Patientenratgeber · Nicole Scherhag

4

Niere & Soziales

Ihre Rechte rund um die Nierentrans-plantation

astellas

Nicole Scherhag

Impressum

Niere & Soziales

Ein Patientenratgeber zum Sozialrecht rund um die Nierentransplantation

Autorin:

Nicole Scherhag

Selbstständige Patientenberaterin
und Sozialrechtsexpertin
Supervision, Beratung, Schulung
www.supervision-scherhag.de

Projektleitung und Redaktion:

Der MedienMacher, Andreas Görner
www.dermedienmacher.com

Grafik/Design:

Galasix, Torsten Schack
www.galasix-schack.de

Fotos:

Roland Horn

Ein herzliches Dankeschön an alle Patientinnen, Patienten und Angehörige, die mit Begeisterung in Kiel bei den Fotoaufnahmen für diese Broschüre dabei waren.

Lektorat:

Petra Greiner-Senft

© 2025 Astellas Pharma GmbH

Nachdruck, Vervielfältigung oder sonstige Nutzung nur mit schriftlicher Genehmigung

Herausgeber:

Astellas Pharma GmbH
Ridlerstr. 57, 80339 München

www-leben-mit-transplantation.de

Die Nierentransplantation ist ein Langzeitprojekt. Ob während der Wartezeit, der vorbereitenden Untersuchungen oder der Transplantation selbst – in jeder Phase ist der Betroffene mit vielfältigen medizinischen Themen und Fragen konfrontiert.

Nach stationärer Versorgung und Rehabilitation beginnt ein neues, möglichst normales Leben mit dem transplantierten Organ.

Damit dies gut gelingen kann, braucht es neben der medizinischen Behandlung und psychosomatischen Betreuung auch eine soziale Sicherung und Unterstützung und natürlich Ihre aktive Mitarbeit.

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Diagnose „Chronische Nierenerkrankung“ ist für die meisten Patientinnen und Patienten ein tiefer Einschnitt in ihrem Leben. Sie bringt nicht nur medizinische Herausforderungen mit sich, sondern wirft auch gravierende seelische, soziale und unter Umständen finanzielle Schwierigkeiten auf. Die Belastungen gehen über die eigentliche Erkrankung hinaus und greifen in alle Lebensbereiche ein. Das gilt auch für die Nierentransplantation. Für Sie als Betroffene stellen sich dann viele Fragen: Kann ich in meinem Beruf noch weiterarbeiten? Welche Nachteilsausgleiche stehen mir zu? Wie mache ich das mit der Rente? Wie geht es nach meiner Transplantation weiter? Wir möchten Sie mit dieser Broschüre unterstützen, damit Sie mit den sozialen Begleiterscheinungen der Krankheit besser umgehen können.

Die Broschüre, die Sie in den Händen halten, richtet sich an Patientinnen und Patienten, aber auch an die behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Sehr viele der vorgestellten Informationen sind auch für Menschen nach Herztransplantation und Lungentransplantation geeignet. Wir haben hier fundierte sozialrechtliche Informationen und eine große Palette möglicher Maßnahmen und Hilfen zur Beantragung zusammengestellt. Die Broschüre geht gezielt auf die zentralen Themen ein, mit denen sich viele Betroffene im Laufe ihrer chronischen Nierenerkrankung auseinandersetzen müssen. Unser Augenmerk liegt hier auf der Nierentransplantation, da sie eine ganz besondere medizinische, soziale und sozialrechtliche Situation darstellt.

Nicole Scherhag
Selbstständige Patientenberaterin
und Sozialrechtsexpertin
Supervision | Beratung | Schulung

Dr. Oliver Achatz
Commercial Lead Transplantation
Astellas Pharma GmbH

astellas

Inhalt

1 Antragsverfahren ... 6
- 1.1 Das Antragsverfahren im Sozialrecht ... 7

2 Die Rechte schwerbehinderter Menschen ... 8
- 2.1 Grad der Behinderung ... 11
- 2.2 Merkzeichen für weitere Nachteilsausgleiche ... 13
- 2.3 Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile ... 13
  - 2.3.1 Rund ums Berufsleben ... 14
  - 2.3.2 Rund um die Lohn- und Einkommensteuer ... 17
  - 2.3.3 Rund um das Auto und den öffentlichen Nahverkehr ... 19
  - 2.3.4 Weitere Nachteilsausgleiche ... 22

3 Zuzahlungen zu Kassenleistungen und Befreiungsmöglichkeiten ... 24
- 3.1 Belastungsgrenze ... 26
- 3.2 Chronikerregelung ... 27
- 3.3 Zuzahlungen und Fahrtkosten ... 28
  - 3.3.1 Fahrtkosten nach Nierentransplantation ... 31
  - 3.3.2 Besuchsfahrten von Angehörigen ... 31

4 Medizinische Rehabilitation nach Nierentransplantation ... 32
- 4.1 Zuständigkeit und Voraussetzungen ... 35
- 4.2 Entscheidung des Kostenträgers ... 35
- 4.3 Voraussetzungen und Begründungszusammenhänge ... 36

5 Sozialrechtliche Aspekte der Nierenlebendspende ... 38
- 5.1 Medizinische Leistungen an Lebendspender:innen ... 40
- 5.2 Verdienstausfall von Spender:innen ... 42
- 5.3 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ... 43
- 5.4 Leistungen der privaten Krankenversicherung ... 43
  - 5.4.1 Selbstverpflichtungserklärung der PKV-Unternehmen ... 43

6 Sicherung des Lebensunterhalts und Lohnersatzleistungen ... 44
- 6.1 Krankengeld ... 46
- 6.2 Sozialhilfe, Grundsicherung und Bürgergeld ... 47
- 6.3 Erwerbsminderungsrente ... 48

7 Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ... 50
- 7.1 Hilfe im Haushalt ... 52
- 7.2 Pflegebedürftigkeit ... 52
  - 7.2.1 Pflegegrade ... 53
  - 7.2.2 Pflegeleistungen nach Pflegegraden im Überblick ... 54
  - 7.2.3 Überblick zu den Leistungen bei häuslicher Pflege ... 55
  - 7.2.4 Überblick zu den Leistungen bei vollstationärer Pflege ... 57
- 7.3 Betreuung & Vorsorge ... 58
  - 7.3.1 Patientenverfügung ... 58
  - 7.3.2 Betreuungsverfügung ... 59
  - 7.3.3 Vorsorgevollmacht ... 59

Glossar ... 60

Selbsthilfeangebote ... 65

Weitere Informations- und Beratungsmöglichkeiten ... 66

Impressum ... 69

Kapitel 1: Antragsverfahren

1.1 Das Antragsverfahren im Sozialrecht

Um soziale Leistungen zu erhalten, müssen Sie stets einen Antrag bei der zuständigen Behörde oder Kasse stellen. Der formelle Ablauf ist hierbei immer gleich!

Egal, ob Sie einen Pflegegrad, Sozialhilfe, Rente oder eine Rehabilitation beantragen, der formelle Ablauf im Sozialrecht ist immer derselbe. Zunächst müssen Sie einen Antrag stellen. Auf diesen Antrag folgt ein Bescheid der zuständigen Behörde. Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Zur Fristwahrung reicht es, wenn Sie den Widerspruch schriftlich einreichen („Hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid vom … ein und beantrage Akteneinsicht. Eine detaillierte Begründung reiche ich nach."). Das Widerspruchsverfahren ist kostenfrei. Es folgt dann ein Widerspruchsbescheid. Sollten Sie auch mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einreichen. Das Verfahren dort ist gerichtskostenfrei.

Gehen Sie nicht ungeprüft davon aus, dass die Entscheidungen von Ämtern und Behörden immer korrekt sind. Manchmal spielen verschiedene Faktoren zusammen, die mitunter zu einem falschen Bescheid führen. Eine Überprüfung des Vorgangs kann sich lohnen.

Ist die Frist zur Einlegung des Widerspruchs oder zur Einreichung der Klage abgelaufen, können Sie einen Überprüfungsantrag stellen.

Sollten Sie anwaltliche Hilfe benötigen, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialgericht Beratungshilfe oder Prozesskostenhilfe beantragen. Sie erfüllen die Voraussetzungen in der Regel, wenn Sie Sozialhilfe, Grundsicherung oder Bürgergeld beziehen.

Praxistipp Den Widerspruch können Sie im ersten Schritt ganz einfach formulieren: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid vom … ein und beantrage Akteneinsicht. Eine detaillierte Begründung reiche ich nach." Unterstützung erhalten Sie bei den Allgemeinen Sozialberatungsstellen oder den Sozialverbänden (siehe Informations- und Beratungsmöglichkeiten).

Die Rechte schwerbehinderter Menschen

In diesem Kapitel stellen wir Ihnen die Regelungen des Schwerbehindertenrechts rund um die Nierentransplantation vor.

Als nierentransplantierter Mensch müssen Sie mit einer Reihe von gesundheitlichen Einschränkungen zurechtkommen. Vielleicht waren Sie im Vorfeld der Transplantation dialysepflichtig und empfinden Ihre neue Situation als wesentlich verbessert. Dennoch sieht das Schwerbehindertenrecht auch für transplantierte Menschen einen bestimmten Status vor, der sich vor allem durch die immunsuppressive Behandlung und deren Auswirkungen ergibt. Vielleicht kommen bei Ihnen aber auch weitere Erkrankungen hinzu oder es liegen zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, die Ihnen die Gestaltung Ihres Alltags erschweren.

In jedem Fall können Sie beim zuständigen Versorgungsamt (auch Amt für soziale Angelegenheiten) einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft stellen.

Praxistipp Auf der Seite www.einfach-teilhaben.de finden Sie in der Rubrik „Wie beantrage ich einen Schwerbehindertenausweis?" unter Punkt 3 die Vordrucke aller Bundesländer.

Neben dem Grad der Behinderung erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen auch Merkzeichen, z. B. das „G" für Gehbehinderung.

Bei der Beurteilung Ihrer Erkrankung orientiert sich das Versorgungsamt an den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen". In der „Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung" sind für viele Krankheiten die entsprechenden Grade der Behinderung (GdB) aufgeführt. Je stärker die Beeinträchtigung durch die Erkrankung ist, desto höher der GdB (Maximum ist ein GdB von 100). Ab einem GdB von 50 spricht man von einer Schwerbehinderung. Neben dem Grad der Behinderung können Sie gegebenenfalls ein oder mehrere Merkzeichen zuerkannt bekommen, z. B. ein „G" für Gehbehinderung.

Praxistipp Eine Übersicht finden Sie auf der unten angegebenen Internetseite. Die Einschränkungen der Harnorgane werden unter Punkt 12 dargestellt. Die Liste enthält auch weitere Einstufungen, z. B. für Hypertonie.

www.versorgungsmedizinische-grundsaetze.de

Sollten Sie im Vorfeld der Transplantation dialysepflichtig gewesen sein, haben Sie wahrscheinlich bereits einen Schwerbehindertenausweis. Die Veränderung, die mit der Transplantation einhergeht, entnehmen Sie bitte der Übersicht unter Punkt 2.1.

Sowohl der GdB als auch die Merkzeichen bestimmen die Nachteilsausgleiche. Diese stellen keine Almosen dar. Vielmehr bezwecken sie den Ausgleich von Einschränkungen und Beeinträchtigungen, die Sie aufgrund Ihrer Erkrankung erfahren. Zögern Sie also nicht mit der Beantragung!

2.1 Grad der Behinderung

Im Folgenden finden Sie einen Auszug aus den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen".

Im Umfeld der Nierentransplantation haben Sie einen GdB von 100. Achten Sie darauf, dass der GdB von 100 nicht vor Ablauf der Heilungsbewährung abgesenkt wird.

Nierenfunktionseinschränkung	GdB
leichten Grades (Serumkreatininwerte unter 2 mg/dl [Kreatinin-Clearance ca. 35–50 ml/min], Allgemeinbefinden nicht oder nicht wesentlich beeinträchtigt, keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit)	20–30
(Serumkreatininwerte andauernd zwischen 2 und 4 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden wenig beeinträchtigt, leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit)	40
mittleren Grades (Serumkreatininwerte andauernd zwischen 4 und 8 mg/dl erhöht, Allgemeinbefinden stärker beeinträchtigt, mäßige Einschränkung der Leistungsfähigkeit)	50–70
schweren Grades (Serumkreatininwerte dauernd über 8 mg/dl, Allgemeinbefinden stark gestört, starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bei Kindern keine normalen Schulleistungen mehr)	80–100
Notwendigkeit der Dauerbehandlung mit Blutreinigungsverfahren (z. B. Hämodialyse, Peritonealdialyse)	100
Bei allen Nierenschäden mit Funktionseinschränkungen sind Sekundärleiden (z. B. Hypertonie, ausgeprägte Anämie [Hb-Wert unter 8 g/dl], Polyneuropathie, Osteopathie) zusätzlich zu bewerten.	
Nierentransplantation	
Nach Nierentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen zwei Jahre); während dieser Zeit ist ein GdB von 100 anzusetzen. Danach ist der GdB entscheidend abhängig von der verbliebenen Funktionsstörung; unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression ist jedoch der GdB nicht niedriger als 50 zu bewerten.	

Bei der Nierentransplantation wird eine Heilungsbewährung von zwei Jahren angesetzt. Heilungsbewährung bedeutet, dass in den ersten beiden Jahren nach der Transplantation abgewartet wird, wie sich Ihr gesundheitlicher Zustand entwickelt. Selbst bei einem optimalen Verlauf soll der Grad der Behinderung erst nach diesen zwei Jahren abgesenkt werden. Aufgrund der notwendigen Immunsuppression sieht die Verordnung vor, dass nach den zwei Jahren wenigstens ein GdB von 50 vergeben wird. Natürlich kann der GdB auch höher ausfallen! Er darf aber keinesfalls tiefer angesetzt werden. Damit haben Sie ab der Nierentransplantation Zeit Ihres Lebens Anspruch auf den Schwerbehindertenstatus.

Fügen Sie Ihrem Antrag an das Versorgungsamt aktuelle und aussagekräftige Arztberichte, andere bereits vorliegende relevante Bescheide (z. B. Rentenbescheid, Einstufung in einen Pflegegrad o. Ä.) und ein Passbild bei. Benennen Sie alle Ärztinnen und Ärzte, die relevante Auskünfte über Ihre Erkrankung(en) geben können.

Praxistipps

- Den Antrag an das Versorgungsamt beschleunigen Sie, indem Sie direkt ein Passbild, Arztberichte und bereits vorliegende Bescheide mitsenden.
- Stellen Sie einen Neufeststellungsantrag (auch Änderungs- oder Verschlimmerungsantrag), wenn sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Bedenken Sie aber bitte, dass durch einen Verschlimmerungsantrag Ihre Situation umfassend neu geprüft wird. Dies kann unter Umständen auch dazu führen, dass z. B. ein Merkzeichen wieder aberkannt wird, wenn Sie beispielsweise wieder besser zu Fuß sind.

2.2 Merkzeichen für weitere Nachteilsausgleiche

Zusätzlich zum Grad der Behinderung können Sie verschiedene Merkzeichen beantragen, aus denen sich weitere Nachteilsausgleiche ableiten.

Zum Grad der Behinderung können Sie noch verschiedene Merkzeichen beantragen.

G = Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr

aG = außergewöhnlich gehbehindert

H = hilflos

RF = Ermäßigung bei der Rundfunkgebührenpflicht und Gebührenermäßigung beim Telefonhauptanschluss

Gl = gehörlos

TBl = taubblind

Bl = blind

B = Berechtigung für eine ständige Begleitung

2.3 Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile

Im Folgenden werden die gebräuchlichsten Nachteilsausgleiche für Nierentransplantierte in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche dargestellt. Zudem wird erklärt, welche Voraussetzungen jeweils vorliegen müssen.

Zu den Nachteilsausgleichen zählen vor allem:

- Besonderer Kündigungsschutz
- Zusatzurlaub
- Ermäßigungen

2.3.1 Rund ums Berufsleben

Bei anerkannter Schwerbehinderung können Sie folgende Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen:

Besonderen Kündigungsschutz

Im Berufsleben verschafft Ihnen der Schwerbehindertenausweis Schutz und Nachteilsausgleiche.

Ab 6-monatiger Betriebszugehörigkeit genießen Sie aufgrund des Schwerbehindertenstatus einen erhöhten Kündigungsschutz. Eine Kündigung bedarf dann zudem der Zustimmung des Integrations- bzw. Inklusionsamtes.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderten Menschen steht ein Zusatzurlaub von in der Regel fünf bezahlten Urlaubstagen pro Jahr zu.

Befreiung von Mehrarbeit

Schwerbehinderte Menschen sind auf ihr Verlangen hin von Mehrarbeit freizustellen. Mehrarbeit ist diejenige Arbeit, die werktäglich über die normale gesetzliche Arbeitszeit von 8 Stunden hinausgeht.

Außerdem:
- Recht auf Teilzeitarbeit
- Recht auf stufenweise Wiedereingliederung
- Ermäßigung der Pflichtstunden für Lehrer:innen
- besondere Bedingungen für die Fahrten zur Arbeit (Auskunft erteilen die Finanzämter)

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben

Auch Ihr Arbeitgeber kann von den Hilfen des Integrationsamtes profitieren. Sprechen Sie diese Chance aktiv an.

Begleitende Hilfen werden von den Integrations- und Inklusionsämtern in Zusammenarbeit mit den Arbeitsagenturen gewährt. Sie sollen die soziale Stellung und die Wettbewerbsfähigkeit schwerbehinderter Arbeitnehmer:innen sichern, Probleme beseitigen (z. B. technische oder organisatorische Schwierigkeiten) und Arbeitsplätze durch Sach- und Geldleistungen an Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen verbessern bzw. erhalten.

Die folgende Tabelle listet einige Hilfen auf:

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben (beispielhaft)	
Finanzielle Leistungen für Arbeitnehmer:innen	Finanzielle Leistungen für Arbeitgeber:innen
▪ Kraftfahrzeughilfen · Beschaffung eines Kfz · Behinderungsbedingte Zusatzausstattung · Fahrerlaubnis ▪ Wohnungshilfen · Beschaffung · Anpassung · Umzug	▪ Zuschuss zur Ausbildungsvergütung ▪ Zuschuss zu den Lohnkosten ▪ Einstellungszuschuss bei Neugründung ▪ Behinderungsgerechte Einrichtung ▪ Leistungen bei außergewöhnlicher Belastung ▪ Schaffung neuer Arbeitsplätze

Praxistipp Die Integrations- und Inklusionsämter sind für den Schutz schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben zuständig. Mit den zugehörigen Fachdiensten bieten sie eine umfassende Beratung für schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber:innen an. Sie finden das für Sie zuständige Integrations- und Inklusionsamt im Internet auf www.integrationsaemter.de unter „Kontakt".

www.integrationsaemter.de

Ihren Schwerbehindertenstatus müssen Sie nicht offenbaren.

Offenbarungspflicht/Fragerecht

Grundsätzlich müssen Sie neue Arbeitgeber:innen nicht darauf hinweisen, dass Sie schwerbehindert sind. Es gibt keine Offenbarungspflicht. Etwas anderes gilt nur, wenn Sie aufgrund Ihrer Behinderung die Tätigkeit nicht verrichten können. Ebenso verhält es sich mit (chronischen) Krankheiten. Es gibt keine Hinweispflicht auf latente Gesundheitsgefahren – außer Sie können die neue Tätigkeit aufgrund der Erkrankung nicht ausüben. Die Frage nach der Schwerbehinderteneigenschaft ist vor Begründung des Arbeitsverhältnisses (Bewerbungsverfahren) regelmäßig unzulässig. Die Frage ist nur dann ausnahmsweise zulässig, wenn sie die Einsatzfähigkeit der Bewerber:innen für den vorgesehenen Arbeitsplatz in entscheidender Weise betreffen.

Auf eine geplante Operation oder eine bevorstehende Rehabilitation müssen Sie zukünftige Arbeitgeber:innen jedoch hinweisen.

2.3.2 Rund um die Lohn- und Einkommensteuer

Die außergewöhnlichen Belastungen einer Behinderung können Sie in Ihrer Steuererklärung angeben. Sie werden durch sogenannte Pauschbeträge abgegolten. Als Pauschbeträge werden vom Finanzamt gewährt:

GdB	Pauschbetrag
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“, „Bl“ oder „TBI“ sowie Pflegegrad 4 oder 5“	7.400 €

Praxistipps

- Höhere Ausgaben können Sie durch konkrete Nachweise geltend machen!
- Sie können Steuervergünstigungen durch den Schwerbehindertenausweis auch rückwirkend beantragen, wenn die Voraussetzungen damals schon vorlagen.
- Den Freibetrag können Sie alternativ auch in die Steuerkarte Ihrer Ehefrau oder Ihres Ehemannes eintragen lassen.
- Sollte Ihr Kind nierentransplantiert und damit schwerbehindert sein, so können Sie den Pauschbetrag auf sich übertragen lassen. Beachten Sie bitte, dass Sie dann behinderungsbedingte Aufwendungen für Ihr Kind nicht als außergewöhnliche Belastungen geltend machen können. Gleiches gilt für den anderen Elternteil, auf den der Pauschbetrag nicht übertragen wird. Nützliche Informationen hierzu, aber auch zu anderen Themen rund um das Leben mit einem chronisch kranken Kind, erhalten Sie beim Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. auf der Seite www.bvkm.de.

  www.bvkm.de

2.3.3 Rund um das Auto und den öffentlichen Nahverkehr

Fahrten zur Arbeitsstätte:

Wie alle Steuerpflichtigen können auch schwerbehinderte Menschen für Fahrten zur Arbeit bis 20 km die Pendlerpauschale von 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km ansetzen. Bei dieser Pauschale wird stets nur die einfache Entfernung zugrunde gelegt, also die kürzeste Fahrstrecke zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte.

Alternativ können Menschen mit Behinderungen die tatsächlichen Aufwendungen für diese Wege absetzen. Dies gilt bei

- GdB 70 und höher oder
- GdB mindestens 50 und Merkzeichen G oder aG.

Bei der Berechnung der tatsächlichen Kosten nach Reisekostengrundsätzen darf jeder gefahrene Kilometer mit 30 Cent angesetzt werden. Also sowohl der Hin- als auch der Rückweg. Sogar Leerfahrten werden berücksichtigt, wenn Sie z. B. zur Arbeit gebracht und auch wieder abgeholt werden.

Aber Achtung: In diesem Fall gelten stets nur die besagten 30 ct/km. Es gibt keine Erhöhung auf 38 Cent ab dem 21. Kilometer.

Weitere nachgewiesene Kosten wie z. B. Parkgebühren können zusätzlich angesetzt werden.

Privatfahrten

Seit 2021 gelten die folgenden behinderungsbedingten Fahrtkosten-Pauschalen:

- Menschen mit GdB 80 und höher: Pauschale 900 €.
- Menschen mit GdB 70 und Merkzeichen „G“: Pauschale 900 €.
- Menschen mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „TBl“ sowie Pflegegrad 4 oder 5: Pauschale 4.500 €.

Alternativ zur Pauschale können Sie die behinderungsbedingten Fahrten nachweisen und absetzen. Egal ob Sie die Pauschale oder die nachgewiesene Fahrtkosten wählen: Sie zählen steuerlich zu den außergewöhnlichen Belastungen.

Fahrten mit behinderten Kindern

Als Eltern eines behinderten Kindes können Sie diese Kosten auch dann geltend machen, wenn sie nicht beim Behinderten selbst, sondern bei Ihnen als Eltern entstehen und Sie den Behinderten-Pauschbetrag des Kindes in Anspruch nehmen. Sie können allerdings nur solche Fahrten geltend machen, an denen das behinderte Kind teilgenommen hat.

Praxistipp Es gibt noch weitere behinderungsbedingte außergewöhnliche Belastungen, die Sie im Rahmen Ihrer Steuererklärung geltend machen können. Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Finanzamt, den Lohnsteuerhilfevereinen oder Steuerberater:innen.

Kraftfahrzeugsteuer und öffentlicher Nahverkehr

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie Vergünstigungen und/oder Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer und im öffentlichen Nahverkehr in Anspruch nehmen.

Schwerbehinderte Menschen, die ein Kraftfahrzeug halten, können eine Befreiung oder eine Ermäßigung von der Kraftfahrzeugsteuer beantragen. Außerdem können sie unter bestimmten Voraussetzungen den öffentlichen Nahverkehr und das Streckennetz der Deutschen Bahn kostenlos oder gegen eine Einmalzahlung nutzen.

Da Sie sich manchmal entscheiden müssen, ob Sie die Vergünstigungen für das Auto oder für den öffentlichen Nahverkehr in Anspruch nehmen möchten, werden beide Punkte gemeinsam dargestellt:

Berechtigte mit einem Schwerbehindertenausweis und folgendem Merkzeichen	Kfz-Steuer-ermäßigung	und/oder	Bus und Bahn
Gehbehindert „G“ und/oder gehörlos „Gl“	50 %	oder	Einmalzahlung 104 Euro/Jahr
Außergewöhnlich Gehbehinderte „aG“	100 %	und	Einmalzahlung 104 Euro/Jahr
Hilflos „H“ und/oder blind „Bl“	100 %	und	kostenlos
Ständige Begleitung „B“			Die Begleitperson kann kostenlos mitfahren, auch wenn der schwerbehinderte Mensch selbst zahlen muss

Prüfen Sie genau, ob Sie Parkerleichterungen ...

... und eine Ermäßigung der Kfz-Steuer beantragen können. Hierbei sind die Merkzeichen wichtig.

Praxistipp Sollte Ihr Kind die entsprechenden Voraussetzungen für die Steuer-Ermäßigung oder -Befreiung erfüllen, besteht die Möglichkeit, ein Auto auf den Namen Ihres Kindes zuzulassen. Das Fahrzeug muss dann im Zusammenhang mit der Fortbewegung oder der Haushaltsführung Ihres Kindes genutzt werden.

Parkerleichterung

Bei Merkzeichen „G" und „B" fragen Sie bei Ihrer Straßenverkehrsbehörde nach Parkerleichterungen.

Parkerleichterungen (Schwerbehindertenparkplätze) werden schwerbehinderten Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen „aG") und Blinden (Merkzeichen „Bl") gewährt. Zuständig ist die örtliche Straßenverkehrsbehörde.

Der Personenkreis, der bestimmte Parkerleichterungen erhält, wurde 2009 erweitert. Falls Sie einen Ausweis mit den Merkzeichen „G" und "B" haben, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine ganze Reihe von Parkerleichterungen (oranger Ausweis) in Anspruch nehmen. Fragen Sie bei Ihrer zuständigen Straßenverkehrsbehörde nach.

2.3.4 Weitere Nachteilsausgleiche

Automobilclubs

Automobilclubs gewähren schwerbehinderten Menschen Beitragsnachlässe.

Bahnfahrten

Schwerbehinderte Menschen erhalten unter bestimmten Voraussetzungen neben den oben aufgeführten Nachteilsausgleichen weitere Vergünstigungen, z. B. beim Erwerb einer BahnCard.

Ermäßigungen

Bei öffentlichen Veranstaltungen (z. B. Kino oder Theater) und in Museen gibt es u. U. die Möglichkeit, ermäßigte Eintrittskarten zu bekommen. Die Begleitperson erhält vielerorts kostenlosen Eintritt.

GEZ-Gebühr und Sozialtarif der Telekom

Wenn Sie über einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „RF" verfügen, erhalten Sie einen Nachlass bei der GEZ-Gebühr. Zudem gewährt die Telekom Ihnen einen Sozialtarif.

Rundfunkbeitrag

Telekom

www.rundfunkbeitrag.de/buergerinnen_und_buerger/informationen/menschen_mit_behinderung und
www.telekom.de/hilfe/vertrag-rechnung/vorteile/sozialtarif

Handytarife

Verschiedene Mobilfunkanbieter bieten günstigere Tarife für schwerbehinderte Menschen an.

Nachlass beim Autokauf

Einige Autohersteller bieten schwerbehinderten Menschen einen Preisnachlass beim Autokauf. Geben Sie in eine Internetsuchmaschine „Autokauf + Schwerbehinderung" ein, um entsprechende Nachlässe und die jeweiligen Bedingungen zu finden.

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 aufgesplittet, Prüfungszeiten verändert, Anwesenheitspflichten gelockert und mündliche durch schriftliche Leistungen ersetzt werden und umgekehrt.

Toilettenschlüssel für Behinderten-WCs

In vielen Lebensbereichen gibt es Nachteilsausgleiche für schwerbehinderte Menschen. Scheuen Sie sich nicht, diese in Anspruch zu nehmen. Fragen Sie danach!

Der Euroschlüssel und ein Verzeichnis mit behindertengerechten Toiletten sind über den Club Behinderter & ihrer Freunde in Darmstadt für 37,50 Euro erhältlich. Auf der Homepage des Vereins (www.cbf-da.de) findet sich eine Auflistung, wer den Schlüssel erhalten kann.

CBF Darmstadt e. V.
Pallaswiesenstr. 123a
64293 Darmstadt

Wohnen

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

Bei der Vergabe eines Wohnberechtigungsscheins und beim Wohngeld werden schwerbehinderten Menschen je nach GdB, Merkzeichen und/oder Pflegebedürftigkeit Freibeträge eingeräumt.

Zuzahlungen zu Kassenleistungen und Befreiungs-möglichkeiten

Hier erfahren Sie, welche Zuzahlungen gesetzlich Versicherte leisten müssen und wo es für chronisch Kranke Befreiungs-möglichkeiten gibt.

Alle gesetzlich versicherten Menschen müssen Zuzahlungen leisten, unabhängig davon, ob sie chronisch krank sind oder über ein geringes Einkommen verfügen.

Sind Sie befreit, so gilt die Befreiung für alle einberechneten Familienmitglieder! Auch in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen.

3.1 Belastungsgrenze

Damit Sie finanziell nicht überfordert werden, sieht das Gesetz eine geldliche Belastungsobergrenze vor. Diese liegt bei maximal 2 % des (Familien-)Jahresbruttoeinkommens. Die Grenze verringert sich für Familien durch Kinderfreibeträge und den Freibetrag für den Ehepartner. Sind alle Angehörigen gesetzlich krankenversichert, gilt die Befreiung für die ganze Familie, auch wenn sie in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.

Sie können eine Zuzahlungsbefreiung bei Ihrer Krankenkasse beantragen. Wenn bei der Prüfung festgestellt wird, dass Sie (bzw. Ihre Familie) die Belastungsgrenzen überschritten haben, wird Ihnen die Zuzahlungsbefreiung gewährt.

Praxistipp Um sich das Sammeln der Quittungen und Belege zu ersparen, können Sie mit Ihrer Krankenkasse eine Einmalzahlung am Anfang des Jahres vereinbaren. Voraussetzung ist, dass Ihr Einkommen absehbar ist, da sonst die Belastungsgrenze nicht ausgerechnet werden kann. Beachten Sie bitte, dass es bei der Einmalzahlung kein Geld zurückgibt, falls Sie weniger Zuzahlungen in einem Jahr geleistet haben.

3.2 Chronikerregelung

Für chronisch kranke Menschen gilt eine niedrigere Belastungsobergrenze von 1 % der Bruttoeinnahmen. Als schwerwiegend chronisch krank gelten Sie, wenn Sie mehr als 1 Jahr lang wenigstens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurden (Dauerbehandlung). Die allermeisten Nierentransplantierten erfüllen diese Voraussetzung schon vor der Transplantation, da die Nierenerkrankung schon länger bestand und viele Betroffene dialysepflichtig waren.

Zusätzlich muss eines der folgenden Merkmale erfüllt sein:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades III, IV oder V vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % vor.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist notwendig (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

3.3 Zuzahlungen und Fahrtkosten

Für chronisch Kranke sind die Zuzahlungen reduziert. Sprechen Sie Ihre Krankenkasse direkt an.

Im Folgenden führen wir die Zuzahlungsbeträge für die einzelnen Kassenleistungen auf, so dass Sie sehen können, welche Belastungen auf Sie zukommen.

Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel

10 % vom Abgabepreis, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro, keinesfalls mehr als die tatsächlichen Kosten.

Praxistipps

OTC-Übersicht

Aut-idem-Regelung

- Sollten Sie im Rahmen Ihrer Behandlung nicht verschreibungspflichtige Medikamente benötigen, können Sie diese auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern sie nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Für chronisch Nierenkranke und Dialysepatienten sind dies z. B. Phosphatbinder, wasserlösliche Vitamine und andere. Die verschreibungsfähigen Ausnahmen werden in der Anlage 1 zur Arzneimittel-Richtlinie festgelegt (nachzulesen unter www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/otc-uebersicht).
- Für transplantierte Menschen von besonderer Bedeutung ist zudem die Aut-idem-Regelung. Kreuzt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dieses Kästchen auf dem Rezept an, so dürfen Ihnen Apotheker:innen kein anderes Medikament ausgeben. In der sogenannten Substitutionsausschlussliste legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, für welche Wirkstoffe in der jeweils betroffenen Darreichungsform ein generelles Austauschverbot gilt. Bei den Immunsuppressiva gilt dies beispielsweise für Ciclosporin (Weichkapseln und Lösung zum Einnehmen) und für Tacrolimus (Hartkapseln) sowie Tacrolimus Hartkapseln retardiert. Referenz sind die aut-idem-Regelungen in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/aut-idem

Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind

10 % des von der Kasse zu übernehmenden Betrages, maximal 10 Euro pro Monat.

Heilmittel und häusliche Krankenpflege

10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung (begrenzt auf 28 Tage bei häuslicher Krankenpflege).

Vollstationäre Krankenhausbehandlung und Anschlussheilbehandlung

10 Euro pro Tag, begrenzt auf maximal 28 Tage pro Jahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Praxistipp Sammeln Sie unbedingt die Zuzahlungsbelege all derjenigen Familienmitglieder, die bei der Berechnung des Familieneinkommens herangezogen werden! Diese werden bei der Berechnung der 1 %-Zuzahlungsgrenze ebenfalls berücksichtigt und nicht nur Ihre eigenen Zuzahlungen.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Unter Umständen 10 Euro pro Tag in unterschiedlicher Länge (abhängig vom Einkommen, dem Kostenträger etc.).

Haushaltshilfe

10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro.

Fahrtkosten

10 % der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro je einfache Fahrt, keinesfalls mehr als die tatsächlichen Kosten, auch für die Fahrten von Kindern.

Ambulante Fahrtkosten werden von den Krankenkassen allerdings nur noch in zwei Ausnahmefällen nach vorheriger schriftlicher Beantragung übernommen:

- Die Fahrt ist wegen einer Erkrankung notwendig, die eine hohe Behandlungsfrequenz erfordert (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie oder Dialyse). Die Fahrtkosten nach der Nierentransplantation werden im nächsten Kapitel beschrieben.
- Eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung schließt die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln aus. Dies wird angenommen bei Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis, der das Merkzeichen „aG", „Bl" oder „H" beinhaltet, sowie bei Menschen, bei denen mindestens ein Pflegegrad von III vorliegt. Im Pflegegrad III muss zudem die Mobilitätseinschränkung ärztlich festgestellt werden.

Praxistipp Führen Sie ein Fahrtenbuch. Sie können die krankheitsbedingten oder behinderungsbedingten Fahrten, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, im Rahmen der Steuererklärung als außergewöhnliche Belastung geltend machen.

3.3.1 Fahrtkosten nach Nierentransplantation

Denken Sie unbedingt an die vorherige Genehmigung der ambulanten Fahrten durch die Krankenkasse.

Die Regelungen der Fahrtkosten nach einer Nierentransplantation sind von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich. Handelt es sich um ambulante Nachsorgetermine im Transplantationszentrum, werden die Fahrtkosten nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse auf jeden Fall in den ersten 3 Monaten übernommen (§ 115 a Absatz 2 Satz 2 SGB V). Im entsprechenden Gesetz steht aber auch, dass diese Frist in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden kann (§ 115 a Absatz 2 Satz 3 SGB V). So erhalten manche Betroffene die Genehmigung bis zu einem halben Jahr und einige Patient:innen erhalten die Kostenübernahmegenehmigung für einen darüber hinausgehenden Zeitraum.

Handelt es sich um stationäre Nachsorgetermine, werden die Kosten von der Krankenkasse erstattet.

3.3.2 Besuchsfahrten von Angehörigen

Besuchsfahrten während des stationären Aufenthaltes werden in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen. Sollten diese medizinisch notwendig sein (ärztliches Attest), kann ein Teil der Kosten erstattet werden. Hierbei handelt es sich um eine Kannleistung, die im Ermessensspielraum der Krankenkasse liegt.

Medizinische Rehabilitation nach Nieren-transplantation

Hier erfahren Sie, welche Möglichkeiten der Reha es zur Gesunderhaltung und Wiedereingliederung rund um die Trans-plantation gibt.

Im Rahmen der Nierentransplantation ist die medizinische Rehabilitation (Reha) ein wichtiger Baustein für die Stabilisierung, Erhaltung und/oder Besserung des Gesundheitszustandes und die Wiedereingliederung der Menschen in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Sollten Sie unmittelbar nach der Transplantation in die Reha gehen, spricht man von einer Anschlussheilbehandlung (AHB). Diese wird vom Kliniksozialdienst eingeleitet. Wenden Sie sich unbedingt rechtzeitig dorthin, damit die notwendigen Schritte veranlasst werden. Eine AHB muss spätestens zwei Wochen nach Ihrer Entlassung aus der Klinik beginnen. Findet die Reha zu einem späteren Zeitpunkt statt, spricht man von einer Reha-Maßnahme.

Reha-Maßnahmen (inklusive AHB) können ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden, wobei für transplantierte Menschen ein stationärer Aufenthalt empfohlen wird, da die Expertise vor Ort rundum auf das Transplantationsgeschehen ausgerichtet ist.

Aber auch zur Vorbereitung auf die Nierentransplantation kann eine Reha ein wichtiger Baustein sein. Die Reha soll gewährleisten, dass Sie physisch und psychisch stabil in die Operation gehen und dass Sie über den Ablauf der Transplantation und den Umgang mit den zukünftigen Medikamenten umfassend aufgeklärt sind.

Zwischen 2 Reha-Maßnahmen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen, es sei denn, es besteht eine dringende medizinische Erfordernis. Einige Kliniken in Deutschland bieten allerdings Sonderprogramme an, die eine engere Taktung ermöglichen. Für nierentransplantierte Menschen ist es von besonderer Bedeutung, dass eine Nephrologin oder ein Nephrologe, also ein Nierenarzt, in der Reha-Klinik Ansprechpartner ist.

Zu der medizinischen Rehabilitation zählt beispielsweise auch:
- die stufenweise Wiedereingliederung
- die geriatrische Rehabilitation für ältere Menschen

4.1 Zuständigkeit und Voraussetzungen

In Deutschland gibt es 7 Träger, die für eine medizinische Rehabilitation zuständig sein können. Da die Träger sich untereinander über die Zuständigkeit einigen müssen, verzichten wir in dieser Broschüre auf komplizierte Erklärungen, wer wann zuständig sein könnte. Patient:innen geben den Antrag z. B. bei der Krankenkasse, der Rentenversicherung oder der Beihilfe ab und von dort aus erfolgt dann die Prüfung. Wird die medizinische Rehabilitationsmaßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, zahlt meist die Krankenkasse. Dient die Maßnahme dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, erfolgt die Finanzierung meist durch die Rentenversicherungsträger.

Praxistipp Information und Beratung erhalten Sie bei den Reha-Fachberater:innen der Deutschen Rentenversicherung, Ihrer Krankenkasse, der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) und beim Arbeitskreis Gesundheit e. V. (siehe Informations- und Beratungsmöglichkeiten).

4.2 Entscheidung des Kostenträgers

Wie schnell Sie eine Entscheidung zu Ihrem Antrag erhalten, ist gesetzlich festgelegt. Da die Reha-Träger sich untereinander über die Zuständigkeit einigen sollen, gilt das folgende Schema:

Wie schnell erhalte ich einen Bescheid?
- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Beachten Sie bitte, dass Sie manchmal einen ablehnenden Bescheid vom ersten, unzuständigen Träger bekommen. Dies passiert zum Beispiel, wenn Sie den Reha-Antrag bei der Krankenkasse stellen, die Rentenversicherung aber zuständig ist. Lesen Sie den Bescheid genau durch! Manchmal sind Betroffene bei der Überschrift so frustriert, dass Sie nicht weiterlesen. So steht dann in der Überschrift zwar „Ablehnender Bescheid“, aber dem Text können Sie entnehmen, dass der Antrag an die richtige Stelle weitergeleitet wurde.

4.3 Voraussetzungen und Begründungszusammenhänge

Um eine Reha bewilligt zu bekommen, müssen Sie zum einen rehabedürftig und zum anderen rehafähig sein. Das bedeutet, dass es zum einen eine medizinische Notwendigkeit für Ihre Reha geben muss und zum anderen, dass Sie in der Lage sein müssen, an der Reha teilzunehmen. Zudem müssen je nach Träger bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein.

Praxistipp Sollten Sie einen ablehnenden Bescheid erhalten, haben Sie 1 Monat Zeit, Widerspruch einzulegen. Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Grundsätzlich sind 2 Argumente zielführend:

Rehabilitation vor Rente!

Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, Stabilisierung des jeweils aktuellen Niveaus.

Rehabilitation vor Pflege!

Stabilisierung, Vermeidung einer Verschlechterung und/oder Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit Vermeidung weiterer Verschlechterung.

Darüber hinaus können für nephrologisch erkrankte Menschen beispielsweise folgende Aspekte/Argumente für eine Reha greifen:

Verbesserung der Lebensqualität

- Reduktion von Beschwerden
- Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit
- Stabilisierung des psychischen Befindens
  - Krankheitsbewältigung
  - Umgang mit der Erkrankung im Alltag
  - Bewältigung der Therapieanforderungen
- Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe (Beruf, Familie, Erhaltung der Selbstständigkeit)

Verbesserung der Prognose

- Verbesserung der Adhärenz
- Reduktion/Verhinderung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte
- Vermeidung von vorzeitiger Berentung und Pflege
- Verhinderung/Verzögerung einer (erneuten) Dialysepflichtigkeit
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- Menschen auf der Transplantations-Warteliste physisch und psychisch transplantabel zu erhalten
- Für Nierentransplantierte (gilt zumeist auch für Dialysepatient:innen)
  - Unterstützung bei der Verarbeitung von Ängsten und Sorgen
  - Anleitung zum selbstbestimmten Leben
  - Risikofaktoren für das Transplantat erkennen und minimieren

Gerade rund um die Transplantation sollte eine Reha-Klinik ein multidisziplinäres Team vorhalten, welches ganz auf Nierenerkrankungen und die Nierentransplantation ausgerichtet ist.

So bedarf es einer umfassenden Expertise vor Ort, die durch die Anwesenheit einer Nephrologin bzw. eines Nephrologen gewährleistet wird. Wichtig ist auch, dass die Reha-Klinik in enger Kooperation mit dem Transplantationszentrum arbeitet. Darüber hinaus sollte die Reha-Klinik spezielle Schulungsprogramme und Therapieangebote für die Zielgruppe anbieten.

Praxistipp Für Dialysepatient:innen sollte eine Dialyseeinrichtung in unmittelbarer Nähe sein, um Wegezeiten zu minimieren und damit die Teilnahme an möglichst vielen Therapieangeboten zu ermöglichen. Außerdem sollte die Klinik auf die speziellen Ernährungserfordernisse chronisch Nierenkranker ausgerichtet sein.

Sozialrechtliche Aspekte der Nierenlebendspende

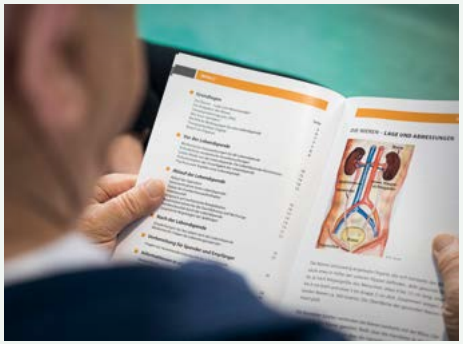
Die gesetzlichen Grundlagen für die Lebendorganspende sind mit der Gesetzesänderung 2012 erheblich verbessert worden.

Grundsätzlich kann man sagen, dass alle Kosten, die im Rahmen der Nierenlebendspende anfallen, von der Krankenkasse des Empfängers übernommen werden.

5.1 Medizinische Leistungen an Lebendspender:innen

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V, dem Gesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung, sind die Leistungen der Krankenkasse an Lebendspender:innen geregelt. So beschreibt § 27 (1a) SGB V, welche medizinischen Leistungen den Lebendspender:innen zustehen.

Die gesetzlichen Grundlagen zur Lebendspende wurden 2012 erheblich verbessert.



Grundsätzlich werden alle Kosten des Spenders übernommen.

Zuständig sind die Krankenkassen der Empfänger:innen.

Die Regelungen dieses Paragrafen gelten sowohl für potenzielle Spender:innen als auch für Spender:innen. Sollte es also, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu einer Spende kommen, werden die Kosten dennoch von der Empfänger:innenkrankenkasse getragen.

Zur Krankenbehandlung nach § 27 (1a) SGB V gehören namentlich

- die Voruntersuchungen,
- der stationäre Aufenthalt,
- die Nachsorge,
- die Übernahme der Fahrtkosten zu allen diesen Terminen,
- der Verdienstausfall aufgrund dieser Termine und
- Reha-Maßnahmen.

Praxistipp Lebendspender:innen müssen keine Zuzahlungen leisten!

Die Erstattung des Verdienstausfalls erfolgt als Krankengeld nach § 44a SGB V. Sollte die Spenderin bzw. der Spender einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, der darüber hinausgehende Leistungen vorsieht, so sind auch diese von der Empfänger:innenkrankenkasse zu tragen, allerdings ohne vereinbarte Selbstbehalte oder Eigenanteile.

Auch eine Haushaltshilfe kann bei Bedarf im Umfeld der Lebendspende beantragt werden!

Neben den in § 27 Abs. 1a Satz 2, 1. Halbsatz SGB V explizit genannten Leistungen besteht darüber hinaus auch ein Anspruch auf weitere notwendige Leistungen, wie z. B. eine Haushaltshilfe.

5.2 Verdienstausfall von Spender:innen

Da die Lebendspende aufgrund einer freiwilligen Entscheidung zustande kommt, greifen nicht die üblichen Vorgänge zur finanziellen Absicherung. Deshalb wurden neue Paragrafen geschaffen, die die Existenzsicherung der Spender:innen gewährleisten.

Sind Sie als Spender:in aufgrund der Organspende nicht in der Lage, Ihre vertraglichen Arbeitsverpflichtungen zu erfüllen, so wird diese Arbeitsverhinderung nun wie eine unverschuldete Arbeitsunfähigkeit gewertet. Damit haben Sie Anspruch auf Entgeltfortzahlung für bis zu 6 Wochen (§ 3a Entgeltfortzahlungsgesetz). Ausdrücklich im Gesetz geregelt wird auch die Verpflichtung von Spender:innen/Arbeitnehmer:innen ihre Arbeitgeber:innen unverzüglich über alle Fakten zu informieren, die zur Durchsetzung des Erstattungsanspruchs erforderlich sind. Das bedeutet, dass Sie Ihre Arbeitgeberin bzw. Ihren Arbeitgeber darauf hinweisen müssen, dass Erstattungsansprüche gegen die Empfänger:innenkrankenkasse gelten gemacht werden können und dass Sie alle notwendigen Informationen zur Verfügung stellen müssen.

Als Spender:in erhalten Sie zunächst 6 Wochen Entgeltfortzahlung und danach ein erhöhtes Krankengeld!

Sollte die Entgeltfortzahlung ausgelaufen sein, so haben Sie als Spender:in hiernach Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V. Es handelt sich dabei um ein erhöhtes Krankengeld, das Ihr regelmäßig erzieltes Nettoarbeitsentgelt ersetzen soll. Eine Begrenzung stellt erst wieder die Beitragsbemessungsgrenze dar.

Praxistipp Als Lebendspender:in müssen Sie bei Arbeitsverhinderung Ihre:n Arbeitgeber:in auf den Erstattungsanspruch durch die Empfänger:innenkrankenkasse hinweisen.

5.3 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Sollten Sie als Spender:in aufgrund der Lebendorganspende einen Gesundheitsschaden erleiden, haben Sie Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII). Die Basis für diese Leistungen bildet § 12a SGB VII. Hier wurde festgelegt, dass Spender:innen, die über das übliche Maß hinaus durch eine Lebendspende beeinträchtigt werden, Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten. Zuständig ist nach § 133 SGB VII der Unfallversicherungsträger des Krankenhauses, in dem die Spende erfolgte.

In der Praxis kann die Zuständigkeit sicherlich mit Abgrenzungsschwierigkeiten zu den Krankenkassen und mit Nachweisschwierigkeiten verbunden sein.

5.4 Leistungen der privaten Krankenversicherung

Bei Lebendorganspenden an privat krankenversicherte Organempfänger:innen gewährleisten die privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) die Absicherung der Spender:innen. Eine gesetzliche Regelung gibt es hier nicht, allerdings haben die privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Selbstverpflichtungserklärung aufgesetzt.

5.4.1 Selbstverpflichtungserklärung der PKV-Unternehmen

Die Selbstverpflichtungserklärung der PKV sichert Lebendspender:innen ab. Da die Spender:innen in keinem Vertragsverhältnis mit den Versicherungen der Empfänger:innen stehen, haben die privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Selbstverpflichtungserklärung beschlossen und dem Bundesminister für Gesundheit mit Datum vom 09.02.2012 übermittelt. Darin haben sie sich verpflichtet, im Falle einer Organ- und Gewebespende nach §§ 8, 8a Transplantationsgesetz zugunsten von privat krankenversicherten Organempfänger:innen die aus der Spende entstehenden Kosten der Organspender:innen (ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrt- und Reisekosten sowie nachgewiesenen Verdienstausfall ohne zeitliche oder höhenmäßige Begrenzung) zu erstatten. Der Leistungsumfang entspricht damit im Wesentlichen den Ansprüchen, die gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse von Organempfänger:innen bestehen. So wird eine einheitliche Absicherung der Lebendorganspender:innen unabhängig vom Versicherungsstatus der Organempfänger:innen gewährleistet. Zuzahlungen sind auch hier durch die Spender:innen nicht zu leisten.

Sicherung des Lebensunterhalts und Lohnersatz-leistungen

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, können Sie verschiedene Geldleistungen in Anspruch nehmen, die im Folgenden dargestellt werden.

6.1 Krankengeld

Die Krankenkasse zahlt Krankengeld

- bei Arbeitsunfähigkeit,
- nach der Lohnfortzahlung (in der Regel 6 Wochen),
- in Höhe von 70 % des Regelentgelts, aber maximal 90 % des Nettoentgelts,
- für längstens 78 Wochen in einem Zeitraum von 3 Jahren (Aussteuerung),
- wegen derselben Erkrankung.

Zeiten der Lohnfortzahlung werden bei den 78 Wochen angerechnet.

Praxistipp Das Krankengeld vermindert sich noch um Ihre Beitragsanteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die Krankenkasse ist allerdings nicht verpflichtet, das Krankengeld über den gesamten Zeitraum zu zahlen! Stellt sich nach einem ärztlichen Gutachten heraus, dass Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse Sie auffordern, innerhalb von 10 Wochen einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht nach, ruht Ihr Anspruch auf Krankengeld.

Besonders wichtig: Ein Reha-Antrag kann in einen Rentenantrag umgewandelt werden, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit nicht mehr hergestellt werden kann.

Praxistipp Nutzen Sie die Möglichkeiten der Nahtlosigkeitsregelung sowie der stufenweisen Wiedereingliederung zur Sicherung Ihrer Existenz!

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

Sollte es nach der Nierentransplantation längere Zeit dauern, bis Sie wieder auf die Beine kommen, kann es sinnvoll sein, dass Sie langsam und schrittweise an Ihr volles Arbeitsbelastungspensum herangeführt werden. Diese Maßnahme der medizinischen Rehabilitation nennt sich **stufenweise Wiedereingliederung.** Hierbei können Sie Ihre Leistungsfähigkeit langsam steigern, bis Sie wieder voll arbeitsfähig sind. Während der Wiedereingliederung sind Sie weiter arbeitsunfähig. Die Dauer der Maßnahme ist abhängig von Ihrem gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie bis zu 3 Monate, kann aber in Einzelfällen auf 6 Monate ausgedehnt werden. Aufgrund der Freiwilligkeit kann die Maßnahme sowohl von Ihnen als auch von Ihrem Arbeitgeber durch eine einfache Erklärung beendet werden.

6.2 Sozialhilfe, Grundsicherung und Bürgergeld

In Deutschland gibt es 3 Leistungsarten, die zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Sicherungssysteme nicht greifen und der Lebensunterhalt auch aus eigenen Mitteln nicht bestritten werden kann. Welche der 3 Hilfearten Ihnen zusteht, hängt von Ihrem Alter und Ihrer Erwerbsfähigkeit ab.

Sollte es Ihnen aus eigenen Mitteln nicht möglich sein, Ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, können Sie existenzsichernde Leistungen beantragen.

Für die Sozialhilfe und die Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung ist das Sozialamt zuständig, beim Bürgergeld das Jobcenter.

Wer erhält was?

Sozialhilfe – hier: laufende Hilfe zum Lebensunterhalt

- Zeitweise voll erwerbsgeminderte Menschen (befristete Rentner)

Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung

- Ältere Menschen ab dem Rentenalter
- Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen (unbefristete Erwerbsminderungsrentner)

Bürgergeld

- Erwerbsfähige Personen ab dem 15. Lebensjahr bis zum Rentenalter
  - Erwerbstätige Menschen (Aufstockung)
  - Arbeitslose Menschen
  - Teilweise erwerbsgeminderte Menschen (3 bis unter 6 Std. Arbeitsfähigkeit/Tag)

Praxistipp Zurzeit betragen die laufenden Leistungen in allen 3 Bereichen für eine Einzelperson 563 Euro + (angemessene) Kosten der Unterkunft + Heizung.

Erkundigen Sie sich nach Mehrbedarfen, Sonderbedarfen und einmaligen Leistungen!

Stellen Sie Ihre Situation immer umfassend dar, mit allen Erkrankungen und Einschränkungen. So erhalten Sie beispielsweise einen Mehrbedarf für das Merkzeichen „G“ oder wenn Sie alleinerziehend sind.

Sollten Sie vor der Nierentransplantation stehen und zur Zeit Dialysepatient:in sein, so erhalten Sie einen Mehrbedarf für Ernährung.

Praxistipp Liegen Sie mit Ihrem Einkommen knapp über den hier vorgestellten Leistungen, kommt eventuell Wohngeld und/oder der Kinderzuschlag für Sie in Betracht.

6.3 Erwerbsminderungsrente

Sollten Sie aufgrund Ihrer Erkrankung in Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt sein und erfüllen Sie zudem die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, so können Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (EM-Rente) bei der Rentenversicherung beantragen. Die Rentenbewilligung richtet sich danach, ob Sie einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können. Dabei ist es nicht mehr von Belang, ob Sie Ihren erlernten Beruf noch ausüben können. Diesen Schutz müssen Sie privat absichern. Ausnahmen gibt es für Menschen, die vor dem 02. 01. 1961 geboren sind.

Praxistipp Die EM-Rente richtet sich nach Ihrer verbliebenen Leistungsfähigkeit. Sollten Sie weniger als 3 Stunden täglich arbeiten können, erhalten Sie die volle Rente wegen Erwerbsminderung. Wenn Sie mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich arbeiten können, erhalten Sie die halbe Erwerbsminderungsrente.

Die Leistungsfähigkeit wird bei Beantragung der EM-Rente in der Regel durch ein medizinisches Gutachten beurteilt. Das Gutachten ist kostenfrei. Neben den gesundheitlichen müssen zusätzlich versicherungsrechtliche Voraussetzungen für den Erhalt der Rente vorliegen. So müssen Sie insgesamt 5 Jahre Mindestversicherungszeit in der gesetzlichen Rentenversicherung vorweisen. Zudem müssen 3 Jahre Pflichtversicherungszeit innerhalb der letzten 5 Jahre und vor Eintritt der Erwerbsminderung vorliegen.

Die EM-Rente wird in der Regel auf Zeit gewährt. Der längste Bewilligungszeitraum beträgt 3 Jahre. Danach erfolgt eine erneute Prüfung durch die Rentenversicherung.

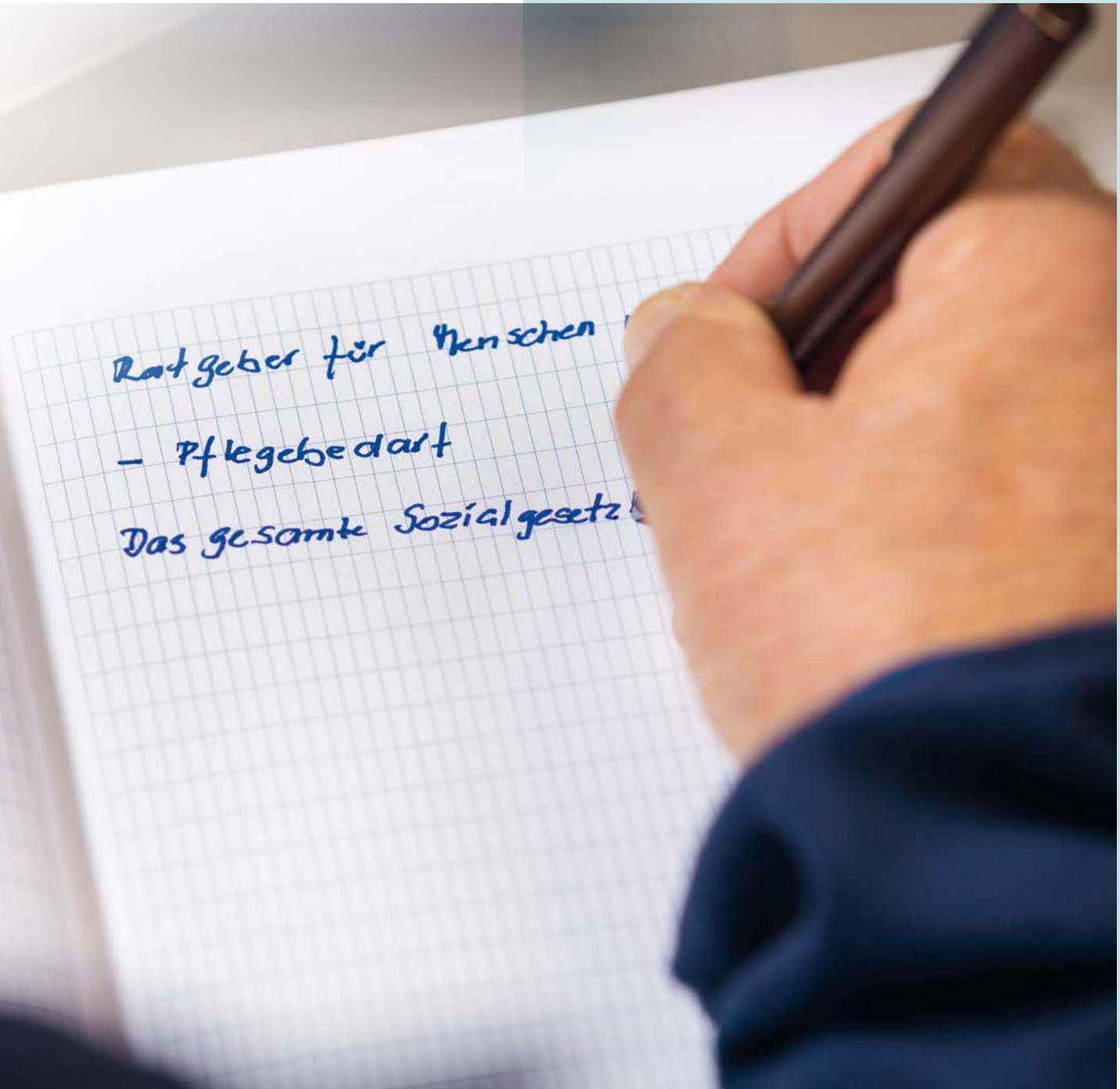
Hinzuverdienst:

Seit 1. Januar 2025 dürfen Sie zu einer vollen Erwerbsminderungsrente 19.661 Euro und zu einer teilweisen Erwerbsminderungsrente mind. 39.322 Euro hinzuverdienen. Darüber hinaus wird eine individuelle Hinzuverdienstgrenze berechnet, die auch darüber liegen kann.

Wichtig: Menschen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, können nur im Rahmen des festgestellten Leistungsvermögens einer Beschäftigung nachgehen. Anderenfalls ist der Anspruch auf die Erwerbsminderungsrente trotz Einhaltung der Hinzuverdienstgrenzen gefährdet.

Praxistipp Sind Sie vor dem 2. Januar 1961 geboren, so steht Ihnen nach wie vor der Berufsschutz zu. Das bedeutet, dass Sie eine halbe Erwerbsminderungsrente erhalten, wenn Sie Ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können.

Der Verlauf einer Erkrankung ist von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Die EM-Rente wird in den allermeisten Fällen auf Zeit gewährt. Liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen nicht mehr vor, z. B. nach der Nierentransplantation, kann die Rente auch wieder aberkannt werden. Nach einer Berentung ist der Weg zurück in die Erwerbstätigkeit unter Umständen nicht ganz leicht. Deshalb sollten Sie schon im Vorfeld alle Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen, um im Berufsleben zu verbleiben. Wenden Sie sich beispielsweise an die Schwerbehindertenvertretung in Ihrem Betrieb oder an Ihre Gewerkschaft. Auch die Integrations- und Inklusionsämter bieten Hilfe und Unterstützung an (siehe Informations- und Beratungsmöglichkeiten).



Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

In diesem Kapitel erfahren Sie, wie Pflegebedürftigkeit definiert wird und welche Hilfen Sie beantragen können.

7.1 Hilfe im Haushalt

Eine Haushaltshilfe kann auch ohne Kinder im Haushalt von der Krankenkasse gewährt werden!

Häufig benötigen Menschen schon vor Einsetzen einer Pflegebedürftigkeit Hilfe im Haushalt. Im Umfeld einer Erkrankung kann die Krankenkasse eine Haushaltshilfe gewähren (seit 2016 auch, wenn keine Kinder in Ihrem Haushalt sind!), ansonsten müssen Sie diese Hilfeleistung privat finanzieren. Wenn Sie finanziell bedürftig sind, können die notwendigen Kosten unter Umständen vom Sozialamt übernommen werden. Hierfür müssen Sie Ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenlegen.

Praxistipp Haushaltshilfen können durch Sozialstationen oder Pflegedienste vermittelt werden. Die Aufwendungen können Sie im Rahmen Ihrer Steuererklärung geltend machen.

7.2 Pflegebedürftigkeit

Eine Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Sie auf Dauer (voraussichtlich 6 Monate) in hohem Maße auf Hilfe angewiesen sind. Den Antrag stellen Sie bei der Pflegekasse Ihrer Krankenkasse. Die Einstufung erfolgt in der Regel durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Einen Pflegegrad erhält, wer Hilfe braucht, weil seine Fähigkeiten und seine Selbstständigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

Die vorhandene Selbstständigkeit wird begutachtet, dann ist eine Einstufung in einen von 5 Pflegegraden möglich.

Praxistipp Beratung und Unterstützung erhalten Sie bei den Pflegestützpunkten (siehe Informations- und Beratungsmöglichkeiten).

7.2.1 Pflegegrade

Pflegegrad	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und/oder der Fähigkeiten
I	Geringe Beeinträchtigung
II	Erhebliche Beeinträchtigung
III	Schwere Beeinträchtigung
IV	Schwerste Beeinträchtigung
V	Schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

7.2.2 Pflegeleistungen nach Pflegegraden im Überblick

Nachfolgend finden Sie die Höchstbeträge für Pflegeleistungen in der ambulanten und stationären Pflege. Sofern in der linken Spalte nichts anderes vermerkt ist, werden die Leistungen monatlich gezahlt.

Leistungen (in €)	Pflegegrad I	Pflegegrad II	Pflegegrad III	Pflegegrad IV	Pflegegrad V
Pflegegeld	–	347	599	800	990
Pflegesachleistung	–	bis zu 796	bis zu 1.497	bis zu 1.859	bis zu 2.299
Tages- und Nachtpflege	–	720	1.357	1.685	2.085
Vollstationäre Pflege	131 als Zuschuss	805	1.319	1.855	2.096
Entlastungsbetrag	131	131	131	131	131
Kurzzeitpflege pro Kalenderjahr	–	1.854	1.854	1.854	1.854
Verhinderungspflege pro Kalenderjahr	–	1.685	1.685	1.685	1.685
Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel	42	42	42	42	42
Wohnumfeldverbesserung pro Maßnahme	4.180	4.180	4.180	4.180	4.180

Praxistipp Pflegebedürftige mit Pflegegrad I können für die Finanzierung von Pflegesachleistungen, von teilstationärer Pflege und von Kurzzeitpflege den Entlastungsbetrag in Höhe von 131 EUR pro Monat nutzen.

7.2.3 Überblick zu den Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen sind im Rahmen der häuslichen Pflege möglich:

- **Pflegegeld:**
  Die Pflege wird von einem Angehörigen übernommen.
- **Pflegesachleistung:**
  Die Pflege wird von einem ambulanten Pflegedienst übernommen.
- **Kombinationsleistung:**
  Die Pflege wird sowohl von Angehörigen als auch einem ambulanten Pflegedienst übernommen. Die zur Verfügung stehenden Geldbeträge werden dann aufgesplittet, je nach gewählter Aufteilung.

Der Umbau des Bades oder eine Rampe können Erleichterung bringen.

- **Pflegehilfsmittel:**
  Hierzu zählen auch technische Hilfen wie ein Hausnotrufsystem und Wohnumfeldverbesserungen, sprich Umbaumaßnahmen.
- **Ersatzpflege / Verhinderungspflege:**
  Zu Hause übernimmt vorübergehend eine andere Person die Pflege. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise erbracht werden. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für maximal 6 Wochen im Kalenderjahr (sog. Urlaubsvertretung).
- **Entlastungsbetrag:**
  Zur Entlastung Angehöriger und Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger.
- **Pflegeberatung im häuslichen Umfeld:**
  Bei Pflegegrad 1–3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich.

Zum 01.07.2025 Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2:

Die Leistungsbeträge für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege werden zum 1. Juli 2025 in einem Gemeinsamen Jahresbetrag zusammengeführt. Pflegebedürftige können dann den Gesamtbetrag von 3.539 Euro flexibel einsetzen.

Gleichzeitig wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen.

Entlastung für Pflegende

Auch Ihre Pflegeperson hat Anspruch auf vielfältige Hilfen.

- **Akuter Pflegebedarf**
  Bei akutem Pflegebedarf können sich Angehörige bis zu 10 Tage von der Arbeit freistellen lassen, um die Pflege zu organisieren. Als Lohnersatzleistung erhält man das Pflegeunterstützungsgeld. Es handelt sich hierbei um ein erhöhtes Krankengeld nach § 44a SGB V. Die Leistung kann seit 01.01.2025 jährlich in Anspruch genommen werden.
- **Pflegezeit**
  Für die Pflege seines Angehörigen lässt sich der pflegende berufstätige Angehörige für maximal 6 Monate von der Arbeit ganz oder teilweise freistellen. Bei Bedarf erhält man auf Antrag ein zinsloses Darlehen.
- **Familienpflegezeit**
  Um die Pflege eines Angehörigen zu gewährleisten, reduziert der Berufstätige für bis zu 24 Monate seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche. Er erhält ein reduziertes Gehalt und auf Antrag ein zinsloses Darlehen. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.
- **Sozialversicherungsbeiträge für die pflegenden Angehörigen**
  Erfragen Sie hierzu bitte die Voraussetzungen und Bedingungen bei der Pflegekasse oder dem Pflegestützpunkt.
- **Pflegekurse für Angehörige**

Teilstationäre und stationäre Pflegeleistungen im Rahmen der häuslichen Pflege

- **Tages- und Nachtpflege**
  Der Pflegebedürftige wird stundenweise in einer Pflegeeinrichtung betreut. Diese Leistung kann in vollem Umfang neben dem Pflegegeld oder der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.
- **Kurzzeitpflege**
  Vorübergehende Pflege in einem Heim für maximal 8 Wochen, weil die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder nicht ausreicht. Der Pflegebedürftige muss die Kosten für Unterkunft und Essen selbst bezahlen.
- **Ersatzpflege / Verhinderungspflege**
  Vorübergehende Pflege für maximal 6 Wochen, notfalls in einem Heim, wenn die Pflegeperson verhindert ist.

Praxistipp Die Geldmittel können teilweise zwischen den verschiedenen Leistungen hin und her geschoben werden. Informieren Sie sich bei Ihrer Pflegekasse oder den Pflegestützpunkten.

7.2.4 Überblick zu den Leistungen bei vollstationärer Pflege

Von vollstationärer Pflege spricht man, wenn die Pflege in einem Pflegeheim erfolgt. Die Pflegekasse zahlt je nach Pflegegrad einen bestimmten Geldbetrag (s. Tabelle oben). Der Pflegebedürftige muss für Unterkunft und Verpflegung selbst aufkommen (sogenannte Hotelkosten). Daneben muss jeder Pflegebedürftige einen Eigenanteil bei den Kosten der vollstationären Pflege leisten. Die Höhe des Eigenanteils ermittelt das Pflegeheim mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Der Eigenanteil gilt einheitlich für alle Pflegegrade und erhöht sich von daher auch nicht. Seit 01.01.2022 leistet die Pflegekasse einen Zuschlag zum Eigenanteil. Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Aufenthaltsdauer.

Aufenthaltsdauer im Heim	Zuschlag
Bis 12 Monate	15 %
Mehr als 12 Monate	30 %
Mehr als 24 Monate	50 %
Mehr als 36 Monate	75 %

7.3 Betreuung & Vorsorge

Langfristig sieht unser Rechtssystem keine automatische gesetzliche Vertretung vor. Zum 1.1.2023 wurde das sog. Notvertretungsrecht eingeführt. Demnach können sich verheiratete und zusammenlebende Ehepaare in Gesundheitsangelegenheiten für längstens 6 Monate gegenseitig vertreten. Danach muss ein Gericht über die weitere Vertretung entscheiden. Alle anderen erwachsenen Volljährigen haben bei Entscheidungsunfähigkeit ohne ein Vorsorgedokument keine automatisch einsetzende Vertretung. Falls Sie keine Vorkehrungen treffen, richtet das Betreuungsgericht also spätestens nach 6 Monaten eine Betreuung für Sie ein, wenn Sie aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Die Betreuung wird in der Regel innerhalb der Familie vergeben, es sei denn, hier herrscht Uneinigkeit.

Das Gericht bestellt eine Betreuerin oder einen Betreuer für bestimmte Aufgabenkreise, z. B.:

- Vermögenssorge
- Personensorge
- Gesundheitsfürsorge

Soweit möglich, haben Sie ein Vorschlagsrecht, dem das Gericht entsprechen sollte, wenn es Ihrem Wohl nicht zuwiderläuft.

An vorsorglichen Willensbekundungen stehen Ihnen in diesem Zusammenhang drei Dokumente zur Verfügung:

7.3.1 Patientenverfügung

Mit der Patientenverfügung legen Sie für den Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit Ihre Wünsche für die medizinische Behandlung fest. Sie sollten eine:n Bevollmächtigte:n bestimmen, der über die niedergelegten Verfügungen informiert ist und diese im Zweifelsfall durchsetzt. Gesetzlich geregelt ist auch, dass Patientenverfügungen, wenn sie schriftlich vorliegen und die tatsächlich vorliegende Situation umfassen, verbindlich sind.

Kombinieren Sie die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung.

Vorlagen und Anregungen, um eine Patientenverfügung zu erstellen, erhalten Sie beim Bundesjustizministerium. Aber auch Kliniken, Wohltätigkeitsverbände, Sozialverbände, Kirchen und andere Organisationen halten Vordrucke bereit. Schauen Sie sich unbedingt verschiedene Vorlagen an, um die für Sie geeignete zu finden. Sprechen Sie die Patientenverfügung unbedingt mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt durch.

7.3.2 Betreuungsverfügung

Mit der Betreuungsverfügung können Sie eine Person benennen, die für den Fall, dass das Betreuungsgericht eine Betreuung für Sie einrichtet, als Betreuer:in eingesetzt wird. Sie können auch niederlegen, wer auf keinen Fall als Betreuer:in eingesetzt werden soll. Zudem können Sie Wünsche zur Betreuungsführung festhalten.

7.3.3 Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Ihnen nahestehende Person, alle oder bestimmte Aufgaben für Sie zu erledigen, falls Sie entscheidungs- oder handlungsunfähig sein sollten. Eine notarielle Beglaubigung ist nur bei Grundstücksgeschäften zwingend vorgeschrieben. Aber auch Behörden verlangen unter Umständen danach. Banken fordern in der Regel die Vorlage einer bankeigenen Vollmacht. Für die medizinische Behandlung sind vor allem die Bevollmächtigung zur Gesundheitsfürsorge und den Aufenthalt von Bedeutung, aber auch für Post, Fernmeldeverkehr und Behörden, um wichtige Angelegenheiten regeln zu können.

Praxistipps

- Für alle drei Dokumente erhalten Sie umfassende Informationen beim Bundesjustizministerium (www.bmj.bund.de) oder bei den Verwaltungen der Städte und Gemeinden.
- Sie können Ihre Vorsorgedokumente bei der Bundesnotarkammer registrieren lassen (www.vorsorgeregister.de).

Glossar

Altersrente

Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung haben Anspruch auf Altersrente, wenn sie ein bestimmtes Alter und eine Mindestversicherungszeit erreicht haben. Schwerbehinderte Menschen können etwas früher in Altersrente gehen. Die Rentenversicherung informiert Sie.

Antrag

Mit einem Antrag wird im Sozialrecht gegenüber einer staatlichen Behörde erklärt, welche Leistungen (z. B. Sozialhilfe) der Antragsteller von dieser Behörde haben möchte. Der Antragsteller hat ein Recht auf eine Entscheidung der Behörde mittels eines Bescheides. Je nach Behörde und Gesetzesgrundlage sind bestimmte Fristen festgelegt, innerhalb derer entschieden werden muss.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Arbeitnehmer infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht mehr in der Lage ist, seine Arbeitstätigkeit zu verrichten. Die Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für die Gewährung von Krankengeld in der gesetzlichen Krankenkasse.

Behinderung

Menschen gelten als behindert, wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit länger als 6 Monate von einem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.

Wichtig: Geht es um den Antrag auf einen Schwerbehindertenstatus, müssen nicht erst die 6 Monate abgewartet werden. Es reicht, dass absehbar ist, dass die Beeinträchtigung so lange anhalten wird.

Beratungshilfe

Die Beratungshilfe ist eine staatliche Sozialleistung für Ratsuchende, die die Kosten für die Beratung oder Vertretung durch einen Rechtsanwalt nicht aufbringen können. Die Voraussetzungen sind in aller Regel erfüllt, wenn Anspruch auf Sozialhilfe, Grundsicherung oder Arbeitslosengeld II besteht. Den Antrag kann der beauftragte Rechtsanwalt stellen. Beratungshilfe kann aber auch im Vorfeld beim zuständigen Amtsgericht beantragt werden.

Berufsunfähigkeit

Berufsunfähig ist der Versicherte (gesetzliche Rentenversicherung), der infolge von Krankheit, Unfall oder anderen Gebrechen weder in seinem erlernten noch in einem ihm zumutbaren Beruf halb so viel leisten und verdienen kann wie andere Berufstätige mit ähnlicher Ausbildung, gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten.

Seit 01. 01. 2001 können keine neuen Ansprüche auf Berufsunfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung entstehen.

Für Versicherte, die vor dem 02. 01. 1961 geboren sind, bleibt die Berufsunfähigkeit als möglicher Leistungsfall aber erhalten, das heißt, sie genießen weiterhin Berufsschutz und können nicht auf jede andere Tätigkeit verwiesen werden. Gegebenenfalls erhalten sie eine halbe Erwerbsminderungsrente auch dann, wenn sie in ihrem bisherigen oder einem zumutbaren anderen Beruf nicht mehr als 6 Stunden täglich arbeiten können.

Bescheid

Ein Bescheid ist das Schreiben einer staatlichen Behörde (zum Beispiel der Arbeitsagentur). Mit ihm wird eine Regelung gegenüber dem Bürger getroffen. Meist ist der Bescheid die Entscheidung über einen Antrag. Bescheide werden aber auch dann erlassen, wenn die Behörde etwas vom Bürger fordert (zum Beispiel die Rückzahlung von Sozialleistungen). Der Bescheid enthält die Entscheidung selbst, die Begründung und eine Rechtsbehelfsbelehrung. Diese besagt, ob und wie der Betroffene sich gegen den Bescheid wehren kann.

Bürgergeld

Diese Leistung erhalten Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können und mindestens 3 Stunden pro Tag und mehr arbeiten könnten. Dabei ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld aufgebraucht, es besteht keiner oder die Leistung ist so gering, dass sie mit dem Bürgergeld aufgestockt wird, um das Existenzminimum abzudecken.

Erwerbsminderung

Voll erwerbsgemindert ist derjenige, der weniger als 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.

Teilweise erwerbsgemindert ist, wer zwischen 3 und weniger als 6 Stunden arbeiten kann.

Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähig ist der Versicherte (gesetzliche Rentenversicherung), der wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit nicht in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit regelmäßig auszuüben.

Seit dem 01. 01. 2001 können keine neuen Ansprüche auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, sondern nur noch wegen Erwerbsminderung entstehen.

Gleichstellung

Personen, deren Grad der Behinderung über 6 Monate hinaus weniger als 50, aber mindestens 30 beträgt, können bei der Arbeitsagentur einen Antrag auf Gleichstellung stellen. Diese wird gewährt, wenn sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Sie erhalten nicht den Zusatzurlaub.

Grundsicherung

Diese Leistung erhält, wer die Regelaltersgrenze erreicht hat oder dauerhaft voll erwerbsgemindert ist und seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann. Es gibt die Möglichkeit, z. B. bei einer sehr geringen Erwerbsminderungsrente mit der Grundsicherung aufzustocken.

Integrations- oder Inklusionsamt

Die Integrations- und Inklusionsämter sind gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit für den Schutz und die Integration Schwerbehinderter nach dem SGB IX zuständig. Sie kümmern sich um die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe, den Kündigungsschutz und die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben.

Klage

Die Klage ist im Sozialrecht der Antrag auf eine gerichtliche Entscheidung. In der Klage müssen der Kläger, der Beklagte und der Gegenstand des Klagebegehrens genannt werden. Die Klage soll auch einen genau definierten Antrag enthalten.

Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit erhält ein:e Arbeitnehmer:in nach dem Ende der Lohnfortzahlung (in der Regel 6 Wochen) Krankengeld von ihrer bzw. seiner (gesetzlichen) Krankenkasse. Das Krankengeld wird wegen derselben Erkrankung für längstens 78 Wochen (Lohnfortzahlung mitgerechnet) innerhalb von 3 Jahren gezahlt.

Wenn die Krankenkasse davon ausgeht, dass die Arbeitsunfähigkeit in einer Erwerbsminderung oder einer Erwerbsunfähigkeit endet, kann sie die Versicherten zwingen, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Die Versicherten haben dann eine 10-Wochen-Frist für die Antragstellung. Halten sie diese nicht ein, entfällt der Anspruch auf das Krankengeld.

Mehrarbeit

Mehrarbeit ist die Arbeitszeit, die über der allgemeinen gesetzlichen Arbeitszeit (8 Stunden werktäglich) liegt. Schwerbehinderte Menschen können sich von der Mehrarbeit freistellen lassen.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig ist jemand, der durch Krankheit oder Behinderung dauerhaft voraussichtlich für mindestens 6 Monate nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen selbstständig nachzugehen.

Prozesskostenhilfe

Über die Prozesskostenhilfe kann einkommensschwachen Personen eine finanzielle Unterstützung zur Durchführung eines Gerichtsverfahrens gewährt werden. Die Voraussetzungen sind in aller Regel erfüllt, wenn Anspruch auf Sozialhilfe, Grundsicherung oder Arbeitslosengeld II besteht. Allerdings prüft das Sozialgericht die Erfolgsaussichten der Klage vor Gewährung der Prozesskostenhilfe.

Renten wegen Erwerbsminderung

Bei Berufsunfähigkeit: Diese Rente erhält, wer vor dem 02. 01. 1961 geboren und berufsunfähig ist. Außerdem muss man in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit (BU) 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben.

Bei teilweiser Erwerbsminderung: Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung soll Ihre Lohnminderung ausgleichen, wenn Sie nicht mehr voll arbeiten können (mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden am Tag). Mit der verbliebenen Leistungskraft sollen Sie nach Möglichkeit einer Teilzeitarbeit nachgehen.

Bei voller Erwerbsminderung: Die Rente wegen voller Erwerbsminderung soll Ihnen Ihren Verdienst ersetzen, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf nicht absehbare Zeit auf weniger als 3 Stunden täglich gesunken ist. Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten Sie bis zum Übergang zur Altersrente.

Schwerbehinderung

Als schwerbehindert gelten Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50.

Sozialhilfe

Sozialhilfe erhält, wer seinen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann und zeitweise voll erwerbsgemindert ist.

Überprüfungsantrag

In Fällen, in denen die Frist zur Einlegung des Widerspruchs oder die Einreichung der Klage abgelaufen ist, gibt es den Überprüfungsantrag. Die angegangene Behörde nimmt den Bescheid dann entweder zurück und erlässt rückwirkend einen neuen Bescheid oder sie weist in einem neuen, begründeten Bescheid aus, warum sie an der alten Entscheidung festhält. Gegen diesen Bescheid kann dann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

Untätigkeitsklage

Wenn eine Behörde ohne ausreichenden Grund über einen Antrag nicht innerhalb von 6 Monaten oder über einen Widerspruch nicht innerhalb von 3 Monaten entscheidet, kann gegen die Behörde eine Untätigkeitsklage erhoben werden. Vor der Erhebung einer Untätigkeitsklage ist es zur Vermeidung eines Rechtsstreits sinnvoll, der Behörde eine letzte angemessene Frist (i. d. R. mindestens eine Woche) zur Entscheidung über den Antrag bzw. Widerspruch zu setzen und darauf hinzuweisen, dass nach Ablauf der Frist Untätigkeitsklage erhoben wird.

Widerspruch

Mit einem Widerspruch können sich Empfänger:innen gegen einen Bescheid wehren, mit dem sie nicht einverstanden sind. Die Frist zur Einlegung beträgt im Sozialrecht 1 Monat. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der zuständigen Behörde zu erklären. Die Behörde muss dann die Rechtmäßigkeit des Bescheides überprüfen.

Widerspruchsbescheid

Wenn die Behörde davon ausgeht, dass ihre bisherige Entscheidung in dem angegriffenen Bescheid (Betroffene:r hat Widerspruch eingelegt) richtig ist, muss sie einen Widerspruchsbescheid erlassen. Hiergegen kann dann mit einer Klage vor dem Sozialgericht vorgegangen werden. Die Frist zur Erhebung der Klage beträgt im Sozialrecht 1 Monat.

Selbsthilfeangebote

Bundesverband Niere e. V.
Tel. 06131 85152
geschaeftsstelle@bnev.de
www.bnev.de

BDO – Bundesverband der Organtransplantierten e. V.
www.bdo-ev.de

Selbsthilfe Lebendorganspende Deutschlands (SLOD) e. V.
www.slod-ev.de

Junge Nierenkranke Deutschland e. V.
www.juniev.de

PKD – Familiäre Zystennieren e. V.
Tel. 06155 6060189
gs@pkdcure.de
www.pkdcure.de

Hilfsfonds Dialyseferien e. V.
Finanzielle Hilfen für bedürftige Dialysepatienten und Transplantierte für Ferienreisen
www.hilfsfonds-dialyseferien.de

ReNi
Rehabilitationssport für chronisch Nierenkranke e. V.
Tel. 030 39837861
info@reni-online.de
www.reni-online.de

TransDia – Sport Deutschland e. V.
Sport für Transplantierte und Dialysepatienten
info@transdiaev.de
www.transdiaev.de

Verband Nierenpatienten Schweiz
www.nierenpatienten.ch

ARGE Niere Österreich ANÖ
www.argeniere.at

Nierene Südtirol
www.nierene.org

Weitere Informations- und Beratungsmöglichkeiten

Das Nierentelefon
Medizinische und psychosoziale Informationen „rund um die Niere“. Ermöglicht wird das Nierentelefon durch den Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e. V. und den Bundesverband Niere e. V.
Mittwochs 16.00–18.00 Uhr unter
0800 2484848

Allgemeine Sozialberatungsstellen
Rundum-Beratung bei sozialen Fragen. Eruieren von Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Antragstellung.
Suchmaschine: Allgemeine Sozialberatung + Städtenamen eingeben

Arbeitskreis Gesundheit e. V.
Kostenfreie Beratung zur stationären Rehabilitation.
Tel. 0341 87059590
Freecall 0800 1006350
info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Tel. 030 221911	+ Durchwahlnummer
Rente	-001
Unfallversicherung/Ehrenamt	-002
Teilzeit/Minijobs	-005
Infos für behinderte Menschen	-006
Grundsicherung	-008

Bürgertelefone des Bundesgesundheitsministeriums

Tel. 030 3406066	+ Durchwahlnummer
Gesetzliche Krankenversicherung	-01
Gesetzliche Pflegeversicherung	-02

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V.
Tel. 030 25800940
gs@dgfn.de
www.dgfn.eu

Deutsche Nierenstiftung
Tel. 06151 780740
info@nierenstiftung.de
www.nierenstiftung.de

Deutsche Rentenversicherung
Kostenloses Servicetelefon 0800 10004800
Die Deutsche Rentenversicherung bietet neben der Beratung zur gesetzlichen Rente auch eine Reha-Fachberatung an.
www.deutsche-rentenversicherung.de

Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen
Die Beratungsstellen bieten Unterstützung bei der Bewältigung der psychischen Krankheitsfolgen an. Sie können z. B. gut in Krisensituation helfen.
Suchmaschine: Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen + Ort eingeben

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)
Die EUTB unterstützt und berät Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen unentgeltlich zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe.
www.teilhabeberatung.de

Integrations- oder Inklusionsämter
Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben.
www.bih.de/integrationsaemter/kontakt
Postleitzahl des Arbeitsortes eingeben

Integrationsfachdienste
Die Fachdienste gehören zu den Integrations- und Inklusionsämtern. Sie beraten und unterstützen sowohl Arbeit suchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber:innen.
www.bih.de/integrationsaemter/kontakt
Bereich Integrationsfachdienste auswählen >
Postleitzahl des Arbeitsortes eingeben

Pflegestützpunkte
Pflegestützpunkte sind wohnortnahe Anlaufstellen, die beraten, unterstützen und bei der Organisation der Pflege behilflich sind
Suchmaschine: Pflegestützpunkt + Ort eingeben oder Pflegekasse anrufen (Krankenkasse) und zuständigen Pflegestützpunkt erfragen.

Sozialverbände
SoVD und VdK sind eingetragene Vereine, die ihren Mitgliedern in Sozialrechtsfragen weiterhelfen und sie auch juristisch unterstützen.

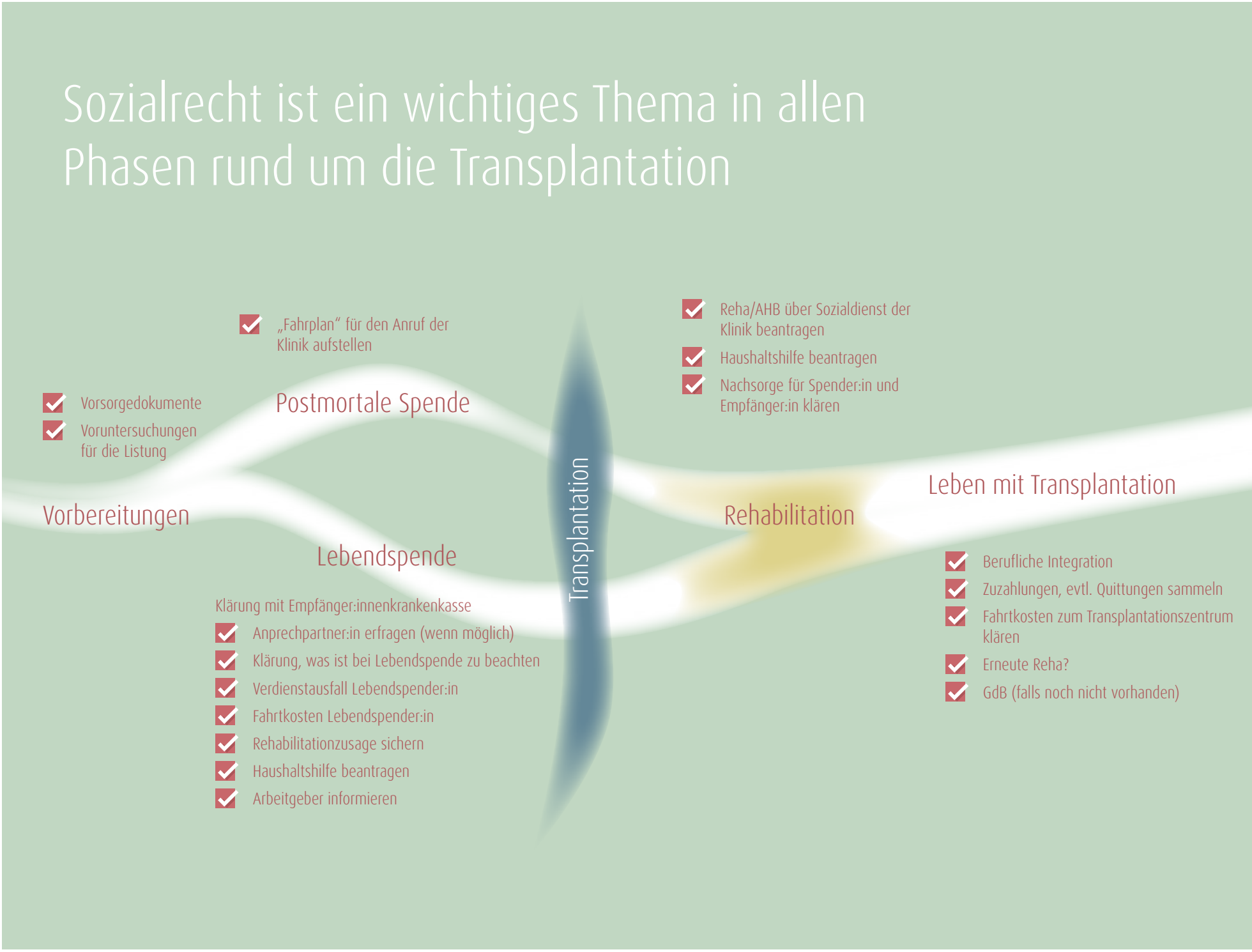
Sozialverband Deutschland e. V.
Tel. 030 726222-0
kontakt@sovd.de
www.sovd.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Tel. 030 9210580-0
kontakt@vdk.de
www.vdk.de

Telefonseelsorge
0800 1110111 oder
0800 1110222

Unabhängige Patientenberatung Deutschland
Beratung 0800 0117722
www.patientenberatung.de

Sozialrecht ist ein wichtiges Thema in allen Phasen rund um die Transplantation



Niere & Soziales

Ein Patientenratgeber für nierenkranke Menschen rund um das Thema Transplantation

Für chronisch Nierenkranke stehen heute in Deutschland mehrere Behandlungsoptionen bereit. Zunächst sind das die verschiedenen Dialyseverfahren, u. a. die Hämodialyse und die Peritonealdialyse. Wenn es dann bei stabilem Gesundheitszustand keine Ausschlusskriterien wie etwa massive Herzprobleme gibt, können die Patient:innen über eine Warteliste zur Nierentransplantation angemeldet werden.

Damit die Transplantation gelingt und das neue Organ über viele Jahre und Jahrzehnte seinen Dienst erfüllen kann, braucht es eine intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten. Die sogenannte Adhärenz, also die Einhaltung der vereinbarten Therapieziele, spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Die Nierentransplantation ist ein Langzeitprojekt und schließt alle Bereiche des Lebens ein. Dabei tauchen viele Fragen auf: Kann ich weiter arbeiten gehen, wie viel Rente steht mir zu, soll ich einen Schwerbehindertenausweis beantragen, welche Hilfen gibt es im Alltag?

Diese Patientenbroschüre stellt Ihnen das Sozial- und Schwerbehindertenrecht übersichtlich und in klar verständlicher Sprache vor. Und sagt Ihnen, wo Sie konkret Rat und Hilfe finden. Die Autorin Nicole Scherhag informiert seit vielen Jahren chronisch Nierenkranke über die Themen Sozialrecht, Dialyse und Transplantation und kann daher aus einem großen Erfahrungsschatz schöpfen.

Sehr viele der vorgestellten Informationen sind auch für Menschen nach Herztransplantation und Lungentransplantation geeignet.

astellas

MAT-DE-NON-2025-00075, erstellt 03-2025, ADVP Patientenbroschüre „Niere & Soziales" aktualis. Neuaufl. 03-25, AST21197, erstellt im März 2025