektevaluation]**: Die Primärdaten von den am Projekt teilnehmenden PatientInnen der Interventions- und Kontrollgruppe wurden anhand von vier Evaluationsbefragungen analysiert (t0 Rekrutierung, t1 nach 90 Tagen, t2 nach 180 Tagen, t3 nach 365 Tagen). Die Interventionsgruppe wurde im Krankenhaus durch die onkologische Social Care Nurse rekrutiert. Die Kontrollgruppe wurde in denselben Kliniken, ebenfalls indikationsgeleitet durch eine Study Nurse (SN) rekrutiert. Infrage kamen hierfür PatientInnen, die nicht bei einer Betriebskrankenkasse oder bei einer nicht am OSCAR-Programm teilnehmenden BKK versichert waren. Die Rekrutierung von PatientInnen für die Interventionsgruppe erfolgte unter Verweis auf die Möglichkeit der Teilnahme an einer innovativen Versorgungsform mit einem intensiveren Beratungsangebot durch die SCN. Die KontrollpatientInnen, welche von den SN rekrutiert und regelversorgt wurden, erhielten eine Incentivierung in Höhe von 20 EUR je Befragung. In den Studienzentren Leverkusen und Berlin wurden für die Durchführung der Intervention jeweils zwei SCN eingeplant. Da die Tätigkeit der SCN patientenbezogen mit Pauschalbeträgen vergütet wurde, wandten die SCN nur ein Teil ihrer Arbeitszeit für OSCAR auf. Vor (Duisburg), während (Berlin) und nach (Leverkusen) der Betreuungsphase der TeilnehmerInnen beendete jeweils eine SCN pro Klinik ihre Tätigkeit. Durchgehend bis zum Projektende wurden die PatientInnen durch jeweils eine SCN in jeder Klinik betreut. Für die Evaluationsbefragungen war während der Projektlaufzeit jeweils eine SN pro Studienzentrum verantwortlich. Die Evaluationsbefragungen konnten je nach Präferenz der StudienpatientInnen persönlich, postalisch oder telefonisch durch das Studienteam vorgenommen werden.

In beiden Gruppen erfolgte der Einschluss der erwachsenen PatientInnen anhand der in Tabelle 3 aufgeführten ICD-Codes in Kombination mit begleitenden Operationen und Prozeduren (OPS-Codes). Zusätzlich war die Mitgliedschaft in einer der teilnehmenden BKK eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Intervention.

Diagnose	ICD-Codes
Akute Leukämie	C91.0, C91.5, C92.0
Aggressives Lymphom	C82.2, C82.3, C82.4, C83.3, C83.5, C84.4, C84.6, C84.7, C85.2, C86.4
Metastasiertes Dickdarmkarzinom	C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20 in Verbindung mit C77-C79,
Bauchspeicheldrüsenkarzinom	C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9
Lungenkarzinom	C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9
<i>Erweiterung des Indikationsspektrums gemäß Bewilligungsbescheid:</i>	
Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	C90.0, C90.1, C90.2
Metastasiertes Mamma-Karzinom	C50.0, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9; in Verbindung mit Metastasen C77-79
Metastasiertes Ovarial-Karzinom	C56 in Verbindung mit Metastasen C77-79
Metastasiertes Cervix-Karzinom	C53.0, C53.1, C53.8, C53.9; in Verbindung mit Metastasen C77-79
Metastasiertes Endometrium-Karzinom	C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9; in Verbindung mit Metastasen C77-79
Magenkarzinom	C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9
Ösophaguskarzinom	C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9

Metastasierte Kopf-Hals-Tumoren	C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.03, C11.8, C11.9, C12, C13.0; C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8; in Verbindung mit Metastasen C77-79
Metastasiertes Prostata-Karzinom	C61 in Verbindung mit Metastasen C77-79
Metastasiertes Schilddrüsenkarzinom	C73 in Verbindung mit Metastasen C77-79
Metastasiertes Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut	(C43.0, C43.1, C43.2, C43.3, C43.4, C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.0, C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9; in Verbindung mit Metastasen C77-79)

Tabelle 3: Einschluss-ICD-10-Codes für Interventions- und Kontrollgruppe

3-Steller	5-42,5-43, 5-44,5-45,5-46,5-47,5-48,5-49,5-50,5-51,5-52,5-53,5-54,8-52,8-53,8-91
5-Steller	5-402,5-403,5-404,5-406,8-541, 8-542, 8-543, 8-544, 8-546, 8-918, 8-982,8-98e

Tabelle 4: Einschluss-OPS-Codes für Interventions- und Kontrollgruppe

Zentrale Inhalte der Fragebogenerhebungen waren die Lebensqualität als primärer Outcome (EORTC QLQ-C30) sowie die sekundären Outcomes: Arzt-Patientenkommunikation (adaptierte Version des PRA-D), Einschätzung der Symptomatik (IPQ-R), Gesundheitskompetenz (HLS-EU-6), Partizipation an Informationen und Entscheidungen (PRA-D). Darüber hinaus wurden soziodemographische Aspekte erfasst. Die Fallzahlschätzung basierte auf dem Instrument für die Erfassung der Lebensqualität EORTC QLQ C-30.

Der Evaluationsfragebogen beinhaltete Erhebungsinstrumente zur Arzt-Patientenkommunikation (PRA-D), der Symptomwahrnehmung (IPQ-R), der Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q6), der Partizipation und Informiertheit ((API-DM); (DSC)) bei Entscheidungsprozessen und zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems. Zum Zeitpunkt der Rekrutierung t0 wurden einmalig in beiden Gruppen außerdem soziodemographische Merkmale und der sozioökonomische Status erfasst. In der Fragebogenversion für die Kontrollgruppe wurde zusätzlich die Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 Version 3.0 dt. Version) erhoben, die in der Interventionsgruppe ausschließlich durch den Interventionsbogen der SCN erhoben wurde (Anlage 5a und 5b). Als Grundlage für die Fragebogenerstellung diente eine Literaturrecherche zur Identifikation geeigneter Instrumente. Ein wichtiger Faktor bei der Fragebogenkonstruktion war die Berücksichtigung der Krankheitssituation der zu befragenden PatientInnen. Aufgrund der zu erwartenden Krankheitsschwere wurde auf validierte Kurzinstrumente zurückgegriffen, sofern diese zur Verfügung standen, um die Interviewdauer möglichst kurz zu halten.

Die Mindeststichprobengröße zur Messung statistisch signifikanter Unterschiede betrug pro Studiengruppe n=93 PatientInnen bei einer Effektstärke von 0,4. Aufgrund der zu erwartenden Studienabbrüche infolge der weit fortgeschrittenen Erkrankungsverläufe der hoch vulnerablen PatientInnen wurde die Fallzahl auf n=150 in der Interventions- und n=200 in der Kontrollgruppe erhöht.

Da aufgrund des Einschlusskriteriums der BKK-Zugehörigkeit für die InterventionspatientInnen eine randomisierte Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppe nicht umsetzbar war, wurde eine IPTW-Methode (Inverse Probability of Treatment Weighting) für die Anpassung der Charakteristiken zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung verwendet. Ziel war es, so die Strukturgleichheit zwischen den Vergleichsgruppen zu sichern.

Für die Analyse des primären Outcomes (Lebensqualität) und der kontinuierlichen sekundären Endpunkte wurde jeweils ein lineares gemischtes Modell (LMM) mit PatientInnen als random intercept über alle verfügbaren Zeitpunkte und einer Dummy-Variable für das Studienzentrum als Kovariate verwendet. Alle Outcomes wurden unter Verwendung von Intention-to-treat-Populationen analysiert, einschließlich aller ProbandInnen, die mindestens eine SCN-Konsultation erhalten hatten und für die mindestens die erste Nachuntersuchung (t1, nach drei Monaten) verfügbar war. Für fehlende Werte wurden mittels multipler Imputationsmethoden auf der Grundlage von zehn imputierten Datensätzen mit der Multivariate Imputation by Chained Equation (MICE) Werte geschätzt und in den Analysen verwendet. Die primären und sekundären Analysen wurden mit den gemischten Modellen durchgeführt. Die deskriptiven Statistiken und die Anzahl der TeilnehmerInnen, die in die Berechnung einfließen, wurden jeweils für die Interventions- und die Kontrollgruppe dargestellt. Für kontinuierliche und normalverteilte Variablen wurde der Mittelwert mit Standardabweichung (SD) angegeben, für andere Verteilungsvariablen der Median mit Interquartilsbereich (IQR). Kategoriale Daten wurden mit absoluten Häufigkeiten und Prozentsätzen angegeben.

Alle statistischen Tests wurden mit Stata IC15 (StataCorp, 2017, College Station, TX, USA) durchgeführt. Die primäre Hypothese wurde mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ getestet. Alle sekundären Hypothesen wurden in einem explorativen Rahmen getestet.

Modul 2 [Gesundheitsökonomische Evaluation]: Für die OSCAR InterventionspatientInnen wurden durch die am Projekt mitwirkenden Betriebskrankenkassen (BKK) Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt, mittels derer die vor und während des Projekts anfallenden Kosten sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems analysiert werden konnten. Der Auswertungszeitraum umfasste sowohl das Jahr vor der Teilnahme an der OSCAR-Intervention sowie den einjährigen Zeitraum nach dem Start der Intervention. Da die PatientInnen in der Kontrollgruppe aus Modul 1 nicht bei den beteiligten BKK versichert waren, konnten für diese PatientInnen keine Kassendaten generiert werden. Aus diesem Grund wurde eine separate anonyme Kontrollgruppe aus dem Versichertenpool der BKK anhand der oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien selektiert. Aus dem Pool potentieller Versicherter wurde die Kontrollgruppe anschließend anhand der Variablen Alter, Geschlecht und Diagnose entsprechend der Verteilung in der Interventionsgruppe gezogen und in einem Verhältnis von vier zu eins mit der Interventionsgruppe gematcht. Das Einschlussdatum für die PatientInnen in der Kontrollgruppe wurde anhand des Datums der ersten Krankenhausaufnahme im Jahr 2018 mit einer studienrelevanten Operation und Prozedur bestimmt (siehe OPS-Codes). Falls kein passender ICD-Code vorlag, wurden vorherige Diagnosen vor dem Studienstart berücksichtigt.

Die analysierten Kassendaten beinhalteten unter anderem Angaben über ambulante und stationäre Behandlungen, Medikamentenverordnungen sowie Heil- und Hilfsmittelverordnungen. Die Kosten wurden anhand aller Ausgaben in den zur Verfügung stehenden Leistungsdaten kumuliert und für den Beobachtungszeitraum als gemittelte monatliche Kosten dargestellt. Zur Ermittlung direkter Kosten wurden diese getrennt voneinander wie folgt berechnet: ambulante Versorgung, stationäre Versorgung (ambulant, teilstationär und stationär), Arzneimittelverordnungen, Heil- und Hilfsmittel in Form von Bruttokosten und für die Intervention aufgewendeten Kosten (OSCAR-Kosten). Die ambulante Versorgung umfasste alle Kosten für Dienstleistungen. Die stationäre Versorgung fasste alle Kosten für Dienstleistungen und verabreichte Medikamente während stationärer Aufenthalte zusammen. Medikamentenverordnungen beinhalteten die Kosten für Medikamente im ambulanten Bereich. Insgesamt wurden die Gesundheitskosten als Summe der Kosten aller

Bereiche berechnet. Aufgrund ungleicher Beobachtungszeiten wurden alle Kosten über die Beobachtungszeit gemittelt, so dass die Kosten als monatliche Kosten dargestellt wurden. Aufgrund der typischen rechtsschiefen Verteilung der Verweildauer und der Kostendaten wurden für die Analyse log-transformierte Verweildauern (ln-LOS) und Kosten (ln-Cost) verwendet. Dabei entspricht der Exponent des mittleren beobachteten ln-LOS und ln-Cost dem geometrischen Mittel (GM) der LOS und Kosten. Es wurde ein lineares gemischtes Modell (englisch Linear Mixed Models, LMM) durchgeführt, um den Unterschied von ln-LOS und ln-Kosten zwischen den Gruppen mit PatientInnen als zufälligem Intercept zu vergleichen. Die Personenzeit wurde ab dem Datum der Einschreibung und dem Ende der Beobachtung (12 Monate nach der Einschreibung oder dem Todesdatum) berechnet. Die Inzidenzrate (IR) pro Personen-Monat wurde für jede Ressourcennutzung im Gesundheitswesen als HRU-Ergebnis dargestellt. Die HRU-Ergebnisse wurden mit Hilfe des Poisson-Regressionsmodells verglichen und die Ergebnisse als unbereinigte und bereinigte Inzidenzratenverhältnisse (IRRs) mit 95%-Konfidenzintervallen (KI) dargestellt. Die adjustierten Poisson-Regressionsmodelle für die Inanspruchnahme der Versorgung und die Mixed Models für die Kosten stellten in Modul 2 die Primäranalysen dar.

Alle statistischen Analysen wurden mit Stata IC15 (StataCorp, 2017, College Station, TX, USA) durchgeführt. Die Signifikanz wurde auf dem Niveau von 0,05 ohne Anpassung für Mehrfachtests betrachtet. Für alle Modelle wurden Anpassungen für Alter, Geschlecht, Diagnose, ACCI (Altersadjustierter Charlson-Komorbiditätsindex Score) und Pflegegrad vorgenommen. Statistische Tests wurden durchgeführt, um Unterschiede zwischen den Gruppen zu identifizieren. Die Darstellung der Baseline-Charakteristika erfolgte mittels absoluter Häufigkeiten und Prozentsätze und für kategorische Variablen und Mittelwert, Standardabweichung (SD), Median, Interquartilsbereich (IQR) für kontinuierliche Variablen. Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Patientencharakteristika wurden mit Chi-Quadrat-Tests für kategorische Variablen und unabhängigen t-Tests oder Mann-Whitney-U-Tests für kontinuierliche Variablen analysiert.

Modul 3 [Prozessevaluation]: Alle sechs SCN wurden gebeten, während des gesamten Projektverlaufs ein prozessbegleitendes Tagebuch zu führen, in welches sie ihre praktischen Erfahrungen in der Umsetzung des Projekts sowie aus ihrer Sicht mögliche Optimierungspotenziale aufzeichnen sollten (Anlage 6). Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse wurden die für die SCN relevanten Themen mit einem induktiv zusammenfassenden Verfahren in ein Kategoriensystem überführt. Mit Hilfe des Kategoriensystems wurden alle Tagebücher hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren für die Umsetzung der Intervention analysiert. Zusätzlich wurden für alle InterventionspatientInnen Dokumentationsbögen geführt, in denen zusätzliche Kontakte zwischen den SCN und ihren PatientInnen sowie Empfehlungen und Vermittlungen von Kontakten und Netzwerken durch die SCN dokumentiert wurden (Anlage 7). Die Dokumentationsbögen wurden nach der Beendigung der SCN-Tätigkeit deskriptiv ausgewertet.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Modul 1: Effektevaluation¹

Im Zeitraum von Februar 2018 bis Februar 2019 wurden n=362 PatientInnen (Interventionsgruppe: n=150, Kontrollgruppe: n=216) in die OSCAR-Studie eingeschlossen. Davon hatten 52,6 % der PatientInnen in der Interventionsgruppe und 53,8% der PatientInnen in der Kontrollgruppe den EORTC QLQ-C30 zu allen vier Zeitpunkten ausgefüllt. Die Drop-out-Rate betrug 47,3 % in der Interventionsgruppe und 46,2 % in der Kontrollgruppe. Der häufigste Grund für den Abbruch der Studie ist auf das Versterben der PatientInnen in beiden Gruppen zurückzuführen (28,0 % in der Interventionsgruppe und 28,3 % in der Kontrollgruppe). Entgegen der Erwartungen unterschieden sich die allgemeinen Drop-Out Raten zwischen den

¹ Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der Primärerhebung findet sich in Anlage 1, Kapitel 1.

Studiengruppen nicht voneinander ($p=0,835$) (Anlage 1, Kapitel 1.1). Weitere Drop-Out-Analysen wurden von Gebert et al. [13] veröffentlicht (siehe Kapitel 8).

Baseline-Charakteristika

Signifikante Gruppenunterschiede bestanden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Altersverteilung, Bildungsniveau, der Verteilung auf die jeweiligen Studienzentren und in der Verteilung der Diagnosen. Weitere signifikante Unterschiede wurden zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung sowohl in den primären als auch sekundären Endpunkten gemessen (Gesundheitsstatus/QoL und Arzt-Patienten-Kommunikation). Die Interventionsgruppe war sowohl hinsichtlich sozialer als auch klinischer Merkmale als vulnerabler einzuschätzen, was sich in niedrigeren Outcome-Werten zum Zeitpunkt der Baseline niederschlug. Aufgrund der statistisch signifikanten Gruppenunterschiede wurde eine „Inverse Probability of Treatment Weighting“-Schätzung (IPTW) durchgeführt. Hierdurch konnten die Werte zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar gemacht werden. Nach einer Imputation unter Berücksichtigung der IPTW-Schätzung war die Verteilung der Baseline-Merkmale zwischen den Gruppen in den genannten Merkmalen ausgeglichen (Anhang 1, Kapitel 1.2).

Primäres Outcome Globaler Gesundheitszustand / Lebensqualität (QOL)

In der Interventionsgruppe konnte eine Verbesserung des primären Endpunkts Globaler Gesundheitszustand/QOL beobachtet werden. Hierbei kam es innerhalb der ersten sechs Monate zu einem Anstieg des Punktwerts, der in den nachfolgenden sechs Monaten geringfügig sank (siehe Anhang 1, Kapitel 1.3). In der Kontrollgruppe blieben die Werte hingegen bis zum sechsten Monat nach dem Studienbeginn fast durchgehend auf dem Ausgangsniveau des Baseline-Werts und stiegen anschließend bis zum 1-Jahres Follow-up an. Ein signifikanter Gruppenunterschied bestand zum Zeitpunkt des 6-Monats-Follow-ups zugunsten der Interventionsgruppe ($p=0,045$), der in Sensitivitätsanalysen bestätigt wurde. Der Zuwachs der Lebensqualität in der Interventionsgruppe entsprach einer klinisch relevanten mittleren Verbesserung. Diese wurde anhand von Referenzwerten bestimmt, die für den EORTC QLQ C-30 von Cocks et al. erarbeitet wurden [14]. Kein signifikanter Gruppenunterschied zeigte sich hingegen in der Verlaufsbeurteilung der gesamten Interventionsdauer von $t_0 - t_3$ ($p= 0.143$). Im Zuge der Lebensqualitätsmessungen anhand des EORTC QLQ C-30 wurden weiterhin die funktions- und symptombezogenen Subskalen analysiert (Anhang 1, Kapitel 1.4). Bis zum Zeitpunkt von sechs Monaten nach dem Studienbeginn konnten in der Mehrzahl der Subskalen Verbesserungen in den Mittelwerten der Interventionsgruppe beobachtet werden, die in den nachfolgenden sechs Monaten anschließend leicht an- bzw. abstiegen. Die Kontrollgruppe erreichte in den Subskalen Soziale Funktion und Finanzielle Probleme nach 12 Monaten bessere Werte als die Interventionsgruppe. In den anderen Subskalen erfolgte in der Kontrollgruppe häufig verzögert im Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten nach dem Studienstart eine Annäherung der Werte an die Ergebnisse der Interventionsgruppe. Ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppen konnte innerhalb der Funktionsskalen zum Zeitpunkt des 6-Monats-Follow-ups für die Subskala kognitive Funktion identifiziert werden ($p<0,001$), die klinisch relevant waren. In der Subskala soziale Funktion konnte ebenfalls, wenn auch nicht statistisch signifikant, eine klinisch relevante Verbesserung der Mittelwerte zugunsten der Interventionsgruppe beobachtet werden ($p=0,088$). In den Subskalen körperliche Funktion, Rollenfunktion und emotionale Funktion wurden zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikante Gruppenunterschiede identifiziert. Innerhalb der symptombezogenen Skalen lagen fünf Symptome vor, bei denen statistisch signifikante Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe vorlagen (Anlage 1, Kapitel 1.4).

Sekundäre Endpunkte

Im Zuge der vergleichenden Effektmessungen in der Interventions- und Kontrollgruppe wurden sekundäre Outcomes untersucht, die folgende Aspekte beinhalteten: Arzt-Patient-Kommunikation (adaptierte Version des PRA-D), Kohärenz (IPQ-R), potentielle

Entscheidungskonflikte (DCS), Informations- und Beteiligungspräferenz (API-DM) und Gesundheitskompetenz (HLS-EU) (Anlage 1, Kapitel 1.5).

Die PatientInnen in der Interventionsgruppe zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Studienverlauf eine Verbesserung ihrer Kohärenz, die mit einem besseren Verständnis vorliegender Begleitscheinungen in Bezug auf die Krebserkrankung einherging. Im Interventionszeitraum von zwölf Monaten stieg der Wert in der Interventionsgruppe um etwa einen Punkt, um etwa einen halben Punkt in der Kontrollgruppe (in einer Werteskala von 5 bis 25). Der Anstieg gegenüber der Kontrollgruppe war jedoch statistisch nicht signifikant ($p=0,790$) (Anlage 1, Kapitel 1.5). In der Beteiligungspräferenz tendierte die Entwicklung der Messergebnisse beider Studiengruppen zu dem Referenzwert von 50 auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten. Damit dominierte in beiden Gruppen während des gesamten Beobachtungszeitraums die Präferenz für eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den behandelnden Ärzten bei medizinischen Themen im Sinne eines Shared Decision Making. Zum Zeitpunkt t3 konnte kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied ermittelt werden ($p=0,128$) (Anlage 1, Kapitel 1.5).

Die Informationspräferenz wies in beiden Studiengruppen im Zeitverlauf eine leicht abnehmende Tendenz auf. Der Gruppenunterschied war zum Zeitpunkt von drei Monaten nach Studienbeginn statistisch signifikant zugunsten der Interventionsgruppe ($p=0,012$). Auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten wiesen aber beide Gruppen Werte auf, die Ausdruck einer sehr hohen Präferenz von Informationen zur Erkrankung und zum Behandlungsverlauf waren (Anlage 1, Kapitel 1.5).

Die Mittelwerte für eine hypothetische Entscheidung zwischen einer lindernden bzw. einer heilenden Therapie stiegen in der Interventionsgruppe bis zum Zeitpunkt von drei Monaten und in der Kontrollgruppe bis zum Zeitpunkt von sechs Monaten nach dem Studienstart an und nahmen anschließend im weiteren Zeitverlauf in beiden Gruppen ab. Hierbei konnte die Interventionsgruppe den Ausgangswert um knapp zwei Punkte leicht unterschreiten. Sie wies somit ein geringeres Potential für Entscheidungskonflikte auf. Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte nach zwölf Monaten jedoch nicht festgestellt werden ($p=0,249$) (Anlage 1, Kapitel 1.5).

Die Werte für die Arzt-Patienten-Kommunikation stiegen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe unmittelbar nach dem Studienstart an. Nach zwölf Monaten glichen sich die Werte beider Studiengruppen wieder an und wiesen insgesamt auf eine sehr gute Arzt-Patienten-Kommunikation hin. Statistisch signifikante Unterschiede konnten im Zeitverlauf nicht nachgewiesen werden ($p>0,050$) (Anlage 1, Kapitel 1.5).

Nach zwölf Monaten hatte sich die Gesundheitskompetenz der PatientInnen in beiden Gruppen nur minimal verändert. Die Werte deuteten auf eine mittlere Gesundheitskompetenz während des gesamten Untersuchungszeitraum. Zu keinem der Messzeitpunkte zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p>0,050$) (Anlage 1, Kapitel 1.5).

Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Social Care Nurses

Die überwiegende Mehrheit der PatientInnen in der Interventionsgruppe waren im Zeitverlauf mit ihrer Betreuung durch die Social Care Nurses (SCN) sehr zufrieden oder eher zufrieden, wobei die Zufriedenheit im ersten halben Jahr der Intervention zunahm (t2: ca. 95%) und zum Ende der Intervention leicht abfiel (siehe Anlage 1, Kapitel 1.6).

Unterstützung durch die Social Care Nurse

Der Beratungsbedarf der PatientInnen bewegte sich im zeitlichen Verlauf auf einem relativ konstanten Niveau. Auch nach zwölf Monaten (t3) suchte knapp die Hälfte der PatientInnen das Beratungsangebot der SCN zu Fragen ihrer medizinischen Behandlung auf. Mehrheitlich sahen die Befragten ihren Wunsch nach Unterstützung zu medizinischen Fragen als erfüllt an. Etwa ein Drittel der PatientInnen benötigte psychologische Betreuung, Unterstützung bei Fragen zu einem Rehabilitationsangebot, Hilfsmittel sowie Hilfe bei akuten Krisen. Während die Beratung in medizinischen und psychologischen Belangen oder auch in Fragen zur

Rehabilitation als sehr positiv wahrgenommen wurde, fiel die Hilfe in den Themenfeldern Finanzen, Beruf/Rente und Selbsthilfegruppen weniger erfolgreich aus. Hier waren dem Beratungserfolg teilweise strukturelle Grenzen gesetzt (Anlage 1, Kapitel 1.7).

Modul 2: Gesundheitsökonomische Evaluation²

Die Stichprobe für die GKV-Datenanalysen umfassten 149 PatientInnen in der Interventionsgruppe und weitere 568 PatientInnen in der anonymisierten Kontrollgruppe aus dem Datenpool der BKK-Versicherten. Das Durchschnittsalter betrug in beiden Gruppen 66 Jahre, etwa die Hälfte der Versicherten war männlich. Die häufigsten Diagnosen in beiden Studiengruppen waren Lungenkrebs und metastasierte Dickdarmkarzinome. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war der Anteil der akuten Leukämie in der Interventionsgruppe doppelt so hoch (IG=12,8 vs. KG=6,3%). Der altersadjustierte Charlson-Komorbidity-Index (ACCI-Score) sowie die Pflegegrade verteilten sich in beiden Gruppen ähnlich (IG=7,9 vs. KG=7,3) (Anhang 1, Kapitel 2.1).

Die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsangebote war in der Interventionsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe (Anlage 1, Kapitel 2.2). Bei der Betrachtung nach Art der ambulanten Besuche zeigte sich, dass die PatientInnen in der Kontrollgruppe vergleichsweise häufiger onkologische und palliative Ambulanzen als die PatientInnen der Interventionsgruppe aufsuchten, während die PatientInnen in der Interventionsgruppe eine höhere Rate für die Inanspruchnahme einer Schmerzambulanz aufwiesen. Die PatientInnen in der Interventionsgruppe wurden im Unterschied zu jenen in der Kontrollgruppe seltener teilstationär aufgenommen, gleichzeitig war in der Interventionsgruppe die Rate vollstationärer Aufnahmen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht ($p=0,013$). Gleichwohl lag die Aufenthaltsdauer für vollstationäre Aufenthalte in der Interventionsgruppe signifikant unter jener in der Kontrollgruppe ($p<0,001$) (Anlage 1, Kapitel 2.3). Nach OSCAR-Beginn sank außerdem die Rate der Arzneimittelverschreibungen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant ($p<0,001$).

Die bereinigten Kostenanalysen zeigten Unterschiede in der Entwicklung der gesamten Gesundheitskosten ($p=0,006$) und den Kosten für vollstationäre Krankenhausaufenthalte zugunsten geringerer Kosten in der Interventionsgruppe ($p=0,001$). Diese Differenz resultierte vor allem aus den Kosten im Krankenhaus, die in der Interventionsgruppe signifikant unter jenen in der Kontrollgruppe lagen. Ein ähnlicher Trend war für die Kosten der Arzneimittelverordnungen, für ambulante Kosten und Kosten für Heil- und Hilfsmittel beobachtbar, hier fielen die Ausgaben für die Interventionspatient*innen geringer aus, wenngleich nicht in statistisch signifikanter Weise ($p>0,050$). (Anlage 1, Kapitel 2.4).

Modul 3: Prozessevaluation³Projekttagbücher der SCN

Für die qualitative Inhaltsanalyse der Projekttagbücher standen die Aufzeichnungen aus fünf Projekttagbüchern zur Verfügung, nachdem eine SCN ihre Mitwirkung an dem Projekt vor dem Beginn der Patientenrekrutierung beendete hatte. Zwei der fünf SCN haben das Projekt während der Projektdurchführung vorzeitig verlassen. Insgesamt lagen von den fünf aktiv am Projekt beteiligten SCN 300 Tagebucheinträge vor, welche die Projektphasen von der Patientenrekrutierung bis zu den abschließenden Kontakten nach der zwölfmonatigen Betreuung der PatientInnen beinhalteten.

Es konnten die Umsetzung der Intervention erschwerende Aspekte identifiziert werden, welche in der qualitativen Inhaltsanalyse wie folgt kategorisiert wurden: Arbeitslast (z.B. im Kontext der Studienadministration; Doppelbelastung durch Stations- und Schichtdienste parallel zur

² Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation findet sich in Anlage 1, Kapitel 2.

³ Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der Prozessevaluation findet sich in Anlage 1, Kapitel 3.

SCN-Tätigkeit, da eine Ausfinanzierung der SCN nicht möglich war; Schwierigkeiten in der Arbeitszeitgestaltung), persönliche Belastungen der SCN (z.B. emotionaler Art aufgrund des schweren Krankheitsverlaufs der zu beratenden PatientInnen), Hürden in der Realisierung von Beratungsterminen (z.B. aufgrund des Krankheitsbildes), Hürden in der Anwendung der Projektfragebögen (z.B. bei telefonischen Ersatzterminen, die monatliche Erhebungsfrequenz), Kritik und fehlende Unterstützung durch andere Berufsgruppen (z.B. fehlende Akzeptanz), Bewertung des Ausbildungscurriculums (z.B. unzureichende Vorbereitung auf die praktische Umsetzung der Studie).

Gleichzeitig wurden teilweise dieselben Aspekte als positive wahrgenommen: Verbesserung der PatientInnenbetreuung durch eine höhere Kontaktdichte; der Nutzen von OSCAR (z.B. Gespräche über Ängste und Sorgen durch die Anwendung des Fragebogens, konkrete Unterstützungsmaßnahmen für die PatientInnen wie Unterstützung bei Reha-Anträgen, Organisation von Pflege). Dadurch, aber auch durch die motivierenden und vertrauensvollen Kontakte mit den PatientInnen wurde die Tätigkeit der SCN als sinnstiftende erlebt. Als hilfreich erwies sich die Zusammenarbeit mit Case-Managern und weiteren Berufsgruppen.

Konstruktive Empfehlungen der SCN konnten zur Weiterentwicklung des Tätigkeitsbildes und des arbeitsorganisatorischen Umfeldes der SCN genutzt werden (z.B. stärkere Praxisorientierung der Ausbildung und feste Arbeitszeiten) (Anlage 1, Kapitel 3). *Dokumentationsbögen*

Die Auswertung der n=120 patientenbezogenen Dokumentationsbögen ergab, dass an zwei Rekrutierungsstandorten außerhalb der regulären geplanten monatlichen Treffen weitere Kontakte zwischen den SCN und den PatientInnen stattfanden. Darüber hinaus wurden Empfehlungen mit konkreten Hilfsangeboten durch die SCN dokumentiert. Die Mehrzahl dieser Netzwerkempfehlungen bezogen sich auf den Sozialdienst, gefolgt von Kontaktvermittlungen zu Krankenkassen und Rehabilitationsangeboten. Seltene Empfehlungen bezogen sich beispielsweise auf Zuzahlungsbefreiungen, Schwerbehindertenausweise und das Versorgungsamt.

Limitationen

Durch die in der Interventionsgruppe vorausgesetzte Mitgliedschaft in einer der teilnehmenden BKK'n wurde die Rekrutierung geeigneter PatientInnen in den Studienzentren erschwert, und es konnte keine randomisierte Zuweisung in Interventions- und Kontrollgruppe realisiert werden. Um die Fallzahlen von n=150 InterventionspatientInnen erreichen zu können, wurden Einschlussdiagnosen erweitert und in einem der drei Studienzentren (mit Palliativschwerpunkt) mehr PatientInnen rekrutiert als geplant. Die beschriebenen Aspekte führten zu einem Selektionsbias in soziodemographischen und klinischen Charakteristika, aber auch in den studienbezogenen Endpunkten. Im Ergebnis war die Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe als sozial und gesundheitlich vulnerabler einzuschätzen. Mittels Inverse Probability of Treatment Weighting wurde eine Vergleichbarkeit der Gruppencharakteristika zur Baseline erzielt. Bedingt durch die Schwere der Erkrankung sind PatientInnen vor dem Studienende verstorben oder haben die Studienteilnahme vorzeitig beendet. Um die daraus resultierenden fehlenden Werte in den Folgebefragungen zu kompensieren, wurde ein multiples Imputationsverfahren eingesetzt, mit dem die statistische Power der Ergebnisse erhöht werden konnte. Diese Verfahren sind statistischer Goldstandard, bedeuten aber dennoch Hilfskonstruktionen und müssen bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden.

Eine Zielsetzung der Intervention war es, dass die SCN die verschiedenen Therapien und Unterstützungsangebote über die Sektorengrenzen hinweg effektiv koordinieren sollten. Zum Aufgabenspektrum der SCN gehörte es, PatientInnen im stationären Setting sozialmedizinisch zu beraten und psychoonkologisch zu unterstützen sowie adäquate Versorgungsangebote im ambulanten Bereich zu vermitteln. Erster Teil der Intervention wurde erfolgreich umgesetzt. Bezüglich der Vermittlungstätigkeit wurden in den Dokumentationsbögen häufig koordinierende Kontakte mit dem Sozialdienst, Krankenkassen und Reha-Angeboten dokumentiert. Ein Austausch mit ambulant niedergelassenen Ärzten fand hingegen nur in

Einzelfällen statt. Aus der Perspektive des Evaluators sind mögliche Erklärungen für diese Schwerpunktsetzung im Tätigkeitsspektrum der SCN, dass die Schulungsinhalte hier nicht ausreichend waren, unterstützende Instrumente für die Netzwerkarbeit fehlten und das Monitoring der Intervention nicht auf diesen Vermittlungsaspekt ausgerichtet war. Die anderen Konsortialpartner sehen an dieser Stelle weniger Mängel in der Projektumsetzung, sondern vermuten die Ursache vielmehr in den strukturell zementierten Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems, welches insbesondere die ärztlich-therapeutische Kommunikation und Abstimmung zwischen ambulanten und stationären Behandlern erschwert und SCN in der Vermittlerrolle hier wenig Kompetenzspielraum eröffnet.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigten trotz der höheren Rate für die Inanspruchnahme der Kliniken in der Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion der Gesamtkosten, der stationären Kosten und der vollstationären Liegezeiten nach Beginn der Intervention. Wir gehen davon aus, dass es sich hier um einen – nicht vordergründig intendierten – positiven Effekt handelt und es den SCN gelang, die PatientInnen innerhalb der Kliniken frühzeitig, bedarfsorientiert und effektiv zu navigieren. Weitergehende ökonomische Effekte wären darüber hinaus zu erwarten, wenn die Navigations- und Netzwerkfunktion über die Sektorengrenzen hinweg in das Aufgabenspektrum der SCN integriert wird.

Schlussfolgerungen

Das psycho-onkologisch und sozialrechtlich angelegte Beratungsangebot OSCAR zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen mit fortgeschrittener Krebsdiagnose und schlechter Prognose erwies sich als wichtige Ergänzung der Regelversorgung. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen den enormen Bedarf onkologischer PatientInnen an kompetenter persönlicher Begleitung bzw. gingen weit über den angenommenen Bedarf hinaus. Die Resonanz der PatientInnen war sehr positiv und durch die SCNs wurde ein noch weit höherer Bedarf an Organisation und Zuwendung gemeldet, als ihnen im Rahmen dieses Projektes möglich gewesen war. Innerhalb der dreijährigen Studienphase konnte der wissenschaftliche Nachweis zu Umfang und Nachhaltigkeit der Wirksamkeit auf die Lebensqualität erbracht werden.

Im Einklang mit vorherigen Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit psycho-onkologischer Interventionen konnte ein positiver Effekt auf die Entwicklung der globalen Lebensqualität sowie diversen Funktions- und Symptomskalen nachgewiesen werden. Die Höhe der beobachteten Zugewinne ist in Orientierung an internationalen Referenzwerten als mittlere Veränderung mit deutlicher klinischer Relevanz zu klassifizieren. Diese stellen vor dem Hintergrund der hochvulnerablen Studiengruppe in der nachgewiesenen Höhe einen besonders zu würdigenden Interventionseffekt dar. Mit Verweis auf die sehr begrenzte Lebenserwartung der PatientInnen sind die gezeigten nachweislich früheren Zugewinne in der Lebensqualität für die Versorgung gesetzlich Krankensversicherter hoch relevant. Nicht nur erbrachte die neue Versorgungsform ihren Wirksamkeitsnachweis, gleichzeitig zeigte sich bei gesundheitsökonomischer Betrachtung eine Verringerung der Gesamtkosten verglichen mit der Regelversorgung.

Als besonders hilfreich muss die Verbindung aus pflegerischer Vorqualifikation und gezielter Weiterbildung durch die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (SKG) angesehen werden. Im Besonderen die in Anspruch genommenen entlastenden Gespräche zwischen PatientInnen und persönlicher SCN, und zum Teil Angehörigen, waren wichtiger Teil der erfolgreichen Umsetzung. Der kontinuierliche Kontakt zwischen den SCN und ihren PatientInnen ermöglichte den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, welches den PatientInnen eine Möglichkeit gab über Sorgen und Ängste zu sprechen. Die SCN waren überdies in der Lage, die überwiegende Mehrheit ihrer PatientInnen in den am häufigsten geäußerten Bedarfen in den Bereichen Medizin, Psychologie, Rehabilitation, Pflege und Hilfsmittel zu unterstützen, welches ebenso Ausdruck in der hohen Patientenzufriedenheit fand.

Neben den beobachteten, aus Perspektive der PatientInnen und Kostenträger als wünschenswert zu bezeichnenden Effekten wurden auch Schwächen im Aufbau sowie der Durchführung der neuen Versorgungsform identifiziert. Die für die Implementierung gewählte

Angliederung der neuen Versorgungsform an bestehende Klinikstrukturen erscheint angesichts der Evaluationsergebnisse zwar grundsätzlich geeignet zu sein. Dagegen spricht, dass die PatientInnen häufiger ins Krankenhaus kamen, um die SCN aufzusuchen und daraus resultierend häufiger im Bedarfsfall in den stationären Strukturen statt im ambulanten Bereich Hilfe fanden.

Als ursächlich für die nicht vollumfängliche Umsetzung der geplanten ambulanten Netzwerk-Aktivitäten erscheinen eine zu geringe Ressourcenausstattung sowie fehlende Instrumente für die Vernetzungstätigkeit, wie Listen mit ambulanten ärztlichen und therapeutischen Partnern oder Angeboten der Selbsthilfe. Die Ausbildungsinhalte der SCN sollten um Tools für praktische Unterstützungsmöglichkeiten und Netzwerktätigkeiten angereichert werden. Empfohlen wird die Tätigkeit der SCN als eigenständiges Tätigkeitsprofil mit entsprechender Zusatzqualifikation zu etablieren. Dies ist notwendig, um die kontinuierliche Patientenbetreuung in einem Team zu realisieren und um einen angemessenen Stellenumfang zu gewährleisten, der u. a. die bislang notwendige parallele bzw. anteilige Arbeit in anderen Klinikabteilungen minimiert. Die Etablierung fester Zeiten für die Erreichbarkeit der SCN für ihre PatientInnen und eine räumliche Arbeitsplatzgestaltung verbessern wesentlich die Betreuungsqualität.

Ziel sollte es ergänzend sein, die ambulanten Strukturen dahingehend zu stärken, dass neben der persönlichen Betreuung und medizinischen Beratung im Bedarfsfall im Projektzeitraum auch eine zeitnahe und adäquate Versorgung der PatientInnen flächendeckend gewährleistet werden kann.

Aus Sicht der Evaluatoren wird eine Verkürzung des SCN Angebotes auf sechs Monate empfohlen. Gründe hierfür sind zum einen die festgestellten Effekte der wissenschaftlichen Auswertung (Abflachen der Wirkung nach sechs Monaten) und zum anderen die hohe Sterberate der PatientInnen.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Bedingt durch die Regionalität einzelner BKK beschränkte sich die projektbezogene Versorgung insbesondere auf große bundesweit agierende BKK sowie auf BKK mit Versichertenbestand im Umfeld der kooperierenden Krankenhäuser in Leverkusen, Berlin und Duisburg. Dennoch erfuhr das Projekt OSCAR innerhalb des BKK-Systems eine enorme Unterstützung. Bis zu 37 BKK beteiligten sich vertraglich oder ideell und unabhängig sonstiger wettbewerblicher Interessen an dem als „systemisch“ empfundenen Projekt. Es zeigte sich, dass die Akzeptanz und Bereitschaft der BKK generell groß sind, die Projektidee als Regelversorgung zu etablieren.

Die Vertragsbeziehungen zu den drei Kooperationskrankenhäusern brachen aufgrund der hohen Fluktuation des ursprünglich beteiligten administrativen wie medizinischen Personals auf beiden Seiten jedoch ab. Die projektbezogenen Vertragskonstrukte sind daher so nicht nahtlos fortführbar. Dies wäre jedoch auch inhaltlich gar nicht konsequent, da die Projektdurchführung die unterschiedlichsten Learnings hervorgebracht hat, die bei der Gestaltung einer neuen regelhaften Versorgungsform hineinfließen sollten. Folgende wertvolle Erkenntnisse sind zu berücksichtigen:

(1) Die Qualifikationsvoraussetzungen und Inhalte des Weiterbildungscurriculums zur SCN müssen aufeinander abgestimmt sein.

Die Social Care Nurses aus dem Pilotprojekt waren sehr erfahrene Krankenschwestern mit vielen bereits vorhandenen Zusatzqualifikationen. Dies kann bei der Betreuung von PatientInnen und Angehörigen hilfreich sein, ist aus den bisherigen Erfahrungen der Sächsischen Krebsgesellschaft (SKG) aber nicht zwingend notwendig. Im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des OSCAR-Projektes und die fachliche Qualifikation der SCN erscheint es sinnvoll, die Ausbildungsinhalte um das Merkmal onkologische Kompetenz zu erweitern,

vergleichbar mit der Qualifikationsdefinition der Onkolotsen. Der Schwerpunkt sollte bei onkologischem Fach- und Pflegepersonal aus Krankenhäusern, Praxen und medizinischen Versorgungszentren sowie – ergänzend – Apotheken und freiberuflich tätigen Berater aus dem Gesundheitswesen, die kontinuierlich KrebspatientInnen betreuen, liegen. Eine Berufserfahrung von fünf oder mehr Jahren ist in der Praxis nicht notwendig, um KrebspatientInnen und Angehörige erfolgreich lotsen und betreuen zu können. Erste Erfahrungen in der Onkologie und der Betreuung onkologischer PatientInnen (z.B. 18-24 Monate praktische Arbeit mit KrebspatientInnen), das Wissen um das regionale Unterstützungsangebot, individuelles Engagement, intrinsische Motivation und Empathie sollten dafür ausreichend sein.

Die Inhalte der Weiterbildung zur SCN sollten dann entsprechend der Qualifikationen der Fachkräfte angepasst werden, das sozialversicherungsrechtliche Modul einen größeren bzw. fokussierteren Stellenwert erhalten. Seitens der kooperierenden Krankenkassen sollten tiefere Einblicke in ihren Arbeitsalltag und ihre Möglichkeiten gewährt werden. Natürlich sollen die SCN nicht die Sozialarbeiter oder Sozialversicherungsangestellten ersetzen. Den Umfang von 25 Stunden Sozialrecht gilt es daher kritisch auf Angemessenheit zu hinterfragen. Im Zuge des Feedbacks wünschten sich die TeilnehmerInnen zumindest eine Entzerrung der kompakten Inhalte zum Sozialrecht (noch stärkere Aufteilung und Verteilung über die gesamte Weiterbildung) und mehr praktische Beispiele im Bereich des Sozialrechts. Hier könnte eine entsprechende Anpassung der Vermittlung – hin zu einem größeren Anteil an induktivem Lernen – sinnvoll sein. Ein wechselseitiges 14-tägiges Praktikum auf beiden Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger (sowohl die SCN bei der Krankenkasse, als auch die zuständigen KrankenkassenmitarbeiterInnen bei den SCN) zu Beginn der Zusammenarbeit könnten wechselseitig Verständnis für die jeweiligen Abläufe, Strukturen und Denkweisen schaffen. Ergänzend zu den fachlichen Inhalten müssen die angehenden SCN auch umfassend über die projektbezogenen Prozesse, Inhalte und die organisatorische Umsetzung informiert werden, um Unsicherheiten bzw. Unklarheiten bezüglich der eigenen Rolle vorzubeugen. Neben den „harten“ Fakten (im Sinne medizinischer und sozialversicherungsrechtlicher Fachlichkeit bzw. Orga-Wissen) darf auch die „Soft Skills“-Vermittlung weiterhin nicht zu kurz kommen. Es zeigte sich, dass der psychotherapeutische Coaching-Ansatz mit den Kommunikationstrainings sehr wichtig ist, um sich selbst besser schützen sowie empathisch auf jede Situation mit Kunden eingehen zu können. Supervisionen sollten regelhaft und kontinuierlich angeboten werden. Gemeinsame regelmäßige persönliche Fallbesprechungen vor Ort sind der unabdingbare Schlüssel zum Erfolg dieses Projektes. Auch wurde festgestellt, dass der interne Austausch der SCN untereinander diesen sehr gut tut und viele Probleme und Belastungen klären kann. Die SCN muss folglich auch ein eigenes berufliches Netzwerk haben, aus Kunden, aus Netzwerkpartnern und für sich aus Kollegen.

(2) Die Aufwände zur Teilnehmerrekrutierung sind zu minimieren.

Die Identifizierung potentieller TeilnehmerInnen im Krankenhaus wurde durch die Notwendigkeit erschwert, die Kassenzugehörigkeit und Indikation als Einschlusskriterien in das Projekt zu prüfen. Aufgrund der Komplexität des klinischen Alltags und immer weiter reduzierter Liegedauern war es keine Seltenheit, dass eine ganze Zahl von PatientInnen bereits wieder aus dem Krankenhaus entlassen war, bevor die SCN überhaupt wusste, dass potentielle PatientInnen, die das Angebot benötigen könnten, im Hause gewesen waren. Die aufwändige Vorselektion und Rekrutierung berechtigter potentieller TeilnehmerInnen kann im besten Fall der Aufnahme in die kollektive Regelversorgung für alle Krebserkrankungen entfallen. Auf die zeitintensive Prüfung von Teilnahmevoraussetzungen wie Kassenzugehörigkeit oder onkologische Einzelindikation kann dann verzichtet werden. Wäre weiterhin nur eine Selektivlösung gegeben, ließe sich das Prozedere der proaktiven Versicherteninformation zum Leistungsangebot durch die Krankenkasse nicht überall umsetzen, da Krankenkassen vor der Aufnahme eines Versicherten im Krankenhaus nicht immer Kenntnis von der Aufnahmediagnose erhalten. Durch die zeitlich verzögerte Übermittlung der Aufnahmediagnose an die Krankenkasse wäre die SCN dann weiter einzig auf den Informationsfluss im Krankenhaus angewiesen, um potentielle PatientInnen zeitnah

ansprechen und unterstützen zu können. Auch das Konzept der Ansprache über die Pflegeberatung der Krankenkasse ist nicht flächendeckend umsetzbar. Ein möglicher Optimierungsansatz könnte der Einbezug des ärztlichen Personals bei der Eignung der Diagnosen Prüfung für die Teilnahme sein.

Die Überlegungen sollten daher in die Richtung gehen, Patientenlotsen organisatorisch nicht beim Kostenträger anzusiedeln. Sie sind bzw. sollen vielmehr dort etabliert werden, wo der konkrete Patientenkontakt stattfindet, der Zugang also sehr niederschwellig und situationsbezogen ist und schnell ein entsprechendes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Die Teilnahmeempfehlung sollte maßgeblich durch ärztliche Mitarbeitende sowohl aus dem niedergelassenen als auch klinischem Bereich unterstützt werden, da ein ärztlicher Rat erfahrungsgemäß großen Einfluss auf die Teilnahmeentscheidung ausübt.

(3) Die fragebogenassistierte Beratungsintervention sollte noch patientenorientierter gestaltet werden.

Der für das Projekt genutzte EORTC QLQ-C30 Fragebogen beinhaltet und beurteilt die Lebensqualität onkologischer PatientInnen multidimensional über 10 Subskalen. Da die Onkologie ein breites Spektrum hat, wird er allerdings zu den eher nicht-krankheitspezifischen Fragebögen gezählt. Es besteht kaum fachlicher Konsens darüber, welche Befindlichkeitsdimensionen als valide patientenrelevante Aspekte gelten. Der Fragebogen wurde von den SCN in der Umsetzung trotzdem als wertvoll bewertet. Er diene in den Gesprächen als Screening-Instrument, um frühzeitig Bedürfnisse aufzudecken und darauf als SCN kompetent reagieren zu können. Zudem half er den PatientInnen bei der Selbstreflexion und dabei, die eigene Situation und Entwicklungen besser einzuordnen. Allerdings sollte er noch besser für die Gesprächsführung nutzbar und weniger formalistisch sein. Auch wenn die Fragebögen im Rahmen der Regelversorgung nicht mehr für evaluatorische Zwecke eingesetzt werden, sondern vielmehr dem Assessment und Screening dienen, ist eine mögliche Anpassung anzuraten. Bisherige Frage- und Antwortelemente zu rein wissenschaftlichen Evaluationszwecken sollten aus dem Fragebogen eliminiert beziehungsweise alltagsrelevanter und laienverständlicher umformuliert werden. Sensible Themenbereiche, wie z.B. Patientenverfügungen oder Schuldgefühle, sollten noch empathischer behandelt werden.

Ein regelmäßiges Monitoring der patienten-reported Outcomes dient der Identifizierung patientenrelevanter Bedarfe, die dadurch zielgerichtet bedient werden können. Denkbar wäre, den Fragebogen regelhaft (digital unterstützt) als Screening-Instrument einzusetzen und die Ergebnisse auch den behandelnden Ärzten zukommen zu lassen. Das würde gleichzeitig die Kooperation zwischen SCN und dem ärztlichen Personal strukturell stärken.

Die in OSCAR fest vorgegebenen Kontaktpunkte sind zugunsten der tatsächlichen Beratungsbedarfe der PatientInnen flexibel anzupassen, mindestens jedoch einmal monatlich vorzusehen, um wichtige Themen bei den PatientInnen zu erfassen. Angesichts der evaluatorisch ausgewiesenen Wirksamkeit auf die Lebensqualität insbesondere in den ersten Monaten der Intervention, erscheint eine zeitliche Verkürzung bzw. Verdichtung der proaktiven Kontakte auf die ersten sechs Monate der SCN-Betreuung sinnvoll. Denkbar wäre in Ergänzung dazu eine „ausschleichende“ passive Betreuungsphase, in der die SCN nur noch bei Rückfällen oder bei neuen drängenden Beratungsanlässen punktuell im Hintergrund zur Verfügung steht, z.B. in Form eines Recall-Angebotes.

(4) Die Entscheidung über die Anbindung der SCN an das stationäre oder ambulante Setting ist sorgfältig abzuwägen.

Aus Sicht der Konsortialführung ist die organisatorische Anbindung der SCN an den stationären Alltag für die frühzeitige Kontaktaufnahme und Vertrauensbildung zwar förderlich, jedoch den Gesamtprozess betreffend eher weniger zielführend. Durch die verbesserte Einbindung der PatientInnen und damit auch verbesserte Kenntnis ihres Erkrankungsbildes sollen annahmegemäß teure klinische Aufenthalte bzw. „Übertherapien“ bis kurz vor Exitus vermieden werden, indem die PatientInnen die Therapie bewusst verneinen. Durch eine

stationäre SCN erfahren die PatientInnen, hervorgerufen durch das enge Vertrauensverhältnis, automatisch eine erhöhte Bindung an die Klinik. Dies hat zur Folge, dass die ökonomischen Effekte verwässern und unter Umständen aufgehoben werden. Eine unabhängige Stelle SCN außerhalb des klinischen Bereiches, die sowohl im ambulanten Bereich, bei niedergelassenen ÄrztInnen, zuhause als auch in der Klinik an der Seite der PatientInnen ist, könnte organisatorisch und gesundheitsökonomisch eine sinnvolle Alternative sein, da dies eine Unabhängigkeit der SCN erreicht.

Im Rahmen der Prozessgestaltung ist es durch die starke klinische Bindung zudem schwierig, einen einheitlichen, einfach strukturierten Prozess über die PatientInnen auszurollen. Die Kontaktpflege zu den PatientInnen ist nicht nur aufgrund der weiterhin bestehenden „normalen“ Aufgaben und Schichtarbeit auf Station sehr aufwändig. Das Zeitmanagement ist kaum planbar, da die Therapien sehr unterschiedlich gestaltet sind: Einige PatientInnen erhalten Chemotherapien über einen längeren Zeitraum im stationären Sektor, andere kommen nur sporadisch in die Ambulanz oder Tagesklinik, wieder andere sind nachstationär an den niedergelassenen Onkologen angebunden und haben, sofern keine Komplikationen auftreten, keinen Kontakt mehr zur Klinik. Auch diese Perspektive spricht eher für eine unabhängige angesiedelte ambulante Fachkraft.

Darüber hinaus wurde beobachtet, dass bei auftretenden Engpässen des Pflegepersonals (z.B. Krankheit) und/oder nun im Rahmen der Corona-Pandemie in stationären Einrichtungen die Social-Care-Angebote sehr schnell eingestellt und die betreffenden Fachschwestern für den Normaldienst auf den verschiedensten Stationen genutzt wurden. Dies ist aus Sicht der Einrichtung nachvollziehbar, aus Sicht der PatientInnen und Angehörigen aber suboptimal, da die Herausforderungen der Krebserkrankung ja weiter bestehen bleiben. Eine konsequente Etablierung der SCN an verschiedenen Punkten des Gesundheitswesens kann hier schnell nutzbare Alternativen vorhalten und bieten.

Die Onkolotsen der SKG haben in der Vergangenheit ähnliche Erfahrungen wie im Projekt OSCAR gesammelt. So gewinnen diese zusätzlich zur Verankerung im klinischen Betrieb auch bewusst im nicht-stationären Bereich immer mehr an Bedeutung. Deshalb gibt es - seit dem ersten Pilotprojekt, welches einen Schwerpunkt im klinischen Bereich hatte - nun auch weitere Onkolotsen in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens, z.B. in Facharztpraxen, MVZ, Apotheken, Tumorberatungsstellen, Reha-Einrichtungen, Palliativdiensten, bei Therapeuten und als freiberufliche Angebote. Hier liegt der Schwerpunkt in Zukunft darauf, den bereits etablierten Netzwerkgedanken (aktuell z.B. Refresher, Plattform, Whats-App-Gruppen, Hospitationen) zu intensivieren und die bisher noch nur teilweise gelebte Praxis der Übergabe von PatientInnen zwischen den verschiedenen Onkolotsen weiter zu stärken. Grundsätzlich hat sich im Projekt der SKG der Ansatz, Onkolotsen an den verschiedensten Punkten des Gesundheitswesens zu etablieren, als hilfreich und sinnvoll erwiesen, um Betroffenen und Angehörigen – egal an welchem Punkt der „Patientenkarriere“ sie sich befinden – ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot bereitzustellen.

Die Evaluationsergebnisse bekräftigen jedoch die Vorteile der stationären Anbindung der SCN. OSCAR führte zwar zu häufigeren vollstationären Aufenthalten, war aber gleichzeitig mit kürzeren Liegezeiten und geringeren Krankenhaus- und Gesamtkosten verknüpft. Dies verweist insbesondere auf eine offenkundig bedarfsorientierte und effektive Patientennavigation innerhalb des Krankenhauses. Die SCN sollte im Stationsteam angesiedelt sein, von anderen Stationstätigkeiten aber losgelöst agieren. Dies war während der Interventionsphase aufgrund der patientenbezogenen Vergütung und des zu geringeren Patientenaufkommens mit passender BKK-Zugehörigkeit nicht möglich.

Krankenhäuser erwiesen sich als geeignetes Setting zur Identifizierung von hoch hochvulnerablen PatientInnen mit schwerwiegenden Erkrankungen und schlechter Prognose, da hier ein frühzeitiger Kontakt von PatientIn und SCN sichergestellt wird. Mitunter sind Kliniken für diese PatientInnen die geeignetste Anlaufstelle im Hinblick auf eine palliative Versorgung und der sehr spezialisierten fachlichen Expertise, die Teil der Klinikleistungen sind und im ambulanten Bereich nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Der hohe

Beratungsbedarf der PatientInnen spiegelt die Schwere der Erkrankung und die Dringlichkeit nach Unterstützung wider. Die Kliniken bieten für diese PatientInnen im Notfall einen schnelleren Zugang an. Aus den genannten Aspekten und den Evaluationsergebnissen erscheint eine klinikinterne Anbindung der SCN durchaus berechtigt.

In diesem Projekt wurde lediglich das stationäre Setting der SCN evaluiert. Nicht nur erbrachte die neue Versorgungsform hierbei ihren Wirksamkeitsnachweis, gleichzeitig zeigte sich bei gesundheitsökonomischer Betrachtung eine Verringerung der Gesamtkosten verglichen mit der Regelversorgung (unter Berücksichtigung der Aufwendungen für die Intervention). Überdies konnte eine geringere Rate an verschriebenen Arzneimitteln beobachtet werden und die Navigation innerhalb des Krankenhauses führte zu einer effektiveren Versorgung. Die für die Implementierung gewählte Angliederung der neuen Versorgungsform an bestehende Klinikstrukturen erscheint daher grundsätzlich geeignet. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur alternativen ambulanten Anbindung der SCN beruhen auf Erfahrungen des Konsortiums außerhalb des evaluierten Studiendesigns. Es ist daher nur eine Annahme des Konsortiums, dass sich durch eine Lösung der dauerhaften Bindung der PatientInnen an das Krankenhaus die Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit der Intervention noch weiter steigern ließe, wenngleich dies zu Lasten des Zugangs zu PatientInnen mit besonders schweren Krankheitsverläufen gehen könnte.

(5) Der Aufbau weiterer ambulanter Netzwerkstrukturen ist notwendig.

Die vorgesehenen Navigations- und Netzwerkaufgaben der Social Care Nurses über die stationäre Versorgung hinaus konnten in der Evaluation nicht in vollem Umfang nachvollzogen werden. Auch frühe Gespräche über Möglichkeiten und Angebote palliativer Versorgung wurden selten geführt. Basierend auf den Erfahrungen vorheriger Forschungsprojekte wären hierdurch weitere positive Effekte für die Lebensqualität der PatientInnen zu erwarten gewesen. Zudem hat sich im Projekt gezeigt, dass die ambulanten Strukturen im onkologischen/palliativen Sektor in Deutschland sehr unterschiedlich in Qualität und Quantität sind. Oftmals sind außer einer Überweisung an niedergelassene FachärztInnen keine weiteren Versorgungsstrukturen bekannt bzw. existent. Aus diesem Grund ist eine Netzwerkarbeit der SCN zu fördern, um z. B. für den palliativen Versorgungszweig zu sensibilisieren.

Die vorgenannten Ausführungen weisen auf die Erfordernisse der Netzwerkarbeit hin. Im Bereich der Onkologie müssen mehr Strukturen geschaffen und vernetzt werden, um den Versicherten gut einzubetten. Grundsätzlich wäre ein Forschungsansatz interessant, der untersucht, wie effektiv die ambulanten Strukturen tatsächlich sind, wie häufig es dort in schweren Krankheitsfällen zu Versorgungsbrüchen kommt und welche Unterstützung Betroffene und Angehörige im Alltag erfahren. So gilt es die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, Pflegestützpunkten, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, ambulanten Krebsberatungsstellen aktiv zu fördern.

(6) Eine klare Prozessorganisation, adäquate Ausstattung und Vergütung sowie die Trennung von administrativen und fachlichen Aufgaben der SCN sind unabdingbar für eine effektive und effiziente Betreuung.

Als defizitär muss die Ressourcenausstattung der OSCAR-Intervention bezeichnet werden. Defizitär sowohl hinsichtlich der personellen Ausstattung (SCN je Klinik), da Betreuungsausfälle aufgrund von Krankheit, Weggang oder Schwangerschaft trotz des großen persönlichen, weit über ihren eigentlichen Beschäftigungsumfang hinausgehenden, Engagements kompensiert werden mussten, als auch der infrastrukturellen Ausstattung.

Das neue Berufsbild der SCN erfordert eine definitive Trennung von Verwaltung und Fachlichkeit. Eine klare Aufgabenbeschreibung und eine konsequente Unterstützung durch die medizinische und kaufmännische Leitung einer Einrichtung für die reibungslose Integration in bestehende Abläufe und den Erfolg der Tätigkeit sind von entscheidender Bedeutung. Hierzu zählen neben der Verfügbarkeit entsprechender Zeitkontingente zur Arbeit mit PatientInnen/Angehörigen z.B. auch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gespräche unter Wahrung der Privatsphäre oder aber auch Schränke zur Lagerung notwendiger

Informations- und Dokumentationsmaterialien. Diese Faktoren beeinflussen den SCN Einsatz positiv hinsichtlich Effizienz und Effektivität. Eine konsequente Integration der Lotsen-Tätigkeit in die normale Aufbau- und Ablauforganisation der Einrichtung bietet dabei den besten Ansatz, die Effekte des Lotsen für Betroffene und Angehörige, aber auch für die Einrichtung selbst zu maximieren.

Die infrastrukturelle Unterstützung bei administrativen Aufgaben (z. B. durch allgemeine Sekretariatsdienstleistungen) bzw. die Ausstattung mit notwendiger Kommunikationstechnik ist entscheidend, um die SCN von Verwaltungstätigkeiten zu entlasten und so den Schwerpunkt auf die Beratung und Betreuung der KrebspatientInnen legen zu können. Zeitliche Räume für die Netzwerkarbeit, darunter auch der Aufbau, die Pflege und die Recherche von ambulanten ärztlichen und therapeutischen Partnern oder Angeboten der Selbsthilfe, sind verbindlich einzuräumen. Von der strukturellen Ausstattung her sollte die SCN über ein internetfähiges Smartphone und einen Laptop verfügen – mit ggf. kleiner Druckereinheit oder aber mit den unterschiedlichsten Flyern entsprechender Netzwerkpartner gut bestückt sein –, um überall vor Ort umfassend beraten zu können. Auch Rückzugsmöglichkeiten für eine ruhige Gesprächsführung sollten gegeben sein.

Die Art der Vergütung muss den heterogenen Beratungsbedarfen und planerischen Unsicherheiten des Patientenkontakts Rechnung tragen und die SCN von finanziellen Risiken einer individuell flexibel angepassten Versorgung entlasten. Daher ist eine stellenbezogene (inkl. Infrastrukturpauschale) statt einzelleistungsbezogene (bemessen an einer durchschnittlichen „Standard“-Leistung) Vergütung zu empfehlen. Auch die Höhe der Vergütung muss den Anforderungen entsprechen. Die SCN hat ein sehr hohes Maß an eigener Entscheidungsfreiheit und Verantwortung, was sich finanziell auch spiegeln sollte.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Wissenschaftliche Publikationen	Journal	Veröffentlichung für die Allgemeinheit
Improving quality of life in cancer patients through higher participation and health literacy: study protocol for evaluating the oncological social care project (OSCAR) Frick J, Schindel D, Gebert P, Grittner U & Schenk L	BMC Health Services Research volume 19, Article number: 754 (2019) Veröffentlicht am 26. Oktober 2019 Open Access	Online freizugänglich über die Seiten des Verlages https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4585-0 Siehe Anlage 3
Characteristics and patient-reported outcomes associated with dropout in severely affected oncological patients: An exploratory study Gebert P, Schindel D, Frick J, Schenk L & Grittner U	BMC Medical Research Methodology Zur Veröffentlichung angenommen am 25. März 2021 OpenAccess	Online freizugänglich über die Seiten des Verlages https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-021-01259-0
Screening of Patients Baseline Characteristics in the Evaluation of the Oncological Social Care Project (OSCAR): A non-randomized, controlled, multi-center intervention study	BMC Cancer Einreichung geplant Open Access	Projektwebseite des Instituts für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Exploring missing patterns and missingness mechanisms in longitudinal	Statistical Methods in Medical Research	Projektwebseite des Instituts für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

patient-reported outcomes data using non-randomized controlled trial study	Einreichung geplant Open Access	
The benefit of social care support on healthcare utilization and costs in cancer patients	Supportive Care in Cancer Einreichung geplant Open Access	Projektwebseite des Instituts für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Factors influencing the quality of live in patients with oncological diseases	BMC Health Services Research Einreichung geplant Open Access	Projektwebseite des Instituts für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
The Perspective of Special Trained Social Care Nurses on the Innovative Oncological Social Care Project (OSCAR)	BMC Health Services Research Einreichung geplant Open Access	Projektwebseite des Instituts für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

9. Anlagen

- Anlage 1: Detaillierte Evaluationsergebnisse
- Anlage 2: Sozialversicherungsrechtliches Modul des Curriculums „Social Care Nurse“ als Erweiterung zum Weiterbildungskonzept „Onkolotse“ der SKG (*die Power-Point-Präsentation ist aufgrund des Seitenumfangs in elektronischer Form beigelegt*)
- Anlage 3: Publiziertes Studienprotokoll
- Anlage 4a: Ersatzbogen Evaluationserhebung
- Anlage 5a und 5b: Evaluationsfragebogen (Einsatz viermal bei Interventions- und Kontrollgruppe)
- Anlage 6: Vorlage Projekttagbuch
- Anlage 7: Dokumentationsbogen
- Anlage 8a: Programmbroschüren OSCAR 40-50Jährige
- Anlage 8b: Programmbroschüren OSCAR >50Jährige
- Anlage 9: Evaluationsbericht

Literaturverzeichnis

1. Flatten G, Jünger S, Gunkel S, Singh J, Petzold E (2003) Traumatische und psychosoziale Belastungen bei Patienten mit akuter Tumorerkrankung. PpMP - Psychother · Psycho-som Med Psychol. 53(3/4): 191–201.
2. Künzler A, Zindel A, Znoj H, Bargetzi M (2010) Psychische Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach Diagnosestellung. Praxis 99(10): 593–9.
3. Mehnert A, Lehmann C, Koch U (2008) Erleben der Diagnosemitteilung und psychische Belastung bei Brustkrebspatientinnen. Senol - Z Für Mammadiagnostik -Ther. 5(2):101–6.
4. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. (2015) Palliativversorgung Modul 3. In Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Ueber-Unterversorgung-palliativ.pdf [abgerufen am 20. November 2015]

5. Albisser Schleger H, Pargger H, Reiter-Theil S (2008) „Futility” - Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Z Für Palliativmedizin* 9(2): 67–75.
6. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D (2012) Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. *N Engl J Med.* 367(17): 1616–25.
7. Temel JS, Greer JA, Admane S, Gallagher ER, Jackson VA, Lynch TJ, Lennes IT, Dahlin CM, Pirl WF (2011) Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 29(17): 2319–26.
8. Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Lawrence R, Gurley D, Thomas C, Hamel MB, Cohen HJ (2004) Perspectives, preferences, care practices, and outcomes among older and middle-aged patients with late-stage cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 22(24): 4907–17.
9. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H (2002) Understanding the Treatment Preferences of Seriously Ill Patients. *N Engl J Med.* 346(14):1061–6.
10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010) Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 363(8): 733–42.
11. Lehmann C, Koch U, Mehnert A (2009). Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol* 59(7): e3–27.
12. Frick J, Schindel D, Gebert P, Grittner U, Schenk L. Improving quality of life in cancer patients through higher participation and health literacy: study protocol for evaluating the oncological social care project (OSCAR). *BMC Health Services Research.* 2019;19(1):754.
13. Gebert P, Schindel D, Frick J, Schenk L, Grittner U. Characteristics and Patient-reported Outcomes Associated to Dropout in Severely Affected Oncological Patients2020.
14. Cocks K, King MT, Velikova G, de Castro G, Jr., Martyn St-James M, Fayers PM, et al. Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. *Eur J Cancer.* 2012;48(11):1713-21

Anlage 1: Detailergebnisse der Evaluation

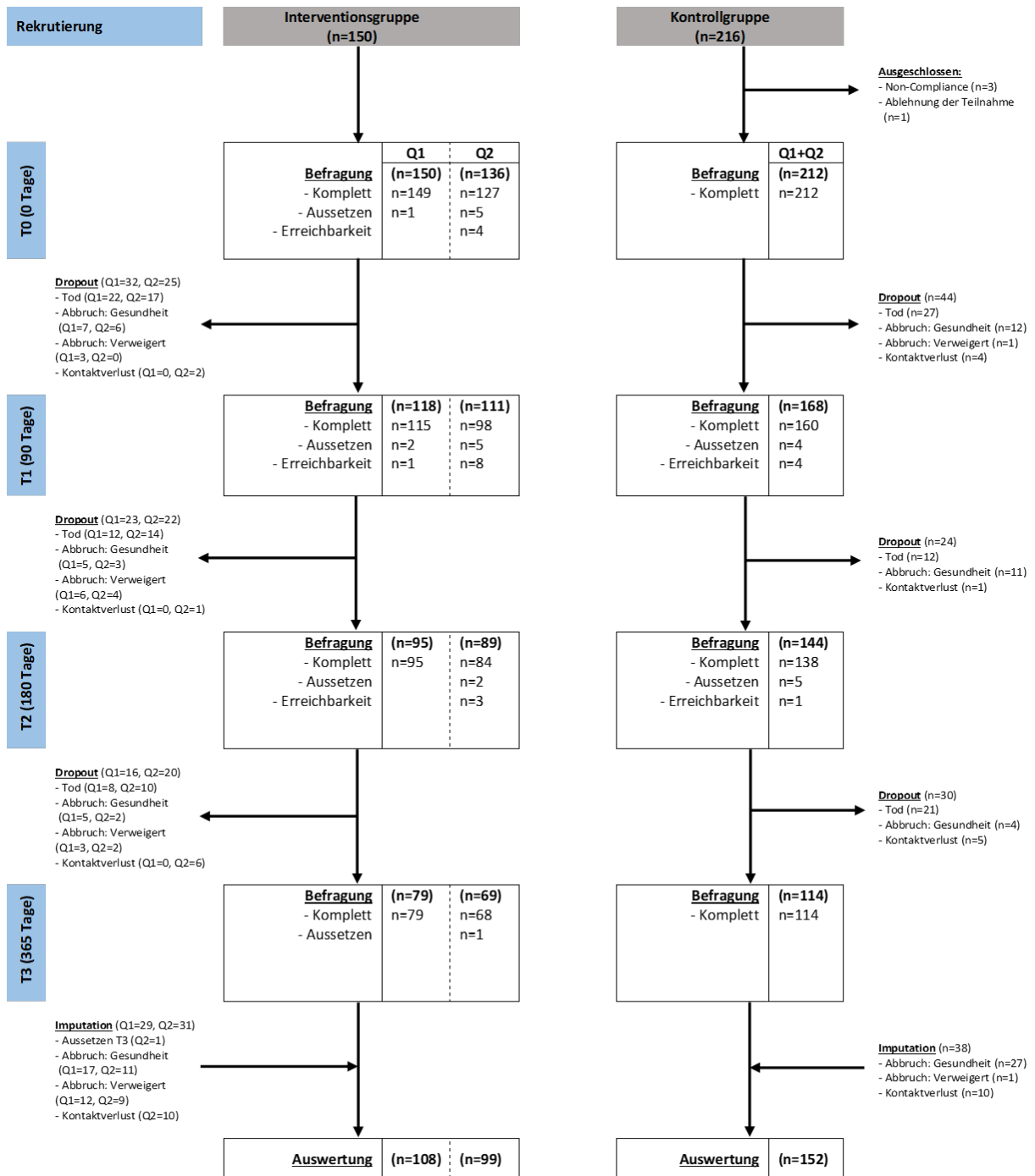
Inhaltsverzeichnis

1	Modul 1 Effektevaluation	2
1.1	Fallzahlen.....	2
1.2	Charakteristika der Studienpatient*innen.....	4
1.3	Primäres Outcome: Die globale Lebensqualität im zeitlichen Verlauf	5
1.4	Effekte des primären Outcomes: Funktions- und Symptomskalen.....	6
1.5	Veränderung der sekundären Outcomes im Zeitverlauf.....	10
1.6	Zufriedenheit der OSCAR-Patient*innen mit der Betreuung durch die Social Care Nurses	13
1.7	Unterstützung durch die Social Care Nurse.....	14
2	Modul 2 Gesundheitsökonomische Analysen	16
2.1	Baseline-Charakteristika	16
2.2	Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	17
2.3	Länge des Krankenhausaufenthalts	19
2.4	Ausgaben im Gesundheitswesen	20
3	Modul 3 Ergebnisse.....	21
3.1	Projekttagbücher	21
3.2	Erschwerende Faktoren in der Umsetzung von OSCAR	21
3.3	Fördernde Aspekte in der Umsetzung von OSCAR	23
3.4	Empfehlungen der SCN zur Verbesserung der Intervention	25
4.	Literaturverzeichnis	25

Modul 1 Effektevaluation

1.1 Fallzahlen

Zum Zeitpunkt der abschließenden Befragung (T3, 12 Monate) beendeten 79 Patient*innen in der Interventionsgruppe und 114 Patient*innen in der Kontrollgruppe die Studie (Abbildung 1). Für diese Fälle liegt bei einer Effektstärke von 0.4 eine Power von 77.6% (IG=79 vs. KG=114) vor. Die Power wurde anhand eines multiplen Imputationsverfahrens erhöht. Basierend auf der multiplen Imputation von fehlenden Werten - ohne die Berücksichtigung verstorbener Patient*innen konnte die Power auf 88.6% (IG=108 vs. KG=152) erhöht werden.



Q1= EORTC QLQ-C30 Fragebogen

Q2= Demographische Daten, Inanspruchnahme, IPQ-R, PRA-D, API-DM, DCS, HLS-EU-Q6 Fragebögen

*Missing zwischen Follow-up Visits: Patienten konnten nicht erreicht werden/aussetzende Patienten wurden in die Imputation einbezogen

Abbildung 1: Consort Diagram

1.2 Charakteristika der Studienpatient*innen

Baseline Charakteristika	Nach IPTW		
	IG	KG	SMD
Alter (Jahre) – Mean (SD)	62 (14)	63 (12)	-0,068
Geschlecht			0,066
Männlich	58,0%	61,3%	
Weiblich	42,0%	38,7%	
Familienstatus			-0,005
Verheiratet	68,9%	69,3%	
Single	13,1%	11,9%	
Geschieden / Verwitwet	18,0%	18,8%	
Diagnosis (ICD-10-Codes)			-0,029
Akute Leukämie	23,2%	20,1%	
Aggressives Lymphom	14,9%	15,9%	
Lungenkarzinom	16,1%	18,0%	
Metastasiertes Dickdarmkarzinom	22,5%	21,8%	
Bauchspeicheldrüsenkarzinom	8,1%	7,7%	
Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	4,9%	6,6%	
Metastasierter Mamma-Karzinom	2,4%	2,9%	
Andere	7,9%	7,0%	
Bildung			<0,001
Niedrig	8,6%	8,6%	
Mittel	30,3%	30,5%	
Hoch	61,2%	60,9%	
EORTC QLQ-C30 – Mean (SD)			
Global health status/QoL	50,1 (21,6)	50,7 (21,2)	-0,024
Physische Funktion	57,6 (24,9)	57,5 (26,0)	0,005
Rollenfunktion	39,4 (32,5)	40,6 (32,5)	-0,037
Emotionale Funktion (EF)	56,4 (25,2)	56,5 (26,9)	-0,005
Kognitive Funktion	77,4 (25,5)	71,8 (32,0)	0,196
Soziale Funktion	50,5 (5,0)	47,5 (34,6)	0,086
Müdigkeit	58,8 (28,5)	59,3 (29,6)	-0,016
Übelkeit und Erbrechen	15,3 (24,9)	19,5 (26,3)	-0,157
Schmerzen	36,3 (35,1)	38,0 (36,5)	-0,047
Dyspnoe	41,2 (38,3)	40,8 (37,8)	0,011
Schlafstörungen	39,6 (37,1)	45,7 (39,0)	-0,156
Appetitverlust	37,9 (38,5)	41,9 (39,1)	-0,102
Obstipation	17,6 (29,8)	23,1 (35,4)	-0,164
Diarrhö	20,6 (32,2)	21,9 (31,9)	-0,042
Finanzielle Probleme	17,0 (27,3)	18,4 (31,0)	-0,049
PRA-D – Mean (SD)	29,7 (6,4)	29,4 (7,3)	0,035
API-DM			
Informationspräferenz – Mean (SD)	51,3 (14,0)	52,8 (14,8)	-0,102
Beteiligungspräferenz – Mean (SD)	96,0 (6,1)	96,5 (6,4)	-0,065
IPQ-R: Illness coherence – Mean (SD)	16,3 (4,1)	16,3 (4,3)	-0,011
DSC – Median (IQR)	15 (0, 35)	15 (0, 35)	0,014
HLS-EU-Q6 – Mean (SD)	2,76 (0,61)	2,73 (0,66)	0,056

Tabelle 1: Baseline-Charakteristika nach der Imputation und IPTW-Schätzung

SMD=Standardized mean difference, IPTW= Inverse Probability of Treatment Weighting

1.3 Primäres Outcome: Die globale Lebensqualität im zeitlichen Verlauf

Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg konnte im Zusammenhang mit der neuen Versorgungsform OSCAR in der Interventionsgruppe eine Verbesserung des primären Endpunkts Globaler Gesundheitszustand/QOL gegenüber dem Ausgangswert zu t0 beobachtet werden. Hierbei kam es innerhalb der ersten 6 Monate zu einem Anstieg des Mittelwerts auf 60,82 Punkte (95%-KI: 54,79 – 66,86), der in den nachfolgenden 6 Monaten geringfügig sank (Abbildung 2 und Tabelle 2). In der Kontrollgruppe blieben die Werte hingegen bis zum 6 Monate nach dem Studienbeginn fast durchgehend auf dem Ausgangsniveau des Baseline-Werts und stiegen anschließend bis zum 1 Jahres Follow-up auf den Mittelwert 55,51 (95%-KI 51,22 – 59,80) an. Ein signifikanter Gruppenunterschied bestand zum Zeitpunkt des 6-Monats-Follow-ups mit einer durchschnittlichen Differenz von 9,43 Punkten (95%-KI: 1,82 - 17,04) ($p=0,045$), der in Sensitivitätsanalysen bestätigt wurde (Tabelle 3). Der Zuwachs der Lebensqualität in der Interventionsgruppe entsprach einer klinisch relevanten mittleren Verbesserung. Diese wurde anhand von Referenzwerten bestimmt, die für den EORTC QLQ C-30 von Cocks et al. erarbeitet wurden (1). Kein signifikanter Gruppenunterschied zeigte sich hingegen im in der Betrachtung der gesamten Interventionsdauer ($p= 0.143$).

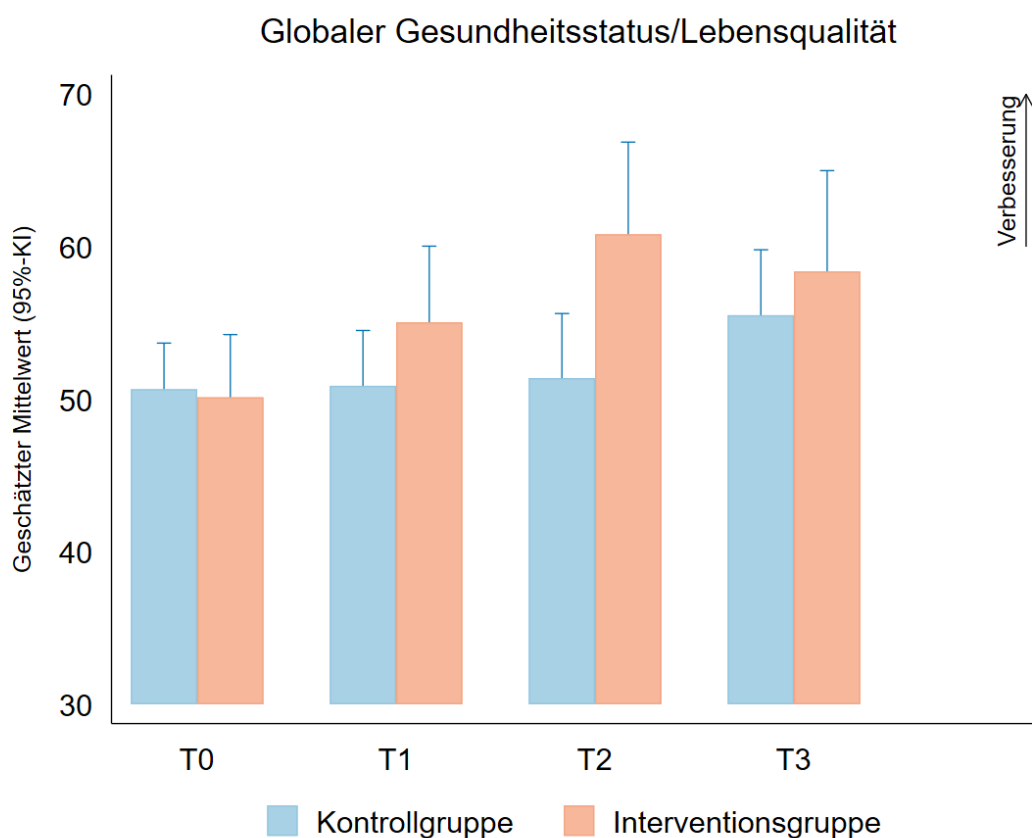


Abbildung 2: Vergleich des globalen Gesundheitsstatus/QoL im Zeitverlauf gemessen mit dem EORTC QLQ-C30

Linear mixed model	IG – mean (95%CI)	KG – mean (95%CI)	Mean difference (IG – KG) (95%CI)	p-Wert
T1	55,05 (50,06 – 60,04)	50,88 (47,25 – 54,51)	4,17 (-2,16 – 10,50)	0,294*
T2	60,82 (54,79 – 66,86)	51,39 (47,17 – 55,62)	9,43 (1,82 – 17,04)	0,045*
T3	58,38 (51,77 – 64,99)	55,51 (51,22 – 59,80)	2,87 (-5,36 – 11,10)	0,491*

Tabelle 2: Das Modell wurde für den globalen Gesundheitsstatus/QoL bei der Baseline und nach dem Studienzentrum adjustiert

*p-Werte wurden nach der Methodik von Benjamin Hochberg's adjustiert

Sensitivitätsanalysen	Mean difference (95%CI) (IG – KG)	p-Wert
Pattern-mixture model		
Model 1		
T1	3,98 (-1,66 – 9,62)	0,167
T2	7,47 (0,79 – 14,15)	0,028
T3	3,38 (-3,40 – 10,16)	0,327
Model 2		
T1	3,50 (-2,15 – 9,16)	0,224
T2	6,87 (0,16 – 13,57)	0,045
T3	2,34 (-4,45 – 9,12)	0,498
Joint models		
T1	4,50 (-2,16 – 11,15)	0,185
T2	9,75 (1,80 – 17,71)	0,016
T3	2,81 (-5,96 – 11,58)	0,528

Tabelle 3: Sensitivitätsanalysen für den globalen Gesundheitsstatus/QoL

Modell 1: Die Scores für den globalen Gesundheitsstatus/QoL wurden durch eine Neuskalierung modifiziert Drop-Out (IG=5%, KG=10%) Tod (IG=25%, KG=20%)

Modell 2: Die Scores für den globalen Gesundheitsstatus/QoL wurden durch eine Neuskalierung modifiziert Drop-Out (IG=5%, KG=10%) Dead (IG=20%, KG=10%)

Alle Modelle wurden für den globalen Gesundheitsstatus/QoL bei der Baseline und nach dem Studienzentrum adjustiert

1.4 Effekte des primären Outcomes: Funktions- und Symptomskalen

Im Zuge der Lebensqualitätsmessungen wurden die funktions- und symptombezogenen Subskalen analysiert (Tabelle 4 sowie Abbildungen 3 und 4). Bis zum Zeitpunkt von sechs Monaten nach Studienbeginn konnten in der Mehrzahl aller Subskalen Verbesserungen für die Interventionsgruppe beobachtet werden, die anschließend leicht an- bzw. abstiegen. Die Kontrollgruppe erreichte in den Subskalen Soziale Funktion und Finanzielle Probleme nach 12 Monaten bessere Werte als die Interventionsgruppe. In den anderen Subskalen erfolgte in der Kontrollgruppe häufig verzögert im Zeitraum von sechs bis 12 Monaten nach dem Studienstart eine Annäherung der Werte an die Ergebnisse der Interventionsgruppe. Ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppen konnte innerhalb der Funktionsskalen zum Zeitpunkt des 6-Monate-Follow-ups für die Subskala Kognitive Funktion identifiziert werden. Der mittlere Unterschied betrug 11,80 Punkte (95%-KI: 5,38 - 18,22) ($p < 0,001$) und war klinisch relevant. In der Subskala soziale Funktion konnte ebenfalls, wenn auch nicht statistisch signifikant, eine klinisch relevante Verbesserung der Punktwerte zugunsten der Interventionsgruppe beobachtet werden. Der mittlere Unterschied zwischen

den Studiengruppen zum 6-Monate-Follow-up betrug 8,42 Punkte (95%-KI: -1,25 – 18,08) ($p=0,088$). In den Subskalen Physische Funktion, Rollenfunktion und emotionale Funktion konnten zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikante Gruppenunterschiede identifiziert werden. Innerhalb der symptombezogenen Skalen fielen bei fünf Symptomen die Mittelwerte statistisch signifikant zu Gunsten der Interventionsgruppe nach 6 Monaten aus. Es handelte sich um Müdigkeit (mittlere Differenz=-12,87 (95%-KI: -21,74 – -4,01)) ($p=0,004$), Schlaflosigkeit (mittlere Differenz=-12,31 (95%-KI: -22,33 – -2,29)) ($p=0,016$), Übelkeit und Erbrechen (mittlere Differenz=-8,12; 95%-KI: -14,83 – -1,42)) ($p=0,018$) sowie Appetitlosigkeit (mittlere Differenz=-11,63 (95%-KI: -21,46 – -1,81)) ($p=0,021$) und Dyspnoe (mittlere Differenz=-10,70 (95%-KI: -19,70 – -1,70)) ($p=0,020$). Sechs Monate nach Studienbeginn gab es hingegen in den Gruppen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Schmerzen, Verstopfung, Durchfall und finanzielle Schwierigkeiten.

	KG (95%CI)	IG (95%CI)	Mean difference (K - G) (95% CI)	p-Werte
EORTC QLQ-C30				
Funktionsskalen				
Physische Funktion (PF)				
3-Monate	57,96 (53,81, 62,11)	55,28 (50,20, 60,37)	-2,68 (-9,05, 3,70)	0,409
6-Monate	56,23 (51,91, 60,54)	60,87 (54,85, 66,88)	4,64 (-2,49, 11,78)	0,202
12-Monate	60,81 (56,36, 65,27)	61,08 (54,83, 67,33)	0,27 (-7,39, 7,93)	0,944
Rollenfunktion (RF)				
3-Monate	41,09 (35,30, 46,87)	43,96 (35,48, 52,44)	2,87 (-7,70, 13,45)	0,593
6-Monate	40,24 (34,57, 45,91)	48,65 (40,86, 56,45)	8,41 (-1,08, 17,90)	0,082
12-Monate	45,45 (39,35, 51,55)	48,55 (40,08, 57,02)	3,10 (-6,99, 13,19)	0,546
Emotionale Funktion (EF)				
3-Monate	60,18 (55,18, 65,19)	66,37 (62,19, 70,54)	6,18 (-0,23, 12,60)	0,059
6-Monate	57,66 (52,92, 62,39)	63,21 (57,96, 68,45)	5,55 (-1,52, 12,62)	0,123
12-Monate	60,03 (54,56, 65,50)	63,71 (55,73, 71,70)	3,68 (-6,05, 13,42)	0,451
Kognitive Funktion (CF)				
3-Monate	71,70 (66,91, 76,50)	74,34 (69,84, 78,83)	2,63 (-4,14, 9,41)	0,443
6-Monate	68,85 (64,30, 73,41)	80,65 (76,18, 85,12)	11,80 (5,38, 18,22)	<0,001
12-Monate	72,91 (67,89, 77,93)	76,92 (70,42, 83,42)	4,01 (-4,57, 12,59)	0,355
Soziale Funktion (SF)				
3-Monate	48,52 (42,52, 54,53)	53,14 (47,08, 59,21)	4,62 (-4,21, 13,45)	0,302
6-Monate	50,01 (43,42, 56,60)	58,43 (50,88, 65,98)	8,42 (-1,25, 18,08)	0,088
12-Monate	60,01 (52,88, 67,14)	57,49 (50,29, 64,69)	-2,52 (-12,53, 7,50)	0,620
Symptomskalen				
Müdigkeit (FA)				
3-Monate	55,46 (50,60, 60,33)	52,50 (45,76, 59,23)	-2,97 (-11,22, 5,29)	0,481
6-Monate	59,96 (55,15, 64,77)	47,09 (39,55, 54,62)	-12,87 (-21,74, -4,01)	0,004
12-Monate	52,25 (45,99, 58,50)	51,00 (42,80, 59,21)	-1,24 (-12,30, 9,81)	0,823
Übelkeit und Erbrechen (NV)				
3-Monate	18,56 (13,43, 23,68)	14,03 (9,72, 18,35)	-4,53 (-11,17, 2,12)	0,181
6-Monate	17,20 (11,39, 23,01)	9,08 (5,72, 12,44)	-8,12 (-14,83, -1,42)	0,018
12-Monate	11,69 (6,51, 16,87)	10,77 (4,26, 17,27)	-0,93 (-9,43, 7,58)	0,828
Schmerzen (PA)				
3-Monate	33,30 (27,72, 38,88)	33,78 (27,68, 39,88)	0,48 (-8,26, 9,21)	0,914
6-Monate	32,63 (26,79, 38,48)	31,87 (25,11, 38,63)	-0,77 (-9,46, 7,93)	0,863
12-Monate	35,93 (29,29, 42,57)	32,87 (25,33, 40,41)	-3,06 (-12,84, 6,72)	0,537
Dyspnoe (DY)				
3-Monate	43,86 (38,03, 49,68)	36,09 (29,34, 42,84)	-7,77 (-16,63, 1,10)	0,086
6-Monate	45,52 (39,70, 51,34)	34,82 (27,60, 42,04)	-10,70 (-19,70, -1,70)	0,020
12-Monate	39,07 (32,52, 45,63)	33,47 (24,54, 42,41)	-5,60 (-17,32, 6,12)	0,345
Schlafstörungen (SL)				
3-Monate	41,83 (35,24, 48,41)	38,80 (32,13, 45,47)	-3,02 (-12,51, 6,46)	0,531
6-Monate	47,63 (40,63, 54,62)	35,32 (28,07, 42,56)	-12,31 (-22,33, -2,29)	0,016
12-Monate	45,01 (37,38, 52,63)	37,17 (27,19, 47,15)	-7,84 (-20,97, 5,30)	0,233
Appetitverlust (AP)				
3-Monate	38,81 (32,72, 44,91)	28,65 (22,80, 34,49)	-10,17 (-18,59, -1,75)	0,018
6-Monate	35,35 (28,35, 42,35)	23,72 (17,17, 30,27)	-11,63 (-21,46, -1,81)	0,021
12-Monate	26,46 (17,64, 35,29)	25,72 (16,53, 34,91)	-0,74 (-14,61, 13,13)	0,914
Obstipation (CO)				
3-Monate	19,64 (12,82, 26,46)	12,77 (8,44, 17,09)	-6,88 (-14,76, 1,01)	0,087
6-Monate	18,45 (12,83, 24,07)	13,60 (8,78, 18,42)	-4,85 (-12,17, 2,47)	0,194
12-Monate	13,99 (8,99, 19,00)	12,34 (6,24, 18,44)	-1,65 (-9,31, 6,00)	0,671
Diarrhö (DI)				
3-Monate	17,64 (13,16, 22,12)	15,55 (10,19, 20,91)	-2,09 (-8,89, 4,71)	0,547
6-Monate	15,28 (11,00, 19,55)	14,66 (8,99, 20,32)	-0,62 (-7,85, 6,61)	0,866
12-Monate	18,12 (11,42, 24,82)	14,86 (6,83, 22,88)	-3,27 (-11,73, 5,20)	0,448
Finanzielle Probleme (FI)				
3-Monate	27,04 (21,36, 32,72)	25,48 (16,22, 34,73)	-1,56 (-13,05, 9,92)	0,789
6-Monate	26,66 (21,11, 32,21)	23,45 (14,21, 32,69)	-3,20 (-14,66, 8,25)	0,583
12-Monate	24,77 (17,48, 32,07)	25,44 (14,23, 36,65)	0,67 (-13,25, 14,59)	0,925

Tabelle 4: Die Veränderung der Funktions- und Symptomskalen im EORTC QLQ-C30

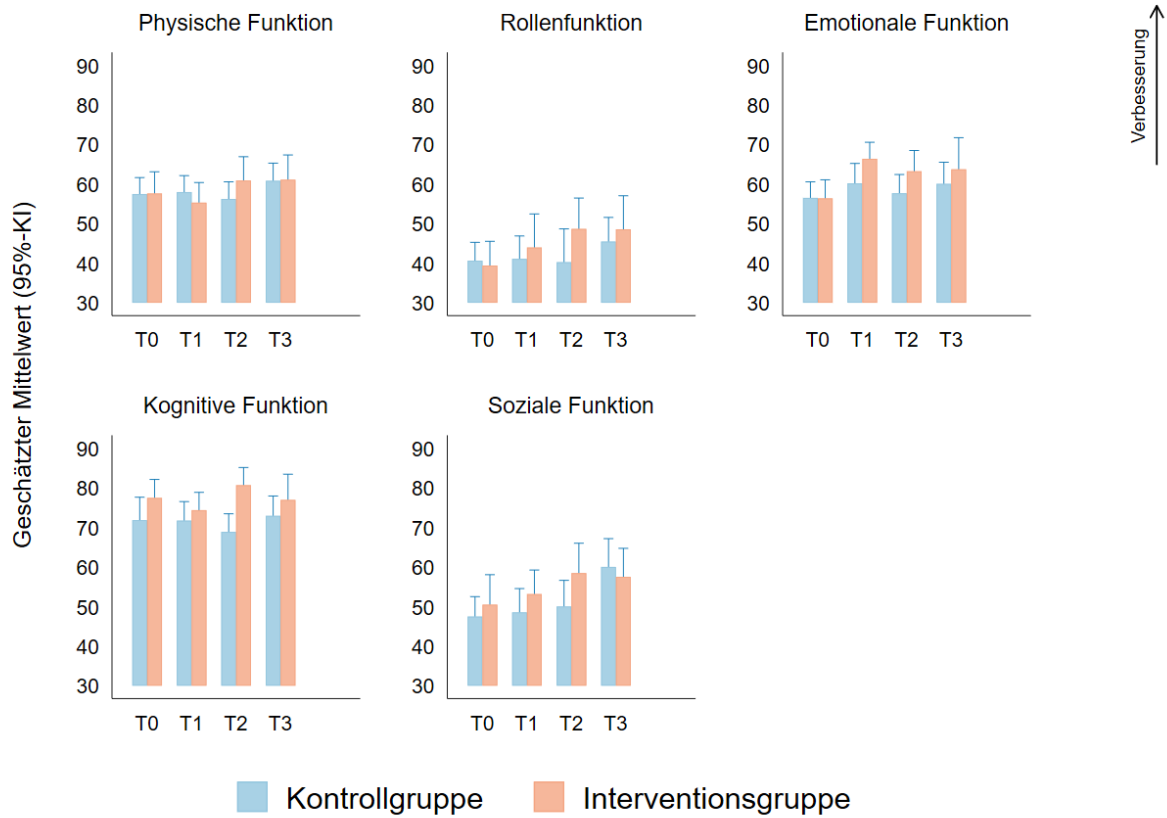


Abbildung 3: Vergleich der funktionalen Subskalen im Zeitverlauf gemessen mit dem EORTC QLQ-C30

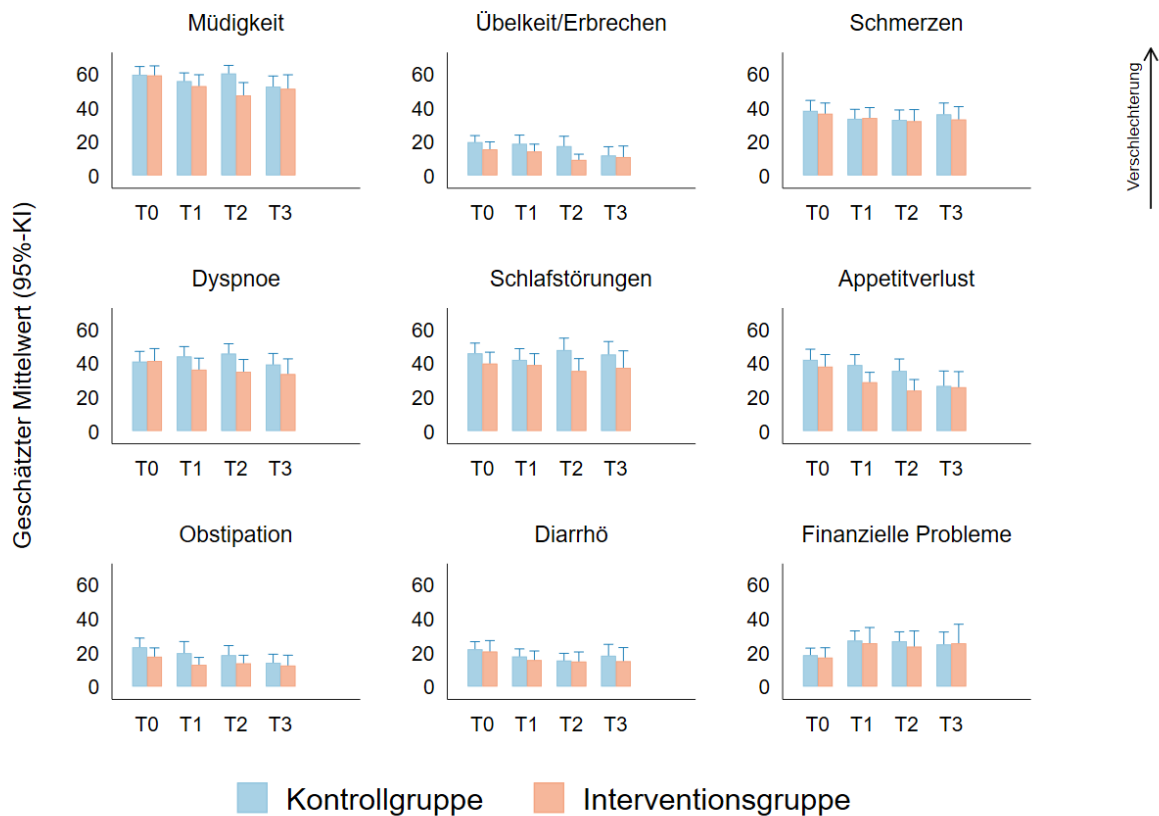


Abbildung 4: Vergleich der symptom-basierten Subskalen im Zeitverlauf gemessen mit dem EORTC QLQ-C30

1.5 Veränderung der sekundären Outcomes im Zeitverlauf

Im Zuge der vergleichenden Effektmessungen in Interventions- und Kontrollgruppe wurden sekundäre Outcomes untersucht, die folgende Aspekte beinhalteten: Kohärenz (IPQ-R), potentielle Entscheidungskonflikte (DCS), Informations- und Beteiligungspräferenz (API-DM), Arzt-Patient*innenkommunikation (adaptierte Version des PRA-D) und Gesundheitskompetenz (HLS-EU) (Tabelle 5 und Abbildung 5).

Kohärenz

Die Patient*innen der Interventionsgruppe zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Studienverlauf eine Verbesserung ihrer Kohärenz, die mit einem besseren Verständnis der eigenen Erkrankungserscheinungen in Bezug auf die vorliegende Erkrankung einherging. Gegenüber der Baseline-Untersuchung stieg der Mittelwert um einen Punkt nach 12 Monaten auf 16,93 (95%-KI: 15,69 – 18,17), dieser Anstieg war jedoch gegenüber der Kontrollgruppe statistisch nicht signifikant ($p=0,790$).

Beteiligungspräferenz

In der Beteiligungspräferenz tendierten beide Studiengruppen im Zeitverlauf zwischen dem 6. und dem 12. Monat zum anzustrebenden Zielwert von 50 auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten. Die Gruppenunterschiede waren im Zeitverlauf statistisch nicht signifikant. Insgesamt konnte in beiden Gruppen die Präferenz nach einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den behandelnden Ärzt*innen bei medizinischen Entscheidungen im Sinne eines Shared-Decision-Makings festgestellt werden.

Informationspräferenz

Die Informationspräferenz zeigte in beiden Studiengruppen im Studienverlauf eine leicht abnehmende Tendenz. Der Gruppenunterschied war zum Zeitpunkt nach 3 Monaten statistisch signifikant zugunsten der Interventionsgruppe mit einer mittleren Differenz von 2.33 Punkten (95%-KI 0.52 – 4.15) ($p=0,012$). Auf einer Skala von 0 – 100 Punkten wiesen beide Gruppen eine sehr hohe Präferenz auf, über ihre Erkrankung medizinisch informiert zu werden.

Entscheidungskonflikte

Die Mittelwerte für eine hypothetische Entscheidung zwischen einer lindernden bzw. einer heilenden stiegen in der Interventionsgruppe bis zum Zeitpunkt von 3 Monaten und in der Kontrollgruppe bis 6 Monate nach dem Studienstart an und nahmen im weiteren Zeitverlauf in beiden Gruppen ab. Hierbei konnte die Interventionsgruppe den Ausgangswert um knapp vier Punkte leicht unterschreiten. Dies spricht für ein geringeres Potential für Entscheidungskonflikte in der Interventionsgruppe. Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte nach 12 Monaten jedoch nicht festgestellt werden ($p=0,249$).

Arzt-Patient*innen-Kommunikation

Die Qualität der Arzt-Patient*innen-Kommunikation stieg im Vergleich zur Kontrollgruppe unmittelbar nach dem Studienstart an. Die Werte beider Studiengruppen glichen sich nach 12 Monaten ohne einen statistisch signifikanten Unterschied an ($p=0,811$).

Gesundheitskompetenz

Nach 12 Monaten konnten in der Gesundheitskompetenz im Vergleich zum Ausgangswert nur minimale Veränderungen festgestellt werden, die statistisch nicht signifikant waren ($p=0,481$).

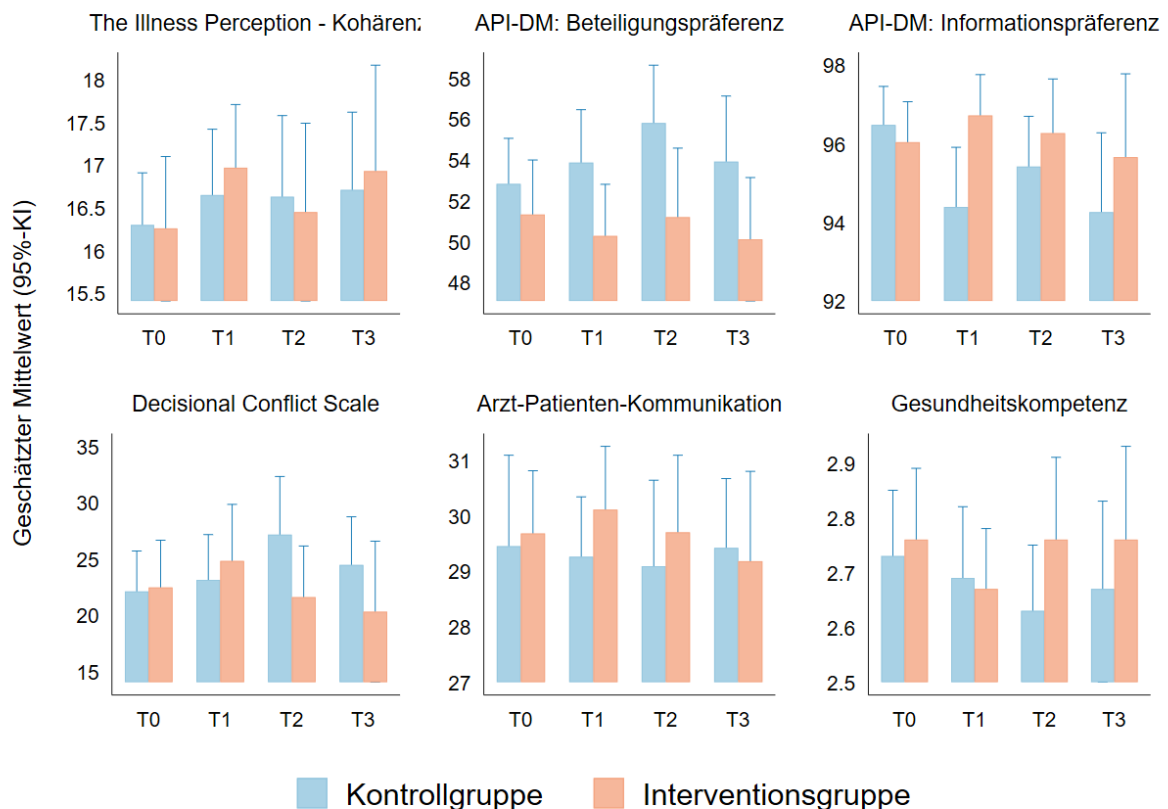


Abbildung 5: Vergleich der sekundären Outcomes im Zeitverlauf

	KG Mean (95%CI)	IG Mean (95%CI)	Mean difference (95% CI)	p-Wert
IPQ-R (Kohärenz)				
3-Monate	16,65 (15,88, 17,42)	16,97 (16,22, 17,71)	0,31 (-0,79, 1,42)	0,579
6-Monate	16,63 (15,68, 17,58)	16,45 (15,41, 17,49)	-0,18 (-1,67, 1,30)	0,808
12-Monate	16,71 (15,79, 17,62)	16,93 (15,69, 18,17)	0,23 (-1,50, 1,96)	0,790
PRA-D				
3-Monate	29,26 (28,19, 30,34)	30,11 (28,97, 31,25)	0,85 (-0,65, 2,34)	0,266
6-Monate	29,09 (27,54, 30,64)	29,70 (28,32, 31,09)	0,61 (-1,54, 2,76)	0,574
12-Monate	29,42 (28,18, 30,67)	29,18 (27,56, 30,80)	-0,24 (-2,24, 1,76)	0,811
API-DM				
Beteiligungspräferenz				
3-Monate	53,87 (51,28, 56,46)	50,28 (47,76, 52,81)	-3,59 (-7,27, 0,09)	0,056
6-Monate	55,81 (52,97, 58,64)	51,20 (47,82, 54,58)	-4,60 (-9,25, 0,04)	0,052
12-Monate	53,92 (50,72, 57,13)	50,12 (47,10, 53,14)	-3,80 (-8,76, 1,16)	0,128
Informationspräferenz				
3-Monate	94,39 (92,87, 95,91)	96,72 (95,69, 97,76)	2,33 (0,52, 4,15)	0,012
6-Monate	95,42 (94,14, 96,70)	96,27 (94,90, 97,65)	0,85 (-1,19, 2,89)	0,407
12-Monate	94,26 (92,25, 96,28)	95,66 (93,54, 97,78)	1,39 (-1,75, 4,54)	0,368
Decisional Conflict Scale (DSC)				
3-Monate	23,15 (19,14, 27,17)	24,83 (19,81, 29,85)	1,68 (-4,76, 8,11)	0,608
6-Monate	27,17 (22,02, 32,33)	21,62 (17,07, 26,16)	-5,56 (-12,29, 1,18)	0,105
12-Monate	24,48 (20,20, 28,75)	20,33 (14,08, 26,59)	-4,14 (-11,29, 3,00)	0,249
HLS-EU-Q6				
3-Monate	2,69 (2,56, 2,82)	2,67 (2,57, 2,78)	-0,01 (-0,19, 0,16)	0,871
6-Monate	2,63 (2,51, 2,75)	2,76 (2,62, 2,91)	0,13 (-0,02, 0,29)	0,093
12-Monate	2,67 (2,50, 2,83)	2,76 (2,58, 2,93)	0,09 (-0,17, 0,35)	0,481

Tabelle 5: Vergleich der Veränderungen in den sekundären Outcomes

1.6 Zufriedenheit der OSCAR-Patient*innen mit der Betreuung durch die Social Care Nurses

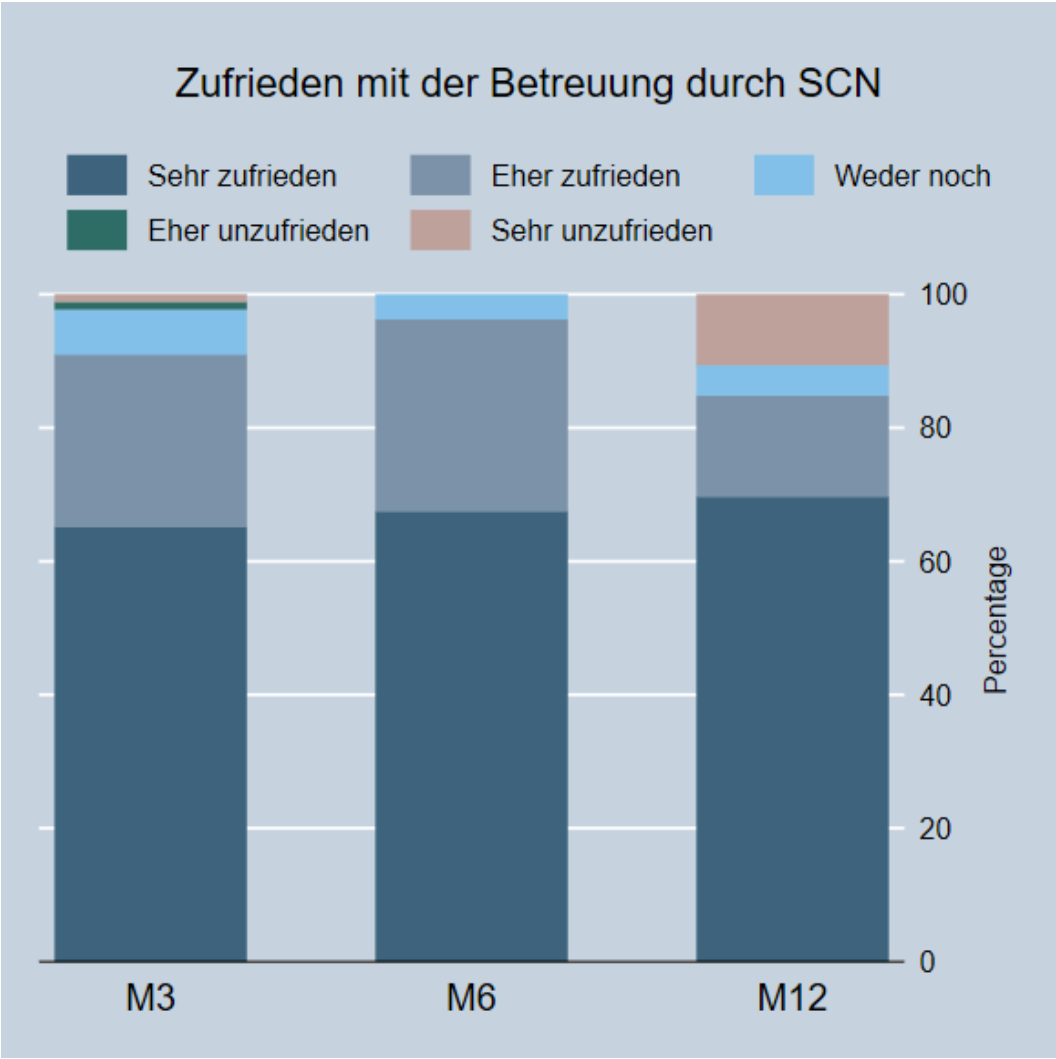


Abbildung 6 Zufriedenheit der Patient*innen in der Interventionsgruppe mit der Social Care Nurse

1.7 Unterstützung durch die Social Care Nurse

Tabelle 6 zeigt, welche Beratungsthemen bei der SCN durch die Interventions-Patient*innen über die 12 Monate hinweg nachgefragt wurden. Die Patient*innen benötigten zum Zeitpunkt des 3-Monats-Follow-up überwiegend Unterstützung bezüglich ihrer medizinischen Behandlung (52,7%), Rehabilitation (50,5%) und Pflege (42,6%). Außerdem wurde Bedarf an psychologischer Betreuung (40,4%) oder Hilfe bei akuten Krisen geäußert (29,4%). In über 90% der Fälle (45 von 49 Patient*innen) sahen die Befragten ihren Wunsch nach Unterstützung zum Thema medizinische Behandlung als erfüllt an. Auch in akuten Krisen, Problemen mit dem sozialen Umfeld und im Falle psychologischen Beratungsbedarfs konnten die SCN in über 70% der Fälle die Patient*innen adäquat unterstützen.

Der Beratungsbedarf bewegte sich im zeitlichen Verlauf auf einem relativ konstanten Niveau. Auch nach 12 Monaten (t3) suchte knapp die Hälfte der Patient*innen das Beratungsangebot zu Fragen ihrer medizinischen Behandlung (47,7%). Etwa ein Drittel der Patient*innen benötigte psychologische Betreuung, Rehabilitation, Hilfsmittel sowie Hilfe bei akuten Krisen von ihren SCN. Während die Beratung in medizinischen und psychologischen Belangen oder auch in Fragen zur Rehabilitation als sehr positiv wahrgenommen wurde, fiel die Hilfe in den Themenfeldern Finanzen, Beruf/Rente, und Selbsthilfegruppen weniger erfolgreich aus. Hier waren dem Beratungserfolg teilweise strukturelle Grenzen gesetzt.

Unterstützung zum Thema	Unterstützungsbedarf		Unterstützung durch SCN	
	Fälle	Ja	Ja	Nein
3-month follow-up				
Medizinische Behandlung	93	49 (52,7%)	45 (91,8%)	4 (8,2%)
Psychologische Betreuung	94	38 (40,4%)	27 (71,1%)	11 (28,9%)
Rehabilitation	93	47 (50,5%)	29 (61,7%)	18 (38,3%)
Pflege	94	40 (42,6%)	26 (65,0%)	14 (35,0%)
Hilfsmittel	94	33 (35,1%)	20 (60,6%)	13 (39,4%)
Soziales Umfeld	95	29 (30,5%)	22 (75,9%)	7 (24,1%)
Finanzen	94	25 (26,6%)	15 (60,0%)	10 (40,0%)
Wohnumfeld	93	24 (25,8%)	13 (54,2%)	11 (45,8%)
Beruf/Rente	94	26 (27,7%)	18 (69,2%)	8 (30,8%)
Hilfe bei akuten Krisen	92	27 (29,4%)	19 (70,4%)	8 (29,6%)
Selbsthilfegruppen	92	21 (22,8%)	6 (28,6%)	15 (71,4%)
Religion/Spiritualität	91	15 (16,5%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)
Sonstiges	55	13 (23,6%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
6-month follow-up				
Medizinische Behandlung	81	35 (43,2%)	31 (88,6%)	4 (11,4%)
Psychologische Betreuung	80	31 (38,8%)	26 (83,9%)	5 (16,1%)
Rehabilitation	77	30 (39,0%)	26 (86,7%)	4 (13,3%)
Pflege	80	25 (31,3%)	17 (68,0%)	8 (32,0%)
Hilfsmittel	80	28 (35,0%)	19 (67,9%)	9 (32,1%)
Soziales Umfeld	81	16 (19,8%)	11 (68,8%)	5 (31,3%)
Finanzen	81	15 (18,5%)	6 (40,0%)	9 (60,0%)
Wohnumfeld	80	17 (21,3%)	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Beruf/Rente	81	20 (24,7%)	8 (40,0%)	12 (60,0%)
Hilfe bei akuten Krisen	80	21 (26,3%)	13 (61,9%)	8 (38,1%)
Selbsthilfegruppen	81	12 (14,8%)	5 (41,7%)	7 (58,3%)
Religion/Spiritualität	80	9 (11,3%)	3 (33,3%)	6 (66,7%)
Sonstiges	39	9 (23,1%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)
12-month follow-up				
Medizinische Behandlung	65	31 (47,7%)	26 (83,9%)	5 (16,1%)
Psychologische Betreuung	66	21 (31,8%)	16 (76,2%)	5 (23,8%)
Rehabilitation	64	20 (31,3%)	13 (65,0%)	7 (35,0%)
Pflege	65	18 (27,7%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)
Hilfsmittel	66	22 (33,3%)	14 (63,6%)	8 (36,4%)
Soziales Umfeld	66	18 (27,3%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)
Finanzen	65	15 (23,1%)	7 (46,7%)	8 (53,3%)
Wohnumfeld	65	13 (20,0%)	7 (53,8%)	6 (46,2%)
Beruf/Rente	66	15 (22,7%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)
Hilfe bei akuten Krisen	66	21 (31,8%)	12 (57,1%)	9 (42,9%)
Selbsthilfegruppen	66	11 (16,7%)	3 (27,3%)	8 (72,7%)
Religion/Spiritualität	64	11 (17,2%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)
Sonstiges	40	4 (10,0%)	1 (25,0%)	3 (75,0%)

Tabelle 6 Themen der Unterstützung durch die Social Care Nurse

2 Modul 2 Gesundheitsökonomische Analysen

2.1 Baseline-Charakteristika

Charakterisitka	Gesamt	IG	KG	SMD	p-Wert
Fälle	717	149	568		
Alter (Jahre)					
Mean (SD) [Min, Max]	66 (14) [18, 96]	66 (13) [24, 85]	66 (14) [18, 96]	-	0,880
<50	71 (9,9%)	12 (8,1%)	59 (10,4%)	0,014	
50 – 59	119 (16,6%)	30 (20,1%)	89 (15,7%)		
60 – 69	209 (29,2%)	46 (30,9%)	163 (28,7%)		
70 – 79	223 (31,1%)	41 (27,5%)	182 (32,0%)		
≥80	95 (13,2%)	20 (13,4%)	75 (13,2%)		
Geschlecht – n (%)				0,038	0,676
Männlich	415 (57,9%)	84 (56,4%)	331 (58,3%)		
Weiblich	302 (42,1%)	65 (43,5%)	237 (41,7%)		
Diagnose (ICD-10)				-	0,164
				0,069	
Akute Leukämie	55 (7,7%)	19 (12,8%)	36 (6,3%)		
Aggressives Lymphom	90 (12,6%)	19 (12,8%)	71 (12,5%)		
Bauchspeicheldrüsenkarzinom	89 (12,4%)	18 (12,1%)	71 (12,5%)		
Lungenkarzinom	177 (24,7%)	31 (20,8%)	146 (25,7%)		
Metastasiertes Dickdarmkarzinom	172 (24,0%)	33 (22,2%)	139 (24,5%)		
Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	31 (4,3%)	5 (3,4%)	26 (4,6%)		
Metastasiertes Mamma-Karzinom	23 (3,2%)	3 (2,0%)	18 (3,2%)		
Andere	80 (11,2%)	21 (14,1%)	60 (10,6%)		
Diagnosejahr				-	0,964
				0,004	
Vor 2018	302 (42,1%)	63 (42,3%)	239 (42,1%)		
Seit / nach 2018	415 (57,9%)	86 (57,7%)	329 (57,9%)		
Nationalität				0,076	0,308
Deutsch	715 (99,7%)	148 (99,3%)	567 (99,8%)		
Andere Nationalität	2 (0,3%)	1 (0,7%)	1 (0,2%)		
ACCI score					
Mean (SD)	7.4 (4,2)	7.9 (4,2)	7.3 (4,2)	0,139	0,134
Median (IQR)	8 (4, 11)	9 (4, 11)	8 (3, 11)		
0 – 1	39 (5,4%)	11 (7,4%)	28 (4,9%)		
2 – 3	140 (19,5%)	20 (13,4%)	120 (21,1%)		
4 – 5	109 (15,2%)	18 (12,1%)	91 (16,0%)		
>5	429 (59,8%)	100 (67,1%)	329 (57,9%)		
Pflegegrad				-	0,453
				0,002	
Pflegegrad 0	516 (72,0%)	101 (67,8%)	415 (73,1%)		
Pflegegrad 1	14 (2,0%)	7 (4,7%)	7 (1,2%)		
Pflegegrad 2	78 (10,9%)	20 (13,4%)	58 (10,2%)		
Pflegegrad 3	56 (7,8%)	15 (10,1%)	41 (7,2%)		
Pflegegrad 4	43 (6,0%)	6 (4,0%)	37 (6,5%)		
Pflegegrad 5	10 (1,4%)	0 (0,0%)	10 (1,8%)		

Tabelle 7 Baseline-Charakteristika für die GKV-Daten-Analyse

ACCI=Alters-adjustierter Charlson Comorbidity Index, SMD=Standardized mean difference

2.2 Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

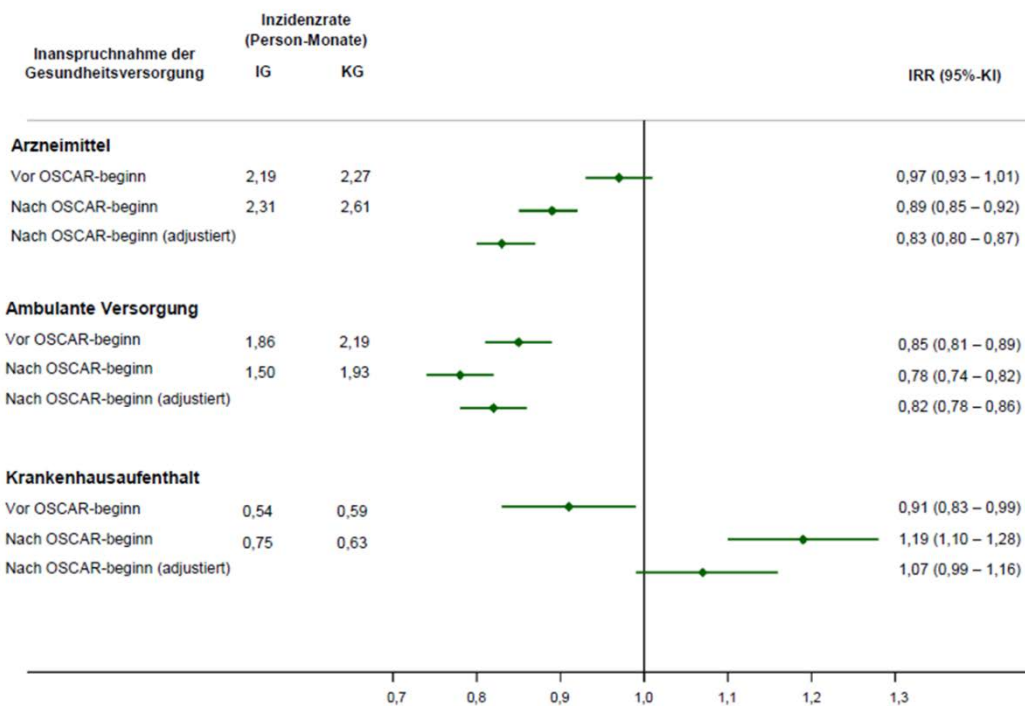


Abbildung 7: Inzidenzrate der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. KI=Konfidenzintervall, IRR=Inzidenzratenverhältnis. IRRs wurden mit Poisson-spezifischen Regressionsmodellen geschätzt. Die IRR wurde mit der Kontrollgruppe als Referenzgruppe berechnet. Anpassungen wurden für die folgenden Kovariaten vorgenommen: Alter, Geschlecht, Diagnose, ACCI-Score, Pflegegrad, IRR der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung vor OSCAR-Beginn. Eine Schätzung ist statistisch signifikant, wenn das Konfidenzintervall nicht 1,0 einschließt (die vertikale Achse nicht kreuzt).

Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	IG			KG			Unadjustiert ^a		Adjustiert ^{a,b}	
	Anzahl Ereignisse	Personen -monate	Inzidenzrate (Personen-monate)	Anzahl Ereignisse	Personen -monate	Inzidenzrate (Personen-monate)	IRR (95%KI)	p-Wert	IRR (95%KI)	p-Wert
Beobachtungszeit (Monate) – Median (IQR)										
Vor OSCAR-beginn	12 (12, 12)			12 (12, 12)						
Nach OSCAR-beginn	12 (4, 12)			12 (3, 12)						
Arzneimittelverschreibungen										
Vor OSCAR-beginn	2807	1279	2,19	9918	4366	2,27	0,97 (0,93 – 1,01)	0,107		
Nach OSCAR-beginn	3033	1312	2,31	11823	4527	2,61	0,89 (0,85 – 0,92)	<0,001	0,83 (0,80 – 0,87)	<0,001
Ambulante Versorgung										
Vor OSCAR-beginn	2441	1315	1,86	9797	4468	2,19	0,85 (0,81 – 0,89)	<0,001		
Nach OSCAR-beginn	1968	1310	1,50	8723	4516	1,93	0,78 (0,74 – 0,82)	<0,001	0,82 (0,78 – 0,86)	<0,001
Krankenhausaufenthalte Gesamt										
Vor OSCAR-beginn	611	1135	0,54	2178	3692	0,59	0,91 (0,83 – 0,99)	0,044		
Nach OSCAR-beginn	964	1289	0,75	2858	4529	0,63	1,19 (1,10 – 1,28)	<0,001	1,07 (0,99 – 1,16)	0,097
Krankenhaus Ambulant										
Vor OSCAR beginn	186	1135	0,16	649	3692	0,18	0,93 (0,79, 1,10)	0,401		
Nach OSCAR beginn	222	1289	0,17	793	4529	0,18	0,98 (0,84, 1,14)	0,834	1,10 (0,94, 1,30)	0,237
Krankenhaus Teilstationär										
Vor OSCAR beginn	12	1135	0,01	146	3692	0,04	0,27 (0,14, 0,48)	<0,001		
Nach OSCAR beginn	20	1289	0,02	187	4529	0,04	0,38 (0,22, 0,60)	<0,001	0,44 (0,27, 0,71)	0,001
Krankenhaus Vollstationär										
Vor OSCAR beginn	415	1135	0,37	1397	3692	0,38	0,97 (0,86, 1,08)	0,543		
Nach OSCAR beginn	722	1289	0,56	1898	4529	0,42	1,34 (1,23, 1,46)	<0,001	1,13 (1,03, 1,25)	0,013

Tabelle 8: Inzidenzrate der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung pro Personenmonat

^a Unadjustierte and adjustierte Werte wurden mit Poisson-spezifischen Regressionsmodellen analysiert

^b Anpassungen wurden für die folgenden Kovariaten vorgenommen: Alter, Geschlecht, Diagnose, ACCI-Score, Pflegegrad, IRR der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung vor OSCAR-Beginn

2.3 Länge des Krankenhausaufenthalts

Durchschnittliche Verweildauer (Tage) pro Patient	IG		KG		Geschätzte exponierte Koeffizienten (95%KI)	
	Anzahl Patienten	GM (95%CI)	Anzahl Patienten	GM (95%CI)	Unadjustierter p-Wert	Adjustierter p-Wert ^b
Vor OSCAR-beginn						
Gesamt	128	9,26 (7,69 – 11,16)	470	8,97 (8,29 – 9,69)	0,750	
Ambulant	72	5,37 (3,50 – 8,23)	220	5,13 (4,18 – 6,31)	0,851	
Teilstationär	3	7,36 (0,09 – 595,44)	59	12,38 (7,93 – 19,31)	0,556	
Stationär	118	8,18 (7,09 – 9,44)	443	8,15 (7,65 – 8,68)	0,956	
Nach OSCAR-beginn						
Gesamt	146	9,91 (8,55 – 11,49)	566	11,54 (10,84 – 12,27)	0,060	0,062
Ambulant	77	6,77 (4,52 – 10,14)	271	4,33 (3,61 – 5,18)	0,044	0,022
Teilstationär	6	4,42 (0,75 – 26,20)	84	8,44 (5,86 – 12,18)	0,334	0,365
Stationär	141	8,78 (7,77 – 9,91)	550	11,10 (10,45 – 11,78)	0,001	<0,001

Tabelle 9 Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus pro Patient vor und nach dem Beginn von OSCAR

GM= Geometric mean

^a Unadjustierte und adjustierte Werte wurden mit einem gemischten linearen Model mit einem zufälligen Intercept von den Patienten; die abhängige Variable Verweildauer wurde log-transformiert LOS

^b Anpassungen wurden für die folgenden Kovariate vorgenommen: Alter, Geschlecht, Diagnose, ACCI Score, Pflegegrad

^c Die Schätzung wurde anhand der Potenzierung des Koeffizients der log-transformierten Verweildauer durchgeführt

2.4 Ausgaben im Gesundheitswesen

	IG		KG		Unadjustiert ^c	Adjustiert ^{c,d}
	n	GM (95%CI)	n	GM (95%CI)	p-Wert	p-Wert
Gesamtkosten						
Vor OSCAR-beginn	149	1264.9 (1004.2 – 1593.4)	568	992.7 (865.6 – 1138.6)	0,075	
Nach OSCAR-beginn	149	4609.9 (3845.2 – 5526.7)	568	5841.3 (5374.4 – 6348.8)	0,018	0,006
Arzneimittelverschreibungen						
Vor OSCAR-beginn	146	141.0 (100.5 – 197.7)	559	142.9 (120.6 – 169.3)	0,943	
Nach OSCAR-beginn	148	450.4 (337.4 – 601.3)	555	593.6 (512.9 – 687.0)	0,092	0,069
Ambulante Versorgung						
Vor OSCAR-beginn	149	103.5 (88.5 – 121.1)	568	105.7 (96.4 – 115.8)	0,826	
Nach OSCAR-beginn	144	157.7 (125.7 – 197.8)	548	210.4 (189.4 – 233.7)	0,023	0,179
Krankenhausaufenthalte						
Vor OSCAR-beginn	128	819.1 (650.0 – 1032.3)	477	784.4 (688.3 – 893.9)	0,747	
Nach OSCAR-beginn	147	2432.7 (1895.8 – 3121.8)	566	3486.2 (3153.3 – 3854.3)	0,008	0,001
Heil- und Hilfsmittel						
Vor OSCAR-beginn	84	38.2 (27.8 – 52.6)	267	39.6 (33.1 – 47.3)	0,850	
Nach OSCAR-beginn	105	96.2 (73.1 – 126.7)	354	111.3 (94.4 – 131.0)	0,370	0,878
OSCAR-Kosten^b	149	48.72 -				

Tabelle 10 Direkte monatliche Gesundheitskosten (in €)

GM=Geometric mean, $\exp(\beta)$ =The exponentiated regression coefficients of log-transformed Costs

^a Die Gesamtkosten sind eine Zusammenfassung aller Kosten: Arzneimittelverschreibungen, Ambulante Versorgung, Stationäre Krankenhausaufenthalte, Heil- und Hilfsmittel, OSCAR-Kosten (nur Interventionsgruppe)

^b OSCAR-Kosten wurden anhand der durchschnittlichen Kosten pro Patient ca. 584.64 € und den monatlichen Kosten ca. 48.72€ geschätzt

^c Unadjustierte und Adjusted Werte wurden mit einem Linearen Regressionsmodell berechnet.

^d Die Adjustierung erfolgte für folgende Kovariate: Alter, Geschlecht, Diagnose, ACCI Score, Pflegegrad, Kosten vor dem Beginn von OSCAR.

3 Modul 3 Ergebnisse

3.1 Projekttagebücher

Für die qualitative Inhaltsanalyse der Projekttagebücher standen die Aufzeichnungen von 5 SCN zur Verfügung, nachdem eine Social Care Nurse ihre Mitwirkung an dem Projekt vor dem Beginn der Patient*innenrekrutierung beendet hatte. 2 der 5 SCN haben das Projekt während der Projektdurchführung vorzeitig verlassen. Insgesamt liegen von den 5 aktiv am Projekt beteiligten SCN 300 Tagebucheinträge vor, welche die Projektphasen von der Patient*innenrekrutierung bis zu den abschließenden Kontakten nach der 12 monatigen Betreuung der Patient*innen beinhalten.

3.2 Erschwerende Faktoren in der Umsetzung von OSCAR

Alle SCN berichteten über vielfältige Hürden in der Betreuung ihrer OSCAR-Teilnehmer*innen, die im Zusammenhang mit den zeitlichen Ressourcen der SCN, arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen, einer fehlenden strukturellen Einbettung der SCN in die Abläufe und Akzeptanz durch Kolleg*innen, der konkreten Umsetzung des Beratungsauftrags und mit emotional persönlichen Belastungen standen.

Arbeitslast

Von einer hohen Arbeitslast berichteten alle SCN im Zusammenhang mit ihren Studientätigkeiten, die auf die aufwändige Identifizierung geeigneter Studienpatient*innen (vor allem aufgrund der erforderlichen BKK-Zugehörigkeit), der Studienadministration zusätzlich zur Patient*innenbetreuung bei einem knapp bemessenen Zeitbudget zurückzuführen waren. Wenngleich zwei SCN pro Klinikstandort vorgesehen waren, konnte diese Besetzung nur in zwei Kliniken realisiert werden. Zeitweise stand den Patient*innen allerdings auch an diesen Standorten aufgrund von Urlauben und Arbeitsunfähigkeiten nur eine SCN zur Verfügung. Der Kontakt mit den SCN konnte auch durch die Patient*innen selbst initiiert werden. Das knappe Zeitbudget führte dazu, dass einige SCN anstelle von persönlichen Treffen im Laufe der Zeit einen telefonischen Kontakt mit ihren Teilnehmer*innen bevorzugten. Die SCN erhielten während der Projektlaufzeit Diensttelefone, durch welche die Patient*innen eine niederschwellige Kontaktmöglichkeit rund um die Uhr zu ihren SCN erhielten. Aus der Perspektive der SCN wurde dieses Angebot zu intensiv genutzt. Sie erhielten Anrufe außerhalb üblicher Arbeitszeiten, unter anderem wegen nicht notfallbezogenen Themen, die sie als einschränkend wahrnahmen. Die ansteigende Zahl der zu betreuenden Patient*innen im Zeitverlauf wurde zu einer organisatorischen Herausforderung, wenn die Frequenz an den Bedürfnissen der Patient*innen ausgerichtet wurde.

Persönliche Belastung der SCN

Alle SCN berichteten über ihre persönlichen emotionalen Belastungen während ihrer Projektdurchführung, die aus der hohen Arbeitslast, den Studienbedingungen und ihrer Arbeit mit den Teilnehmer*innen resultieren. Sie SCN erlebten die Patient*innenrekrutierung vor dem Hintergrund der anspruchsvollen Identifikation von geeigneten Patient*innen - vor allem aufgrund der nötigen Krankenkassenzugehörigkeit - mit wenigen Rekrutierungserfolgen zu Studienbeginn und den damit verbundenen Abweichungen von der Fallzahlplanung als unangenehm und belastend. Gleichzeitig fühlten sich die SCN durch die Mitwirkung an OSCAR und ihrer Stationstätigkeit im Schichtdienst einer Doppelbelastung ausgesetzt, die durch die potentielle permanente Erreichbarkeit und dem damit verbundenen Gefühl, keinen Feierabend zu haben, verstärkt wurde. In OSCAR entstand zwischen den SCN und ihren Patient*innen während der kontinuierlichen Betreuung ein enges Vertrauensverhältnis, das von den SCN als wertvoll und bedeutsam wahrgenommen wurde. Die Schwere der Indikationen der Patient*innen konfrontierte die SCN jedoch vielfach mit den Themen Sterben und Tod, mit denen sie sich allein gelassen fühlten. Sie erlebten die dramatischen gesundheitlichen Zustandsverschlechterungen, die sie als belastend wahrnahmen und ein Grund waren, der zu dem Wunsch nach Supervisionen beitrug.

Hürden bei der Umsetzung von OSCAR

Starke akute gesundheitliche und psychische Belastungen der Patient*innen konnten die Durchführung der Beratungsgespräche erschweren. Wenn kein persönlicher Kontakt innerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel im Rahmen einer geplanten ambulanten oder stationären Behandlung, realisiert werden konnte, wurden die Patient*innen von den SCN in der Regel telefonisch kontaktiert. Der fehlende persönliche Kontakt erschwerte jedoch die Fragebogenerhebung und führte mitunter zu zeitintensiven telefonischen Gesprächen. Zugleich wurden jedoch nicht alle Patient*innen telefonisch erreicht und Terminverschiebungen auf Seiten der SCN von vielen Patient*innen nicht akzeptiert. Eine weitere Hürde bestand in als überhöht wahrgenommenen Erwartungen bspw. in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten durch die SCN beim Ausfüllen von Formularen, die dann von beiden Seiten als unangenehm empfunden wurden.

Hürden in der Anwendung der Projektfragebögen

Im Zuge der Patient*innenberatung und der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Bedarfe in verschiedenen Lebensbereichen (SeiQoI) der teilnehmenden Patient*innen und deren Lebensqualität (EORTC QLQ C-30) durch einen monatlichen Fragebogen von den SCN erfasst. Die Fragebogenerhebung wurde von vier SCN aus zwei Gründen kritisiert. Für die Patient*innen und die SCN waren die wiederholten Erhebungen aufgrund ihrer Erkrankungen mitunter belastend und anspruchsvoll, da sich deren gesundheitliche Situation während ihrer

Studienteilnahme stets verändern konnte. Hierzu zählen auch der inhaltliche Umfang der Bögen und die Erhebungsfrequenz. Gleichzeitig merken die SCN an, dass der Erhebungsbogen aus ihrer Sicht nicht fachgerecht erschien und viele Informationen, welche die SCN in den Gesprächen erfahren haben, nicht abbilden konnte.

Kritik und fehlende Unterstützung durch andere Berufsgruppen

Drei von fünf SCN berichteten über die fehlende Akzeptanz durch andere Berufsgruppen und Negativzuschreibungen ihrer Tätigkeit. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass die SCN durch ihre OSCAR-Tätigkeit nicht im vollem Umfang im regulären Stationsdienst eingesetzt und dies als Privileg empfunden wurde. Auch wurden das Projekt und die damit verbundene Tätigkeit nicht von allen gleichermaßen anerkannt. Dies spiegelte sich teilweise in der fehlenden Unterstützung wider, in der die SCN über ihre Schwierigkeiten in der Arbeitszeitgestaltung berichteten. Andere für die SCN bedeutsame Themen wie Supervision wurden erst mit langen zeitlichen Verzögerungen realisiert, so dass die SCN in der Verarbeitung ihrer Erlebnisse lange Zeit auf sich alleine gestellt waren.

Bewertung des Ausbildungscurriculums durch die SCN

Das Ausbildungscurriculum durch die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. wurde von zwei SCN kritisiert. Ihre Kritik bezog sich auf die unzureichende Vorbereitung auf die praktische Umsetzung der Studie und Hilfeangebote für die Patient*innen. Während des Studienverlaufs waren Eigenrecherchen zur Lösung von Fragestellungen durch die Patient*innen notwendig. Beispiele hierfür waren Anträge und Fragen zu Rentenansprüchen sowie zu finanziellen Unterstützungen.

3.3 Fördernde Aspekte in der Umsetzung von OSCAR

*Fördernde Aspekte für die Betreuung der Patient*innen*

Die SCN berichteten in ihren Aufzeichnungen über Umstände, die zu einer verbesserten Umsetzung von OSCAR beitrugen. Lange Gespräche bzw. fehlender Zeitdruck führten zu Gesprächsverläufen, in denen ein Vertrauensverhältnis entwickelt werden konnte und sich die Patient*innen den SCN gegenüber öffneten, bedrückende Themen mitteilten und sich so entlasten konnten. Darüber hinaus wurde ein ruhiger Stationsdienst als eine Rahmenbedingung beschrieben, welche Patient*innengespräche in angemessenem Umfang zuließ. Regelmäßige Kontakte führten zu einem Termin-Rhythmus, der die Thematisierung der Lebensqualität und des Wohlbefindens zwischen SCN und Patient*in zu einem festen selbstverständlichen Bestandteil der Kommunikation machte.

Unterstützung durch Berufsgruppen und Maßnahmen zur Verbesserung der Intervention

4 von 5 SCN berichteten über Maßnahmen, die zu einem Abbau der Arbeitslast und ihrer persönlichen Belastungen führten. Diese umfassten beispielsweise die Einrichtung eines Büros, in dem Gespräche mit den Patient*innen geführt werden konnten, aber auch eine stärkere Mitwirkung der Stationsärzt*innen bei der Identifikation geeigneter Studienpatient*innen. Darüber hinaus gab es Gespräche mit verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Kliniken wie den Sozialdiensten, Casemanagern und den Pflegedienstleitungen zur Unterstützung der SCN in ihren Tätigkeiten. In Absprache mit den Vorgesetzten wurden weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Rekrutierungssituation als auch der Arbeitsorganisation besprochen, bei denen die SCN aktiv mitwirkten. Teilweise konnte die bereits zuvor beschriebenen Probleme in der Arbeitszeitgestaltung gelöst und Supervisionen organisiert werden.

Positive Gefühle der SCN

3 von 5 SCN berichteten über ihre positiven Gefühle während ihrer Durchführung von OSCAR. Angenehme und intensive Patient*innenkontakte wurden von den SCN in Folge der vielen Kontakte als motivierend und vertrauensvoll empfunden. Die Tätigkeit in OSCAR wurde zudem als sinnvoll beschrieben. Die SCN schilderten darüber hinaus Momente der Dankbarkeit, die ihnen durch ihre Patient*innen entgegengebracht wurden.

Nutzen von OSCAR aus der Perspektive der SCN

In den Aufzeichnungen konnten bei 4 von 5 SCN positive Aspekte des Projekts identifiziert werden, die den Nutzen von OSCAR aus der Perspektive der SCN widerspiegelten. Die Patient*innen hatten mit den SCN feste Ansprechpartner*innen an ihrer Seite, die ihnen regelmäßig Zeit für ausführliche Gespräche zu ihrer Lebenssituation gaben. Für die Patient*innen war mitunter die Gesprächszeit ein bedeutsamer Aspekt, für den sie ihren SCN dankbar waren. Die Fragebögen waren ein Zugang, um über Sorgen und Ängste sprechen zu können. Die Diensttelefone der SCN bedeuteten einen niederschweligen Zugang, um Fragen mit ihren SCN zu besprechen. Die Patient*innen waren für die erhaltende Unterstützung durch die SCN dankbar und erleichtert. In diesem Kontext berichtet eine SCN über ein*e Patient*in, die durch den Austausch mit der SCN ihre Angst verlor, aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit zurückzukehren. Die SCN konnten darüber hinaus mitunter schnelle patient*innenorientierte Lösungen durch den Austausch mit anderen Berufsgruppen erreichen.

*Konkrete Unterstützungsmaßnahmen für die Patient*innen*

Ein wichtiger Bestandteil der SCN-Tätigkeit war die Beratung und Unterstützung der Patient*innen auf der Basis einer Bedarfsermittlung mit Hilfe eines Interventionsbogens. Konkrete Unterstützungsmaßnahmen der SCN mündeten beispielsweise in Hinweisen zum Pflegegrad, der Organisation von Pflege, die Unterstützung bei Reha-Anträgen, Beratungen

zu Patient*innenverfügungen und der Hilfe bei der Beantragung häuslicher Unterstützung. Aus der Sicht einer SCN förderte der Interventionsbogen die Beratungs- und Lotsenfunktion der SCN im Zeitverlauf. Es zeigte sich zudem, dass die SCN die aktuellen Lebensumstände erfassten und einschätzen wie z.B. der Umgang mit Sorgen und Ängsten, den Fortschritten bei der Betreuung eine*r Patient*in oder dem Stand bei der Beantragung des Krankengelds.

3.4 Empfehlungen der SCN zur Verbesserung der Intervention

Empfehlungen der SCN zur Verbesserung der Intervention

Alle SCN gaben in ihren Aufzeichnungen konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Intervention an. Sie umfassen die Ausbildung, die Arbeitsbedingungen, die Ausstattung und Unterstützungsmaßnahmen. Für die Ausbildung wird eine stärkere Praxis-Orientierung empfohlen, um Patient*innen und deren Angehörigen bei praktischen Hilfen unterstützen zu können. Wichtig für die SCN-Tätigkeit sind feste Arbeitszeiten, verbindliche Kontaktzeiten sowie das Ausbleiben eines Schichtdienstes. Darüber hinaus bedarf es einer Urlaubsvertretung, angemessene Räumlichkeiten für die Patient*innengespräche und Festnetztelefone. Außerdem wurde die Einbindung der Ärzt*innen für die Identifikation geeigneter Patient*innen für die Intervention thematisiert, ebenso wie die Verfügbarkeit von Supervisionen zur Umsetzung einer guten Betreuung.

4. Literaturverzeichnis

1. Cocks K, King MT, Velikova G, de Castro G, Jr., Martyn St-James M, Fayers PM, et al. Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. Eur J Cancer. 2012;48(11):1713-21

Workshop Sozialrechtliche Fragen in der Onkologie

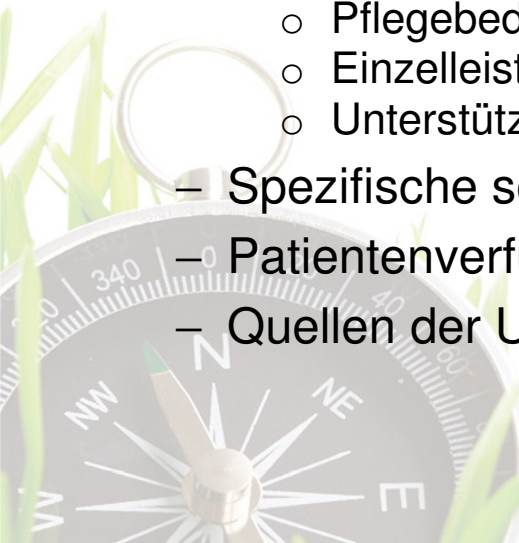
Zwickau, 24.10.2017



Sozialrechtliche Fragen in der Onkologie

Übersicht

– Die deutsche Sozialgesetzgebung	003
– Soziale Sicherung in Deutschland	026
– Das deutsche Gesundheitssystem	046
– Die Krankenversicherung	106
○ Einzelleistungen der Krankenversicherung	124
– Die Rente	221
– Die Pflegeversicherung	228
○ Pflegebedürftigkeit und Leistungen der Pflegeversicherung	258
○ Einzelleistungen der Pflegeversicherung	280
○ Unterstützungsangebote für Angehörige	357
– Spezifische sozialrechtliche Fragen in der Onkologie	397
– Patientenverfügung, Vorsorge-Vollmacht, Betreuungsvollmacht	528
– Quellen der Unterlagen	603



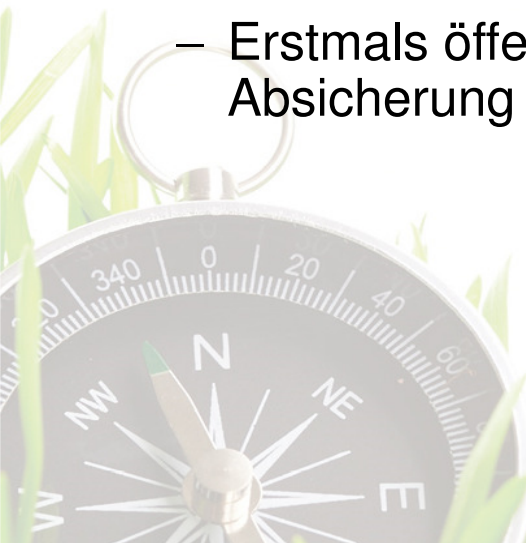
Die deutsche Sozialgesetzgebung



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Historische Ursprünge

- Ursprünge des Sozialversicherungsrechts reichen in das 19. Jahrhundert
- Otto von Bismarck legte den Grundstein mit den Sozialversicherungsgesetzen von 1883, 1884 und 1889
- Erstmals öffentlich-rechtliche, vom Staat organisierte soziale Absicherung auf gegenseitige Ansicherung



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Historische Ursprünge

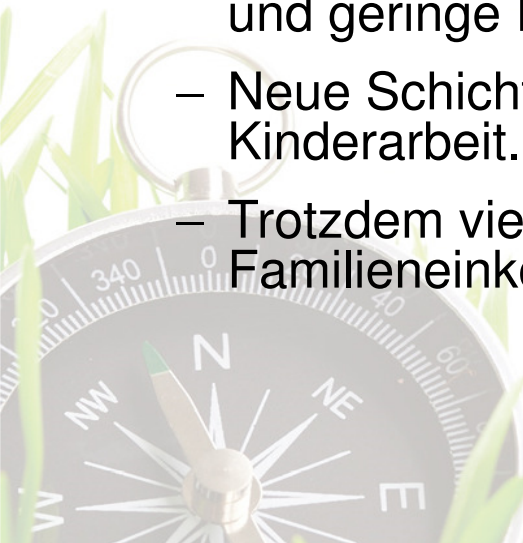
- Vorgängermodelle reichen bis in die Antike zurück
- Deutschland v.a. berufsständisches Hilfesystem der Zünfte und Gilden in den mittelalterlichen Städten
- Ergänzung der - den Stadtbewohnern vorbehaltenen - Unterstützung in Gestalt von städtischen Hospitälern, Witwen- und Waisenhilfe.
- Hilfe durch Klöster und wohltätige Stiftungen



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Historische Ursprünge

- Triebfeder weiterer Entwicklung = Aufhebung der Leibeigenschaft und Garantie von Freizügigkeit und Gewerbefreiheit
- Handwerklich geschickte Arbeiter konnten sich durchsetzen und mit eigenen Unternehmen erhebliche finanzielle Erfolge verbuchen
- Wegfall früherer Bindungen führte auch zu Verlust der Sicherungssysteme und den Abstieg in erhebliche Notlagen
- Industrielle Revolution = harte Arbeitsbedingungen in entstehenden Fabriken und geringe Einkommen
- Neue Schicht der Fabrikarbeiter = harte Lebensumstände. Lange Arbeitszeiten. Kinderarbeit.
- Trotzdem viele Familien ohne auch nur annähernd auskömmliches Familieneinkommen



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Historische Ursprünge

- Folge: Elend weiter Bevölkerungskreise, Hoffnungslosigkeit und Revolten
- Reaktionen gesellschaftlicher Kräfte:
 - Ethos: Verantwortungsvolle Arbeitgeber sorgten in eigenen Unternehmen die Sorge für die Linderung des Elends und von Notlagen der Belegschaft (→ Familienpatriarchen, s. Alfred Krupp)
 - Religion: Christlich motivierte Hilfe = Johann Hinrich Wichern initiiert „Innere Mission“
 - Weltanschauung: Politische Antwort von Marx und Engels. Grundstein für die Bewegung der Sozialisten und die Bildung der Sozialdemokratischen Partei.
- 1871 geeinter deutscher Staat = Bewegung als Bedrohung
- Reaktion mit „Zuckerbrot und Peitsche“



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Historische Ursprünge

- Sog. Sozialistengesetze des Deutschen Reiches richteten sich gegen die politische Organisation und Interessenvertretung und sollten Arbeiter mit staatlichen Wohltaten davon überzeugen, dass der Staat mehr als die Sozialdemokraten für die Abhilfe der schlimmsten Nöte tut
- Taktisches Kalkül ging nicht auf = Zulauf für Sozialdemokratie hielt an
- Gesetze bildeten jedoch die Grundlage für das noch heute bestehende Selbstverwaltungssystem der Sozialversicherungen
- Älteste Zweige dieses Sozialversicherungssystems sind damit die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Invaliden- und Altersversicherung

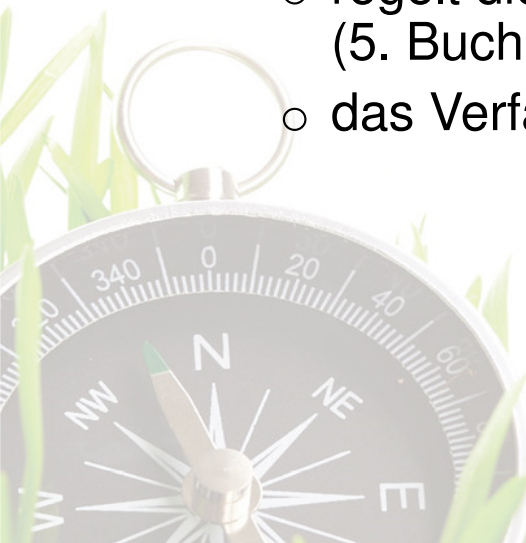


Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

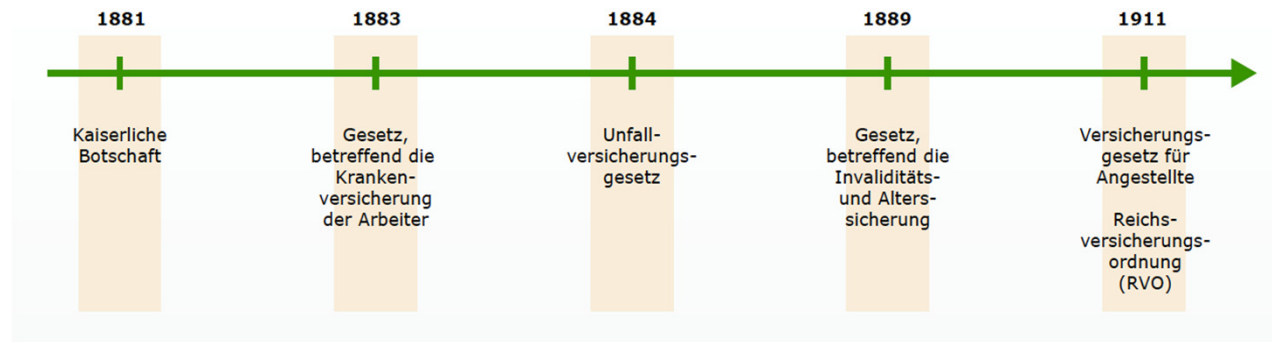
Deutsches Kaiserreich (bis 1918)

- 1910 Kodifizierung in der Reichsversicherungsordnung (RVO)
- Neben den drei Zweigen der Sozialversicherung enthält die RVO
 - allgemeine gemeinsame Vorschriften (1. Buch),
 - regelt die Zusammenarbeit der Versicherungsträger untereinander (5. Buch) sowie
 - das Verfahren der Leistungserbringung (6. Buch)



Die deutsche Sozialgesetzgebung Kontinuierliche Weiterentwicklung

Deutsches Kaiserreich (bis 1918)



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Weimarer Republik (bis 1933)

- Wirtschaftliche Schwierigkeiten der Weimarer Republik nach dem I. Weltkrieg = Einfluss auf Programm und inhaltliche Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems
- Schwerpunkte: Kriegsopferversorgung und die Bekämpfung der Massenarbeitslosigkeit
- Risiko der Arbeitslosigkeit = Staat schuf weitere Säule der Absicherung = Arbeitslosenversicherung

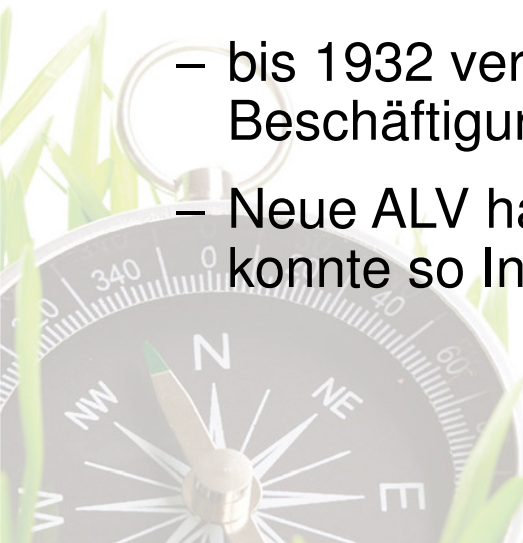


Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Weimarer Republik (bis 1933)

- Arbeitslosenversicherung (ALV) = bereits damals mehr als nur finanzielle Unterstützung: beinhaltete Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung.
- Erste Bewährungsprobe = Weltwirtschaftskrise
- bis 1932 verloren fast ein Drittel aller Arbeitnehmer ihre Beschäftigung. Folge: Überforderung der neuen Versicherung.
- Neue ALV hatte noch keine finanziellen Reserven bilden können und konnte so Inanspruchnahme nicht nachkommen.

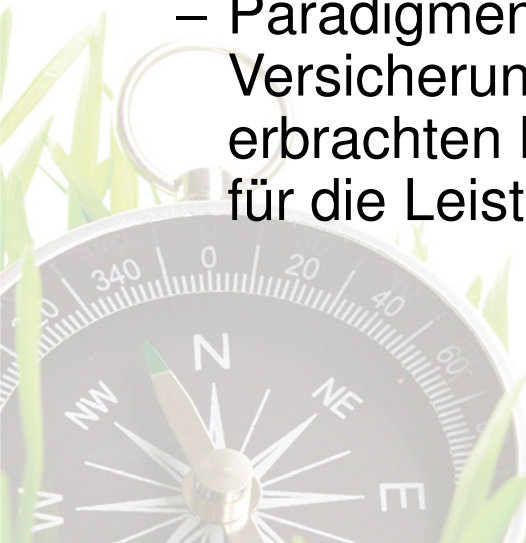


Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Nationalsozialismus (bis 1945)

- Führerprinzip verdrängt bisheriges System der Selbstverwaltung
- Soziale Absicherung wird unmittelbarer staatlicher Lenkung unterstellt
- Paradigmenwechsel in der Arbeitslosenversicherung: vom Versicherungs- zum Fürsorgeprinzip. Damit war anstelle der erbrachten Beitragsleistung die individuelle Bedürftigkeit Maßstab für die Leistungserbringung



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung von 1945 bis 1990

- Auch nach II. Weltkrieg = Bewältigung Kriegsfolgen und sich daraus ergebender Notlagen sowie Wiederaufbau im Mittelpunkt
- Kein Freiraum für grundlegende Reformen.
- „Inhaltliche Neugestaltung“ des Leistungssystems = Rückkehr zum gegliederten Leistungssystem mit Selbstverwaltung und Beitragsfinanzierung = Errichtung bundesunmittelbarer Versicherungsträger
- Verankerung des Sozialstaatsprinzips in Art. 20 Abs. 1 GG



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung von 1945 bis 1990

- 1950 erste Ergänzung materiellen Sozialrechts = Gedanke staatlicher Entschädigung für erlittene Schäden findet Eingang in das Leistungsrecht
- Bundesversorgungsgesetz traf Regelungen für die Eingliederung von Kriegsopfern in das Wirtschaftsleben und über die Entschädigung von bestimmten Verfolgten und Vertriebenen
- Andere Gesetze griffen Gedanken später auf (z.B. Entschädigung für Impfschäden und für Opfer von Gewalttaten).
- Mit Entschädigung verbundener Integrationsgedanke bestimmte auch das Schwerbehindertengesetz, das heute im SGB IX aufgegangen ist.



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung von 1945 bis 1990

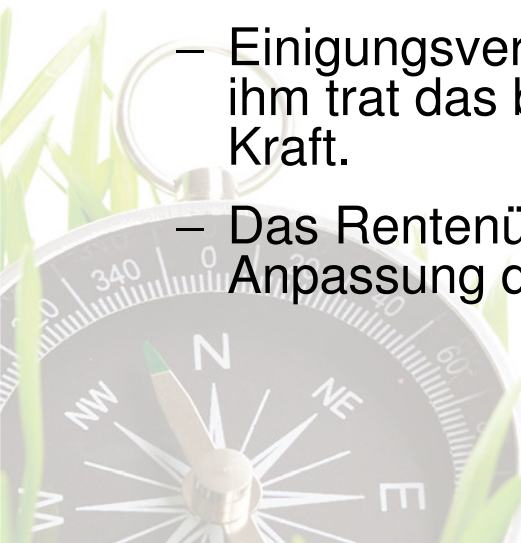
- 1962 trat Bundessozialhilfegesetz in Kraft = Sozialhilfe als nachrangige und bedarfsabhängige Unterstützung
- Gesetzgeber nahm zudem umfassende Kodifikation des Sozialrechtes im Sozialgesetz-buch (SGB) in Angriff und löste damit die Reichsversicherungsordnung von 1911
- Anstatt Modell für die gesamte Kodifikation aller Regelungsbereiche abzuwarten, beschloss der Bundestag, diese Kodifikation schrittweise aufzubauen.
- 1976 und 1977 sind die ältesten Bücher in Kraft getreten, die als Buch I die allgemeinen Grundsätze und als Buch IV das Zusammenwirken der Sozialversicherungsträger regeln.
- 1989 Gesundheitsreformgesetz = Buch V über die gesetzliche Krankenversicherung
- „Lückenhafte“ Nummerierung einzelner Bücher zeigt, dass SGB als Kodifizierung eine systematische Gliederung zugrunde liegt.

Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

- Seit Wiedervereinigung Übertragung des bundesdeutschen Sozialrechts auf die neuen Bundesländer
- Erster Staatsvertrag vom 18. Mai 1990 zur Einführung der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion bewirkte die Angleichung des ost- an das westdeutsche Sozialrecht
- Einigungsvertrag vom 31. August 1990 vollzog die Wiedervereinigung. Mit ihm trat das bundesdeutsche Sozialrecht in allen (nun) 16 Bundesländern in Kraft.
- Das Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) regelte die Übertragung und Anpassung der nach DDR-Recht erworbenen Rentenanwartschaften.



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

- SGB seit 1990 mit entscheidenden Erweiterungen und Überarbeitungen, z.B. Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2005)
- Neben historischen Sozialversicherungsgesetzen auch Aufnahme von Regelungsmaterien in das SGB, die zuvor separat geregelt wurden
- SGB aktuell 12 einzelne Bücher. Regeln neben Grundsätzen (SGB I) und Verfahrensvorschriften (SGB X und IV) unterschiedlichen Sachgebiete des Sozialrechts



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

- Beitragsfinanzierte sozialen Vorsorge (historische Sozialversicherungszweige) ist 1995/1996 mit neuem, im SGB Buch XI geregelten Sozialversicherungszweig erweitert worden: Soziale Pflegeversicherung.
- 01.01.1997: Gesetz zur Beitragsentlastung in der GKV tritt in Kraft
- 1. April 2007 eingeführte Allgemeine Krankenversicherungspflicht (unabhängig vom jeweiligen Beschäftigungsstatus)

Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

- 2008 immer noch etwa 200.000 nichtversicherte Menschen = Ausweitung des Gesetzes ab 1. Januar 2009 auch auf alle bis dahin Nichtversicherten ausgeweitet, die bei einer Wiederversicherung mit Strafbeiträgen zu rechnen hatten.
- Ab dem 31. Dezember 2013 trat Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung in Kraft = GKV können Beitragsschulden für Nacherhebungszeitraum auf das Niveau einer wesentlich günstigeren Anwartschaftsversicherung senken (nach § 256a SGB V)
- Vielfältige Änderungen im Bereich der Pflege und Krankenversicherung zwischen 1989 und heute (Übersicht s.u.)

Die deutsche Sozialgesetzgebung Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

DAS BESTÄNDIGE IST DER WANDEL!



Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

- Neben beitragsfinanzierter sozialer Vorsorge = überwiegend aus Steuermitteln finanzierte soziale Förderung = Umsetzung des Gleichheitsgrundsatzes in Art. 3 Abs. 1 GG = Verwirklichung sozialer Chancengleichheit.
- Ausbildungs- und Berufsförderung (SGB III), Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und Teile der im SGB IX vorgesehenen Hilfe für behinderte Menschen.
- SGB umfasst auch Regelungen zur sozialen Hilfe, die das soziokulturelle Existenz-minimum gewährleisten. Soziale Hilfe nach Subsidiaritätsprinzip = nur wenn jede andere öffentliche oder private Unterstützung fehlt
- Regelung der Sozialhilfe gem. SGB XII und die aus der Arbeitslosen- und der Sozialhilfe neu konzipierten Regelungen über die Grundsicherung für Arbeitsuchende gem. SGB II (das sog. „Hartz IV-Gesetz“) für Langzeitarbeitslose.

Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

- Evolutionäres, langsame Anwachsen des SGB mag pragmatisch sein; es trägt aber das hohe Risiko in sich, dass die zahlreichen, gleichzeitig ablaufenden und teilweise durchaus gegenläufigen Regelungsprozesse die stimmige Entwicklung des Sozialgesetzbuches als Kodifikation behindern.
- SGB seit Jahren „Groß-Baustelle“, an der der Gesetzgeber seit Jahren in vielen Bereichen gleichzeitig arbeitet.
- Permanente Überarbeitung aufgrund starker Inanspruchnahme der Leistungssysteme und damit einhergehendem Risiko der Überlastung (wirtschaftliche, fiskalische und demographische Gründe)
- Warnsignal Bundesverfassungsgericht: Im Rentenrecht aufgrund disparater Gesetzesentwicklung = Zustand der Rechtsunsicherheit erreicht. Mit Rechtsstaatsgebot unvereinbar.
- Reformen = erhebliche Breitenwirkung. Unstimmigkeiten zwischen einzelnen Leistungssystemen v.a. auf Kosten derjenigen, die auf Leistung angewiesen sind

Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Sozialgesetzgebung seit 1990

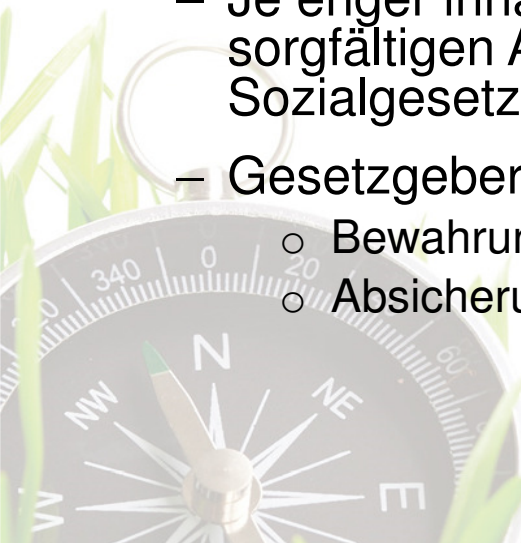
- Altersvorsorge: so genannte Riester-Rente war neuerlicher Ansatz zur Entlastung der von der demographischen Entwicklung besonders betroffenen Rententräger dar; weitere Herausforderung privater Vorsorge durch EZB-Finanzpolitik
- Groß-Baustelle dürfte nicht zur Ruhe kommen. Aktuell Umsetzung massiver Veränderungen im Bereich der Pflegeversicherung (Pflegestufe → Pflegegrad)
- Neuregelungen müssen sich in ohnedies tlw. disparates Regelungssystem einfügen
- Auswirkungen zunehmender EU-einheitlicher-Regelungen und/oder EU-Gerichtsentscheide auf die Sozialgesetzgebung ebenso noch offen.

Die deutsche Sozialgesetzgebung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Zukünftige Entwicklungen

- Weiter dynamische Entwicklung und intensive Tätigkeit des Gesetzgebers zu erwarten
- Sachzwänge (z.B. Demographie und Kostendruck) lassen Gesetzgeber nur wenig Spielraum zu inhaltlichen Neugestaltungen
- Je enger inhaltlicher Gestaltungsspielraum, umso größere Bedeutung der sorgfältigen Arbeit an der Abstimmung der Gesetzesvorhaben mit dem übrigen Sozialgesetzbuch zu
- Gesetzgeber hat doppelte Verantwortung:
 - Bewahrung Rechtskultur und
 - Absicherung derjenigen, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind



Soziale Sicherung in Deutschland



Soziale Sicherung in Deutschland

Prinzipien

Prämissen

- Jeder Mensch Laufe seines Lebens sozialen Risiken ausgesetzt.
- Soziale Härten für Einzelne vermeiden → Risikodeckung durch Gemeinschaft



Aufgabe der Politik: solche sozialen Risiken beseitigen oder zumindest abzumildern und damit soziale Sicherheit garantieren



Soziale Sicherung in Deutschland

Prinzipien

Im Sozialgesetzbuch I, § 1 ist das **Sozialstaatsgebot** festgeschrieben.

„Das Recht des Sozialgesetzbuches soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhaltes durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden und auszugleichen.“ (SGB I, § 1, Abs. 1).

Die Erfüllung dieser Anliegen ist in den weiteren Gesetzbüchern geregelt.



Soziale Sicherung in Deutschland

Wichtige Gesetze

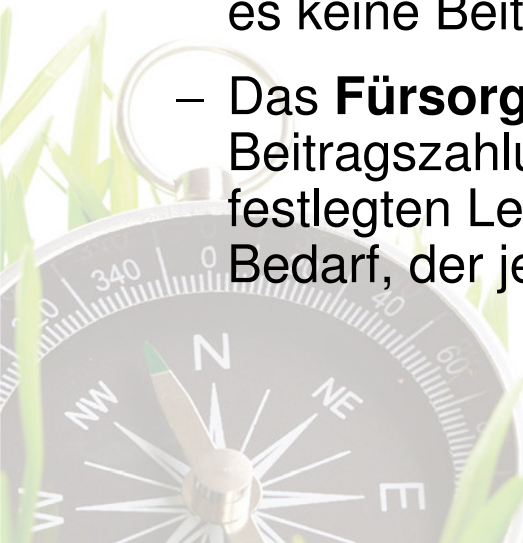
SGB I	= Allgemeiner Teil (1975)
SGB II	= Grundsicherung für Arbeitssuchende (2005)
SGB III	= Arbeitsförderung (1997)
SGB IV	= Gemeinsame Vorschriften der Sozialversicherung (1976)
SGB V	= Krankenversicherung (1989)
SGB VI	= Rentenversicherung (1990)
SGB VII	= Unfallversicherung (1996)
SGB VIII	= Kinder- und Jugendhilfe (1991)
SGB IX	= Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001)
SGB X	= Verwaltungsverfahrenrecht (1980)
SGB XI	= Soziale Pflegeversicherung (1995)
SGB XII	= Sozialhilfe (2005)

Weitere Gesetze: u. a. BaföG, BEEG, BVG

Soziale Sicherung in Deutschland

Gestaltungsprinzipien

- Im System der Sozialen Sicherung = 3 **Gestaltungsprinzipien**
- Das **Versicherungsprinzip**: Ein abschätzbares Risiko, das jedes Mitglied der Gemeinschaft treffen kann, wird von dieser gemeinsam getragen. Dies beinhaltet einen Beitrag, der von allen Mitgliedern der Gemeinschaft zu zahlen ist und der die Leistung begründet. Ohne Beitragszahlung keine Leistung.
- Durch das **Versorgungsprinzip** wird geregelt, dass ein Anspruch auf Leistungen durch besondere Tätigkeiten, z.B. als Beamter, besteht. Hier gibt es keine Beitragszahlungen.
- Das **Fürsorgeprinzip** sieht eine Absicherung im Notfall vor. Es gibt keine Beitragszahlung, der Anspruch auf Hilfeleistung ist nicht in Form von festgelegten Leistungen vorhanden, sondern richtet sich nach dem individuellen Bedarf, der jedoch zuvor überprüft wird (z.B. Wohngeld).



Soziale Sicherung in Deutschland

Säulenmodell



Soziale Sicherung in Deutschland

Wirkprinzipien

Neben Gestaltungsprinzipien = 3 Wirkprinzipien

- Äquivalenz-Prinzip
- Solidaritäts-Prinzip
- Subsidiaritäts-Prinzip



Soziale Sicherung in Deutschland

Wirkprinzipien

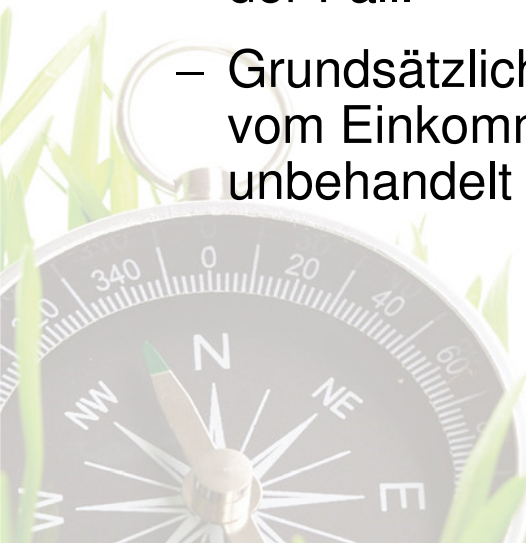
- Das **Äquivalenzprinzip** = Grundlage jeder privaten Sicherung
- Beiträge und Leistungen müssen sich dabei entsprechen = je höher das Risiko, desto höher ist der Beitrag
- Dieses Prinzip ist z.B. in der privaten Krankenversicherung oder bei einer Hausratsversicherung zu finden.



Soziale Sicherung in Deutschland

Wirkprinzipien

- **Solidaritätsprinzip** = jeder Bürger zahlt Beiträge zur Versicherung nach seinem persönlichen Vermögen und erhält Leistungen nach seinem Bedarf
- Kriterium zur Beurteilung des persönlichen Vermögens = zurzeit noch das Arbeitseinkommen
- Ausweitung auf Einkommen aus Kapitalerträgen /Mieteinnahmen wird diskutiert
- Je mehr eine Person verdient, desto höhere Beiträge müssen gezahlt werden. Dies ist sowohl in der gesetzlichen Kranken- als auch in der Rentenversicherung der Fall.
- Grundsätzliches Ziel: Jede Person soll die notwendige Versorgung unabhängig vom Einkommen erhalten. Niemand soll wegen eines geringen Einkommens unbehandelt oder unterversorgt sein.



Soziale Sicherung in Deutschland

Wirkprinzipien

Gesetzliche Krankenversicherung = drei Formen des Solidarausgleichs

- Ausgleich zwischen gesunden und kranken Personen: sowohl gesunde als auch kranke Personen zahlen den gleichen Prozentsatz ihres Arbeitseinkommens als Beitrag (ca. 10% der Versicherten verursachen etwa 80% der gesamten Kosten in der GKV)
- Solidarausgleich zwischen höheren und niedrigeren Einkommen durch die Abhängigkeit des Beitrages vom beitragspflichtigen Einkommen (Leistungsfähigkeits-Prinzip)
- Solidarausgleich zwischen Beitrag zahlenden Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen



Soziale Sicherung in Deutschland

Wirkprinzipien

- **Subsidiaritätsprinzip** = Jede soziale Sicherung kann nicht vollständig durch den Staat getragen werden. Jede Einheit (Familie, Gemeinde, Bundesland, muss sich (zunächst) selbst helfen, bevor die Ressourcen „übergeordneter Einheiten“ in Anspruch genommen werden.
- Damit soll Eigenverantwortung und Selbsthilfemöglichkeit des Einzelnen angesprochen werden.
- In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind deshalb Bagatellarzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit durch die GKV herausgenommen worden. Gleichzeitig wurden aber auch Härtefall- und Überforderungsregelungen eingeführt, um eine Belastungsgrenze bei der Einführung von Zuzahlungen zu gewährleisten (2% des jährlichen Bruttoeinkommens bzw. 1% bei chronisch Kranken).



Soziale Sicherung in Deutschland **Versicherungspflicht**

Unter Versicherungspflicht versteht man die Verpflichtung bzw. den Zwang, einer Versicherung bzw. Versichertengemeinschaft anzugehören.

Dabei ist diese Verpflichtung unabhängig von

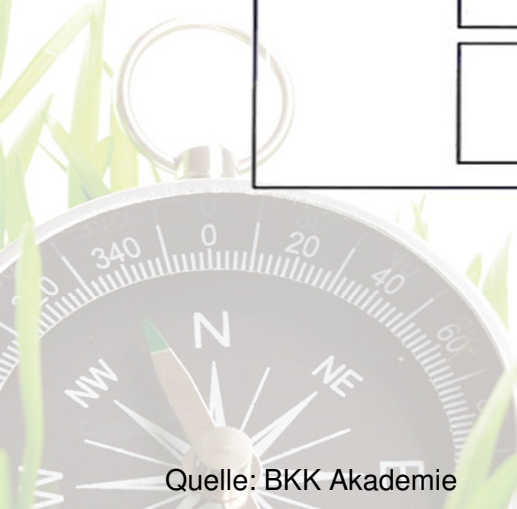
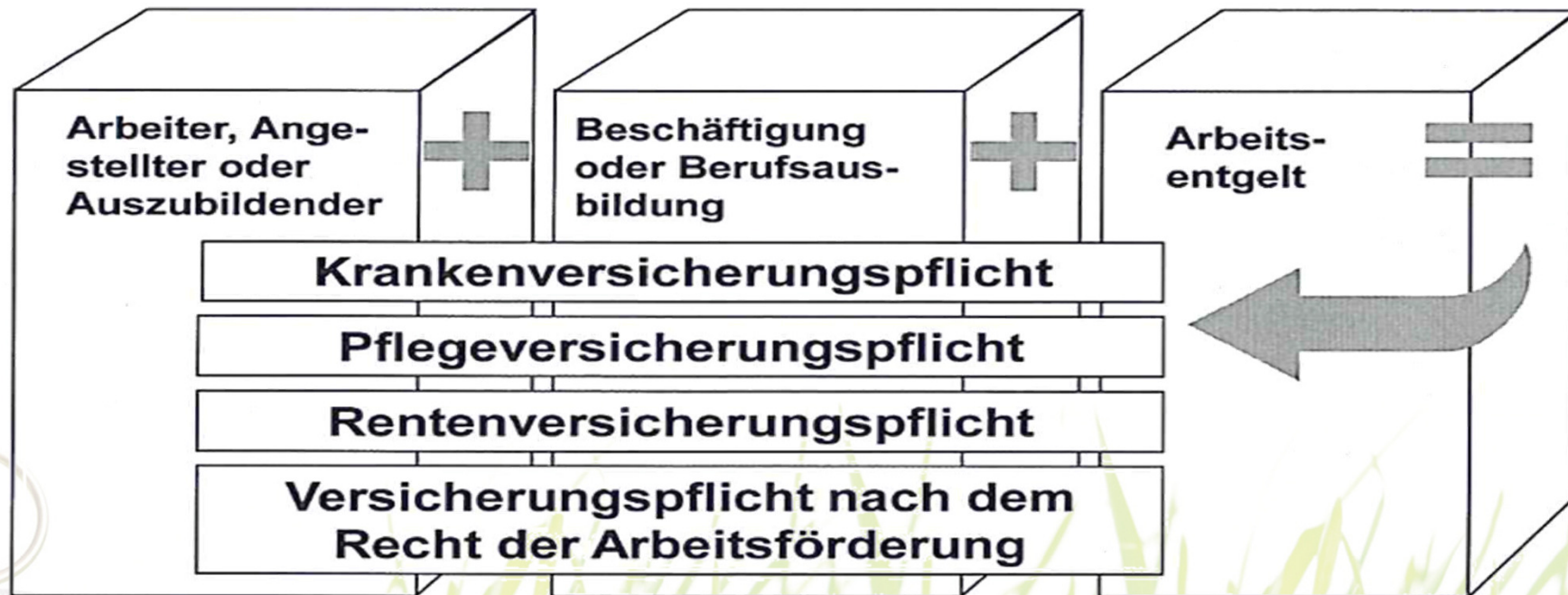
- dem Willen der Beteiligten,
- Beitragszahlung oder
- Meldungen.



Soziale Sicherung in Deutschland

Versicherungspflicht – Voraussetzungen und Rechtsgrundlagen

Voraussetzungen und Rechtsgrundlagen



Soziale Sicherung in Deutschland

Versicherungspflicht – Sozialversicherungsbeiträge

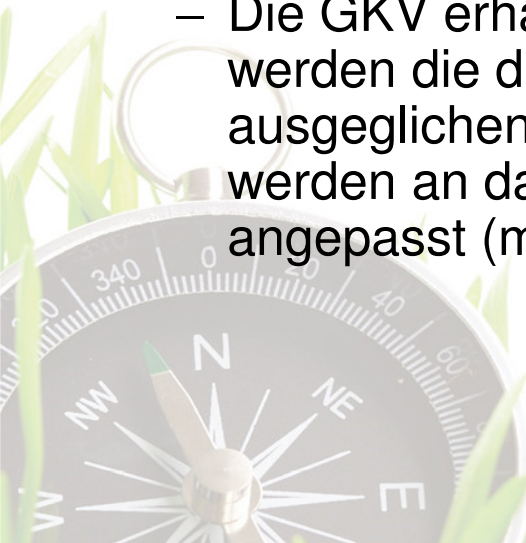


Soziale Sicherung in Deutschland

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA)

Gesundheitsfonds = Sammel- und Verteilungsstelle für die Beitragseinnahmen

- Seit 1. Januar 2009 fließen alle Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenkassen und der Bundeszuschuss aus Steuergeldern in den Gesundheitsfonds. Er wird verwaltet vom Bundesversicherungsamt (BVA).
- Die GKV erhalten aus dem Fonds einen festgelegten Anteil pro Monat. Damit werden die durchschnittlichen Leistungs- und Verwaltungsausgaben ausgeglichen. Diese Zuweisungen basieren auf der Versichertenanzahl und werden an das Morbiditätsrisiko der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse angepasst (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich).



Soziale Sicherung in Deutschland

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA)

- Seit 1. Januar 2015 ziehen die Krankenkassen auch die Zusatzbeitragssätze zusammen mit dem allgemeinen paritätisch finanzierten Krankenversicherungsbeitrag ein und führen beide Beitragsteile vollständig an den Gesundheitsfonds ab.
- Jede Krankenkasse erhält neben den risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (bestehend aus allgemeinem Beitragssatz und Bundeszuschuss) auch den Betrag, der sich aus der Anwendung ihres kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf den GKV-durchschnittlichen Grundlohn, multipliziert mit der Anzahl ihrer Mitglieder ergibt.

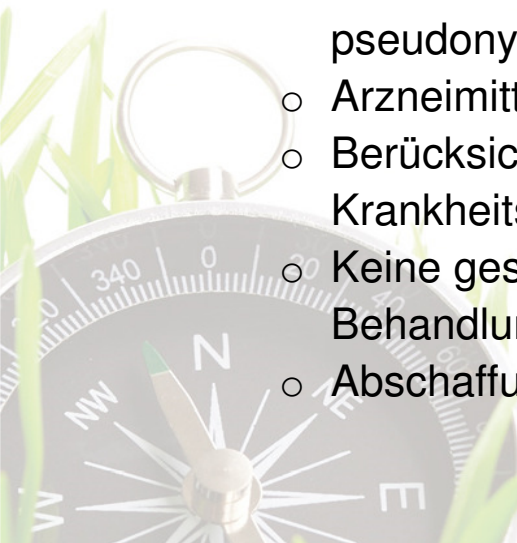


Soziale Sicherung in Deutschland

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA)

Risikostrukturausgleich

- Anfang 2009 RSA zwischen den gesetzlichen Krankenkassen orientiert sich auch am Krankheitszustand der Versicherten (Morbidity) = „Morbi-RSA“ stellt 1994 eingeführten Finanzausgleich auf neue Grundlage
- Kriterien für Morbi-RSA:
 - Krankheitsrisiken werden anhand von 80 ausgewählten Krankheitsgruppen direkt über pseudonymisierte stationäre und ambulante Diagnosen berücksichtigt
 - Arzneimitteldaten werden zur zuverlässigen Absicherung ambulanter Diagnosen verwendet
 - Berücksichtigung der bis dahin im bisherigen Finanzausgleich benutzten indirekten Krankheitskriterien Alter, Geschlecht, Anspruch auf Erwerbsminderung
 - Keine gesonderte Berücksichtigung mehr von Versicherten, die in strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme = DMP) eingeschrieben sind
 - Abschaffung des Risikopools



Soziale Sicherung in Deutschland

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich (RSA)

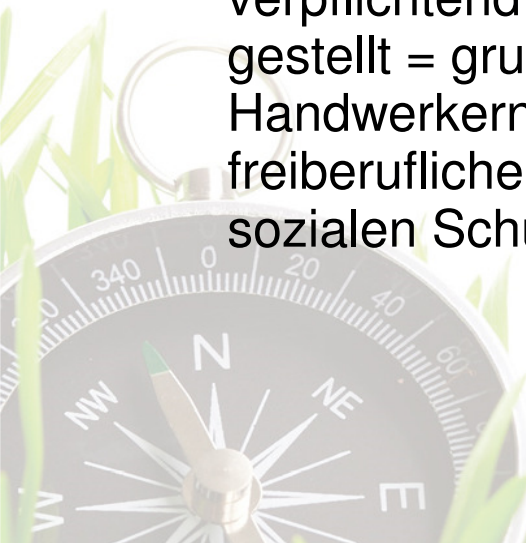
Risikostrukturausgleich

- Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen (KK) pro Versicherten eine Grundpauschale plus einem risikoadjustierten Zu- bzw. Abschlag. Das heißt, KK mit kränkeren Versicherten bekommen mehr Geld als die mit gesunden.
- Unterscheidung zwischen Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen, für Satzungs- und Mehrleistungen, für Aufwendungen zur Entwicklung und Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie zur Deckung der Verwaltungskosten. BVA informiert GKV in zwei Bescheiden über die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds: Grundlagenbescheid (kassenindividuelle Werte je Versicherten) und Zuweisungsbescheid (Bestimmung der monatlichen Zuweisungssumme).
- Diese Informationen des Grundlagenbescheids Basis der Haushaltsplanung und haben maßgeblichen Einfluss auf einen möglichen Zusatzbeitrag.

Soziale Sicherung in Deutschland

Versicherungspflicht - Ausnahme

- Selbständige müssen grundsätzlich keine Sozialversicherungsbeiträge entrichten
- Absicherung z.B. gegen berufliche und krankheitsbedingte Risiken sowie für die Alterssicherung für sich selbst und ihre ggf. vorhandenen Hinterbliebenen in eigener Verantwortung
- Achtung Ausnahme: bestimmte Berufsgruppen hat der Gesetzgeber verpflichtend unter den Schutz der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt = grundsätzliche Versicherungspflicht. Dazu zählen neben Handwerkern vor allem Künstler und Publizisten, Hebammen und freiberufliche Lehrer. Hintergrund: Gesetzgeber geht von einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit aus.



Soziale Sicherung in Deutschland

Überblick über die Kosten (2015)

Einige Zahlen zu den Aufwendungen für die soziale Absicherung in Deutschland zur Information und Einordnung der Größe der Aufwendungen:

- Gesetzliche Krankenversicherung GKV = > 211,8 Milliarden Euro
- Gesetzliche Unfallversicherung = ca. 12,5 Milliarden Euro
- Gesetzlichen Rentenversicherung = Renten in Höhe von 240 Milliarden Euro + Leistungen zur Teilhabe von ca. 42,4 Milliarden Euro = ca. 282,4 Milliarden Euro insgesamt
- Arbeitsförderung = > 50 Milliarden Euro (inkl. Arbeitslosengeld)
- Ausbildungsförderung = rund 2,3 Milliarden Euro
- Soziales Entschädigungsrecht = fast 2,6 Milliarden Euro
- Sozialhilfe = fast 37,8 Milliarden Euro, davon 2/3 auf Hilfen in anderen Lebenslagen. Sozialhilfe im engeren Sinne (Hilfe zum Lebensunterhalt) ca. 4% der Ausgaben.

Sozialbudget 2015 mit 888,2 Milliarden Euro. Zum Vergleich: Gesamter Bundeshaushalt 2015 mit Einnahmen und Ausgaben in Höhe von 299,1 Milliarden Euro.

Das deutsche Gesundheitssystem

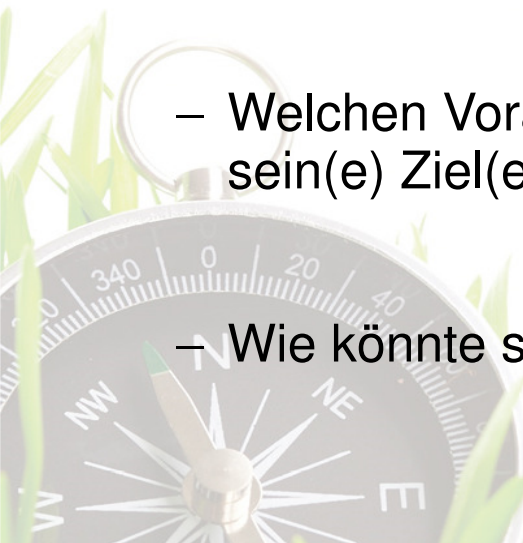


Das deutsche Gesundheitssystem

Was ist ein Gesundheitssystem?

Fragen an das Plenum:

- Was ist Ihrer Meinung nach ein Gesundheitssystem?
- Welche Aufgabe(n) oder Ziel(e) hat ein Gesundheitssystem?
- Welchen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit ein Gesundheitssystem sein(e) Ziel(e) erreichen kann?
- Wie könnte sich ein Gesundheitssystem finanzieren?



Das deutsche Gesundheitssystem

Was ist ein Gesundheitssystem?

- Gesundheitssysteme haben die Aufgabe der medizinischen Versorgung der Bürger.
- Sie umfassen somit alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist.



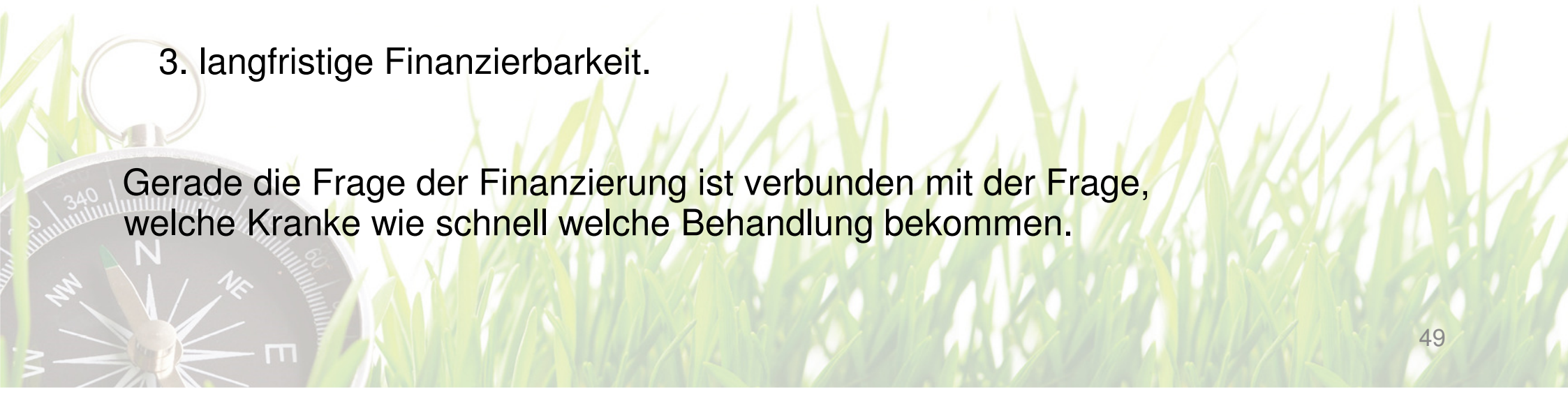
Das deutsche Gesundheitssystem

Ziele des Gesundheitssystems?

2001 definierte die EU-Kommission Ziele für Gesundheitswesen und Altenpflege:

1. Zugang für alle
2. hohe Qualität und
3. langfristige Finanzierbarkeit.

Gerade die Frage der Finanzierung ist verbunden mit der Frage, welche Kranke wie schnell welche Behandlung bekommen.



Das deutsche Gesundheitssystem

Prinzipien des Sozialrechts im Gesundheitssystem

Auch hier gilt:

Solidaritätsprinzip

Jeder Versicherte bzw. Patient hat im Rahmen des Erfordernisses Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Höhe seiner Beiträge (Solidargemeinschaft).

Subsidiaritätsprinzip

Jeder Versicherte bzw. Patient hat die Pflicht, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst zu helfen, bevor er die Solidargemeinschaft in Anspruch nimmt.

Das deutsche Gesundheitssystem

Welche Finanzierungsmodelle gibt es?

Privatversicherungs-Modelle:

Finanzierung über freiwillige Krankenversicherung, z.B. USA

Nationaler Gesundheitsdienst:

Finanzierung aus Steuermitteln, z.B. UK, Irland, Dänemark, Portugal

Sozialversicherungs-Systeme:

Finanzierung über gesetzliche Pflichtversicherung, z.B. Deutschland, Frankreich, Benelux



Das deutsche Gesundheitssystem

Welche Finanzierungsmodelle gibt es?

Aufgabe:

Bilden Sie drei Gruppen, von denen sich jeweils eine mit den Vor- und Nachteilen eines der drei Finanzierungsmodelle auseinandersetzt. Fassen sie diese zusammen und stellen Sie diese anschließend im Plenum vor!

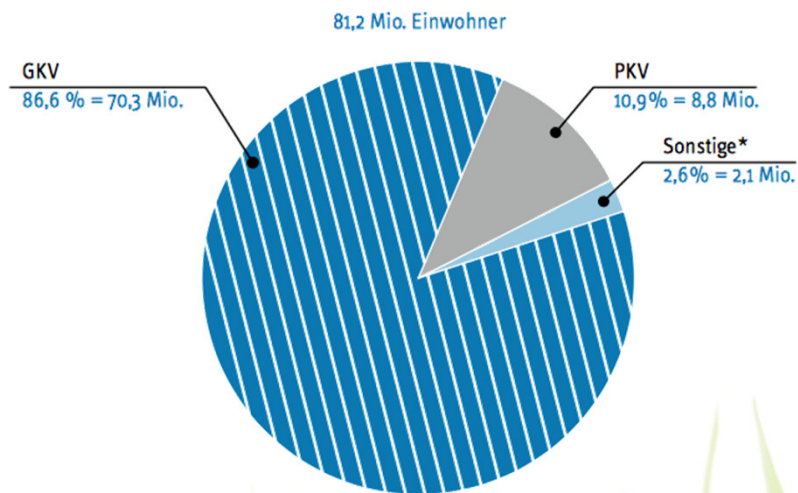
Zeit: 20 min



Das deutsche Gesundheitssystem

Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

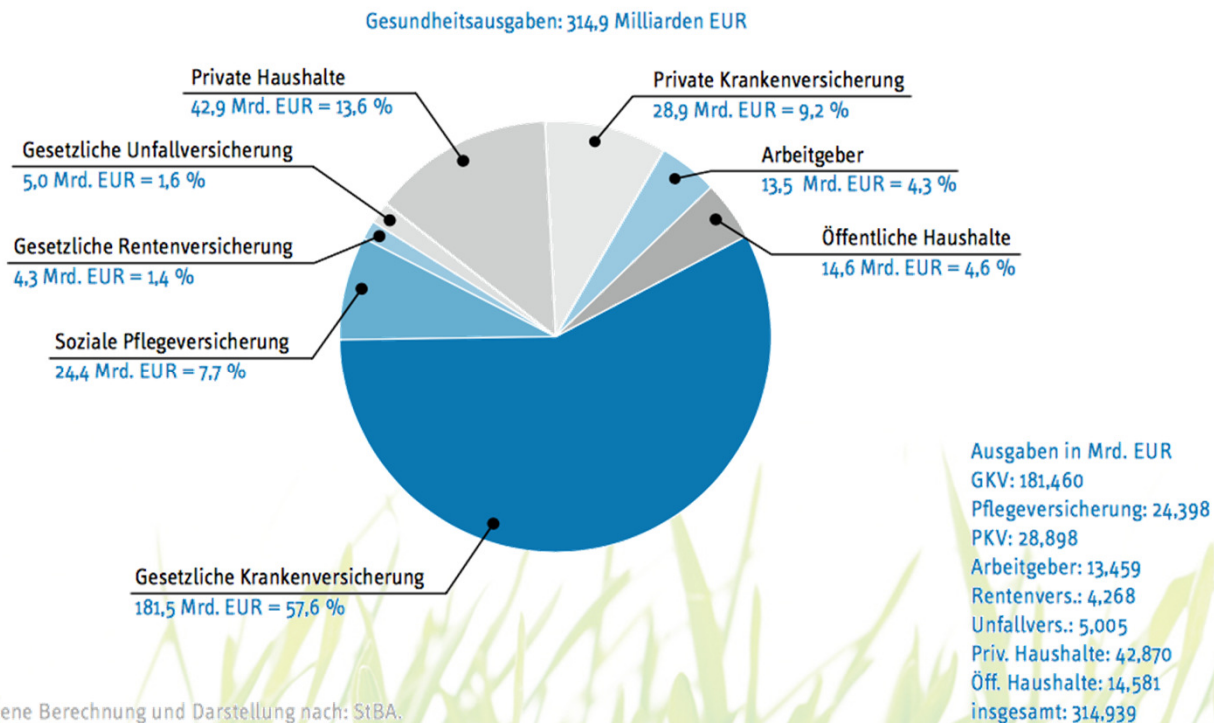
– Krankenversicherungsschutz (in % und Mio.; Basis: 2014)



Das deutsche Gesundheitssystem

Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

– Gesundheitsausgaben (in % und Mrd. Euro; Basis: 2013)

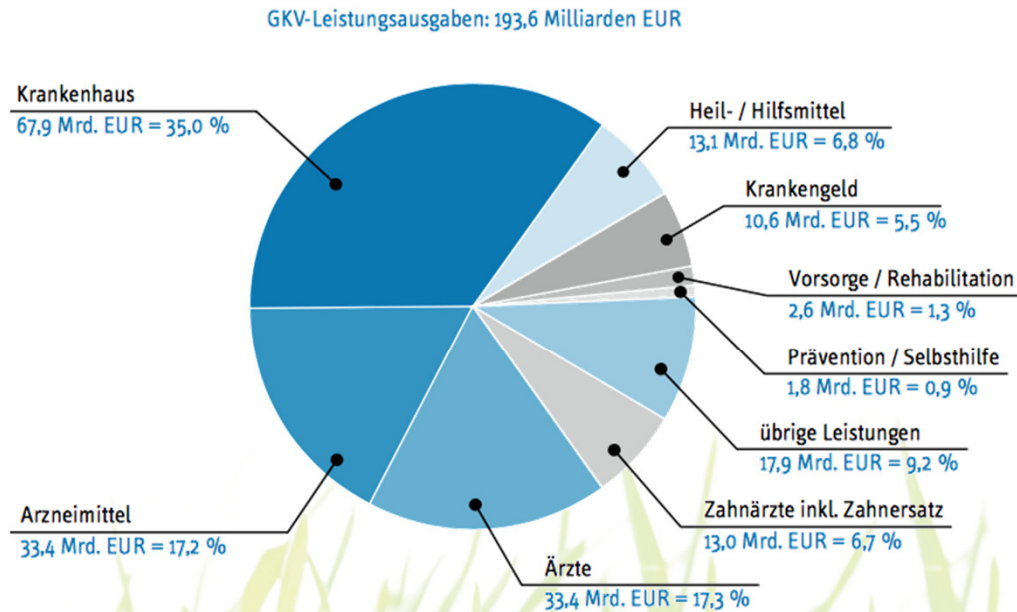


Quelle: vdek

Das deutsche Gesundheitssystem

Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

– GKV-Leistungsausgaben (in % und Mrd. Euro; Basis: 2014)



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KJ1.



Quelle: vdek

Das deutsche Gesundheitssystem

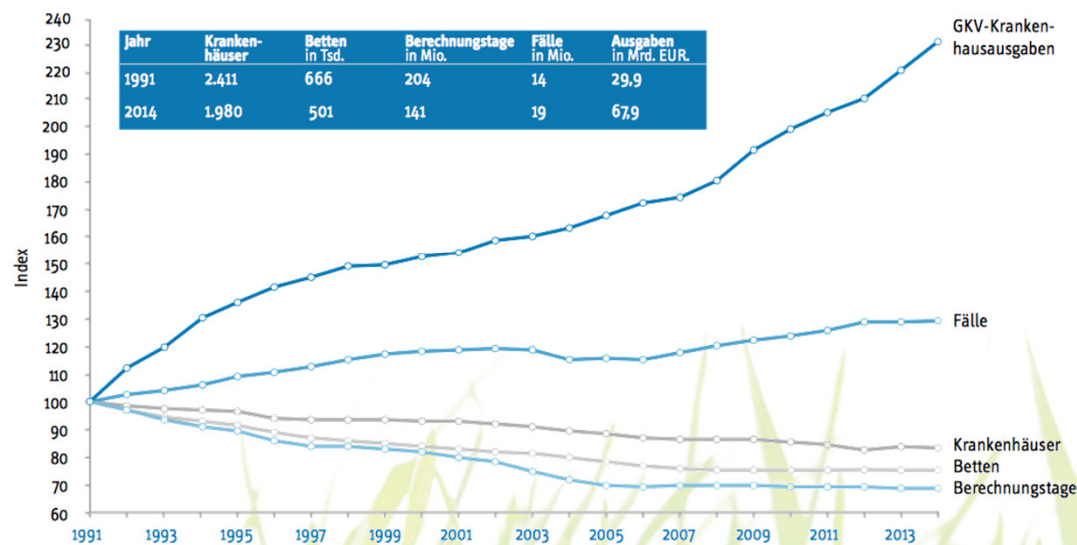
Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

– Entwicklung im Krankenhaus

Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Berechnungstage und Fälle

Index (1991 = 100)

1991 – 2014, Bundesgebiet



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA und BMG, KJ1.

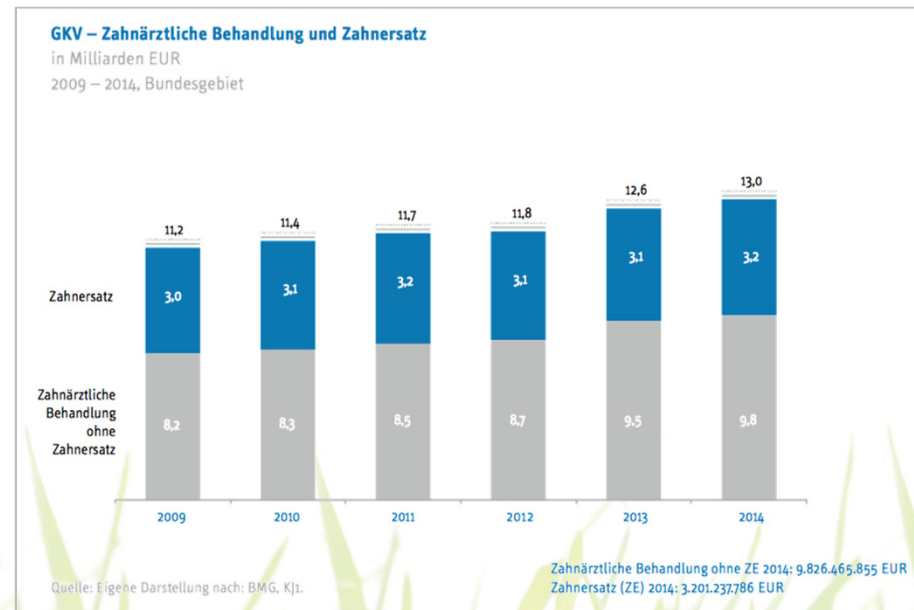
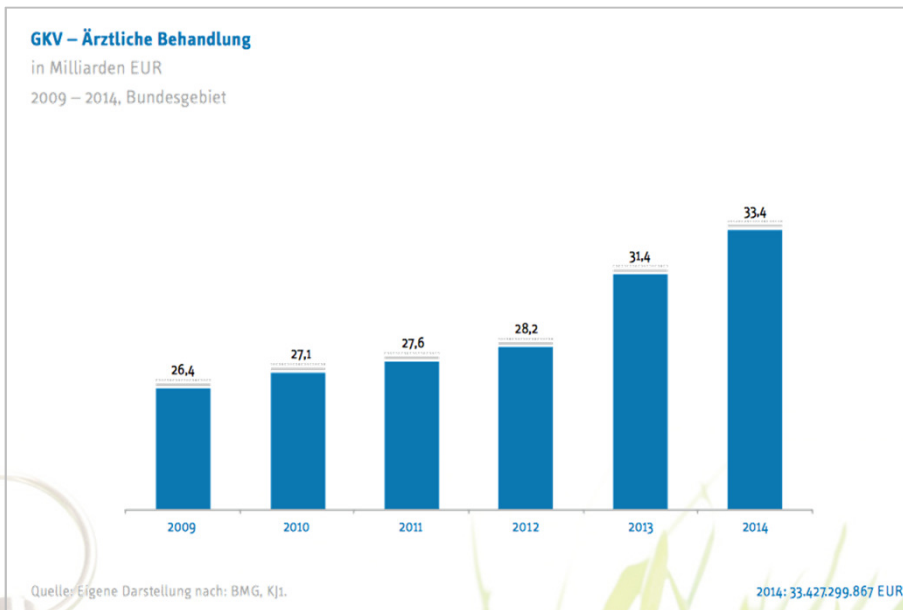


Quelle: vdek

Das deutsche Gesundheitssystem

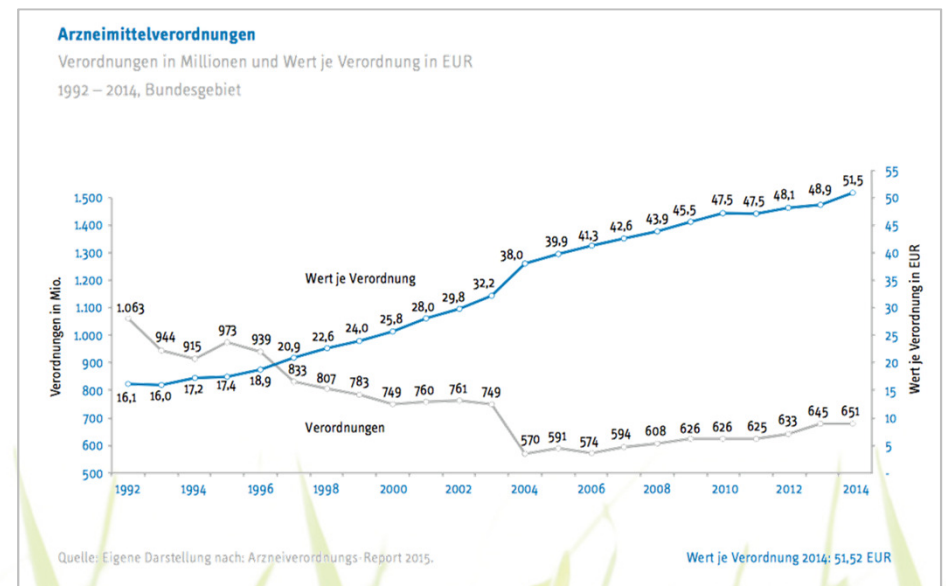
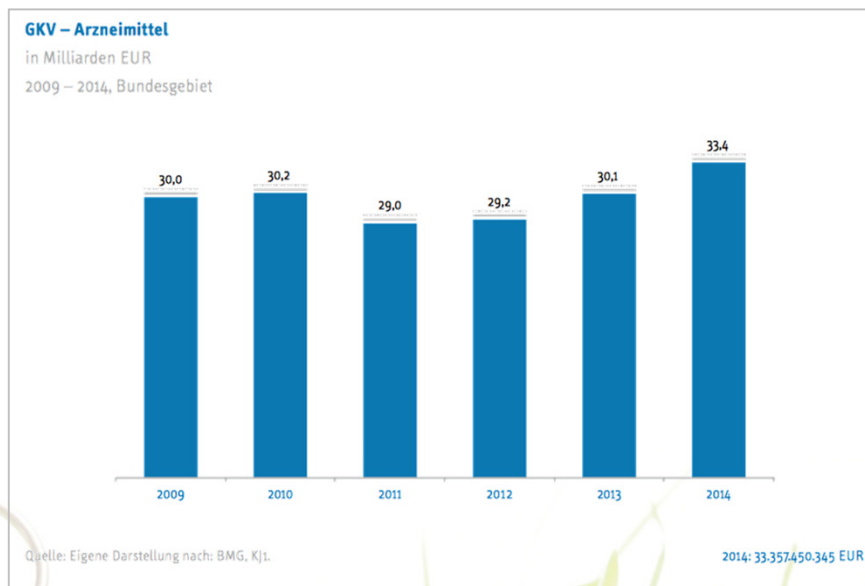
Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

- Entwicklung der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung



Das deutsche Gesundheitssystem Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

– Entwicklung der Arzneimittel

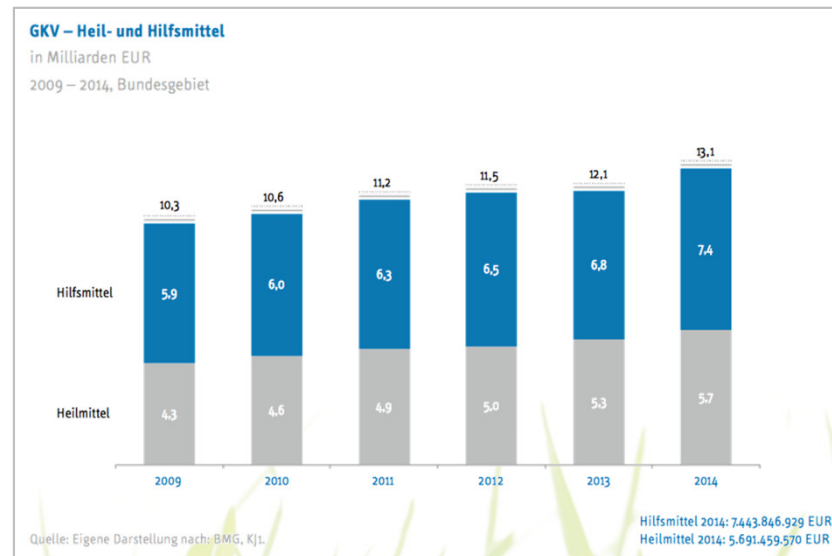


Quelle: vdek

Das deutsche Gesundheitssystem

Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

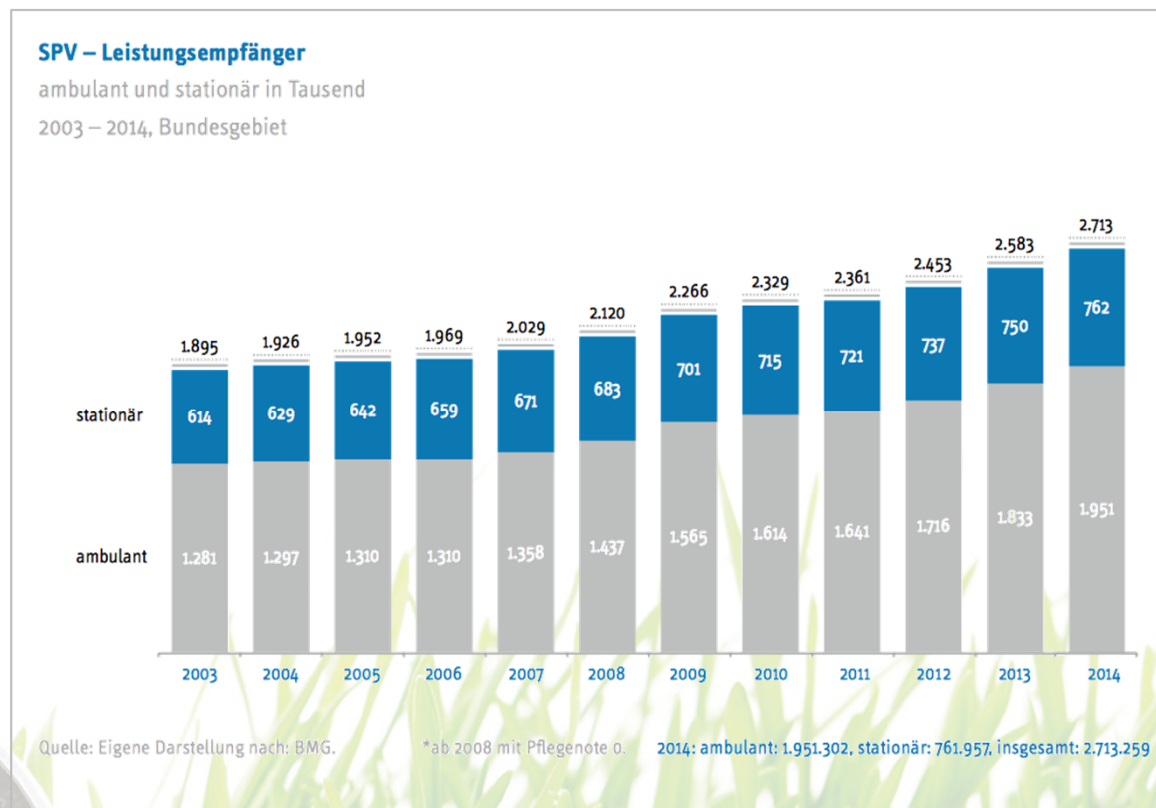
– Entwicklung der Heil- und Hilfsmittel-Ausgaben



Das deutsche Gesundheitssystem

Fakten zum deutschen Gesundheitssystem

- Entwicklung Leistungsempfänger in der (Sozialen) Pflegeversicherung (SVP)



Quelle: vdek

Das deutsche Gesundheitssystem Grundlagen

Die Tätigkeit der Social Care Nurse ist eingebettet in das Gesundheitssystem.

Was gehört zur sektoralen Gliederung des deutschen Gesundheitssystems?

Welche Aufgaben haben die einzelnen Sektoren?



Das deutsche Gesundheitssystem

Sektorale Gliederung

Was gehört zum Gesundheitssystem?

- Primär ärztliche **ambulante Betreuung** durch freiberuflich tätige Ärzte (privater Sektor)
- Primär medizinische **stationäre Betreuung** in Krankenhäusern (kommunal, staatlich oder konfessionell)
- **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)** (staatsdienstlich geführt auf Länderebene)
- Ergänzende Einrichtungen
 - Rehabilitation: ambulant (in Rehabilitationszentren, privaten Praxen)
stationär (in Rehabilitationskliniken)
 - Pflegeeinrichtungen: ambulant (Pflegedienste),
stationär (Pflegeheime, Hospize)
 - Selbsthilfegruppen

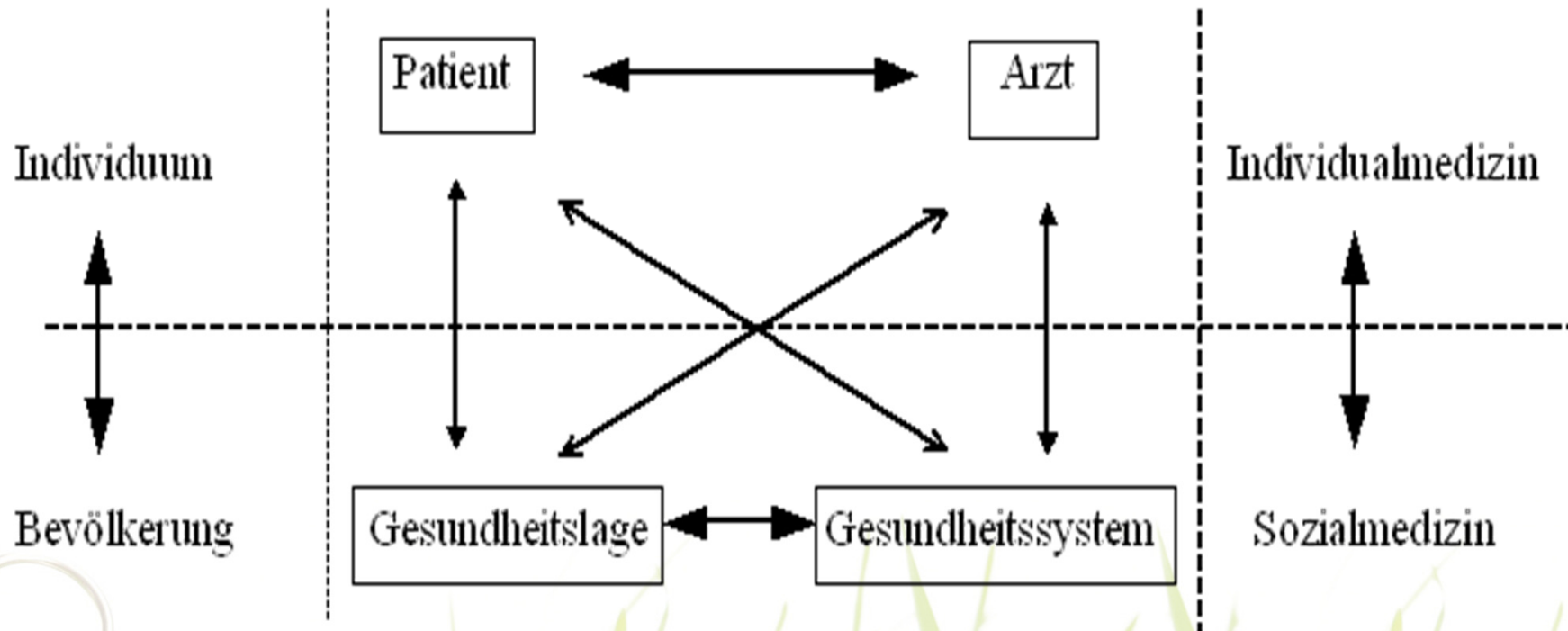
Das deutsche Gesundheitssystem

Sektorale Gliederung

Sektor	Aufgabe / Ziel	Organisationsform	Finanzierung
Ambulanter Sektor	Medizinische Kuration	Freiberuflich-private (Arztpraxen, Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen)	Beiträge gesetzlich u. privat Krankenversicherter
Stationärer Sektor	Medizinische Kuration	Kommunale, staatliche, konfessionelle, private (Krankenhäuser)	Beiträge gesetzlich u. privat Krankenversicherter, Kommunen
Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	Primäre Prophylaxe	Staatliche Einrichtungen (Gesundheitsämter)	Steuern
Rehabilitation	Medizinische und Soziale Autonomie	Selbstverwaltung der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, privat	Beiträge der gesetzlichen u. privaten Renten-, Kranken- und Unfallversicherung
Pflege	Soziale Autonomie	Gesetzliche und private Krankenkassen, privat	Beiträge gesetzlich u. privat Versicherter
Selbsthilfegruppen	Lebensberatung, Krankheitsbewältigung	Gemeinnützige Vereine	Privat, Spenden

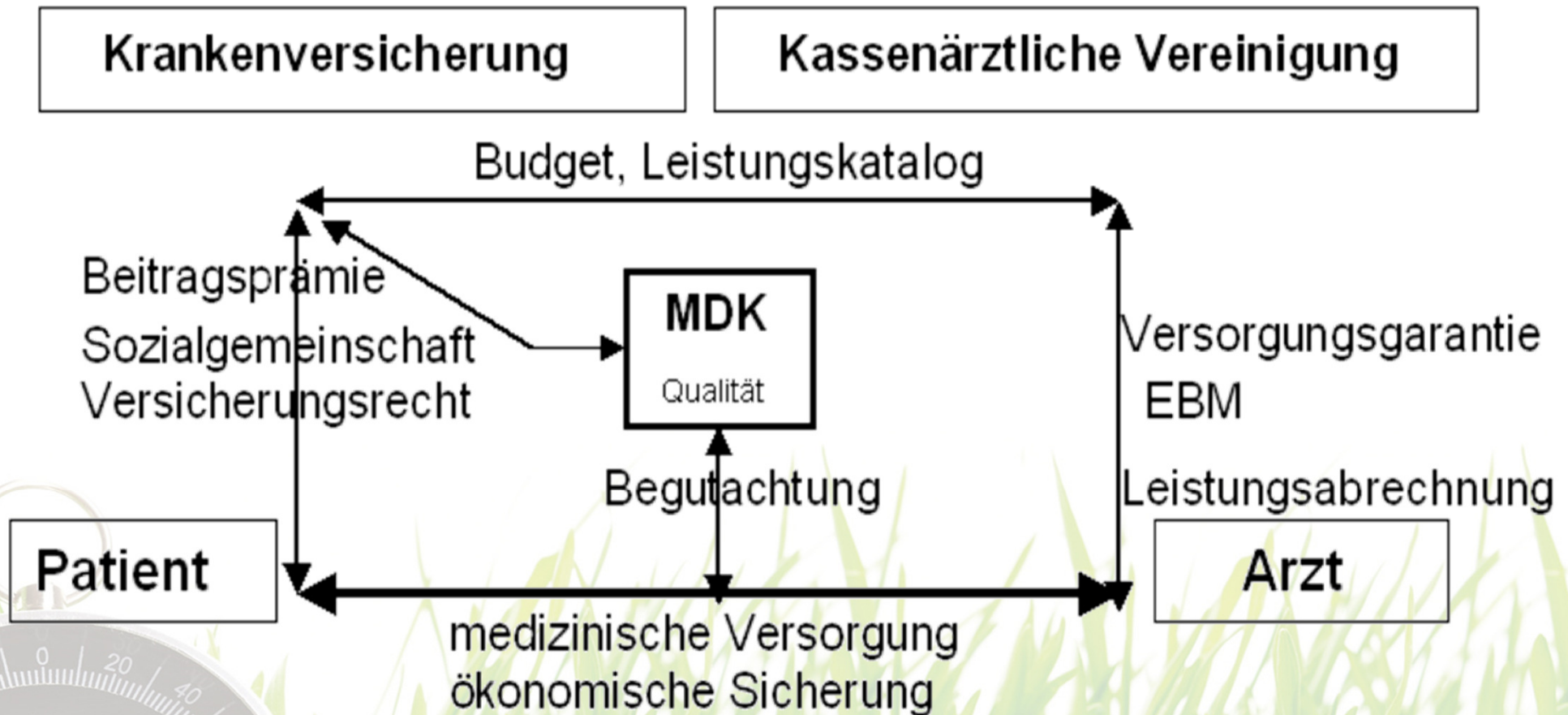
Das deutsche Gesundheitssystem

Einbettung des Patienten in das Gesundheitssystem



Das deutsche Gesundheitssystem

Funktionale Vernetzung: Arzt-Patienten-Beziehung



Das deutsche Gesundheitssystem **Ärztliche Aufklärungspflicht**

Diese Thema wird in Ihren Gesprächen mit Patienten und Angehörigen häufig auftauchen.

Worüber hat der Arzt den Patienten aufzuklären?

Recht auf Zweitmeinung?



Das deutsche Gesundheitssystem Ärztliche Aufklärungspflicht

Der Arzt muss sich stets an das **Selbstbestimmungsrecht des Patienten** halten.

Ein ohne seine wirksame Zustimmung durchgeführter ärztlicher Eingriff stellt grundsätzlich eine rechtswidrige **Körperverletzung** dar. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist eine ausreichende **Aufklärung** des Patienten.

Für sie ist der Arzt im Haftungsprozess **beweispflichtig**.



Das deutsche Gesundheitssystem

Ärztliche Aufklärungspflicht

Aufklärungspflicht - drei Bereiche:

- Befund- und Diagnoseaufklärung
- Sicherungsaufklärung (v.a. Verhaltensweisen zur Sicherung des Behandlungserfolges)
- Risiko- und Eingriffsaufklärung

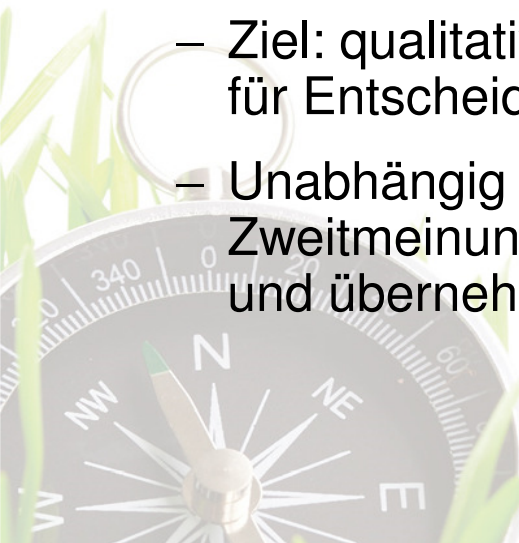
Im Hinblick auf den Nachweis einer ausreichenden Aufklärung ist eine ausführliche Dokumentation wichtig.



Das deutsche Gesundheitssystem

Ärztliche Zweitmeinung

- Versorgungsstärkungsgesetz (2015): Patienten haben künftig einen Anspruch auf ein sogenanntes strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auf Kosten der KK
- Anspruch umfasst eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Operationen, bei denen Unsicherheit bestehen kann, ob sie medizinisch zwingend geboten sind und sich nicht vermeiden lassen.
- Welchen Eingriffe = Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seinen Richtlinien. Legt außerdem qualitativen Vorgaben und Anforderungen an Ärzte, die eine Zweitmeinung erbringen dürfen, fest
- Ziel: qualitativ besonders hochwertige Erbringung der Zweitmeinung als Basis für Entscheidung für oder gegen eine Behandlung
- Unabhängig davon bieten einige KK schon länger und auch weiterhin eigene Zweitmeinungsverfahren für verschiedene schwerwiegende Erkrankungen an und übernehmen entsprechende Kosten als Satzungsleistung (s.u.)



Die Krankenversicherung



Die Krankenversicherung Übersicht

- Aufbau, Definitionen und Historie (inkl. Reformgesetzgebung)
- Rechtsgrundlagen
- Finanzierung, Leistungen und Leistungsgewährung
- Rehabilitation
- Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit
- Eigenleistungen, Zuzahlungen und Belastungsgrenzen
- Beratungsangebote



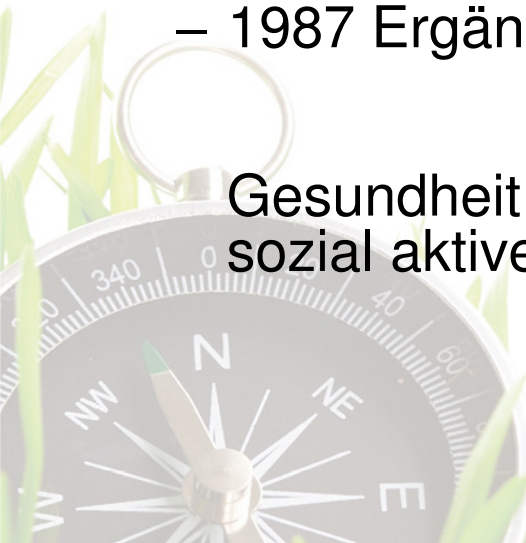
Die Krankenversicherung Gesundheit

– WHO-Definition 1946:

Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.

– 1987 Ergänzung durch WHO:

Gesundheit ist die Fähigkeit und die Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen.



Die Krankenversicherung **Krankheit**

Krankheit ist ein regelwidriger

- körperlicher,
- geistiger oder
- seelischer Zustand,

dessen Eintritt Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.



Die Krankenversicherung Behinderung

§ 2 SGB IX (1)

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

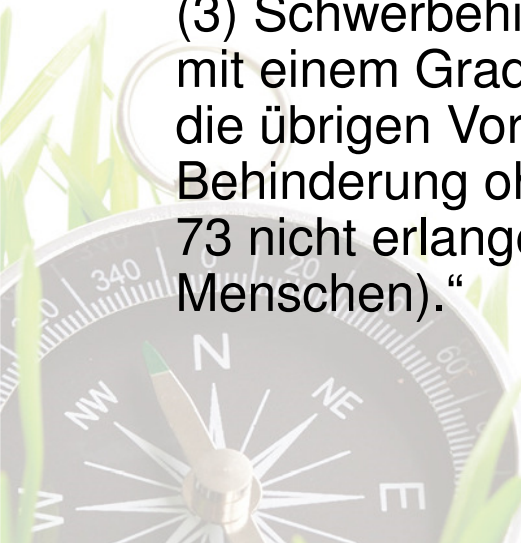


Die Krankenversicherung Schwerbehinderung

§ 2 SGB IX (2-3)

„(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).“



Soziale Sicherung in Deutschland **Versicherungspflicht**

Unter Versicherungspflicht versteht man die Verpflichtung bzw. den Zwang, einer Versicherung bzw. Versichertengemeinschaft anzugehören.

Dabei ist diese Verpflichtung unabhängig von

- dem Willen der Beteiligten,
- Beitragszahlung oder
- Meldungen.



Gilt insbesondere
auch für die
Krankenversicherung



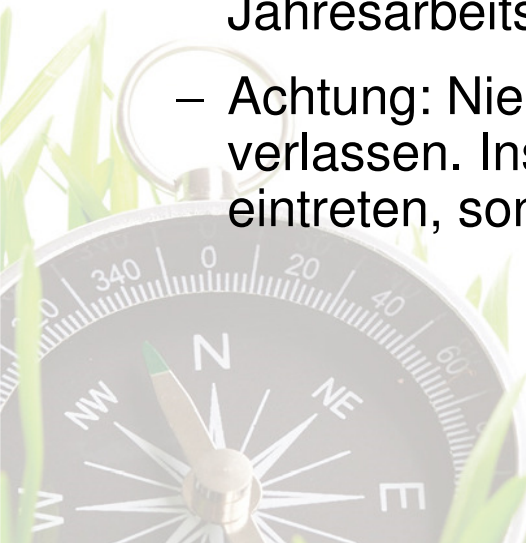
Die Krankenversicherung Übersicht

- Jeder hat die Pflicht, einer Krankenversicherung beizutreten.
- Arbeitnehmer, deren Bruttoarbeitsentgelt die aktuelle Jahresarbeitsentgeltgrenze (2017: 57.600 Euro oder 4.800 Euro pro Monat) nicht übersteigt, ist pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenkasse/-versicherung (GKV). Geregelt ist die Versicherungspflicht im Sozialgesetzbuch (§ 5 SGB V).
- Wer einmal in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, muss diese nie mehr verlassen.



Die Krankenversicherung Übersicht

- Wer nicht pflichtversichert ist (z.B. selbständige Unternehmer), muss sich freiwillig gesetzlich oder privat krankenversichern.
- Nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Menschen, die hauptberuflich selbstständig beziehungsweise freiberuflich erwerbstätig sind sowie Beamte, Richter und Zeitsoldaten. Außerdem endet die Versicherungspflicht aus der gesetzlichen Krankenkasse für Angestellte, wenn ihr Jahresbruttoeinkommen die jeweils geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.
- Achtung: Niemand, der zuvor gesetzlich krankenversichert war, muss diese verlassen. Insbesondere Existenzgründer müssen keineswegs in die PKV eintreten, sondern können sich in der Regel freiwillig gesetzlich versichern.



Die Krankenversicherung Übersicht

- Jeder kann gesetzliche Krankenversicherung frei wählen.
- GKV unterscheiden sich zumindest in kleinen Teilen in ihren Leistungen (s. Zusatzleistungen oder Erstattungen) und in den von ihnen erhobenen Zusatzbeiträgen.
- GKV können jederzeit gewechselt werden. Aber: Im Regelfall geht dies bei einer GKV Erst nach 18 Monaten Mitgliedschaft. Ausnahme: Wenn die Krankenversicherung einen Zusatzbeitrag einführt oder erhöht. Folge: Sonderkündigungsrecht.
- Durch die Teilnahme an Wahltarifen kann diese Bindungsfrist bis zu drei Jahre betragen, bevor die Krankenkasse gewechselt werden kann.
- Die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse kann mit einer Frist von zwei Monaten gekündigt werden. Die Frist verkürzt sich auch bei einer Sonderkündigung nicht.

Die Krankenversicherung Übersicht

- In Deutschland sind rund 90 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert
- haben Anspruch auf Leistungen, um ihre Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern.
- Die GKV wird getragen von gesetzlichen Krankenkassen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts finanziell und organisatorisch unabhängig sind. Sie führen die ihnen staatlich zugewiesenen Aufgaben eigenverantwortlich durch.

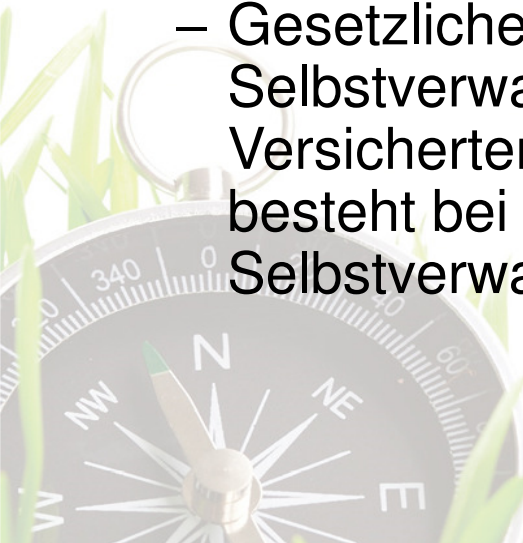


Die Krankenversicherung Übersicht

- Tragende Strukturprinzipien der GKV sind das Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip.
- Das Solidaritätsprinzip gewährleistet, dass jeder Versicherte unabhängig von Einkommen bzw. Beitragshöhe und Krankheitsrisiken medizinisch-notwendige Leistungen aus der GKV erhält. Das Sachleistungsprinzip stellt die Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sicher.
- Finanziert werden die Leistungen der GKV hauptsächlich durch Beiträge, die von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden. Zum 1. Januar 2009 wurde der Gesundheitsfonds und ein einheitlicher Beitragssatz für alle Versicherten eingeführt.

Die Krankenversicherung Übersicht

- Eine weitere wichtige Grundlage ist das Selbstverwaltungsprinzip.
- Dabei wird der Staat durch Delegation von Aufgaben und Verantwortungsbereichen an die Träger entlastet (Subsidiaritätsprinzip). Das heißt, dass die Träger der Sozialversicherung als öffentlich-rechtliche Körperschaft alle Steuerungsaufgaben in Eigenverantwortung unter Rechtsaufsicht des Staates erfüllen.
- Gesetzliche Krankenkassen haben als Träger der GKV das Recht zur Selbstverwaltung. Selbstverwaltung wird durch gewählte Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber ehrenamtlich ausgeübt. Eine Ausnahme besteht bei den Ersatzkassen, hier sind nur die Versicherten in der Selbstverwaltung vertreten.



Die Krankenversicherung Übersicht

- Weite Teile der gesundheitlichen Versorgung werden durch die Selbstverwaltung über Verträge mit den Leistungserbringern gestaltet, z.B. verbindliche kollektivvertragliche Regelungen zur ärztlichen und stationären Versorgung
- Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entscheidet der GKV-Spitzenverband im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die konkrete Ausgestaltung des Leistungskataloges der GKV.

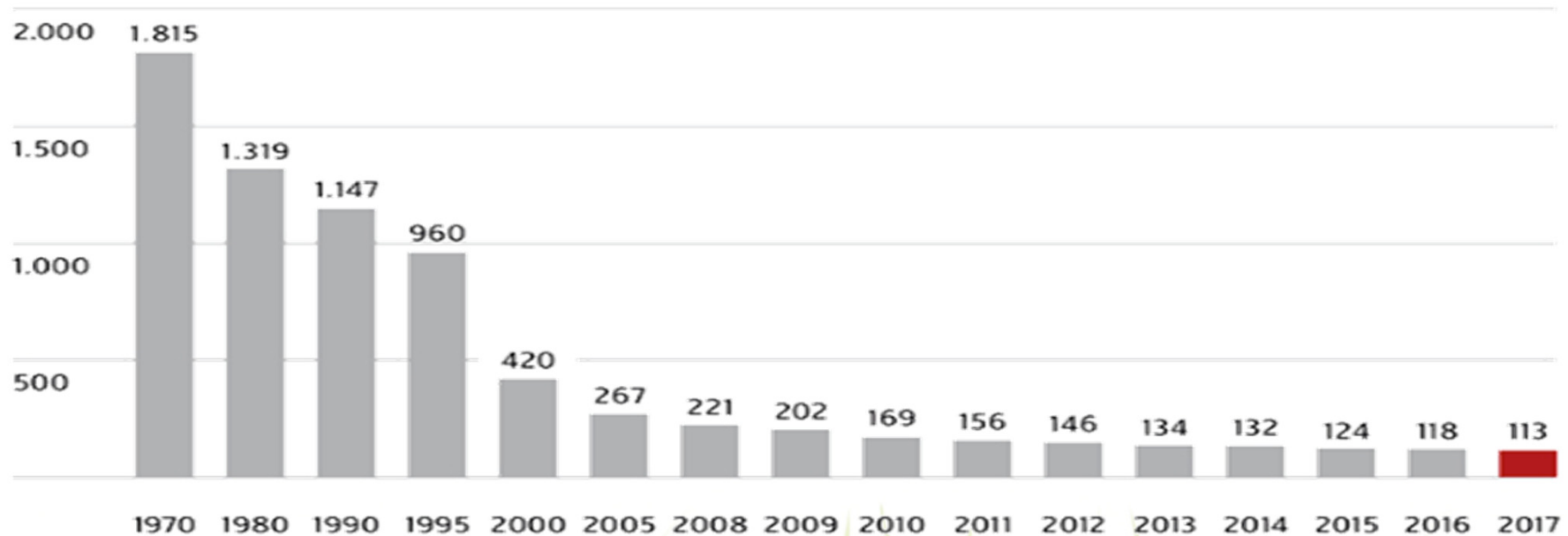


Die Krankenversicherung Übersicht

- Anzahl der Krankenkassen hat sich im Laufe der Jahre ständig reduziert. Waren es 1970 noch 1.815 Krankenkassen, hatte sich 1990 die Anzahl bereits auf 1.147 reduziert. Im Jahr 2000 waren es noch 420. Heute gibt es nur noch 113 Kassen (Stand: 01. Januar 2017).
- In der Regel entscheiden sich Krankenkassen für eine Fusion mit einer oder mehreren Kassen, wenn sie sich dadurch besser im Gesundheitsmarkt aufstellen können. Eine große Krankenkasse kann mit Medikamentenherstellern, Ärzten und Krankenhäusern besser verhandeln als eine kleine und so günstigere Preise erzielen.



Die Krankenversicherung Anzahl Krankenkassen im Zeitverlauf (jeweils zum 1.1.)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

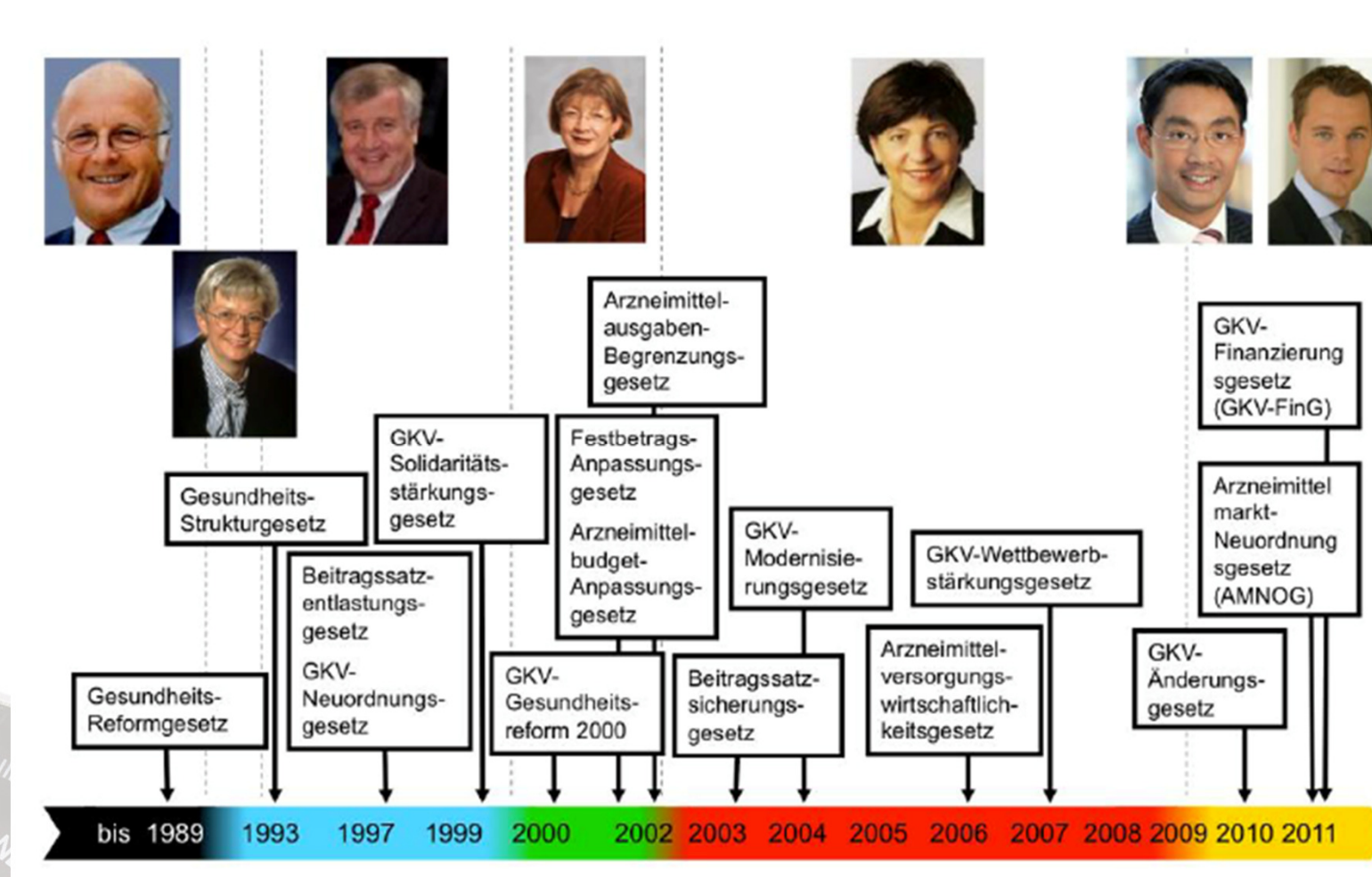


Die Krankenversicherung Reformen der letzten Jahre

- Konkrete Ausgestaltung des Leistungskataloges der GKV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Grundlagen im SGB beeinflussen Leistungen der Kostenträger und Eigenleistungen der Bürger.
- In den letzten Jahren gab es dabei – wie bereits angedeutet - eine Vielzahl von Gesetzesinitiativen und Regelungen.



Gesundheitsreformen der letzten Jahre



Gesundheitsreformen

Gesundheitsreform 1989

- Gesetzliche Grundlagen der Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch V (SGB V)
- Einführung einer „Negativliste“
- Einführung von Festbeträgen
- Erhöhung der Rezeptgebühr und Klinik-Zuzahlung
- Erweiterung des Leistungskatalogs bezüglich Früherkennungsuntersuchungen und Leistungen einer häuslichen Pflegehilfe



Gesundheitsreformen

Gesundheitsstruktur- & Beitragsentlastungsgesetz

Gesundheitsstrukturgesetz 1993

- freie Krankenkassenwahl ab 1997
- Einführung der Budgetierung

Beitragsentlastungsgesetz 1996

- Streichung des Zuschusses für Zahnersatz
- Keine Erstattung für Brillengestelle
- Absenken des Krankengeldes



Gesundheitsreformen

GKV-Neuordnungs- und Solidaritätsstärkungsgesetz

GKV-Neuordnungsgesetz 1997

- weitere Erhöhungen der Zuzahlungen

GKV- Solidaritätsstärkungsgesetz

- Wiedereinführung der Budgets für Ärztehonorare, Krankenhäuser, Arzneimittel
- Wieder Anspruch auf Zahnersatz
- Absenken der Zuzahlungen für Arznei- und Heilmittel



Gesundheitsreformen

Weitere Reformschritte

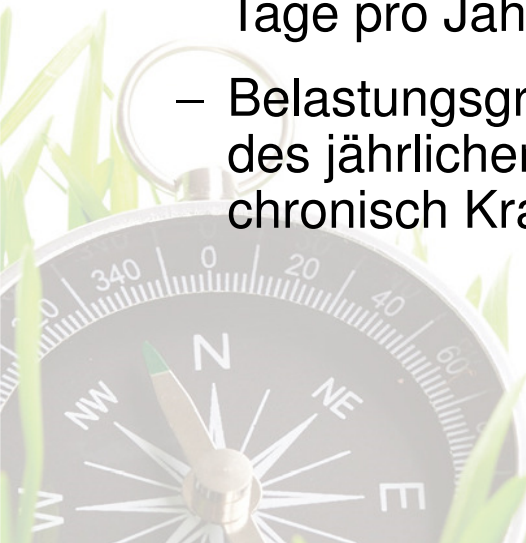
- 2001: Gesetz zur Ablösung des Arzneimittel- und Heilmittelbudgets
- 2002: Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben
- 2002: Beitragssatzsicherungsgesetz



Gesundheitsreformen

GKV-Modernisierungsgesetz 2004

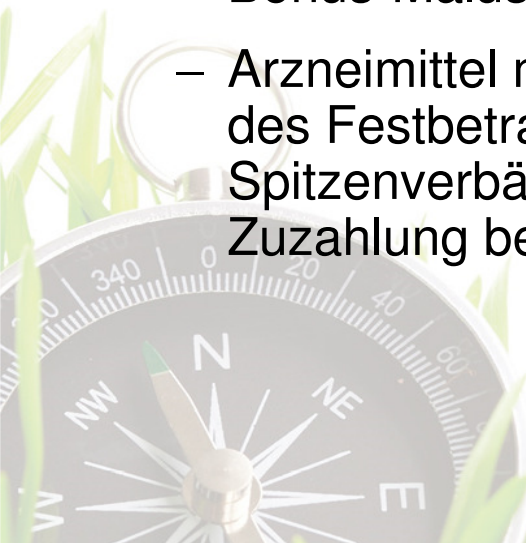
- Streichung des Sterbegeldes
- Einführung der 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal
- 10% Zuzahlung auf Arznei-und Hilfsmittel, mindestens 5 €, höchstens 10 €
- 10 Euro pro Krankenhaustag für max. 28 Tage pro Jahr
- Belastungsgrenze für die Zuzahlung: 2% des jährlichen Bruttoeinkommens, chronisch Kranke 1%



Gesundheitsreformen

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz 2004

- neue Festlegung der Festbetragsgrenzen für die Erstattung von AM durch die GKV
- Einführung der Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen
- Bonus-Malus-Regelung für Ärzte
- Arzneimittel mit Preisen unter 30% des Festbetrages können durch Spitzenverbände der KK von der Zuzahlung befreit werden



Gesundheitsreformen

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007

- Einführung eines Rechtsanspruchs auf Rehabilitation zu Lasten der GKV
- Einführung der Kosten-Nutzen-Bewertung durch IQWiG
- Einführung von Wahltarifen
- Einführung der Möglichkeit der KK Zusatzbeiträge zu erheben



Gesundheitsreformen GKV-Änderungsgesetz 2007

- Einführung des Preismoratoriums für Arzneimittel
- Herstellerabschlag bei Arzneimitteln ohne Festbetrag steigt von 6 % auf 16 %



Gesundheitsreformen

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 2011

- Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel
- Möglichkeit der Abgabe von „Wunscharzneimitteln“ an Patienten
- Neue Packungsgrößenverordnung mit Stückzahlbereichen, innerhalb derer ausgetauscht wird
- Ausgetauschte Arzneimittel müssen nicht mehr in allen Indikationen identisch sein



Gesundheitsreformen GKV-Finanzierungsgesetz 2011

- Erhöhung des Krankenkassenbeitrages auf 15,5%, Anteil der AG auf 7.3% festgeschrieben
- Zusatzbeiträge mit Sozialausgleich
- Erleichterter Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die private Krankenversicherung (PKV)



Gesundheitsreformen

Neue Apothekenbetriebsordnung 2012

- Aufnahme von patientenindividueller „Verblisterung“ und Stellen von Arzneimitteln durch die Apotheke
- Verpflichtendes QM-System
- Informations- und Beratungspflicht
- Plausibilitätsprüfung und Protokollierung individueller Rezepturen



Gesundheitsreformen

Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012/2013

- Verpflichtung der Pflegekassen zu mehr Service und Beratung besonders für an Demenz erkrankte Menschen
- Höhere Leistungsansprüche (ambulante Pflege)
- Förderung privater Vorsorge
- **Abschaffung der Praxisgebühr 2013**



Gesundheitsreformen Reformen 2014/2015

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2014/2015
 - Anreize zur Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten
 - Terminservicestellen der Kven: Patient innerhalb von vier Wochen ein Facharzttermin
- Hospiz- und Palliativgesetz 2015
- Sterbehilfegesetz 2015
- Präventionsgesetz 2016



Gesundheitsreformen E-Health-Gesetz 2015/2016

- Ziel: digitale Vernetzung von Arztpraxen, Kliniken, Apotheken
- Elektronische. Gesundheitskarte
- Anspruch des Patienten mit mindestens 3 systemisch wirkenden, gleichzeitig angewendeten Medikamenten auf schriftlichen Medikationsplan, Erstellung durch Arztpraxis

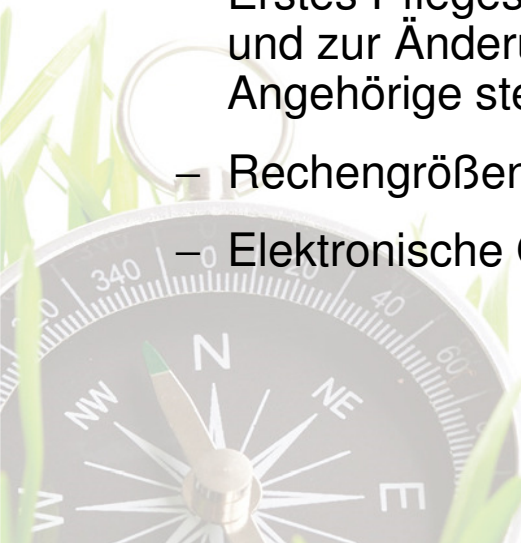


Kranken- und Pflegeversicherung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Neuregelungen 2015

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung. An die Stelle des bisherigen Sonderbeitrags von 0,9 Prozentpunkten tritt ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag des Mitglieds. Jede Krankenkasse entscheidet selbst über seine Höhe. Zukünftig haben Mitglieder durch ein Sonderkündigungsrecht die Möglichkeit, ihre Krankenkasse zu wechseln, wenn die bisherige Kasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht.
- Erstes Pflegestärkungsgesetz (Erstes Gesetz zur Stärkung der Pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften): Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige steigen
- Rechengrößen für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung
- Elektronische Gesundheitskarte

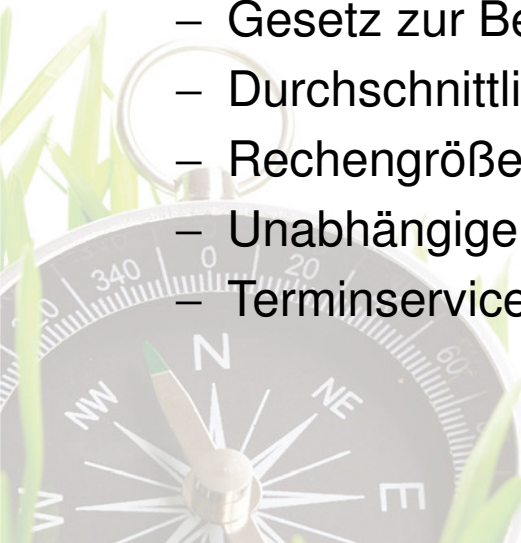


Kranken- und Pflegeversicherung

Kontinuierliche Weiterentwicklung

Neuregelungen 2016

- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung – Krankenhausstrukturgesetz
- Zweites Pflegestärkungsgesetz
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung
- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen
- Gesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsanerkenntnisrichtlinie der EU
- Gesetz zur Bekämpfung des Dopings im Sport
- Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Rechengrößen
- Unabhängige Patientenberatung (UPD)
- Terminservicestellen



Kranken- und Pflegeversicherung

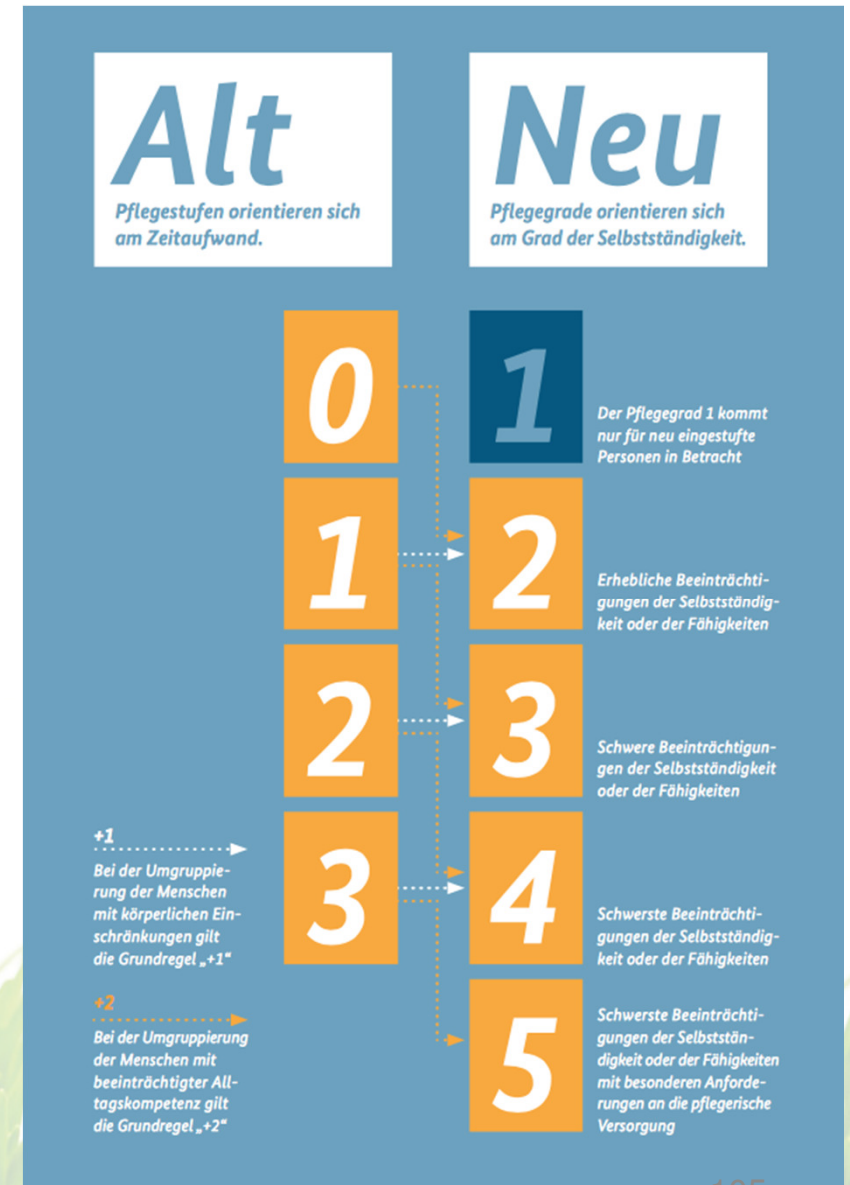
Kontinuierliche Weiterentwicklung

Neuregelungen 2017

- Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
- Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)
- Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz
- Beitragsfreiheit für Waisenrentner
- Die Zweite Verordnung zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften
- Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen
- Gesetz zur Umsetzung der Richtlinien (EU) 2015/566 und (EU) 2015/565 zur Einfuhr und zur Kodierung menschlicher Gewebe und Gewebezubereitungen
- Rechengrößen für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung

Gesundheitsreformen Pflegestärkungsgesetz 2017

- Einführung von 5 Pflegegraden statt bisher 3 Pflegestufen
- auch Menschen mit geistigen, psychischen Beeinträchtigungen sowie Demenz gleichberechtigte Leistungen der Pflegeversicherung
- Details noch ausführlich in separatem Abschnitt



Die Krankenversicherung



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Frage an das Plenum:

Welche Leistungen werden von der Krankenkasse bei einer Krankheit erbracht bzw. können erbracht werden?



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

- Ambulante Behandlung durch Leistungserbringer
- Stationäre Behandlung durch Leistungserbringer
- Medikamente
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Hospizpflege
- SAPV
- Häusl. Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Krankengeld
- Stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“)
- Beratungsleistungen



Die Krankenversicherung

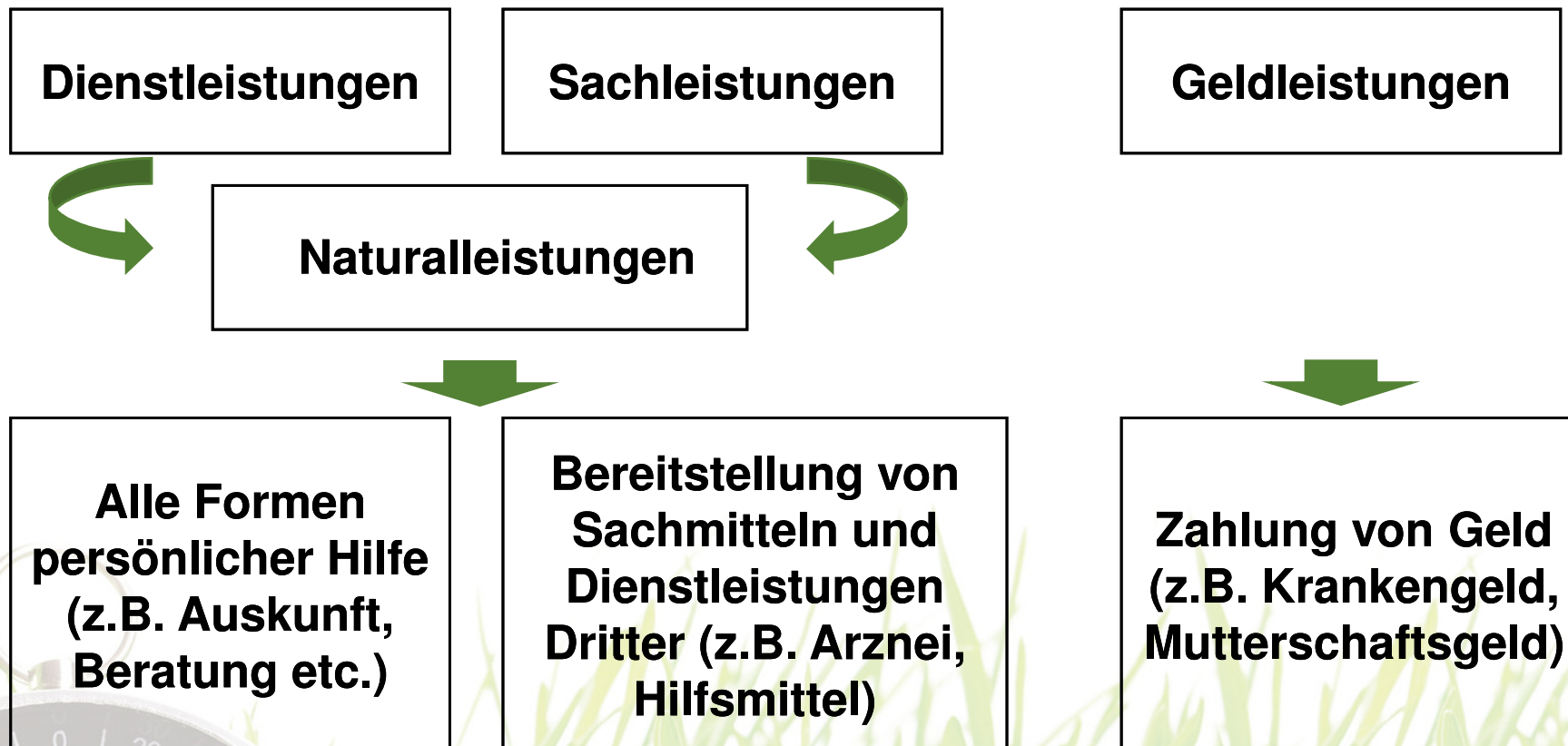
Leistungen der Krankenversicherung

Einteilung der Leistungen nach

- Beschaffenheit
- Rechtsgrundlage
- Rechtsnatur



Die Krankenversicherung Beschaffenheit der Leistungen



Die Krankenversicherung Rechtsgrundlage der Leistungen

Regelleistungen
= gesetzliche Leistungen
Anspruch ergibt sich aus einem Gesetz.

Mehrleistungen
= satzungsmäßige Leistungen
Anspruch auf Leistung ergibt sich aus der Satzung der GKV

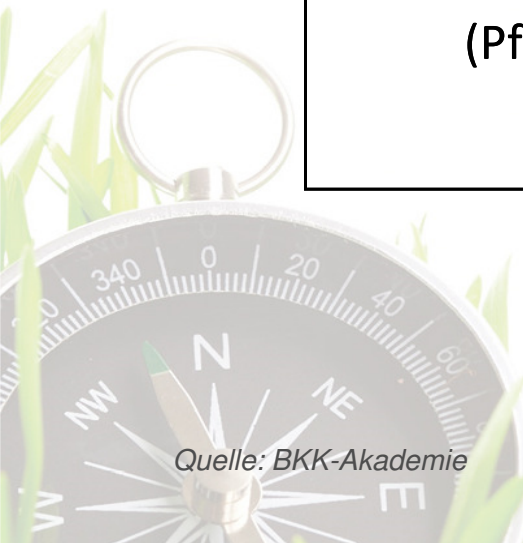


Quelle: BKK-Akademie

Die Krankenversicherung Rechtsnatur der Leistungen

Rechtsanspruchsleistungen (§ 38 SGB I)
Anspruch besteht unmittelbar auf die Leistung selbst, wenn im Gesetz genannte Voraussetzungen erfüllt sind (Pflichtleistungen)

Ermessensleistung (§ 39 SGB I)
Anspruch besteht nur auf die pflichtgemäße Ausübung des Ermessens. Ob geleistet wird, oder nicht, entscheidet die Krankenkasse im Einzelfall.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Allgemeine Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch sind

- Versicherung
- Leistungsgrund
- Leistungsantrag



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch – Versicherung

- Versicherungsvertrag besteht
- Beiträge wurden bezahlt
- Rückstand bei Beiträgen (z.B. freiwillig versicherte Selbständige)
 - Kurzfristig: Temporäres Problem. Kommunikation mit Krankenkasse. Ein kurzfristiger Beitragsrückstand hat im allgemeinen keine Auswirkungen auf den Versicherungsschutz. Die Leistungen können wie gewohnt in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jedoch, dass es sich hierbei tatsächlich um eine kurzfristige Ausnahme handelt.
 - Ab einem Rückstand von zwei Monatsbeiträgen ist die Krankenkasse berechtigt, sogenannte Säumniszuschläge zu verlangen. Diese sind mit dem neuen Gesetz zur Schuldenerlassung der Beitragssätze bei der gesetzlichen Krankenversicherung vom August 2013 auf 1% reduziert wurden. Das betrifft allerdings nur Menschen, die nach wie vor noch Mitglied in der jeweiligen Krankenkasse sind.
 - Größere Beitragsrückstand haben auch Auswirkungen Leistungen. Wer nicht die vollen Beiträge zahlt, darf auch nicht die vollen Leistungen erwarten. Dennoch besteht per gesetz eine generelle Notfallversorgung. Sie sichert einem jeden eine medizinische Grund- und Notfallversorgung zu.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

JAN	FEB	MÄR	APR	MAI	JUN
Mitgliedschaft/Versicherung					
Leistungsanspruch					

Mitgliedschaft?

z.B. versicherungspflichtig Beschäftigte und freiwillig Versicherte

Versicherung?

Alle Mitglieder und Familienversicherte



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

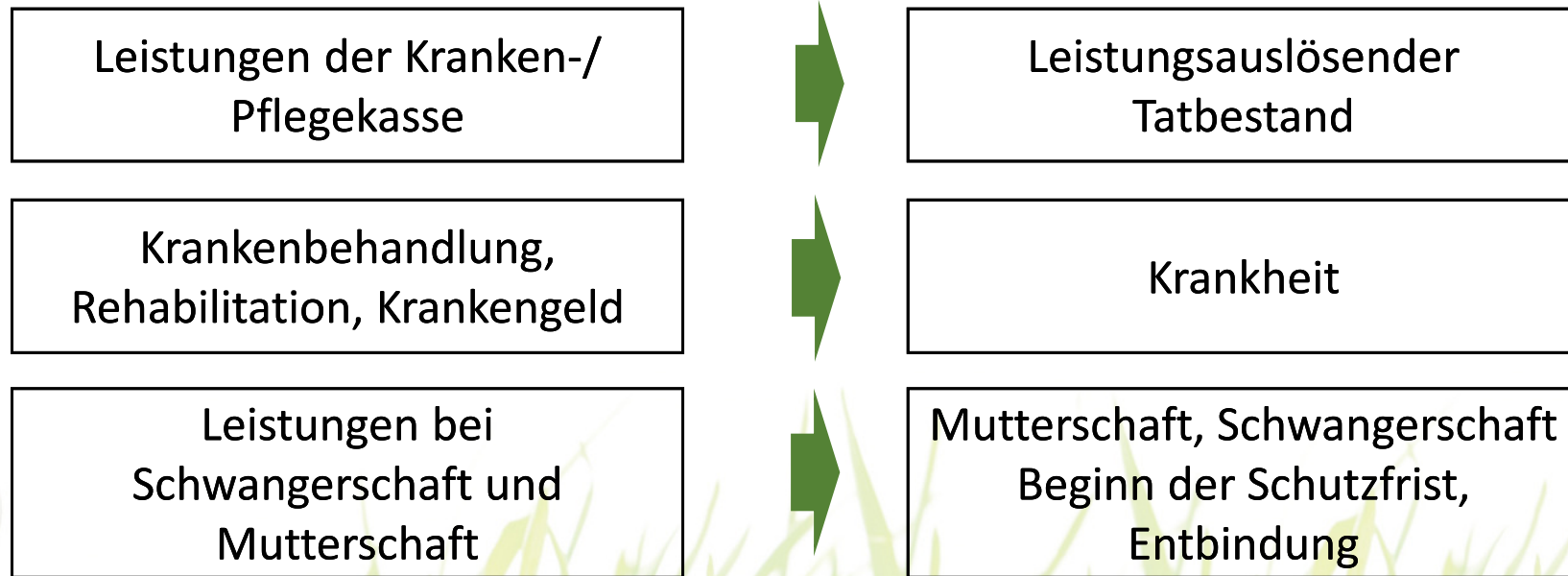
Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch – Leistungsgrund

- Ein Leistungsgrund ist ein Auslöser, der Leistungen durch die Krankenkasse notwendig macht.
- Er ist ein Ereignis, bei dessen Eintritt Leistungen zu erbringen sind bzw. bei dessen Eintritt der Anspruch auf Leistungen grundsätzlich entsteht.



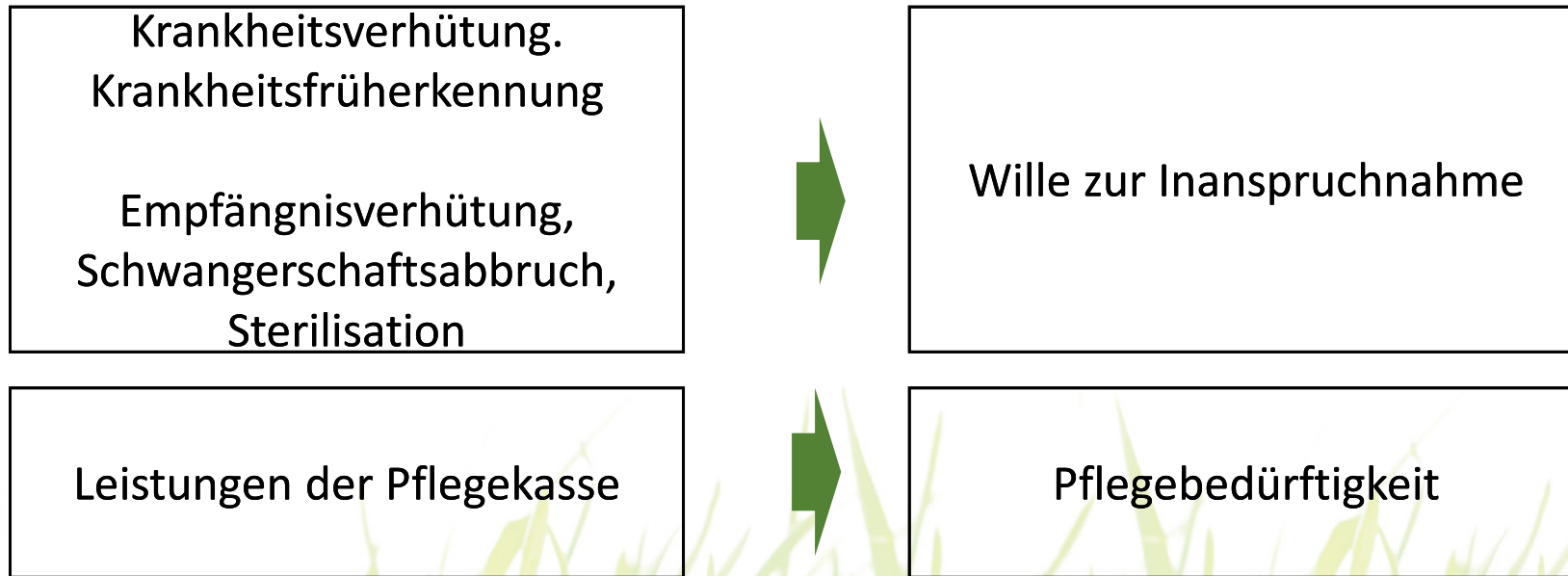
Die Krankenversicherung Rechtsgrundlage der Leistungen

Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch – Leistungsgründe



Die Krankenversicherung Rechtsgrundlage der Leistungen

Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch – Leistungsgründe



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch –
Leistungsantrag

Leistungen der Krankenkasse werden nur auf
Antrag erbracht (§ 19 SGB IV)



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch – Leistungsantrag

Fristen für die Entscheidung über Leistungsanträge (§ 13 Abs. 3a SGB V)

Leistungsentscheidungen der GKV

3 Wochen

Gutachterliche Stellungnahme des MDK oder
psychotherapeutisches Gutachterverfahren

5 Wochen

Zahnärztliches Gutachterverfahren

6 Wochen

ACHTUNG:

Gilt nur für Sachleistungen, die vorab von der Krankenkasse zu genehmigen sind.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch – Leistungsantrag

Folgen bei Nichteinhaltung der Fristen (§ 13 Abs. 3a SGB V)

Kann Krankenkasse die Fristen nicht einhalten:

Rechtzeitige schriftliche Mitteilung mit Begründung an den leistungsberechtigten.

Erfolgt keine Mitteilung:

Die Leistung gilt nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Der Leistungsberechtigte beschafft sich nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst:

Die Krankenkasse ist zur Erstattung der Kosten verpflichtet.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Was ist bei der Leistungserbringung zu beachten?

Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4, § 12 Abs. 1 SGB V) bei der Leistungserbringung:

- Ausreichend
- Zweckmäßig
- Notwendig
- Wirtschaftlich

Konkretisierung durch: Richtlinien nach § 92 SGB V

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Was ist bei der Leistungserbringung zu beachten?

Ausgestaltung von Rechten und Pflichten (§ 33 SGB I)

- Persönliche Verhältnisse
- Bedarf
- Leistungsfähigkeit
- Örtliche Verhältnisse



Ambulante Versorgung



Die Krankenversicherung

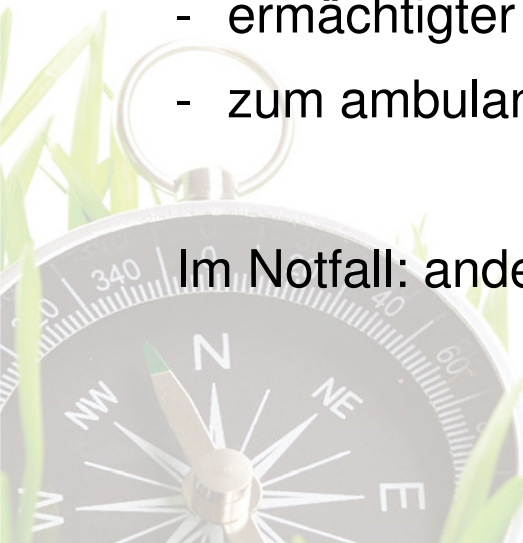
Leistungen der Krankenversicherung

Freie Arztwahl (§ 76 SGB V)

Grundsatz der freien Arztwahl

- zugelassener Arzt (Vertragsarzt)
- medizinische Versorgungszentren
- ermächtigter Arzt, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung
- zum ambulanten Operieren zugelassene Krankenhäuser

Im Notfall: andere Ärzte



Stationäre Behandlung im Krankenhaus



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Definition Krankenhaus in § 107 Abs. 1 SGB V

„Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Formen der Krankenhausbehandlung

- Vollstationär
- Teilstationär
- Vorstationär
- Nachstationär
- Ambulante Operation

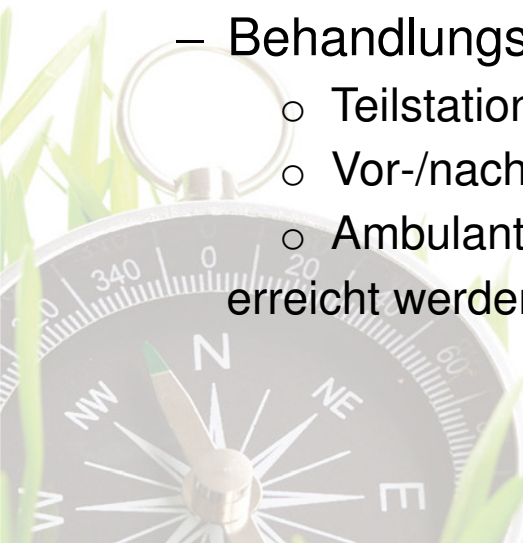


Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Anspruch auf Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

- Versicherung
- Zugelassenes Krankenhaus
 - Hochschulkliniken
 - Plankrankenhäuser
 - Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag
- Behandlungsziel kann nicht durch
 - Teilstationäre Krankenhausbehandlung,
 - Vor-/nachstationäre Krankenhausbehandlung,
 - Ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden.



Haushaltshilfe



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Haushaltshilfe als Regelleistung (vgl. § 38 Abs. 1 Satz 1, 2 Abs. 3 SGB V)

Versicherte/r

- hat einen Haushalt und diesen auch geführt.
- kann Haushalt nicht weiterführen wegen:
 - Krankenhausaufenthalt
 - Leistungen zur ambulanten Vorsorge in anerkannten Kurorten,
 - Leistungen zur stationären Vorsorge,
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
 - Leistungen zur Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter und Väter,
 - Häuslicher Krankenpflege.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Haushaltshilfe als Regelleistung (vgl. § 38 Abs. 1 Satz 1, 2 Abs. 3 SGB V)

Kind

- Mindestens 1 Kind im Haushalt
 - ... hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr nicht vollendet.
 - ... oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen.

Haushalt

- Keine Person im Haushalt, die den Haushalt weiterführen kann.

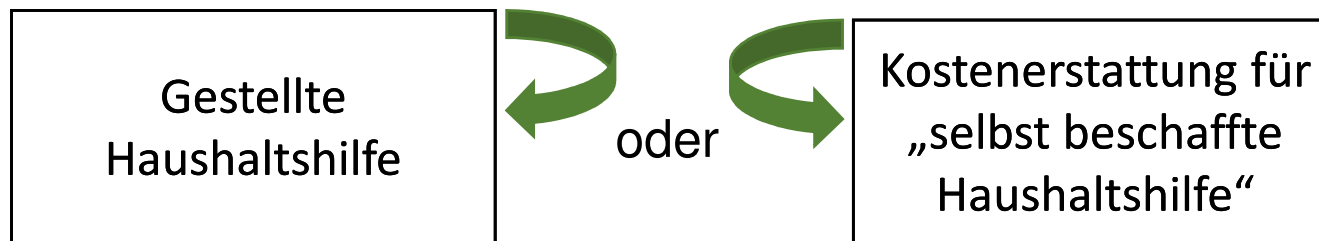


= Anspruch auf Haushaltshilfe

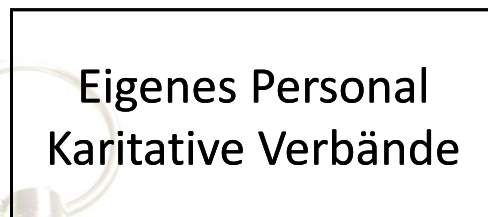
Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Krankenkasse erbringt (vgl. § 38 Abs. 4 SGB V)



§ 132 SGB V



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Die Satzung

Ermessensleistung

- Kann weitere Möglichkeiten für Haushaltshilfe festlegen,
- Kann Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

Beachte gesetzliche Voraussetzungen

- Keine Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit,
- Keine im Haushalt lebende Person, die ihn weiterführt.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Neue Leistung im Bereich Haushaltshilfe § 38 Abs. 1 Satz 3, 4 SGB V

§ 38 SGB V – Haushaltshilfe; Änderungen des § 38 SGB V aufgrund des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung ab 1. Januar 2016

Weiterführung des Haushalts nicht möglich:

- Schwere Krankheit oder akute Verschlimmerung einer Krankheit
- Nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenhausbehandlung

Dauer: bis zu 4 Wochen

Verlängerung (Kind): bis zu 26 Wochen

Häusliche Krankenpflege



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V)

Anstelle von Krankenhausbehandlung

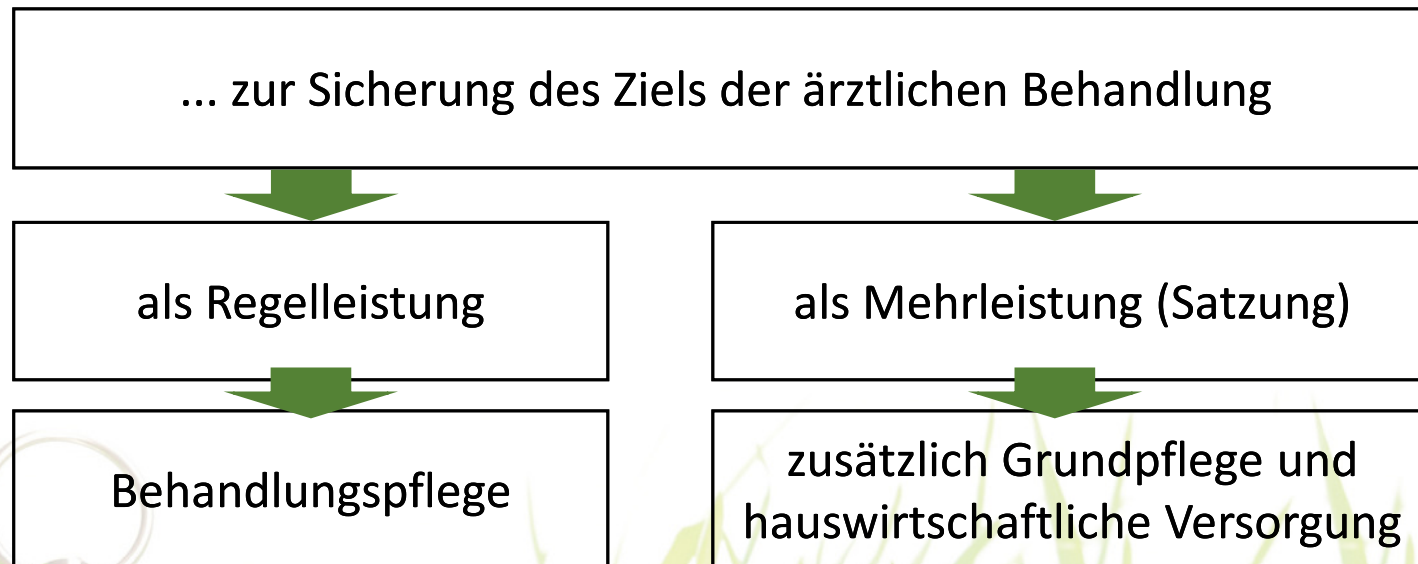
- Krankenhausbehandlung ist geboten, aber nicht ausführbar.
- Krankenhausbehandlung kann vermieden werden.
- Krankenhausbehandlung kann verkürzt werden.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 SGB V)



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

NEU

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1a SGB V)

Neue Leistung – Versicherte/r ...

... Hat Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung wegen:

- schwerer Krankheit
- akute Verschlimmerung einer Krankheit insbes. nach einem KH-Aufenthalt
- nach ambulanter OP
- nach ambulanter Krankenhausbehandlung

Pflegebedürftigkeit liegt nicht vor!

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Die häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1a SGB V) umfasst

- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
- Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig ist (hauswirtschaftliche Versorgung)

Keine Behandlungspflege !!!!!

Gemeinsames Rundschreiben GKV-SpiBu vom 20.06.2016

Kurzzeitpflege



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

NEU

Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V)

Neue Leistung – Versicherte/r ...

... Hat Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung wegen:

- schwerer Krankheit
- akute Verschlimmerung einer Krankheit insbes. nach einem KH-Aufenthalt
- nach ambulanter OP
- nach ambulanter Krankenhausbehandlung

Pflegebedürftigkeit liegt nicht vor!
Keine andere im Haushalt lebende Person.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Verfahren zur Gewährung der Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V)

- Auf Antrag des Versicherten
- Beizufügen sind:
 - Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung. Bestätigt, dass Kurzzeitpflege wegen Indiziert ist.
 - Es muss daraus hervorgehen, dass Kaskadenregelung geprüft wurde.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Leistungsinhalt/-höhe der Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V)

- Begrenzt auf Höchstbetrag § 42 SGB XI (1.612,00 Euro)
- Anspruch auf 8 Wochen pro Kalenderjahr
- Gewünschte gesetzliche Eigenleistung / Teilleistungsanspruch
- Keine Leistungsausweitung durch Anschluss Verhinderungspflege



Arzneimittel



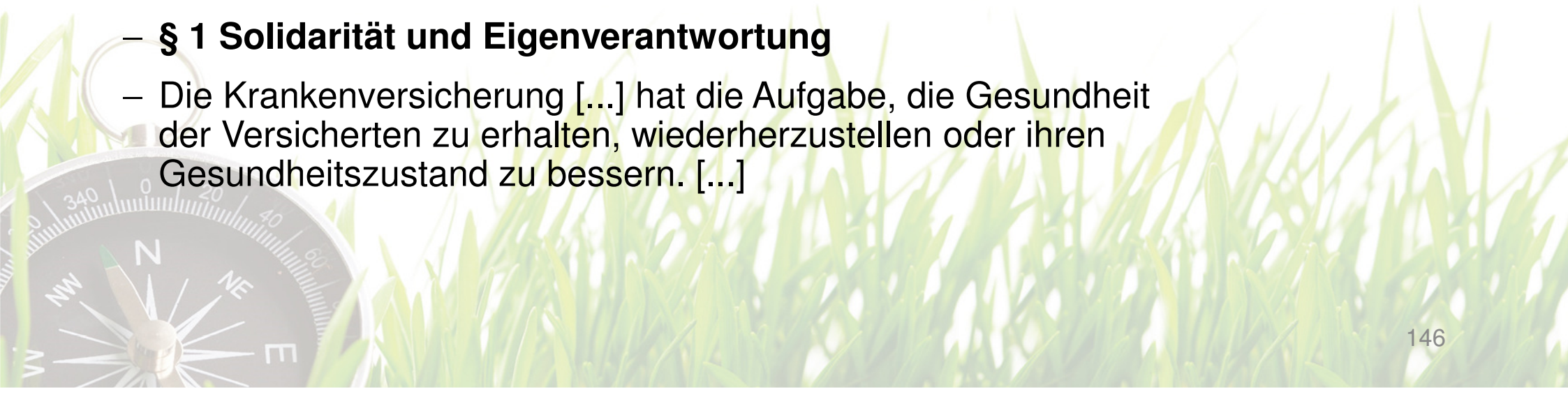
Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit den benötigten, notwendigen Arzneimitteln

Beachten: Grundsätze der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (SGB V)

- **§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung**
- Die Krankenversicherung [...] hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. [...]



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Grundsätze der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
(SGB V)

- **§§2,11 SGB V - Definition der Leistungen der GKV**
- umfassende medizinische Versorgung unabhängig von Einkommen und Alter
- Leistungen, die der Vermeidung und Linderung von Krankheiten
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung von Krankheiten



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Grundsätze der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
(SGB V)

– § 11 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot

- Ausreichend
- Zweckmäßig
- Wirtschaftlich
- Maß des Notwendigen nicht überschreiten

– Sachmittelprinzip

- Kassen rechnen direkt mit dem Arzt oder Krankenhaus ab
- Patient muss nichts vorfinanzieren

– Zunehmende Bedeutung der Zuzahlungen (s.u.)



Heilmittel



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Heilmittel (§ 32 Abs. 1 SGB V)

Entsprechend der Regelungen im SGB V und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die „Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL)“ sind unter Heilmitteln ärztlich verordnete und persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen zu verstehen. Sie dürfen nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsfachberufe erbracht werden.



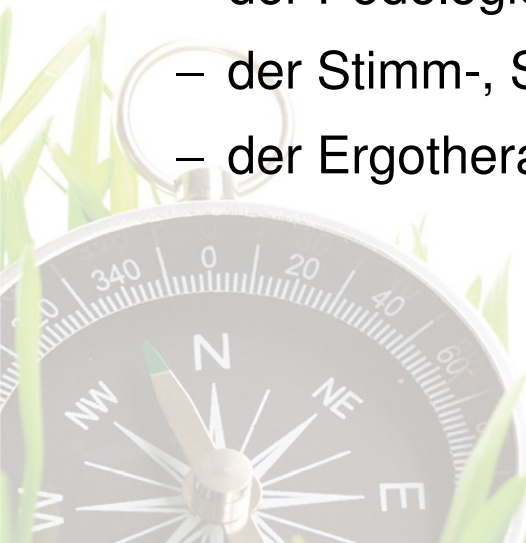
Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Heilmittel (§ 32 Abs. 1 SGB V)

Zu den Heilmitteln zählen laut HeilM-RL Maßnahmen

- der physikalischen Therapie wie Krankengymnastik, Lymphdrainage und/oder Massagen,
- der Podologie (medizinische Fußpflege),
- der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie
- der Ergotherapie.



Die Krankenversicherung

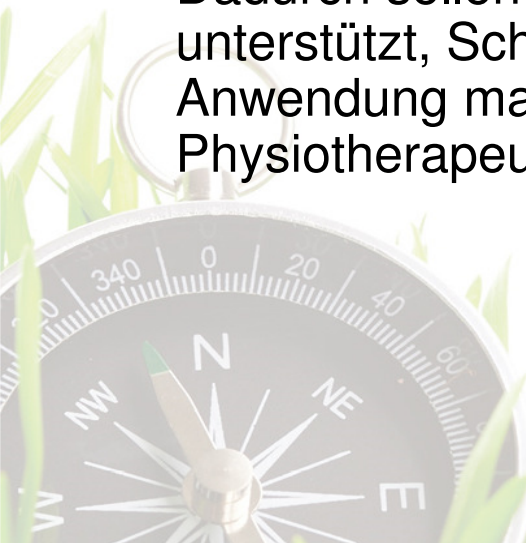
Leistungen der Krankenversicherung

Heilmittel (§ 32 Abs. 1 SGB V)

Manuelle Therapien

Bei der manuellen Therapie werden Funktionsstörungen des Bewegungsapparates mit Hilfe spezieller Handgriffe und Mobilisationstechniken behandelt.

Dadurch sollen das natürliche Zusammenspiel von Gelenken, Muskeln und Nerven unterstützt, Schmerzen gelindert und Bewegungsstörungen beseitigt werden. Eine Anwendung manueller Therapien sollte jedoch nur durch speziell ausgebildete Physiotherapeuten durchgeführt werden.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Heilmittel (§ 32 Abs. 1 SGB V)

Ergotherapie

Die Ergotherapie dient laut Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation gestörter motorischer, sensorischer, psychischer und kognitiver Funktionen und Fähigkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Darüber hinaus umfasst sie Beratungsangebote zur Anpassung des Lebensumfeldes z. B. im Arbeits- und Wohnbereich.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Heilmittel (§ 32 Abs. 1 SGB V)

Ergotherapie - Zu den ergotherapeutischen Maßnahmen zählen dabei u. a.

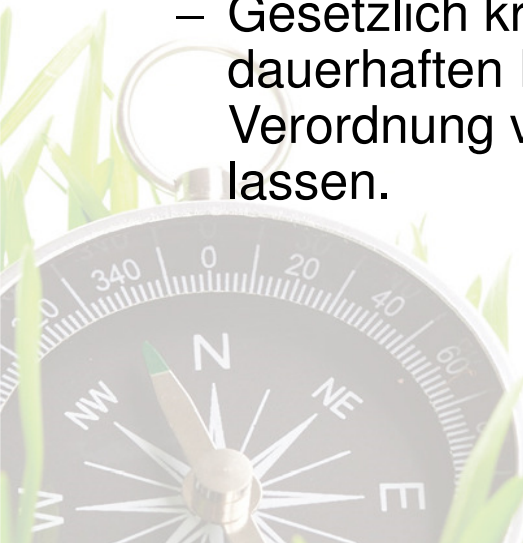
- die motorisch-funktionelle Behandlung (z. B. Verbesserung von Gelenkfunktionen, Verbesserung der Koordination von Bewegungsabläufen, Abbau kritischer Haltungs- und Bewegungsmuster)
- die sensomotorisch-perzeptive Behandlung (z. B. Kompensation eingeschränkter praktischer Möglichkeiten, Verbesserung der eigenständigen Lebensführung)
- das Hirnleistungs-Training
- die psychisch-funktionelle Behandlung (z. B. Verbesserung eingeschränkter körperlicher Funktionen, Verbesserung Belastbarkeit und Selbständigkeit) sowie
- therapieergänzende Maßnahmen (z. B. Wärme-/Kältetherapie zur Schmerzreduzierung oder Muskeltonus-Regulation).

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Heilmittel (§ 32 Abs. 1 SGB V)

- Gesetzlich Krankenversicherte haben grundsätzlich Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln.
- Bei privat Krankenversicherten kann sich der Umfang der erstattungsfähigen Heilmittel je nach Versicherungsunternehmen und gewähltem individuellen Tarif unterscheiden.
- Gesetzlich krankenversicherte Patienten mit besonders schweren und dauerhaften Erkrankungen haben seit 2011 auch die Möglichkeit, sich die Verordnung von Heilmitteln langfristig von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen.



Hilfsmittel



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel

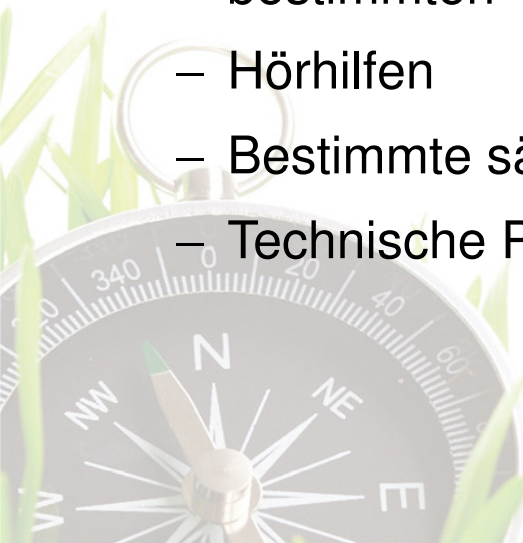
- In Abgrenzung von den Heilmitteln sind Hilfsmittel laut SGB V Gegenstände, „die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen“ sind (SGB V, § 33).
- Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) sind verpflichtet, ihren Mitgliedern je nach Indikation entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Alle von der Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekassen umfassten Hilfsmittel sind dabei im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgeführt. Für diese Hilfsmittel werden die Kosten von den GKV auch übernommen. Im Bereich der privaten Krankenversicherung richtet sich auch die Versorgung mit Hilfsmittel nach dem individuellen Tarif.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Was zählt zu den Hilfsmitteln? (vgl. § 33 Abs. 1 SGB V, GR vom 18.12.2007, 3.1)

- Körperersatzstücke
- Orthopädische Hilfsmittel
- Andere Hilfsmittel
- Bestimmte Sehhilfen (nur bis zum 18. Lebensjahr, danach nur noch unter bestimmten Voraussetzungen)
- Hörhilfen
- Bestimmte sächliche Mittel
- Technische Produkte, z.B. Spritzen oder Inhalationsgeräte



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Versorgung mit Hilfsmitteln



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Inhalt der Leistungen

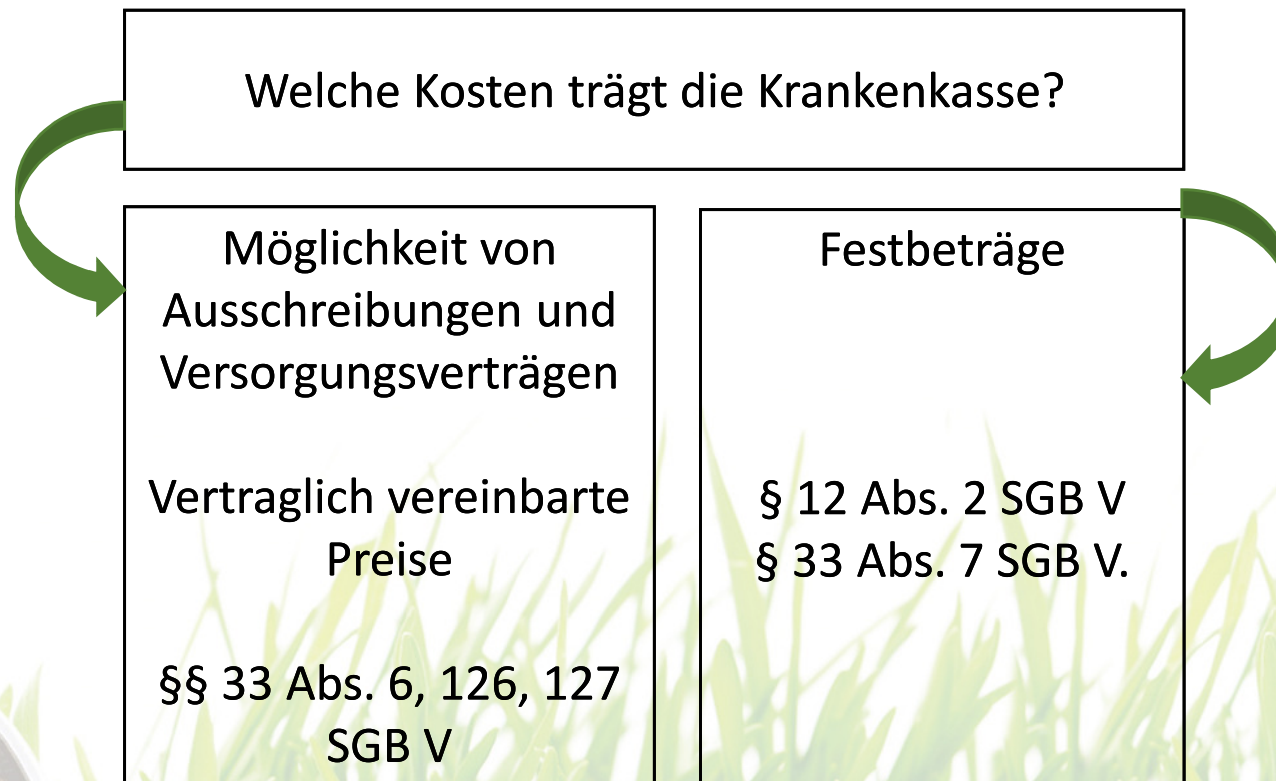
- Grund- und Mehrfachausstattung
- Zubehör, Nebenkosten
- Ausbildung im Gebrauch (§ 33 Abs. 5 Satz 2 SGB V)
- Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung (§ 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V)



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

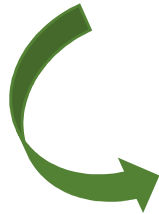
Preise für Hilfsmittel



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Preise für Hilfsmittel - Festbeträge



Nach § 36 Abs. 1 SGB V bestimmt der Spitzenverband Bund die Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden.



Sehhilfen und Hörhilfen

Inkontinenzhilfen und Stoma-Artikel

Kompressionstherapie

Einlagen

Derzeit gibt es bundesweite Festbeträge für:



Quelle: BKK-Akademie

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel - Verzeichnis

- Der GKV-Spitzenverband erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis und (gleichzeitig handelnd als GKV-Spitzenverband der Pflegekassen) als Anlage dazu ein Pflegehilfsmittel-Verzeichnis.
- In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekassen umfasste Hilfsmittel aufgeführt. Das Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in Anlehnung an das jeweilige Therapieziel in 33 unterschiedliche Produktgruppen. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis besteht aus weiteren sechs Produktgruppen.

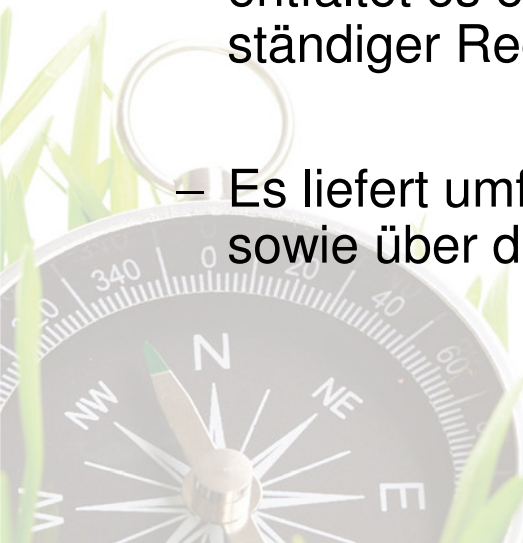


Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel - Verzeichnis

- Grundsätzlich ist die Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung nur möglich, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.
- Das Hilfsmittelverzeichnis ist zwar nicht bindend im rechtlichen Sinne, allerdings entfaltet es eine Markt steuernde Wirkung, was von den obersten Gerichten in ständiger Rechtsprechung festgestellt worden ist.
- Es liefert umfassende Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte.



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel - Verzeichnis

- Das Hilfsmittelverzeichnis wird unter Berücksichtigung der relevanten gesetzlichen Vorschriften vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert.
- Die am Markt erhältlichen Produkte werden entsprechend ihrer Einsatzgebiete verschiedenen Produktgruppen zugeordnet. Produkte werden auf Antrag der Hersteller (oder von ihnen bevollmächtigten Dritten) in das Hilfsmittelverzeichnis eingestellt, wenn sie bestimmte Eigenschaften und Qualitätsmerkmale aufweisen.
- Die relevanten Vorschriften für die Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses wurden analog in das Gesetz der sozialen Pflegeversicherung übernommen. Das vom GKV-Spitzenverband zu erstellende Pflegehilfsmittel-Verzeichnis stellt eine Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis dar.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel - Verzeichnis

- Das Hilfsmittelverzeichnis wird unter Berücksichtigung der relevanten gesetzlichen Vorschriften vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert.
- Die am Markt erhältlichen Produkte werden entsprechend ihrer Einsatzgebiete verschiedenen Produktgruppen zugeordnet. Produkte werden auf Antrag der Hersteller (oder von ihnen bevollmächtigten Dritten) in das Hilfsmittelverzeichnis eingestellt, wenn sie bestimmte Eigenschaften und Qualitätsmerkmale aufweisen.
- Die relevanten Vorschriften für die Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses wurden analog in das Gesetz der sozialen Pflegeversicherung übernommen. Das vom GKV-Spitzenverband zu erstellende Pflegehilfsmittel-Verzeichnis stellt eine Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis dar.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel - Verzeichnis

- Jede Produktgruppe enthält eine Gliederung und eine Definition mit leistungsrechtlichen Hinweisen und einer Aufzählung der Indikationen, die eine Versorgung rechtfertigen. Im Zusammenhang mit den Produktartbeschreibungen werden die Indikationen differenzierter aufgeführt.
- Darüber hinaus werden in den Produktuntergruppen Qualitätsmindestanforderungen veröffentlicht sowie Dienstleistungsanforderungen festgeschrieben (§ 139 SGB V).
- Diese sind in den Verträgen mit Leistungserbringern zu berücksichtigen (§ 127 SGB V). Dadurch wird gewährleistet, dass die Versorgung bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und gleichmäßig erfolgt und dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (§ 70 SGB V).

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Hilfsmittel - Verzeichnis

– Aufbau einer Produktgruppe

- Gliederung
- Definition mit Indikationsbereich
- Produktuntergruppen (Anforderungen nach § 139 SGB V)
- Produktartbeschreibungen
- Produktübersicht

– Webportal Hilfsmittelverzeichnis

- Der GKV-Spitzenverband hat eine Onlineversion des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V entwickelt. Mit Hilfe dieser webbasierten Anwendung können Interessierte komfortabel und gezielt alle Informationen des Hilfsmittelverzeichnisses aufrufen, sortieren, filtern und ggf. ausdrucken.
- <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action>



Fahrtkosten



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Fahrtkosten zur stationären Behandlung vgl. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V

- Stationäre Vorsorgeleistungen
- Stationäre Krankenhausbehandlung
- Stationäre Entbindung
- Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung vgl. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2-4 SGB V

- Rettungsfahrten zum Krankenhaus (ohne stationäre Aufnahme)
- Krankentransport (fachliche Betreuung notwendig)
- bei vor- bzw. nachstationärer Behandlung nur, wenn verkürzte stationäre Behandlungen
- bei ambulanten Operationen

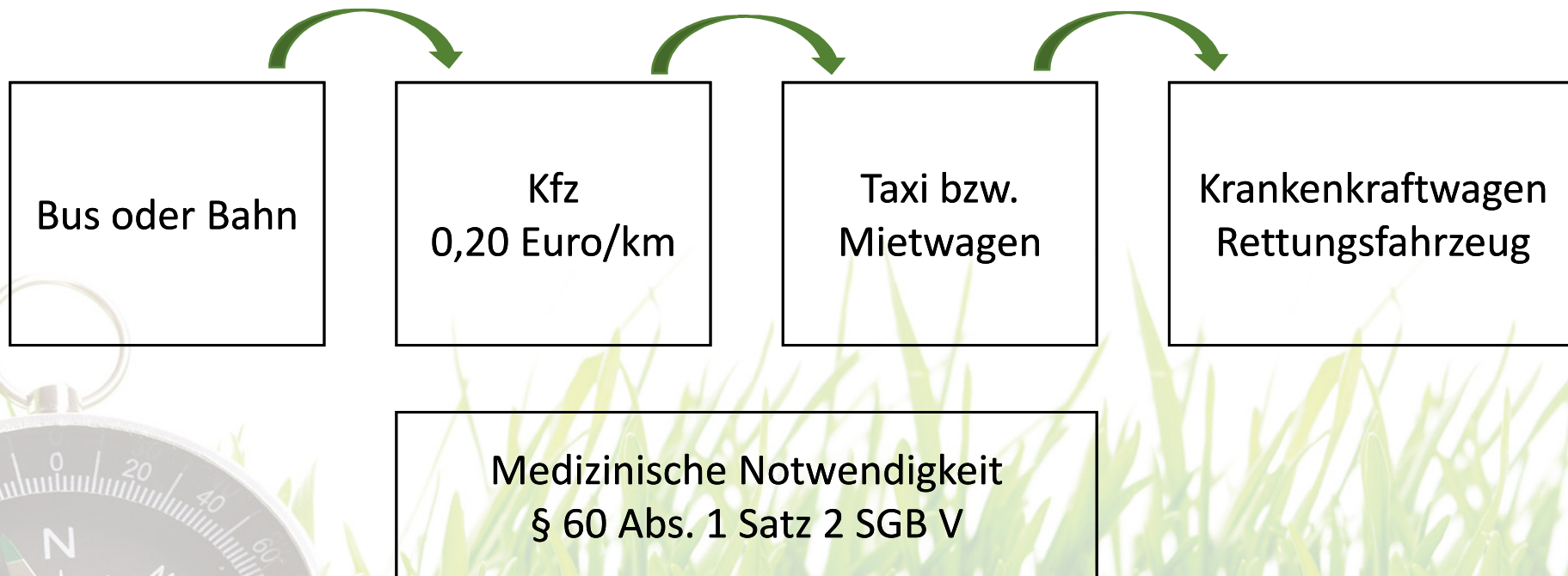


Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Welche Kosten werden übernommen? (vgl. § 60 Abs. 3 SGB V)

Kaskadenregelung



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Fahrtkosten bei Ausnahmeindikationen vgl. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V, § 8 KrTrR

- Dialysefahrten
- Fahrten zur onkologischen Chemo- und Strahlentherapie
- Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen aG, Bi oder H)
- Fahrten ab Pflegegrad 3

Genehmigung durch die Krankenkasse

Zuzahlungen grundsätzlich für jede Fahrt (10% der Fahrtkosten; mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro)

Behandlungsserie – Zuzahlung für jede einzelne Fahrt, bei manchen Krankenkassen nur erste und letzte Fahrt

Zuzahlungs-Regelungen



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Zuzahlungen

- Arzneimittel und Verbandsmittel: 10 % vom Abgabepreis; mindestens 5,– €, höchstens 10,– €
- Hilfsmittel (§32 SGB V): 10 % vom Abgabepreis; mindestens 5,– €, höchstens 10,– €; keinesfalls mehr als die Kosten des Mittels
- Hilfsmittel, zum Verbrauch: (§33 SGB V) 10 % je Packung und max. 10,– € im Monat
- Heilmittel: 10 % der Kosten und zusätzlich 10,– € je Verordnung



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Zuzahlungen - Fahrtkosten

- Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden von der Krankenkasse grundsätzlich nicht mehr übernommen.
- Nur in besonderen Ausnahmefällen (siehe Fahrtkosten) darf die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung Fahrtkosten übernehmen. In diesen Fällen ist, wie auch bei Fahrten zu einer stationären Behandlung, eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5,- € und höchsten 10,- € je Fahrt zu leisten.



Zuzahlungs-Regelungen

Behandlung und Rehabilitation

Zuzahlungen - Vollstationäre Krankenhausbehandlung

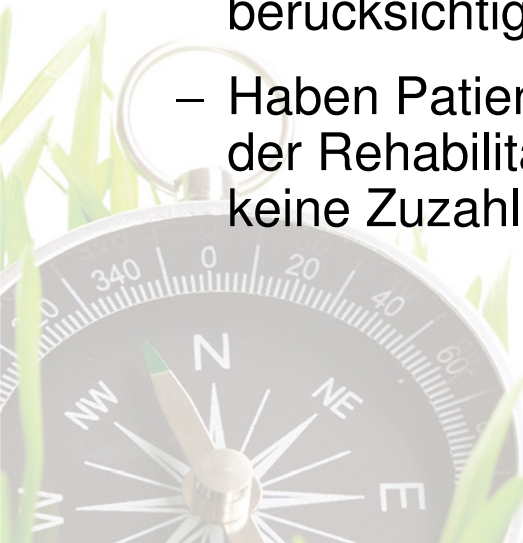
- 10,– € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr.
- Keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung.
- Es bleibt bei einer maximalen Belastung von 280,– €, auch bei mehrmaligen Krankenhausaufenthalten wegen unterschiedlicher Erkrankungen.



Zuzahlungs-Regelungen

Behandlung und Rehabilitation

- Der Rentenversicherungsträger trägt die Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen.
- Wenn Patienten eine stationäre Rehabilitation-Leistung in Anspruch nehmen, müssen sie sich an diesen Kosten beteiligen. Die Zuzahlung beträgt höchstens 10 Euro pro Tag für längstens 42 Tage, bei einer Anschlussrehabilitation für längstens 14 Tage im Kalenderjahr.
- Wenn Patienten in einem Jahr bereits Rehabilitationsleistungen - auch von der Krankenkasse - in Anspruch genommen haben, werden alle Tage der Zuzahlung berücksichtigt und gegenseitig angerechnet.
- Haben Patienten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder beziehen während der Rehabilitation Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, so brauchen sie keine Zuzahlung zu leisten.



Zuzahlungs-Regelungen

Behandlung und Rehabilitation

- Die Zuzahlung ist von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig und ist nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht zu leisten.
- Viele Patienten können sich ganz oder teilweise davon befreien lassen.
- Antragsformulare hierfür gibt es beim jeweiligen Rentenversicherungsträger.



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

- Zuzahlung bei Antragstellung im Jahr 2017
Beispiel: Versicherte mit Kind oder Pflegebedürftigkeit
(75 %Übergangsgeld)

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlungsbetrag
unter 1.191,00 Euro	keine Zuzahlung
ab 1.191,00 Euro	9,50 Euro
ab 1.200,00 EUR	10,00 Euro



Zuzahlungs-Regelungen

Behandlung und Rehabilitation

Zuzahlungen

- Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen: 10,– € je Kalendertag (max. 42 Tage/Jahr) nur bei stationärer Maßnahme
- Anschlussrehabilitation: 10,– € je Kalendertag (max. 14 Tage/ Kalenderjahr)
- Haushaltshilfe: 10 % der Kosten, mindestens 5,– €, höchstens 10,– € je Kalendertag
- Häusliche Krankenpflege: 10 % der Kosten für die ersten 28 Leistungstage im Kalenderjahr und zusätzlich 10,– € je Verordnung

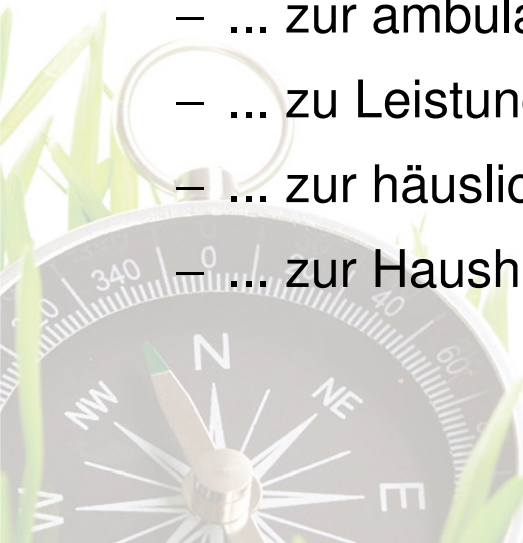


Zuzahlungs-Regelungen

Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze – Ermittlung der Zuzahlungen

- ... zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- ... zu Fahrkosten
- ... zur vollstationären Krankenhausbehandlung
- ... zur stationären Vorsorge
- ... zur ambulanten oder stationären Rehabilitation
- ... zu Leistungen der medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitation für Mütter/Väter
- ... zur häuslichen Krankenpflege
- ... zur Haushaltshilfe



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze – Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V, 4.3 Abs. 5

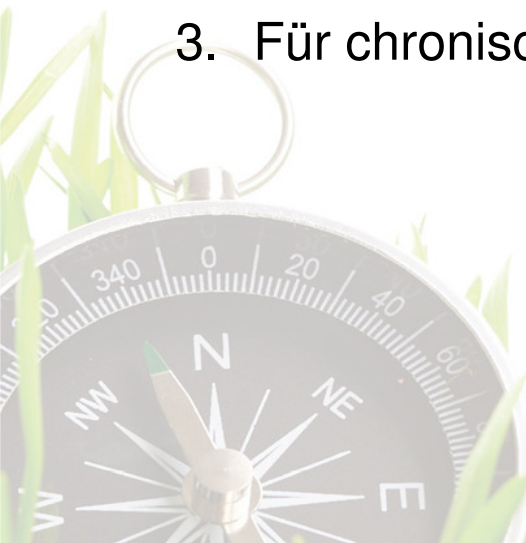
Keine Berücksichtigung von u.a.:

1. Leistungen bei Privatverordnungen/oder ohne ärztliche Verordnung
2. Arznei-/Hilfsmittel über Festbetrag
3. Eigenanteile für Hilfsmittel (z.B. bei orthopädischen Schuhen)
4. Eigenanteile bei Zahnersatz/kieferorthopädischer Behandlung
5. Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung
6. Aufwendungen, deren Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen ist (z.B. Fahrten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse)
7. Zuzahlungen/Eigenanteile zu Leistungen außerhalb des SGB V (z.B. RV)

Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze - Allgemeines

1. Die Belastungsgrenze ist grundsätzlich abhängig von der Höhe der Bruttoeinnahmen.
2. Es gibt Besonderheiten bei einigen Personengruppen.
3. Für chronisch Kranke gilt eine Sonderregelung.



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Faktoren für die Belastungsgrenze

1. Familienangehörige
2. Einnahmen zum Lebensunterhalt (Zum Bruttoeinkommen zählen alle Einkünfte, mit denen Versicherte ihren Lebensunterhalt finanzieren - zum Beispiel Gehalt, Renten, Versorgungsbezüge, Kapital-Zinsen und Mieteinnahmen. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden die jährlichen Bruttoeinnahmen aller im Haushalt lebenden Angehörigen berücksichtigt. Das können Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sein.)



Zuzahlungs-Regelungen

Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze - § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V
Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V, 4.1 Abs. 1

Familienangehörige

- Ehegatten/Lebenspartner sind generell zu berücksichtigen.
- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie
- nach Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern sie familienversichert sind.
- Voraussetzung gemeinsamer Haushalt
- Beachte: § 62 Abs. 2 Satz 7 SGB 5! – „Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.“

Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze

Einnahmen zum Lebensunterhalt



Ermittlung der Bruttoeinnahmen des Kalenderjahres



GR vom 19. März 2015



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze

Berechnung der zu berücksichtigenden Einnahmen

Bruttoeinnahmen des Kalenderjahres aller zu berücksichtigenden Personen im Haushalt

– Familienabschlag für Angehörige

Zu berücksichtigende Einnahmen



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Familienabschlag für Angehörige

Kürzungsbeträge (jährlich)	EUR
für den ersten Angehörigen 2016	5.229
für den ersten Angehörigen 2017	5.355
für jeden weiteren Angehörigen 2016	3.486
für jeden weiteren Angehörigen 2017	3.570
Kinderfreibetrag nach § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V ab 1.1.2016	7.248
Kinderfreibetrag nach § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V ab 1.1.2017	7.356

Quelle: vdek



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze - § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Zuzahlungen sollen niemanden über Gebühr belasten. Erwachsene müssen deshalb nicht mehr als zwei Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens aus eigener Tasche hinzu zahlen.

Bis zum Erreichen ihrer individuellen Belastungsgrenze müssen alle erwachsenen Versicherten Zuzahlungen leisten. Erst nach Erreichen dieser Grenze können sie sich durch ihre Krankenkassen von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Bereits zu viel geleistete Zuzahlungen werden erstattet.

Belastungsgrenze = Grundsätzlich 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.



Zuzahlungs-Regelungen Behandlung und Rehabilitation

Belastungsgrenze

Für chronisch kranke Menschen, die besonders oft zum Arzt müssen und viele Medikamente benötigen, gilt eine niedrigere Belastungsgrenze. Sie liegt bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens.

Kriterien für die Einstufung als (schwerwiegend) chronisch krank („Chroniker-Richtlinie“ des GBA vom 22. Januar 2004 in der Fassung vom 19. Juni 2008): Mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde. Zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung von 60 Prozent oder mehr,
- Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3 oder 4,
- der Patient muss aus Sicht des Arztes dauerhaft medizinisch versorgt werden, da sich sonst seine Krankheit lebensbedrohlich verschlimmert, seine Lebenserwartung gemindert oder seine Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt wird (ärztlich, physiotherapeutisch, Medikamente, Behandlungspflege, Heil- und Hilfsmittel).

Krankengeld



Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Krankengeld - Grundsätze

1. Beschäftigte versicherte haben grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind.
2. Krankengeld für längstens 78 Wochen = 546 Kalendertage gezahlt wegen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der gleichen Krankheitsursache innerhalb von 3 Jahren.
3. Für die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ruht das Krankengeld – gilt aber wie wenn es bezogen ist und wird auf Nummer 2 angerechnet.
4. Das Krankengeld beträgt 70% des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (AU) erzielten Bruttoentgeltes (inkl. Einmalzahlungen).
5. Es wird begrenzt auf 90% des vor Beginn der AU erzielten Nettoentgeltes (inkl. Einmalzahlungen).
6. Maximal werden jedoch 100% des letzten laufenden Nettoentgeltes gezahlt. Der Versicherte darf nicht besser gestellt werden, weil er arbeitsunfähig ist.

Die Krankenversicherung

Leistungen der Krankenversicherung

Krankengeld

- Weitere Erkrankungen während der Krankschreibung verlängern die Zahlung des Krankengeldes nicht.
- Krankenkassen dürfen zum Antrag auf Rehabilitation mit einer Frist von 10 Wochen auffordern
- Ab 2016 Vereinfachung des Prozedere zum Krankengeld – nur noch Formular Krankschreibung notwendig



Die Krankenversicherung

Wann erhalte ich kein Krankengeld?

Regelungen des § 50 SGB V

- Vollrente wegen Alters aus der Rentenversicherung
- Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Vorruhestandsgeld



Die Krankenversicherung

Wer hat keinen Anspruch auf Krankengeld?

- Versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Auszubildende des zweiten Bildungswegs
- Praktikanten
- Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung...lt. § 5 (1) 6. SGBV
- Bezieher von Sozialgeld und Arbeitslosengeld II
- Familienversicherte (Ehegatten und Kinder)
- Bezieher einer vollen Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehaltes, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandes

Übergangspflege



Die Krankenversicherung Leistungen der Krankenversicherung

NEU

Übergangspflege (Krankenhausstrukturgesetz 2016)

- Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Behandlung vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der Krankenkassen in Anspruch nehmen.
- Außerdem werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden Versorgungslücken vor allem für solche Patienten geschlossen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung haben.

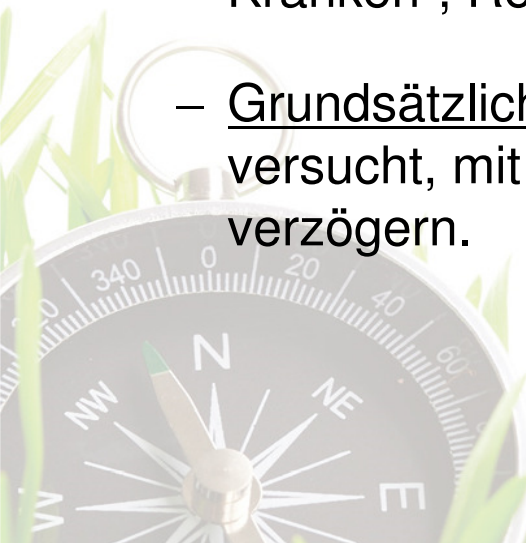


Rehabilitation



Die Rehabilitation Übersicht

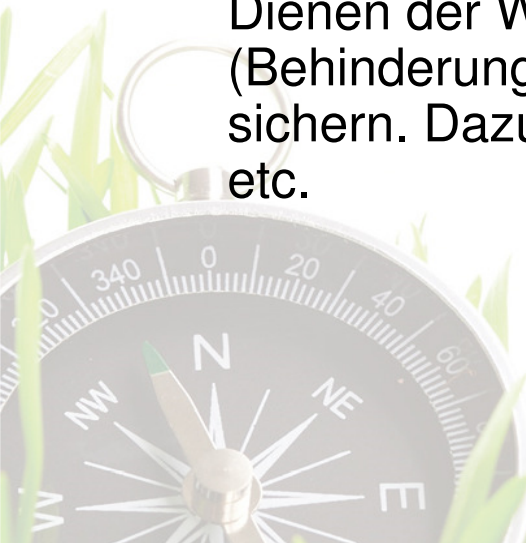
- Ziel der Rehabilitation: (1) Patienten bei der Wiedererlangung oder dem Erhalt körperlicher, beruflicher oder sozialer Fähigkeiten zu unterstützen und (2) Beeinträchtigungen und Einschränkungen abzuwenden (die sich als bleibende Folge von chronischen Erkrankungen etc. einstellen)
- Leistungen zur medizinischen, zur beruflichen und zur sozialen Rehabilitation
- Rehabilitation ist eine Aufgabe der Sozialversicherungsträger: gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherung
- Grundsätzlich gilt: Rehabilitation geht vor Rente, d.h. es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.



Die Rehabilitation

Bereiche der Rehabilitation

- Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 15 SGB VI):
Im Vordergrund stehen Maßnahmen, die der Ausheilung einer Erkrankung und der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten dienen.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 29 SGB I):
Maßnahmen, welche die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Beeinträchtigungen (Behinderung) erhalten, verbessern, wiederherstellen und möglichst dauerhaft sichern sollen.
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (§ 29 SGB I):
Dienen der Wiedereingliederung von Menschen mit Beeinträchtigungen (Behinderung) dienen, um das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z. B. Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten, Nachsorge etc.



Die Rehabilitation

Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen

Der Rentenversicherungsträger gewährt Leistungen zur Rehabilitation wenn (§ 10 SGB VI):

- die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist **und**
- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abgewendet werden kann **oder**
- die Erwerbsfähigkeit gebessert oder wiederhergestellt werden **oder**
- erhalten werden kann.



Die Rehabilitation

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI)

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Für die Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.



Die Rehabilitation

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

§ 55 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden. Der Zeitraum von zwei Jahren nach Nummer 1 verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Für die Leistungen nach § 15a an Kinder von Versicherten sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn der Versicherte die allgemeine Wartezeit oder die in Satz 1 oder in Absatz 1 genannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt hat.

(2a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden an Versicherte auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

(3) Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten für die Vorschriften dieses Abschnitts als Versicherte.

Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitationsleistungen

- Gesicherte Diagnose
- Rehabilitationsfähigkeit muss gegeben sein
- Vorversicherungszeiten
- stationär oder ambulant
- Dauer im Regelfall drei Wochen
- Wunsch und Wahlrecht

Zuständigkeit liegt
beim jeweiligen
Rententräger



Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitationsleistungen

- Bis zum Ablauf eines Jahres nach einer abgeschlossener Erstbehandlung können Patienten Leistungen zur onkologischen Rehabilitation in Anspruch nehmen.
- Wenn erhebliche Funktionsstörungen vorliegen, kann die Rehabilitation in Ausnahmefällen auch bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der Erstbehandlung stattfinden.
- Nach Ablauf dieser Fristen kommen für die Patienten (nur) noch medizinische Rehabilitationsleistungen in Frage.



Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitationsleistungen

Anschlussheilbehandlung (AHB)

- unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung,
- die stationäre Erstbehandlung muss jedoch vorher abgeschlossen sein (beendete Primärtherapie – bei ambulanter Fortführung Chemotherapie und Bestrahlung)



Mitwirkungspflichten



Das deutsche Gesundheitssystem

Mitwirkungspflichten

Nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten!

– Angabe von Tatsachen (vgl. § 60 SGB I)

- Art und Ursache der Erkrankung
- Vorerkrankungen
- Mitgliedszeiten
- Vorversicherungszeiten



Das deutsche Gesundheitssystem

Mitwirkungspflichten

Nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten!

- Persönliches Erscheinen, z.B. zur Klärung von Zweifelsfragen (vgl. § 61 SGB I)
- Teilnahme an Untersuchungen, z.B. beim MDK (vgl. § 62 SGB I)
- Aktive Teilnahme an Heilbehandlung (z.B. im Krankenhaus) und Rehabilitation, z.B. Therapie-Compliance/Adhärenz (vgl. § 63 SGB I). Aber: Niemand zu gefährlichen oder mit erheblichen Schmerzen verbundenen Eingriffen (z.B. eine OP) verpflichtet. → Selbstbestimmungsrecht des Patienten



Aber: Verletzung der Mitwirkungspflichten kann unter Umständen zu einem kompletten oder teilweisen Entzug von Leistungen führen.

Wichtige Begriffe



Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Arbeitsunfähigkeit

– Begriff aus dem Arbeits- beziehungsweise Sozialrecht. Er findet immer dann Anwendung, wenn ein Arbeitnehmer aufgrund einer Erkrankung seine bis dato ausgeführte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes ausführen kann.

– Beispiel:

Eine Fleischereiverkäuferin leidet unter einer akuten Sehnenscheidenentzündung am Arm: theoretisch könnte sie ihre berufliche Tätigkeit fortführen; da aber hierbei eine Belastung des betroffenen Armes vorliegt und somit eine Verschlimmerung der Beschwerden zu erwarten ist, besteht bei ihr eine Arbeitsunfähigkeit.

Quelle: juraforum.de

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU)

- kann ausschließlich von einem Arzt oder Zahnarzt festgestellt werden. Er stellt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus, auf der die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit angegeben ist.
- Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt immer nur in Bezug auf jene Tätigkeit, welche der Betroffene vor seiner Erkrankung ausgeübt hat, und nicht etwa auf mögliche andere (leichtere) Tätigkeiten.
- Unser Beispiel: Arbeitgeber der Fleischereiverkäuferin kann nicht von ihr verlangen, dass sie Telefondienst macht, obwohl diese Tätigkeit keine besondere Beanspruchung des Armes bedeuten würde.

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit (AU)

- Ab der fristgerechten Meldung ist der Arbeitgeber zur Entgeltfortzahlung verpflichtet. Regelung gilt auch für geringfügig Beschäftigte. Ausnahme: Arbeitnehmer, die noch keine vier Wochen beschäftigt sind. Sie haben noch keinen Anspruch auf Entgeltfortsetzung im Krankheitsfall erwirkt.
- Die Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgebers ist auf sechs Wochen befristet. Besteht AU über diesen Zeitraum hinaus, tritt bei gesetzlich Versicherten die Krankenkasse in die Zahlungspflicht (Krankengeld), und zwar für einen Zeitraum von maximal 72 Wochen.

Quelle: juraforum.de

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Erwerbsunfähigkeit (EU)

Hinsichtlich der EU (§ 43 SGB VI) können generell zwei verschiedene Arten unterschieden werden.

- Vollständige Erwerbsunfähigkeit: ... wenn der Betroffene aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit (mindestens sechs Monate) nicht in der Lage ist, eine Tätigkeit unter den normalen Bedingungen des Arbeitsmarktes im Umfang von mindestens drei Stunden täglich auszuüben.
- Andererseits kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Teilerwerbsunfähigkeit vorliegen. Dies ist bei Personen der Fall, welche aufgrund ihrer Behinderung beziehungsweise Krankheit auf absehbare Zeit (mindestens sechs Monate) nicht in der Lage sind, unter normalen Arbeitsbedingungen eine Tätigkeit von mindestens sechs Stunden durchzuführen.

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Erwerbsunfähigkeit

- Erwerbsunfähigkeit liegt also nur dann vor, wenn überhaupt kein Beruf mehr ausgeübt werden kann.
- Die soziale Zumutbarkeit des Jobangebotes wird (anders als bei der Berufsunfähigkeit) bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit außer Acht gelassen. Stattdessen ist es entscheidend, ob ein beliebiger Beruf ausgeübt werden kann.
- Heute spricht man meist nicht mehr von Erwerbsunfähigkeit, sondern von einer Erwerbsminderung.

Quelle: berufsunaehigkeitsversicherung-test.de

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Berufsunfähigkeit (BU)

Der Begriff der BU ist enger gefasst, als jener der EU. In diesem Kontext bedeutet BU, dass der Betroffene seinen ausgeübten Beruf nicht mehr ausüben kann.

Voraussetzungen

Laut § 240 II SGB VI liegt eine Berufsunfähigkeit bei Personen immer dann vor, wenn deren Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit und Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden täglich gesunken ist.

Quelle: juraforum.de

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Unterschied Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit
Richterspruch des Bundessozialgerichts in Kassel (BSG) zum Unterschied
zwischen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit in 1981

- Bei einer Arbeitsunfähigkeit ist für den Leistungsanspruch entscheidend, dass die zuletzt ausgeübte oder eine qualitativ gleichwertige Tätigkeit nicht mehr verrichtet werden kann. Eine teilweise Arbeitsunfähigkeit gibt es nicht.
- Bei der Berufsunfähigkeit ist die Definition jedoch etwas strenger: Wer arbeitsunfähig ist, muss nicht zwingend auch als berufsunfähig anerkannt werden. Um Leistungen zu erhalten, muss ein berufsunfähiger Mensch nicht mehr im Stande sein, verwandte Tätigkeiten mit ähnlichem sozialen Prestige auszuüben. Körperliche Beeinträchtigung oder „Kräfteverfall“ muss voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern.

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Entscheidende Frage ist also, ob die vergleichbare Tätigkeit sozial zumutbar ist.

Urteil des Bundessozialgerichtes vom 29.07.2004, Az. B 4 RA 5/04 R = Stufensystem

- Stufe 1 umfasst die ungelernten Berufe
- In Stufe 2 muss eine beruflich Ausbildung bis zu zwei Jahren absolviert werden
- Stufe 3 ist erreicht, wenn die Ausbildung länger als zwei Jahre dauert
- Für Stufe 4 sind zusätzliche Qualifikationen oder Erfahrungen, wie etwa der Besuch einer Fachschule notwendig
- In Stufe 5 sind Berufe zusammengefasst, für die ein Fachhochschul-Abschluss oder eine gleichwertige Ausbildung absolviert wurde
- Stufe 6 setzt voraus, dass der Arbeitnehmer ein Hochschulstudium erfolgreich abgeschlossen hat oder eine vergleichbare Qualifikation erworben hat

Ein Job in einer gleichen oder höheren Stufe gilt dabei als sozial verträglich. Kann ein solcher Beruf ausgeübt werden, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Quelle: berufsunfaehigkeitsversicherung-test.de

Das deutsche Gesundheitssystem

Begriffsdefinitionen

Berufsunfähigkeit bedeutet nicht Erwerbsunfähigkeit

Bei der Berufsunfähigkeit geht es also primär darum, dass der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, seinen ursprünglichen Beruf auszuüben. Jedoch kann diese Person trotzdem noch in der Lage sein, einen anderen Beruf auszuüben, welcher ihr hinsichtlich der bestehenden körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eher entspricht.

Untersuchungen haben gezeigt, dass besonders Personengruppen mit psychischen Erkrankungen von Berufsunfähigkeit betroffen sind.

Rente



Die Rente Übersicht

Zuständigkeiten

- vgl. §§ 125 bis 142 SGB VI
- Deutsche Rentenversicherung Bund (→ Bundesversicherungsanstalt für Angehörige BfA und Verband Deutscher Rentenversicherung)
- Deutsche Rentenversicherung Regionalträger, z.B. DRV Hessen mit Sitz in Frankfurt am Main oder die DRV Westfalen mit Sitz in Münster (→ frühere Landesversicherungsanstalten, geringere Anzahl nach Fusionen)
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (→ Bundesknappschaft, Seekasse, Bahnversicherungsanstalt)



Die Rente Übersicht

- Gesetzliche Rentenversicherung = wichtigste Säule der Alterssicherung
- Vertrauensvolle Zusammenarbeit KK und Rentenversicherung
- Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger → Info via KK
- Normal: Rentenversicherungsträger zuständig, an den der Beitrag gezahlt wurde
- Ausnahmen: bei landwirtschaftlicher Sozialversicherung, Künstler, Seeleute und Menschen im Bergbau (→ Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau SfLFG, Künstlersozialkasse)

Die Rente Übersicht

- Renten immer nur auf Antrag = Antragserfordernis
- Information und Unterstützung der Beitragszahler / Rentner
 - Beratungsstellen
 - Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation
 - Versichertenberater und Versichertenälteste



Die Rente Übersicht

Renten wegen Alters

- Regelaltersrente
- Altersrente für langjährig Versicherte
- Altersrente für besonders langjährige Versicherte
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit

Quelle: betanet.de

Die Rente Übersicht

Renten wegen Erwerbsminderung (seit 1.1.2001 Renten wegen Berufsunfähigkeit und wegen Erwerbsunfähigkeit durch Rente wegen Erwerbsminderung abgelöst)

„Erwerbsminderungsrente erhält, wer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist. Wer nur noch weniger als 3 Stunden täglich arbeiten kann, erhält die "Volle Erwerbsminderungsrente", wer 3 bis unter 6 Stunden arbeiten kann, eine "Teilweise Erwerbsminderungsrente". (Die Rente muss beantragt werden, ist befristet und kann verlängert werden.“)

Quelle: betanet.de

Die Rente Übersicht

Renten wegen Todes

- Witwen/Witwer-Rente
- Erziehungsrente
- Waisenrente

Das Renteneintrittsalter wird seit 2012 bis zum Jahr 2029 schrittweise erhöht. Ab dem Geburtsjahrgang 1964 ist das Renteneintrittsalter (aktuell) auf 67 Jahre festgelegt.

Quelle: betanet.de

Pflegeversicherung



Die Pflegeversicherung Hintergrund

- Unsere Gesellschaft wird immer älter. Das ist gut so, bringt aber auch neue Herausforderungen mit sich.
- Aktuelle Schätzung zur Bevölkerungsentwicklung (D): Anzahl älterer Personen (67 Jahre und älter) steigt bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf mindestens 21,5 Millionen steigen.
- Sie wird damit um 6,3 Millionen oder um 42 Prozent höher sein als die Anzahl der über 67-Jährigen im Jahr 2013.
- Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an – auf rund 32 Prozent. → Je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen.

Die Pflegeversicherung Hintergrund

- Pflegebedürftigkeit bedeutet für Betroffene und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen.
- Verstärkte Auswirkungen durch veränderte Familienstrukturen: In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war.



Wiederholung: Gibt es ein abschätzbares Risiko, das jedes Mitglied der Gemeinschaft treffen kann, sollte es von dieser gemeinsam getragen werden = Versicherungsprinzip.



Die Pflegeversicherung Hintergrund

- Pflegeversicherung wurde am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt.
- Alle wichtigen Regelungen im elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI)
- Umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten.
- Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.



Die Pflegeversicherung Hintergrund

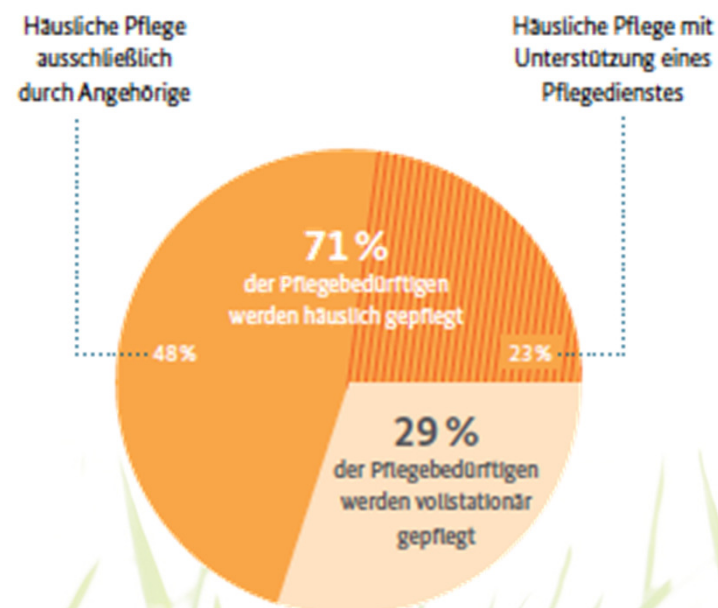
- Rund 2,9 Millionen Menschen nehmen derzeit jeden Monat Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Schätzung: Zahl steigt in den kommenden anderthalb Jahrzehnten auf rund 3,5 Millionen Menschen.
- 1,5 Millionen Menschen sind in Deutschland an Demenz erkrankt. Schätzung: Bis 2050 steigt die Zahl auf 3 Millionen Patienten.
- Die meisten Leistungsempfängerinnen bzw. Leistungsempfänger, rund 2,1 Millionen, erhalten ambulante Leistungen.
- Stationär gepflegt werden rund 0,8 Millionen Menschen.

Quelle: BMG. Stand: Ende 2015 (aktuellste Zahlen).

Die Pflegeversicherung Hintergrund

Wo Pflege in Deutschland stattfindet

- 71 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt.
- 48 Prozent der zu Hause gepflegten Menschen werden von Angehörigen versorgt.
- 23 Prozent erhalten Unterstützung durch Pflegedienste.
- 29 Prozent werden vollstationär gepflegt.



Quellen: BMG. Stand: Ende 2015 (aktuellste Zahlen) und Statistisches Bundesamt 2013..

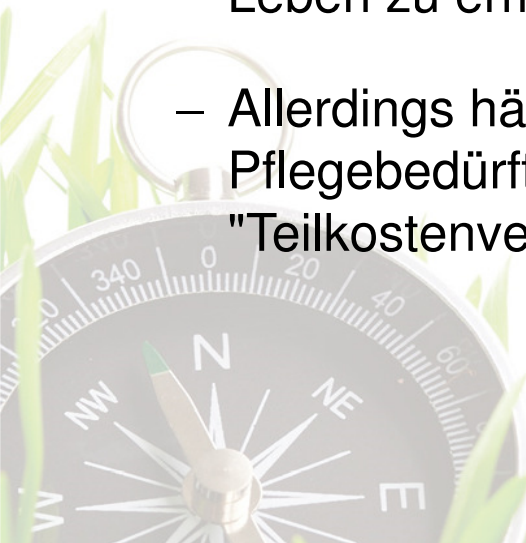
Die Pflegeversicherung Hintergrund

- Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber größtenteils paritätisch entrichten.
- Wann und welche Leistungen Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung bekommen, hängt von der
 - Dauer der Pflegebedürftigkeit,
 - vom Pflegegrad und
 - der Art der Pflege ab.



Die Pflegeversicherung Hintergrund

- Pflegebedürftige haben Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen.
- Wahlmöglichkeit, ob Hilfe von professionellen Fachkräften oder aber Geld, welches pflegende Angehörigen als finanzielle Anerkennung erhalten.
- Oberstes Ziel: pflegebedürftigen Menschen ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.
- Allerdings häufig nicht alle Kosten der Pflege abgedeckt. Rest tragen die Pflegebedürftigen oder ihre Familien. Pflegeversicherung deshalb oft als "Teilkostenversicherung" bezeichnet.



Die Pflegeversicherung

Private Zusatz-Vorsorge

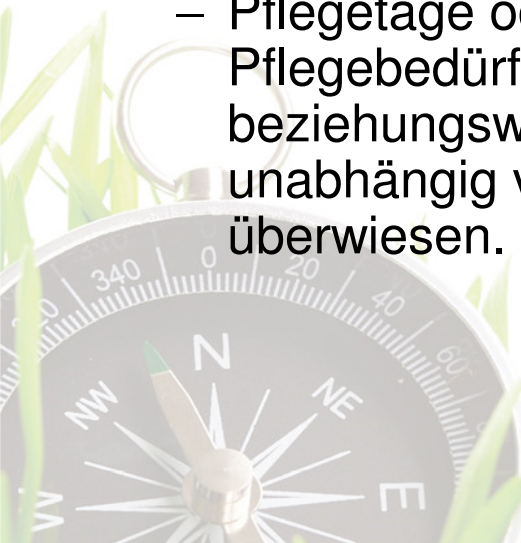
- Gesetzliche Pflegeversicherung sichert nur die Grundversorgung.
- Tatsächliche Pflegekosten in der Regel höher = zusätzliche private Vorsorge wichtig
- Versicherungsgesellschaften bieten private Pflege-Zusatz-Versicherungen, die das Risiko von privaten Zuzahlungen abfangen oder mildern sollen.
- Solche Zusatzversicherungen können auf drei Arten abgeschlossen werden:
 - Pflege-Rentenversicherung,
 - Pflegekostenversicherung bzw.
 - Pfl egetage oder Pflegemonatsgeldversicherung,.



Die Pflegeversicherung

Private Zusatz-Vorsorge

- Pflege-Rentenversicherung: Wird als Lebensversicherung angeboten. Wenn die beziehungsweise der Versicherte pflegebedürftig wird, zahlt die Versicherung je nach Hilfebedarf eine monatliche Rente aus. Bei dieser Versicherungsart gibt es unterschiedliche Vertragsvarianten.
- Pflegekostenversicherung: Erstattet die nach Vorleistung der sozialen oder privaten Pflege(pflicht)versicherung verbleibenden Kosten. Dabei ist zwischen Tarifen zu unterscheiden, die Restkosten ganz oder teilweise übernehmen. In jedem Fall ist ein Nachweis der Ausgaben erforderlich.
- Pflage tage oder Pflage monats geld versicherung: Hier wird gegen Nachweis der Pflegebedürftigkeit ein vereinbarter fester Geldbetrag für jeden Pflage tag beziehungsweise jeden Pflage monat gezahlt wird. Dieser Geldbetrag wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten der Pflege vom Versicherer überwiesen.



Die Pflegeversicherung

Die Pflegestärkungsgesetze (PSG)

- Die Pflegeversicherung, die das Risiko, pflegebedürftig zu werden, absichert, hat sich hier seit ihrer Einführung 1995 bewährt.
- Anpassung an aktuelle Entwicklungen und zur Ausweitung der Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte → Neue gesetzliche Regelungen:
 - 1. Januar 2015 - Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)
 - 1. Januar 2016 - Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung
 - 1. Januar 2017 - Dritte Pflegestärkungsgesetz. Stärkt Pflegeberatung und baut Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen aus.

Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz I

- Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wurden um 4 Prozent erhöht, um die Preisentwicklung der letzten drei Jahre zu berücksichtigen (2,67 Prozent für die erst 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführten Leistungen).
- Die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurden ausgebaut und konnten besser miteinander kombiniert werden. Tages- und Nachtpflege konnte künftig ungekürzt neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden.
- Menschen in der sog. Pflegestufe 0 (Demenzkranken) hatten erstmals einen Anspruch auf teilstationäre Tages-/ Nachtpflege, Kurzzeitpflege, den Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen sowie auf die Anschubfinanzierungsleistungen für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen.

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz I

- Der Anspruch auf Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege für niedrigschwellige Angebote wurde ausgeweitet. Auch Pflegebedürftige mit Pflegestufen 1 bis 3 erhielten künftig einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von bis zu 104 Euro pro Monat. Für Demenzkranke stieg er im Rahmen der Dynamisierung auf 104 bzw. 208 Euro pro Monat.
- Neue zusätzliche Entlastungsleistungen wurden eingeführt, etwa für Hilfe im Haushalt oder Alltagsbegleiter und ehrenamtliche Helfer. Bis zu 40 % des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung konnte zukünftig für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote eingesetzt werden.
- Der Zuschuss zu Umbaumaßnahmen (z.B. Einbau eines barrierefreien Badezimmers) stieg deutlich von bisher 2.557 auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme. Wohnten mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, konnte sogar ein Betrag von bis zu 16.000 Euro eingesetzt werden. Für Pflegehilfsmittel des täglichen Verbrauchs stiegen die Zuschüsse von 31 auf 40 Euro pro Monat.

Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz I

- Auch die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf wurde verbessert. Die Pflegeversicherung zahlte ab 2015 ein Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für eine zehntägige bezahlte Freistellung vom Beruf für die Pflege eines Angehörigen.
- Durch die Verbesserung des Betreuungsschlüssels auf 1:20 konnte die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in den stationären Pflegeeinrichtungen von bisher 25.000 auf bis zu 45.000 aufgestockt werden.
- Es wurde ein Pflegevorsorgefonds aufgebaut und mit den Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten (1,2 Mrd. Euro jährlich) finanziert. Dieser wird ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen.



Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz I

- Mit der im Rahmen des ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2015 erfolgten Beitragssatzerhöhung um 0,3 Prozentpunkte wurde auch der finanzielle Spielraum für das geplante Pflegeunterstützungsgeld geschaffen. Diese bis zu zehntägige Lohnersatzleistung dient pflegenden Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation zur Organisation einer bedarfsgerechten Pflege.
- Die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit von tariflicher und kirchenarbeitsrechtlicher Entlohnung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen in Vergütungsvereinbarungen wird gesetzlich festgeschrieben. Für Pflegeeinrichtungen sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend zu entlohnen. Gleichzeitig erhalten die Kostenträger ein Nachweisrecht, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen.

Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz I

Im Vorgriff auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG I auch Leistungsverbesserungen v.a. für Menschen mit Demenz:

- Demenzkranke mit anerkannter erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz, die nicht in den Pflegestufen 1 bis 3 eingestuft sind (sog. Pflegestufe 0), erhielten erstmals Zugang zu allen ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung.
- Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege war zukünftig zu 100 Prozent (d.h. anrechnungsfrei) neben den Sach- und Geldleistungen möglich: Demenzkranke profitierten aufgrund des hohen Betreuungsbedarfs von dieser Flexibilisierung in besonderem Maße.
- Bis zu 40 % des Leistungsbetrags der ambulanten Pflegesachleistung konnte zukünftig für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote eingesetzt werden. Davon profitierten insbesondere Demenzkranke und ihre Angehörigen. Sie konnten flexibler und in größerem Umfang niedrigschwellige Betreuungs- und zukünftig auch Entlastungsangebote in Anspruch nehmen.

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz I

- Die Jahrespauschalen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege konnten zukünftig flexibler und über einen längeren Zeitraum eingesetzt werden: Zugunsten der Verhinderungspflege konnten bis zu 50% des Jahresbetrags der Kurzzeitpflege verwendet werden; umgekehrt konnten sogar bis zu 100% des Jahresbetrags der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden (soweit die jeweiligen Leistungen im Kalenderjahr noch nicht verbraucht wurden).
- Gerade von der deutlichen Flexibilisierung der Verhinderungspflege und von der Neueinführung einer Entlastungsleistung profitierten Angehörige von Demenzkranken, die oft sehr hohen Belastungen ausgesetzt sind und sich Erholungspausen ermöglichen können.
- Ambulante Wohngemeinschaften, auch für Demenzkranke, können Fördermittel zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der Wohnung erhalten. Zudem hatten nun auch Pflegebedürftige der sog. Pflegestufe 0 erstmals Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag von dann 205 Euro pro Monat zur Finanzierung einer Unterstützungskraft sowie auf die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen von 2.500 Euro pro Bewohner (maximal 10.000 Euro).

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz II

- Die **Beratung Pflegebedürftiger** und ihrer Angehörigen wurde verbessert. Die Pflegekassen benannten feste Ansprechpartner für die Pflegeberatung. Pflegenden Angehörigen erhielten einen eigenen Beratungsanspruch. Die Zusammenarbeit aller Beratungsstellen vor Ort wurde gestärkt.
- Die **ärztliche Versorgung** der Bewohner von Pflegeheimen wurde verbessert. Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurden stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Haus-, Fach- und Zahnärzten zu schließen.
- Der Zugang von Pflegebedürftigen zu **Maßnahmen der Rehabilitation** wurde gestärkt, indem die Pflegekassen und Medizinischen Dienste wirksame Verfahren zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs anwenden mussten.



Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz II

- Pflegekassen wurden zur Erbringung von **primärpräventiven Leistungen** in stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet. Ziel: gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern und gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken. Durch das Präventionsgesetz wurden den Pflegekassen hierzu im Jahr 2016 insgesamt rund 21 Millionen Euro zur Verfügung stellen.
- Die **Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung** in der Pflege wurde weiterentwickelt. Dabei wurde der so genannte Pflege-TÜV grundsätzlich überarbeitet und vor allem der Ergebnisqualität wird größere Bedeutung gegeben.



Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz II

- Seit Ende 2014 unterstützt der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigte für Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, die flächendeckende Einführung einer **vereinfachten Pflegedokumentation** (Strukturmodell) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das PSG II stellte klar, dass die zeitliche Entlastung der Pflegekräfte durch das neue Pflegedokumentationsmodell nicht zu Personalkürzungen führen darf.
- Patientinnen und Patienten, die nicht dauerhaft pflegebedürftig sind, erhalten nach einer Krankenhausbehandlung **Anspruch auf Übergangspflege** (häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie Kurzzeitpflege) als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Regelungen im Krankenhausstrukturgesetz.

Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz II

Am 1. Januar 2017 trat der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft eine **fachlich gesicherte und individuelle Begutachtung** und Einstufung in Pflegegrade. Die Pflegesituation von Menschen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen etwa bei demenziellen Erkrankungen wird bei der Begutachtung künftig in gleicher Weise berücksichtigt wie die Pflegesituation der Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument können die Beeinträchtigungen und die vorhandenen Fähigkeiten von Pflegebedürftigen genauer erfasst und die individuelle Pflegesituation in den fünf neuen Pflegegraden zielgenauer abgebildet werden. Viele Menschen erhalten mit dem Pflegegrad 1 erstmals Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.
- Die neuen Leistungsbeträge bedeuten für viele Menschen **höhere Leistungen**. Die spürbaren Leistungsverbesserungen zum 1. Januar 2015 werden durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz weiter ausgeweitet. Insgesamt stehen ab 2017 jährlich rund fünf Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung. Die gesetzlich vorgeschriebene Dynamisierung der Leistungen wird um ein Jahr auf 2017 vorgezogen. Damit stehen weitere rund 1,2 Milliarden Euro für bessere Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung.

Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz II

Hauptleistungsbeträge seit 1. Januar 2017 (in Euro)

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant	125*	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1298	1612	1995
Leistungsbetrag vollstationär	125	770	1262	1775	2005

*Hier keine Geldleistung, sondern eine zweckgebundene Kostenerstattung



Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz II

- Die Leistungen **in der ambulanten Pflege** wurden ausgeweitet und an den Bedarf angepasst. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld wurden als Regelleistung der Pflegeversicherung eingeführt.
- Auch in stationären Pflegeeinrichtungen gab es Verbesserungen für alle Pflegebedürftigen. Ab 2017 galt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung ein **einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil** für die Pflegegrade 2 bis 5.
- Der pflegebedingte Eigenanteil steigt künftig nicht mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Zudem erhalten alle Pflegebedürftigen einen Anspruch auf **zusätzliche Betreuungsangebote** in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die Finanzierung erfolgt durch die soziale Pflegeversicherung.



Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz II

- **Rund 2,7 Millionen** Pflegebedürftige wurden zum 1. Januar 2017 automatisch in einen der **neuen Pflegegrade übergeleitet**. Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen werden automatisch von ihrer Pflegestufe in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. Menschen, bei denen eine dauerhafte erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden in den übernächsten Pflegegrad überführt. Alle, die bereits Pflegeleistungen erhalten, erhalten diese daher mindestens in gleichem Umfang weiter, die allermeisten erhalten mehr Unterstützung.
- Die soziale Absicherung von **pflegenden Angehörigen** wurde verbessert. Die Pflegeversicherung wird für deutlich mehr pflegende Angehörige Rentenbeiträge entrichten. Dabei kam es darauf an, in welchem Umfang die Pflege durch Pflegepersonen erbracht wurde und in welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige eingestuft ist. Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen im Bereich der Arbeitslosen- und der Unfallversicherung wurde verbessert.

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz II

- **Die regionale Zusammenarbeit** in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vor Ort wurde verbessert. Pflegekassen konnten sich an selbst organisierten Netzwerken für eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung beteiligen und diese mit bis zu 20 000 Euro je Kalenderjahr auf Ebene der Kreise/kreisfreien Städte fördern. Damit wurden auch Ergebnisse des Forschungsprojekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt.
- Die Vereinbarungspartner (Träger der Pflegeeinrichtungen, Sozialhilfeträger und Pflegekassen) mussten bis zum 30. September 2016 neue **Pflegesätze** für die Pflegeheime vereinbaren. Zudem mussten sie die Personalstruktur und die **Personalschlüssel** mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die fünf neuen Pflegegrade prüfen und anpassen.



Die Pflegeversicherung Pflegestärkungsgesetz II

- Darüber hinaus wurde die Selbstverwaltung verpflichtet, bis Mitte 2020 ein wissenschaftlich abgesichertes Verfahren zur **Personalbedarfsbemessung** zu entwickeln. Damit soll künftig festgestellt werden, wie viele Pflegekräfte die Einrichtungen für eine gute Pflege benötigen.
- Der **Beitragssatz** der Sozialen Pflegeversicherung stieg zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.



Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz III

- Die Beratung in der Pflege wird weiter gestärkt: Um **das Netz der Beratungsstellen** weiter auszubauen, erhalten Kommunen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich angemessen an den entstehenden Kosten beteiligen. Die Kommunen können künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einlösen und auf Wunsch auch Bezieher von Pflegegeld beraten.
- In bis zu 60 Landkreisen und kreisfreien Städten für die Dauer von fünf Jahren wird eine Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen „aus einer Hand“ durch **kommunale Beratungsstellen** modellhaft erprobt. Für diese Modellvorhaben ist eine systematische Evaluation mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität vorgesehen.
- Für Auf- und Ausbau von **Angeboten zur Unterstützung und Entlastung** Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Alltag stellt die Pflegeversicherung bis zu 25 Millionen Euro zur Verfügung, wenn Länder bzw. Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen. Weitere 10 Millionen Euro werden zur **Förderung kommunaler Netzwerke** zur Unterstützung Pflegebedürftiger bereitgestellt. Auch hier müssen Länder und Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen.

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz III

- Künftig können auch nicht-tarifgebundene Einrichtungen in den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern einfacher **Löhne bis zur Höhe des Tarifniveaus** durchsetzen. Pflegekassen und Sozialhilfeträger müssen diese künftig grundsätzlich als wirtschaftlich anerkennen und entsprechend finanzieren. Die Kostenträger erhalten auf der anderen Seite ein Nachweisrecht, dass die verhandelten Löhne auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Die Zahlung von tariflicher und kirchenarbeitsrechtlicher Entlohnung muss in Vergütungsverhandlungen bereits vollumfänglich berücksichtigt werden.
- Um Abrechnungsbetrug wirksamer zu verhindern, werden die **Kontrollmöglichkeiten der Pflege- und Krankenkassen** ausgeweitet: Die gesetzliche Krankenversicherung erhält ein systematisches Prüfrecht für Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. In die Stichproben bei den Qualitätsprüfungen von Pflegediensten werden auch Personen einbezogen, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten.

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz III

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird auch im **Recht auf Hilfe zur Pflege** nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) eingeführt. So können auch finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden.
- Die **Kooperation der Pflegekassen mit den Trägern der Eingliederungshilfe** wird im Interesse behinderter Menschen verbessert, wenn Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammentreffen.
- Im Ergotherapeuten-, Hebammen-, Logopäden- sowie im Masseur- und Physiotherapeutengesetz werden die vorhandenen **Modellklauseln zur Erprobung einer Akademisierung** dieser Berufe bis 2021 verlängert. Die Modellvorhaben werden evaluiert. Darüber hinaus wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, um **Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärttern** einzuführen. Dies wird die Qualität der Überprüfung erhöhen.

Die Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz III

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird auch im **Recht auf Hilfe zur Pflege** nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) eingeführt. So können auch finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden.
- Die **Kooperation der Pflegekassen mit den Trägern der Eingliederungshilfe** wird im Interesse behinderter Menschen verbessert, wenn Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammentreffen.
- Im Ergotherapeuten-, Hebammen-, Logopäden- sowie im Masseur- und Physiotherapeutengesetz werden die vorhandenen **Modellklauseln zur Erprobung einer Akademisierung** dieser Berufe bis 2021 verlängert. Die Modellvorhaben werden evaluiert. Darüber hinaus wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, um **Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärttern** einzuführen. Dies wird die Qualität der Überprüfung erhöhen.

Pflegebedürftigkeit



Die Pflegeversicherung

Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)

„ ... Personen, die gesundheitlich bedingte

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten 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 selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

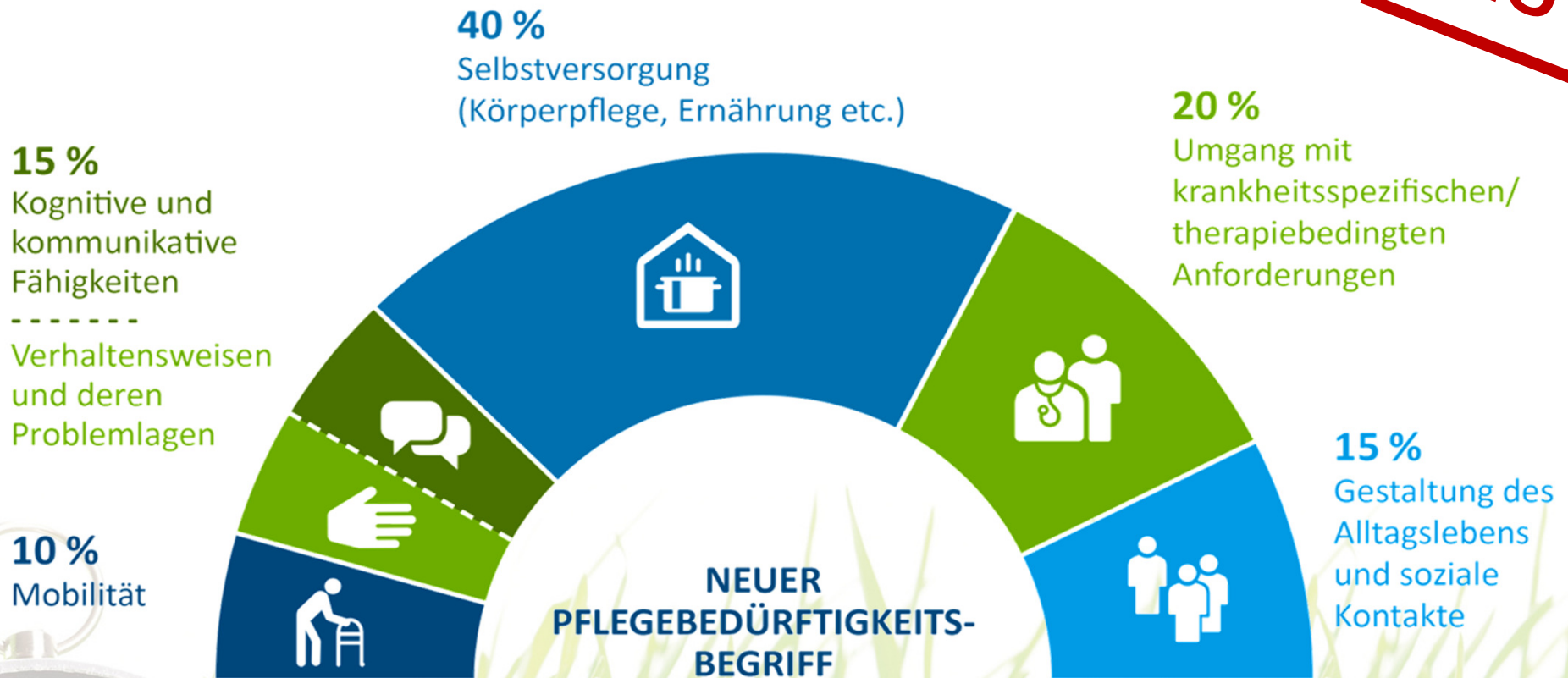


Die Pflegeversicherung Veränderter Pflegebegriff

Bis 31.12.2016	Ab 1.1.2017
Vom Hilfebedarf zur Selbstständigkeit	
Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung, Teilweise Übernahme, Vollständige Übernahme	Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten
Von Wiederkehrenden Verrichtungen zu wissenschaftsbasierten Themenmodulen	
Minuten und Häufigkeit: Körperpflege Ernährung Mobilität Hauswirtschaftliche Versorgung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilität 2. Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten 3. Verhaltensweisen und Psychische Problemlagen 4. Selbstversorgung 5. Therapiebedingte Anforderungen und Belastungen 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 7. Außerhäusliche Aktivitäten 8. Haushaltsführung

Die Pflegeversicherung Bestimmung des Pflegegrades

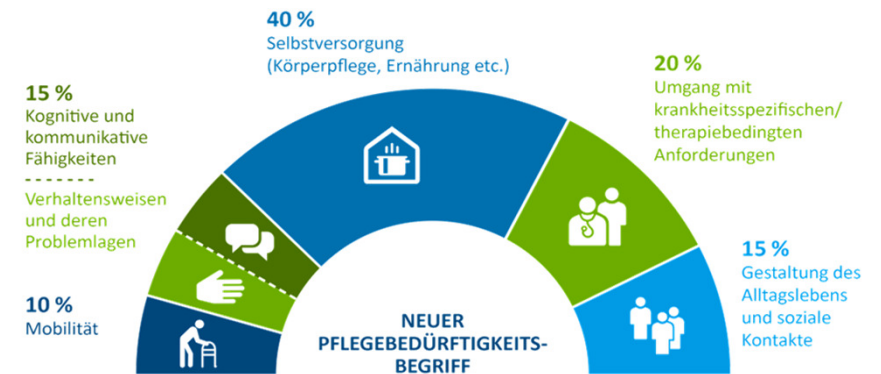
NEU



Die Pflegeversicherung Bestimmung des Pflegegrades

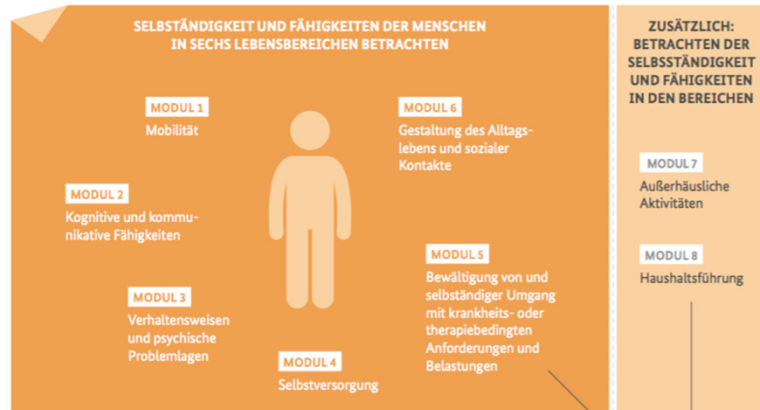
- Von Modul 2 bzw. 3 wird nur, derjenige mit den höheren Punktwert in die Pflegegradermittlung einbezogen.
- In der Begutachtung des MDK werden darüber hinaus Modul 7 „außerhäusliche Aktivitäten“ und Modul 8 „Haushaltsführung“ erhoben. Diese fließen aber nicht in die Feststellung zu einem Pflegegrad ein.

NEU



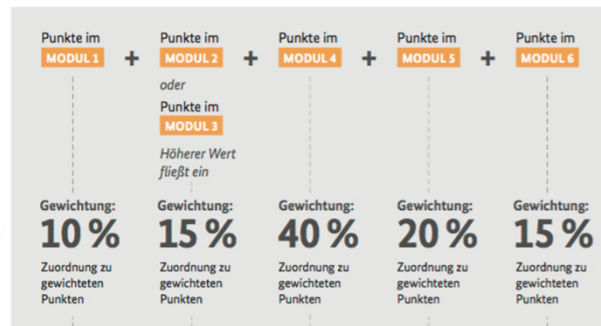
Die Pflegeversicherung Bestimmung des Pflegegrades

NEU

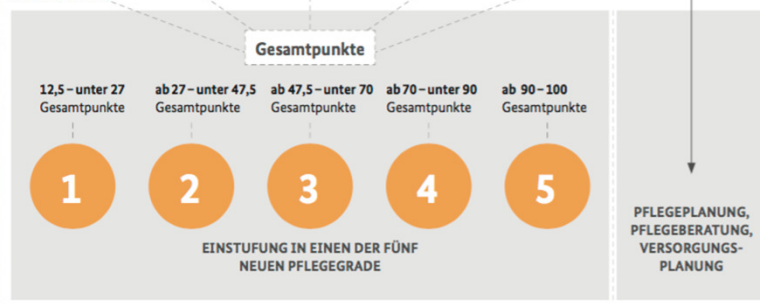


Im Handout besser zu sehen

2. BERECHNUNG UND GEWICHTUNG DER PUNKTE



3. EINSTUFUNG

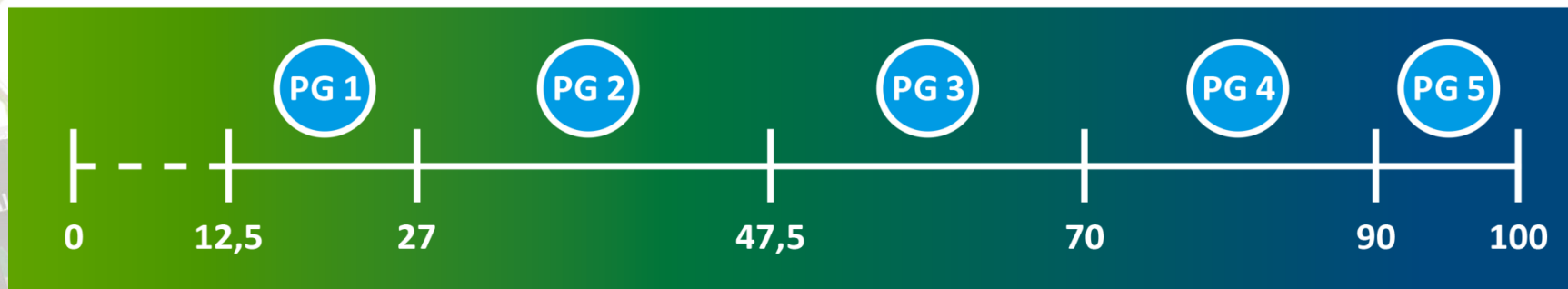


Die Pflegeversicherung Bestimmung des Pflegegrades

NEU

- PG 1** geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2** erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3** schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Der ermittelte Punktwert der einzelnen Modulen wird gewichtet. Daraus wird dann der Gesamtpunktwert ermittelt.



Die Pflegeversicherung Bewertungssystematik

NEU

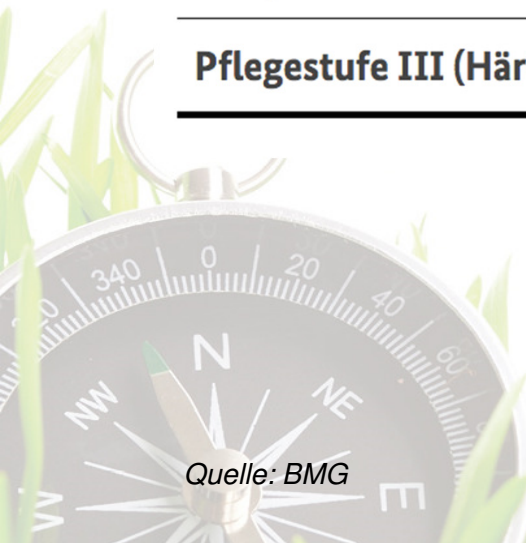
Module und Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte und der daraus resultierende gewichtete Punktwert des Moduls
	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	
Modul 1 (10 Prozent)	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Punkte im Modul 1
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
Modul 2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Punkte im Modul 2
Modul 3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 (15 Prozent)	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
Modul 4 (40 Prozent)	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Punkte im Modul 4
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
Modul 5 (20 Prozent)	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Punkte im Modul 5
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
Modul 6 (15 Prozent)	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Punkte im Modul 6
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

Die Pflegeversicherung Überleitung Pflegestufen in Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

NEU

Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Regel „+1“.

In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden seit 2017
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III (Härtefall)	Pflegegrad 5

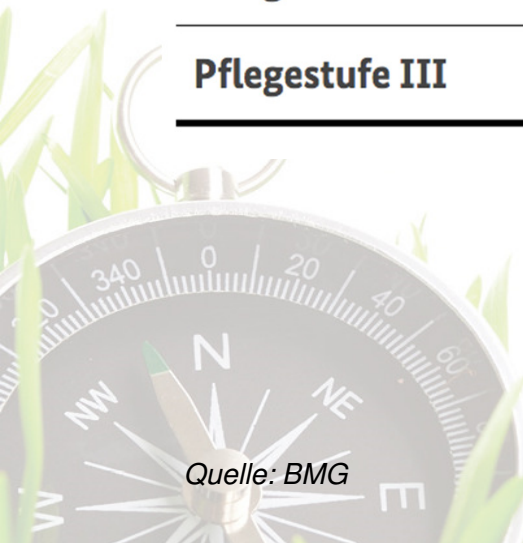


Die Pflegeversicherung Überleitung Pflegestufen in Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

NEU

Bei Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gilt die Regel „+2“.

In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden seit 2017
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 5



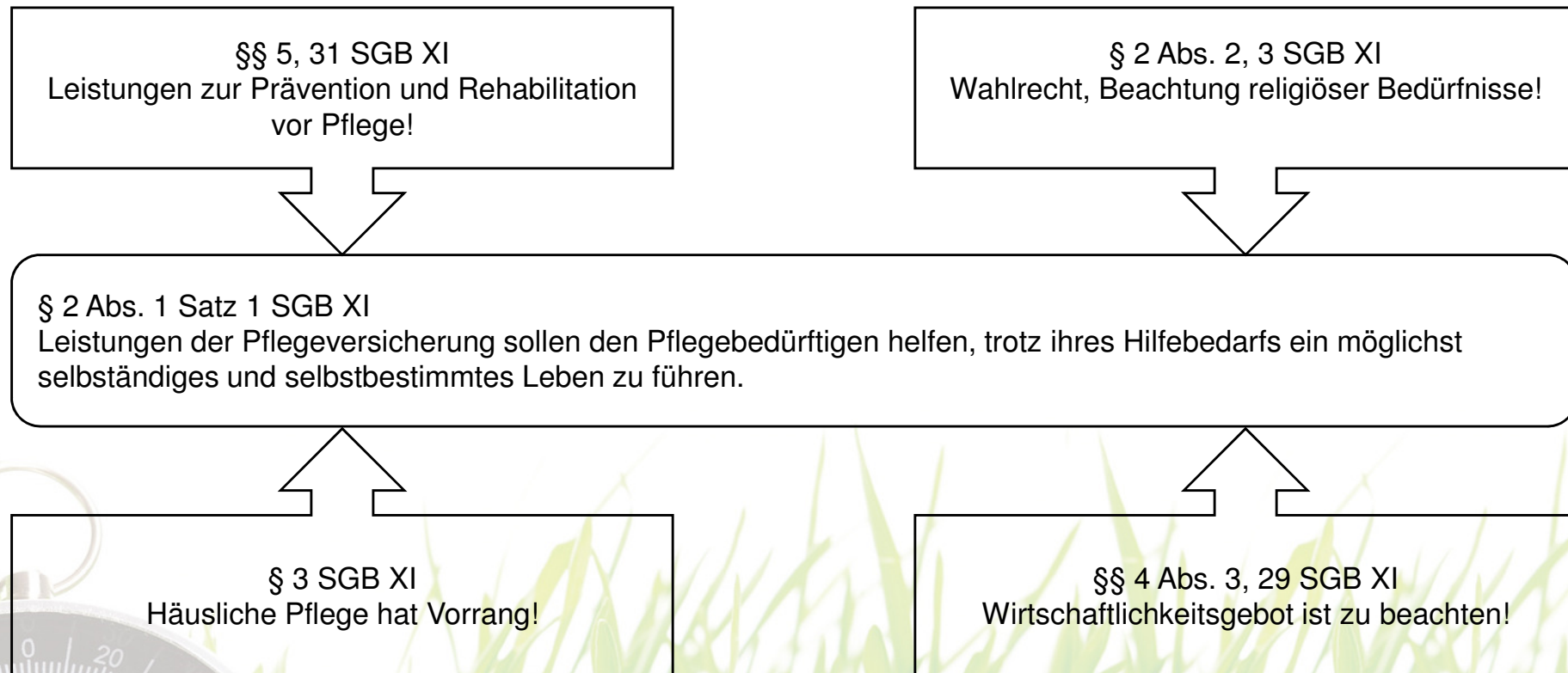
Die Pflegeversicherung Überleitung Pflegestufen in Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

NEU

Pflegestufe	Eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad
keine	nein	keiner
keine	ja	2
1	nein	2
1	ja	3
2	nein	3
2	ja	4
3	nein	4
3	ja	5
3 Härtefall		5

Die Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung



Die Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung

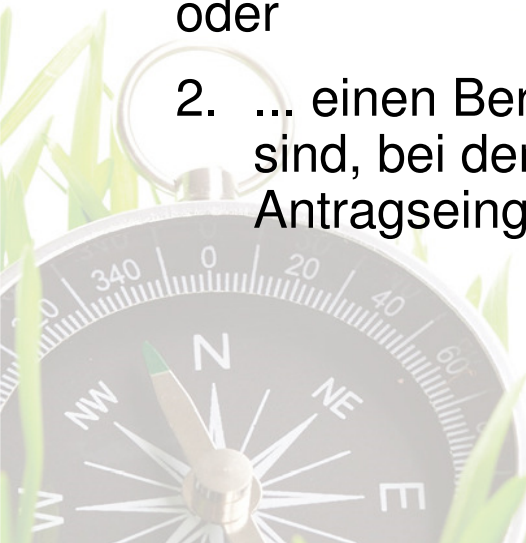
Beratung (§ 7b Abs. 1 SGB XI)

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder

1. ... unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang durchzuführen ist.

oder

2. ... einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen nach Antragsingang eingelöst werden kann.



Die Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung

Beratung (§ 7 b Abs. 2 SGB XI)

Die Pflegekasse hat sicher zu stellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a SGB XI einhalten.

Also:

Pflegekasse

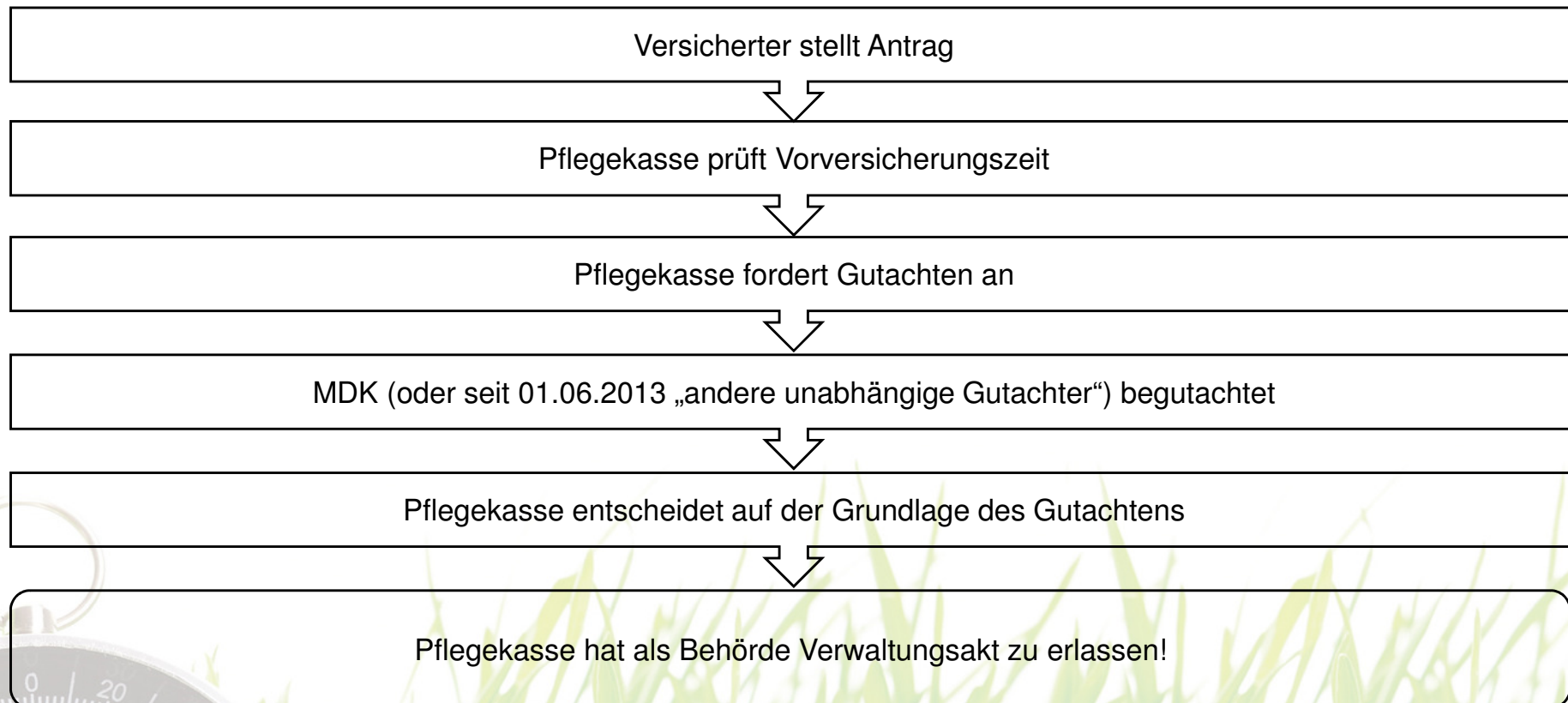
Aufklärung
Auskunft
Vermittlung einer
Pflegeberatung



Pflegeberatung

Führt die eigentliche Beratung (sowohl die „allgemeine“, als auch die „spezielle“ nach § 7a SGB XI) durch.

Die Pflegeversicherung Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit



Die Pflegeversicherung - Wiederholung

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach § 14 Abs. 1 SGB XI sind alle Personen, die

1. ... wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit bzw. Behinderung ...
2. ... für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens ...
3. ... auf Dauer – voraussichtlich für mindestens 6 Monate – in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.



Die Pflegeversicherung

Antragstellung – Überschreiten der „25-Arbeitstagefrist“

§ 18 Abs. 3b SGB XI

Der Bescheid über den Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ist innerhalb von ...

25 Arbeitstagen

... nach Eingang des Antrags zu erteilen.

Geschieht das nicht, zahlt die Pflegekasse an den Antragsteller ...

70,00 Euro

... für jede angefangene Woche des Überschreitens.

Ausnahme:

Wenn der Grund der Verzögerung nicht bei der Pflegekasse oder dem Gutachter liegt.

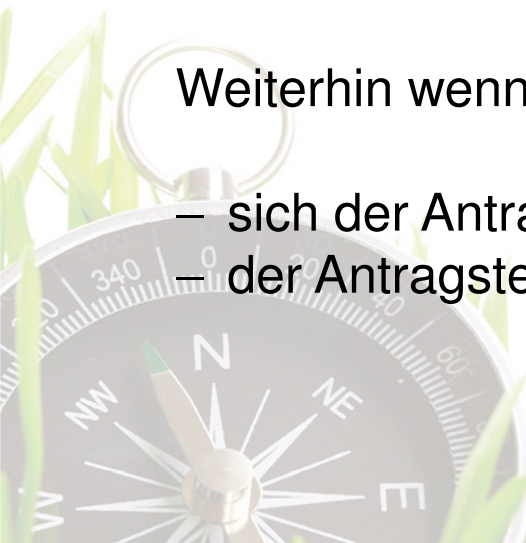
Die Pflegeversicherung Antragstellung – „Ein-Wochenfrist“

... wenn

- sich der Antragsteller im Krankenhaus oder
- in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der (...) Weiterversorgung (...) eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder
- Pflegezeit angekündigt (...) oder Familienpflegezeit vereinbart wurde (...) gegenüber / mit dem Arbeitgeber.

Weiterhin wenn

- sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder
- der Antragsteller ambulant palliativ versorgt wird.



Die Pflegeversicherung Antragstellung – „Zwei-Wochenfrist“

- ... Wenn der Antragsteller sich in häuslicher Umgebung befindet, ...
- ... ohne palliativ versorgt zu werden, ...
- ... Und die Inanspruchnahme von Pflegezeit (...) gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit (...) vereinbart wurde.



Die Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung

NEU

Pflegegrad	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	Tages- / Nachtpflege	Leistungsbetrag vollstationär
1	-	-	125 €	-	125 €
2	316 €	689 €	125 €	689 €	770 €
3	545 €	1.298 €	125 €	1.298 €	1.262 €
4	728 €	1.612 €	125 €	1.612 €	1.775 €
5	901 €	1.995 €	125 €	1.995 €	2.005 €
	Während Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege Weiterzahlung (täglich 1/30) des jeweils hälftigen anteiligen Pflegegeldes.	Anteiliges Pflegegeld, wenn Sachleistungsbetrag nicht ausgeschöpft, bindend für mindestens 6 Monate	Umwandlung der ambulanten Sachleistung, wenn nicht ausgeschöpft. Ein Betrag in Höhe von 40% kann dann in zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen umgewandelt werden		

Die Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung

NEU

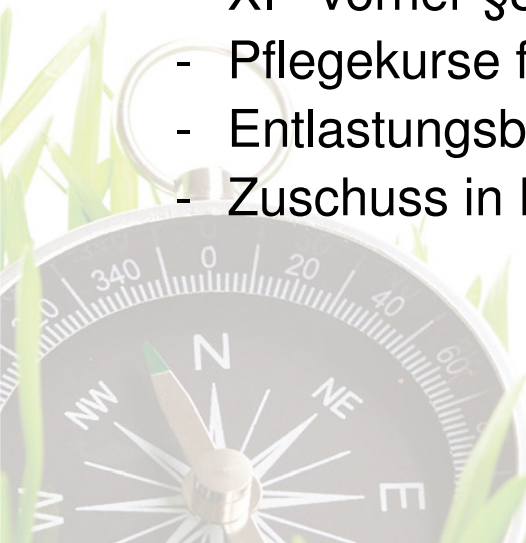
Verhinderungspflege	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 6 Wochen pro Jahr • Maximal 1.612 Euro pro Kalenderjahr • mindestens Pflegegrad 2 • Der Leistungsbetrag kann um 50% des Kurzzeitpflegebetrags auf 2.418 Euro erhöht werden, wenn dieser noch nicht verbraucht wurde.
Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 8 Wochen im Jahr • Maximal 1.612 Euro pro Kalenderjahr • mind. Pflegegrad 2 - 5 • kann um den Betrag der Verhinderungspflege erhöht werden (wenn noch nicht in Anspruch genommen) • auf 3.224 Euro
Zuschuss zu Umbaumaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • 4.000 Euro je Maßnahme, • max. 16.000 Euro für Wohngruppen
Wohngruppenzuschlag	<ul style="list-style-type: none"> • 214 Euro pro Monat pro Versichertem
Pflegehilfsmittel (zum Verbrauch)	<ul style="list-style-type: none"> • bis zu 40 Euro im Monat
Vergütung für Beratungseinsatz	<ul style="list-style-type: none"> • bei Pflegegrad 2 und 3 = 23 € • bei Pflegegrad 4 und 5 = 33 €

Die Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung



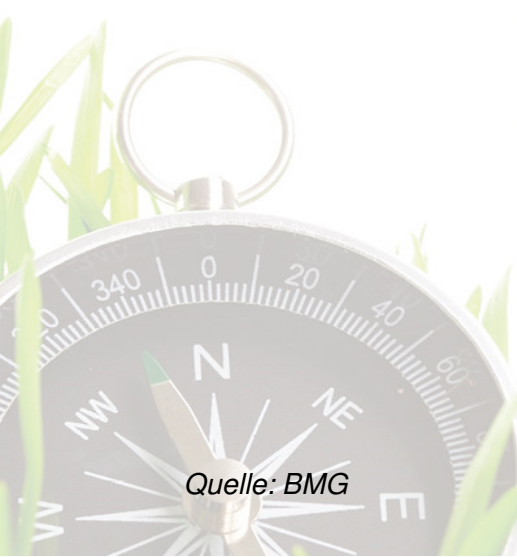
- Pflegeberatung nach §§7a und 7b SGB XI
- Beratungseinsatz nach §37 Abs. 3 SGB XI (freiwillig)
- Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§38a SGB XI)
- Hilfsmittelversorgung und Zuschüsse für wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen (§40 SGB XI)
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen (§43b SGB XI –vorher §87b SGB XI)
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§45 SGB XI)
- Entlastungsbetrag (§45b SGB XI)
- Zuschuss in Höhe von 125 € bei vollstationärer Pflege (§43 SGB XI)



Stärkung der Pflege zu Hause



Die Pflege zu Hause Übersicht



Quelle: BMG

Die Pflege zu Hause Hintergrund

- Bei der ambulanten Pflege werden Pflegebedürftige zu Hause gepflegt
- Dies erfolgt (im Unterschied zur stationären Pflege) entweder durch nahe Angehörige, Bekannte, durch ambulante Pflegedienste oder anerkannte Einzelpflegekräfte.
- Auch die Versorgung in Pflege-Wohngemeinschaften oder Wohngruppen fällt unter die häusliche Pflege.
- Die Finanzierung und Ausgestaltung der ambulanten Pflege hängt dabei maßgeblich von der Art der gewählten Pflege ab.



Die Pflege zu Hause Überblick

- Bei der ambulanten Pflege werden Pflegebedürftige zu Hause gepflegt
- Dies erfolgt (im Unterschied zur stationären Pflege) entweder durch nahe Angehörige, Bekannte, durch ambulante Pflegedienste oder anerkannte Einzelpflegekräfte.
- Auch die Versorgung in Pflege-Wohngemeinschaften oder Wohngruppen fällt unter die häusliche Pflege.
- Die Finanzierung und Ausgestaltung der ambulanten Pflege hängt dabei maßgeblich von der Art der gewählten Pflege ab.



Die Pflege zu Hause Überblick

Pflegegeld

- Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine Betreuung durch Angehörige, können sie Pflegegeld entsprechend ihres Pflegegrades geltend machen.
- Pflegegeld können die Betroffenen den Pflegenden als Anerkennung weitergeben



Die Pflege zu Hause Überblick

Pflegesachleistungen

- Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine Betreuung durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst oder eine selbständige Einzelpflegekraft, wird dies – bis zu bestimmten Höchstgrenzen je nach Pflegegrad – als Pflegesachleistung durch die Pflegeversicherung finanziert.



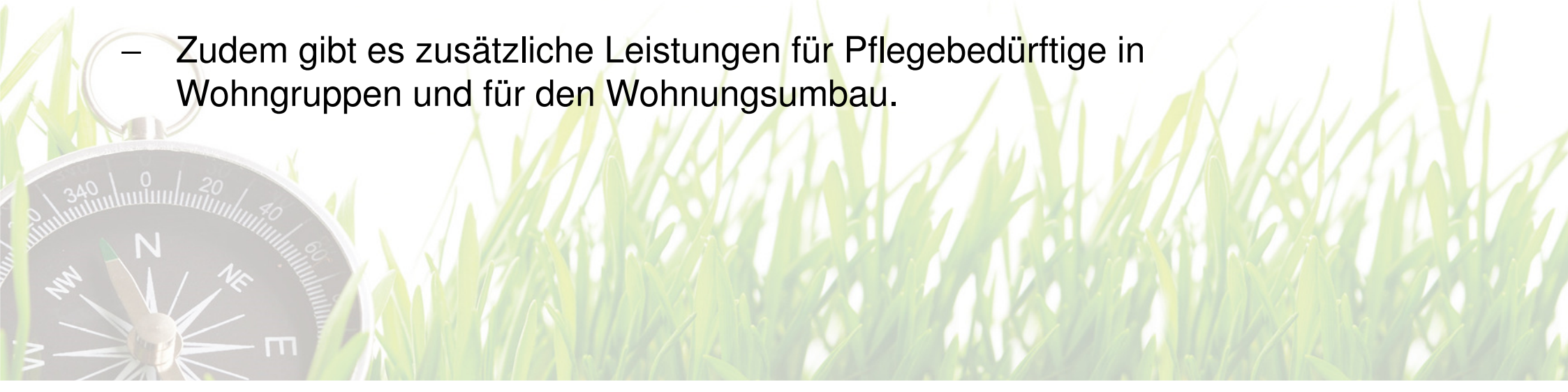
Die Pflege zu Hause Überblick

Pflegehilfsmittel

- Pflegehilfsmittel sollen helfen, die Pflege zu erleichtern oder die Beschwerden des Pflegebedürftigen zu lindern bzw. ihm eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

Weitere Unterstützung

- Zudem gibt es zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in Wohngruppen und für den Wohnungsumbau.



Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

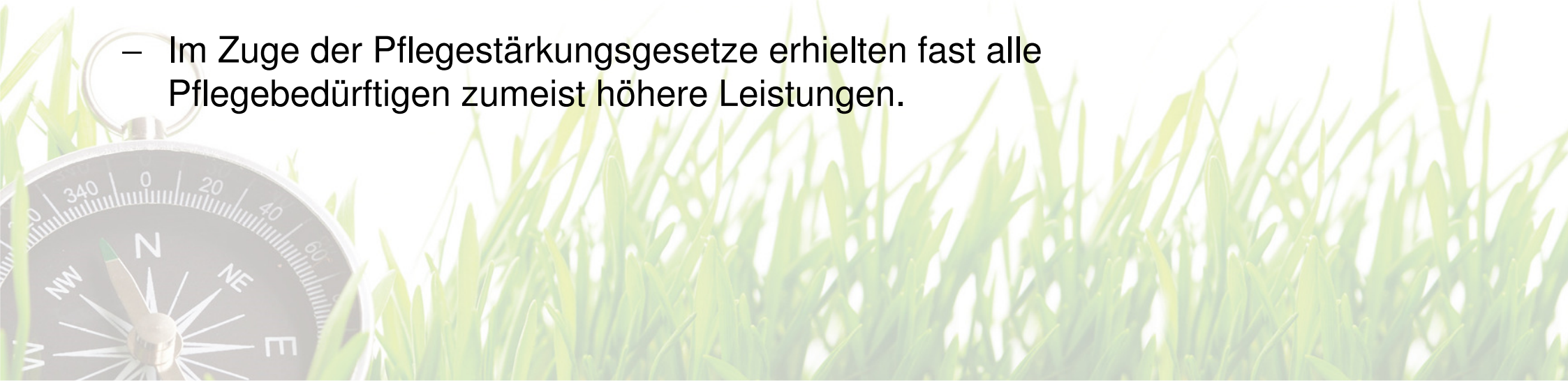
Pflegegeld



Die Pflege zu Hause

Pflegegeld für häusliche Pflege

- Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld wird nicht direkt an die Pflegeperson gezahlt, sondern an die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen. Sie oder er kann das Geld als finanzielle Anerkennung an pflegende Angehörige weitergeben.
- Im Zuge der Pflegestärkungsgesetze erhielten fast alle Pflegebedürftigen zumeist höhere Leistungen.



Die Pflege zu Hause

Pflegegeld für häusliche Pflege

- Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen (Hilfe von Pflegediensten) kombiniert werden.
- Bei einer Kombination vermindert sich dabei die Höhe des Pflegegeldes anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen. L
- Leistungen zur teilstationären Versorgung können mit Pflegegeld und Pflegesachleistungen kombiniert werden, ohne dass eine Anrechnung erfolgt.



Die Pflege zu Hause

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 pro Monat in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen seit 2017 pro Monat in Euro
-	-	Pflegegrad 1	**
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*)	123	Pflegegrad 2	316
Pflegestufe I	244	Pflegegrad 2	316
Pflegestufe I (mit Demenz*)	316	Pflegegrad 3	545
Pflegestufe II	458	Pflegegrad 3	545
Pflegestufe II (mit Demenz*)	545	Pflegegrad 4	728
Pflegestufe III	728	Pflegegrad 4	728
Pflegestufe III (mit Demenz*)	728	Pflegegrad 5	901

Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

Information und Beratung



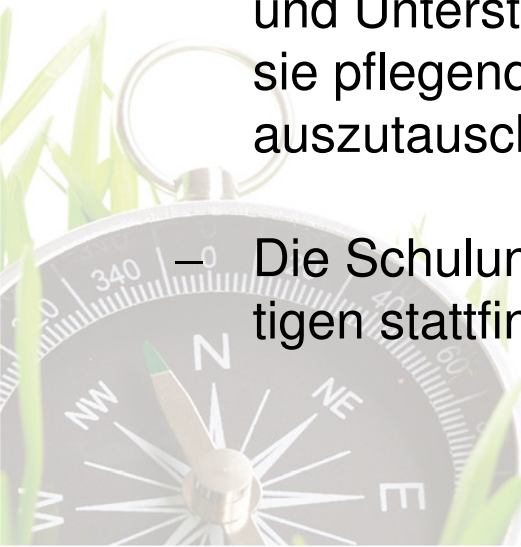
Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

- Pflegekurse
- Beratungseinsätze
- (Angehörigen-Coaches)



Die Pflege zu Hause Pflegekurse

- Pflegende Angehörige können an einem kostenlosen Pflegekurs ihrer Pflegekasse teilnehmen (§ 45 SGB XI).
- Diese Kurse werden zum Teil in Zusammenarbeit mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, mit Volkshochschulen, der Nachbarschaftshilfe oder Bildungsvereinen angeboten.
- Sie bieten praktische Anleitung und Informationen, aber auch Beratung und Unterstützung zu vielen verschiedenen Themen. Außerdem bieten sie pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen.
- Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.



Die Pflege zu Hause Beratungseinsätze

Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege müssen Pflegebedürftige bei Pflegegeldbezug, in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen – und dies gegenüber der Pflegekasse nachweisen (§ 37 Abs. 3 SGB XI).



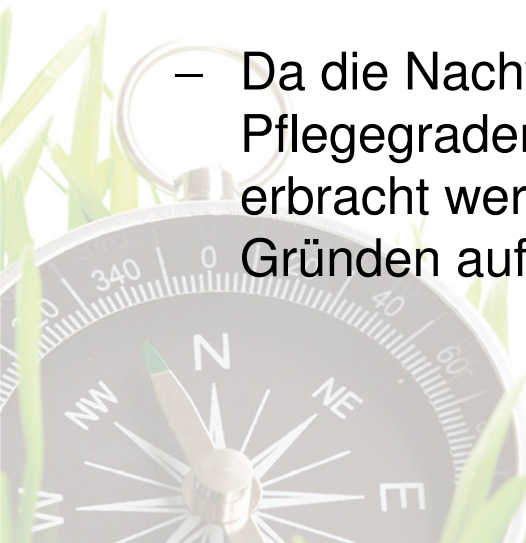
Die Pflege zu Hause Beratungseinsätze

Die Beratungsbesuche können nicht nur von zugelassenen Pflegediensten und von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, durchgeführt werden, sondern auch von den Pflegeberaterinnen und -beratern der Pflegekassen.



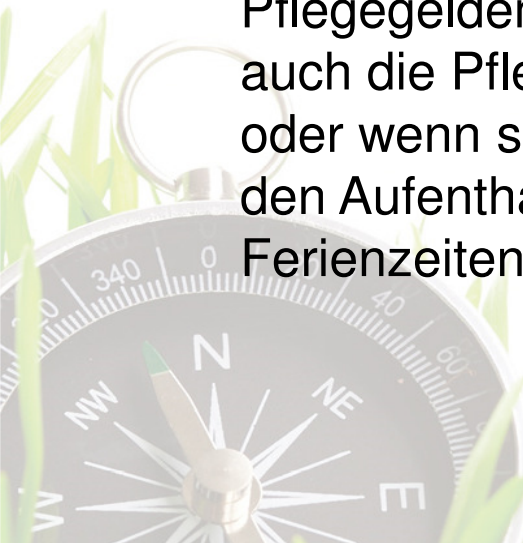
Die Pflege zu Hause Beratungseinsätze

- Die Beratung ist der zuständigen Pflegekasse nachzuweisen. Erfolgt der Nachweis über die Durchführung der Beratung nicht, wird das Pflegegeld angemessen gekürzt.
- Im Wiederholungsfall wird das Pflegegeld sogar entzogen. Als angemessene Kürzung wird eine Kürzung von 50 Prozent des Pflegegeldes angesehen. Die Situation im Einzelfall ist allerdings zu berücksichtigen.
- Da die Nachweise für den Beratungseinsatz kalenderhalbjährlich bei den Pflegegraden 2 und 3 und kalendervierteljährlich bei den Pflegegraden 4 und 5 erbracht werden müssen, wird die Nachweispflicht aus verwaltungspraktikablen Gründen auf das Kalenderhalbjahr bzw. Kalendervierteljahr bezogen.



Die Pflege zu Hause Beratungseinsätze

- Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.
- Auch Pflegebedürftige, welche die Pflegesachleistung beziehen, können halbjährlich einmal einen Beratungseinsatz abrufen. Für diese Personenkreise besteht allerdings keine gesetzliche Verpflichtung hierfür.
- Ebenfalls ist die Inanspruchnahme des Beratungseinsatzes für Pflegegeldempfänger in den Pflegegraden 2 bis 5 dann nicht verpflichtend, wenn auch die Pflegesachleistung (nach § 36 SGB XI) in Anspruch genommen wird oder wenn sich Pflegebedürftige in einer § 43a-Einrichtung aufhalten und nur für den Aufenthalt im Haushalt der Familie am Wochenende oder in den Ferienzeiten ein anteiliges Pflegegeld beziehen.



Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

Pflegesachleistungen und Zuschüsse für Pflegehilfsmittel



Die Pflege zu Hause Pflege-Sachleistungen

- Für Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, gibt es neben der Möglichkeit, Pflegegeld zu beziehen (wenn sie sich z. B. von Angehörigen pflegen lassen), auch die Möglichkeit, Pflege-Sachleistungen zu wählen.
- Gemeint ist die Unterstützung in Form von professioneller Betreuung durch ambulante Pflegedienste. Der Umfang der von den Pflegekassen getragenen Leistungen hängt von der Pflegestufe ab.



Die Pflege zu Hause

Pflege-Sachleistungen

- Die häusliche Pflege durch Pflegedienste oder anerkannte Einzelpflegerkräfte, finanziert im Rahmen der Pflegesachleistungen, umfasst neben der Grundpflege (z. B. Körperpflege, Ernährung, Lagerung) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen) auch die häusliche Betreuung (z. B. persönliche Hilfeleistungen durch Unterstützung zur Orientierung und Gestaltung des Alltags, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte).
- Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben dabei Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots in der häuslichen Pflege



Die Pflege zu Hause Pflege-Sachleistungen

- Pflegesachleistungen lassen sich mit dem Bezug von Pflegegeld kombinieren.
- Werden sie nicht ausgeschöpft, können sie in Höhe von bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags auch für die Finanzierung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote genutzt und dafür umgewidmet werden.



Die Pflege zu Hause

Pflege-Sachleistungen für die häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen seit 2017 Max. Leistungen pro Monat in Euro
-	-	Pflegegrad 1	**
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*)	231	Pflegegrad 2	689
Pflegestufe I	468	Pflegegrad 2	689
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689	Pflegegrad 3	1.298
Pflegestufe II	1.144	Pflegegrad 3	1.298
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298	Pflegegrad 4	1.612
Pflegestufe III	1.612	Pflegegrad 4	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612	Pflegegrad 5	1.995
Härtefall	1.995	Pflegegrad 5	1.995
Härtefall (mit Demenz*)	1.995	Pflegegrad 5	1.995

Die Pflege zu Hause

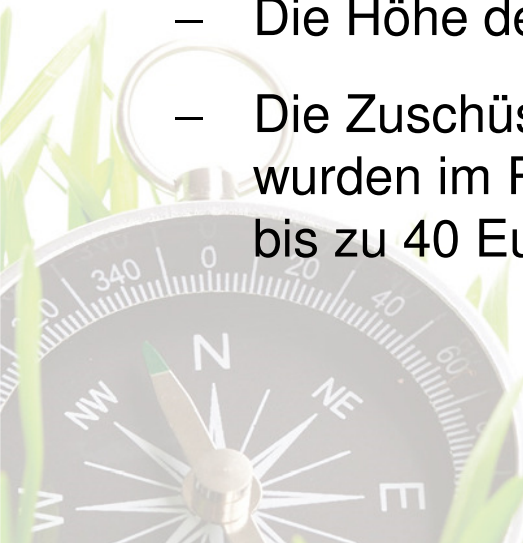
Pflege-Sachleistungen für die häusliche Pflege

- Die Pflege-Sachleistungen der Pflegeversicherung erhalten Pflegebedürftige – wie auch alle anderen Leistungen – nur auf Antrag bei der Pflegekasse.
- Die Höhe der Leistungen hängt vom Pflegegrad ab, den der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen der Begutachtung ermittelt und die von der Pflegekasse zuerkannt wird.



Die Pflege zu Hause Pflege-Hilfsmittel

- Darüber hinaus können Pflegebedürftige Pflegehilfsmittel (z. B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Bettelagen) beantragen, wenn diese zur Erleichterung der häuslichen Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen.
- Möglich für alle Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegeleistungen beziehen.
- Die Höhe der Leistungen durch die Pflegekassen ist unabhängig vom Pflegegrad.
- Die Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln, die für den Verbrauch bestimmt sind, wurden im Rahmen der PSG zuletzt deutlich angehoben von bis zu 31 Euro auf bis zu 40 Euro pro Monat.



Die Pflege zu Hause

Pflege-Hilfsmittel für die häusliche Pflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat in Euro
-	-	Pflegegrad 1	40
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*) Pflegestufe I-III	40	Pflegegrad 2-5	40



Die Pflege zu Hause

Technische Pflege-Hilfsmittel

- Für technische Pflegehilfsmittel wie Pflegebetten oder Rollstühle müssen volljährige Pflegebedürftige einen Eigenanteil von 10 Prozent, jedoch maximal 25 Euro pro Hilfsmittel leisten. Oftmals werden diese auch leihweise von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt, ohne Zuzahlung.
- Die Beantragung von Pflegehilfsmitteln erfolgt bei der Pflegekasse. Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn die Produkte im Pflege-Hilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen gelistet sind.



Die Pflege zu Hause

Pflege-Hilfsmittel

Typische Pflegehilfsmittel

VERBRAUCHSMITTEL

- Desinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe
- Betteinlagen

TECHNISCHE HILFSMITTEL

- Pflegebetten
- Rollstühle
- Hebegeräte
- Polster für die Lagerung
- Notrufsysteme



Die Pflege zu Hause Vertragliche Regelungen

Einzelpflegekräfte/Pflegevertrag (§§ 77, 120 SGB XI)

Pflegebedürftige sind vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer beabsichtigten Leistungsanspruchnahme zu informieren.



Die Pflege zu Hause

Vertragliche Regelungen

Erbringer von Pflegeleistungen

- Ambulante Pflegedienste müssen von den Pflegekassen durch einen Versorgungsvertrag zugelassen sein, wollen sie Leistungen erbringen.
- Einen Überblick über zugelassene Pflegedienste geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, welche die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.



Die Pflege zu Hause

Vertragliche Regelungen

Erbringer von Pflegeleistungen

- Pflegebedürftige können auch Einzelpflegekräfte, z. B. selbständige Altenpflegerinnen und Altenpfleger, mit der häuslichen Pflege beauftragen.
- Die Pflegekassen müssen vertragliche Vereinbarungen mit Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.



Die Pflege zu Hause

Vertragliche Regelungen

- Art, Inhalt und Umfang der Leistungen müssen Pflegebedürftiger und ambulanter Dienst wie auch Einzelpflegekraft in einem Pflegevertrag festlegen.
- Muster-Pflegeverträge bieten beispielsweise die Pflegekassen an. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Pflegekraft und Pflegekasse.



Die Pflege zu Hause Pflege-Sachleistungen– Kombination & Umwidmung



Im Handout besser zu sehen

Die Pflege zu Hause **Pflege-Unterstützung**

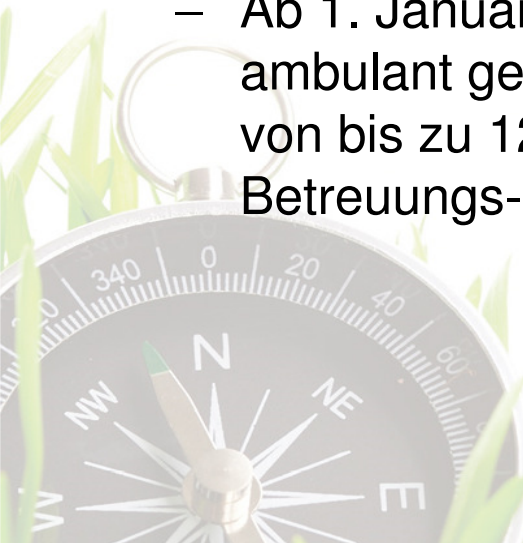
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

- Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können sogenannte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen.
- Diese sollen Pflegebedürftige / pflegende Angehörigen unterstützen, zum Beispiel um eine Betreuung im Alltag sicherzustellen oder zur Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung oder der Organisation des Pflegealltags.
- Ab 1. Januar 2017 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegegrade (1 bis 5), die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser ersetzt die bisherigen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI.



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

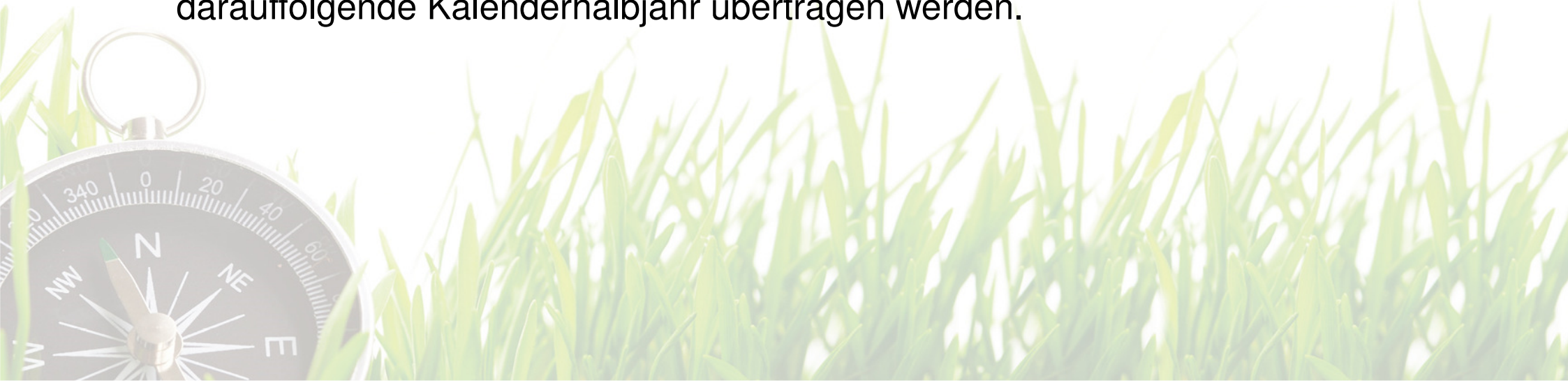
- Keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden.
- Dient z.B. der (Ko-)Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder von Leistungen ambulanter Pflegedienste (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) verwendet werden.
- Außerdem kann er für Leistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden.



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

- Der Entlastungsbetrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, er wird mit den anderen Leistungsansprüchen also nicht verrechnet.
- Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in die Folgemonate bzw. am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge können in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

- Die Palette möglicher Entlastungsleistungen ist dabei bewusst sehr weit gefasst.
- Entlastende Alltagshilfen betreffen Serviceleistungen rund um den Haushalt und die unmittelbare häusliche Umgebung sowie die Organisation des Alltags.
- Beispiele für diese Dienstleistungen können die Hilfe bei der Wohnungsreinigung oder dem notwendigen Wocheneinkauf sein. Die Helferinnen und Helfer können die Pflegebedürftigen auch zu Terminen begleiten oder mit ihnen Anträge und Behördengänge erledigen.



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Die Leistungen

- im Haushalt (z. B. bei der hauswirtschaftlichen Versorgung),
- bei allgemeinen und pflegebedingten Anforderungen des Alltags,
- bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen und
- zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

... dienen damit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, durch welchen den Pflegebedürftigen möglichst lange ein selbstbestimmtes und selbstorganisiertes Leben im eigenen Wohnumfeld ermöglicht werden soll.



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Worauf muss man achten, damit eine Leistung abgerechnet werden kann?

- Anbieter: Für eine Kostenerstattung muss es sich bei den Leistungen um qualitätsgesicherte Betreuungs- oder Entlastungsangebote handeln.
- Leistung: Die Kostenerstattung für Leistungen der Betreuung und Entlastung erfolgt zweckgebunden.
- Abrechnung: Die Ausgaben für diese Angebote müssen bei der Pflegekasse nachgewiesen werden, bevor sie ersetzt werden. Sie dürfen nicht vorschüssig gezahlt werden.
- Pflegebedürft.: Welche Entlastungsangebote zugelassen sind und vor Ort zur Verfügung stehen, erfahren Pflegebedürftige und Angehörige bei ihrer Pflegekasse oder den Pflegestützpunkten in einem Beratungsgespräch.



Die Pflege zu Hause

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

- Die Leistungen für niedrigschwellige Betreuungsangebote können nur von solchen Anbietern und Pflegediensten erbracht werden, die nach Landesrecht und gemäß § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI anerkannt sind.
- Alltagsbegleiterinnen/-begleiter sind zielgruppen- und aufgabengerecht geschulte Personen, die beim Umgang mit den allgemeinen wie pflegebedingten Alltagsanforderungen unterstützen.
- Die Alltagsbegleitung ist darauf ausgerichtet, die Anspruchsberechtigten zu befähigen, trotz ihrer Beeinträchtigung weiterhin möglichst selbständig am Alltag teilhaben zu können. Sie helfen bei der Organisation des Pflegealltags, übernehmen oder ersetzen jedoch nicht die Pflegetätigkeiten.



Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

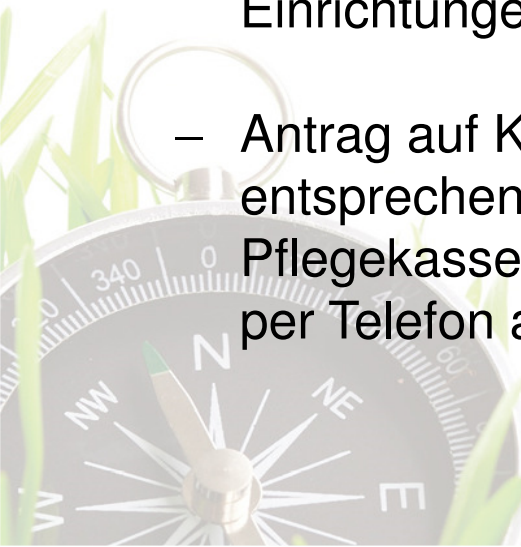
Flexible Kurzzeitpflege



Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

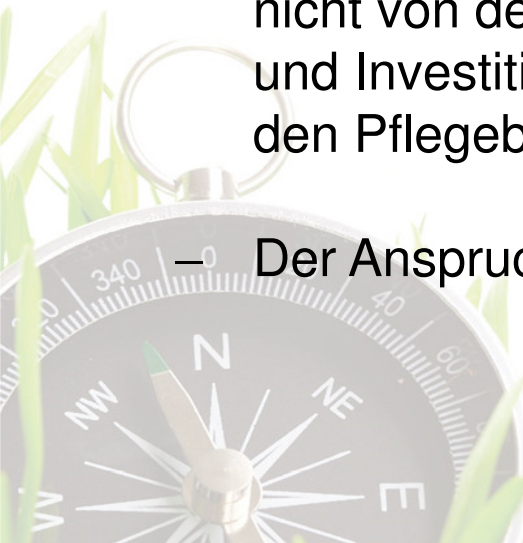
- Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung einer akuten Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.
- Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.
- Antrag auf Kurzzeitpflege wird bei der Pflegekasse gestellt. Die entsprechenden Anträge sind auch dort erhältlich. Oft bieten Pflegekassen auch die Möglichkeit einer mündlichen Antragstellung per Telefon an.



Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

- Die Leistungen der Kurzzeitpflege steht Pflegebedürftigen zur Verfügung, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen.
 - Die Leistungen beinhalten sowohl die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege, aber auch die soziale Betreuung eines Pflegebedürftigen.
 - Wie bei der Langzeitpflege auch, werden die Unterkunfts- und Verpflegungskosten nicht von der Pflegekasse übernommen. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionsaufwendungen oder Zusatzleistungen der Einrichtung müssen von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden.
- Der Anspruch auf Kurzzeitpflege liegt bei vier Wochen pro Kalenderjahr.



Die Pflege zu Hause

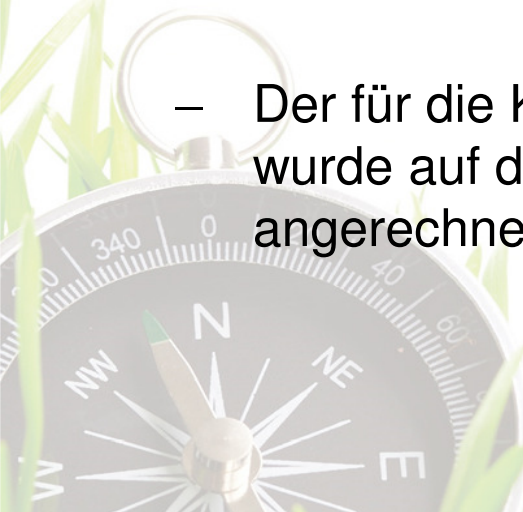
Flexible Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit in Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Kalenderjahr in Euro
-	-	Pflegegrad 1	bis zu 125 einsetzbarer Entlastungsbetrag
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*) Pflegestufe I-III	1.612 für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen bzw. acht Wochen seit 1.1.2016	Pflegegrad 2-5	1.612 Euro für Kosten der Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen

Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

- Seit dem 1. Januar 2015 konnte der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann.
- Dadurch wurde es möglich, den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege maximal zu verdoppeln.
- Parallel konnte auch die Zeit für die Inanspruchnahme von vier auf bis zu acht Wochen ausgeweitet werden.
- Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wurde auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.



Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

- Seit dem 1. Januar 2016 besteht auch ohne Inanspruchnahme des Leistungsbetrages der Verhinderungspflege generell ein Anspruch auf acht Wochen Kurzzeitpflege.
- Auch die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege wurde auf acht Wochen im Jahr ausgeweitet.
- Diese Ansprüche gelten ab 1. Januar 2017 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.



Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

- Kurzzeitpflege können nur Einrichtungen anbieten, die von der Pflegekasse anerkannt / zugelassen sind.
- In der Regel erfolgt die Pflege in einer von der Pflegekasse zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, die auch Kurzzeitpflege anbietet. Diese muss die entsprechenden qualitativen Anforderungen der Pflegekasse für diesen Versorgungsauftrag erfüllen.
- Wenn die Kurzzeitpflege z.B. in einer Einrichtung der Altenpflege nicht möglich ist oder nicht zumutbar geleistet werden kann, ist es im Einzelfall auch möglich, die Leistung in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten in Anspruch zu nehmen. Dies betrifft vor allem pflegebedürftige Kinder und junge Menschen.

Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

- Die Kurzzeitpflege kann auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben.
- Möglich ist es dann, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. So wird ihm die Teilnahme daran erleichtert.



Die Pflege zu Hause

Wie funktioniert flexible Kurzzeitpflege?



Im Handout besser zu sehen

Die Pflege zu Hause

Flexible Kurzzeitpflege

Ergänzung:

- Die Kurzzeitpflege ist in der Leistungshöhe und -dauer begrenzt. Wenn die Kurzzeitpflege jedoch nicht vollständig in Anspruch genommen wird, steht der Rest für einen späteren Zeitraum im Kalenderjahr zur Verfügung (§ 42 Abs. 2 SGB XI).
- Am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege wird volles Pflegegeld gezahlt.



Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

Flexible Verhinderungspflege



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege

- Unter Verhinderungspflege versteht man eine Leistung, die in Anspruch genommen werden kann, wenn die eigentliche Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs, einer Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.
- Die Verhinderungspflege kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, durch ehrenamtliche Pflegepersonen, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen.



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege

- Seit dem 1. Januar 2015 ist eine Ersatzpflege von bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr möglich.
- Außerdem können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden.
- Verhinderungspflege kann dadurch auf maximal 150 Prozent des bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege

- Seit dem 1. Januar 2016 wird auch die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen im Jahr fortgewährt. Ab 1. Januar 2017 stehen die Leistungen der Verhinderungspflege den Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu
- Um Verhinderungspflege beantragen zu können, muss die häusliche davor seit mindestens sechs Monaten durch die Pflegeperson erfolgt sein („Wartezeit“).

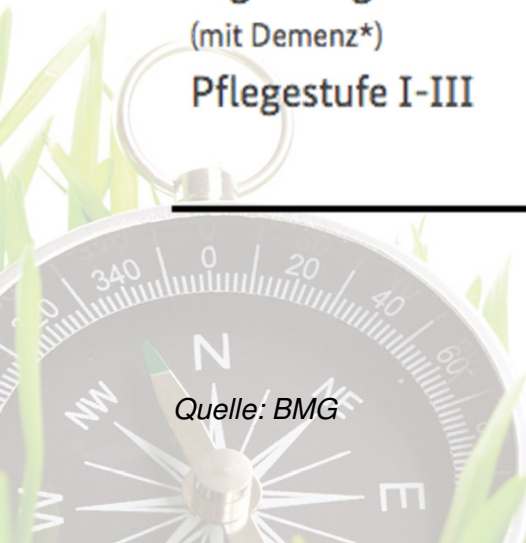


Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Kalenderjahr in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Kalenderjahr in Euro
-	-	Pflegegrad 1	**
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*) Pflegestufe I-III	1.612 für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen	Pflegegrad 2-5	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu sechs Wochen

Quelle: BMG



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege

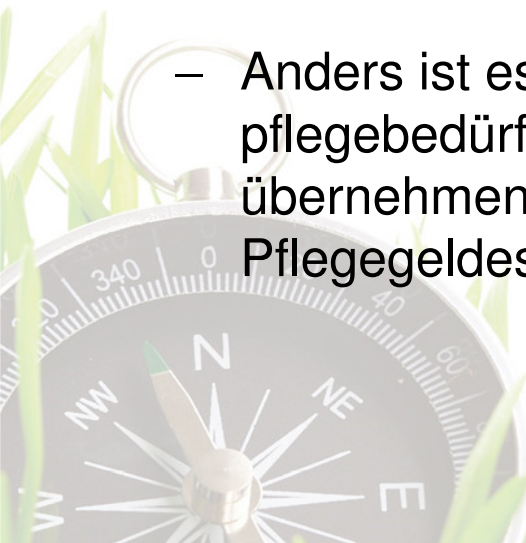
- Die Ersatzpflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.
- Die Leistungen für Verhinderungspflege müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.
- Damit die Kosten für die Verhinderungspflege von der Pflegekasse übernommen werden, müssen Pflegebedürftige die tatsächlich angefallenen Kosten nachweisen.
- Anspruchsvoraussetzung ist jedoch nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird. Auch eine formlose Antragstellung ist möglich.



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege

- In welcher Höhe die Aufwendungen durch die Pflegekasse erstattet werden, hängt davon ab, wer die Ersatzpflege leistet.
- Wird die Pflege von einem ambulanten Pflegedienst, einer stationären Einrichtung, einer Einzelpflegekraft oder ehrenamtlichen Pflegepersonen, die nicht nah mit der pflegebedürftigen Person verwandt sind und nicht mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, übernommen, können bis zu 1.612 Euro in Anspruch genommen werden.
- Anders ist es, wenn nahe Angehörige oder Menschen, die mit der pflegebedürftigen Person in einer Hausgemeinschaft leben, die Pflege übernehmen. In diesem Fall richtet sich die Leistung nach der Höhe des Pflegegeldes.



Die Pflege zu Hause

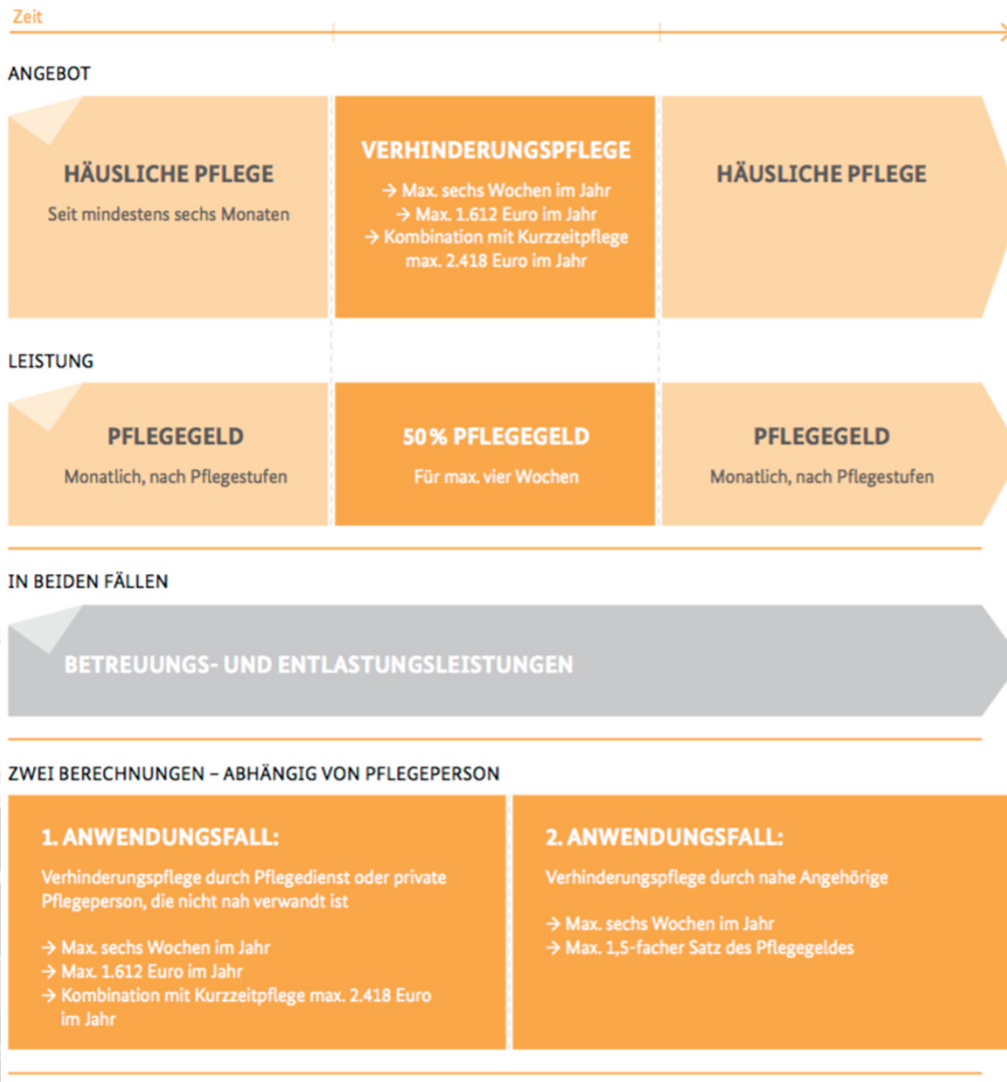
Flexible Verhinderungspflege

- Verhinderungspflege kann von ambulanten Pflegediensten, Einzelpflegekräften, stationären Einrichtungen oder privaten Pflegepersonen durchgeführt werden.
- Eine Übersicht über ambulante Pflegedienste, selbständige Pflegekräfte und stationäre Einrichtungen ist bei den Pflegekassen erhältlich, häufig auch bei Kommunen, Landkreisen und Sozialstationen vor Ort.



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege



Im Handout besser zu sehen

Die Pflege zu Hause

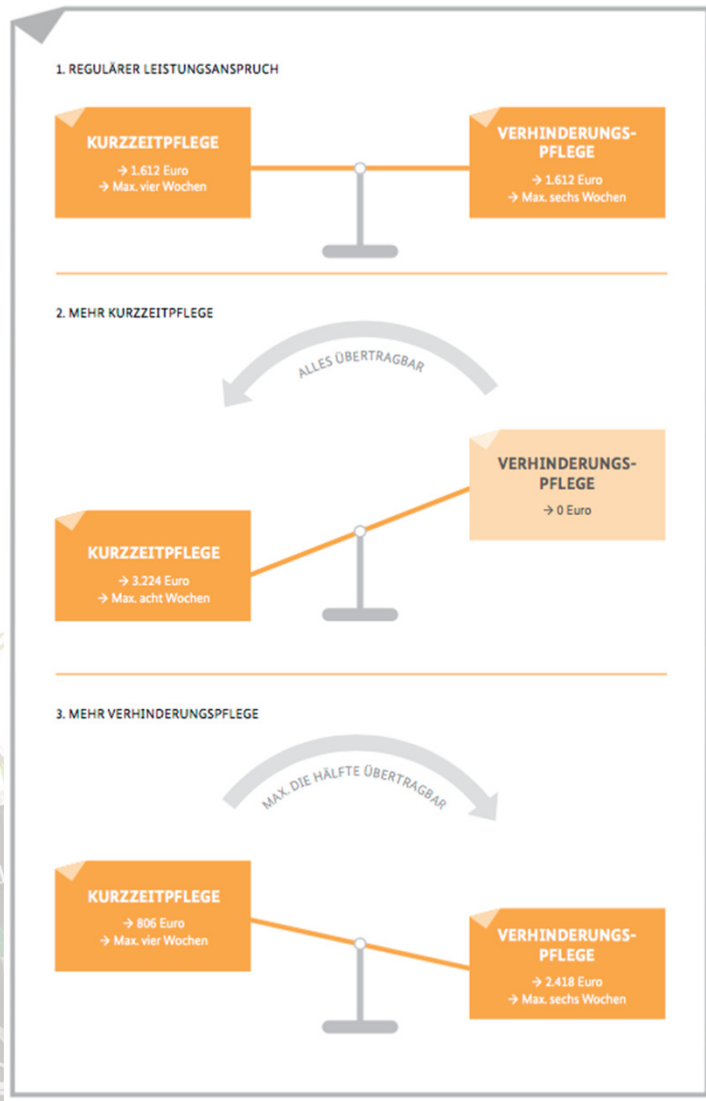
Flexible Verhinderungspflege

- Für Pflegepersonen: Für die Dauer eines Erholungsurlaubes der Pflegeperson werden die Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse weitergezahlt.
- Dadurch bleibt der Rentenanspruch für die Zeit des Urlaubs ungeschmälert bestehen



Die Pflege zu Hause

Flexible Verhinderungspflege



Im Handout besser zu sehen

Die Pflege zu Hause Tages- und Nachtpflege

Flexibilität durch teilstationäre Leistungen Tages- und Nachtpflege



Die Pflege zu Hause

Tages- und Nachtpflege

- Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.
- Pflegebedürftige, die Unterstützung benötigen und deren pflegende Angehörige tagsüber berufstätig sind, können in entsprechenden Einrichtungen Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen.
- Seit dem 1. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegesachleistung/dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden, eine Anrechnung der Leistungen aufeinander erfolgt nicht mehr. Zudem wurde der Anspruch auf Versicherte in der sogenannten „Pflegestufe 0“ erweitert. Ab 1. Januar 2017 haben Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Personen im Pflegegrad 1 können ihren Entlastungsbetrag hierfür einsetzen.

Die Pflege zu Hause

Tages- und Nachtpflege

- Pflegebedürftige Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen nicht allein in ihrer Wohnung leben können, erhalten zeitweise Betreuung und werden körperlich und geistig aktiviert

- Pflegekasse übernimmt
 - Pflegekosten,
 - Aufwendungen der sozialen Betreuung,
 - die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sowie
 - den Transport zwischen Wohnung und Einrichtung

- In der Regel werden Pflegebedürftige zu Hause abgeholt und am Nachmittag oder Abend zurückgebracht.



Die Pflege zu Hause

Tages- und Nachtpflege

- Zusätzlich können Leistungen für Betreuungs- und Entlastungsangebote für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden
- Kosten für Verpflegung müssen Betroffene selbst tragen.
- Außerhalb der Aufenthalte in der Tages- und Nachtpflege werden die Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen und/oder einem ambulanten Pflegedienst zu Hause gepflegt.



Die Pflege zu Hause

Tages- und Nachtpflege

Die komplexen Anrechnungsregelungen, nach denen die Leistungen der Tages- und Nachtpflege bisher mit weiteren ambulanten Pflegesachleistungen teilweise verrechnet wurden, sind seit dem 1. Januar 2015 entfallen.



Die Pflege zu Hause

Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Leistungen pro Monat in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Leistungen pro Monat in Euro
-	-	Pflegegrad 1	bis zu 125 Euro einsetzbarer Entlastungsbeitrag
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*)	231	Pflegegrad 2	689
Pflegestufe I	468	Pflegegrad 2	689
Pflegestufe I (mit Demenz*)	689	Pflegegrad 3	1.298
Pflegestufe II	1.144	Pflegegrad 3	1.298
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.298	Pflegegrad 4	1.612
Pflegestufe III	1.612	Pflegegrad 4	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.612	Pflegegrad 5	1.995

Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

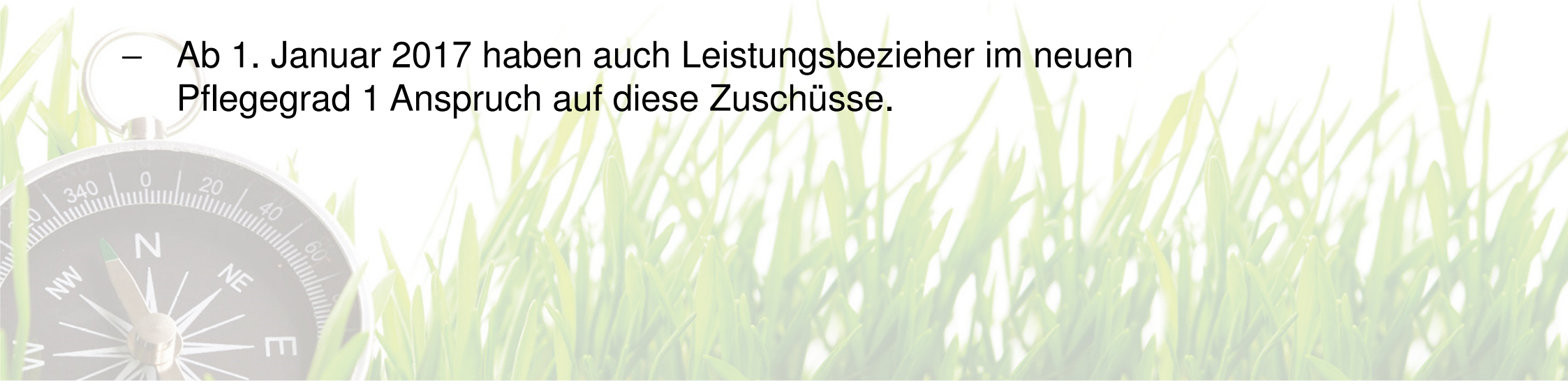
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes



Die Pflege zu Hause

Verbesserung des Wohnumfeldes

- Wenn Versicherte zu Hause gepflegt und betreut werden, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an ihre besonderen Belange anzupassen.
- Hierfür leistet die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse. Diese wurden zum 1. Januar 2015 deutlich angehoben.
- Ab 1. Januar 2017 haben auch Leistungsbezieher im neuen Pflegegrad 1 Anspruch auf diese Zuschüsse.



Die Pflege zu Hause

Verbesserung des Wohnumfeldes

Pflegebedürftigkeit In Stufen	Leistungen seit 2015 Max. Zuschuss je Maßnahme in Euro	Pflegebedürftigkeit In Graden	Leistungen ab 2017 Max. Zuschuss je Maßnahme in Euro
-	-	Pflegegrad 1	4.000
-	-	Pflegegrad 1 wenn mehrere Antragsberechtigte zusammen wohnen	16.000
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*) Pflegestufe I-III	4.000	Pflegegrad 2-5	4.000
sog. "Pflegestufe 0" (mit Demenz*) Pflegestufe I-III wenn mehrere Antragsberechtigte zusammen wohnen	16.000	Pflegegrad 2-5 wenn mehrere Antragsberechtigte zusammen wohnen	16.000

Die Pflege zu Hause Pflege-Unterstützung

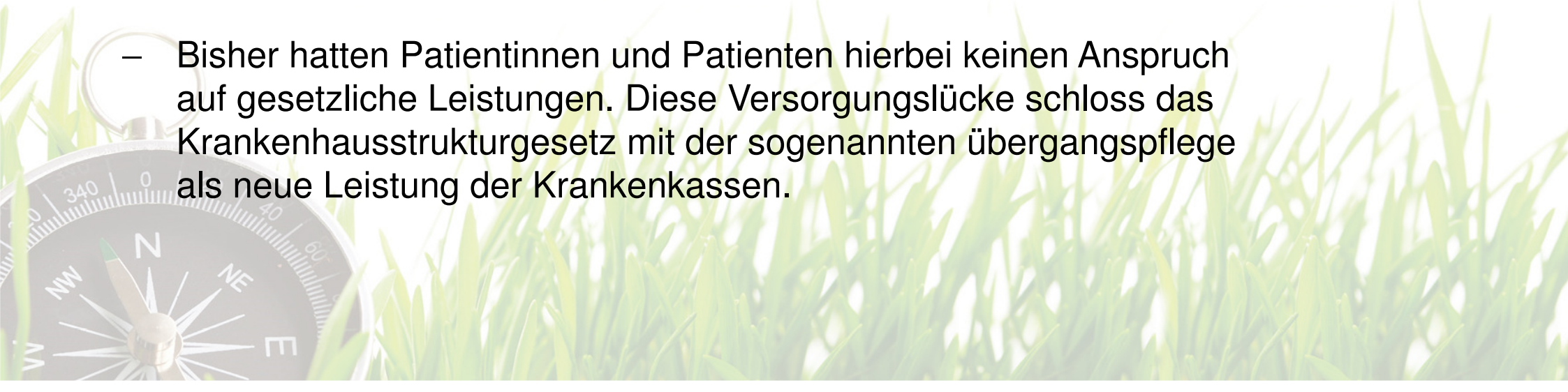
Übergangspflege für Menschen ohne Pflegegrad



Die Pflege zu Hause

Pflegeleistungen ohne Pflegegrad

- Es gibt Situationen, in denen Menschen vorübergehend Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt.
- Dazu gehören zum Beispiel die Hilfsbedürftigkeit nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung.
- Bisher hatten Patientinnen und Patienten hierbei keinen Anspruch auf gesetzliche Leistungen. Diese Versorgungslücke schloss das Krankenhausstrukturgesetz mit der sogenannten Übergangspflege als neue Leistung der Krankenkassen.



Die Pflege zu Hause

Pflegeleistungen ohne Pflegegrad

- Seit 1. Januar 2016 haben Versicherte für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe.
- Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden.
- Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

Die **Krankenkasse** beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege bis zu einem Betrag von jährlich 1.612 Euro.

Vollstationäre Pflege

Leistungen der Pflegeversicherung

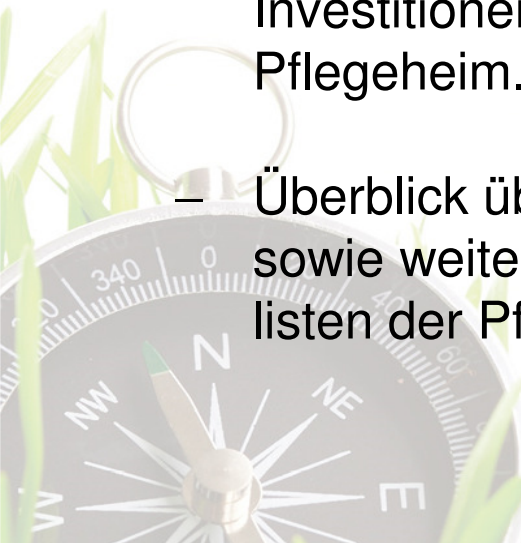
- Pflegekasse übernimmt in einem Pflegeheim für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen pauschalen Sachleistungsbetrag, dessen Höhe vom jeweiligen Pflegegrad abhängt.
- Sachleistung ist für den Pflegeaufwand, die medizinische Behandlungspflege und die Betreuung im Heim bestimmt.
- In der vollstationären Pflege kommt es für die Betroffenen nicht auf die Höhe der Leistungsbeträge an, sondern auf die Höhe des Eigenanteils, der aus eigener Tasche bezahlt werden muss.



Vollstationäre Pflege

Leistungen der Pflegeversicherung

- Der pflegebedingte Eigenanteil stieg bisher mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Dies ist seit 1. Januar 2017 nicht mehr der Fall.
- Alle Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bezahlen in einem Pflegeheim den gleichen pflegebedingten Eigenanteil. Dieser unterscheidet sich zwischen den Pflegeheimen. Hinzu kommen für die Pflegebedürftigen Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen. Auch diese unterscheiden sich von Pflegeheim zu Pflegeheim.
- Überblick über zugelassene Pflegeheime und deren Pflegesätze sowie weitere Kosten = Kostenlose Leistungs- und Preisvergleichslisten der Pflegekassen



Vollstationäre Pflege Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit in Graden	max. Leistungen (pro Monat)
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro



Die Pflege zu Hause Pflegeleistungen

Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige



Die Pflege zu Hause Unterstützungsbedarf der Angehörigen

WINEG WISSEN | 04

Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt

Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen

Beate Bestmann | Elisabeth Wüstholtz | Frank Verheyen



Einige Streiflichter aus der
TK-Pflegestudie

Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

- demographischer Wandel und Anstieg der Zahl von pflegebedürftigen Personen
→ steigender Bedarf an potentiellen Pflegepersonen
- Zukünftig Rückgang der Unterstützung durch informell Pflegende erwartet:
 - Stagnation der Geburten = höhere Erwerbsquote zukünftiger Frauen zusätzlich das Ausmaß des informellen Pflegepotentials
 - Immer mehr Angehörige, die eine häusliche Pflegeaufgabe übernehmen, wollen nicht auf Erwerbstätigkeit verzichten → zukünftig unsichere Rentenentwicklung
 - Aufbruch traditioneller Lebensmodelle
- Jeder Dritte der berufstätigen Angehörigen hat Probleme, Pflege und Beruf unter einen Hut zu bringen.



Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Pflegende Angehörige: je älter, desto pflichtbewusster

Aus diesen Gründen kümmern sich Angehörige um einen Pflegebedürftigen

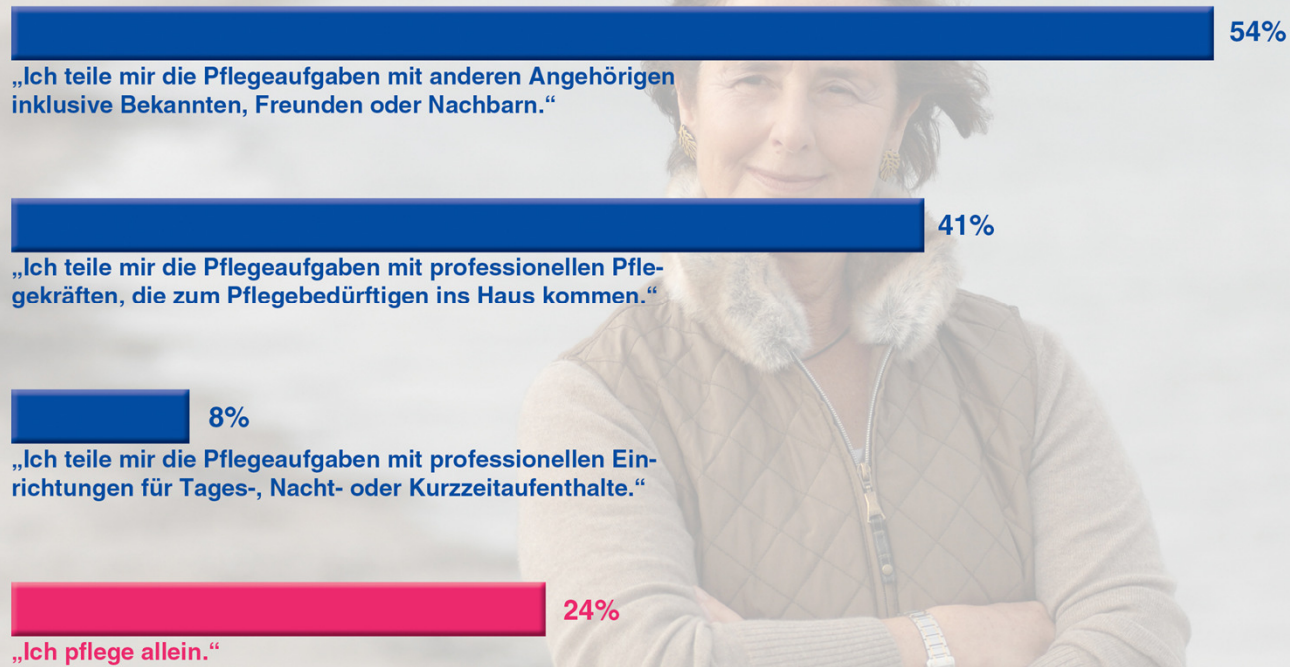


Mehrfachnennungen möglich

Grafik/Quelle: Pflegestudie der Techniker Krankenkasse 2014

Die Pflege zu Hause Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Jeder Vierte pflegt allein



Mehrfachnennungen möglich

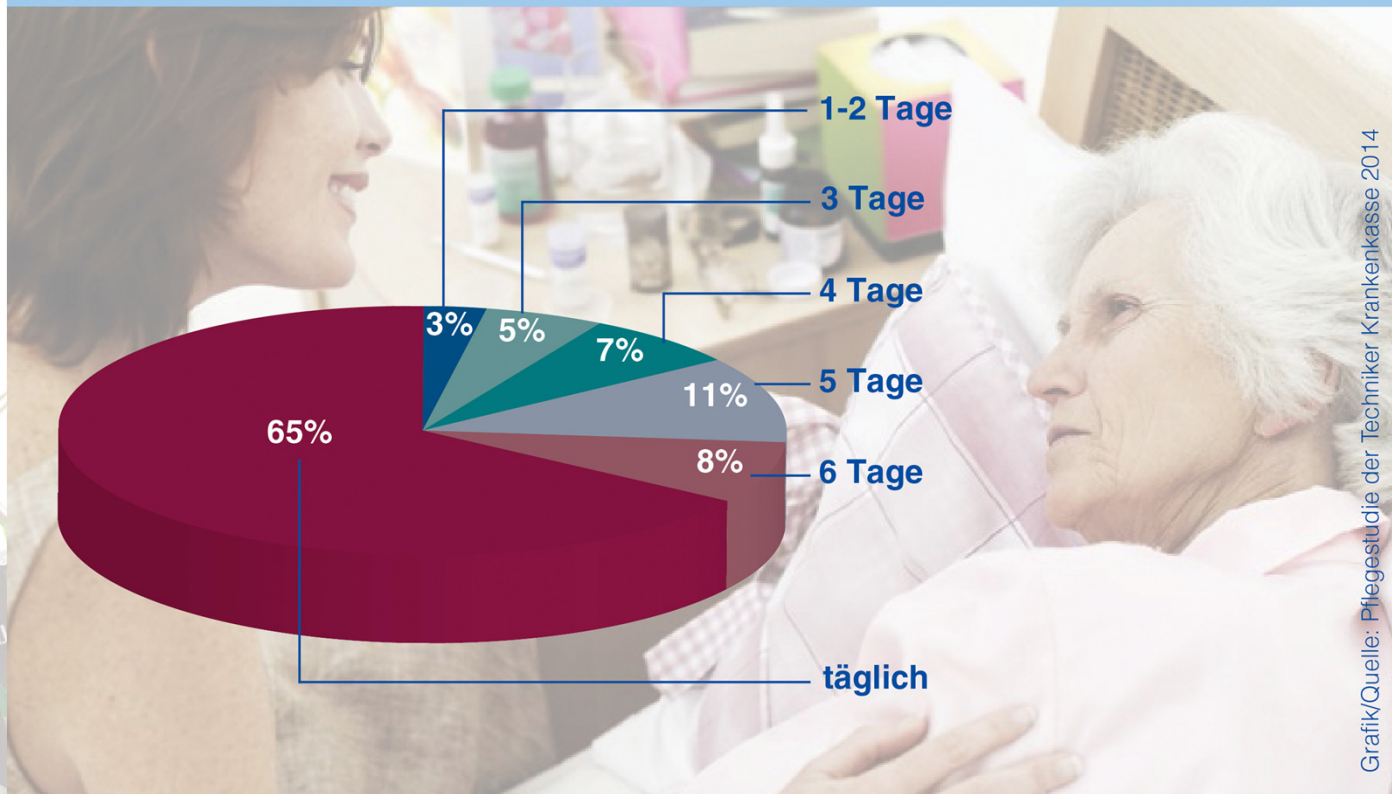
15.03.2018

Grafik/Quelle: Pflegestudie der Techniker Krankenkasse 2014

Die Pflege zu Hause Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Vollzeitjob Pflege: zwei Drittel der pflegenden Angehörigen jeden Tag im Einsatz

So viele Tage pro Woche kümmern sich Angehörige um einen Pflegebedürftigen



GrafikQuelle: Pflegestudie der Techniker Krankenkasse 2014

Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

	Anteil der Befragten, die dieser Aussage zustimmen
Ich empfinde den Kontakt zu der/dem Erkrankten als gut	95%
Ich habe das Gefühl, die Pflege im Griff zu haben	91%
Ich ziehe viel Kraft aus dem Wissen, dass die/der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann	81%
Die von mir geleistete Hilfe wird von anderen anerkannt	76%
Neben der Pflege kann ich meine sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen	69%
Meine Pfllegetätigkeit für die/den Pflegebedürftige/-n hat unser persönliches Verhältnis positiv beeinflusst	64%
Ich empfinde die Pfllegetätigkeit auch als Bereicherung meines eigenen Lebens	49%



Die Pflege zu Hause Unterstützungsbedarf der Angehörigen

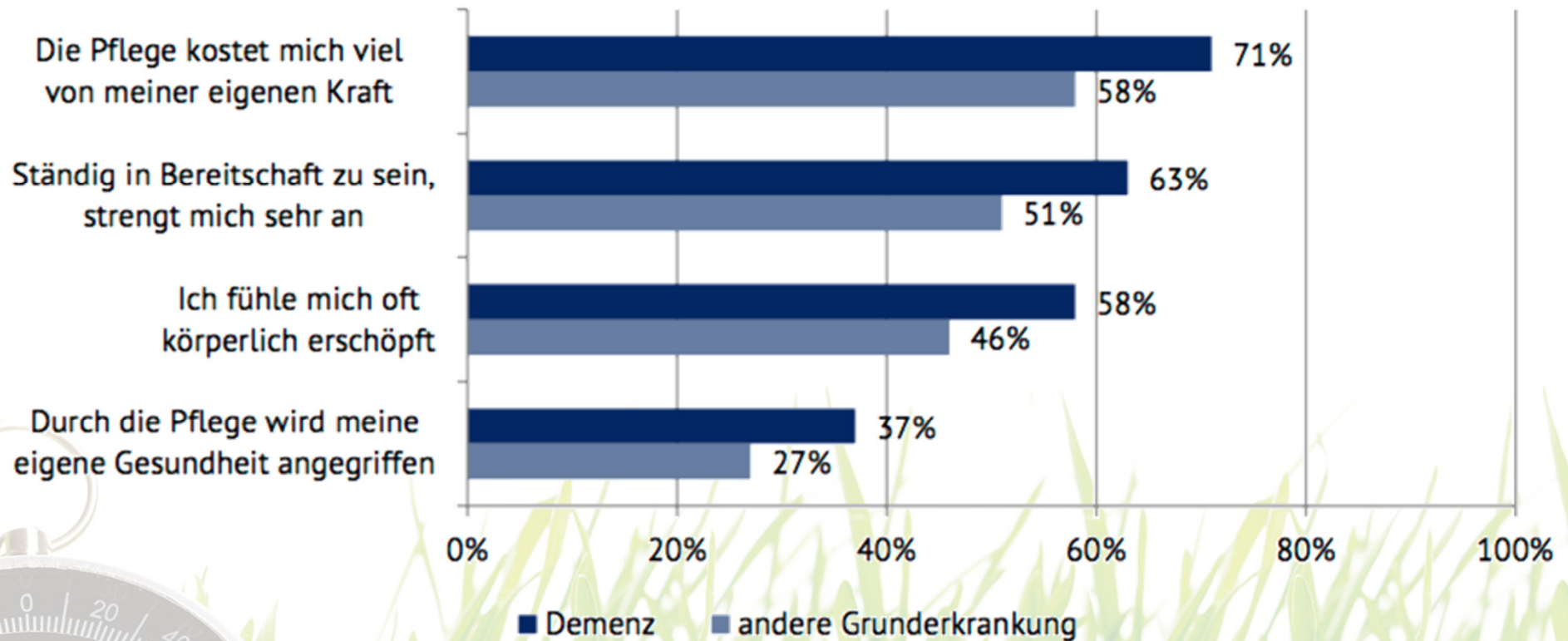
Das belastet pflegende Angehörige



Mehrfachnennungen möglich

Grafik/Quelle: Pflegestudie der Techniker Krankenkasse 2014

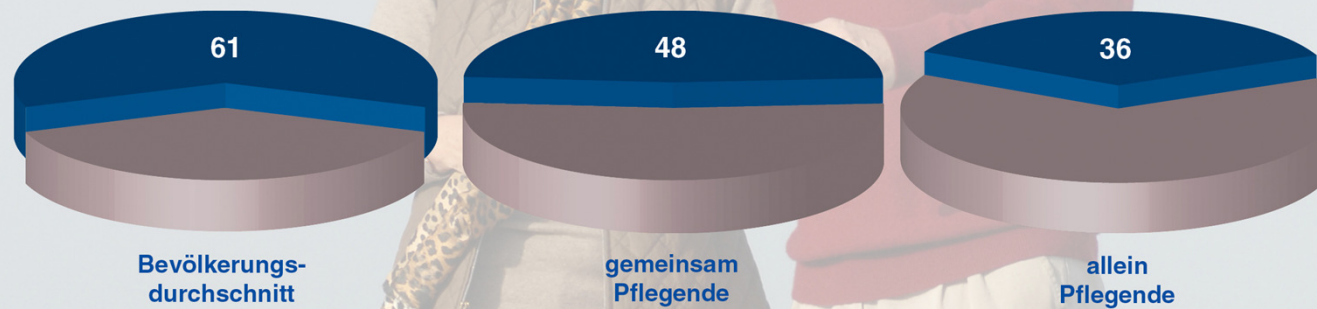
Die Pflege zu Hause Unterstützungsbedarf der Angehörigen



Die Pflege zu Hause Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Allein Pflegende weniger gesund

Von 100 Befragten schätzen so viele ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein



Quelle: TK-Pflegestudie 2014, TK-Meinungspuls Gesundheit

Grafik: Techniker Krankenkasse

Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

- Die Mehrheit der Pflegenden wollte mehr Unterstützung bei der Pflege durch ihre Krankenkasse:
 - 80+ Prozent = Beratung zu Fragen der Pflegeversicherung oder zur Organisation der Pflege sowie zum Kennenlernen neuer Entlastungsmöglichkeiten
 - Rund 70% = Angebote zum Erlernen neuer Pflorgetechniken oder Kurmaßnahmen für Pflegende
 - Rd. sechs von zehn Befragten: Beratung im Umgang mit besonderen Verhaltensweisen des zu Pflegenden (zum Beispiel Aggressivität) oder Unterstützung beim Erlernen von Entspannungstechniken
 - 40+ % Austausch mit anderen Pflegenden und psychologische Beratung



Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

- Verbesserungen der Versorgungsmodelle durch Ausbau einer CaseManagement-Infrastruktur oder Stärkung integrierter Versorgung
- Leitbild der geteilten Verantwortung, wo die Verantwortung für Sorge um Pflegebedürftigen zwischen Professionellen, Angehörigen, Assistenzberufen und Engagierten geteilt wird (ambulant/stationär)



Umsetzung zum Beispiel durch:

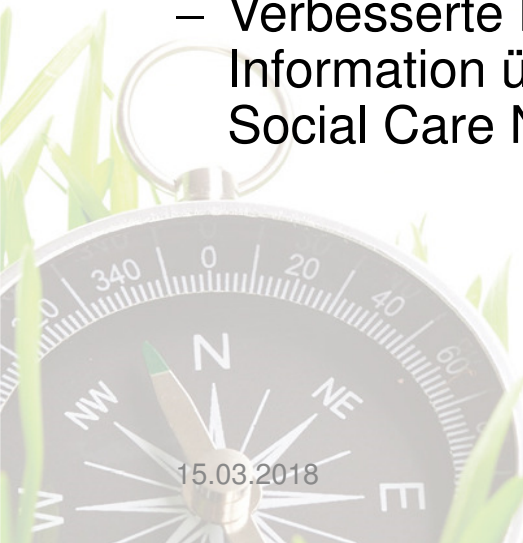
- Onkolotse
- Angehörigen-Coach oder auch
- Social Care Nurse



Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

- Überraschend viele Entlastungs- und Beratungsangebote werden nicht genutzt oder sind nicht bekannt.
- Neue, niedrigschwellige Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (→ Pflegestärkungsgesetz) können keine Impulse setzen, wenn die Betroffenen davon keine Kenntnis erlangen.
- Verbesserte Kommunikation mit der Pflegeperson notwendig und frühzeitige Information über professionelle und regionale Unterstützungsstrukturen (z.B. Social Care Nurse).



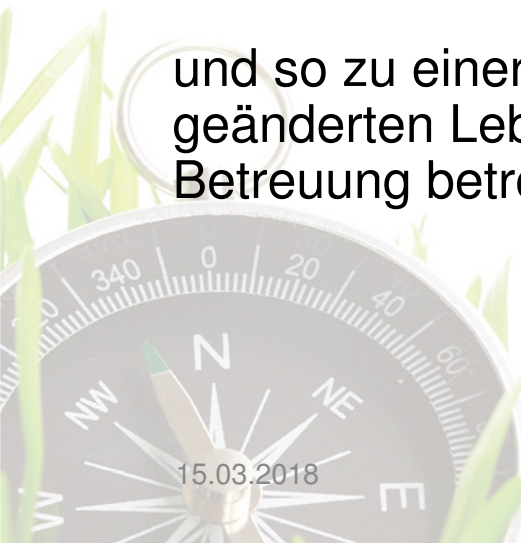
Die Pflege zu Hause

Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Deshalb Social Care Nurses Pflegenden praktische Unterstützung durch Rat und Tat bieten:

- Wissen vermitteln
- praktische Lösungen und Unterstützungsangebote aufzeigen oder
- mentale Unterstützung bieten

und so zu einer Entlastung der Angehörigen und Optimierung der geänderten Lebensumstände beitragen und dadurch auch die Betreuung betroffener Krebspatienten verbessern.



Die Pflege zu Hause

Sozialrechtliche Unterstützungsangebote

- SGB XI - Elftes Sozialgesetzbuch
- PflegeZG - Gesetz über die Pflegezeit - Pflegezeitgesetz
- FPfZG – Familienpflegezeitgesetz

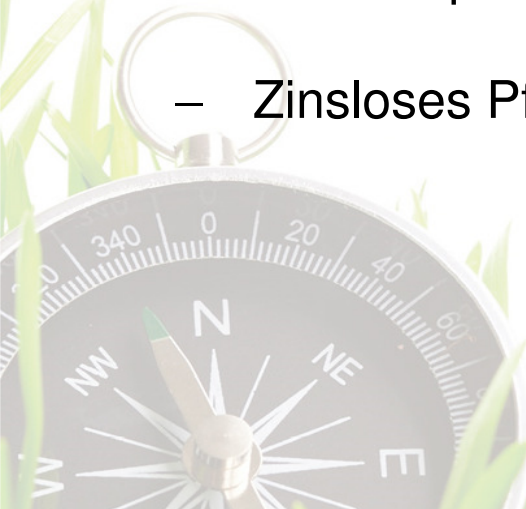
Die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz, die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und das Pflegeunterstützungsgeld ermöglichen es Beschäftigten, den Beruf und die Pflege von Angehörigen zu vereinbaren.



Die Pflege zu Hause

Sozialrechtliche Unterstützungsangebote

- Pflegegeld (§§ 37, 38 SGB XI)
- Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 2 PflegeZG)
- Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a SGB XI)
- Pflegezeit (§§ 3, 4 Pflege ZG)
- Familienpflegezeit (§§ 2, 3 FPfZG)
- Zinsloses Pflege-Darlehen ((§ 3 FPfZG)



Die Pflege zu Hause Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

RECHTSANSPRÜCHE NACH DEM PFLEGEZEITGESETZ (PflegeZG) UND DEM FAMILIENPFLEGEZEITGESETZ (FPFZG)		
<p>WENN SICH EIN AKUTER PFLEGEFALL ERGIBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> → kurzzeitige Auszeit von bis zu zehn Arbeitstagen für den Akutfall → Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung) für eine pflegebedürftige Person 	<p>WENN SIE EINE ZEIT LANG GANZ ODER TEILWEISE AUS DEM JOB AUSSTEIGEN MÖCHTEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> → bis zu sechs Monate Pflegezeit (vollständige oder teilweise Freistellung) für die häusliche Pflege und für die Betreuung einer oder eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen → bis zu drei Monate für die Begleitung in der letzten Lebensphase → zinsloses Darlehen 	<p>WENN SECHS MONATE NICHT AUSREICHEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> → bis zu 24 Monate Familienpflegezeit (teilweise Freistellung) für die häusliche Pflege und für die Betreuung einer oder eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen → zinsloses Darlehen
§ 2 PflegeZG § 44a SGB XI	§ 3 PflegeZG	§§ 2 und 3 FPFZG
PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSGELD	PFLEGEZEIT	FAMILIENPFLEGEZEIT
Ohne Ankündigungsfrist	Ankündigungsfrist zehn Tage	Ankündigungsfrist acht Wochen
Unabhängig von der Betriebsgröße	Nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten	Nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten (ohne zur Berufsbildung Beschäftigte)
KÜNDIGUNGSSCHUTZ		
ERWEITERUNG DES BEGRIFFS DER NAHEN ANGEHÖRIGEN		

Quelle: BMFSFJ (2015): Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf - neue gesetzliche Regelungen seit 1. Januar 2015, S. 11.

Gesetzliche
Regelungen seit dem
1. Januar 2015

Im Handout besser zu sehen

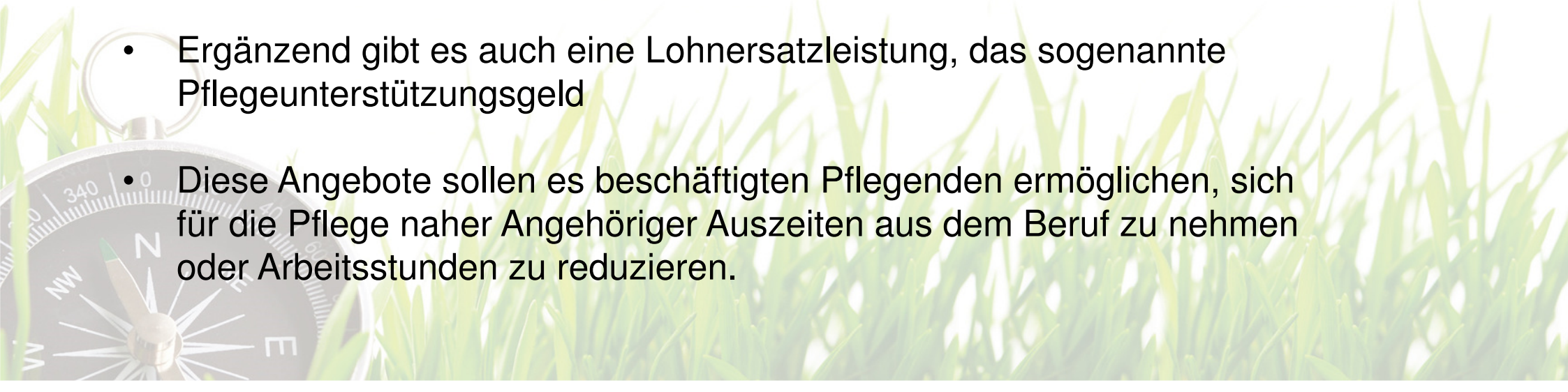
Die Pflege zu Hause Pflegeleistungen

- Tritt der Pflegefall ein, will ein Großteil der Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden bleiben.
- Werden Pflegebedürftige zu Hause dann von nahen Angehörigen gepflegt, gibt es neben der finanziellen Unterstützung durch Pflegegeld (an den Pflegebedürftigen gezahlt) verschiedene weitere Leistungen für pflegende Angehörige.



Die Pflege zu Hause Pflegeleistungen

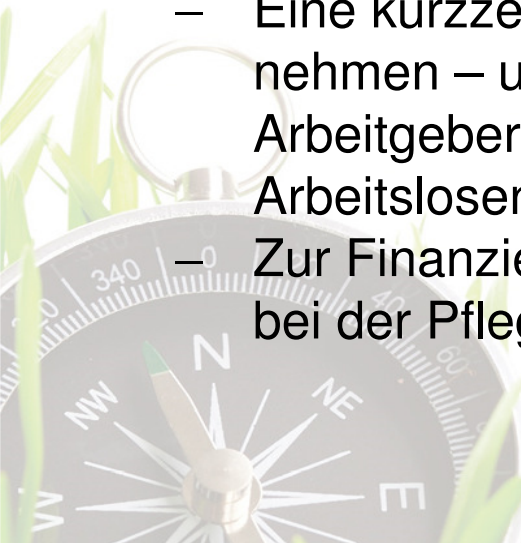
- Um eine Pflege von nahen Angehörigen zu organisieren oder selbst zu leisten, können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Rechtsansprüchen auf (teilweise oder vollständige) Freistellung vom Beruf Gebrauch machen.
- Dazu gehören die kurzzeitige Arbeitsverhinderung, die Pflegezeit und die Familienpflegezeit. Die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme hängt zum Teil von der Betriebsgröße ab.
- Ergänzend gibt es auch eine Lohnersatzleistung, das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld
- Diese Angebote sollen es beschäftigten Pflegenden ermöglichen, sich für die Pflege naher Angehöriger Auszeiten aus dem Beruf zu nehmen oder Arbeitsstunden zu reduzieren.



Die Pflege zu Hause

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

- Wird die beziehungsweise der nahe Angehörige einer oder eines Beschäftigten akut pflegebedürftig, besteht das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für die betroffene Person eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.
- Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden.
- Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen – unabhängig von der Anzahl der bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.
- Zur Finanzierung erhalten sie ein sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld, das bei der Pflegeversicherung der zu pflegenden Person beantragt werden muss.



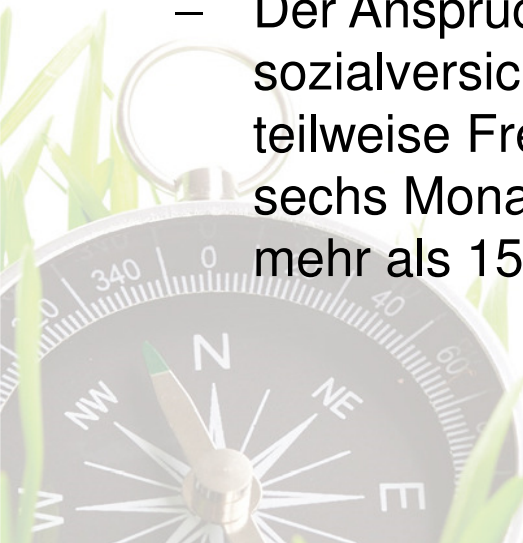
Die Pflege zu Hause

Pflegeunterstützungsgeld

- Als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade.
- Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt.
- Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten derselben bzw. desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt.

Die Pflege zu Hause Pflegezeit

- Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase.
- Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung für die Dauer von bis zu sechs Monaten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.



Die Pflege zu Hause Pflegezeit

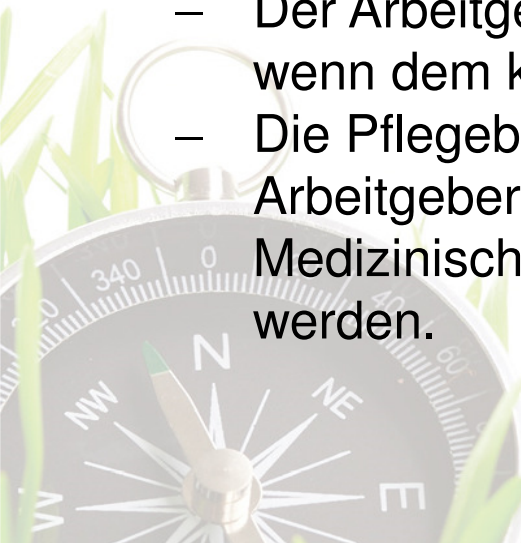
- Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Partnerinnen und Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Partnerinnen und Partner einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder (auch des Ehegatten oder Lebenspartners), Schwiegerkinder und Enkelkinder.



Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Was muss beachtet werden?

- Wenn Pflegezeit in Teilzeit in Anspruch genommen werden soll, müssen die Arbeitsvertragsparteien eine Vereinbarung treffen.
- Die Pflegezeit muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Arbeitstage, bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden.
- Die schriftliche Ankündigung beinhaltet auch die Angabe über den Zeitraum sowie den Umfang der Pflegezeit. Bei einer teilweisen Freistellung ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.
- Der Arbeitgeber hat den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, wenn dem keine dringenden betrieblichen Gründe entgegenstehen.
- Die Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen muss dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.



Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Vorzeitige Beendigung

- Grundsätzlich gilt: Die Pflegezeit kann nur mit Zustimmung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden.
- Ausnahmen: Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen, wenn die gepflegte Person verstirbt, in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss oder die häusliche Pflege der beziehungsweise des nahen Angehörigen aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar wird.



Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Kündigungsschutz

- Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Pflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz.
- Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige oberste Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.



Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Soziale Absicherung

- Der Kranken und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit regelmäßig eine Familienversicherung besteht. Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen. Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung für alle Pflegegrade den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegekasse übernommen. Eine private Kranken- und Pflegepflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Auf Antrag übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person in allen Pflegegraden den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Soziale Absicherung

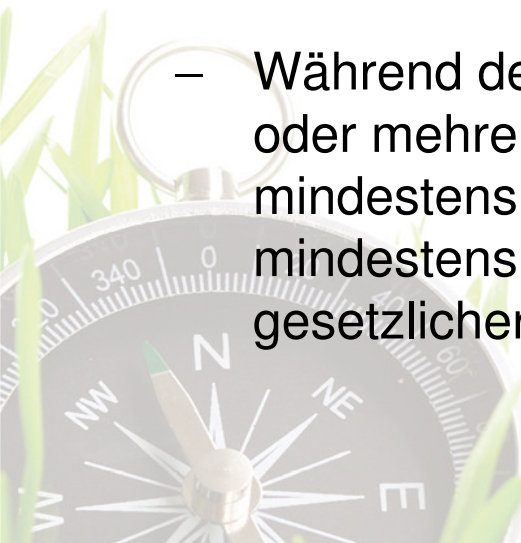
- Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Wird die Arbeitszeit während der Pflegezeit lediglich reduziert, zahlt die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber zudem die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.



Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Soziale Absicherung

- Auch in der Arbeitslosenversicherung ist die Pflegeperson während der Pflegezeit versicherungspflichtig, wenn sie einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in einem zeitlichen Umfang von mindestens zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegt. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson in der Arbeitslosenversicherung bereits unmittelbar vor Aufnahme der Pfl egetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte.
- Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.



Die Pflege zu Hause

Pflege-/Familienpflegezeit – Förderung

- Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen; dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Familienpflegezeit.
- Das Darlehen zur besseren Absicherung des Lebensunterhalts kann beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden (www.bafza.de). Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab. Auf entsprechenden Antrag kann auch eine niedrigere monatliche Darlehensrate in Anspruch genommen werden (Mindesthöhe 50 Euro).



Die Pflege zu Hause

Pflege-/Familienpflegezeit – Förderung

- In Fällen, in denen eine vollständige Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch genommen wird, ist die Darlehensrate im Übrigen auf den Betrag begrenzt, der bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit während der Familienpflegezeit von 15 Wochenstunden zu gewähren ist.
- Sofern in kleineren Unternehmen kein Anspruch auf Freistellung besteht, kann eine Freistellung auf freiwilliger Basis mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber vereinbart werden. In diesem Fall besteht ebenfalls Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen.



Die Pflege zu Hause

Pflegezeit – Kombination mit Familienpflegezeit

- Alle Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz können miteinander kombiniert werden. Sie müssen aber nahtlos aneinander anschließen.
- Ihre Gesamtdauer beträgt höchstens 24 Monate. Die jeweiligen Ankündigungsfristen sowie die unterschiedlichen Ansprüche je nach Größe des Arbeitgebers sind zu beachten.



Die Pflege zu Hause Familienpflegezeit

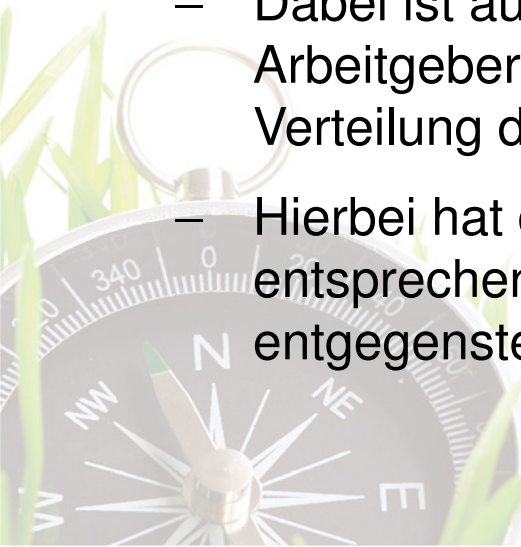
- Mit der Familienpflegezeit haben Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf eine bis zu 24-monatige Reduzierung der Wochenarbeitszeit (Mindestarbeitszeit: 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres), um nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen (Pflegegrade 1-5).
- Der Rechtsanspruch gilt auch für die Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger naher Angehöriger (auch außerhäuslich) nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz.



Die Pflege zu Hause

Familienpflegezeit

- Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.
- Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen. Gleichzeitig ist zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll.
- Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Arbeitgeber und Beschäftigte haben über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.
- Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe dem entgegenstehen.



Die Pflege zu Hause

Familienpflegezeit - Kündigungsschutz

- Die Beschäftigten genießen von der Ankündigung – höchstens jedoch ab zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn – bis zur Beendigung der Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz einen besonderen Kündigungsschutz.
- Eine Kündigung ist dann nur in besonderen Ausnahmefällen möglich. Ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, entscheidet die jeweils zuständige Landesbehörde für Arbeitsschutz oder die von ihr bestimmte Stelle.



Die Pflege zu Hause

Familienpflegezeit – Soziale Absicherung

- Während der Familienpflegezeit zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.
- Zusätzlich überweist die Pflegekasse der Rentenversicherung während der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand für eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt.



Die Pflege zu Hause

Familienpflegezeit – Soziale Absicherung

- Die Rentenansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades der zu pflegenden Person, sodass sie im Ergebnis je nach Pflegegrad ein Niveau erreichen können, das einer Vollbeschäftigung entspricht. Auskünfte, wie sich die Familienpflegezeit auf die Höhe des Rentenanspruchs im Einzelfall auswirkt, erteilt der zuständige Rentenversicherungsträger.
- Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.



Die Pflege zu Hause

Übersicht der Rechtsansprüche

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung von bis zu 10 Arbeitstagen	Bis zu 6 Monate dauernde vollständige oder teilweise Freistellung –Pflegezeitgesetz-	Bis zu 24 Monate dauernde teilweise Freistellung - Familienpflegezeitgesetz -
<ul style="list-style-type: none"> - Organisation einer akuten Pflegesituation - Pflegebedürftiger voraussichtlich die Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erfüllen - ohne Ankündigungsfrist der Arbeit fernbleiben - Lohnersatzleistung – Pflegeunterstützungsgeld (bei der Pflegeversicherung des Angehörigen zu beantragen) 	<ul style="list-style-type: none"> - wenn ein pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung zu pflegen - minderjährige, pflegebedürftige nahe Angehöriger, auch in außerhäuslicher Umgebung - für die Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase - mindestens Pflegegrad 1 - zinsloses Darlehen (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben) - Zahlung und Rückzahlung in monatlichen Raten - - gegenüber Arbeitgebern mit 15 und mehr Beschäftigten 	<ul style="list-style-type: none"> - wenn nahe Angehörige länger pflegebedürftig sind - zinsloses Darlehen - Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden - befristete Teilzeitanpruch - „Blockmodell“ = flexible Aufteilung ihrer Arbeitszeit; geforderte Mindestarbeitszeit muss nur im Durchschnitt eines Jahres vorliegen - gegenüber Arbeitgebern mit 25 und mehr Beschäftigten.

Die Pflege zu Hause

Übersicht der Rechtsansprüche

Ankündigungsfristen

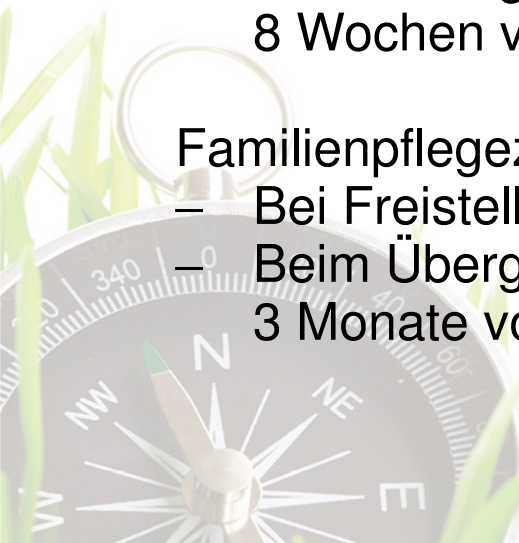
- Die Ankündigungsfristen für Beschäftigte richten sich nach Art und Länge der Auszeit.

Pflegezeitgesetz

- von bis zu 6 Monaten: 10 Arbeitstage
- 10 Arbeitstage
- Beim Übergang von der Familienpflegezeit in die Pflegezeit: spätestens 8 Wochen vor Beginn

Familienpflegezeitgesetz

- Bei Freistellung von bis zu 24 Monaten: 8 Wochen
- Beim Übergang von der Pflegezeit in die Familienpflegezeit: spätestens 3 Monate vor Beginn



Die Pflege zu Hause Übersicht der Rechtsansprüche

Kündigungsschutz

... besteht von der Ankündigung – höchstens jedoch 12 Wochen vor dem angekündigten Termin - bis zum Ende der Auszeit Kündigungsschutz.

Erweiterung der Gruppe der nahen Angehörigen

Der Rechtsanspruch umfasst nun die Pflege von Großeltern und Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartnern, Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwistern sowie von Kindern, Adoptiv- oder Pflegekindern, den Kindern, Adoptiv- oder Pflegekindern des Ehegatten oder Lebenspartners, der Schwiegerkinder und Enkelkinder sowie Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwäger und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften.

Häufige Fragestellungen bei Krebs Unterstützung

Sozialrechtliche Fragen in der Onkologie



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Soziale Arbeit in der Onkologie

- Die Diagnose "Krebs" trifft viele Menschen plötzlich und unerwartet. Das Leben verändert sich mit einem Schlag. Alle Lebensziele, Inhalte und Werte werden in Frage gestellt.
- Bei der Behandlung von Krebs-Patienten steht zunächst die medizinische Versorgung im Vordergrund. Doch Betroffene brauchen nicht nur die bestmögliche medizinische Therapie, sondern auch seelische und soziale Begleitung.



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Soziale Arbeit in der Onkologie

- Krebsberatungsstellen helfen bei Fragen, die sich aus der veränderten Lebenssituation nach der Diagnose Krebs ergeben und die über rein medizinische Inhalte hinausgehen.
- Das Angebot einer Krebsberatung wird in Deutschland von verschiedenen Trägern gemacht. Sie unterhalten in vielen Städten Beratungsstellen und arbeiten nicht kommerziell. Ihre Angebote unterscheiden sich zwar. Aber alle Krebsberatungsstellen verstehen sich als Ansprechpartner für Krebspatienten und ihre Angehörigen - sie wollen zu einer möglichst guten Lebensqualität Betroffener beitragen.



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Psychosoziale Erstberatung in NRW

- Eine Tumorerkrankung wirft für Betroffene nicht nur medizinische Fragen auf.
- Oft müssen auch versicherungsrechtliche Angelegenheiten geklärt werden. Doch wer hilft weiter, wenn es um die Therapiekosten geht? Wer unterstützt bei der Beantragung einer Rehabilitation? Wie können sich Angehörige bei der Pflege helfen lassen? Welche Rechte hat man als Krebspatient am Arbeitsplatz? Wer kennt sich aus mit dem Thema Schwerbehinderung und in Rentenfragen? Informationen erhalten Krebspatienten bei den nachfolgend aufgeführten Institutionen.
- Viele Krebsberatungsstellen in Deutschland beraten entweder selbst zu sozialrechtlichen Fragen, oder sie verweisen an Ansprechpartner vor Ort und helfen bei der Terminvereinbarung. Krebsberatungsstellen werden von unterschiedlichen Trägern unterhalten.

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Soziale Arbeit in der Onkologie

Praktische Erfahrungen der Onkolotsen in 7 Bundesländern bestätigten

- Sozialrechtliche Fragen haben bei einer Krebserkrankung große Bedeutung
- Schnell kann eine Krebserkrankung auch zu einem finanziellen Risiko werden
- Patienten sind bei der parallelen Bewältigung sowohl ihrer Erkrankung als auch der damit verbundenen z.B. sozialrechtlichen Fragestellungen häufig überfordert
- Kompetente Unterstützung ist hier notwendig und vielfach gewünscht
- Achtung: Immer auch die Lotsenfunktion der Social-Care-Nurses beachten. Nicht alles kann/muss immer gleich selbst beantwortet werden. Bei komplizierten Fällen oder eigener Unsicherheit lieber Verweis an Experten für sozialrechtliche Fragestellungen als falsche bzw. ungenaue Aussagen.

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Soziale Arbeit in der Onkologie

Beraten – Vermitteln - Begleiten

- Psychosoziale Beratung in der Onkologie bieten neben den Landeskrebsgesellschaften in den einzelnen Bundesländern auch verschiedene weitere Träger an.
- In Nordrhein-Westfalen existiert so z.B. der Qualitätsverbund Krebsberatung NRW. Er ist ein Zusammenschluss ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen unter Federführung der Krebsgesellschaft NRW und in Kooperation mit dem Bereich Forschung und Entwicklung im Verein Lebenswert, am Centrum für Integrierte Onkologie an der Universitätsklinik Köln.
- Der Verbund bietet eine langfristig angelegte, trägerübergreifende Plattform zur strukturierten Umsetzung anerkannter Qualitätskriterien und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten psychosozialen Krebsberatung.

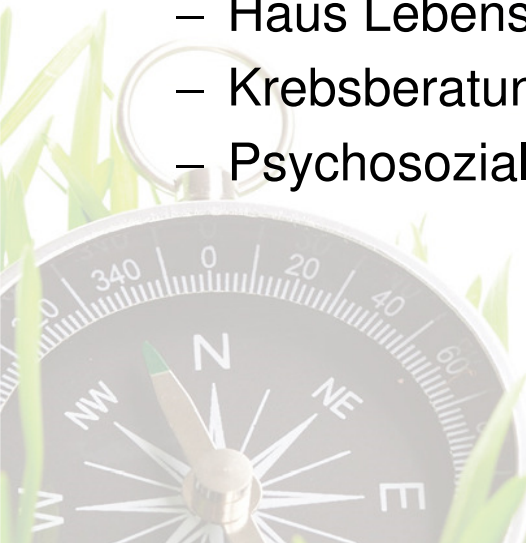
Häufige Fragestellungen bei Krebs

Qualitätsverbund Krebsberatung NRW

Partner im Verbund

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen des Landes NRW *(Stand 2016)*

- Beratungsstelle für Krebsbetroffene e.V., Bochum
- Krebsberatung für Erkrankte und Angehörige, Düsseldorf
- Krebsberatung für Betroffene, Angehörige und Interessierte, Parisozial, Essen
- Krebsberatungsstelle des Kreises Herford, Herford
- Haus LebensWert e.V., Köln
- Krebsberatungsstelle der Tumor-Netzwerk im Münsterland e.V., Münster
- Psychosoziale Krebsberatungsstelle e.V., Wuppertal



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Qualitätsverbund Krebsberatung NRW

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
Volmerswerther Straße 20, 40221 Düsseldorf
(verantwortlich: Anna Arning)

LebensWert e.V.
Bereich: Forschung und Entwicklung
Klinik I für Innere Medizin am Centrum für Integrierte Onkologie der Universität Köln
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
(verantwortlich: PD Dr. Michael Kusch, Hildegard Labouvie, Dipl.-Psych.)

Institut für medizinische Statistik, Information und Epidemiologie (IMSIE) der Universität Köln
Schwerpunkt Softwareentwicklung u. Statistik für die psychoonkologische
Versorgungsforschung (SSPV)
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
(verantwortlich: Markus Daus, Prof. Dr. Martin Hellmich)

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Psychosoziale Erstberatung in NRW

Psychosoziale Erstberatung bei Krebs für Nordrhein-Westfalen durch die Krebsgesellschaft NRW

Telefonisch: 02 11 / 30 20 17 57

Mo. 09:00 bis 13:30 Uhr

Do. 13:30 bis 17:00 Uhr



Schriftlich:

Krebsgesellschaft NRW

Volmerswerther Straße 20

40221 Düsseldorf

Telefax: 02 11 / 30 32 63 46

E-Mail: beratung@krebsgesellschaft-nrw.de

Häufige Fragestellungen bei Krebs Krebsberatung in NRW

Krebsberatung Düsseldorf
für Erkrankte und Angehörige

Fleher Straße 1
40223 Düsseldorf (Bilk)

Telefon: 02 11 – 30 20 17 57

Telefax: 02 11 – 30 32 63 46

E-Mail: info@krebsberatungduesseldorf.de



Häufige Fragestellungen bei Krebs

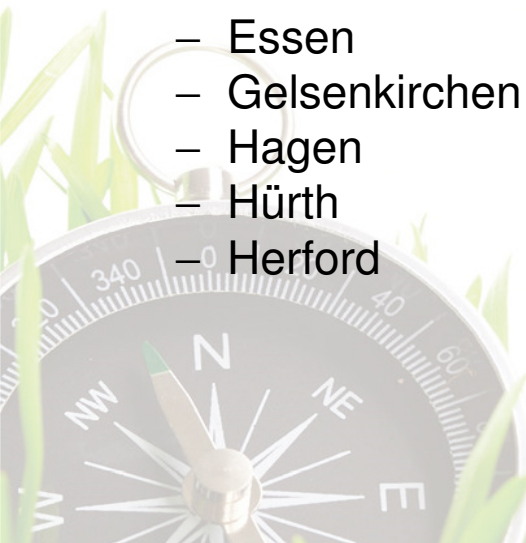
Psychosoziale Erstberatung in NRW

In NRW gibt es noch weitere Krebsberatungsstellen

- Aachen
- Bielefeld
- Bochum
- Bonn
- Düsseldorf
- Duisburg
- Erftstadt
- Essen
- Gelsenkirchen
- Hagen
- Hürth
- Herford
- Köln
- Krefeld
- Leverkusen
- Minden
- Mönchengladbach
- Münster
- Paderborn
- Siegburg
- Solingen
- Werne
- Wuppertal

Eine direkte Verlinkung zu diesen Krebsberatungsstellen finden sie auf der Seite der Krebsgesellschaft NRW unter

http://www.krebsgesellschaft-nrw.de/d_beratung/b_beratung



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Welche Unterstützung gibt es?

Beraten – Vermitteln – Begleiten

- Unterstützung und Beratung in Lebenskrisen (psychosoziale Beratung) in allen Phasen der Erkrankung, von der Erstdiagnose, über die Behandlung und Nachsorge, ein mögliches Fortschreiten der Erkrankung bis hin zu einer Palliativphase.
- Angebot richtet sich an alle onkologischen Patienten, egal welche Krebserkrankung, welchen Alters, sozialer Situation und Herkunft.
- Unterstützung ist kostenlos für die Betroffenen.



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Welche Unterstützung gibt es?

Beratung, umfasst z.B.

- ... Fragen des Umgangs mit Unsicherheiten und Ängsten
- ... Herausforderungen bei der Neuordnung des Alltags in Familie und Beruf
- ... die Kommunikation in der Familie, in der Partnerschaft oder im Freundeskreis
- ... die Umgestaltung bzw. Neugestaltung von Lebensplänen



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Welche Unterstützung gibt es?

Vermittlung, umfasst z.B. die Information über die Arbeit von

- ... Selbsthilfegruppen
- ... ambulanten Diensten
- ... medizinischen, therapeutischen und sozialen Einrichtungen
- ... weiteren relevanten Ansprechpartnern

sowie die Weitergabe von Kontaktdaten und/oder die Abstimmung von Terminen bei den Partnern für die Betroffenen.

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Welche Unterstützung gibt es?

Begleiten und informieren, umfasst z.B.

- ... als Ansprechpartner zu (jeder Zeit) für die Betroffenen und Angehörigen da zu sein
- ... Informationen bereit stellen und erläutern zu
 - sozialrechtlichen Leistungen und Unterstützungsangeboten
 - Krankheitsbildern und Standardtherapien
 - therapiebegleitenden Maßnahmen
 - Nachsorge und Rehabilitation



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Weitere Unterstützungsangebote

- Selbsthilfegruppen, z.B. Haus der Selbsthilfe in Bonn (<https://www.hausderkrebsselbsthilfe.de>)
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) – Berät per Telefon oder online
- INFONETZ KREBS von Deutscher Krebshilfe und deutscher Krebsgesellschaft unter der Telefon-Nummer 0800 / 80 70 88 77 (kostenfrei) Mo bis Fr 8 – 17 Uhr oder im Internet unter www.infonetz-krebs.de
- Sozialverbände (z.B. der Sozialverband VdK Deutschland [Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e.V.], der Sozialverband Deutschland [SoVD; ehemals Reichsbund], die Volkssolidarität oder die Arbeiterwohlfahrt [AWO])
- Gemeinsame Reha – Servicestellen für Rehabilitation (nach SGB IX, Übersicht für NRW bei der Deutschen Rentenversicherung)

(<http://www.reha-servicestellen.de/internet/vdr/rhss.nsf/fwDspServicesCat?ReadForm&sortby=state&cat=Nordrhein-Westfalen&loc=>)

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Unabhängige Patientenberatung UPD

Die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland** (UPD) ist eine gemeinnützige GmbH und handelt im gesetzlichen Auftrag. Sie steht allen Interessierten und Patienten in Deutschland – ob gesetzlich, privat oder nicht krankenversichert – für Fragen rund um Gesundheit und Patientenrechte mit ihrem Beratungsangebot zur Verfügung.

Die UPD informiert umfassend, verständlich, neutral und kostenlos.

- Wenden Sie sich an uns, wenn Sie Informationen und Beratung zu medizinischen sowie gesundheits- und sozialrechtlichen Themen brauchen, wie zum Beispiel
- Beratung zu Krankheiten
- Beratung zu Untersuchungen und Behandlungen
- Beratung zu Krankengeld
- Beratung zu Kostenträgern und Kostenübernahme
- Beratung bei Problemen mit der Krankenkasse oder dem Arzt
- Beratung zu Patientenrechten wie beispielsweise Patientenverfügung, Krankenakte, etc.
- und vieles mehr. in einigen Beratungsstellen vor Ort.



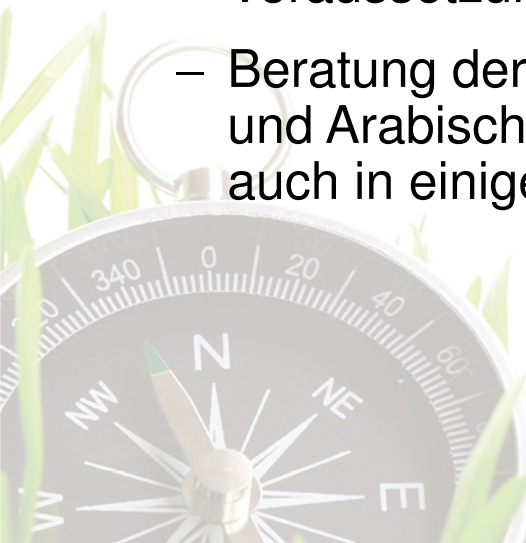
Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Unabhängige Patientenberatung UPD

Konkrete Beratungsangebote der UPD

- Für die Beratung stehen in Berlin geschulte und ausgebildete Fachleute/Berater wie Juristen, Ärzte, medizinische Experten oder Sozialversicherungsfachangestellte per Telefon oder online zur Verfügung.
- Auch eine persönliche Beratung zu Hause ist unter besonderen Voraussetzungen möglich. (Abklärung ob möglich per Telefon).
- Beratung der UPD in vier Sprachen: Deutsch, Russisch, Türkisch und Arabisch – sowohl über das bundesweite Patiententelefon als auch in einigen Beratungsstellen vor Ort.



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Unabhängige Patientenberatung UPD

Konkrete Beratungsangebote der UPD

- Seit dem 01.04.2016 stehen bundesweit 30 regionale Beratungsstellen für eine persönliche Beratung von Patienten, Angehörigen und Interessierten vor Ort zur Verfügung. In ländlichen Regionen stehen zu diesem Zweck bundesweit drei Beratungsmobile bereit.
- In NRW sind das z.B. die Beratungsstellen in Bielefeld, Dortmund, Duisburg und Köln.
- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Beratungsstellen im Internetauftritt der Unabhängigen Patientenberatung unter <https://www.patientenberatung.de/de/beratung/beratungsstellen>



Häufige Fragestellungen bei Krebs Unterstützung

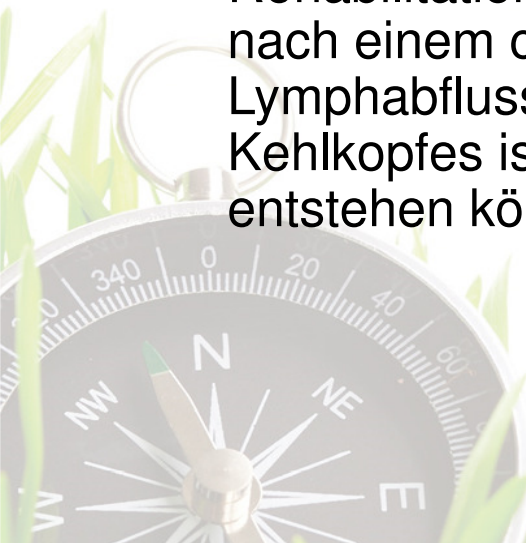
Rehabilitation bei Krebs Der Weg zurück ins Leben



Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitation

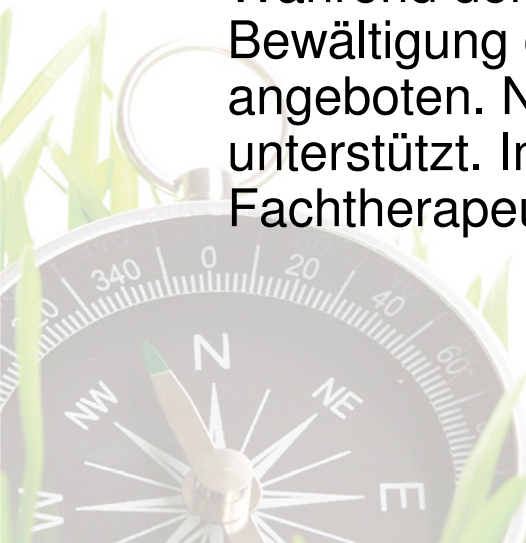
- Die onkologische Rehabilitation umfasst gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Diese sollen die körperlichen und seelischen Folgen der Tumorerkrankung mildern beziehungsweise beseitigen helfen.
- Je nach Art der Erkrankung oder Form der Therapie können die Folgestörungen sehr unterschiedlich sein. Deshalb werden die Ziele einer onkologischen Rehabilitation an ihre persönlichen Bedürfnisse angepasst. So stehen zum Beispiel nach einem chirurgischen Eingriff an der Brust die Beweglichkeit und der Lymphabfluss des Armes im Vordergrund der Therapie, nach einer Entfernung des Kehlkopfes ist es die Sprachschulung. Hautveränderungen, die durch Bestrahlungen entstehen können, erfordern ebenfalls eine spezielle Behandlung.



Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitation

- Das Spektrum der Nebenwirkungen und Folgestörungen der vorhergegangenen Erstbehandlung kann vielfältig sein: Es reicht von Blutbildveränderungen über Haarverlust bis hin zu allgemeiner Schwäche. Mit Hilfe eines individuellen krankheitsgerechten Konzeptes erhält jeder Rehabilitand die für ihn notwendigen medizinischen Leistungen.
- Während der onkologischen Rehabilitation werden auch psychologische Hilfen zur Bewältigung der Erkrankung sowie Informationen über die Krankheit und ihre Folgen angeboten. Natürlich werden Patienten auch beim beruflichen Wiedereinstieg unterstützt. Immer profitieren sie dabei von der Zusammenarbeit der verschiedenen Fachtherapeuten.



Antragsformulare
beim Sozialdienst
des Krankenhauses

Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitation

- Onkologische Rehabilitationsleistungen werden stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt. Die Dauer ist von der Indikation beziehungsweise Diagnose und dem Verlauf der Behandlung abhängig. Sie beträgt normalerweise drei Wochen. Wenn es medizinisch notwendig ist, können Leistungen auch für einen längeren Zeitraum durchgeführt werden.
- Bis zum Ablauf eines Jahres nach einer abgeschlossenen Erstbehandlung können Patienten Leistungen zur onkologischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Wenn erhebliche Funktionsstörungen vorliegen, kann die Rehabilitation in Ausnahmefällen auch bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der Erstbehandlung stattfinden.
- Damit Patienten möglichst schnell vom Krankenhaus in eine spezielle Rehabilitationseinrichtung verlegt werden und die Anschlussrehabilitation (AHB) sich nahtlos anschließen kann, informiert der Sozialdienst des Krankenhauses darüber, welches Verfahren der zuständige Rentenversicherungsträger für die Einleitung einer AHB vorsieht.

Die Rehabilitation

Anschlussheilbehandlung

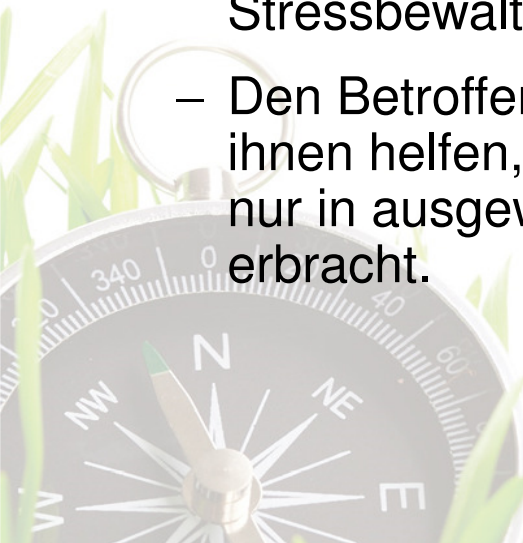
- Onkologische Rehabilitationsleistungen können sie auch als Anschlussrehabilitation, also unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung, erhalten. Auch diese Form der Rehabilitation kann stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden. Die stationäre Erstbehandlung muss jedoch vorher abgeschlossen sein.
- Wichtig für Patienten:

Bei den Antragsunterlagen befindet sich auch das Formular „Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld“. Wenn Patienten erwerbstätig sind, sollten sie diese Bescheinigung schnellstmöglich von ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen und an ihren Rentenversicherungsträger schicken. Er prüft anhand der Angaben, ob während der AHB Übergangsgeld gezahlt werden kann. So sind Patienten auch während der Rehabilitation finanziell gesichert.

Die Rehabilitation

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

- Leitgedanke der „Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ (MBOR) ist die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt.
- In Ergänzung zur „klassischen“ medizinischen Rehabilitation handelt es sich hierbei um eine spezifische, auf die Bedürfnisse der im Erwerbsleben stehenden Rehabilitanden zugeschnittene Leistung. Neben der Erkrankung wird in besonderem Maße die berufliche Situation in den Fokus der Behandlung gestellt.
- Elemente der MBOR sind beispielsweise ein spezielles Arbeitsplatztraining oder auch Gruppenprogramme zum beruflichen Verhalten und Erleben (z.B. Stressbewältigung oder Konfliktlösung am Arbeitsplatz).
- Den Betroffenen sollen im Rahmen der MBOR Strategien aufgezeigt werden, die ihnen helfen, die Anforderungen ihres Arbeitsplatzes zu bewältigen. Die MBOR wird nur in ausgewählten, besonders spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbracht.



Die Rehabilitation

Voraussetzungen für eine onkologische Rehabilitation

Persönliche Voraussetzungen

- Die entsprechende Diagnose liegt vor.
- Die Erstbehandlung (operative Behandlung oder Strahlentherapie) ist abgeschlossen.
- Die körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen, welche durch die Erkrankung entstanden, sind therapierbar beziehungsweise positiv zu beeinflussen.
- Der Patient ist für die onkologische Rehabilitation ausreichend belastbar. Laufende Chemo-Therapien sind grundsätzlich kein Hinderungsgrund.



Die Rehabilitation

Voraussetzungen für eine onkologische Rehabilitation

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Es reicht aus, wenn eine der folgenden drei Voraussetzungen erfüllt ist:

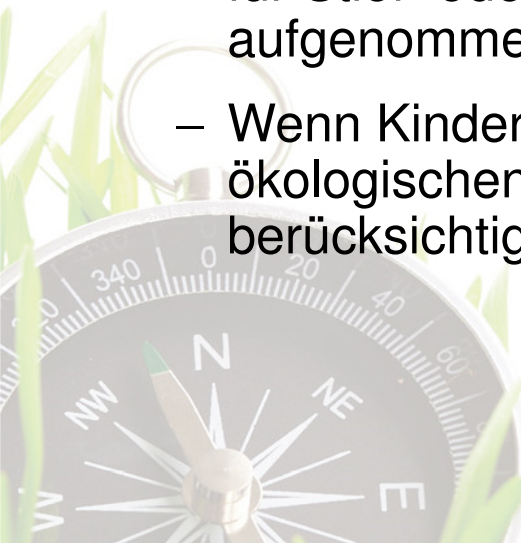
- in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag liegen sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor oder
- zum Zeitpunkt der Antragstellung ist die allgemeine Wartezeit erfüllt oder
- innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung haben sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zur Antragstellung ausgeübt; oder sie waren nach Aufnahme dieser Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit bis zur Antragstellung arbeitsunfähig (krank) oder arbeitslos.

Die allgemeine Wartezeit ist erfüllt, wenn mindestens 60 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen oder freiwilligen Beiträgen belegt sind.

Die Rehabilitation

Onkologische Reha für Rentner und Angehörige

- Onkologische Rehabilitationsleistungen können sie auch erhalten, wenn sie bereits eine Rente von der Deutschen Rentenversicherung erhalten (zum Beispiel eine Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente). Das ist eine Besonderheit. Andere Leistungen zur Teilhabe werden für Altersrentner nicht gezahlt.
- Nichtversicherte Ehe- oder Lebenspartner von Versicherten und Hinterbliebene können ebenfalls diese Rehabilitationsart erhalten. Auch für (nichtversicherte) Kinder ist eine onkologische Rehabilitation bis zum vollendeten 18. Lebensjahr möglich. Dies gilt für erkrankte Kinder von Versicherten oder Rentnern genauso wie für Stief- oder Pflegekinder, Enkel oder Geschwister, wenn sie in deren Haushalt aufgenommen oder vorwiegend von ihnen unterhalten worden sind.
- Wenn Kinder sich in einer Ausbildung oder einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr befinden, können sie bis zum vollendeten 27. Lebensjahr als Kind berücksichtigt werden.



Die Rehabilitation

Ausschlussgründe für Rehabilitation

Nicht in jedem Fall wird eine onkologische Rehabilitation von der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Keinen Anspruch hat, wer

- später Anspruch auf Versorgungsanwartschaften (zum Beispiel als Beamter) hat,
- versicherungsfrei ist und bereits eine Altersversorgung (zum Beispiel als Beamter) erhält,
- eine gleichartige Leistung auch von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten kann – zum Beispiel von der gesetzlichen Unfallversicherung wegen einer Berufskrankheit, oder
- sich gewöhnlich im Ausland aufhält.

Die gleichen Einschränkungen gelten auch für nichtversicherte Angehörige, die onkologische Rehabilitationsleistungen beantragen wollen.

Die Rehabilitation Ausschlussgründe für Rehabilitation

Unbedingt prüfen:

Sind Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen, zahlt möglicherweise die gesetzliche oder private Krankenversicherung eine onkologische Rehabilitation für die Patienten. Genauere Auskünfte hierzu erteilt die jeweilige Krankenkasse bzw. Krankenversicherung.



Die Rehabilitation

Antrag auf onkologische Rehabilitation

- Onkologische Rehabilitationsleistungen müssen beantragt werden. Antragsformulare gibt es direkt bei der Deutschen Rentenversicherung, in den Auskunfts- und Beratungsstellen, den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, bei den gesetzlichen Krankenkassen, Versicherungsämtern und von den Versichertenberatern oder auch beim Sozialdienst des Krankenhauses. Diese Stellen sind auch beim Ausfüllen des Antrages behilflich.
- Um die Zuständigkeit brauchen Patienten sich nicht zu kümmern, diese klären die Rehabilitationsträger unter sich und leiten ihren Antrag gegebenenfalls an die zuständige Stelle weiter. Patienten werden selbstverständlich darüber informiert. Dem Antrag auf eine onkologische Rehabilitation muss eine ärztliche Stellungnahme beigefügt werden. Das kann ein aktueller Befundbericht, ein Gutachten oder auch ein aktueller Krankenhausbericht sein.
- Sollten Patienten ihre onkologische Rehabilitationsleistung als sogenannte Anschlussrehabilitation erhalten, gelten besondere Antragsformalitäten.

Die Rehabilitation

Kosten der onkologischen Rehabilitation

- Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt für Patienten die Kosten der Anwendungen, die Unterbringung und Verpflegung sowie die Reisekosten.
- Bei Rehabilitationsleistungen, die stationär durchgeführt werden, müssen Patienten aber einen Eigenbeitrag leisten und somit etwas zuzahlen.
- Wird die Rehabilitation ganz täglich ambulant durchgeführt, entstehen Patienten dagegen keine Kosten.
- Bestimmte Personengruppen müssen keine Zuzahlungen leisten oder können sich davon befreien lassen.



Die Rehabilitation

Kosten der onkologischen Rehabilitation

- Die Zuzahlung richtet sich nach der Dauer des Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung. Pro Kalendertag müssen Patienten 10 Euro zuzahlen, längstens jedoch für 42 Tage im Kalenderjahr.
- Hierbei werden Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres - die Patienten gegebenenfalls schon bei einer anderen Rehabilitation oder einer Behandlung im Krankenhaus gezahlt haben - mitgezählt. Ob dies für eine Rehabilitation von der Krankenversicherung oder Rentenversicherung erfolgte, spielt dabei keine Rolle.
- Patienten sollten deshalb in ihrem Reha-Antrag dem Kostenträger mitteilen, ob sie bereits Zuzahlungen geleistet haben. Bei einer Anschlussrehabilitation müssen sie längstens für 14 Tage zuzahlen. Hier werden ebenfalls Zuzahlungen, die Patienten im selben Kalenderjahr bereits für eine Krankenhausbehandlung oder eine weitere Anschlussrehabilitation geleistet haben, berücksichtigt.



Die Rehabilitation

Kosten der onkologischen Rehabilitation

– Erhalten Patienten während der Rehabilitation Übergangsgeld (s. Kapitel „Unterstützung“), entfällt die Zuzahlung.

– Bitte beachten:

Sind Patienten zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt, müssen sie zu einer Rehabilitation nichts zuzahlen. Bekommen Rehabilitanden als nichtversicherter Ehe- oder Lebenspartner beziehungsweise Hinterbliebener die onkologische Rehabilitation, gelten für sie die selben Bedingungen.



Die Rehabilitation

Kosten der onkologischen Rehabilitation

Befreiung von der Zuzahlung

- Unter bestimmten Voraussetzungen (beispielsweise bei geringem Einkommen) können Patienten sich auf Antrag teilweise oder vollständig von der Zuzahlung befreien lassen. Antragsformulare erhalten sie bei den Krankenkassen, den Versicherungsämtern oder ihrem Rentenversicherungsträger. Bei nichtversicherten Angehörigen werden die Einkommensverhältnisse des Versicherten beziehungsweise Rentners für die Berechnung der Zuzahlung zugrunde gelegt.
- Die Einkommensgrenze für die Befreiung von der Zuzahlung wird jährlich neu festgelegt. Wenn sie im Jahr 2016 monatlich weniger als 1.163 Euro (netto) verdienten, konnten sie sich vollständig von der Zuzahlung befreien lassen. Wer Erwerbseinkommen und Sozialleistungen bekommt, bei dem werden beide Einkommensarten zusammengerechnet. Vollständig von der Zuzahlung befreit werden können Patienten aber auch, wenn sie Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung (z. B. ALG II) bekommen – unabhängig von der Art und der Höhe der Leistungen. Auch hier muss die Befreiung beantragt werden.

Die Rehabilitation

Kosten der onkologischen Rehabilitation

Befreiung von der Zuzahlung

- Eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung ist ebenfalls möglich, wenn der Rehabilitand ein Kind hat (für das Anspruch auf Kindergeld besteht) oder selbst pflegebedürftig ist und bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden.
- Gleiches gilt, wenn der Ehe- oder Lebenspartner, mit dem der Versicherte/Rentner in häuslicher Gemeinschaft lebt, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat. Den jeweils aktuellen Zuzahlungsbetrag und weitere wertvolle Hinweise können Patienten dem Informationsblatt zum Rehabilitationsantrag entnehmen.
- Versicherte/Rentner, die überhaupt keine Einkünfte haben, müssen keine Zuzahlung leisten. Wird aus der Versicherung eines Elternteils eine onkologische Rehabilitation für ein Kind durchgeführt, muss der Versicherte unabhängig vom Alter des Kindes ebenfalls nichts zuzahlen.

Die Rehabilitation

Kosten der onkologischen Rehabilitation

Befreiung von der Zuzahlung

– Hinweis für die Patienten:

Patienten sollten ihrem Rehabilitationsantrag eine aktuelle Entgeltbescheinigung oder den aktuellen Bescheid der Stelle, von der sie Sozialleistungen erhalten, beifügen, wenn Sie sich von Zuzahlungen befreien lassen wollen..



Die Rehabilitation

Weitere Unterstützung

Übergangsgeld

- Übergangsgeld können Patienten für stationäre wie auch für ganztägig ambulant durchgeführte Leistungen erhalten. Als Unterhaltersatz soll es Einkommenslücken für die Dauer ihrer Rehabilitation überbrücken. Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich im Allgemeinen nach den letzten Arbeitsentgelten beziehungsweise Beitragszahlungen zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie den familiären Gegebenheiten.
- Einen Anspruch auf Übergangsgeld haben Patienten nur, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Rehabilitation oder – falls sie krank sind und nicht mehr arbeiten können – unmittelbar vor ihrer Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Erhalten sie eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel wegen Krankheit oder Arbeitslosigkeit), müssen dieser Einkünfte zugrunde liegen, aus denen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.
- Das Übergangsgeld beträgt 75 oder 68 Prozent ihres letzten Nettoverdienstes. Welcher Prozentsatz für sie gilt, hängt zum Beispiel davon ab, ob ein Kind im Haushalt lebt oder ein Familienmitglied pflegebedürftig ist.

Die Rehabilitation

Weitere Unterstützung

- Arbeitnehmer erhalten bei Arbeitsunfähigkeit ihr Gehalt im Regelfall sechs Wochen vom Arbeitgeber weitergezahlt. Übergangsgeld, das den während der Rehabilitation wegfallen den Verdienst ersetzen soll, bekommen sie somit erst, wenn die Entgeltfortzahlung abgelaufen oder der Anspruch durch gleiche Vorerkrankungen aufgebraucht ist.
- Waren Patienten vor der Rehabilitation arbeitslos, erhalten sie unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe ihrer bisherigen, von der Agentur für Arbeit bezogenen Leistung.
- Empfänger von Arbeitslosengeld II erhalten auch während der Rehabilitation diese Leistungen regelmäßig vom Träger der Grundsicherung (zum Beispiel von der Agentur für Arbeit oder vom Jobcenter) weiter.
- Bei Selbständigen beziehungsweise freiwillig Versicherten wird das Übergangsgeld aus den Beiträgen im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Rehabilitation ermittelt.
- Wenn sie Übergangsgeld bekommen, bleiben sie auch sozialversichert. Die Beiträge zahlt die Deutsche Rentenversicherung für sie. Den Beitragszuschlag für Kinderlose zur Pflegeversicherung müssen sie jedoch selbst zahlen. Inbegriffen ist auch der Unfallversicherungsschutz, also zum Beispiel der Weg zur Rehabilitationseinrichtung und zurück.

Die Rehabilitation

Weitere Unterstützung

Reisekosten

- Ihre Reisekosten übernehmen die Rehabilitationsträger. Erstattet werden grundsätzlich die Kosten für die Hin- und Rückfahrt zwischen ihrem Wohnort und der Rehabilitationseinrichtung in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Das gilt für stationär und ganz täglich ambulant durchgeführte Behandlungen gleichermaßen.
- Mit der Einladung zur Rehabilitation übersendet ihnen die Reha-Einrichtung Informationsmaterial, dem sie weitere Einzelheiten entnehmen können. Wenn sie mit ihrem privaten Kraftfahrzeug fahren, wird die Zahlung einer Wegstreckenentschädigung geprüft.

Wichtig: Patienten sollten in ihrem eigenen Interesse besser nicht ihr privates Kraftfahrzeug nutzen. Denn gegebenenfalls kann ihnen das Fahren aus medizinischen Gründen untersagt werden.

Die Rehabilitation

Weitere Unterstützung

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- Der Rehabilitationsträger kann auch Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung übernehmen. Eine Haushaltshilfe ist immer dann möglich, wenn Patienten wegen der Teilnahme an der Rehabilitation ihren Haushalt nicht weiterführen können und auch eine andere im Haushalt lebende Person diese Arbeiten nicht übernehmen kann. Außerdem muss ein Kind im Haushalt leben. Das Kind muss zu Beginn der Haushaltshilfe jünger als zwölf Jahre oder behindert und auf Hilfe angewiesen sein.
- Unter Umständen kann das Kind auch in die Rehabilitationseinrichtung mitgenommen werden. Es dürfen jedoch keine medizinischen Einwände bestehen.
- Liegen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe nicht vor, etwa weil das Kind schon zwölf Jahre alt oder älter ist, können Kosten für die Betreuung des Kindes übernommen werden, wenn diese durch die Teilnahme an der Rehabilitation unvermeidbar entstehen.

Die Rehabilitation

Einrichtungen der Rehabilitation

- Die Rehabilitationsträger belegen im gesamten Bundesgebiet Rehabilitationseinrichtungen, welche jeweils auf bestimmte Indikationen ausgerichtet sind.
- Der Träger entscheidet im Antragsverfahren immer auch über den Leistungsumfang. Das bedeutet, es werden Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistungen festgelegt. Zusätzlich wird auch die jeweilige Rehabilitationseinrichtung ausgewählt.
- Gern können Patienten dem Rehabilitationsträger ihre Wünsche zur Region, zum Ort oder zu einer speziellen Rehabilitationseinrichtung nennen. Die Träger werden diese Wünsche so weit wie möglich berücksichtigen.

Name
Straße Hausnummer
Postleitzahl Ort

Adresse Rentenversicherung Datum

Ausübung des Wunschs und Wahlrechts gemäß §9 SGB IX und § 33 SGB I

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich, im Rahmen der von mir beantragten stationären, onkologischen Rehabilitationsmaßnahme, von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Gemäß §9 SGB IX steht es mir zu, eine Rehabilitationsklinik zu benennen, in der ich die Maßnahme durchführen möchte.

---Begründung warum diese Klinik ausgewählt wurde. Z.B. Spezialisierung auf eine bestimmte Erkrankung oder Fachrichtung, persönliche Gründe oder gute bzw. schlechte Erfahrungen ----

Adresse der Klinik
Straße Hausnummer
Postleitzahl Ort

als meine bevorzugte Rehabilitationseinrichtung.
Ich würde mich freuen, wenn Sie bei der Entscheidung über meinen Rehabilitationsantrag diesen Wunsch berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Nach einer überstandenen Krebsbehandlung geht es für viele Betroffene vor allem darum in ihrem Leben wieder zurück in den gewohnten Alltag und zur schmerzlich vermissten Normalität zurück zu finden.
- Dazu gehört es auch wieder berufstätig zu sein. Arbeiten zu können, optimaler Weise am „eigenen“ alten Arbeitsplatz, bedeutet für sie Normalität, gibt ihnen Sicherheit und stärkt das Selbstwertgefühl sowie die Lebenszufriedenheit.



Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

Dabei ist die Rückkehr ins Arbeitsleben für die Betroffenen jedoch auch immer mit Fragen und Belastungen verbunden:

- Bin ich den beruflichen Anforderungen noch gewachsen?
- Kann ich überhaupt an meinen vertrauten Arbeitsplatz zurück?
- Was sage ich meinen Arbeitskollegen?
- Rechnen sie überhaupt noch mit mir?
- Und was ist, wenn ich die Arbeit kräftemäßig nicht mehr schaffe?



Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Ist die Frage der Belastbarkeit nicht eindeutig klar, so kann in Absprache mit dem Arbeitgeber die Arbeitsbelastung im Rahmen einer Wiedereingliederungsmaßnahme erprobt und langsam gesteigert werden. Der Körper gewöhnt sich dann nach und nach wieder an den regelmäßigen Arbeitsrhythmus und die Belastungen durch die Berufstätigkeit. Auf diese Wiedereingliederung besteht nach 6 Wochen Krankheit ein rechtlicher Anspruch. Der Körper gewöhnt sich dann nach und nach wieder an den regelmäßigen Arbeitsrhythmus und die Belastungen durch die Berufstätigkeit.
- Dabei ist die Rückkehr in den Beruf für die Betroffenen nicht unbedingt eine Bürde. Viele Betroffene würden gerne wieder zur Arbeit gehen, da ihnen der Beruf das Gefühl gibt, gebraucht zu werden, ihnen hilft einen strukturierten Tagesablauf zu finden und soziale Kontakt, z.B. mit den Arbeitskollegen, zu pflegen.



Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Dabei müssen Betroffene den Weg zurück in den Beruf nicht alleine finden. Die Reha-Beratungsstellen oder auch direkt die Deutsche Rentenversicherung helfen dabei, trotz gesundheitlicher Probleme wieder aktiv im Berufsleben zu stehen. Die sogenannten „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ unterstützen Patienten dabei, ihren Arbeitsplatz zu erhalten oder ihnen auch neue Berufschancen zu eröffnen.
- Hierzu gibt es ein breites Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation, welches von finanzieller Unterstützung über verschiedene Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote bis hin zur Bereitstellung von Hilfsmitteln am Arbeitsplatz reicht.



Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Dabei müssen Betroffene den Weg zurück in den Beruf nicht alleine finden. Die Reha-Beratungsstellen oder auch direkt die Deutsche Rentenversicherung helfen dabei, trotz gesundheitlicher Probleme wieder aktiv im Berufsleben zu stehen. Die sogenannten „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ unterstützen Patienten dabei, ihren Arbeitsplatz zu erhalten oder ihnen auch neue Berufschancen zu eröffnen.
- Hierzu gibt es ein breites Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation, welches von finanzieller Unterstützung über verschiedene Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote bis hin zur Bereitstellung von Hilfsmitteln am Arbeitsplatz reicht.



Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

Berufsförderung: Chancen und Ziele

- Ziel der Berufsförderung ist es, Menschen trotz Erkrankung oder Behinderung möglichst dauerhaft ins Berufsleben einzugliedern und eine vorzeitige Rente zu vermeiden.
- Alle Menschen mit einer gesundheitlichen Einschränkung können einen Antrag auf Hilfen zur beruflichen Rehabilitation stellen. Dieser kann direkt bei einem der Reha-Träger (z.B. Rentenversicherung, ARGE) oder bei einer der gemeinsamen Servicestellen der Reha-Träger, die in jedem Landkreis existieren (s. Anhang), gestellt werden.
- Wenn a) der Versicherte 15 Beitragsjahre in die Rentenversicherung eingezahlt hat oder b) in den letzten 6 Monaten eine medizinische Reha über seine Trägerschaft erfolgt ist oder c) bereits einmal eine Teilrente bezogen wurde, sind die Deutschen Rentenversicherungen der Leistungsträger für die berufliche Rehabilitation. Trifft keiner dieser Punkte zu, liegt die Trägerschaft für die berufliche Reha in der Regel bei der Agentur für Arbeit.

Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation können allein oder auch ergänzend zu einer bereits erfolgten medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden. Es gibt Maßnahmen, die den Arbeitsplatz erhalten sollen, aber auch Aus- und Weiterbildungsangebote, die Betroffenen ganz neue berufliche Perspektiven ermöglichen können. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die durch die Rentenversicherung erbracht werden können zählen:
 - Probebeschäftigung (bei auslaufendem Krankengeld),
 - Einarbeitungszuschuss bei innerbetrieblicher Umsetzung,
 - Behinderungsbedingte technische Hilfen,
 - Eignungsfeststellung, Qualifizierung/Umschulung,
 - die Einschaltung des psychologischen Dienstes (z. B. verkehrsmedizinische Begutachtung).

Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Bei der Auswahl der Leistungen werden individuell unterschiedliche Faktoren wie Eignung, Neigung und auch die bisherige Tätigkeit angemessen berücksichtigt. Auch die aktuelle Lage auf dem Arbeitsmarkt fließt in die Entscheidung mit ein.
- Durchgeführt werden die Leistungen möglichst am Wohnort, zumindest in Wohnortnähe. Nur wenn die Art oder Schwere ihrer Behinderung es erfordern, können sie stationär in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation stattfinden. Das ist immer dann notwendig, wenn Betroffene aufgrund der Behinderung auf die medizinischen, psychologischen oder sozialen Dienste angewiesen sind, die dort angeboten werden.
- Wenn Betroffene an einer Leistung teilnehmen und deshalb auswärts wohnen müssen, übernimmt ihre Rentenversicherung die Mietkosten für ihre Unterkunft. Auch Verpflegungskosten können erstattet werden.

Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

- Wenn Betroffene täglich zwischen Wohnort und Ausbildungsstätte pendeln müssen und mindestens acht Stunden vom Wohnort abwesend sind, bekommen sie eine Mittagessenpauschale. Verpflegungskosten übernimmt der Rehabilitationsträger nur dann, wenn die Ausbildungsstätte keine kostenlose Mittagsmahlzeit anbietet.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dauern grundsätzlich so lange, wie sie für das angestrebte Berufsziel allgemein üblich oder vorgesehen sind. Weiterbildungen, die ganztägig stattfinden, sind auf zwei Jahre begrenzt. Ist eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung in dieser Zeit nicht zu erwarten, können aber auch längerfristige Aus- oder Weiterbildungen durchgeführt werden. Dies hängt von der Art und Schwere der Behinderung, von deren Prognose und Entwicklung sowie von der Situation auf dem Arbeitsmarkt ab.

Die Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

– Bitte beachten:

Eine Förderung einzelner herausgelöster Ausbildungsabschnitte für sich, die innerhalb einer länger als zwei Jahre dauernden Berufsausbildung liegen, ist nicht möglich. Vorbereitungslehrgänge oder Vorförderungen im Rahmen der Rehabilitation werden bei der Zweijahresfrist nicht mitgezählt.

– Die Leistungen werden grundsätzlich im Inland durchgeführt. Unabhängig davon können Tagespendler, die den ausländischen Arbeitsmarkt eines angrenzenden Nachbarstaates nutzen möchten, bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung ebenfalls mit Zuschüssen, einem Gründungszuschuss oder Hilfsmitteln am Arbeitsplatz unterstützt werden.

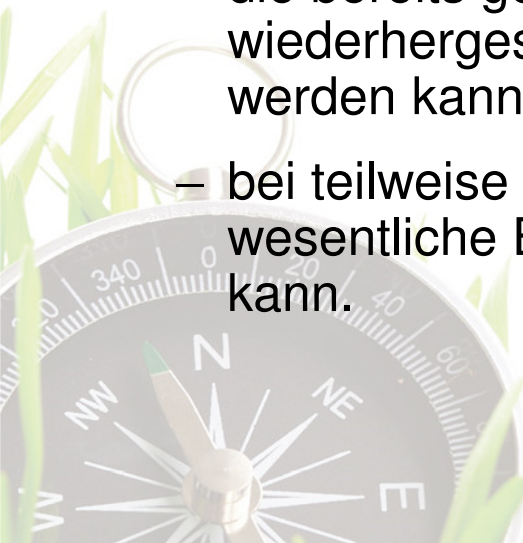
Die Rehabilitation

Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitation

Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für berufliche Rehabilitationsleistungen erfüllen Betroffene, wenn ihre Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und durch Rehabilitationsleistungen

- bei erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit die drohende Minderung abgewendet werden kann oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, wiederhergestellt oder eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
- bei teilweise geminderter Erwerbsfähigkeit ohne Aussicht auf wesentliche Besserung der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann.



Die Rehabilitation

Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitation

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen Betroffene zusätzlich eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Sie können diese Leistungen erhalten, wenn

- ihnen ohne diese Leistungen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gezahlt werden müsste oder
- die Leistungen unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erforderlich sind, damit die Rehabilitation erfolgreich beendet werden kann
- sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits eine Mindestwartezeit von 15 Jahren zurückgelegt haben. Für die Wartezeit von 15 Jahren zählen dabei Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge, Kindererziehungszeiten und Zeiten aus dem Versorgungsausgleich mit.

Wenn keiner dieser Punkte zutrifft, ist die Agentur für Arbeit der Ansprechpartner. Empfänger einer Erwerbsminderungsrente oder hinterbliebene Ehepartner mit Anspruch auf eine große Witwen- oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfüllen stets diese Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitation.

Die Rehabilitation

Keine berufliche Rehabilitation

Leistungen ausgeschlossen

Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung kommen nicht in Frage, wenn Betroffene

- wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung durch dritte Personen Anspruch auf eine gleichartige Leistung von einem anderen Rehabilitationsträger haben (zum Beispiel von der Unfallversicherung) oder
- bereits eine Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente erhalten oder beantragt haben oder
- Beamter oder Empfänger von Versorgungsbezügen im Ruhestand sind oder
- bereits dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und bis zum Beginn ihrer Altersrente übergangsweise andere Leistungen erhalten oder
- sich gewöhnlich im Ausland aufhalten.

Die Rehabilitation

Arbeiten trotz Handicap

Technische Hilfen und persönliche Hilfsmittel

- Wenn Betroffene persönliche Hilfsmittel benötigen oder ihr Arbeitsplatz mit besonderen technischen Hilfsmitteln ausgestattet werden muss, damit sie dort dauerhaft arbeiten können, übernimmt ihre Rentenversicherung hierfür die Kosten.
- Damit sollen die Folgeerscheinungen der Behinderung für die berufliche Tätigkeit ausgeglichen werden. Allerdings werden für persönliche Hilfsmittel die Kosten nicht übernommen, wenn damit nur eine medizinische Funktionsstörung beseitigt wird.
- Weitere Informationen hierzu auch beim Arbeitgeber oder Betriebsarzt.



Die Rehabilitation

Arbeiten trotz Handicap

Kraftfahrzeughilfe

Zur sogenannten Kraftfahrzeughilfe gehören Zuschüsse

- für den Kauf eines Autos,
- für die behindertengerechte Zusatzausstattung ihres Autos,
- für das Erlangen einer Fahrerlaubnis und
- für die Beförderung durch Transportdienste (Taxi oder ähnliche Verkehrsmittel).

Voraussetzung hierfür ist, dass Betroffene aufgrund ihrer Behinderung dauerhaft auf die Nutzung eines Autos angewiesen sein müssen, um ihren Arbeits- oder Ausbildungsort erreichen zu können.

Die Rehabilitation

Arbeiten trotz Handicap

- Die Zuschüsse für den Kauf eines Autos und die Fördermittel für eine Fahrerlaubnis werden abhängig von der Höhe des Einkommens gezahlt.
- Die Kosten für die behindertengerechte Zusatzausstattung ihres Fahrzeugs übernimmt die Rentenversicherung dagegen unabhängig von der Höhe des Einkommens. Dazu zählen beispielsweise Aufwendungen für ein Automatikgetriebe, für Lenkhilfen, Bremskraftverstärker oder verstellbare und schwenkbare Sitze.
- Das Auto sollte hinsichtlich Größe und Ausstattung für die Behinderung angemessen sein und die Zusatzausstattung keinen unverhältnismäßigen Mehraufwand erfordern. Grundsätzlich wird hier von einem Fahrzeug der unteren Mittelklasse ausgegangen.
- Alternativ kann die Rentenversicherung auch Zuschüsse für die Beförderung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle durch Transportdienste zahlen. Dies ist möglich, wenn die Beförderungskosten letztlich wirtschaftlicher sind als der Zuschuss für den Kauf eines Autos oder Betroffene nicht Auto fahren können.

Die Rehabilitation

Arbeiten trotz Handicap

- Die Zuschüsse für den Kauf eines Autos und die Fördermittel für eine Fahrerlaubnis werden abhängig von der Höhe des Einkommens gezahlt.
- Die Kosten für die behindertengerechte Zusatzausstattung ihres Fahrzeugs übernimmt die Rentenversicherung dagegen unabhängig von der Höhe des Einkommens. Dazu zählen beispielsweise Aufwendungen für ein Automatikgetriebe, für Lenkhilfen, Bremskraftverstärker oder verstellbare und schwenkbare Sitze.
- Das Auto sollte hinsichtlich Größe und Ausstattung für die Behinderung angemessen sein und die Zusatzausstattung keinen unverhältnismäßigen Mehraufwand erfordern. Grundsätzlich wird hier von einem Fahrzeug der unteren Mittelklasse ausgegangen.
- Alternativ kann die Rentenversicherung auch Zuschüsse für die Beförderung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle durch Transportdienste zahlen. Dies ist möglich, wenn die Beförderungskosten letztlich wirtschaftlicher sind als der Zuschuss für den Kauf eines Autos oder Betroffene nicht Auto fahren können.

Die Rehabilitation

Ergänzung Auto-Anpassung

- Spezialisierte Unternehmen haben sich darauf eingestellt, für die unterschiedlichsten körperlichen Schädigungen passende Umbaulösungen für Autos / Kfz anzubieten. Die Palette der Hilfsmittel reicht beim PKW-Umbau dabei von Pedalabdeckungen, Sitzanpassungen, Handbedienungen für Gas und Bremse, verlegten Pedalen, Lenkraddrehknopf, Rollstuhlschwenksitz bis zum Joystick – lenken, bremsen und Gas geben mit einer Hand und wenig Kraftaufwand. Elektronische Funktionen wie Blinken und Hupen via Sprachsteuerung sind mittlerweile ebenso Alltag. Viele Autohersteller haben die Fahrhilfen ab Werk oder in Kooperation mit Umrüstfirmen im Angebot. Allerdings bleiben die Umbauten eine Maßanfertigung. Bestehende Lösungen müssen deshalb immer wieder an die individuelle Schädigung angepasst werden. Adressen von Spezialfirmen für geplante PKW-Umbauten gibt es bei:
- **vfmp.de:** Der [Verband der Fahrzeugumrüster für mobilitätseingeschränkte Personen](#) in Deutschland e.V. besteht seit 2004. Er hat derzeit 27 Mitglieder. Das sind Kfz-Umrüstunternehmen sowie Hersteller von Umrüstsystemen für Menschen mit Behinderung.
- **autoanpassung.de:** Das [Informationsportal für Menschen mit Behinderung, die Auto fahren](#), bietet eine bundesweite Übersicht mit 78 Umrüstbetrieben, die zusätzlich nach gewünschter Auto / Kfz-Anpassung und Region durchsucht werden kann.
- **ADAC:** Der ADAC hat eine [Übersicht über spezialisierte Anbieter](#) und deren Liefer-Schwerpunkte im Bereich Fahrzeugumrüstungen zusammengestellt.

Die Rehabilitation Ergänzung Auto-Anpassung

Achtung: **Angepasste Autos müssen neu zugelassen werden**

Nach der individuellen Anpassung des Autos bzw. Kfz müssen Prüforganisationen wie der TÜV oder die Dekra die PKW-Umbauten noch technisch abnehmen, um den Fortbestand der Betriebserlaubnis des Fahrzeugs nach dem Umbau sicher zu stellen.

Wichtig ist auch die Rücksprache mit der Versicherung um den entsprechenden Versicherungsschutz nach den erfolgten PKW-Umbauten zu gewährleisten.



Die Rehabilitation

Aktivierung und berufliche Eingliederung

Die Suche beziehungsweise Aufnahme einer neuen Arbeit kann unterstützt werden. Finanziell gefördert werden beispielsweise:

- die Aufwendungen für die erste Fahrt zum Antritt einer auswärtigen Arbeit,
- in Ausnahmefällen die Kosten für die tägliche Fahrt
- zwischen Wohnort und Arbeitsstelle, wenn diese Kosten für Betroffene unzumutbar hoch wären und dadurch die Wiedereingliederung gefährdet ist,
- die Sicherung des Lebensunterhaltes des Betroffenen und der Familie bis zur ersten vollen Lohnzahlung, wenn der Arbeitgeber keinen Abschlag auf das erste Gehalt zahlt oder – alternativ – die Kosten, die im Zusammenhang mit der Arbeitsaufnahme entstehen,
- die Kosten für Arbeitskleidung und -geräte, die Betroffene sich selbst kaufen müssen, weil der Arbeitgeber keine Ausrüstung (zum Beispiel einen Schutzanzug) bereitstellt,
- die Kosten, die während der Anlaufphase ihrer Beschäftigung für eine doppelte Haushaltsführung entstehen, weil der berufliche Wiedereinstieg nur auswärts möglich ist und Betroffene übergangsweise einen zweiten Haushalt führen müssen, weil der Arbeitsort außerhalb des zumutbaren Pendelbereiches liegt oder die Familie nicht umziehen kann oder
- die Kosten für den Umzug an einen anderen Arbeitsort, weil eine Arbeitsaufnahme am Wohnort nicht möglich ist und die Reisekosten für die Familienangehörigen, die mit umziehen.

Die Rehabilitation

Aktivierung und berufliche Eingliederung

Im Rahmen der Aktivierung und beruflichen Eingliederung können Betroffene auch an vielfältigen Veranstaltungen teilnehmen, die ihre berufliche Eingliederung unterstützen. Hierzu gehören beispielsweise

- Maßnahmen, die Betroffene an den aktuellen Ausbildungs- beziehungsweise Arbeitsmarkt heranführen beispielsweise durch den Erwerb und die Auffrischung unterschiedlicher Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen von Trainingsmaßnahmen, wie sie auch die Agentur für Arbeit einem Arbeitslosen anbietet und
- Maßnahmen, die eventuelle Hemmnisse bei der Vermittlung feststellen, verringern oder beseitigen (zum Beispiel EDV-Kurse, Coaching-Leistungen).

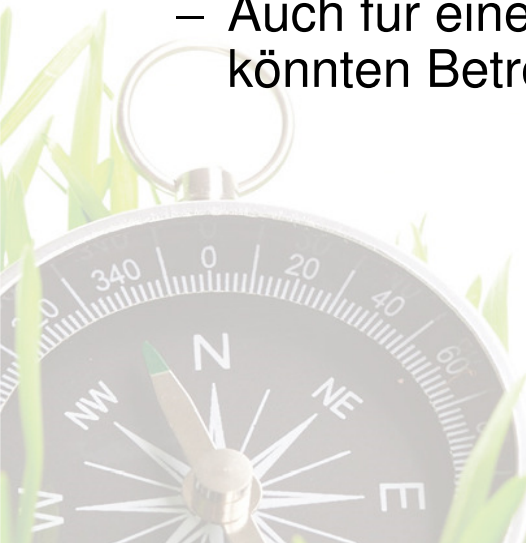


Die Rehabilitation

Weitere Hilfsangebote

Wohnungshilfen

- Wohnungshilfen sind Förderbeträge, die Betroffene für den behindertengerechten Um- und Ausbau ihres Wohnbereichs erhalten können.
- Die Baumaßnahmen müssen dazu beitragen, den Arbeitsplatz zu erhalten oder einen neuen bekommen zu können. Sie dürfen nicht in erster Linie einer besseren Lebensqualität dienen.
- Auch für eine behindertengerechte Zufahrt (Auffahrrampe) zur Wohnung könnten Betroffene einen Zuschuss erhalten.



Die Rehabilitation

Weitere Hilfsangebote

Arbeitsassistenz

- Wenn Betroffene schwerbehindert sind und für die Aufnahme einer Beschäftigung eine Arbeitsassistenz benötigen, erhalten sie dafür von der Rentenversicherung finanzielle Unterstützung. Die Kosten werden längstens für drei Jahre übernommen. Bei weiterem Bedarf finanziert das Integrationsamt die Arbeitsassistenz.
- Achtung: Rehabilitationsträger und Integrationsamt arbeiten eng zusammen. Zuständig für die Durchführung der Arbeitsassistenz ist ausschließlich das Integrationsamt.



Die Rehabilitation

Weitere Hilfsangebote

Gründungszuschuss

- Auch als Gründer einer selbständigen Existenz können Betroffene im Rahmen der beruflichen Rehabilitation unterstützt werden. Wenn ihre selbständige Tätigkeit zu ihrem Krankheitsbild passt und sie – statt arbeitslos zu sein – dadurch ins Erwerbsleben zurückfinden, erhalten sie einen Gründungszuschuss.
- Dieser ist genauso hoch wie ihre zuvor von der Agentur für Arbeit gezahlte Unterstützung und enthält zusätzlich einen Pauschalbetrag für Sozialversicherungsbeiträge. Der Gründungszuschuss wird für neun Monate gezahlt. Unter bestimmten Voraussetzungen können sie den Gründungszuschuss in einer zweiten Phase für weitere sechs Monate bekommen – dann aber ausschließlich in Höhe des Pauschalbetrages für die soziale Absicherung.

Die Rehabilitation Zurück auf die Schulbank

... den alten Beruf neu erlernen oder umschulen

- Durch eine Erkrankung können Lücken im beruflichen Wissen entstehen, bisherige Kenntnisse und Fähigkeiten sogar verloren gehen oder technische Neuerungen einfach verpasst werden.
- Damit Betroffene dies möglichst ausgleichen können, bietet die berufliche Rehabilitation verschiedene Aus und Weiterbildungsmaßnahmen an.
- Durchgeführt werden die verschiedenen Bildungsangebote von privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen, Betrieben, Berufsförderungswerken oder ähnlichen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.



Die Rehabilitation Zurück auf die Schulbank

Berufsvorbereitung

- Leistungen zur Berufsvorbereitung bietet der Rehabilitationsträger dann an, wenn Betroffenen für eine Bildungsmaßnahme noch bestimmte Grundkenntnisse fehlen.
- Dafür gibt es berufsbezogene Förderlehrgänge, Lehrgänge zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten und Grundausbildungslehrgänge (beispielsweise eine blindentechnische Grundausbildung).
- Sie können stundenweise ambulant oder stationär als Vollzeitförderung durchgeführt werden.



Die Rehabilitation

Zurück auf die Schulbank

Berufliche Anpassung

- Die berufliche Anpassung soll Betroffenen helfen, im alten Beruf wieder Fuß zu fassen. Sie baut auf vorhandenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf und schließt eingetretene Wissenslücken. Außerdem sollen Betroffene berufliche Kenntnisse aktualisieren und den neuen technischen Erfordernissen beziehungsweise Standards anpassen. Betroffene erlernen ihren alten Beruf also noch einmal neu.
- Die berufliche Anpassung kann auch dazu dienen, eine andere Tätigkeit – beispielsweise an einem anderen Arbeitsplatz – im erlernten Beruf auszuüben.
- Maßnahmen, die lediglich die Allgemeinbildung betreffen, gehören aber nicht dazu.



Die Rehabilitation

Zurück auf die Schulbank

Berufliche Weiterbildung

- Bei der beruflichen Weiterbildung geht es darum, neues Wissen zu erlangen und vorhandene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu erweitern. Hierzu zählen die berufliche Fortbildung und die berufliche Umschulung.
- Die berufliche Fortbildung dient der Weiterqualifizierung im bisherigen Beruf. Sie soll idamit eine Wiedereingliederung in das gewohnte Arbeitsfeld ermöglichen.
- Wenn Betroffene ihre bisherige Tätigkeit wegen ihrer Behinderung nicht mehr ausüben können, bietet ihnen die Rentenversicherung eine Umschulung an. Umschulen heißt, ihnen werden Kenntnisse und Fähigkeiten für eine behindertengerechte Tätigkeit mit neuen Arbeitsinhalten vermittelt. Betroffene können also im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sogar einen völlig neuen Beruf erlernen, wenn sie diesen auch unter Berücksichtigung ihrer Behinderung ausüben können.
- Achtung: Eine Umschulung sollte mit einer Qualifikation, zum Beispiel mit einer Prüfung vor der Handwerks- oder Industrie und Handelskammer, abschließen. Sie wird in Berufsförderungswerken, aber auch an Fachschulen oder in Betrieben durchgeführt.

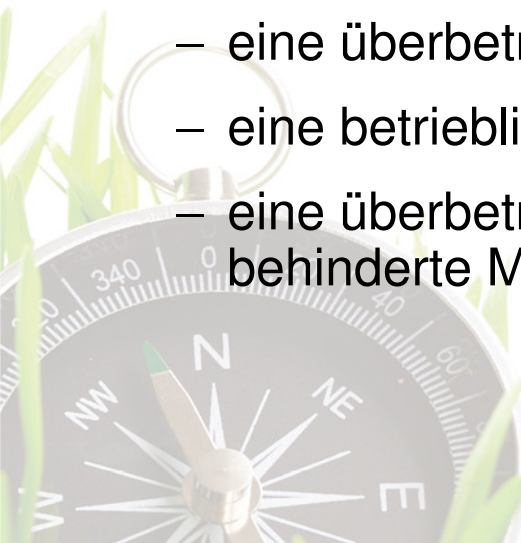
Die Rehabilitation

Zurück auf die Schulbank

Berufliche Ausbildung

Die berufliche Ausbildung umfasst alle Maßnahmen, die den Weg in eine Beschäftigung ermöglichen. Sie ist die erste zu einem Abschluss führende berufliche Bildungsmaßnahme. Dazu gehören:

- eine betriebliche Ausbildung (zum Beispiel eine Lehre),
- eine überbetriebliche Ausbildung (zum Beispiel an einer Fachschule),
- eine betriebliche Ausbildung mit überbetrieblichen Abschnitten sowie
- eine überbetriebliche Ausbildung in einer besonderen Ausbildungsstätte für behinderte Menschen (zum Beispiel in einem Berufsförderungswerk).



Die Rehabilitation

Zurück auf die Schulbank

Unterstützte Beschäftigung

- Wenn es für Betroffene aufgrund ihres gesundheitlichen Handicaps besonders schwierig sein sollte, wieder fit für den allgemeinen Arbeitsmarkt zu werden, gibt es die Möglichkeit einer individuellen betrieblichen Qualifizierung. Mit dem Instrument „Unterstützte Beschäftigung“ kann dann alternativ zu einer Leistung in einer Werkstatt für behinderte Menschen die berufliche Wiedereingliederung erreicht werden.
- Professionelle Helfer (beispielsweise Integrationsfachdienste) finden für Betroffene zunächst geeignete Arbeitsmöglichkeiten. In einer betrieblichen Qualifizierung, die ein oder zwei Jahre dauert, werden ihnen dann individuell notwendige praktische Inhalte, tätigkeitsübergreifende Kenntnisse und Schlüsselqualifikationen vermittelt, damit sie einen Arbeitsvertrag abschließen können. Diese Leistung bereitet die Betroffenen also auf den Wiedereinstieg in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vor, das künftig wieder ihren Unterhalt sichern soll.

Die Rehabilitation

Berufliche Eignung und Arbeitserprobung

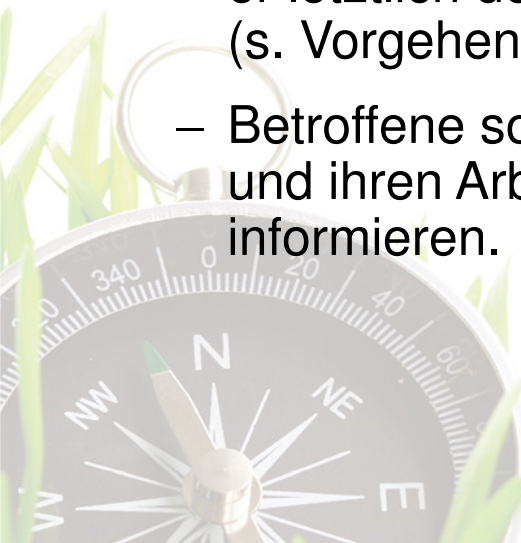
- Der Rehabilitationsträger sucht gemeinsam mit den betroffenen eine Leistung aus, die für ihre berufliche Eingliederung zweckmäßig und trotzdem wirtschaftlich ist. Nicht immer lässt sich gleich feststellen, welche Art der Leistung oder welche einzelnen Schritte hierfür am besten geeignet sind. Eine Arbeitserprobung und die Klärung ihrer beruflichen Eignung können hier hilfreich sein.
- Bei der Prüfung der beruflichen Eignung werden Faktoren wie das individuelle Leistungsvermögen, Neigung sowie die Auswirkungen der Behinderung auf die spätere berufliche Tätigkeit beurteilt. Eine anschließende Arbeitserprobung kann dann klären, ob Betroffene den Ausbildungs- und Arbeitsplatzanforderungen des Berufs, der geeignet erscheint, tatsächlich gerecht werden.



Die Rehabilitation

Unterstützung des Arbeitgebers

- Auch Arbeitgeber werden von der Rentenversicherung finanziell unterstützt, wenn sie Betroffenen einen beruflichen Wiedereinstieg ermöglichen oder sie betrieblich aus- und weiterbilden.
- Zuschüsse gibt es außerdem für Beschäftigungen auf Probe und behinderungsbedingte Einrichtungen beziehungsweise Umbauten im Betrieb.
- Einen Anspruch auf Zuschüsse hat der Arbeitgeber selbst jedoch nicht, auch wenn er letztlich der Begünstigte ist. Den Zuschuss müssen die Betroffenen beantragen (s. Vorgehensweise beim Pflegegeld).
- Betroffene sollten das Thema „Berufsförderung“ deshalb zur Chefsache machen und ihren Arbeitgeber über die unterschiedlichen finanziellen Fördermöglichkeiten informieren.



Die Rehabilitation Unterstützung des Arbeitgebers

Ausbildung oder Weiterbildung im Betrieb

- Wenn der Arbeitgeber Betroffenen von sich aus eine behindertengerechte Aus- oder Weiterbildung im Betrieb anbietet, dies aber an die Bedingung knüpft, dass sich auch der Rentenversicherungsträger finanziell daran beteiligt, kann beispielsweise ein solcher Zuschuss gezahlt werden.
- Für die Höhe des Zuschusses sind die Art und Schwere ihrer Behinderung und der Mehraufwand für ihre Unterweisung maßgeblich. Die Zuschusshöhe ist auch hier vom Leistungsstand des Betroffenen abhängig.



Die Rehabilitation

Unterstützung des Arbeitgebers

Berufliche Eingliederung

- Um Arbeitgebern einen Anreiz zu geben, Arbeitnehmern mit gesundheitlichem Handicap möglichst dauerhaft einen Arbeitsplatz zu bieten, zahlt die Rentenversicherung Eingliederungszuschüsse. Dies sind Zuschüsse zum Arbeitsentgelt, die ihr Arbeitgeber in ihrer Einarbeitungsphase bekommen kann. Sie sollen die verminderte Arbeitsleistung ausgleichen, bis Betroffene die volle Leistungsfähigkeit erreicht haben. Die Höhe richtet sich nach dem Leistungsstand des Versicherten und wird zwischen Rentenversicherung und Arbeitgeber jeweils vereinbart.
- Zuschüsse kann ein Arbeitgeber auch dann bekommen, wenn er Betroffenen zur Wiedereingliederung einen Arbeitsplatz anbietet, der von Anfang an ihrem Leistungsvermögen entspricht. Die Vermittlung neuer Fähigkeiten und Kenntnisse ist dann nicht zwingend erforderlich.

Die Rehabilitation Unterstützung des Arbeitgebers

Arbeitshilfen und behindertengerechte Einrichtungen

- Zu Aufwendungen, die für eine behinderungsbedingte Ausstattung des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes erforderlich sind, zahlt die Rentenversicherung Zuschüsse.
- Dazu gehören beispielsweise Umbauten wie Auffahrampen, Treppenhilfen oder behindertengerechte sanitäre Anlagen.



Die Rehabilitation Unterstützung des Arbeitgebers

Beschäftigung auf Probe

- Wenn durch eine Beschäftigung auf Probe die Chancen der Betroffenen auf eine vollständige und dauerhafte Eingliederung steigen oder überhaupt erst entstehen, kann für diese Beschäftigung ein Zuschuss gezahlt werden.
- Von einer Beschäftigung auf Probe profitieren beide Seiten: Betroffene können testen, ob sie den Arbeitsplatz ausfüllen können. Der Arbeitgeber sieht, ob der Betroffene dafür geeignet ist, und kann über eine weitere Beschäftigung entscheiden.
- Die während der Probezeit anfallenden Lohn- und Gehaltskosten einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung übernimmt die jeweilige Rentenversicherung zumindest teilweise, manchmal auch ganz.

Die Rehabilitation

Alternativer Arbeitsmarkt

Werkstätten für behinderte Menschen – der besondere Arbeitsmarkt

- Die Rentenversicherung hilft Betroffenen auch dann, wenn die Einschränkungen durch die Behinderung so gravierend sind, dass Betroffene auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht wieder Fuß fassen können.
- Berufsfördernde Leistungen bietet die Rentenversicherung daher auch für den besonderen Arbeitsmarkt der Werkstätten für behinderte Menschen an. Diese werden im Eingangs- und im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen durchgeführt und finanziert.
- Es muss jedoch absehbar sein, dass Betroffene auf diesem besonderen Arbeitsmarkt wettbewerbsfähig sind beziehungsweise nur dort einer angemessenen Erwerbstätigkeit nachgehen können.

Die Rehabilitation

Alternativer Arbeitsmarkt

- Im Eingangsverfahren wird zunächst geprüft, ob Betroffene für die Aufnahme in einer solchen Einrichtung geeignet sind. Anschließend wird ein Eingliederungsplan erstellt. Dieses Verfahren dauert bis zu drei Monate.
- Im Berufsbildungsbereich wird das Leistungsvermögen der Betroffenen dann so weit gefördert, dass sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen wirtschaftlich verwertbare Arbeit leisten können und damit wieder versicherungspflichtig tätig werden.
- Die Leistungen im Berufsbildungsbereich können längstens zwei Jahre durchgeführt werden.



Die Rehabilitation

Antrag auf berufliche Rehabilitation

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Betroffene nur, wenn sie einen Antrag stellen. Empfehlen sie Betroffenen, den Antrag bei einem Rehabilitationsberater seiner Rentenversicherung zu stellen. Dieser koordiniert die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern, mit der Agentur für Arbeit und mit den Integrationsfachdiensten, die bei Bedarf ein bewährtes Netzwerk bilden.
- Doch auch andere öffentliche Stellen, wie die Agenturen für Arbeit, die gesetzlichen Krankenkassen oder die Versicherungsämter, nehmen den Antrag entgegen und sind beim Ausfüllen der Formulare gern behilflich.



Die Rehabilitation

Antrag auf berufliche Rehabilitation

- Antragsformulare gibt es nicht nur direkt bei ihrem Rentenversicherungsträger, sondern auch bei den bundesweit eingerichteten Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation.
- Betroffene können sich die Antragsunterlagen auch im Internet unter www.deutscherentenversicherung.de unter Services/Formulare & Anträge, Stichwort Rehabilitation, als Antragspaket „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ herunterladen.
- Wichtig: Betroffene sollten unbedingt den Zusatzfragebogen mit der Bezeichnung G 130 und für die Kraftfahrzeughilfe den Zusatzfragebogen G 140/141 ausfüllen sowie eine aktuelle Verdienstbescheinigung beifügen. Ohne vollständige Angaben in diesen Fragebögen ist keine fristgerechte Entscheidung über den Antrag möglich. Die gewünschten Hilfen und Leistungen sollten dabei möglichst ausführlich begründet werden.

Die Rehabilitation

Antrag auf berufliche Rehabilitation

- Dem Antrag müssen Betroffene außerdem einen Befundbericht von ihrem behandelnden Arzt beifügen. Der Arzt muss die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Rehabilitationsleistungen bestätigen. Die Befundberichte erhalten Betroffene direkt bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger oder auch auf dessen Internetseite. Die Kosten für den ärztlichen Befundbericht übernimmt die jeweilige Rentenversicherung.
- Anhand der eingereichten Unterlagen wird dann geprüft, ob Betroffene alle Voraussetzungen erfüllen und welche Leistungen für sie in Frage kommen.
- Wichtig: Betroffene brauchen sich nicht darum zu kümmern, welche Stelle zuständig ist. Das klären die Rehabilitations-träger unter sich und leiten ihren Antrag an die jeweils richtige Adresse weiter. Sie werden selbstverständlich darüber informiert.

Die Rehabilitation Reha-Berater

- Der Reha-Berater ist ihr direkter Ansprechpartner in allen berufs- und arbeitskundlichen Fragen. Er begleitet und überwacht das Verfahren bis zur beruflichen Wiedereingliederung. Bei Bedarf koordiniert er die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern.
- Betroffene erreichen den Reha-Berater über ihren Rentenversicherungsträger oder die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation in ihrer Region. Die Reha-Berater führen wöchentlich einen Sprechtag durch. Da die Berater auch im Außendienst tätig sind, empfehlen sie den Betroffenen, telefonisch einen Termin zu vereinbaren.



Die Rehabilitation

Die Arbeitsagentur

- Damit Betroffene wieder dauerhaft ins Erwerbsleben einsteigen können, orientieren sich die Leistungen der Berufsförderung an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes.
- Bei der Einleitung und Durchführung einer beruflichen Rehabilitation arbeitet die Rentenversicherung daher bei Bedarf mit der Agentur für Arbeit zusammen.
- Diese gibt eine einzelfall- beziehungsweise arbeitsmarktbezogene Einschätzung ab. Zum Beispiel wird geprüft, ob Betroffene für eine Qualifizierungsmaßnahme geeignet sind oder in welchem Umfang eine besondere Arbeitsplatzausstattung notwendig ist.



Die Rehabilitation

Der Integrationsfachdienst

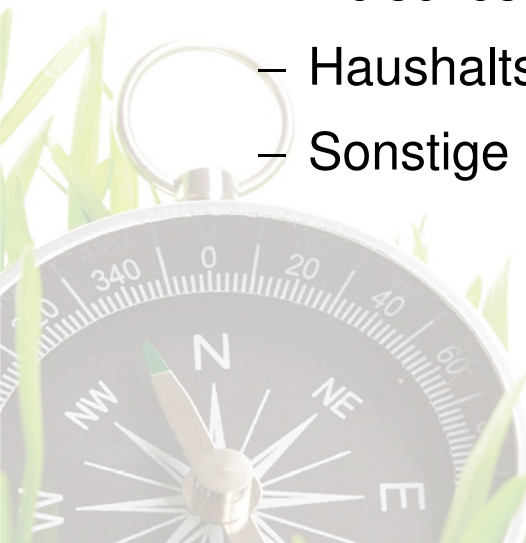
- Integrationsfachdienste (IFD) beraten und unterstützen sowohl arbeitssuchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber.
- Der Integrationsfachdienst kann berufsfördernde Leistungen ergänzen.
- Bei besonderen Schwierigkeiten im beruflichen Alltag kann er Betroffene berufsbegleitend unterstützen.
- Die Integrationsfachdienste helfen auch bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz und bieten Arbeitgebern ausführliche Informationen und Beratung an.

Die Rehabilitation

Ergänzende finanzielle Unterstützung

Damit Betroffene und ihre Familien auch während der Rehabilitation finanziell gesichert sind, bietet die Rentenversicherung zusätzlich sogenannte ergänzende Leistungen an. Hierbei handelt es sich um finanzielle Hilfen, die Betroffene im Zusammenhang mit ihrer Rehabilitationsleistung erhalten können.

- Übergangsgeld
- Reisekosten
- Haushaltshilfe und Kinderbetreuung
- Sonstige Kosten



Die Rehabilitation

Ergänzende finanzielle Unterstützung

Übergangsgeld

- Für die Dauer einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zahlt die Rentenversicherung Betroffenen grundsätzlich Übergangsgeld. Als Unterhaltersatz soll es Einkommenslücken überbrücken beziehungsweise von vornherein ausschließen.
- Die Höhe richtet sich zum einen nach den letzten Arbeitseinkünften beziehungsweise den letzten Beitragszahlungen zur gesetzlichen Rentenversicherung; zum anderen nach einem fiktiven Arbeitsentgelt einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren Person, die nicht behindert ist.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Übergangsgeld auch für Zeiten nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zwischen zwei zusammenhängenden berufsfördernden Leistungen gezahlt werden. Das gilt auch für die Zeit zwischen einer medizinischen und sich anschließenden berufsfördernden Rehabilitation.
- Wichtig: Während des Bezuges von Übergangsgeld sind Betroffene sozialversichert. Die Beiträge übernimmt der Rehabilitationsträger. Inbegriffen ist auch der Unfallversicherungsschutz. Dieser schließt den Weg zur Rehabilitationseinrichtung und zurück mit ein. Den Beitragszuschlag für Kinderlose zur Pflegeversicherung müssen Betroffene jedoch selbst zahlen.

Die Rehabilitation

Ergänzende finanzielle Unterstützung

Reisekosten

- Reisekosten, die Betroffenen wegen einer berufsfördernden Rehabilitation entstehen, übernimmt der jeweilige Rehabilitationsträger.
- Erstattet werden grundsätzlich die Kosten für die Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und der Ausbildungsstätte in Höhe der Tarife für öffentliche Verkehrsmittel. Betroffene sollen dabei mögliche Fahrpreisermäßigungen ausschöpfen. Reisen sBetroffene mit ihrem eigenen Kraftfahrzeug an, erhalten sie eine Wegstreckenentschädigung.
- Darüber hinaus werden in der Regel auch die Reisekosten für zwei Familienheimfahrten im Monat zum Wohn- beziehungsweise Aufenthaltsort übernommen, falls Betroffene außerhalb untergebracht sind.
- Anstelle der Kosten für die Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort des Betroffenen und zurück Reisekosten übernommen werden.

Die Rehabilitation

Ergänzende finanzielle Unterstützung

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- Rehabilitationsträger können auch Kosten für Haushaltshilfen oder Kinderbetreuung übernehmen, wenn eine Teilnahme an der Rehabilitationsleistung ansonsten nicht möglich ist.
- Diese Kostenübernahme sollten Betroffene jedoch vor Beginn der Berufsförderung beantragen. Möglich ist die Kostenübernahme, wenn ihnen wegen der Teilnahme an der Rehabilitation die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und auch andere im Haushalt lebende Personen den Haushalt nicht weiterführen und die Kinder nicht versorgen können.
- Außerdem muss ein Kind unter zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Bei der Suche nach einer geeigneten Person haben Betroffene die freie Wahl.
- Wichtig: Liegen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe nicht vor, weil das Kind schon älter als zwölf Jahre ist, können Betroffene jedoch für unvermeidbare Kinderbetreuungskosten einen Zuschuss bekommen.

Die Rehabilitation

Ergänzende finanzielle Unterstützung

Sonstige Kosten

- Kosten, die unmittelbar bei einer beruflichen Rehabilitation entstehen, wie beispielsweise Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte, können ebenfalls von der Rentenversicherung übernommen werden.



Die Rehabilitation

Widerspruch bei Ablehnung

Widerspruchsverfahren bei Ablehnung einer Leistung zur Teilhabe

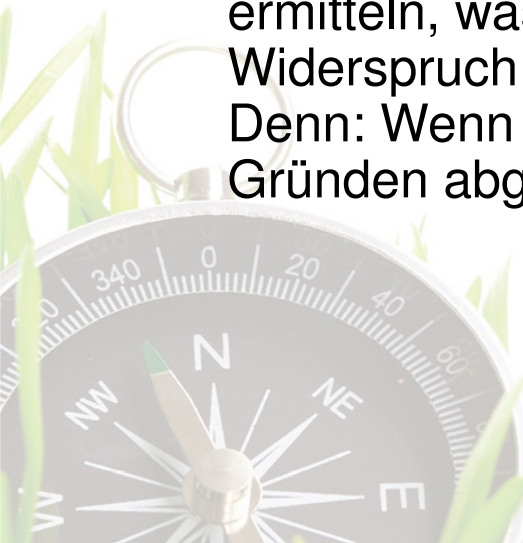
- Wer eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt und eine Ablehnung erhält, kann dagegen natürlich Widerspruch einlegen.
- Das heißt, betroffene Versicherte haben das Recht, die Entscheidung überprüfen zu lassen. Wie aber läuft das Verfahren? Was ist dabei zu beachten? Und welche Fristen müssen eingehalten werden?



Die Rehabilitation

Widerspruch bei Ablehnung

- Das Widerspruchsverfahren beginnt mit dem Eingang des Widerspruchs. Dieser muss schriftlich bei der Behörde, die den Antrag abgelehnt hat, eingereicht oder von den dortigen Mitarbeitern aufgenommen werden. Der Versicherte muss deutlich machen, dass er mit der Entscheidung nicht einverstanden ist. Auch wenn es nicht erforderlich ist, seinen Widerspruch zu begründen, hilfreich ist es schon.
- Weist der Widerspruch Unklarheiten auf, ist es Aufgabe der Behörde zu ermitteln, was der Versicherte tatsächlich will. Wichtig ist, dass der Widerspruch innerhalb eines Monats nach der Entscheidung eingereicht wird. Denn: Wenn diese Frist überschritten wird, wird der Widerspruch aus formalen Gründen abgelehnt ohne dass er inhaltlich geprüft wurde.



Die Rehabilitation

Widerspruch bei Ablehnung

- Liegt ein wirksamer Widerspruch vor, wird eine Abhilfeprüfung durchgeführt. Dabei klärt die Behörde unter Beachtung dessen, was der Versicherte aufgeschrieben bzw. zum Beispiel in der Auskunft- und Beratungsstelle vorgebracht hat ob sie an ihrer Ablehnung festhält oder ob sie den Widerspruch für teilweise bzw. vollständig erfolgreich hält.
- Ist Letzteres der Fall, hilft sie dem ab, indem sie den begehrten Verwaltungsakt erlässt. In diesem Fall ist das Widerspruchsverfahren zugunsten des Versicherten abgeschlossen. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, wird der Widerspruch dem Widerspruchsausschuss zur Entscheidung vorgelegt.
- Zu beachten ist hierbei: Das Widerspruchsverfahren bei den Behörden der Sozialverwaltung, z.B. Rentenversicherungsträger, Krankenkassen usw. ist kostenlos; es werden keine Gebühren und Auslagen erhoben. Damit soll sichergestellt werden, dass niemand aus finanziellen Gründen darauf verzichtet, Sozialleistungen oder Beratungen durch Leistungsträger zu beantragen. Darüber hinaus werden dem Widerspruchsführer die zur Rechtsverfolgung notwendigen Kosten erstattet, wenn der Widerspruch erfolgreich ist. Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts oder eines sonstigen Bevollmächtigten können dann erstattet werden, wenn seine Unterstützung notwendig war.

Die Rehabilitation Beispielfall

Berufliche Perspektiven nach einer Krebserkrankung über das Berufsförderungswerk

- Der berufliche Wiedereinstieg nach einer onkologischen Erkrankung ist für den Arbeitnehmer sowie den Arbeitgeber oft mit vielen Fragen und Unsicherheiten verbunden. Woher wissen alle Beteiligten wie die aktuelle Leistungsfähigkeit eingeschätzt werden kann? Was tun, wenn der bisherige Aufgabenbereich nicht mehr bewältigt wird? Um nach Krankheit oder Unfall beruflich neu zu beginnen, ist oft Unterstützung notwendig. Diese kann über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) beantragt werden.
- Das Fallbeispiel soll ihnen verdeutlichen, wie der Weg zurück in Arbeit über die berufliche Rehabilitation gelingen kann (Beispiel: Case Management des Berufsförderungswerkes Leipzig):

Die Rehabilitation Beispielfall

Ausgangssituation

- Herr G. aus Z. ist 26 Jahre alt und arbeitet seit 2009 als Fertiger im Bereich Technik/Produktion bei einem Automobilhersteller. In seiner Tätigkeit muss er mittelschwere Lasten bewegen, vorn über gebeugt und mit den Armen über Brusthöhe arbeiten. Hinzu kommen psychisch belastende Komponenten wie Zeitdruck, Norm- und Schichtarbeit.
- Im März 2011 wurde bei Herrn G. ein Hodenkarzinom diagnostiziert. Es erfolgte die medizinische Behandlung. Nach 2 Zyklen PEB, die im Juni 2011 beendet wurden, lag bei Herrn G. eine allgemeine Schwäche und Leistungsminderung vor. Zur weiteren medizinischen Rehabilitation nahm Herr G. die AHB über 4 Wochen in einer Rehabilitationsklinik in Ahlbeck wahr. Leistungsträger dieser AHB war die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland.

Die Rehabilitation Beispielfall

- Der Abschlussbericht der Klinik zeigte nachfolgendes einschränkendes Leistungsbild für Herrn G. auf:
 - Ausschluss des Bewegens von Lasten,
 - Vermeiden des Einflusses von Kälte, Nässe, Zugluft, inhalativer Belastungen,
 - Vermeiden ständiger Zwangshaltungen der Wirbelsäule.
- Die Belastbarkeit für die letzte Tätigkeit liegt unter 3 Stunden. Für den allgemeinen Arbeitsmarkt (bei gesundheitsgerechter Beschäftigung) ist Herr G. mehr als 6 Stunden belastbar.
- Sein gesundheitlicher Zustand bereitete Herrn G. im Januar 2012 große Sorgen. Er klagte über zunehmende neurologische Beschwerde-Symptomatik in der rechten Körperhälfte, Motorik-Störungen sowie Kraftverlust in Arm und Hand als Folge der Chemotherapie. Seine berufliche Zukunft ist ungewiss.

Die Rehabilitation Beispielfall

- Bei einem Beratungsgespräch seiner Krankenkasse erfuhr Herr G. von den die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation und bekam Informationen zum Case Management des Berufsförderungswerkes Leipzig. Herr G. stellte die notwendigen Anträge (G100 und G130) zur Teilhabe am Arbeitsleben (kurz LTA) bei seinem zuständigen Rententräger.
- Herr G. nahm nach der Empfehlung durch die Krankenkasse den Kontakt zum BFW Leipzig auf. Noch im Januar erfolgte das Erstgespräch wohnortnah mit der Case Managerin in der Außenstelle des BFW Leipzig. Dabei wurde die gesundheitliche und berufliche Situation von Herrn G. analysiert und darauf basierend ein Zeitplan für die nächsten Aktivitäten aufgestellt. Anfang Februar 2012 fand ein Betriebstermin mit dem Personalleiter statt. Im Gespräch wurde über das zu erwartende Leistungsbild des Mitarbeiters und die sich daraus ergebenden Konsequenzen informiert. Der Arbeitgeber erhielt Informationen über die Möglichkeiten zur Unterstützung durch die Deutsche Rentenversicherung und das Integrationsamt (Antragstellung über Stadtverwaltung/Landratsamt; Antrag Gleichstellung in der Arbeitsagentur).

Die Rehabilitation Beispielfall

- Da Herr G. von seinem Arbeitgeber als wichtiger Leistungsträger geschätzt wird, werden alternative Ideen zur Weiterbeschäftigung im Unternehmen in Hinblick auf eine innerbetriebliche Umsetzung geprüft. Es entstand eine konkrete Idee für eine gesundheitsgerechte Weiterbeschäftigung in der 2013 anlaufenden Anlagensteuerung im Werk. Anhand dessen wurden die nächsten Schritte abgestimmt:
- Arbeitsversuch über eine stufenweise Wiedereingliederung im Krankengeld ab 05.03.2012 im zukünftig vorgesehenem Bereich unter arbeitsmedizinischer Aufsicht; Urlaubsabgeltung bis zur Qualifizierung.
- Parallel Abklärung durch das BFW Leipzig mit der DRV MD hinsichtlich einer Aufstiegsqualifizierung: gesetzlich geregelte Qualifizierung „Staatlich geprüfter Techniker - Farb- und Lacktechnik“ ab 03.09.2012 (2 Jahre Vollzeit).


Die Rehabilitation Beispielfall

- Am Fallbeispiel von Herrn G. wird deutlich, dass ein zeitnahe Zusammenwirken aller am Prozess beteiligten Akteure sehr wichtig für das Gelingen der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ist.
- Viele kleine und mittelständische Unternehmen können ihren leistungsgewandelten Mitarbeitern keine innerbetriebliche Umsetzung bieten. Oder was kann man tun, wenn man bereits von Arbeitslosigkeit betroffen ist?
- Hier hat der Arbeitnehmer ebenfalls die Möglichkeit über die berufliche Rehabilitation wieder in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren. Das Antragsverfahren muss auch hier, wie im Fallbeispiel erläutert, durch die Abgabe der Anträge G100 und G130 beim Rehabilitationsträger vom Versicherten angestoßen werden.



Die Rehabilitation Beispielfall

- Wurde der Antrag bewilligt, kann mit Hilfe des Berufsförderungswerkes in einer Berufsfindung/Arbeitserprobung (Assessment) die berufliche Eignung für eine neue Qualifizierung festgestellt werden. Das Ergebnis der Eignungsfeststellung wird dem Leistungsträger zugesandt und mit dem Versicherten besprochen. Je nach Empfehlung kann sich eine Qualifizierung oder eine Integrationsmaßnahme anschließen. Beides hat die Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zum Ziel.
- Die Erfolgsquoten einer Arbeitsaufnahme nach einer beruflichen Neuorientierung liegen je nach Branche zwischen 52 und 100 Prozent.



*PEB = Chemotherapie mit einer bestimmten Kombination an Präparaten
AHB = Anschlussheilbehandlung
DRV MD = Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland*

Die Rehabilitation

Was passiert, wenn Leistungen zur Teilhabe erfolglos?

- Leistungen zur Teilhabe sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Betroffenen oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern bzw. die Betroffenen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder eingliedern.

Grundprinzip: Teilhabe vor Rente (§ 9 SGB VI)

- Bleiben die Anstrengungen jedoch erfolglos, so hat der jeweilige Rentenversicherungsträger zu prüfen, ob eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Betracht kommt.

Grundprinzip: Zeitrente – Befristung (§ 102 SGB VI)

Die Rehabilitation

Was passiert, wenn Leistungen zur Teilhabe erfolglos?

- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit grundsätzlich als Zeitrente
- Befristung für längstens 3 Jahre
- Wiederholung möglich
- Unbefristete Leistung, sofern die Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit unwahrscheinlich (> 9 Jahre)
- Spielt nicht nur Gesundheitszustand, sondern aktuelle Arbeitsmarktlage eine Rolle (adäquate Teilzeitarbeitsplätze nicht verfügbar) – ebenfalls nur befristete Zahlung der Rente. In solchen Fällen kann Wiederholung auch über das neunte Jahr hinweg fortgesetzt werden.



Die Rehabilitation

Was passiert, wenn Leistungen zur Teilhabe erfolglos?

- Verminderte Erwerbs-Fähigkeit bedeutet: Betroffene können wegen einer Behinderung oder Krankheit nicht mehr voll arbeiten. Oder Sie können gar nicht arbeiten und verdienen deshalb weniger oder gar kein Geld. Sie sind ganz oder teilweise erwerbsgemindert.
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sollen Einkommen ersetzen
- Längstens bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres gezahlt → Altersrente schließt an
- Altersrente wird nicht niedriger sein als Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Regelungen zum Hinzuverdienst bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind unterschiedlich



Die Rehabilitation

Voraussetzungen für Erwerbsminderungsrente

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit können Betroffene bekommen, wenn sie

- wegen einer Krankheit oder Behinderung ganz oder teilweise erwerbs-gemindert sind,
- wenn Sie in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbs-Minderung mindestens 3 Jahre lang Pflicht-Beiträge bezahlt haben.
- Wenn Sie mindestens 5 Jahre lang in der gesetzlichen Renten-Versicherung versichert sind.

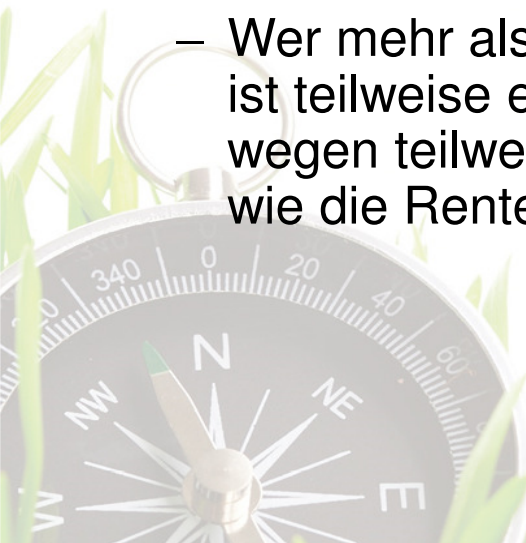


Die Rehabilitation

Was passiert, wenn Leistungen zur Teilhabe erfolglos?

Die zuständige Rentenversicherung prüft, ob die Betroffenen teilweise oder ganz erwerbsgemindert sind:

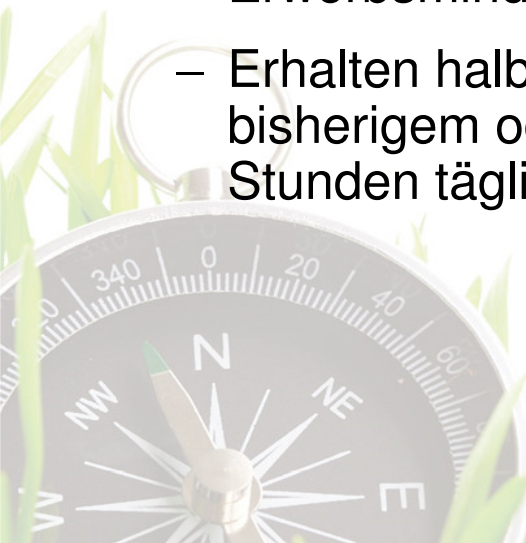
- Wer weniger als 3 Stunden am Tag arbeiten kann, ist voll erwerbsgemindert. Er/Sie bekommt die Rente wegen voller Erwerbsminderung.
- Wer mehr als 3 aber weniger als 6 Stunden am Tag arbeiten kann, ist teilweise erwerbsgemindert. Er/Sie bekommt dann die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Diese ist nur halb so hoch wie die Rente wegen voller Erwerbsminderung.



Die Rehabilitation Erwerbsminderungsrente

Renten wegen Erwerbsminderung (vgl. § 43 SGB VI)

- Versicherte, die beim Inkrafttreten der Reform (Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – Deutscher Bundestag v. 16. November 2000) das 40. Lebensjahr vollendet hatten, haben weiterhin Anspruch auf Teilrente wegen Erwerbsminderung
- Erhalten halbe Erwerbsminderungsrente auch dann, wenn sie in bisherigem oder einem zumutbaren anderen beruf nicht mehr als 6 Stunden täglich arbeiten können



Die Rehabilitation Erwerbsminderungsrente

Renten wegen Erwerbsminderung (vgl. § 43 SGB VI)

- Abschläge bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Höhe von 10,8% wurden beibehalten
- Wirkung abgemildert: Zeit zwischen vollendetem 55. und 60. Lebensjahr wird voll als Zurechnungszeit angerechnet = als ob bis 60 gearbeitet
- Gesetz trat zum 1.1.2001 in Kraft und gilt für alle Neurentner wegen Erwerbsminderung



Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitationsleistungen

- Gesicherte Diagnose
- Rehabilitationsfähigkeit muss gegeben sein
- Vorversicherungszeiten
- stationär oder ambulant
- Dauer im Regelfall drei Wochen
- Wunsch und Wahlrecht

Zuständigkeit liegt
beim jeweiligen
Rententräger



Die Rehabilitation

Onkologische Rehabilitationsleistungen

- Bis zum Ablauf eines Jahres nach einer abgeschlossener Erstbehandlung können Patienten Leistungen zur onkologischen Rehabilitation in Anspruch nehmen.
- Wenn erhebliche Funktionsstörungen vorliegen, kann die Rehabilitation in Ausnahmefällen auch bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der Erstbehandlung stattfinden.
- Nach Ablauf dieser Fristen kommen für die Patienten (nur) noch medizinische Rehabilitationsleistungen in Frage.



Häufige Fragestellungen bei Krebs Unterstützung

Schwerbehinderung



Häufige Fragestellungen bei Krebs Schwerbehinderung

- Feststellung eines Grad der Behinderung (GdB)
- Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens
- „Versorgungsmedizinische Grundsätze“
- Ab 50 GdB Schwerbehinderung / Ausweis
- Heilungsbewährung (spätestens nach 5 Jahren) – kein Krankheitsrückfall Rückstufung
- 30 GdB – Gleichstellung möglich



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Schwerbehinderung - Nachteilsausgleich

- Steuerfreibeträge (ab 25 GdB)
- Merkzeichen G, aG, B, BI, H, RF
- KFZ Steuerfreibetrag 50 % mit G
- Beitragsermäßigung z. B. Automobilclub
- Parkerleichterung Merkzeichen aG
- Öffentliche Personenverkehr: Bei Grad der Behinderung von 50 Merkzeichen G bzw. aG unentgeltlich, wenn eine Wertmarke zum Preis von 80,- € / Jahr erworben wird (Deutsche Bahn kostenlose Nutzung Nahverkehrszüge bundesweit).



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Schwerbehinderung - Nachteilsausgleich

- Kündigungsschutz (gilt für Betrieb etc. mit mind. 6 Beschäftigten, erst nach 6 Monaten Betriebszugehörigkeit)
- Lohnkostenzuschüsse; Hilfe für die Arbeitsplatzausstattung
- Zusatzurlaub (Kalenderjahr 5 Werktage)
- GEZ Befreiung (80 GdB nicht nur vorübergehend, seit Januar 2013 nur noch ermäßigter Betrag von 5,99€)
- Wohngeld Freibeträge (100 GdB oder 50 GdB und häusliche Pflegebedürftigkeit)
- Rückwirkende Antragstellung möglich



Häufige Fragestellungen bei Krebs Krankengeld

Bei onkologischen Patienten ist , aufgrund der Langwierigkeit und Schwere der Erkrankung, das Auslaufen des Krankengeldes oft ein relevantes Thema, welches für viele überraschend kommt und zu plötzlichen, akuten finanziellen Krisen führt.

Das Wissen um die entsprechenden gesetzlichen Regelungen ist oft limitiert.

- Dauer 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren aufgrund der gleichen Erkrankung
- Weitere Erkrankungen während der Krankschreibung verlängern nicht
- Lohnfortzahlungen werden berücksichtigt
- Krankenkassen dürfen zum Antrag auf Rehabilitation mit einer Frist von 10 Wochen auffordern
- Ab 2016 Vereinfachung des Prozedere zum Krankengeld – nur noch Formular Krankschreibung notwendig.



Häufige Fragestellungen bei Krebs Krankengeld

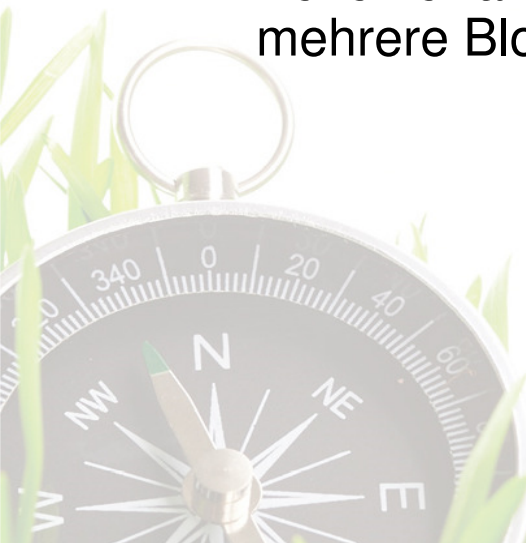
- Bei onkologischen Patienten ist , aufgrund der Langwierigkeit und Schwere der Erkrankung, das Auslaufen des Krankengeldes oft ein relevantes Thema, welches für viele überraschend kommt und zu plötzlichen, akuten finanziellen Krisen führt.
- Das Wissen um die entsprechenden gesetzlichen Regelungen ist oft limitiert.



Häufige Fragestellungen bei Krebs Krankengeld

Wie lange bekomme ich Krankengeld? (§ 48 SGB V)

- Krankengeld gibt es wegen derselben Krankheit, d.h. wegen der identischen Krankheitsursache für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- Dabei handelt es sich um eine so genannte Blockfrist. Diese beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die zugrunde liegende Krankheit. Bei einer anderen Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist, so dass auch mehrere Blockfristen parallel laufen können.



Häufige Fragestellungen bei Krebs Krankengeld

Habe ich einen erneuten Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit?

- Es kann ein erneuter Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf der Blockfrist gestellt werden wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - erneute Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Krankheit
 - mindestens 6 Monate Erwerbstätigkeit oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehend
 - keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Monaten aufgrund der Krankheit



Häufige Fragestellungen bei Krebs Krankengeld

Kann ich bei Wegfall des Krankengeldes einen Antrag auf Reha stellen? (§ 51 Abs. 1 SGB V)

Wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine Frist von 10 Wochen setzen, um einen Antrag auf Reha-Maßnahmen zu stellen.



Häufige Fragestellungen bei Krebs Krankengeld

Kann ich bei Wegfall des Krankengeldes einen Antrag auf Rente stellen? (§ 51 Abs. 2 SGB V)

Die Krankenkasse kann einen Krankengeldempfänger auffordern einen Antrag auf Rente zu stellen. Dieser muss der Aufforderung innerhalb von 10 Tagen nachkommen. Hat der Krankengeldempfänger noch Anspruch auf Krankengeld, erhält er dieses weiter, bis über Rentenanspruch entschieden ist.



Häufige Fragestellungen bei Krebs **Auslaufen des Krankengeldes**

Was passiert eigentlich, wenn das Krankengeld nach 78 Wochen ausgelaufen ist?

- Eigene finanzielle Mittel
- ALG II
- Rentenantrag



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Arbeitslosengeld, ALG II, Grundsicherung

Arbeitslosengeld und Krankheit

- bei Arbeitsunfähigkeit wird - in Anlehnung an das für beschäftigt Arbeitnehmer geltende Entgeltfortzahlungsgesetz - Arbeitslosengeld bis zur Dauer von sechs Wochen weitergezahlt.

Arbeitslosengeld II

- können alle erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen im Alter von 15 Jahren bis zur gesetzlich festgelegten Altersgrenze zwischen 65 und 67 Jahren erhalten.

Personen die nicht erwerbsfähig sind, können Sozialgeld erhalten.

Grundsicherung - Rentnerinnen und Rentner mit kleinen Renten, die ihren Anspruch auf Sozialhilfe nicht geltend machen.

Häufige Fragestellungen bei Krebs **Unterstützung**

Alternative Unterstützungsangebote



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Alternative Unterstützung in Notsituationen

Deutsche Krebshilfe
Härtefonds
Buschstr. 32
53113 Bonn
Telefon: 0228/72990-94
E-Mail: haertefonds@krebshilfe.de



Wenn Krebspatienten unverschuldet in finanzielle Not geraten sind, können Sie beim Härtefonds der Deutschen Krebshilfe kurzfristig und (in der Regel) einmalig Hilfe beantragen.

- Zuwendungen sind an Einkommensgrenzen von Familien gebunden.
- Bearbeitung nach Reihenfolge des Eingangs.
- Formulare unter <https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanzielle-hilfe-unserhaertefonds/>

Häufige Fragestellungen bei Krebs

Alternative Unterstützung in Notsituationen

Bundespräsidialamt
Spreeweg 1
10557 Berlin

Telefon: 030 / 20000
E-Mail: bundespraesidialamt@bpra.bund.de



Fonds zur Unterstützung von Menschen in unverschuldeter Notlage

Bürger, die dem Bundespräsidialamt eine wirtschaftliche Notlage z.B. aufgrund einer schweren Erkrankung nachweisen, können aus dem Unterstützungsfonds des Bundespräsidenten eine finanzielle Unterstützung erhalten.

Häufige Fragestellungen bei Krebs Leistungen weiterer Kostenträger

Unfallversicherung



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Leistungen der Unfallversicherung

Was löst Versicherungsfall und Leistungsanspruch in der gesetzlichen Unfallversicherung aus?

- Arbeitsunfall (vgl. §§ 7, 8 SGB VII)
- Versicherte Wege (vgl. § 8 Abs. 2 SGB VII)
- Berufskrankheit (vgl. §§ 7, 9 SGB VII)



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Leistungen der Unfallversicherung

Berufskrankheit

- Tritt Gesundheitsschaden langsam und allmählich durch betriebliche Gefahren oder einflüsse auf, kann es eine Berufskrankheit sein
- Regelungen in der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), z.B. Staublunge oder Hautkrankheiten (z.B. Hautkrebs bei Bauarbeitern)
- Informationen über Berufskrankheiten auch über KK (vgl. § 15 SGB I)
- Leistungen sind von Amts wegen zu erbringen = nicht antragsabhängig (vgl. § 19 Satz 2 SGB IV)



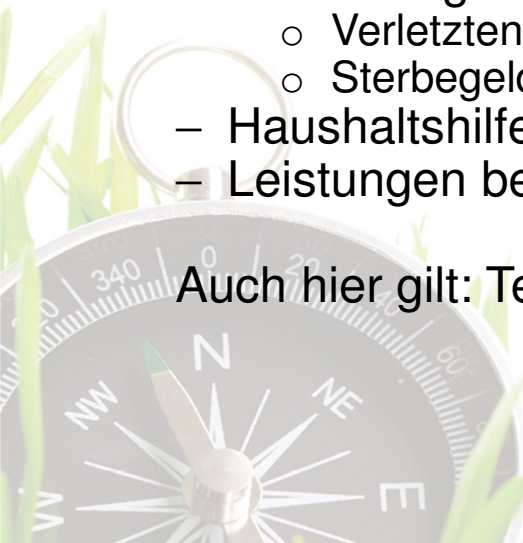
Häufige Fragestellungen bei Krebs

Leistungen der Unfallversicherung

Nach Arbeitsunfall oder Berufskrankheit werden von der KK keine Leistungen erbracht (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V). Zuständig ist hier die Unfallversicherung.

- Heilbehandlung
- Leistungen zur Teilhabe
 - medizinische
 - berufliche
 - soziale
 - ergänzende
- Entschädigung durch Geldleistungen
 - Verletzten- bzw. Übergangsgeld
 - Sterbegeld, Renten, Abfindung
- Haushaltshilfe und Betriebshilfe
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Auch hier gilt: Teilhabe vor Rente!



Häufige Fragestellungen bei Krebs Leistungen weiterer Kostenträger

Agentur für Arbeit



Häufige Fragestellungen bei Krebs

Leistungen der Agentur für Arbeit

Aufgaben und Leistungen nach dem Recht der Arbeitsförderung (SGB III)

- Berufs- und Arbeitsberatung
- Arbeitsvermittlung
- Förderung der beruflichen Bildung
- Förderung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen (nachrangig)

Andere Träger z.B.

- Berufskrankheit = Zuständigkeit bei Unfallversicherung
- Rentenversicherungsträger
- Leistungen an Arbeitgeber



Workshop Sozialrecht
Wir müssen reden!

**Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und
Betreuungsvollmacht**



Workshop Sozialrecht

Behandlungsstrategien bei Krebs

Kurative Behandlungsstrategie

- Voraussetzung ist eine heilbare Erkrankung
- Ziel ist die Wiederherstellung der Gesundheit
- Behandlung der Erkrankung (z.B. Karzinome, Leukämien, Lymphome,...)
- Auf Vernichtung der Krankheitsursachen oder Entfernung z.B. des Krebses gerichtet
- Die Perspektive ist Heilung.

Palliative Behandlungsstrategie

- Voraussetzung ist eine unheilbare Erkrankung
- Ziel ist die Aufrechterhaltung von Lebensqualität
- Behandlung von Symptomen (Schmerzen, Beschwerden, Ängste, Befürchtungen,...)
- auf Beherrschen der Krankheit und der Ausbreitung gerichtet
- Die Perspektive ist der Tod.

Workshop Sozialrecht Wir müssen reden!

Die Patientenverfügung



Workshop Sozialrecht

Patientenverfügung

Schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

(zusätzlich auch Anweisungen oder Bitten zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung)

Quelle: § 1901a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs -BGB



Workshop Sozialrecht

Patientenverfügung

Wozu?

- Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung nehmen
- Selbstbestimmungsrecht wahren, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar bzw. einwilligungsfähig sind

An wen gerichtet?

- Ärztin/Arzt und Behandlungsteam
- Zusätzlich: bevollmächtigte oder gesetzliche Vertreterin / Vertreter



Workshop Sozialrecht

Was gehört in eine Patientenverfügung?

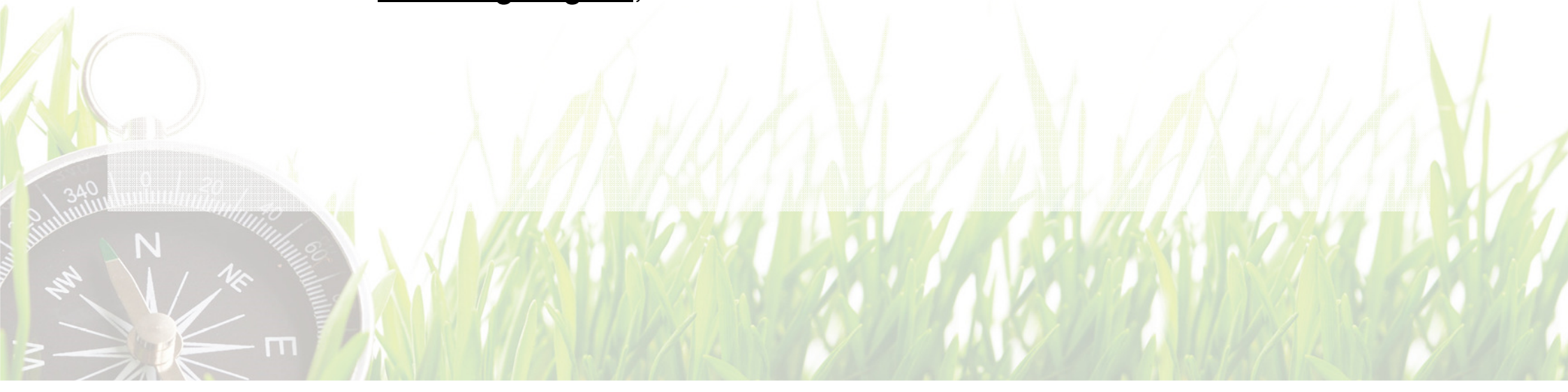
- Was medizinisch unternommen werden soll, wenn der Betroffene entscheidungsunfähig ist
- Patientenverfügung zeichnet sich dabei aus durch
 - "wasserdichte", präzise Beschreibung der Situationen,
 - insbesondere solcher vor Eintritt des unmittelbaren Sterbeprozesses,
 - für welche später gewünschte oder untersagte Behandlungen gelten sollen.



Workshop Sozialrecht

Wer kann bei der Abfassung kompetent beraten?

- Hausärzte, natürlich andere Ärzte
- Psychoonkologische Beratungsstellen
- Gesundheitsämter
- Humanistischer Verband Deutschlands und andere Organisationen mit ähnlicher Aufgabenstellung
- Notare aber sind ungeeignet, da ihnen medizinischer Sachverstand fehlt.

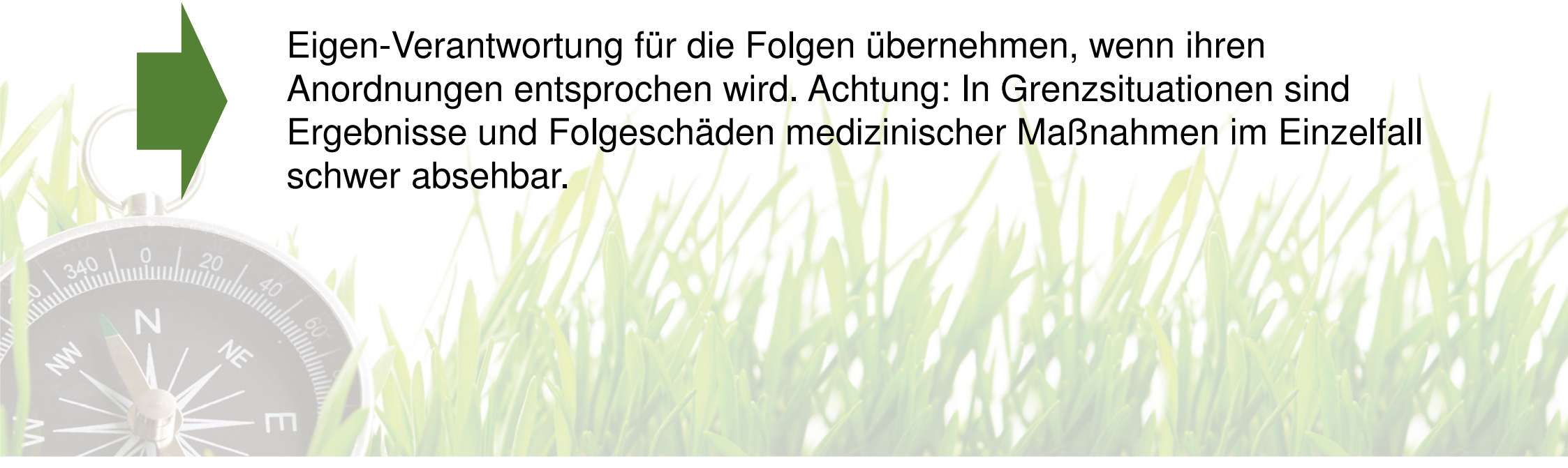


Workshop Sozialrecht

Patientenverfügung

Ausgangspunkt:

- Was ist mir im Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod wichtig?
- Wovor habe ich Angst?
- Was erhoffe ich mir?




Eigen-Verantwortung für die Folgen übernehmen, wenn ihren Anordnungen entsprochen wird. Achtung: In Grenzsituationen sind Ergebnisse und Folgeschäden medizinischer Maßnahmen im Einzelfall schwer absehbar.

Workshop Sozialrecht

Patientenverfügung

Folgen beachten:

- Behandlungsverzicht = unter Umständen Verzicht auf ein Weiterleben
- Behandlung = Chance, weiterleben zu können, bedeutet möglicherweise Abhängigkeit und Fremdbestimmung



Patientenverfügung erstellen
oder
Keine Vorsorge treffen

Workshop Sozialrecht Patientenverfügung

Humanistischer Verbandes Deutschlands bietet

- Einfache Ankreuzvariante
- Individuelle Standard-PV
- Optimal-Variante



Patientenverfügung Formen der Patientenverfügungen

Einfache Ankreuzvariante I

Wenn Patient nur eine einfache Ankreuzvariante wünscht (d. h. ohne individuelle Ausarbeitung, ohne wesentliche Angaben zu Verbindlichkeit, Auslegung und Durchsetzung im Betreuungsfall, ohne weitere persönliche Wünsche) können Sie die ersten beiden Seiten des Fragebogens ausfüllen, mit Datum und Unterschrift versehen und so als eingeschränkte Standard-Patientenverfügung benutzen.



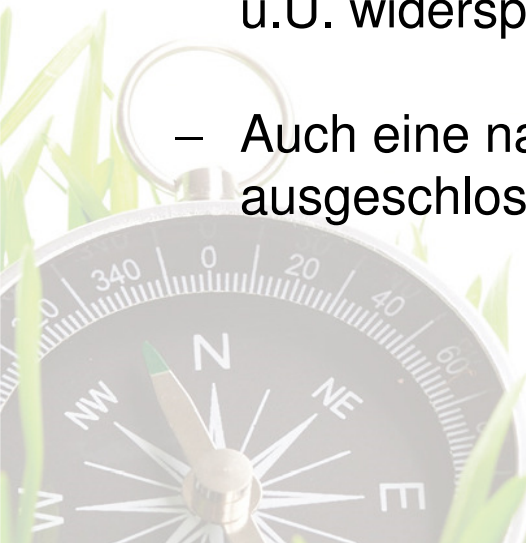
Patientenverfügung

Formen der Patientenverfügungen

Einfache Ankreuzvariante II

Damit werden nach heutigem Stand notwendige Entscheidungsoptionen ermöglicht, allerdings ist folgendes zu beachten:

- Vergisst der Patient aus Versehen das Kreuz bei einer Frage oder füllt beide Kästchen (oder unvereinbare Unterpunkte) aus, so ist die Patientenverfügung u.U. widersprüchlich und damit ungültig.
- Auch eine nachträgliche Veränderung durch eine andere Person kann nicht ausgeschlossen werden.



Patientenverfügung

Formen der Patientenverfügungen

Individuelle Standard-Patientenverfügung

Deshalb ist statt der Ankreuzvariante eine individuelle PV vorzuziehen:

- Diese besteht aus einem in sich geschlossenen Text (ohne weitere Ankreuz- und Eintragsmöglichkeit).
- Die Ausarbeitung durch fachkundige Berater/innen gewährleistet, dass bei eventuellen Widersprüchlichkeiten entsprechende Rückfragen erfolgen.
Folge: Zusätzliche Sicherheit.



Patientenverfügung

Formen der Patientenverfügungen

Optimal-Variante

- In dieser Variante können Abwägungen dokumentiert werden, z.B. ("Je nach Situation", "Ja, aber nur wenn ...", "Eher nicht ...") und Behandlungsentscheidungen zu Lebensqualität und Abhängigkeit, Schwerstpflege-Bedürftigkeit und Alzheimer-Demenz, akutem Notfall und Wiederbelebung usw.
- Ausgeschlossen ist lediglich die verbotene Tötung auf Verlangen.
- Individuelle Wertvorstellungen (auch für den Betreuungsfall) sind bereits inbegriffen – ebenso die Möglichkeit einer Vollmacht.



Patientenverfügung

Form-Anforderungen für Patientenverfügungen

- Schriftlich verfassen und eigenhändig unterschreiben oder durch beglaubigtes Handzeichen eines Notars unterzeichnen lassen (§ 1901a Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 126 Abs. 1 BGB)
- Keine Ewigkeitsklausel: Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden (§ 1901 Absatz 1 Satz 3 BGB)
- Mündliche Äußerungen müssen bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens von Vertreterin/Vertreter beachtet werden
- Empfehlenswert: Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen (z. B. jährlich) erneuern oder bestätigen = Überprüfung, ob Festlegungen abgeändert werden sollten



Patientenverfügung

Aufbewahrung der Patientenverfügungen

- Patientenverfügung so verwahren werden, dass Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuer, aber gegebenenfalls auch das Betreuungsgericht, schnell und unkompliziert Kenntnis von der Existenz und vom Aufbewahrungsort einer Patientenverfügung erlangen können
- Hinweis tragen, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird
- Bei Aufnahme in Krankenhaus oder Pflegeheim auf Patientenverfügung hinweisen
- Wenn Vertrauensperson bevollmächtigt wurde, diese informieren



Patientenverfügung

Ist die Patientenverfügung bindend?

- Festlegungen der PV sind laut Gesetz verbindlich, wenn dadurch der Wille für eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt wird
- Genaue Festlegung, ob in eine indizierte ärztliche Behandlung/pflegerische Begleitung eingewilligt wird oder nicht
- Ärzte müssen eine derart verbindliche PV beachten, unabhängig davon, wie schwer die Patientin oder der Patient erkrankt ist (§ 1901a Absatz 3 BGB)
- Missachtung kann als Körperverletzung strafbar sein



Patientenverfügung

Ist die Patientenverfügung bindend?

- Vorhandene Vertretungsregelung = Person ist verpflichtet, die PV zu prüfen, Ihren Behandlungswillen festzustellen und ihm Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB)
- Sie darf nicht ihren Willen an die Stelle des Patientenwillens setzen!



Patientenverfügung

Ist die Patientenverfügung bindend?

- Um gültig zu sein, muss der Inhalt der PV (Patientenwille) frei und ohne äußeren Druck, abgegeben werden
- PV darf nicht widerrufen worden sein
- Festlegungen sind auch nicht bindend, wenn aufgrund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass Patient sie zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr gelten lassen wolle
- Nicht bindend, wenn Inhalt gegen ein gesetzliches Verbot verstößt (§ 134 BGB) → strafbare Tötung auf Verlangen



Patientenverfügung

Ist die Patientenverfügung bindend?

- Bedingen die in der PV genannten ärztlichen Maßnahmen einen Eingriff in die körperliche Integrität (z.B. OP), ist die Einwilligung nur wirksam, wenn ihr eine ärztliche Aufklärung voranging
- Ausnahme: Vorab ausdrücklich auf Aufklärung verzichtet
- Wenn die Festlegungen in der PV nicht auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, muss ein Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigter) für Patienten entscheiden
- Keine eigenen Maßstäbe zugrunde legen, sondern Behandlungswunsch / mutmaßlicher Patientenwille (§ 1901a Abs. 2 BGB)



Patientenverfügung

Wertvorstellungen in der Patientenverfügung

- Persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen können helfen den Patientenwunsch bei bedarf möglichst genau auszulegen
- Schriftliche Ergänzung einer Patientenverfügung



Patientenverfügung

Wertvorstellungen in der Patientenverfügung

- Festlegungen in einer PV zum Ob und Wie ärztlicher Maßnahmen in kritischen Krankheitssituationen beruhen meist auf persönlichen Wertvorstellungen, Lebenshaltungen, religiösen Anschauungen, Hoffnungen oder Ängsten
- Um die Inhalte der PV besser nachvollziehen zu können, kann es für Ärzte, Pflegekräfte, Bevollmächtigte oder Betreuer hilfreich sein, die persönlichen Auffassungen dazu zu kennen.
- Insbesondere dann, wenn es beim Patientenwillen Auslegungsprobleme gibt oder die konkrete Situation nicht genau derjenigen entspricht, die in der PV beschrieben ist



Patientenverfügung

Wertvorstellungen – Exemplarische Fragen I

- Bisheriges Leben, z.B.
 - Was ist mir bislang wertvoll gewesen?
 - Bin ich mit meinem Leben zufrieden, so wie es war?
 - Was hätte ich mir anders gewünscht?
 - Würde ich mein Leben anders führen, wenn ich es von vorn anfangen könnte?
- Zukünftiges Leben, z.B.
 - Möchte ich möglichst lange leben? Oder ist mir die Qualität des Lebens wichtiger als die Lebensdauer, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist?
 - Welche Wünsche/Aufgaben sollen noch erfüllt werden?
 - Wovor habe ich Angst im Hinblick auf mein Sterben?



Patientenverfügung

Wertvorstellungen – Exemplarische Fragen II

- Eigene leidvolle Erfahrungen, z.B.
 - Wie bin ich mit Krankheiten oder Schicksalsschlägen fertig geworden?
 - Was hat mir in schweren Zeiten geholfen?

- Beziehungen zu anderen Menschen, z.B.
 - Welche Rolle spielen Familie oder Freunde für mich?
 - Kann ich fremde Hilfe gut annehmen?
 - Habe ich Angst, anderen zur Last zu fallen?



Patientenverfügung

Wertvorstellungen – Exemplarische Fragen III

- Erleben von Leid, Behinderung oder Sterben anderer, z.B.
 - Welche Erfahrungen habe ich damit?
 - Löst das Angst bei mir aus?
 - Was wäre für mich die schlimmste Vorstellung?

- Rolle von Religion/Spiritualität im eigenen Leben, z.B.
 - Was bedeutet mir mein Glaube/meine Spiritualität angesichts von Leid und Sterben?
 - Was kommt nach dem Tod?



Patientenverfügung Wertvorstellungen

- Beschäftigung mit diesen (existentiellen) Fragen hilft dabei, Klarheit zu erlangen, ob ich in bestimmten Situationen ärztliche/pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen will ... und wenn ja, welche
- Schriftliche Dokumentation der eigenen Wertvorstellungen unterstreicht Ernsthaftigkeit der PV



Patientenverfügung

Patientenwillen durchsetzen

- Patientenverfügung dokumentiert, wie Patient behandelt werden möchten, wenn er nicht mehr selbst entscheiden kann
- Genauso wichtig: Patientenwille muss im Zweifel auch zur Geltung gebracht werden
- Vertreter, der für Patient spricht, wenn er das nicht mehr selbst tun kann



Patientenverfügung

Patientenwillen durchsetzen

- Vertreter kann Person sein, der Patient vertraut und der ihn in Gesundheitsangelegenheiten vertreten soll
- Muss dazu ausdrücklich bevollmächtigt werden.
- Falls Patient das tut, sollte er seine PV unbedingt mit ihr besprechen, da der Vertreter die Festlegungen in der PV bei Bedarf auch von ihm durchgesetzt werden sollen → muss sich über Patientenwillen im Klaren sein



Patientenverfügung

Patientenwillen durchsetzen

- Hat niemand eine Vollmacht, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall einen Betreuer bestellen, der dann alle Gesundheitsfragen nach dem dokumentierten Patientenwillen entscheidet
- Durch Betreuungsverfügung kann Patient eine Person bestimmen, die dem Betreuungsgericht zur Bestellung als Betreuerin oder Betreuer vorgeschlagen wird
- Auch Betreuer ist verpflichtet, den in einer PV festgelegten Patientenwillen bei allen zu treffenden Entscheidungen zu beachten (§ 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB)



Patientenverfügung

Patientenwillen durchsetzen

- Unabhängig davon, ob Patienten eine PV aufgesetzt haben, sind eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung empfehlenswerte Möglichkeiten der Vorsorge
- Erlauben Patient bereits heute Einfluss darauf zu nehmen, wer Sie vertreten soll, wenn Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können
- Wer eine PV hat, sollte diese mit einer Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten oder zumindest mit einer Betreuungsverfügung kombinieren



Praktische Fragestellungen

Wie formuliere ich eine schriftliche Patientenverfügung (PV)?



Patientenverfügung

Formulierung der Patientenverfügung

- Erst beraten lassen, dann formulieren
- Vermeidung allgemeiner Formulierungen wie z.B. „Solange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen Möglichkeiten“
- Vermeidung von unscharf definierten Begriffen wie „unwürdiges Dahinvegetieren“, „qualvolles Leiden“, „Apparatemedizin“. Dies sind wenig hilfreiche Aussagen, da hierbei ein großer individueller Interpretationsspielraum besteht.



Patientenverfügung

Formulierung der Patientenverfügung

- Möglichst konkrete: Situationen beschreiben, in denen PV gelten soll und welche Behandlungswünsche
- Soll PV für verschiedenen Situationen gelten (z.B. Sterbephase, dauernder Verlust der Einsichts- und Kommunikationsfähigkeit, Endstadium einer unheilbaren Erkrankung) = überlegen, ob festgelegte Behandlungswünsche für Situationen gelten sollen
- Beispiel: „Lehnt Patient eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nur in der Sterbephase oder auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenzerkrankung ab?“



Patientenverfügung Handreichungen

- Vielzahl verschiedener Muster zur PV
- Umfängliche Sammlung hat das Zentrum für medizinische Ethik in Bochum zusammengestellt
- Verschiedene Bezeichnungen (z.B. „Patientenbrief“, „Patienten-Testament“ etc.) und sehr unterschiedliche konzeptionelle Überlegungen (weltanschauliche und religiöse Überzeugungen)



The screenshot shows the website page for 'Patientenverfügung' (Patient Advance Directive) from the 'ETHIKZENTRUM.de - Zentrum für Angewandte Ethik'. The page features a green header with navigation links: 'verfügungstexte', 'patientenautonomie', 'veröffentlichungen', 'vorträge', and 'kontakt'. Below the header is a navigation menu with links: 'über uns', 'ethikberatung', 'patientenverfügung', 'patientenautonomie', 'organisationsberatung', 'dokumente / download', 'verweise', and 'impressum'. The main content area is titled 'Patientenverfügung' and contains the following text: 'Patientenverfügungen sind durch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009 gesetzlich geregelt. Zusammengefasst sind aktuelle Muster, Broschüren und Textbausteine zur Formulierung einer individuellen Patientenverfügung. Auf diesen Webseiten erhalten Sie Informationen zu den entsprechenden Gesetzestexten und zum Verlauf der Gesetzgebung. Eine umfangreiche Sammlung von Textvorschlägen ist mit der Verfügungssammlung auf diesen Seiten zu finden. Dr. May führt auf Anfrage gern individuelle Beratungen zu Patientenverfügungen durch. Zur Beschreibung und Sicherung der Beratungsqualität zu Patientenverfügungen hat eine Arbeitsgruppe innerhalb der Akademie für Ethik in der Medizin unter Leitung von Dr. May im Jahr 2005 Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen vorgestellt.' At the bottom, there is a 'Zuordnung der Internetseite' section stating 'Diese Seite ist Teil des Internetangebots von ethikzentrum.de - Zentrum für Angewandte Ethik' and '(c) 2016, Stand: 05.2016'. A 'Druckbare Version' link is located in the bottom right corner.

(www.ethikzentrum.de/patientenverfuegung)

Patientenverfügung Handreichungen

- Vielfältige individuelle Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen beeinflussen individuelle Entscheidungen und fließen in PV ein
- Kein einheitliches Muster geben, das für alle passt
- Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des BMJ hat sich mit Entscheidungshilfen befasst
- Textbausteine zur PV , als Anregungen und Formulierungshilfen, erarbeitet



Patientenverfügung

Genereller Aufbau einer Patientenverfügung

- Eingangsformel *
- Situationen, für welche die Patientenverfügung gelten soll *
- Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen *
- Schlussformel *
- Datum, Unterschrift *

Ergänzende Aussagen können zum Verständnis des Gewollten beitragen und Anordnungen und Wünsche des Verfassers deutlich machen.

* Eigentliche Bestandteile einer PV

Patientenverfügung

Genereller Aufbau einer Patientenverfügung

- Eingangsformel *
- Situationen, für welche die Patientenverfügung gelten soll *
- Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen *
- Wünsche zu Ort und Begleitung
- Aussagen zur Verbindlichkeit
- Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen
- Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung
- Organspende
- **Schlussformel ***
- Schlussbemerkungen
- **Datum, Unterschrift ***
- Aktualisierung(en), Datum, Unterschrift
- Anhang: Wertvorstellungen

** Eigentliche Bestandteile einer PV*



Textbausteine Patientenverfügung entsprechend der Empfehlung des Bundesministeriums für Justiz (BMJ)



Patientenverfügung Eingangsformel

Ich ... (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann



Patientenverfügung

Exemplarische Situation(en) I

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist ...

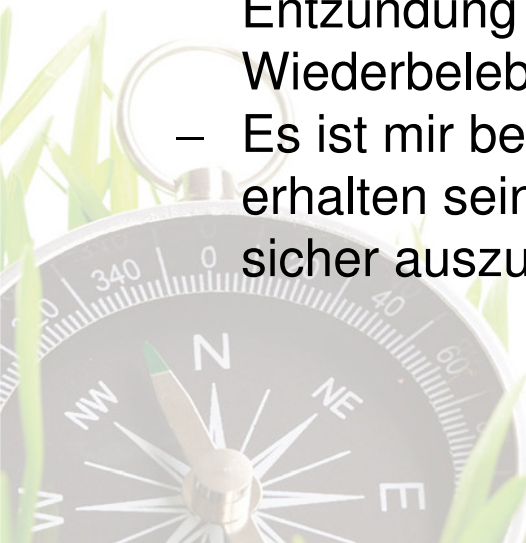


Patientenverfügung

Exemplarische Situation(en) II

Wenn

- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.
- Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist



Patientenverfügung

Exemplarische Situation(en) III

Wenn

- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation: _____

(Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.)



Patientenverfügung

Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen

Diese umfassen Festlegungen zu

- lebenserhaltenden Maßnahmen
- Schmerz- und Symptombehandlung
- Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
- Wiederbelebung
- künstlicher Beatmung
- Dialyse
- Antibiotika
- Blut/Blutbestandteilen



Patientenverfügung

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten. **oder**
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

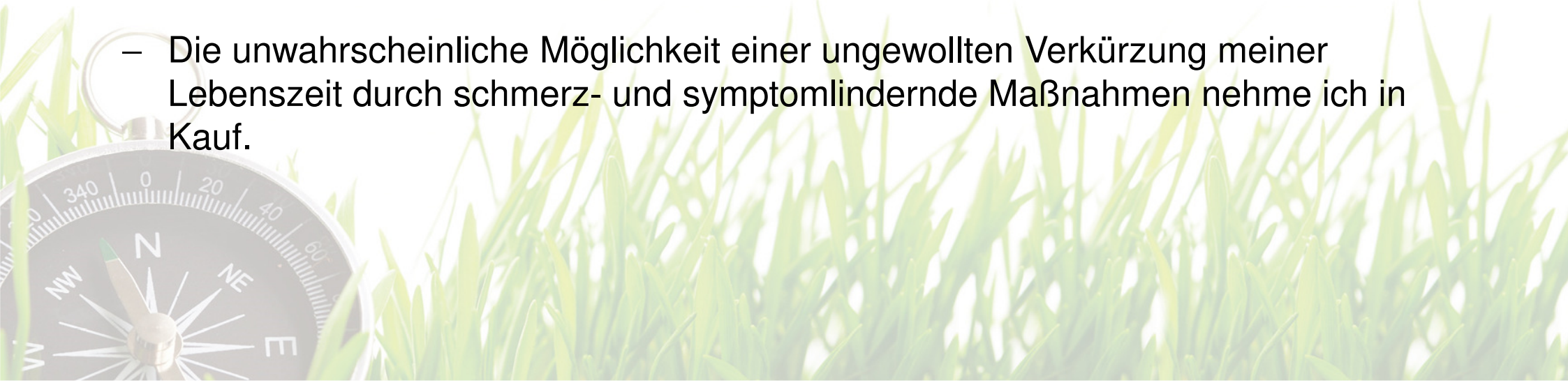


Patientenverfügung

Schmerz- und Symptomlinderung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen. **oder**
- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung.
- Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

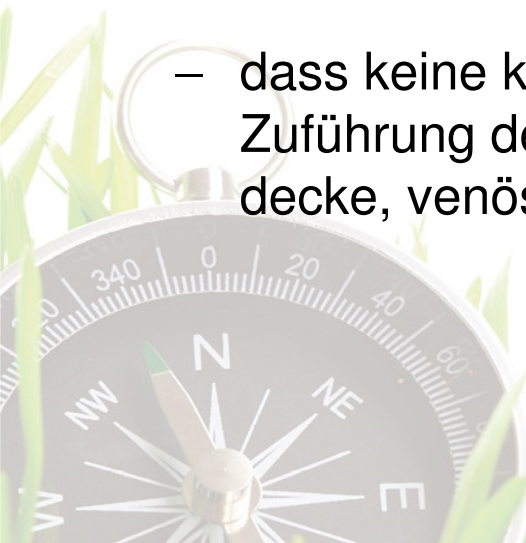


Patientenverfügung

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

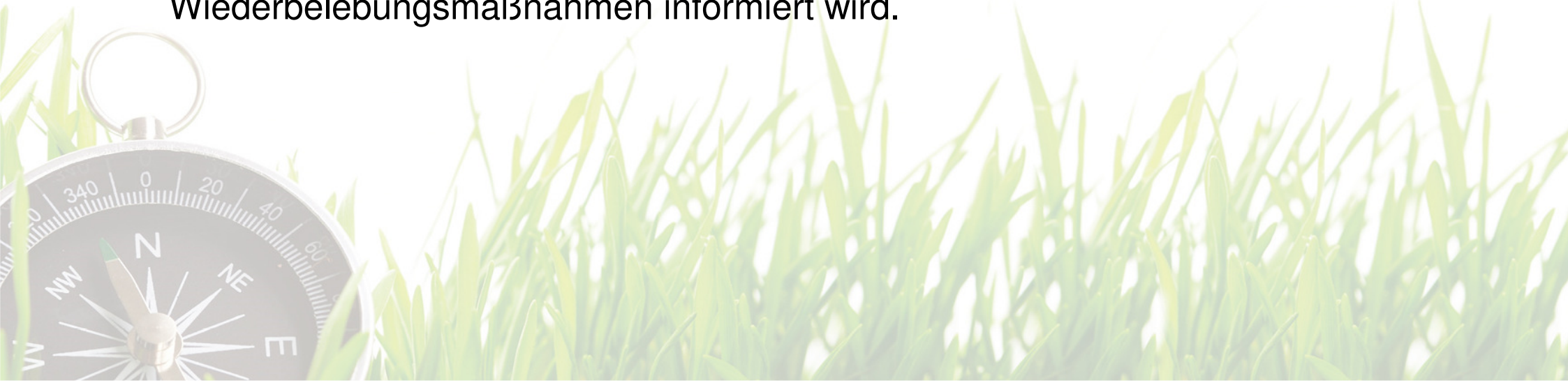
In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann. **oder**
- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation⁸ zur Beschwerdelinderung erfolgen. **oder**
- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen.



Patientenverfügung Wiederbelebung I

- A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,
- Versuche der Wiederbelebung. **oder**
 - die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
 - dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen informiert wird.



Patientenverfügung Wiederbelebung I

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab. **oder**
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.



Patientenverfügung Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.



Patientenverfügung Dialyse I

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.
oder
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.



Patientenverfügung Dialyse II

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.
oder
- keine Antibiotika.



Patientenverfügung Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann. **oder**
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativ-medizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung. **oder**
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.



Patientenverfügung Ort der Behandlung, Beistand I

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. **oder**
- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. **oder**
- wenn möglich in einem Hospiz sterben.



Patientenverfügung Ort der Behandlung, Beistand II

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen: _____
- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft: _____
- hospizlichen Beistand.



Patientenverfügung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- _____
- _____
- _____



Patientenverfügung

Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf I

- Der in meiner PV geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser PV geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin / meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.



Patientenverfügung

Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf II

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: **(Alternativen)**

- meiner/meinem Bevollmächtigten.
- meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
- der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
- anderer Person: ...

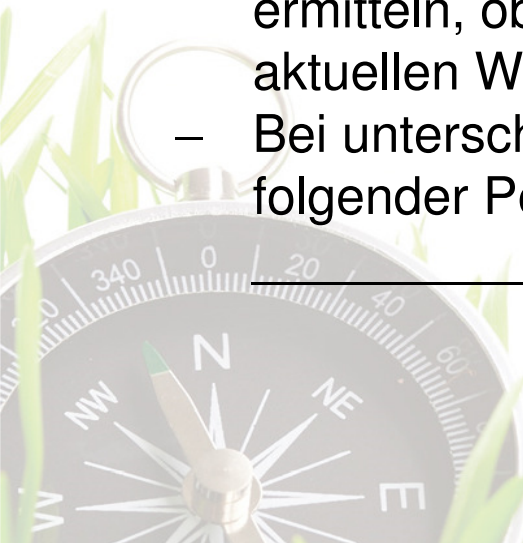


Patientenverfügung

Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf III

- Wenn ich meine PV nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.
- Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner PV doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.
- Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

(Alternativen)



Patientenverfügung

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen I

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____



Patientenverfügung

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen II

Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____



Patientenverfügung

Hinweise auf beigefügte Erläuterungen zur PV

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:



Patientenverfügung Organspende

- Organe von verstorbenen Krebspatienten werden nicht zur Transplantation zugelassen. Ausnahmen können höchstens weitgehend zellfreie Gewebe wie etwa die Augenhornhäute sein.
- Lag die Erkrankung des Patienten schon lange vor dem Tod und galt er als geheilt, sind eventuell Einzelfallentscheidungen denkbar (Hintergründe und mehr Infos dazu z.B. bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation).
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) rät ehemaligen Krebspatienten, die sich für das Thema Organspende interessieren, eine geheilte Erkrankung im Organspende-Ausweis unter „Anmerkungen / Besondere Hinweise“ zu vermerken.



Patientenverfügung Schlussformel

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne,
verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.



Patientenverfügung Schlussbemerkungen

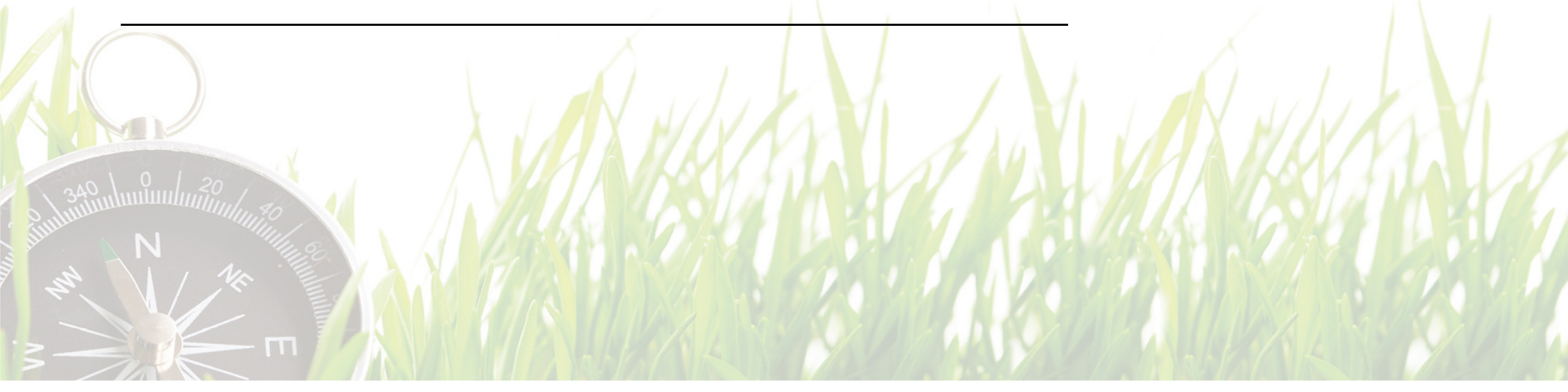
- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.



Patientenverfügung Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung
informiert bei / durch

und beraten lassen durch



Patientenverfügung

Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____
wurde von mir am _____

bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.
Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____
Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes _____

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.



Patientenverfügung Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe. **oder**
- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend: **(Alternativen)**
 - In vollem Umfang.
 - Mit folgenden Änderungen:

Datum:

Unterschrift:



Workshop Sozialrecht Wir müssen reden!

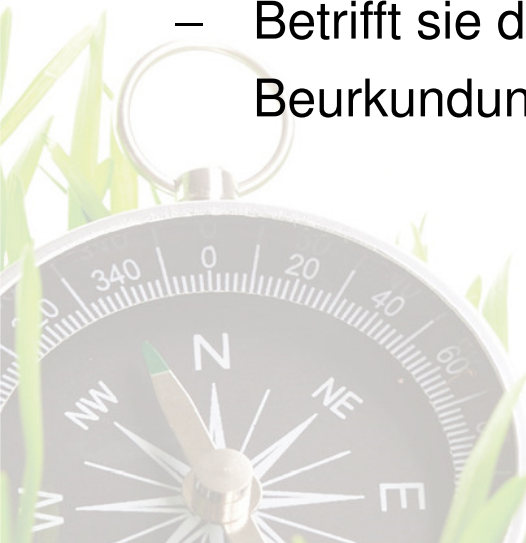
Die Vorsorgevollmacht



Workshop Sozialrecht

Was ist eine Vorsorgevollmacht?

- Der Patient ernennt einen Bevollmächtigten in gesundheitlichen Angelegenheiten, der den Inhalt der PV gegenüber Ärzten/Pflegeeinrichtungen zu vertreten hat.
- Umfasst Vorsorgevollmacht neben gesundheitlichen auch andere Angelegenheiten, wie z.B. Regelungen zur Vermögensverwaltung, so ist die Vollmacht von einem Notar zu beurkunden.
- Betrifft sie dagegen nur medizinische Fragen, ist die notarielle Beurkundung nicht erforderlich.



Workshop Sozialrecht Wir müssen reden!

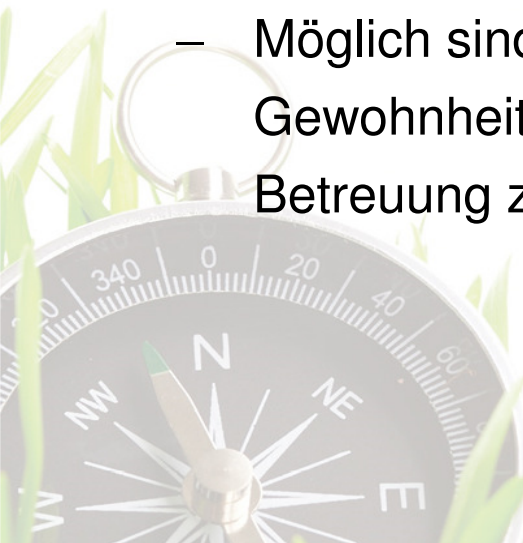
Die Betreuungsverfügung



Workshop Sozialrecht

Was ist eine Betreuungsverfügung?

- Patient kann jeder im Voraus festlegen, wen das Gericht als rechtlichen Betreuer oder rechtliche Betreuerin bestellen soll.
- Das Gericht ist an diese Wahl gebunden, wenn sie dem Wohl der zu betreuenden Person nicht zuwiderläuft.
- Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall als Betreuer oder Betreuerin in Frage kommt.
- Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben: Welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird.



Workshop Sozialrecht

Was ist eine Betreuungsverfügung?

Die Betreuungsverfügung kann auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden und würde dann zur Geltung kommen, wenn die Vorsorgevollmacht – aus welchen Gründen auch immer – nicht wirksam ist.



Workshop Sozialrecht

Weitere Informationen

The cover features a green vertical bar on the left with a white circle containing the number '4'. The text 'SÄCHSISCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.' and 'Prof. Dr. Siegfried Kiene' is at the top. The main title 'Sicherheit durch Patientenverfügung' is in the center, with 'Patientenverfügung' and 'Grün-gelbe Broschürenreihe' at the bottom.

SÄCHSISCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Prof. Dr. Siegfried Kiene

4

Patientenverfügung

Sicherheit durch Patientenverfügung

Grün-gelbe Broschürenreihe

The cover has a dark blue background. It features the logo of the Federal Ministry of Justice and Consumer Protection. The title 'Patientenverfügung' is prominent, followed by the subtitle 'Leiden – Krankheit – Sterben' and the question 'Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?'. A photograph shows a doctor's hands and an elderly man's face. The website 'bmjv.de' is at the bottom.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Patientenverfügung

Leiden – Krankheit – Sterben

Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?

bmjv.de

The cover features a photograph of two elderly women walking on a path. It includes the logo of the Federal Ministry of Justice and Consumer Protection. The title 'Betreuungsrecht' is centered, with the subtitle 'Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht'. The website 'bmjv.de' is at the bottom.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Betreuungsrecht

Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht

bmjv.de

Workshop Sozialrecht

Hilfreiche Internet-Adressen

- <http://www.patientenverfuegung.de>
- <http://www.humanismus.de/patientenverfuegung-betreuung-humanes-sterben>
- <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/patientenverfuegung.html>
- <http://www.bundesaerztekammer.de/patienten/patientenverfuegung/muster-formulare/>
- <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenverfuegung.html>
- http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Workshop Sozialrecht

Quellen der Unterlagen

- Friederike Mußnug: Geschichte der Sozialgesetzgebung. Online unter: <https://info.diakonie.de/ueber-uns/die-geschichte-der-diakonie/themen-im-historischen-verlauf/sozialgesetzgebung/>. Zuletzt eingesehen am 25. Juli 2017.
- Prof. Cornelia Bormann: Gesundheitswissenschaften. 1. Auflage, 256 Seiten, ISBN 978-3-8252-3788-2
- Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit unter www.bmg.bund.de und www.pflegestaerkungsgesetze.de . Zuletzt eingesehen am 29. Juli 2017.
- Informationen der deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de . Zuletzt eingesehen am 30.07.2017.
- Sozialgesetzbücher der Bundesrepublik Deutschland in aktueller Fassung unter www.sozialgesetzbuch-sgb.de
- Informationen der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V. unter www.skg-ev.de . Zuletzt eingesehen am 29.07.2017.
- Informationen der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. unter www.krebsgesellschaft-nrw.de . Zuletzt eingesehen am 29.07.2017.
- Informationen der Unabhängigen Patientenberatung UPD unter www.patientenberatung.de Zuletzt eingesehen am 29.07.2017.
- Informationen des gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de . Zuletzt eingesehen am 26.07.2017.
- Informationen des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de . Zuletzt eingesehen am 29.07.2017.

Workshop Sozialrecht

Quellen der Unterlagen

- Unterlagen der BKK Akademie zu den Themen:
 - Bin ich beim Leistungsbezug zur Mitwirkung verpflichtet?
 - Hilft mir die gesetzliche Rentenversicherung, wenn meine Erwerbsfähigkeit bedroht ist?
 - Inhalte Sozialgesetzbücher
 - Was kostet die Sozialversicherung heute?
 - Welche Hilfen bietet mir die Agentur für Arbeit?
 - Welche Leistungen erhalte ich vom Unfallversicherungsträger?
 - Welche Rentenarten kennt die gesetzliche Rentenversicherung?
 - Welche Träger sind für die gesetzliche Rentenversicherung zuständig?
 - Welche Versicherungsfälle lösen Leistungen der Unfallversicherung aus?
- Vortrag Katrin Mimus: „Sozialrechtliche Fragen in der Onkologie“, Workshop Onkolotse, 25.03.2017, Sächsische Krebsgesellschaft e.V. in Zwickau.
- Vortrag Stefanie Richter: „Versorgung mit Hilfsmitteln“, Workshop Onkolotse, 25.03.2017, Sächsische Krebsgesellschaft e.V. in Zwickau.
- Informationen des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz unter www.bmju.de . Zuletzt eingesehen am 27.07.2017.
- Informationen des HVD unter www.patientenverfuegung.de . Zuletzt eingesehen am 26.07.2017.
- Informationen zur Situation pflegender Angehöriger. TK-Pflegestudie 2014 unter www.tk.de Zuletzt eingesehen am 30. Juli 2017
- Informationen des Contergan-Infoportals CIP der Conterganstiftung in Köln unter www.contergan-infoportal.de . Zuletzt eingesehen am 26.07.2017.

Anlage 3:

Frick, J., Schindel, D., Gebert, P., Grittner, U., & Schenk, L. (2019). Improving quality of life in cancer patients through higher participation and health literacy: study protocol for evaluating the oncological social care project (OSCAR). BMC Health Services Research, 19, 1-7.

abrufbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4585-0>

Anlage 4a: Ersatzbogen Evaluationserhebung



Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Evaluation OSCAR

Ersatzbogen zur Meldung eines fehlenden Fragebogens oder Programmabbruchs

OSCAR-ID:

STUDY NURSE:

KLINIK / ZENTRUM:

FRAGEBOGEN: Einschreibung t0 [] 3 Monate t1 [] 6 Monate t2 [] 12 Monate t3 []

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Kontaktversuche:

-
-
-

Der Fragebogen konnte aus folgendem Grund nicht erhoben werden:

Grund (kurz)	Beschreibung	Bitte ankreuzen
1 Erreichbarkeit	Patientin oder Patient ist nicht erreichbar (min. 3 Kontaktversuche dokumentiert). Weitere Kontaktversuche erfolgen telefonisch, durch geschulte Interviewer der Charité. Hierfür benötigen wir Kontaktinformationen.	<input type="checkbox"/>
2 Aussetzen	Aussetzen eines Fragebogens aufgrund eines schlechten Allgemeinzustands. Patient will an Folgebefragung wieder teilnehmen.	<input type="checkbox"/>
3 Tod	Patient ist verstorben.	<input type="checkbox"/>
4 Gesundheit	Abbruch der Studienteilnahme (z.B. fortlaufend schlechter Allgemeinzustand).	<input type="checkbox"/>
5 Verweigert	Abbruch der Studienteilnahme (z.B. zu anstrengend, fehlende Motivation, Widerruf).	<input type="checkbox"/>
6 Dritte	Studienteilnahme durch Dritte unterbunden (z.B. Angehörige, Betreuer).	<input type="checkbox"/>
7 Sonstiges	<u>Sonstige Gründe für einen Abbruch. Bitte kurz benennen:</u> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen (optional):

OSCAR-ID:

Fragebogen im Forschungsprojekt OSCAR:

Evaluation der neuen Versorgungsform OSCAR

Befragungszeitpunkt: Folgebefragung t3

- Teil A Versorgungsumform OSCAR / Lebensqualität
- Teil B Symptome
- Teil C Arzt-Patientenkommunikation
- Teil D Partizipation
- Teil E Informiertheit
- Teil F Gesundheitskompetenz
- Teil G Inanspruchnahme
- Teil H Soziodemographie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an der Folgebefragung im Rahmen der Evaluation des Programms OSCAR.

Alle Fragen in diesem Bogen beziehen sich auf Ihre vorliegende onkologische Grunderkrankung.

Bitte geben Sie das heutige Datum an:
--

Beantworten Sie die folgenden Fragen mit einem Kreuz:

Beispiel:

Möchten Sie eine Antwort korrigieren, kreuzen Sie bitte die richtige Antwort an und unterstreichen Sie diese:

Beispiel:

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an Ihre Study Nurse wenden, die Sie gerne unterstützen wird.

Teil A: Evaluation der Versorgungsform OSCAR

Im Rahmen des OSCAR-Programms wurden sie im letzten Jahr in der Regel monatlich von Ihrer Social Care Nurse (OSCAR-Schwester) kontaktiert.

Wir möchten zunächst herausfinden, was Sie über Ihre Betreuung durch Ihre Social Care Nurse (OSCAR-Schwester) denken.

A1	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Betreuung durch Ihre Social Care Nurse (OSCAR-Schwester) insgesamt?
<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Weder noch <input type="checkbox"/> Eher unzufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden	

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Kontakte mit Ihrer Social Care Nurse (OSCAR-Schwester) aufgrund Ihrer onkologischen Erkrankung in den letzten 3 Monaten.

		ja	teils / teils	nein
A2.1	Sind die Informationen von Ihrer Social Care Nurse für Sie hilfreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.2	Fühlen Sie sich durch Ihre Kontakte mit der Social Care Nurse entlastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.3	Ist die Anzahl Ihrer Kontakte mit Ihrer Social Care Nurse für Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.4	Ist die Gesprächsdauer mit Ihrer Social Care Nurse für Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.5	Konnten Sie alle für Sie wichtigen Fragen mit Ihrer Social Care Nurse besprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.6	Fühlen Sie sich von Ihrer Social Care Nurse verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.7	Überfordern Sie die Gespräche mit Ihrer Social Care Nurse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2.8	Würden Sie anderen Betroffene mit onkologischen Erkrankungen OSCAR weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die regelmäßige Befragung der Social Care Nurse (OSCAR-Schwester) zu Ihrer Lebensqualität ist eine wichtige Arbeitsgrundlage, um Sie zu unterstützen. Die Befragung findet in der Regel monatlich statt.

		zu häufig	genau richtig	zu selten
A3	Wie empfinden Sie die Häufigkeit der monatlichen Befragung zu Ihrer Lebensqualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, ob Ihre Social Care Nurse (OSCAR-Schwester) Sie zu den unten aufgeführten Themen in den letzten 3 Monaten im Umgang mit Ihrer onkologischen Erkrankung erfolgreich unterstützen konnte.

Bitte kreuzen Sie „kein Unterstützungsbedarf“ an, falls Sie zu einzelnen Themen keine Anliegen hatten.

Unterstützung zum Thema...	ja	nein	kein Unterstützungsbedarf
A4.1 medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.2 psychologische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.3 Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.4 Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.5 Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.6 Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.7 Finanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.8 Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.9 Beruf / Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.10 Hilfe bei akuten Krisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.11 Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.12 Religion / Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.13 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5	<p>Gibt es noch andere Themen, zu denen Sie sich Unterstützung durch Ihre Social Nurse (OSCAR-Schwester) wünschen?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
----	---

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie die am besten auf Sie zutreffende Antwort an.

<p>A_e.1 Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?</p> <p style="text-align: center;"> sehr schlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ausgezeichnet 1 2 3 4 5 6 7 </p>
<p>A_e.2 Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?</p> <p style="text-align: center;"> sehr schlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ausgezeichnet 1 2 3 4 5 6 7 </p>

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie die am besten auf Sie zutreffende Antwort an.

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
A _e 3.1 Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z. B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A _e 3.2 Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A _e 3.3 Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A _e 3.4 Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A _e 3.5 Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen betreffen Ihr Befinden in der vergangenen Woche. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie die am besten auf Sie zutreffende Antwort an.

Während der letzten Woche:	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
Ae4.1 Waren Sie während Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.2 Waren Sie bei Ihren Hobbies oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.3 Waren Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.4 Hatten Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.5 Mussten Sie sich ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.6 Hatten Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.7 Fühlten Sie sich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.8 Hatten Sie Appetitmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.9 War Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.10 Haben Sie erbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.11 Hatten Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.12 Hatten Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.13 Waren Sie müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.14 Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Während der letzten Woche:	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
Ae4.15 Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (bspw. Zeitung lesen oder Fernsehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.16 Fühlten Sie sich angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.17 Waren Sie reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.18 Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.19 Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.20 Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.21 Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.22 Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.23 Wenn ja, haben Sie Unterstützung zum Regeln der finanziellen Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ae4.24 Haben Sie sich Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil B: Symptome

Mit den folgenden Fragen erfragen wir Ihre persönlichen Annahmen und Vermutungen über Ihre Krankheit bzw. Ihre Symptome.

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder ablehnen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
B1.1 Ich kann mir die Symptome meiner Krankheit nicht erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.2 Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.3 Ich verstehe meine Krankheit nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.4 Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.5 Ich habe ein klares Verständnis meines Zustands.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil C: Arzt-Patientenkommunikation

Denken Sie bitte an die zurückliegenden Kontakte mit Ihrem Arzt, der Sie aufgrund Ihrer onkologischen Erkrankung untersucht hat. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
C1.1 Wenn mir mein Arzt etwas sagt, das sich von dem unterscheidet, was mir vorher gesagt wurde, fällt es mir schwer, genau nachzufragen, um die Situation zu klären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.2 Wenn mein Arzt etwas sagt, was ich nicht verstehe, fällt es mir schwer nach mehr Informationen zu fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.3 Es fällt mir schwer, meinem Arzt neue Symptome zu berichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.4 Es fällt mir schwer, nach dem Fortschritt meiner Behandlung zu fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.5 Mir fällt es schwer, meinem Arzt Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil D: Partizipation

Mit den folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen zu Ihrer Beteiligung an Ihrer medizinischen Behandlung erfragt werden.

	Ich bin...				
	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
D1.1 Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt getroffen werden und nicht von Ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.2 Sie sollten sich dem Rat Ihres Arztes anschließen, auch wenn Sie anderer Meinung sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.3 Während der Behandlung im Krankenhaus sollten Sie keine Entscheidungen über Ihre eigene Behandlung treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.4 Sie werden krank und Ihre Erkrankung verschlechtert sich. Möchten Sie, dass Ihr Arzt Ihre Behandlung in stärkerem Maße in die Hand nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil E: Informiertheit

Mit den folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen zu Ihrer Beteiligung an Ihrer medizinischen Behandlung erfragt werden.

	Ich bin...				
	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
E1.1 Je mehr sich Ihre Erkrankung verschlechtert, umso mehr sollten Sie über Ihre Erkrankung aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.2 Sie sollten vollständig verstehen, was infolge der Krankheit in Ihrem Körper vor sich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.3 Auch bei schlechten Untersuchungsergebnissen sollten Sie umfassend informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.4 Ihr Arzt sollte Ihnen den Zweck der Laboruntersuchungen erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.5 Es ist wichtig für Sie, alle Nebenwirkungen Ihrer Medikamente zu kennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.6 Informationen über Ihre Krankheit sind für Sie genauso wichtig wie die Behandlung selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.7 Wenn es mehr als eine Möglichkeit der Behandlung gibt, sollten Sie über alle informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen haben keinen Einfluss auf Ihren tatsächlichen Therapieverlauf.

E2.1 Welche der Wahlmöglichkeiten bevorzugen Sie für die weitere Behandlung Ihrer onkologischen Erkrankung? Bitte kreuzen Sie die Option an, für die Sie sich entscheiden würden:

- Ich würde eine gegen den Tumor gerichtete Therapie wählen (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormontherapie)
- Ich würde eine unterstützende lindernde Therapie wählen (z.B. Schmerztherapie)
- Ich bin mir unsicher

Beurteilen Sie, wie sehr diese Aussagen in Bezug auf Ihre Therapieentscheidung zutreffend sind.

	ja	teils	teils	nein
E3.1 Ich weiß, welche Wahlmöglichkeiten ich habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.2 Ich kenne die Vorteile jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.3 Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.4 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Vorteile für mich am wichtigsten sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.5 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Risiken und Nebenwirkungen für mich am wichtigsten sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.6 Ich habe genug Unterstützung von Anderen, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.7 Ich treffe diese Entscheidung ohne Druck von Anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.8 Ich habe genügend Beratung, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.9 Ich bin mir darüber im Klaren, was für mich die beste Wahl ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.10 Ich bin mir sicher, wofür ich mich entscheiden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil F: Gesundheitskompetenz

Mit den folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen zur Gesundheit erfragt werden.

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach....	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich einfach	Sehr einfach	Weiß nicht
F1.1 ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.2 ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.3 ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.4 ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.5 ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spaziergehen, Pilates etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.6 ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.7 ...Informationen über Schmerzbehandlungen zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil G: Inanspruchnahme

Wie wurden Sie aufgrund Ihrer onkologischen Erkrankung in den letzten 3 Monaten behandelt?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G5.1 Ambulante Behandlungen (niedergelassene Ärzte, Krankenhausambulanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G5.2 Teilstationäre Behandlungen (Tagesklinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G5.3 Stationäre Behandlungen (Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Welche der folgenden ambulanten Versorgungsleistungen haben Sie in den letzten 3 Monaten in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G2.1 Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.2 Onkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.3 Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.4 Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.5 Schmerztherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G1.6 Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.7 Nierenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.8 Psychologe/Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.9 Lungenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.10 Hals-,Nasen-, Ohrenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.11 Allgemeinmediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.12 Proktologe (Enddarmkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.13 Radiologe/Strahlentherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.14 Urologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.15 Internist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.16 Neurologe/Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.17 Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.18 Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.19 Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.20 Sonstige Inanspruchnahmen Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Welche der folgenden Therapien haben Sie in den letzten 3 Monaten erhalten?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G3.1 Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.2 Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.3 Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.4 Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.5 Antikörpertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.6 Zielgerichtete Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.7 Immuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.8 Alternative Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.9 Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.10 Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.11 Sonstige Therapien Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Welche Hilfestellungen haben Sie in den letzten 3 Monaten in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G4.1 Beratung zur Arbeitsunfähigkeit und Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.2 Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.3 Hilfsmittel, auch zur Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.4 Pflegeberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.5 Beratung zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.6 Finanzielle Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.7 Psychologische Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.8 Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.9 Sonstige Unterstützung Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Nun möchten wir Ihnen gern einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

H1.1	Welches Geschlecht haben Sie? <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Anderes
H1.2	Wann sind Sie geboren? Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an. _____ (JJJJ)
H1.5	Wo wohnen Sie zurzeit? <input type="checkbox"/> In einer eigenen Wohnung oder im eigenem Haus (Eigentum, zur Miete oder bei Verwandten) <input type="checkbox"/> Im betreuten Wohnen (z.B. Alters-WG, Altersheime, Seniorenresidenzen, seniorenrechtliches Wohnen) <input type="checkbox"/> Stationäre Pflegeeinrichtung („Pflegeheim“) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
H1.7	Haben Sie einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> Nein, ich habe keinen Pflegegrad <input type="checkbox"/> Ja, ich habe einen Pflegegrad Welche(n)? Pflegegrad (1-5): ____ ____

Es folgen Fragen zu Ihrer Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld.

H2.1	Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 1 oder 2 <input type="checkbox"/> 3 bis 5 <input type="checkbox"/> 6 oder mehr
H2.2	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun? <input type="checkbox"/> Sehr viel Anteilnahme und Interesse <input type="checkbox"/> Viel Anteilnahme und Interesse <input type="checkbox"/> Weder viel noch wenig <input type="checkbox"/> Wenig Anteilnahme und Interesse <input type="checkbox"/> Keine Anteilnahme und Interesse
H2.3	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen? <input type="checkbox"/> Sehr einfach <input type="checkbox"/> Einfach <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Schwierig <input type="checkbox"/> Sehr schwierig

H4.4 **Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Deutschland stehen.**

Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs.

Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job.

Je höher man auf der Leiter ist, desto näher ist man der Person ganz oben, je niedriger, desto näher der Person ganz unten.

Wo würden Sie sich auf der Leiter platzieren?

Bitte kreuzen Sie an, auf welcher Sprosse Sie Ihrer Meinung nach in Ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu anderen Menschen in Deutschland stehen.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an dieser Befragung

Fragebogen im Forschungsprojekt OSCAR:

Patientenbefragungen zur Lebensqualität und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen

Befragungszeitpunkt: Folgebefragung t3

- Teil A Lebensqualität
- Teil B Symptome
- Teil C Arzt-Patientenkommunikation
- Teil D Partizipation
- Teil E Informiertheit
- Teil F Gesundheitskompetenz
- Teil G Inanspruchnahme
- Teil H Soziodemographie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an der Folgebefragung zu Ihrer Lebensqualität und Ihrer Versorgung im Gesundheitssystem.

Alle Fragen in diesem Bogen beziehen sich auf Ihre vorliegende onkologische Grunderkrankung.

Bitte geben Sie das heutige Datum an:

Beantworten Sie die folgenden Fragen mit einem Kreuz:

Beispiel:

Möchten Sie eine Antwort korrigieren, kreuzen Sie bitte die richtige Antwort an und unterstreichen Sie diese:

Beispiel:

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an Ihre Study Nurse wenden, die Sie gerne unterstützen wird.

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie die am besten auf Sie zutreffende Antwort an.

<p>A.1 Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?</p> <p style="text-align: center;"> sehr schlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ausgezeichnet 1 2 3 4 5 6 7 </p>
<p>A.2 Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?</p> <p style="text-align: center;"> sehr schlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ausgezeichnet 1 2 3 4 5 6 7 </p>

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie die am besten auf Sie zutreffende Antwort an.

	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
A3.1 Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich körperlich anzustrengen (z. B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3.2 Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3.3 Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3.4 Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3.5 Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen betreffen Ihr Befinden in der vergangenen Woche. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie die am besten auf Sie zutreffende Antwort an.

Während der letzten Woche:	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
A4.1 Waren Sie während Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.2 Waren Sie bei Ihren Hobbies oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.3 Waren Sie kurzatmig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.4 Hatten Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.5 Mussten Sie sich ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.6 Hatten Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.7 Fühlten Sie sich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.8 Hatten Sie Appetitmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.9 War Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.10 Haben Sie erbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.11 Hatten Sie Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.12 Hatten Sie Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.13 Waren Sie müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.14 Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Während der letzten Woche:	Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Sehr
A4.15 Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (bspw. Zeitung lesen oder Fernsehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.16 Fühlten Sie sich angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.17 Waren Sie reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.18 Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.19 Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.20 Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.21 Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.22 Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.23 Wenn ja, haben Sie Unterstützung zum Regeln der finanziellen Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4.24 Haben Sie sich Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil B: Symptome

Mit den folgenden Fragen erfragen wir Ihre persönlichen Annahmen und Vermutungen über Ihre Krankheit bzw. Ihre Symptome.

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder ablehnen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
B1.1 Ich kann mir die Symptome meiner Krankheit nicht erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.2 Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.3 Ich verstehe meine Krankheit nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.4 Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1.5 Ich habe ein klares Verständnis meines Zustands.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil C: Arzt-Patientenkommunikation

Denken Sie bitte an die zurückliegenden Kontakte mit Ihrem Arzt, der Sie aufgrund Ihrer onkologischen Erkrankung untersucht hat. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft vollständig zu
C1.1 Wenn mir mein Arzt etwas sagt, das sich von dem unterscheidet, was mir vorher gesagt wurde, fällt es mir schwer, genau nachzufragen, um die Situation zu klären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.2 Wenn mein Arzt etwas sagt, was ich nicht verstehe, fällt es mir schwer nach mehr Informationen zu fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.3 Es fällt mir schwer, meinem Arzt neue Symptome zu berichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.4 Es fällt mir schwer, nach dem Fortschritt meiner Behandlung zu fragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1.5 Mir fällt es schwer, meinem Arzt Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil D: Partizipation

Mit den folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen zu Ihrer Beteiligung an Ihrer medizinischen Behandlung erfragt werden.

	Ich bin...				
	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
D1.1 Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt getroffen werden und nicht von Ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.2 Sie sollten sich dem Rat Ihres Arztes anschließen, auch wenn Sie anderer Meinung sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.3 Während der Behandlung im Krankenhaus sollten Sie keine Entscheidungen über Ihre eigene Behandlung treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.4 Sie werden krank und Ihre Erkrankung verschlechtert sich. Möchten Sie, dass Ihr Arzt Ihre Behandlung in stärkerem Maße in die Hand nimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil E: Informiertheit

Mit den folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen zu Ihrer Beteiligung an Ihrer medizinischen Behandlung erfragt werden.

	Ich bin...				
	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
E1.1 Je mehr sich Ihre Erkrankung verschlechtert, umso mehr sollten Sie über Ihre Erkrankung aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.2 Sie sollten vollständig verstehen, was infolge der Krankheit in Ihrem Körper vor sich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.3 Auch bei schlechten Untersuchungsergebnissen sollten Sie umfassend informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.4 Ihr Arzt sollte Ihnen den Zweck der Laboruntersuchungen erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.5 Es ist wichtig für Sie, alle Nebenwirkungen Ihrer Medikamente zu kennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.6 Informationen über Ihre Krankheit sind für Sie genauso wichtig wie die Behandlung selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1.7 Wenn es mehr als eine Möglichkeit der Behandlung gibt, sollten Sie über alle informiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen haben keinen Einfluss auf Ihren tatsächlichen Therapieverlauf.

E2.1 Welche der Wahlmöglichkeiten bevorzugen Sie für die weitere Behandlung Ihrer onkologischen Erkrankung? Bitte kreuzen Sie die Option an, für die Sie sich entscheiden würden:

- Ich würde eine gegen den Tumor gerichtete Therapie wählen (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormontherapie)
- Ich würde eine unterstützende lindernde Therapie wählen (z.B. Schmerztherapie)
- Ich bin mir unsicher

Beurteilen Sie, wie sehr diese Aussagen in Bezug auf Ihre Therapieentscheidung zutreffend sind.

	ja	teils teils	nein
E3.1 Ich weiß, welche Wahlmöglichkeiten ich habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.2 Ich kenne die Vorteile jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.3 Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen jeder Wahlmöglichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.4 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Vorteile für mich am wichtigsten sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.5 Ich bin mir darüber im Klaren, welche Risiken und Nebenwirkungen für mich am wichtigsten sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.6 Ich habe genug Unterstützung von Anderen, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.7 Ich treffe diese Entscheidung ohne Druck von Anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.8 Ich habe genügend Beratung, um diese Entscheidung zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.9 Ich bin mir darüber im Klaren, was für mich die beste Wahl ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3.10 Ich bin mir sicher, wofür ich mich entscheiden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil F: Gesundheitskompetenz

Mit den folgenden Fragen sollen Ihre persönlichen Annahmen zur Gesundheit erfragt werden.

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach....	Sehr schwierig	Ziemlich schwierig	Ziemlich einfach	Sehr einfach	Weiß nicht
F1.1 ...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.2 ...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.3 ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.4 ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.5 ...Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.6 ...Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1.7 ...Informationen über Schmerzbehandlungen zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil G: Inanspruchnahme

Wie wurden Sie aufgrund Ihrer onkologischen Erkrankung in den letzten 3 Monaten behandelt?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G5.1 Ambulante Behandlungen (niedergelassene Ärzte, Krankenhausambulanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G5.2 Teilstationäre Behandlungen (Tagesklinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G5.3 Stationäre Behandlungen (Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Welche der folgenden ambulanten Versorgungsleistungen haben Sie in den letzten 3 Monaten in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G2.1 Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.2 Onkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.3 Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.4 Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.5 Schmerztherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G1.6 Frauenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.7 Nierenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.8 Psychologe/Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.9 Lungenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.10 Hals-,Nasen-, Ohrenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.11 Allgemeinmediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.12 Proktologe (Enddarmkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.13 Radiologe/Strahlentherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.14 Urologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.15 Internist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.16 Neurologe/Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.17 Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.18 Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.19 Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G2.20 Sonstige Inanspruchnahmen Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Welche der folgenden Therapien haben Sie in den letzten 3 Monaten erhalten?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G3.1 Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.2 Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.3 Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.4 Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.5 Antikörpertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.6 Zielgerichtete Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.7 Immuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.8 Alternative Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.9 Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.10 Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G3.11 Sonstige Therapien Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Welche Hilfestellungen haben Sie in den letzten 3 Monaten in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie oft?
G4.1 Beratung zur Arbeitsunfähigkeit und Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.2 Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.3 Hilfsmittel, auch zur Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.4 Pflegeberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.5 Beratung zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.6 Finanzielle Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.7 Psychologische Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.8 Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal
G4.9 Sonstige Unterstützung Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Mal

Teil H: Soziodemographie

Nun möchten wir Ihnen gern einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

H1.1	Welches Geschlecht haben Sie? <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Anderes
H1.2	Wann sind Sie geboren? Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an. _____ (JJJJ)
H1.5	Wo wohnen Sie zurzeit? <input type="checkbox"/> In einer eigenen Wohnung oder im eigenem Haus (Eigentum, zur Miete oder bei Verwandten) <input type="checkbox"/> Im betreuten Wohnen (z.B. Alters-WG, Altersheime, Seniorenresidenzen, seniorenrechtliches Wohnen) <input type="checkbox"/> Stationäre Pflegeeinrichtung („Pflegeheim“) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
H1.7	Haben Sie einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> Nein, ich habe keinen Pflegegrad <input type="checkbox"/> Ja, ich habe einen Pflegegrad Welche(n)? Pflegegrad (1-5): ____ ____

Es folgen Fragen zu Ihrer Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld.

H2.1	Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben? <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 1 oder 2 <input type="checkbox"/> 3 bis 5 <input type="checkbox"/> 6 oder mehr
H2.2	Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun? <input type="checkbox"/> Sehr viel Anteilnahme und Interesse <input type="checkbox"/> Viel Anteilnahme und Interesse <input type="checkbox"/> Weder viel noch wenig <input type="checkbox"/> Wenig Anteilnahme und Interesse <input type="checkbox"/> Keine Anteilnahme und Interesse
H2.3	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen? <input type="checkbox"/> Sehr einfach <input type="checkbox"/> Einfach <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Schwierig <input type="checkbox"/> Sehr schwierig

H4.4

Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Deutschland stehen.

Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs.

Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job.

Je höher man auf der Leiter ist, desto näher ist man der Person ganz oben, je niedriger, desto näher der Person ganz unten.

Wo würden Sie sich auf der Leiter platzieren?

Bitte kreuzen Sie an, auf welcher Sprosse Sie Ihrer Meinung nach in Ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu anderen Menschen in Deutschland stehen.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an dieser Befragung

oscar.

onkologisches social care Projekt



Projektbegleitendes Tagebuch
der Social Care Nurse

Liebe Social Care Nurse,

in diesem Tagebuch können Sie Ihre tägliche Erfahrungen in der Umsetzung von OSCAR dokumentieren. Ihre persönlichen Erfahrungen sind wichtig, um das Projekt OSCAR wissenschaftlich bewerten und weiterentwickeln zu können. Tragen Sie bitte in das Tagebuch auch dann einen Kommentar ein, wenn es an manchen Tagen keine Ereignisse gab.

Sie können selbst entscheiden, welche Ihrer Erfahrungen Sie den Evaluatoren für die Auswertung zugänglich machen möchten. Bitte beachten Sie, dass personen- oder einrichtungsbezogene Angaben nur anonymisiert zulässig sind. Ihre Angaben dienen ausschließlich der Evaluation und werden vertraulich behandelt. Ihr Arbeitgeber erhält keinen Einblick in diese Unterlagen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung an der Evaluation von OSCAR.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Kerstin Mehrholz (BKK Pfalz)
Tel. 0621-68559-1303
kmehrholz@bkkpfalz.de

Johann Frick
(Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft)
Tel. 030-450-529195
oscar@charite.de



OSCAR-ID:

Einschreibung am:

Indikation:

Studienzentrum:

Patientenbezogener Dokumentationsbogen im Rahmen des projektbegleitenden Tagebuches der Social Care Nurse



onkologisches social care Projekt

Zusätzliche Beratungseinheiten/Krisenintervention:

Datum/HZ

1
2
3
4
5
6

7
8
9
10
11
12

Netzwerkempfehlung/Kontaktvermittlung:

Welche | Datum/Hz

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

oscar.

onkologisches

social care Projekt



**Wir sind für
Sie da!**

OSCAR stellt sich vor – das
Onkologische Social Care Projekt
Ihrer Betriebskrankenkasse
und Ihres Krankenhauses

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,
Sie sind mit einer Krebsdiagnose konfrontiert,
die Ihr bisheriges Leben zunächst auf den Kopf stellte.
Möglicherweise haben Sie mittlerweile Strategien
entwickelt, mit der Krankheit umzugehen. Als Ihre
Betriebskrankenkasse möchten wir Sie mit unserem
Projekt OSCAR in dieser belastenden Zeit intensiv
begleiten und Sie zusätzlich unterstützen.

Der Hintergrund von OSCAR

Das Pilotprojekt OSCAR (**O**nkologisches **S**ocial **C**are Projekt) wurde in Gemeinschaftsarbeit entwickelt. Der BKK Dachverband e.V., die pronova BKK, die BKK Pfalz, die NOVITAS BKK, die BKK · VBU, das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité-Universitätsmedizin Berlin und die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. gehören dem Verbund an. Über 40 Betriebskrankenkassen kooperieren im Projekt OSCAR. Finanziell wird OSCAR aus den Fördermitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss getragen.

Als klinischen Partner konnten wir Ihr Behandlungszentrum mit seiner hohen onkologischen Expertise gewinnen.

OSCAR konzentriert sich zunächst auf folgende Krebserkrankungen:

- metastasiertes Dickdarmkarzinom
- Bauchspeicheldrüsenkarzinom
- Lungenkarzinom
- akute Leukämie
- aggressives Lymphom

Gelingt es uns, den Nutzen von OSCAR wissenschaftlich nachzuweisen, hat OSCAR gute Chancen, in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Dann nützt das Angebot vielen Menschen, die an Krebs erkrankt sind.

**Sie sind
uns wichtig!**





Was bringt Ihnen eine Teilnahme?

Sie bekommen einen persönlichen Ansprechpartner (Social Care Nurse) im Krankenhaus, der sich nicht nur mit dem medizinischen Teil Ihrer Erkrankung auskennt, sondern Sie – beginnend mit dem Zeitpunkt Ihrer Einwilligung zur Teilnahme – ein Jahr lang als Vertrauensperson begleiten wird.

Die Social Care Nurse ist für Ihre Sorgen und Probleme da, die die Krankheit im Alltag verursacht. Die Social Care Nurse berät Sie oder auch Ihre Angehörigen und vermittelt Ihnen hilfreiche Kontakte zu Selbsthilfe-Initiativen, ambulanten Unterstützungsangeboten und sozialversicherungsrechtlichen Entscheidern.

Zudem möchten wir erreichen, dass Sie in Zusammenarbeit mit Ihrem Behandlungsteam die für Sie individuell passenden und richtigen Entscheidungen in Bezug auf Ihre Erkrankung und deren Therapie treffen können. Die dafür notwendigen Informationen bekommen Sie in vertrauensvollen Gesprächen mit Ihrer Social Care Nurse. Wir stellen Ihnen einen kompetenten Partner an die Seite, mit dem Sie sich in regelmäßigen Abständen – mindestens einmal pro Monat – über Ihre Lebensprioritäten und Ihre Erwartungen an die Alltagsgestaltung austauschen können. Auch außerhalb Ihres Krankenhauses bleiben Sie telefonisch oder per E-Mail mit Ihrer Social Care Nurse in Verbindung.

Welche Ziele verfolgen wir mit einem solchen Projekt?

Zwischen der Versorgung im Krankenhaus, die eine Hochleistungsmedizin für Sie bereithält, und der Versorgung im privaten Umfeld kann mitunter eine große Kluft liegen. Oftmals fällt man nach einem längeren Klinikaufenthalt zurück in den eigenen vier Wänden gleichsam in ein Loch. Man fühlt sich allein mit seinen Ängsten und Nöten und weiß nicht, wer einem helfen kann. In einer solchen Situation ist man selten in der Lage, organisatorische Angelegenheiten – z. B. in Bezug auf die häusliche Versorgung – befriedigend zu regeln. Die Social Care Nurse, die eng mit anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems zusammenarbeitet, wird Sie dabei entlasten.

Mit diesem Projekt möchten wir dokumentieren, wie wichtig Bezugspersonen sind, die Sie unterstützen – Spezialisten, die für Sie da sind und an alles denken, was Sie brauchen und dies gemeinsam mit Ihnen und Ihren Angehörigen organisieren.

Wir freuen uns, wenn wir Sie auf Ihrem Weg begleiten und unterstützen dürfen.

Sie treffen Ihre eigenen Entscheidungen!

Was müssen Sie für eine Teilnahme tun?

Wenn Sie an OSCAR teilnehmen möchten, geben Sie bitte die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Sie von der Social Care Nurse Ihres Krankenhauses erhalten haben, an sie zurück.

Die Social Care Nurse vereinbart fortan alle vier Wochen einen festen Gesprächstermin mit Ihnen. Die Beratung orientiert sich an Ihren individuellen Bedürfnissen, die regelmäßig anhand eines Fragebogens gemeinsam erhoben werden. Dabei geht es um Ihr aktuelles körperliches und seelisches Wohlbefinden.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Daher sind im Laufe des Betreuungsjahres vier zusätzliche Befragungen zu Ihrer Lebensqualität durch eine beauftragte Studienschwester notwendig.

Die Teilnahme an OSCAR ist freiwillig und für Sie als Versicherter der beteiligten Betriebskrankenkassen kostenlos. Ihre Daten werden zu jeder Zeit sicher und vertraulich behandelt.

**Wir sorgen dafür,
dass jemand für Sie
da ist!**



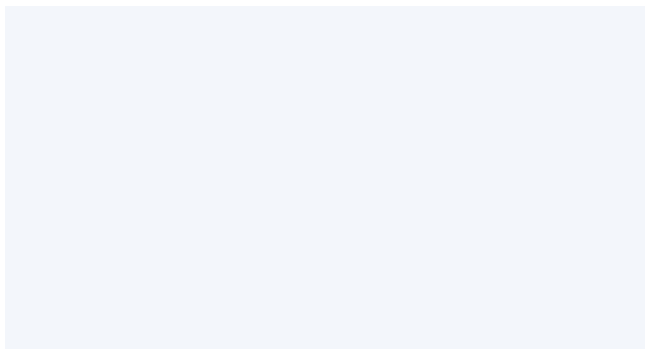
oscar.

begleitet Sie!

Fragen?

Ihre Social Care Nurse hilft
Ihnen gern!

Ihr Krankenhaus



Projektbetreuung im Auftrag aller beteiligten Projektpartner:
Frau Dr. Julia Fleckenstein im Hause der pronova BKK,
Postanschrift 67058 Ludwigshafen

oscar.

onkologisches social care Projekt



**Wir sind für
Sie da!**

OSCAR stellt sich vor – das
Onkologische Social Care Projekt
Ihrer Betriebskrankenkasse
und Ihres Krankenhauses

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,
Sie sind mit einer Krebsdiagnose konfrontiert,
die Ihr bisheriges Leben zunächst auf den Kopf stellte.
Möglicherweise haben Sie mittlerweile Strategien
entwickelt, mit der Krankheit umzugehen. Als Ihre
Betriebskrankenkasse möchten wir Sie mit unserem
Projekt OSCAR in dieser belastenden Zeit intensiv
begleiten und Sie zusätzlich unterstützen.

Der Hintergrund von OSCAR

Das Pilotprojekt OSCAR (**O**nkologisches **S**ocial **C**are Projekt) wurde in Gemeinschaftsarbeit entwickelt. Der BKK Dachverband e.V., die pronova BKK, die BKK Pfalz, die NOVITAS BKK, die BKK · VBU, das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité-Universitätsmedizin Berlin und die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. gehören dem Verbund an. Über 40 Betriebskrankenkassen kooperieren im Projekt OSCAR. Finanziell wird OSCAR aus den Fördermitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss getragen.

Als klinischen Partner konnten wir Ihr Behandlungszentrum mit seiner hohen onkologischen Expertise gewinnen.

OSCAR konzentriert sich zunächst auf folgende Krebserkrankungen:

- metastasiertes Dickdarmkarzinom
- Bauchspeicheldrüsenkarzinom
- Lungenkarzinom
- akute Leukämie
- aggressives Lymphom

Gelingt es uns, den Nutzen von OSCAR wissenschaftlich nachzuweisen, hat OSCAR gute Chancen, in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Dann nützt das Angebot vielen Menschen, die an Krebs erkrankt sind.

**Sie sind
uns wichtig!**





Was bringt Ihnen eine Teilnahme?

Sie bekommen einen persönlichen Ansprechpartner (Social Care Nurse) im Krankenhaus, der sich nicht nur mit dem medizinischen Teil Ihrer Erkrankung auskennt, sondern Sie – beginnend mit dem Zeitpunkt Ihrer Einwilligung zur Teilnahme – ein Jahr lang als Vertrauensperson begleiten wird.

Die Social Care Nurse ist für Ihre Sorgen und Probleme da, die die Krankheit im Alltag verursacht. Die Social Care Nurse berät Sie oder auch Ihre Angehörigen und vermittelt Ihnen hilfreiche Kontakte zu Selbsthilfe-Initiativen, ambulanten Unterstützungsangeboten und sozialversicherungsrechtlichen Entscheidern.

Zudem möchten wir erreichen, dass Sie in Zusammenarbeit mit Ihrem Behandlungsteam die für Sie individuell passenden und richtigen Entscheidungen in Bezug auf Ihre Erkrankung und deren Therapie treffen können. Die dafür notwendigen Informationen bekommen Sie in vertrauensvollen Gesprächen mit Ihrer Social Care Nurse. Wir stellen Ihnen einen kompetenten Partner an die Seite, mit dem Sie sich in regelmäßigen Abständen – mindestens einmal pro Monat – über Ihre Lebensprioritäten und Ihre Erwartungen an die Alltagsgestaltung austauschen können. Auch außerhalb Ihres Krankenhauses bleiben Sie telefonisch oder per E-Mail mit Ihrer Social Care Nurse in Verbindung.

Welche Ziele verfolgen wir mit einem solchen Projekt?

Zwischen der Versorgung im Krankenhaus, die eine Hochleistungsmedizin für Sie bereithält, und der Versorgung im privaten Umfeld kann mitunter eine große Kluft liegen. Oftmals fällt man nach einem längeren Klinikaufenthalt zurück in den eigenen vier Wänden gleichsam in ein Loch. Man fühlt sich allein mit seinen Ängsten und Nöten und weiß nicht, wer einem helfen kann. In einer solchen Situation ist man selten in der Lage, organisatorische Angelegenheiten – z. B. in Bezug auf die häusliche Versorgung – befriedigend zu regeln. Die Social Care Nurse, die eng mit anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems zusammenarbeitet, wird Sie dabei entlasten.

Mit diesem Projekt möchten wir dokumentieren, wie wichtig Bezugspersonen sind, die Sie unterstützen – Spezialisten, die für Sie da sind und an alles denken, was Sie brauchen und dies gemeinsam mit Ihnen und Ihren Angehörigen organisieren.

Wir freuen uns, wenn wir Sie auf Ihrem Weg begleiten und unterstützen dürfen.

Sie treffen Ihre eigenen Entscheidungen!

Was müssen Sie für eine Teilnahme tun?

Wenn Sie an OSCAR teilnehmen möchten, geben Sie bitte die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Sie von der Social Care Nurse Ihres Krankenhauses erhalten haben, an sie zurück.

Die Social Care Nurse vereinbart fortan alle vier Wochen einen festen Gesprächstermin mit Ihnen. Die Beratung orientiert sich an Ihren individuellen Bedürfnissen, die regelmäßig anhand eines Fragebogens gemeinsam erhoben werden. Dabei geht es um Ihr aktuelles körperliches und seelisches Wohlbefinden.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Daher sind im Laufe des Betreuungsjahres vier zusätzliche Befragungen zu Ihrer Lebensqualität durch eine beauftragte Studienschwester notwendig.

Die Teilnahme an OSCAR ist freiwillig und für Sie als Versicherter der beteiligten Betriebskrankenkassen kostenlos. Ihre Daten werden zu jeder Zeit sicher und vertraulich behandelt.

**Wir sorgen dafür,
dass jemand für Sie
da ist!**



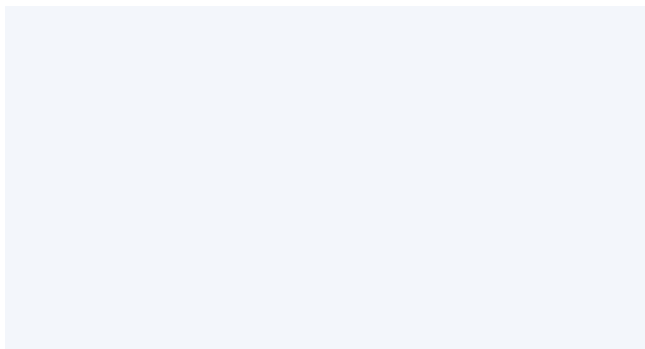
oscar.

begleitet Sie!

Fragen?

Ihre Social Care Nurse hilft
Ihnen gern!

Ihr Krankenhaus



Projektbetreuung im Auftrag aller beteiligten Projektpartner:
Frau Dr. Julia Fleckenstein im Hause der pronova BKK,
Postanschrift 67058 Ludwigshafen

Anlage 9: Evaluationsbericht

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar: [xxx \(wird ergänzt\)](#)