

AMGEN

Ihr Partner in der Nephrologie

Dialyse & Soziales



Leben mit Dialyse

AUSGABE
2025 / 2026



Liebe Leserinnen und Leser,

seit über einem Jahrzehnt ist die Broschüre „Dialyse & Soziales“ eine wichtige Informationsquelle für Betroffene, Angehörige, Ärztinnen, Ärzte und Pflorgeteams in Dialysezentren und nephrologischen Einrichtungen. Wir freuen uns sehr, dass wir Ihnen mit unserem Beitrag eine gute Unterstützung an die Hand geben können, denn aus Ihren Rückmeldungen wissen wir, dass die Inhalte der Broschüre eine hohe Relevanz, für Sie als Betroffene, haben.

Mit einer chronischen Nierenerkrankung gehen immer auch eine Vielzahl von sozialen Fragen einher, die unter Umständen zu großen Belastungen führen können. Hier wollen wir Sie unterstützen und Ihnen mit dieser Neuauflage aktuelle und umfassende Auskünfte an die Hand geben.

Sozialrecht ist ein sehr umfangreiches und komplexes Themengebiet, bei dem viele Fragen auftauchen können. Ihnen als Betroffene und Ihren Angehörigen möchten wir mit dieser Veröffentlichung dabei helfen, mit den sozialen Auswirkungen Ihrer Erkrankung besser umgehen zu können und Ihnen geeignete Beratungs- und Informationsmöglichkeiten aufzeigen. Scheuen Sie sich bitte nicht Unterstützung und Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie sind nur ein kleiner Ausgleich Ihrer Belastungen. Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften möchten wir in der Kommunikation mit ihren Patientinnen und Patienten beim Thema Sozialrecht unterstützend zur Seite stehen.

Wir bedanken uns bei Ihnen allen ganz herzlich für das bisher entgegengebrachte Vertrauen und für die positive Resonanz.

Mit den besten Wünschen
Ihre Nicole Scherhag und Ihre Amgen GmbH



1. ZUZAHLUNGEN ZU KASSENLEISTUNGEN UND BEFREIUNGSMÖGLICHKEITEN



1.1	Generelle Zuzahlungsregeln	07
1.2	Die Zuzahlungen im Einzelnen	09
1.3	Arzneimittel	09
1.4	Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung – Dialysefahrten	10

2. SCHWERBEHINDERUNG



2.1	Nierenfunktionseinschränkungen – Grad der Behinderung	13
2.2	Merkzeichen und Nachteilsausgleiche	14
2.3	Steuervergünstigungen	15
2.4	Weitere Nachteilsausgleiche	16

3. BERUFSTÄTIGKEIT UND -DIALYSEBEHANDLUNG



3.1	Dialysebehandlung und Arbeitsplatz	19
3.2	Dialysebehandlung während der Arbeitszeit – „Teil-Krankengeld“	19
3.3	Ausbildung und Umschulung	20

4. LOHNERSATZLEISTUNGEN



4.1	Krankengeld	23
4.2	Arbeitslosengeld (Sonderform)	23
4.3	Vorgezogene Altersrente	23
4.4	Erwerbsminderungsrente	24
4.5	Erwerbsminderungsrente für junge Menschen	24
4.6	Sozialhilfe, Grundsicherung und Bürgergeld	25

5. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT & VORSORGE



5.1	Beurteilung der Pflegebedürftigkeit	27
5.2	Pflegegrade	27
5.3	Leistungen der Pflegekasse	28
5.4	Betreuung	29
5.5	Vorsorgedokumente	31
5.5.1	Vorsorgevollmacht	31
5.5.2	Patientenverfügung	32
5.5.3	Betreuungsverfügung	32
5.6	Hospiz- und Palliativdienste	33

6. REHABILITATION UND URLAUB



6.1	Medizinische Rehabilitation	31
6.2	Urlaub	31
6.3	Dialysekostenabrechnung	31

7. ADRESSEN



7.1	AnprechpartnerInnen in Dialysezentren	33
7.2	Bundesverband Niere e. V.	33
7.3	Hilfsfonds Dialyseferien e. V.	33
7.4	Das Nierentelefon	33
7.5	Weitere Anlaufstellen	33
7.6	Weitere Organisationen	34

1 ■ ZUZAHLUNGEN ZU KASSENLEISTUNGEN UND BEFREIUNGSMÖGLICHKEITEN



1.1 GENERELLE ZUZAHLUNGSREGELN

Heute gilt: Zuzahlungen betreffen alle gesetzlich versicherten Menschen. Es gibt weder für PatientInnen mit niedrigen Einkünften noch für chronisch Kranke eine vollständige Befreiung.

Als Berechnungsgrundlage für die Höhe der Zuzahlungen dient das Familien-Bruttojahreseinkommen. Allerdings werden Freibeträge/ Abschläge für Familienangehörige berücksichtigt. Angerechnet werden Ihre Zuzahlungen und die Zuzahlungen der einbezogenen Familienmitglieder.

Hierzu zählen zum Beispiel auch die Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte und Reha-Maßnahmen.

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

Zuzahlungen werden z. B. in folgenden Bereichen fällig:

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z. B. Krankengymnastik oder Ergotherapie)
- Hilfsmittel (z. B. Rollstühle, Prothesen oder Hörgeräte)
- Krankenhausaufenthalte
- Häusliche Krankenpflege
- Fahrtkosten
- Medizinische Rehabilitation

Belastungsobergrenze

Die Belastungsobergrenzen für die gesamten - Zuzahlungen liegen pro Jahr bei:

- 2 % der Familien-Jahresbruttoeinnahmen generell für alle Versicherten und
- 1 % der Familien-Jahresbruttoeinnahmen für schwerwiegend chronisch Kranke

Schwerwiegend chronisch Kranke - (Chronikerregelung)

Bei schwerwiegend chronisch Kranken wird die Zuzahlungshöhe auf ein Prozent des Familien-Jahresbruttoeinkommens abgesenkt. Die Befreiung gilt dann auch für die Familienmitglieder, die bei der Berechnung des einen Prozent herangezogen

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



- Sammeln Sie alle Quittungen Ihrer Zuzahlungen. Nur so kann die Krankenkasse prüfen, ob Sie Ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht haben.
- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie einen Einmalbetrag am Anfang des Jahres zahlen können, mit dem Sie dann umgehend von den Zuzahlungen befreit sind. Sie ersparen sich damit die Sammlung der Quittungen.
Aber Achtung: Sollten Sie weniger Zuzahlungen in diesem Jahr leisten, gibt es beim Einmalbetrag kein Geld zurück.
- Nach Erreichen der Belastungsgrenze sind **alle einberechneten Familienmitglieder** befreit! Dies gilt auch, wenn Sie in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.



wurden. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich wegen derselben Krankheit seit mindestens einem Jahr in ärztlicher Behandlung befindet und mindestens einmal pro Quartal den Arzt aufsuchen musste (= Dauerbehandlung). Darüber hinaus muss zusätzlich **eines** der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine

dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

- Ein Grad der Behinderung von mindestens 60 liegt vor.
- Eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades III, IV oder V liegt vor.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

→ Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter:
www.g-ba.de/richtlinien/8/

1.2 DIE ZUZAHLUNGEN IM EINZELNEN

Leistungen der Krankenkasse	Zuzahlung	Grenzen/Ausnahmen
Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis	mindestens 5 € und höchstens 10 €
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10 % je Packung	maximal 10 € monatlich
Heilmittel und häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten, zuzüglich 10 € je Verordnung	bei der häuslichen Krankenpflege begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Stationäre Krankenhausbehandlung, - Anschlussheilbehandlung, ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen	10 € pro Tag	bei der Krankenhausbehandlung und der Anschlussheilbehandlung begrenzt auf 28 Tage
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 € pro Tag	
Haushaltshilfe und Soziotherapie	10 % der Kosten/Tag, mindestens 5 €, keinesfalls mehr als 10 €	mindestens 5 € und höchstens 10 €
Fahrtkosten	10 % der Kosten bei med. verordneten Fahrten	mindestens 5 € und höchstens 10 €

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

→ Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von den Zuzahlungen befreit. - Ausnahmen: Zahnersatz und Fahrkosten

→ In keinem Fall muss man mehr bezahlen als den tatsächlichen Preis.

1.3 ARZNEIMITTEL

Wie beschrieben werden bei den Arzneimitteln 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 € und nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Arzneimittels als Zuzahlung (auch „Rezeptgebühr“ genannt) fällig. Darüber hinaus gibt es folgende Besonderheiten:

Zuzahlungsfreie Arzneimittel
Aufgrund des Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) entscheidet der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, dass bestimmte Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit werden können. Eine Übersicht findet sich auf der Internetseite des Spitzenverbandes (<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/zuzahlungsbefreiung/zuzahlungsbefreiung.jsp>). Sie wird 14-tägig aktualisiert. Zudem können

Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern Preisrabatte aushandeln. Diese Arzneimittel können dann ganz oder zur Hälfte zuzahlungsfrei sein.

Festbeträge
Krankenkassen zahlen nicht automatisch jeden Preis für ein Arzneimittel, vielmehr werden Festbeträge bestimmt. Das sind Höchstbeträge, die die gesetzlichen Krankenkassen für die Erstattung von Arzneimittelpreisen übernehmen. Die Zuzahlung richtet sich nach dem Festbetrag. Arzneimittel, die 30 % unter dem Festbetrag liegen, können von der Zuzahlung befreit werden. Liegt der Preis des Arzneimittels über dem Festbetrag, so müssen Versicherte den Differenzbetrag selbst bezahlen. In der Summe zahlen Sie somit die Zuzahlung und die Mehrkosten für das Arzneimittel. Den Differenzbetrag müssen auch Menschen bezahlen, die von den Zuzahlungen befreit sind.

Ausnahmen bei schwerwiegenden Erkrankungen

Menschen, die an einer chronischen Nierenerkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel benötigen, können diese Arzneimittel auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern sie nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Für chronisch Nierenkranke und DialysepatientInnen sind dies z. B. Azidosetherapeutika, Phosphatbinder, wasserlösliche Vitamine und andere. Die verschreibungsfähigen Ausnahmen werden in der Anlage 1 zur Arzneimittel-Richtlinie festgelegt (nachzulesen unter www.g-ba.de/richtlinien/anlage/17/).

Aut-idem-Regelung

Stellt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen ein Rezept aus, schreibt er darauf das Arzneimittel oder den Wirkstoff. Auf jedem Kassenrezept befindet sich das Aut-idem-Feld. Lässt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dieses Feld frei, bedeutet dies, dass man Ihnen in der Apotheke ein Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff geben darf. Die Auswahl in der Apotheke hängt dann von möglichen Rabattverträgen, Kosten des einzelnen Arzneimittels etc. ab. Ist das Feld Aut-idem angekreuzt (z.B. bei Unverträglichkeit gegen Begleitsubstanzen) und wurde dies begründet, so darf Ihnen die Apotheke kein anderes Arzneimittel ausgeben. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie in der Anlage 7 zur Arzneimittel-Richtlinie (nachzulesen unter www.g-ba.de/richtlinien/anlage/11/).

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Das Thema Zuzahlungen hat sich in den letzten Jahren immer weiter verkompliziert. Zudem unterliegt es ständigen Veränderungen. Informationen erhalten Sie
- bei Ihren behandelnden ÄrztInnen, gerade wenn es um die Umstellung auf ein anderes Arzneimittel mit demselben Wirkstoff geht,
 - bei Ihrer Apotheke,
 - bei Ihrer Krankenkasse,
 - beim Bürgertelefon zum Thema Krankenversicherung.

1.4 FAHRTKOSTEN ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG – DIALYSEFAHRTEN

Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen immer einer **vorherigen Genehmigung** durch die Krankenkasse und werden nur noch in ganz besonderen Ausnahmefällen übernommen. Dabei müssen Hin- und Rückfahrt separat beurteilt werden. Zudem muss die nächstgelegene Behandlungseinrichtung angefahren werden. Sie haben zwar freie Arztwahl, doch die Mehrkosten bei den Fahrten müssten Sie selbst tragen.

Als Ausnahmefälle sind die Fahrten zu folgenden Behandlungen explizit benannt:

- Dialysebehandlung
- Onkologische Strahlen- oder Chemotherapie

Außerdem können für Menschen, die schwer in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, Fahrten zur ambulanten Behandlung übernommen werden.

Hierzu zählen Menschen, die

- einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BI oder H besitzen,
- in Pflegegrad III (zusätzliche ärztliche Bescheinigung zur dauerhaften Mobilitätseinschränkung notwendig), IV oder V eingestuft sind oder
- für die eine ärztliche Bescheinigung über vergleichbare schwere Beeinträchtigungen vorliegt.

Für die zuletzt genannte Personengruppe, der mobilitätseingeschränkten Menschen, entfällt die Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse. Das bedeutet, dass Sie zwar immer noch eine Verordnung Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes für die Krankenfahrt benötigen, aber nicht mehr eine vorherige Genehmigung durch Ihre Krankenkasse.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/25/>



2 ■ SCHWERBEHINDERUNG



Mit einer schwerwiegenden Nierenerkrankung können Sie bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt (auch: Amt für soziale Angelegenheiten) einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft stellen. Als schwerbehindert gilt man ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50. Nach erfolgreicher Anerkennung wird Ihnen vom Versorgungsamt der Schwerbehindertenausweis ausgestellt.

Bei der Beurteilung orientiert sich das Versorgungsamt an den Kriterien, die im Leitfaden „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ festgelegt sind.

Mit dem Schwerbehindertenausweis sollen einige Nachteile, die die Erkrankung und die notwendigen Therapien für Sie mit sich bringen, ausgeglichen werden. So erhalten Sie beispielsweise einen erhöhten Kündigungsschutz, haben Anspruch auf Zusatzurlaub und können Steuererleichterungen geltend machen. Aber auch wenn Sie nicht berufstätig sind, bietet der Schwerbehindertenausweis Erleichterungen. Der Ausgleich geschieht auf verschiedenen Ebenen und ist abhängig vom GdB und den bewilligten Merkzeichen. Als nierenkranker Mensch sollten Sie auf jeden Fall beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen, um Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen zu können. Fügen Sie Ihrem Antrag ein **Passbild**,

aussagekräftige **Arztberichte** (soweit vorhanden) und andere bereits vorliegende **Bescheide** bezüglich Ihrer Erkrankung oder Behinderung bei. Benennen Sie alle Ärztinnen und Ärzte, die bedeutsame Auskünfte über Ihre Erkrankung(en) geben können. Führen Sie zudem alle Erkrankungen und Beschwerden auf, auch solche, die nicht mit der Nierenerkrankung zusammenhängen.

2.1 NIERENFUNKTIONSEINSCHRÄNKUNGEN – GRAD DER BEHINDERUNG

Nicht erst ab Beginn der Dialysetherapie können Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Sobald gewisse Funktionseinschränkungen der Nieren vorliegen, kann der Antrag gestellt werden.

Nierenfunktionseinschränkungen mittleren Grades:

- 50 – 70 GdB** können bewilligt werden, wenn
- der Serumkreatininwert andauernd zwischen 4 und 8 mg/dl liegt,
 - das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt ist und
 - die Leistungsfähigkeit mäßig einschränkt ist.

Nierenfunktionseinschränkungen schweren Grades:

- 80 – 100 GdB** können bewilligt werden, wenn
- der Serumkreatininwert dauernd über 8 mg/dl liegt,

- das Allgemeinbefinden stark gestört ist und
- die Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist.

100 GdB werden bewilligt, wenn die Notwendigkeit der Dauerbehandlung mit einem Blutreinigungsverfahren (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) besteht.

Nach Transplantation:

Für die ersten zwei Jahre nach der Transplantation besteht ein Anspruch auf einen GdB von 100 (= sog. Heilungsbewährung). Danach erfolgen eine Neubegutachtung und eine entsprechende Neubewertung des GdBs. Unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression ist der GdB aber auf keinen Fall niedriger als 50 zu bewerten.

2.2 MERKZEICHEN UND NACHTEILSAUSGLEICHE

Der Schwerbehindertenausweis garantiert Vorteile, Vergünstigungen und Rechte für behinderte Menschen. Neben dem GdB können Sie verschiedene Merkzeichen beantragen, die Ihnen weitere Nachteilsausgleiche ermöglichen.

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

* Die Ermäßigung (einmalige Zahlung von 104 €/Jahr) bzw. Freifahrt beziehen sich auf die Verkehrsmittel im öffentlichen Nahverkehr.
** Auch das Merkzeichen G in Verbindung mit Merkzeichen B zieht unter bestimmten Voraussetzungen Parkerleichterungen nach sich.
Nähere Informationen erhalten Sie bei der zuständigen Straßenverkehrsbehörde.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

→ Einige Nachteilsausgleiche greifen auch schon in der prädialytischen Phase der chronischen Nierenerkrankung, wenn ein GdB unter 50 vorliegt. Hierzu gehören z.B. im Rahmen einer Gleichstellung die Schutz- und Unterstützungsrechte im Berufsleben.

→ DialysepatientInnen steht zwar generell ein GdB von 100 zu, Sie können aber zusätzliche Merkzeichen beantragen, wenn neben oder durch die Nierenerkrankung weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen (z. B. eine Gehbehinderung oder Blindheit).

→ Stellen Sie einen Veränderungs- oder Verschlimmerungsantrag, sobald sich an Ihrer gesundheitlichen Situation etwas verändert. Dies kann sowohl den GdB erhöhen als auch ein Merkzeichen (s. unten) nach sich ziehen.

→ Stellen Sie in Ihrem Antrag immer detailliert und ausführlich die Auswirkungen Ihrer Erkrankung(en) aber auch der Behandlung(en) dar und zeigen Sie auf, welche Einschränkungen beides nach sich zieht.



2.3 STEUERVERGÜNSTIGUNGEN

Die Belastungen durch eine Behinderung werden auch im Rahmen der Steuergesetze berücksichtigt. So haben behinderte Menschen Anspruch auf Behindertenpauschbeträge. Diese mindern das zu versteuernde Einkommen. Anstelle des Pauschbetrages können Sie höhere Aufwendungen auch durch Einzelnachweise in voller Höhe geltend machen. Das ist sinnvoll, wenn Ihre behinderungsbedingten Ausgaben höher sind als der jeweilige Pauschbetrag.

Steuerpauschbeträge

Die Höhe des Steuerpauschbetrages richtet sich nach dem Grad der Behinderung. Folgende Pauschbeträge können gewährt werden:

Pauschbeträge ab Veranlagungszeitraum 2021

GdB	Pauschbetrag in Euro
20	384 €
30	620 €
40	860 €
50	1.140 €
60	1.440 €
70	1.780 €
80	2.120 €
90	2.460 €
100	2.840 €
Merkzeichen H (hilflos), BI (blind) oder Tbl (taubblind)	7.400 €

Seit dem Veranlagungszeitraum 2021 braucht es für die Inanspruchnahme der Steuerpauschbeträge keine weiteren Zusatzvoraussetzungen. Diese fallen ersatzlos weg.

Zusätzlich können Sie unter Umständen **behinderungsbedingte Fahrtkosten** in Form einer Pauschale geltend machen. Dies gilt für folgende Personenkreise:

- Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 oder mit einem Grad der Behinderung von mindestens 70 und dem Merkzeichen „G“ erhalten einen Fahrtkostenpauschbetrag in Höhe von 900 Euro.
- Menschen mit einem der folgenden Merkzeichen: „aG“, „Bl“, „TBl“ oder „H“, erhalten einen Fahrtkostenpauschbetrag von 4.500 Euro.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



- Der Pauschbetrag kann auch auf die Ehepartnerin bzw. den Ehepartner übertragen werden. Zudem kann er rückwirkend geltend gemacht werden.
- Der Pauschbetrag, der einem behinderten Kind zusteht, wird auf Antrag auf die Eltern übertragen.
- Informationen erteilen die Versorgungsämter und die Finanzämter.

2.4 WEITERE NACHTEILSAUSGLEICHE

Automobilclubs

Manche Automobilclubs gewähren schwerbehinderten Menschen Beitragsnachlässe.

Bahnfahrten

Ab einem GdB von 70 können Sie zum Beispiel die Bahncard 50 zum halben Preis erwerben.

Toilettenschlüssel für Behinderten-WCs

Nähere Informationen unter www.cbf-da.de

Ermäßigungen

Bei verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen

(Kino, Theater u. a.) gibt es die Möglichkeit, ermäßigte Eintrittskarten zu erhalten.

Nachlass beim Autokauf

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

Parkerleichterung

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

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



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

Schule und Studium

Auch in der Schule und während des Studiums können Sie eine Reihe von Nachteilsausgleichen in Anspruch nehmen. So können beispielsweise Leistungen in Teilleistungen gesplittet, Prüfungstermine mitbestimmt oder Anwesenheitsverpflichtungen geändert werden.

Sitzplatz

Es besteht ein Recht auf einen Sitzplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Skipass

Die meisten AnbieterInnen bieten vergünstigte Angebote für schwerbehinderte Menschen an.

Wohnen

Als schwerbehinderter Mensch haben Sie



einen besonderen Schutz vor Wohnungskündigung, falls die Kündigung eine unzumutbare Härte für Sie bedeuten würde.

Wohnberechtigungsschein

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf Anerkennung eines dringenden Wohnbedarfs, wenn sie nicht mit entsprechenden Räumlichkeiten ausgestattet sind. Heimdialyse-PatientInnen oder Bauchfelldialyse-PatientInnen haben Anspruch auf ein zusätzliches Zimmer. Die Vergabe von Wohnberechtigungsscheinen ist von Einkommensgrenzen abhängig, wobei Schwerbehinderten ein Freibetrag angerechnet wird. Die Höhe ist je nach Bundesland unterschiedlich und abhängig vom GdB.

Wohngeld

Bei der Ermittlung des maßgeblichen Jahreseinkommens wird schwerbehinderten Menschen ein Freibetrag von 1.800 € gewährt, wenn ein GdB von 100 vorliegt oder wenn ein GdB von mindestens 50 besteht und Pflegebedürftigkeit bei häuslicher Pflege/Kurzzeitpflege.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



- Weitere Informationen erhalten Sie beim örtlichen Amt für Wohnungswesen.

3. BERUFSTÄTIGKEIT UND DIALYSEBEHANDLUNG



3.1 DIALYSEBEHANDLUNG UND ARBEITSPLATZ

Die Dialysebehandlung führt nicht zwangsläufig zur Aufgabe der Berufstätigkeit. Überlegen Sie sich diesen Schritt gut.

Tätigkeiten und Arbeitsplatzgestaltung

Die Tätigkeit eines dialysepflichtigen Menschen sollte bestimmte Voraussetzungen erfüllen:

- Möglichst keine körperliche Schwerarbeit (mittelschwere bis leichte Tätigkeiten)
- Vermeidung von klimatischen Verhältnissen, die eine Infektion begünstigen (kalt, nass, zugig)
- Möglichst keine Schicht- und Nachtarbeit
- Möglichst keine ständig wechselnden und weit entfernten Einsatzorte (Montage)

Soweit möglich werden Sie von Seiten der Dialysezentren in Ihren Wünschen und Bedürfnissen unterstützt, sodass eine Fortsetzung der Berufstätigkeit ermöglicht bzw. erleichtert wird, z. B. durch:

- Entsprechende Dialysezeiten am Tag
- Nachtdialyse

Kündigungsschutz

Mit einer anerkannten Schwerbehinderung genießen Sie einen erhöhten Kündigungsschutz.

Besteht das Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate, so bedarf die Kündigung der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes. Die Zustimmung zur Kündigung muss schriftlich beantragt werden.

Vor der Entscheidung über den Antrag ist das Integrations- oder Inklusionsamt verpflichtet verschiedene Stellungnahmen einzuholen.

Die Integrations- oder Inklusionsämter sind bei den Landesämtern für zentrale soziale Aufgaben angesiedelt. Ihre Aufgabe ist es, die Integration schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben sicherzustellen.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

→ Bei drohenden Problemen am Arbeitsplatz sollten Sie frühzeitig Kontakt zum Integrations- oder Inklusionsamt (<https://www.bih.de/integrationsaemter/kontakt/>) - aufnehmen. Mancherorts gibt es auch bei den Stadtverwaltungen Beratungsstellen für behinderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Zusatzurlaub

Anerkannt schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub (in der Regel 5 Tage/Jahr).

3.2 DIALYSEBEHANDLUNG WÄHREND DER ARBEITSZEIT – „TEIL-KRANKENGELD“

Finanzieller Ausgleich bei Überschneidung von Dialyse- und Arbeitszeit

Kann die Dialysebehandlung nur während der Arbeitszeit durchgeführt werden bzw. kommt es zu Überschneidungen, wird unter Umständen von den Krankenkassen „Teil-Krankengeld“ gezahlt.

Für folgende Ausfallzeiten am Arbeitsplatz kann „Teil-Krankengeld“ beantragt werden:

- Wenn ein frühzeitiges Verlassen (mittags) des Arbeitsplatzes notwendig ist, um sich der Dialysebehandlung zu unterziehen.
- Wenn die Tätigkeit nicht mehr an fünf Tagen pro Woche ausgeübt werden kann, sondern auf die dialysefreien Tage reduziert werden muss.

Nachteile:

- Krankengeld ist endlich. In einem Zeitraum von 3 Jahren werden 78 Wochen Krankengeld wegen derselben Erkrankung gewährt.
- Krankengeld ist niedriger als Lohn.
- Krankengeld wird verzögert gezahlt.
- Krankengeld wird bei der Rentenberechnung ungünstig berücksichtigt (Die Rentenversicherung kennt kein „Teil-Krankengeld“.).

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Bei der Ausgestaltung werden meist Einzelfallentscheidungen getroffen. Ein Gespräch lohnt sich! Versuchen Sie die Krankenkasse für Ihr Anliegen zu gewinnen. Der Anspruch begründet sich durch die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Richtlinie stellt die Beurteilungskriterien von Arbeitsunfähigkeit und die Kriterien zur stufenweisen Wiedereingliederung dar.
- Darüber hinaus gibt es eine Empfehlung des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen, die vorsieht, dem Arbeitgeber das auf die ausgefallene tägliche Arbeitszeit entfallene Bruttoarbeitsentgelt zuzüglich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung zu erstatten. Diese Empfehlung ist nicht bindend, ist aber in der Umsetzung vom Spitzenverband erwünscht.
- Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, am Nierentelefon oder bei den Integrations- und Inklusionsämtern

3.3 AUSBILDUNG UND UMSCHULUNG

Chronisch Nierenkranke, die noch keinen Beruf haben oder ihren Beruf wegen ihrer Erkrankung nicht mehr ausüben können, sollten auf jeden Fall eine (neue) Berufsausbildung anstreben. Zur Unterstützung bieten Leistungsträger wie z. B. Rentenversicherungsträger oder die Agenturen für Arbeit Berufsförderungsmaßnahmen an.

Möglichkeiten zur Ausbildung/Umschulung:

- Reguläre Ausbildungsbetriebe
- Berufsbildungswerke (Erstausbildung)
- Berufsförderungswerke (Umschulung und Fortbildung)

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Einige Berufsförderungswerke bieten Online-Umschulungen an. Diese ermöglichen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein hohes Maß an Flexibilität und gute Anpassungsmöglichkeiten an die spezifischen Anforderungen der Dialyse.
- Leistungsträger von Berufsförderungsmaßnahmen sind in der Regel der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit. Dort können auch die Kontaktadressen der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke erfragt werden.



4 ■ LOHNERSTATZLEISTUNGEN

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Bei verspäteter Vorlage droht Krankengeldverlust!

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kostenträgerkennung: _____ Status: _____

Betriebsstätten-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____

☐ Erstbescheinigung ☐ Folgebescheinigung

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit ☐ dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit: _____

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich: _____

festgestellt am: _____

Diagnose: _____

☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen

☐ Versorgungsleiden (BVG)

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unters. _____

Arzt

Ist es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, für Ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen, können Sie verschiedene Geldleistungen in Anspruch nehmen.

4.1 KRANKENGELD

Die Krankenkasse zahlt Krankengeld

- bei Arbeitsunfähigkeit,
- nach Ablauf der Lohnfortzahlung in Höhe von 70 % des Regelentgelts, aber maximal 90 % des Nettoentgelts,
- für längstens 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren,
- wegen derselben Erkrankung.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Geht die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich in eine Erwerbsminderung über, hat die Krankenkasse das Recht, die Betroffenen schon vor Ablauf der 78 Wochen aufzufordern, einen Reha-Antrag zu stellen. Der Reha-Antrag wird bei entsprechender Prognose in einen Rentenanspruch umgedeutet. Reagieren Sie auf die entsprechenden Schreiben nicht, kann Ihnen das Krankengeld versagt werden.
- Nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit ist es nicht immer ratsam, die Arbeit gleich wieder vollzeitig aufzunehmen. Vielmehr bietet sich eine Stufenweise Wiedereingliederung an, bei der die Arbeitszeit langsam auf das bisherige Maß gesteigert wird (während der gesamten Zeit der Wiedereingliederung sind Sie weiter arbeitsunfähig). Wiedereingliederung muss beantragt werden. Formulare hierzu erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis.
- Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse, am Nierentelefon und beim Bürgertelefon Krankenversicherung.

4.2 ARBEITSLOSENGELD (SONDERFORM)

„Nahtlosigkeitsregelung“

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

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

Haben Sie es versäumt, rechtzeitig Rente zu beantragen, oder dauert es länger als erwartet, bis die Rente gezahlt wird, können Sie Arbeitslosengeld beantragen, obwohl Sie dem Arbeitsmarkt gar nicht zur Verfügung stehen.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

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

4.3 VORGEZOGENE ALTERSRENTE

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf vorgezogene Altersrente

Wer vom Versorgungsamt einen Grad der Behinderung von 50 zugesprochen bekommt und zudem 35 Jahre Mindestversicherung (Wartezeit) in der Rentenversicherung aufweist, kann die Altersrente

für schwerbehinderte Menschen beantragen. Diese Altersrente ermöglicht es den Versicherten, zwei Jahre früher in Rente zu gehen, ohne dass dabei Rentenabzüge, die sogenannten Abschläge, anfallen. Nehmen Schwerbehinderte Abschläge in Kauf, können sie bis zu fünf Jahre vor der allgemeinen Regelaltersgrenze in Altersrente gehen. Dabei liegt die maximale Abschlagshöhe bei 10,8% bei der frühestmöglich Inanspruchnahme.

Für Menschen die in der Zeit von 1957 und 1963 geboren wurden, wird die Altersgrenze der abschlagsfreien Rente stufenweise angehoben. Für alle die 1964 und später geboren sind, liegt die Altersgrenze der vorgezogenen abschlagsfreien Rente wegen Schwerbehinderung bei 65 Jahren.

Schwerbehinderte Menschen sind Personen, deren GdB mindestens 50 beträgt. Die Schwerbehinderung wird durch den Schwerbehindertenausweis nachgewiesen. Dieser muss beim Versorgungsamt beantragt werden. Zugleich muss eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt sein.

4.4 ERWERBSMINDERUNGSRENTE

Die Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) richtet sich nach dem gesundheitlichen Leistungsvermögen:

- Liegt die Arbeitsfähigkeit unter drei Stunden/Tag, besteht ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (Vollrente).
- Liegt die Arbeitsfähigkeit bei drei bis unter sechs Stunden/Tag, besteht ein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Diese ist halb so hoch wie die Rente wegen voller Erwerbsminderung.
- Liegt die Arbeitsfähigkeit bei sechs Stunden/Tag und darüber, besteht kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente.

Um einen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente geltend machen zu können, müssen zusätzlich zu den gesundheitlichen

Voraussetzungen auch bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein:

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

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Eine Erwerbsminderungsrente wird in der Regel „auf Zeit“ gewährt. Liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für diese nicht mehr vor (z. B. nach einer erfolgreichen Transplantation), kann die Rente – nach vorheriger Anhörung – vorzeitig entzogen werden.
- Die jährliche Hinzuverdienstgrenze bei einer vollen Erwerbsminderungsrente beträgt 2025 rund 19.661 Euro.
- Beim Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ergibt sich 2025 eine Hinzuverdienstgrenze von mind. 39.322 Euro. Je nach vorherigem Verdienst kann die Grenze auch höher ausfallen.
- Bei Hinzuverdienst über der für Sie festgelegten Höchstgrenze, kann die Erwerbsminderungsrente gekürzt oder ganz entzogen werden! Der Anspruch bleibt allerdings erhalten.

4.5 ERWERBSMINDERUNGSRENTE FÜR JUNGE MENSCHEN

Ein Rentenanspruch besteht

- für BerufsanfängerInnen/Auszubildende bei Arbeitsunfall: vom ersten Arbeitstag an (ein Pflichtbeitrag).
- für BerufsanfängerInnen/Auszubildende bei Krankheit oder Freizeitunfall: nach einem Jahr versicherungspflichtiger Beschäftigung.

Neben der allgemeinen Wartezeiterfüllung (fünf Jahre!) gibt es unter bestimmten Voraussetzungen auch eine vorzeitige Wartezeiterfüllung, um bestimmte Personengruppen nicht zu benachteiligen. In diesem Fall die sehr jungen Erwerbsgeminderten.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Die Erwerbsminderungsrente hat immer eine Lohnersatzfunktion, auch wenn nur geringe Berufs- und Versicherungszeiten vorliegen, denn bei der Berechnung dieser Rente kommt die sog. Hinzurechnungszeit dazu. Das heißt, die Rente wird so berechnet, als hätten Sie bis zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich gearbeitet. Die Hinzurechnungszeiten werden bis zum Jahr 2031 auf das 67. Lebensjahr angehoben.
- Weitere Informationen erhalten Sie bei der Deutschen Rentenversicherung.

4.6 SOZIALHILFE, GRUNDSICHERUNG UND BÜRGERGELD

Eine chronische Nierenerkrankung und/oder andere Umstände im Leben, können dazu führen, dass man seinen Lebensunterhalt nicht mehr aus eigenen Mitteln bestreiten kann. In diesem Fall greifen die existenzsichernden Leistungen. Es stehen folgende Leistungsarten zur Verfügung:

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

Allen gemein ist, dass sie nur im Falle von Bedürftigkeit geleistet werden. Das bedeutet, dass man die Leistung nur erhält, wenn z. B. die Rente oder das Gehalt für den Lebensunterhalt

Wer erhält welche Leistung?

Sozialhilfe/ Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialamt)	Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung (Sozialamt)	Bürgergeld, (Jobcenter)
Zeitweise voll erwerbsgeminderte Menschen (befristete Rente)	• Ältere Menschen ab Altersgrenze der Regelaltersrente • Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen (unbefristete Rente)	Erwerbsfähige Personen ab dem 15. Lebensjahr bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente • Erwerbstätige Menschen (deren Einkommen nicht ausreicht) • Arbeitslose Menschen • Teilweise erwerbsgeminderte Menschen (wer mehr als drei Stunden am Tag arbeiten kann)

nicht ausreichen. Die Zuordnung erfolgt über das Kriterium der Erwerbsfähigkeit, wie Sie der Übersicht unten entnehmen können.

Grundsätzlich erhält eine alleinstehende Person 2025 in allen drei Leistungsarten:
563 € (= Regelsatz für eine alleinstehende Person)
+ Kosten der (angemessenen) Unterkunft
+ Heizung
Der Gesamtbetrag wird mit eigenen Einkünften verrechnet, wobei es Freibeträge gibt.

Bei der Berechnung des Anspruchs werden das eigene Einkommen (und Vermögen) sowie das des Ehegatten bzw. Lebenspartners angerechnet.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- DialysepatientInnen erhalten im Rahmen der existenzsichernden Leistungen einen Mehrbedarf für Ernährung in Höhe von 5% des Regelsatzes. Kommt Mangelernährung hinzu, erhöht sich der Mehrbedarf auf insgesamt 15% des Regelsatzes. Nähere Informationen erhalten Sie beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge und Ihrem Leistungsträger.
- Bei Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen G wird ein Mehrbedarf berücksichtigt.
- Stellen Sie Ihre Situationen bei der zuständigen Behörde immer umfänglich dar, so dass alle Mehrbedarfe gewährt werden können.
- Nutzen Sie die Informationsmöglichkeiten der Sozialämter und der Arbeitsagenturen/Jobcenter.

5. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT & VORSORGE



5.1 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT & VORSORGE

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

5.2 PFLEGEGRADE

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

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

Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind sechs Bereiche oder auch Module maßgeblich:

Modul 1: Mobilität

Kriterien sind z. B.:

- Positionswechsel im Bett
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Kriterien sind z. B.:

- Orientierung über Ort und Zeit
- Sachverhalte begreifen
- Erkennen von Risiken
- Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Kriterien sind z. B.:

- Nächtliche Unruhe
- Ängste
- Selbstschädigendes Verhalten

Modul 4: Selbstversorgung

- Kriterien sind z. B.:
- Selbstständig waschen und ankleiden
 - Essen und trinken
 - Selbstständige Benutzung der Toilette

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

- Kriterien sind z. B.:
- Medikation
 - Arztbesuche
 - Therapieeinhaltung
 - Messung und Deutung von Körperzuständen

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Kriterien sind z. B.:
- Gestaltung des Tagesablaufs
 - Sich selbst beschäftigen
 - Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

In zwei weiteren Modulen wird der Grad der Selbstständigkeit ebenfalls erfasst. Allerdings werden die Ergebnisse bei der Einstufung in einen Pflegegrad vernachlässigt, zumal entsprechende Kriterien bereits in den Modulen 1 bis 6 eingeflossen sind. Es handelt sich hierbei um das Modul „außerhäusliche Aktivitäten“ und das Modul „Haushaltsführung“. Die Erfassung dient der Pflegeplanung und zur Feststellung des Rehabilitations- und Präventionsbedarfs.

5.3 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE

Pflege-grad	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Tages-und Nacht-pflege	Voll-statio-näre Pflege	Entla-stungs-betrag*
1	-	-	-	-	131 €
2	347 €	796 €	720 €	805 €	131 €
3	599 €	1.497 €	1.357 €	1.319 €	131 €
4	800 €	1.859 €	1.685 €	1.855 €	131 €
5	990 €	2.299 €	2.085 €	2.096 €	131 €

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

Weitere Leistungen der Pflegekasse:

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

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

→ Nutzen Sie die Informationsangebote der Pflegekassen, der Pflegestützpunkte und des Bürgertelefons Pflege.



5.4 BETREUUNG

Eine rechtliche Betreuung wird vom Betreuungsgericht für Erwachsene eingerichtet, die ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können.

Das Gericht bestellt einen Betreuer für bestimmte Aufgabenkreise, wie z. B.:

- Vermögenssorge
- Gesundheitsfürsorge
- Sicherung der häuslichen Versorgung
- Aufenthaltsbestimmung u. a. m.

Ist es offensichtlich, dass jemand seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann und liegt kein gültiges Vorsorgedokument vor, sollte beim zuständigen Betreuungsgericht ein Antrag auf Einrichtung einer rechtlichen Betreuung gestellt werden.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Sofern möglich, sollte mit dem Betroffenen ein vertrauensvolles Gespräch geführt werden, mit dem Ziel, die Betreuung mit seinem Einverständnis anzuregen.
- Nutzen Sie die Informationsmöglichkeiten bei den Betreuungsgerichten (Unterabteilung des Amtsgerichts), Betreuungsbehörden, Betreuungsvereinen sowie den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen.
- Seit 1.1.2023 gilt das sog. Notvertretungsrecht, das Ehegatten und Lebenspartner in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft befähigt, in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge sich gegenseitig zu vertreten, wenn aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit der Ehepartner entscheidungsunfähig ist. Dieses Recht gilt für maximal sechs Monate und setzt voraus, dass keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorliegt. Eine Ärztin oder ein Arzt muss die Entscheidungsunfähigkeit bestätigen.



5.5 VORSORGEDOKUMENTE

Jeder Mensch kann in eine Lebenssituation geraten, in der er vorübergehend oder auf Dauer keine eigenständigen Entscheidungen treffen kann. Dies kann aufgrund der nephrologischen Krankheit eintreten, aber auch durch einen Unfall oder im Alter könnte die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen beeinträchtigt werden. Stehen dann rechtsverbindliche Entscheidungen oder Erklärungen an, braucht es jemanden, der an Ihrer Stelle bestimmt oder aber ein Dokument, in dem Sie festgelegt haben, wie nun gehandelt werden soll.

Volljährige Menschen haben langfristig keinen (automatischen) Vertreter. So darf auch Ihr Ehemann oder Ihre Ehefrau nur in Gesundheitsangelegenheiten und auch nur für max. 6 Monate (sog. Notvertretungsrecht) für Sie entscheiden. Danach entscheidet ein Gericht, wer Sie weiterhin vertreten soll. Das wiederum bedeutet, dass Sie im Vorfeld überlegen sollten, wen Sie für den Fall der Fälle bevollmächtigen möchten.

Zur umfassenden Wahrung Ihres Selbstbestimmungsrechts stehen Ihnen die nachfolgend dargestellten Dokumente Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung zur Verfügung.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



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

5.5.1 VORSORGEVOLLMACHT

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

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

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

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

5.5.2 PATIENTENVERFÜGUNG

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

Eine Patientenverfügung ist umso aussagekräftiger,

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

unterschreiben. Außerdem sollte ein Zeuge unterschreiben. Erneuern Sie die Unterschriften alle ein bis zwei Jahre, um aufzuzeigen, dass Sie weiterhin am Inhalt festhalten. Eine notarielle Beurkundung ist nicht notwendig.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



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

5.5.3 BETREUUNGSVERFÜGUNG

Mit einer Betreuungsverfügung sagen Sie dem Betreuungsgericht, wer als Betreuerin oder Betreuer für Sie eingesetzt werden soll, wenn Sie selbst entscheidungs- und handlungsunfähig sind. In der Verfügung können Sie auch festlegen, wer auf keinen Fall zu Ihrer Betreuerin/Ihrem Betreuer benannt werden soll. Daneben können Sie bezüglich der Betreuungsführung individuelle Wünsche festhalten. Eine Betreuerin bzw. einen Betreuer brauchen Sie nicht, wenn Sie jemanden bevollmächtigt haben. Formal wird auch hier empfohlen, dass die Betreuungsverfügung schriftlich verfasst wird und dass Sie sie eigenhändig unterschreiben. Eine notarielle Beurkundung ist nicht nötig, eine behördliche Beglaubigung ist empfehlenswert.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



- Hier finden Sie zu allen drei Dokumenten Vorlagen: https://www.bmj.de/DE/Service/Formulare/Formulare_node.html



5.6 HOSPIZ- UND PALLIATIVDIENSTE

Schwerstkranke und sterbende Menschen können in ihrer letzten Lebensphase die Begleitung von Hospiz- oder Palliativdiensten in Anspruch nehmen. Diese Dienste stehen in ambulanter oder stationärer Form zur Verfügung.

Mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde in Ergänzung zur allgemeinen Palliativversorgung ein besonderer Dienst geschaffen. Dieser steht zur Verfügung, wenn die Intensität oder Komplexität eines Krankheitsverlaufs und den daraus resultierenden Schwierigkeiten den Einsatz von spezialisierten Palliativteams notwendig machen. Die SAPV begleitet Menschen in ihrer gewohnten Umgebung und in stationären Pflegeeinrichtungen. Nur ein Teil der sterbenden Menschen benötigt diese besondere Versorgungsform.

Grundsätzlich werden die Kosten für den stationären Hospizaufenthalt von der Krankenkasse, der Pflegekasse und dem Hospizträger finanziert. Patientinnen und Patienten müssen nicht zuzahlen.

Aufgabe des Dialyseteams kann es sein, die betroffenen Menschen und deren Angehörige über diese Einrichtungen zu informieren.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN



- Eine Adressdatenbank finden Sie unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de.
- Informationen erhalten Sie zudem beim Deutschen Hospiz- und Palliativverband (www.dhvpv.de), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (www.dgpalliativmedizin.de) und Ihrer Krankenkasse.

6 REHABILITATION UND URLAUB



6.1 MEDIZINISCHE REHABILITATION

Im Rahmen einer chronischen Nierenerkrankung ist die medizinische Rehabilitation (Reha) ein wichtiger Baustein für die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes und die Wiedereingliederung des Menschen in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Die medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht. Zwischen zwei Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von vier Jahren liegen, es sei denn es besteht eine dringende medizinische Erfordernis.

Zur medizinischen Rehabilitation zählt z. B. auch:

- die Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt
- die stufenweise Wiedereingliederung
- die geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen

Kostenträger: Meist sind Rentenversicherungsträger und Krankenkassen die Kostenträger.

Antragstellung: Die Anträge müssen bei den zuständigen Leistungsträgern gestellt werden.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Lassen Sie sich von einer Ablehnung nicht abschrecken und legen Sie Widerspruch gegen einen ablehnenden Bescheid ein.
- Beachten Sie, dass die Dialyse in oder nahe der Reha-Klinik ist, so dass Sie nicht allzu viel wertvolle Zeit für die Reha verlieren.
- Sie haben ein Wunsch- und Wahlrecht bzgl. der Rehaklinik. Achten Sie darauf, dass Sie einer Klinik zugewiesen werden, die auf Nierenerkrankungen spezialisiert ist.
- Nutzen Sie die Beratung der Leistungsträger, des Nierentelefon und der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB).

6.2 URLAUB

Für dialysepflichtige Menschen gibt es ein breit gefächertes Angebot, im In- und Ausland zu verreisen. Auf jeden Fall sollte die nächste Dialyseeinrichtung nicht zu weit vom Urlaubsort entfernt sein.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Einen Urlaubszuschuss können Mitglieder der Interessengemeinschaften und Dialysevereine vom „Hilfsfonds Dialyseferien“ erhalten, wenn sie über ein niedriges Einkommen verfügen.
- Einige Dialysezentren – vor allem im Ausland – werben mit günstigen Unterkunftsmöglichkeiten.
- Auch auf Kreuzfahrtschiffen kann es Ermäßigungen geben.
- Weitere Informationen erhalten Sie über Mitbetroffene, Dialysezeitschriften, spezielle Reisebüros, Urlaubsdialyseführer (meist in Dialysezentren) und das Internet.

6.3 DIALYSEKOSTENABRECHNUNG

Feriendialysen im Inland

Alle dialysepflichtigen Menschen können davon ausgehen, dass sie innerhalb der Bundesrepublik reisen und die Dialysebehandlung in einer Dialyseeinrichtung Ihrer Wahl durchführen können. Für gesetzlich Krankenversicherte reichen die Krankenversicherungskarte und ein Überweisungsschein. Klären Sie unbedingt die Fahrtkosten im Vorfeld.

Feriendialysen im Ausland

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Dialysebehandlung bis zur Höhe der Dialysekosten „zu Hause“. In EU-Ländern oder Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht, kann über einen Auslandskrankenschein abgerechnet werden. Klären Sie unbedingt auch hier die Fahrtkosten im Vorfeld.

Wichtige Anregungen:

- Frühzeitig Kosten- und Abrechnungsfragen klären (auch Fahrtkosten).
- Eine Reiserücktrittsversicherung abschließen, die die Nierenerkrankung einschließt.
- Die Termine und Abrechnungsmodalitäten schriftlich bestätigen lassen.

DAS SOLLTEN SIE WISSEN

- Manche Dialysezentren im Ausland akzeptieren den Auslandskrankenschein nicht. Hier ist es ratsam, rechtzeitig eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse einzuholen.
- Nutzen Sie die Informationsmöglichkeit der Krankenkassen.

7 ■ ADRESSEN



7.1 ANPRECHPARTNERINNEN IN DEN DIALYSEZENTREN

Ihre behandelnden Ärztinnen, Ärzte und das Pflegepersonal in Ihrem Dialysezentrum geben Ihnen gerne Auskunft zu Ihren Fragen. Sprechen Sie sie an.

7.2 BUNDESVERBAND NIERE E. V.

Die DialysepatientInnen und Nierentransplantierten in Deutschland sind im Wesentlichen unter dem Dach des Bundesverbandes Niere e. V. vereint und bilden ein flächendeckendes Netz von regionalen Selbsthilfegruppen. Diese bieten für Patientinnen, Patienten und deren Angehörige eine emotionale Heimat sowie wertvollen Austausch, Informationen und Hilfe durch gleichermaßen Betroffene.

Kakteenweg 9, 55126 Mainz
Tel.: 06131 85152
E-Mail: geschaeftsstelle@bnev.de
www.bundesverband-niere.de

7.3 HILFSFONDS DIALYSEFERIEN E. V.

Der Verein Hilfsfonds Dialyseferien e. V. hat sich die Aufgabe gestellt, chronisch Nierenkranken, die sich wegen eines zu niedrigen Einkommens keinen Urlaub leisten können, einmal im Jahr dennoch durch einen Zuschuss dazu zu verhelfen. Transplantierte sowie PartnerInnen von HeimdialysepatientInnen werden in die Förderung eingeschlossen. Zum unterstützten Kreis gehören vor allem RentnerInnen, SozialhilfeempfängerInnen und Arbeitslose. Eine besonders wichtige Aufgabe ist die Unterstützung von Ferienaktionen chronisch nierenkranker Kinder und Jugendlicher.

Carola Qual (Vorsitzende)
Neltestraße 23 a, 12489 Berlin
Tel.: 0174 1824768
E-Mail: qual@hilfsfonds-dialyseferien.de
www.hilfsfonds-dialyseferien.de

7.4 DAS NIERENTELEFON

Der Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e. V. bietet mit dem Bundesverband Niere e. V. eine kostenlose Telefonsprechstunde zu medizinischen und sozialen Fragen rund um die chronische Nierenerkrankung an. Hier können Patientinnen, Patienten, Angehörige aber auch Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte anrufen.

Mittwochs: 16:00 bis 18:00 Uhr unter 0800 2484848

7.5 WEITERE ANLAUFSTELLEN

- Agentur für Arbeit
- Amt für Wohnungswesen
- Allgemeine Sozialberatungsstellen (meist bei den Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden)
- Betreuungsgericht (Unterabteilung beim Amtsgericht), Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine
- Finanzamt
- Integrationsamt (www.integrationsaemter.de)
- Krankenkassen
- PatientenBegleiter – ausgebildete chronisch nierenkranke Menschen, die ehrenamtlich Mitbetroffene begleiten und unterstützen (www.patienten-begleiter.de)
- Pflegestützpunkte als wohnortnahe Beratungsstellen zum Thema Pflegeversicherung
- Rentenversicherungsträger (www.deutsche-rentenversicherung.de)
- Sozialämter (Kommunaler Sozialer Dienst (KSD))
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Versorgungsamt/Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben

Rente:	030 221911001
Unfallversicherung/Ehrenamt:	030 221911002
Arbeitsrecht:	030 221911004
Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:	030 221911005
Infos für Menschen mit Behinderungen:	030 221911006

Krankenversicherung:	030 340606601
Pflegeversicherung:	030 340606602

Bundesweit kostenloses Beratungstelefon:
0800 0117722 (deutsch)
www.patientenberatung.de

[illegible]

Ein Service der



Amgen GmbH

Riesstraße 24

80992 München

Telefon: +49 89 149096-0

Telefax: +49 89 149096-2000

www.amgen.de

In Kooperation mit dem

Bundesverband Niere e.V.

V.i.S.d.P.:

Dipl.-Soz. Päd. & Supervisorin

Nicole Scherhag

Die Inhalte, Angaben, Informationen und Abbildungen dieser Broschüre („Inhalte“) sind nur für Nutzer innerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland bestimmt. Sofern sie Informationen zu oder im Zusammenhang mit Gesundheitszuständen, Krankheitsbildern, medizinischen Fragen oder Therapiemöglichkeiten enthalten, ersetzen sie nicht die Empfehlungen oder Anweisungen eines Arztes oder eines anderen Angehörigen der Heilberufe.

Die Inhalte dieser Broschüre sind nicht bestimmt zur Diagnose oder Behandlung eines gesundheitlichen oder medizinischen Problems oder einer Erkrankung. Darüber hinaus erhebt der Inhalt dieser Broschüre keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit.

Mit Aushändigung und/oder Benutzung der Broschüre kommt keinerlei Vertragsverhältnis, insbesondere kein Rat- oder Auskunftsvertrag, zwischen Ihnen und Amgen GmbH bzw. mit dieser konzernmäßig verbundenen Gesellschaften (zusammen: Amgen) zustande. Insofern bestehen auch keinerlei vertragliche oder quasi vertragliche Ansprüche. Vorsorglich wird eine Haftung – gleich aus welchem Rechtsgrund – ausgeschlossen, ausgenommen die Haftung für eine grob fahrlässige Verletzung von Leben, Körper, Gesundheit. Das Layout der Broschüre, die verwendeten Grafiken und Bilder, die Sammlung sowie die einzelnen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt (© 2025). Das Urheberrecht steht, sofern nichts anderes angegeben ist, ausschließlich Amgen GmbH zu. Durch nichts in dieser Broschüre wird eine Lizenz oder ein Recht an einem Urheberrecht, Patent oder Marken von Amgen oder Dritten begründet. Nachdruck oder auch auszugsweise Kopien nur mit vorheriger Genehmigung der Amgen GmbH.