



Merkblatt

über Leistungen zur onkologischen Rehabilitation bei Krebserkrankungen

- Stand 01.01.2009 -

1. Reha-Leistungen

Die Arbeitsgemeinschaft erbringt Leistungen zur onkologischen Rehabilitation für Patienten mit Krebserkrankungen. Die Reha-Leistungen umfassen spezielle therapeutische Maßnahmen, die den Gesundheitszustand des Patienten stabilisieren und bessern. Sie helfen, die durch die Krebstherapie eingetretenen Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen. Reha-Leistungen erhalten kranken- oder rentenversicherte Patienten, die in Nordrhein-Westfalen wohnen. Für Mitglieder der Knappschaft-Bahn-See werden Reha-Leistungen auch bei einem Wohnsitz außerhalb von Nordrhein-Westfalen - allerdings ohne die neuen Bundesländer - gewährt.

Die Reha-Leistung dauert regelmäßig drei Wochen. Sie kann jedoch aus medizinischen Gründen verkürzt oder verlängert werden.

Die Leistungen werden innerhalb eines Jahres nach der beendeten Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können sie in begründeten Fällen bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung, durch Komplikationen oder durch Therapiefolgen vorliegen.

Die Reha-Leistungen werden stationär oder auf Wunsch des Patienten ambulant durchgeführt.

Die Rehabilitationsklinik, in der die Maßnahme durchgeführt wird, wählt die Arbeitsgemeinschaft aufgrund der Art und Schwere der Krebserkrankung und unter Berücksichtigung von Nebenindikationen aus, um den bestmöglichen Reha-Erfolg zu gewährleisten. Es wird auch die Auslastung der Kliniken berücksichtigt, um die Maßnahme zeitnah durchzuführen.

Leistungen werden auch als Anschlussrehabilitation (in unmittelbarem Anschluss an die Akutbehandlung) durchgeführt.

2. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Reha-Leistungen werden für berufstätige und freiwillig Versicherte, für Empfänger von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, für Altersrentner, für nicht selbstversicherte Ehegatten und Kinder sowie für Empfänger von Hinterbliebenenrenten gewährt.

Keine Reha-Leistungen durch die Arbeitsgemeinschaft erhalten Beamte, ihnen gleichgestellte Personen und Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze (Ausnahme: Der Beamte gehört der gesetzlichen Krankenversicherung an).

3. Persönliche Voraussetzungen

Die Krebs-Diagnose muss geklärt sein. Der Gesundheitszustand des Patienten nach operativer Behandlung, abgeschlossener Strahlenbehandlung oder zytostatischer Behandlung soll durch Reha-Leistungen positiv beeinflussbar sein. Der Patient muss für eine onkologische Nachsorgeleistung ausreichend belastbar sein. Er muss reha-fähig und in der Regel mit öffentlichen Verkehrsmitteln alleine reisefähig sein.

4. Antragsverfahren

Reha-Leistungen werden auf Antrag erbracht. Sie werden meistens vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt angeregt. Der Arzt füllt einen Befundbericht (Vordruck CA 5) aus. Dieser Befundbericht ist der Krankenkasse einzureichen. Die Krankenkasse nimmt den Reha-Antrag (Vordruck CA 1) auf und leitet die Unterlagen an die Arbeitsgemeinschaft weiter.

Ist die Reha-Maßnahme unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Primärbehandlung erforderlich, kann sie als Anschlussrehabilitation eingeleitet werden.

Eine Anschlussrehabilitation beginnt spätestens 14 Tage nach dem Ende der Krankenhausbehandlung oder der Primärbehandlung, es sei denn, die Frist kann aus zwingenden Gründen nicht eingehalten werden. Zur Anschlussrehabilitation gibt es ein gesondertes Merkblatt.

5. Reisekosten

Erforderliche Fahrkosten sind grundsätzlich die Kosten, die bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden, die geringsten Kosten verursachenden Beförderungsmittel entstehen.

Bei Benutzung eines privateigenen Kraftfahrzeuges ist als Fahrkosten eine Entfernungspauschale zu leisten, auch wenn ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel hätte benutzt werden können.

Bei einer **stationären** medizinischen Leistung zur Teilhabe beträgt die Entfernungspauschale zusammen für die An- und Abreise 0,40 EURO für jeden vollen Kilometer der einfachen Entfernung zwischen dem Ort des eigenen Hausstandes und dem Rehabilitationsort.

Wird die medizinische Leistung zur Teilhabe **ambulant** durchgeführt, sind für jeden vollen Kilometer der einfachen Entfernung zwischen dem Ort des eigenen Hausstandes und dem Rehabilitationsort 0,36 EURO für die ersten 10 Kilometer und 0,40 EURO für jeden weiteren Kilometer zu erstatten

Für die Bestimmung der Entfernung ist die kürzeste Straßenverbindung maßgebend.

Kosten für ein Taxi oder einen Krankenwagen werden grundsätzlich nicht übernommen. Ausnahmen erfordern eine ausführliche ärztliche Begründung und eine Bewilligung durch die Arbeitsgemeinschaft vor Beginn der Reha-Maßnahme.

6. Haushaltshilfe

Haushaltshilfe kann gezahlt werden, wenn der Patient in der Reha-Klinik wohnt und ihm deshalb die Weiterführung seines Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft werden in angemessener Höhe erstattet. Für eine Haushaltsführung durch Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad werden grundsätzlich keine Kosten erstattet.

Für eine Unterbringung der Kinder während der Reha-Maßnahme können im Rahmen der Haushaltshilfe Kosten in angemessener Höhe übernommen werden. In einigen Reha-Kliniken besteht die Möglichkeit, dass Patienten ihre kleinen Kinder nach vorheriger Absprache mitbringen.

Die Haushaltshilfe ist rechtzeitig **vor** Beginn der Reha-Leistung zu beantragen, damit die Arbeitsgemeinschaft noch vor Maßnahmebeginn über die Haushaltshilfe entscheiden kann.

7. Wirtschaftliche Versorgung durch Übergangsgeld

Die wirtschaftliche Versorgung des Patienten und seiner Familie während einer Reha-Maßnahme kann durch Übergangsgeld sichergestellt werden.

Übergangsgeld erhalten Patienten, deren Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen wegen der Teilnahme an der Reha-Maßnahme entfällt und die zuvor Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Arbeitnehmer erhalten zunächst vom Arbeitgeber für 6 Wochen Entgeltfortzahlung, auf die Vorerkrankungszeiten angerechnet werden.

Die Höhe des Übergangsgeldes für Arbeitnehmer wird aus dem versicherungspflichtigen Arbeitsentgelt berechnet. Dabei wird auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) berücksichtigt. Außerdem ist die Höhe des Übergangsgeldes davon abhängig, ob Kinder im Haushalt leben oder der Patient oder sein Ehegatte pflegebedürftig ist.

Kein Übergangsgeld erhalten Rentner und Hausfrauen sowie freiwillig Versicherte oder Selbständige ohne Beiträge zur Rentenversicherung im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Reha-Leistung.

8. Beiträge zur Sozialversicherung

Für versicherungspflichtige Patienten, die Übergangsgeld oder Krankengeld erhalten, werden ggf. während der Reha-Maßnahme Beiträge zur Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung gezahlt. Patienten, die eine Reha-Maßnahme der Arbeitsgemeinschaft durchführen, sind in der gesetzlichen Unfallversicherung abgesichert.

9. Zuzahlungen

9.1 Reha-Maßnahmen zu Lasten eines Rentenversicherungsträgers

Versicherte und Rentner haben für sich und ihre Angehörigen zu einer stationären Reha-Maßnahme eine Zuzahlung zu leisten, sie beträgt 10 EURO je Kalendertag. Bei einer ambulanten Reha-Maßnahme fällt keine Zuzahlung an.

Die Zuzahlung wird für höchstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres gefordert, wobei Zuzahlungen im gleichen Kalenderjahr zu vorherigen Reha-Leistungen und Krankenhausaufenthalten angerechnet werden, auch wenn eine Krankenkasse Reha-Träger war.

Bei Anschlussrehabilitationen ist die Zuzahlung für längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung im gleichen Kalenderjahr werden angerechnet.

Die Zuzahlung ist auch zu leisten, wenn der Patient bereits Rente bezieht oder wenn die Reha-Maßnahme aus der Versicherung des Ehegatten erbracht wird.

9.1.1 Keine Zuzahlung zur Reha-Maßnahme fällt an

- für die Zeit des Bezuges von Übergangsgeld,
- für Patienten, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
- für Betreute, aus deren Versicherung Leistungen für Kinder erbracht werden.

9.1.2 Eine unzumutbare Belastung durch die Zuzahlung führt zur vollständigen oder teilweisen Befreiung.

9.1.2.1 Vollständige Befreiung

Von der Zuzahlung werden auf Antrag vollständig befreit Versicherte und Rentner,

- die kein Nettoerwerbseinkommen und Erwerbserstatzeinkommen (z.B. Krankengeld, Rente) beziehen und deren Reha-Maßnahme aus eigener Beitragsleistung erbracht wird,
- deren Nettoerwerbseinkommen und Erwerbserstatzeinkommen monatlich 1.009 EURO nicht übersteigt oder
- die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz beziehen.

9.1.2.2 Teilweise Befreiung

Von der Zuzahlung teilweise befreit werden Versicherte, die Nettoerwerbseinkommen beziehen und

- die ein Kind unter 18 Jahren haben,
- die pflegebedürftig sind, und deren Ehegatte, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, sie pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausübt oder
- deren Ehegatte, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.

Für Versicherte, die die Voraussetzungen für die teilweise Befreiung erfüllen gelten folgende Beträge:

ab einem monatlichen Nettoerwerbseinkommen von

-	1.009 EURO	sind täglich	8,00 EURO	Zuzahlung zu leisten
-	1.020 EURO	sind täglich	8,50 EURO	Zuzahlung zu leisten
-	1.080 EURO	sind täglich	9,00 EURO	Zuzahlung zu leisten
-	1.140 EURO	sind täglich	9,50 EURO	Zuzahlung zu leisten
-	1.200 EURO	sind täglich	10,00 EURO	Zuzahlung zu leisten

Der Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung ist zusammen mit dem Antrag auf eine Reha-Maßnahme von der Krankenkasse aufzunehmen und an die Arbeitsgemeinschaft zu senden. Bei der Prüfung werden die Einkommensverhältnisse im Monat vor der Antragstellung zugrundegelegt.

9.2 Reha-Maßnahmen zu Lasten einer Krankenkasse

Die **Zuzahlung zu den Aufwendungen der Reha-Leistung** beträgt für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr je Kalendertag 10 EURO, das gilt auch für ambulante Maßnahmen.

Bei Anschlussrehabilitationen ist die Zuzahlung **für längstens 28 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung und zu vorherigen Anschlussrehabilitationen im gleichen Kalenderjahr werden angerechnet.

Befreiung von der Zuzahlung zur Reha-Maßnahme

Versicherte müssen Zuzahlungen bis zu ihrer Belastungsgrenze leisten. Diese beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch Kranke beträgt sie 1 %.

Über die Befreiung von der Zuzahlung zur Reha-Maßnahme kann nur die **Krankenkasse** entscheiden.

10. Auswirkungen der Reha-Maßnahme auf Leistungen der Rentenversicherung

Eine Reha-Maßnahme zu Lasten der Rentenversicherung schließt eine Erstattung der vorher gezahlten Rentenversicherungsbeiträge aus. Die Höhe der Rentenansprüche wird jedoch nicht gemindert.

Der Reha-Antrag gilt als Antrag auf Rente, wenn geminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt und

1. eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten ist oder
2. Leistungen zur Rehabilitation nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die geminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben.

11. Datenschutz

Die Arbeitsgemeinschaft gewährleistet den Schutz der Sozialdaten entsprechend den gesetzlichen Regelungen.

12. Arbeitsgemeinschaft

Der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen gehören die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Rheinland, DRV Westfalen, DRV Bund, DRV Knappschaft-Bahn-See, die landwirtschaftlichen Alterskassen sowie die gesetzlichen Krankenkassen des Landes NW an. Die Arbeitsgemeinschaft bewilligt die Reha-Leistungen für Krebskranke im Land NRW für diese Sozialleistungsträger und führt die Reha-Maßnahmen durch.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Rehabilitation.

Ihre Arbeitsgemeinschaft