



Worauf habe ich Anspruch?

**LEISTUNGEN WÄHREND
DER ONKOLOGISCHEN
BEHANDLUNG**

VORWORT

Liebe Patient*innen,

wir alle wissen, dass Fragen der Gesundheit zunehmend mit Rechtsfragen verbunden sind. Nichts ist mehr selbstverständlich. Immer mehr Beratungen und Leistungsanträge bei den Sozialleistungsträgern sind notwendig. Und nicht selten fühlen sich Betroffene – zusätzlich zu den Folgen ihrer Erkrankung – damit belastet oder sogar überfordert.

In den letzten Jahren konnten wir auf diversen Patiententreffen sowie nach Anfragen bei der Klärung von Fragen und Problemen Unterstützung geben und möchten dies auch weiterhin tun.

Dazu wollen wir Ihnen Grundsätzliches und Aktuelles in Form von Informationen, Tipps und Hilfestellungen zu diversen inhaltlichen Schwerpunkten wie z. B. der Fahrkostenerstattung zum Behandlungsort oder der Anerkennung einer Lungenkrebserkrankung als Berufskrankheit zur Verfügung stellen. Wie wichtig und hilfreich dies ist, wissen wir aus Ihrem bisherigen Feedback. Gerne möchten wir Sie bei der notwendigen Hilfe zur Selbsthilfe und bei der Festigung Ihrer Eigenkompetenz im Hinblick auf die Bewältigung der Krankheitsfolgen zu unterstützen.

Selbstverständlich wünschen wir uns auch weiterhin Ihre Hinweise, Ideen und Anregungen, denn niemand als die Betroffenen selbst wissen besser, welche Hilfsangebote sie benötigen. Scheuen Sie sich also nicht, uns anzusprechen. Jede Frage ist erwünscht und erlaubt und wird selbstverständlich unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen bearbeitet.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team von
Sanofi Onkologie



Die Inhalte der Broschüre wurden mit der Unterstützung von Dr. Manfred Petzhold (freiberuflicher Privatdozent für Recht und Unternehmensberater) erstellt.



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	2
Leistungsverzeichnis	6
Anspruch der Patient*innen auf Übernahme von Reisekosten	14
Berufskrankheiten der Lunge	22
Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit.....	30



LEISTUNGSVERZEICHNIS

Die verschiedenen Rechtsgebiete sind oft unübersichtlich und es ist unklar, welche Leistungen damit verbunden sind. In diesem Leistungsverzeichnis können Sie sich einen Überblick über die Rechtsgebiete verschaffen, um so Ihren individuellen Anspruch zu erfassen.

Patientenrecht

Das **Patientenrecht** hält fest, dass Patient*innen ein Recht auf umfassende Informationen haben – etwa zu Erkrankungen, Früherkennungs- und Therapiemöglichkeiten. Auch aufgeführt sind Auskünfte dazu, an wen Patient*innen sich mit ihren Anliegen wenden können, welche Leistungen ihnen zustehen. Patient*innen steht laut Patientenrecht außerdem die Einsicht in ihre Krankenakte zu.

Sozialrecht

Das **Sozialrecht** umfasst den Teil des öffentlichen Rechts, der sich mit dem Schutz vor den Folgen bestimmter „sozialer Risiken“ beschäftigt, die Bürger*innen treffen können (insbesondere Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Tod, Arbeitsunfälle, Alter, Arbeitslosigkeit); niedergeschrieben in bisher 12 Sozialgesetzbüchern.

Rentenrecht

Als ein Element der Sozialversicherung regelt das **Rentenrecht** die soziale Absicherung im Alter, bei verminderter Erwerbsfähigkeit sowie nach dem Tod von Eltern und Ehepartner*in.

Pflegerecht

Das **Pflegerecht** dient der Absicherung des Risikos, pflegebedürftig zu werden.

Krankenversicherungsrecht

Das **Krankenversicherungsrecht** regelt die Absicherung der Versicherten und ihrer familienversicherten Angehörigen im Falle einer Krankheit, indem für die Versicherten voll oder teilweise die Kosten für die Behandlung bei Erkrankungen, bei Mutterschaft und nach privaten Unfällen finanziert werden. Zu beachtende Besonderheiten ergeben sich, wenn der Krankheitsfall nicht in Deutschland bzw. in den Ländern der Europäischen Union oder in den Ländern, mit denen die Bundesrepublik ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat, auftritt. Ferner sollten Patient*innen ihre gesetzlichen Rechte (und Nicht-Rechte) kennen.

Unfallrecht

Unter dem **Unfallrecht** versteht man im Gesundheitssystem eine Versicherung gegen die Folgen eines gesetzlich anerkannten Unfalls, und zwar sowohl die akuten (medizinischer Notfall) als auch die längerfristigen Folgen in Form einer leichten oder schweren Invalidität sowie teils auch die Todesfolge, ungeachtet einer Schuldfrage. Zweck der gesetzlichen Unfallversicherung ist es,

Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach dem Eintritt dieser Versicherungsfälle die Gesundheit und die berufliche Leistungsfähigkeit der Versicherten „mit allen geeigneten Mitteln“ wiederherzustellen.

Die im Zweiten und Dritten Sozialgesetzbuch getroffenen Regelungen fordern und fördern den Versicherten im Falle der **Arbeitslosigkeit**.

Sozialhilfe

Die **Sozialhilfe**, gesetzlich geregelt im Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches, ist eine staatliche Sozialleistung im System der sozialen Sicherheit mit der Aufgabe einer Grundsicherung. Sie soll Hilfebedürftigen diejenigen materiellen Voraussetzungen gewähren, die für ihre physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind, und damit das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 GG verwirklichen.

Sozialhilfe kommt als Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für solche Personen in Betracht, die aufgrund ihres Alters oder wegen voller Erwerbsminderung nicht erwerbsfähig sind. Für Personen, die weder Anspruch auf Arbeitslosengeld II noch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben, kommt Sozialhilfe als Hilfe zum Lebensunterhalt in Betracht. Weitere Leistungen der Sozialhilfe sind die Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und die Hilfe in anderen Lebenslagen.

Schwerbehindertenrecht

Das **Schwerbehindertenrecht** umfasst alle rechtlichen Regeln, welche die Rechtsverhältnisse von Schwerbehinderten in Deutschland betreffen, um ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern. Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch (SGB IX). Das Gesetz definiert „behindert“ und „schwerbehindert“, regelt das Antrags- und das Gleichstellungsverfahren, die Rechtsfolgen einer Schwerbehinderung (z. B. in Form eines besonderen Kündigungsschutzes, von Zusatzurlaub, steuerlichen Nachteilsausgleichen, der Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber*innen) sowie die Rolle der Schwerbehindertenvertretung und des Integrationsamtes.

Zu beachten ist, dass die Regeln nach dem Bundesversorgungsgesetz über die Versorgung von Personen, die durch militärische oder militärähnliche Dienstverrichtungen gesundheitliche Schädigungen erlitten haben, nicht Teil des Schwerbehindertenrechts sind.

Arbeitsrecht

Das **Arbeitsrecht** umfasst alle Gesetze, Verordnungen, Vereinbarungen und Urteile zur Erwerbstätigkeit. Hierbei geht es um das Verhältnis zwischen Arbeitgeber*in und Arbeitnehmer*in, um den Arbeitnehmerschutz (wozu auch der Schutz schwerbehinderter Beschäftigter gehört) und um das Verhältnis zwischen Gewerkschaften/Betriebs-/Personalräten auf der einen Seite und den Arbeitgeberverbänden/Arbeitgeber*innen auf der anderen Seite.

Betreuungsrecht

Das **Betreuungsrecht** regelt in den §§ 1896 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Unterstützung, den Schutz und die Vertretung Volljähriger, sofern diese nicht mehr im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind, durch für sie bestellte Betreuer*innen unter Aufsicht des Gerichts und unter Beachtung des geäußerten Willens des Betreuten.

Die rechtliche Betreuung ist auf ausgewählte Aufgabenkreise beschränkt und ermöglicht rechtsverbindliche Handlungen stellvertretend im Namen der Betreuten, die diese selbst nicht mehr vornehmen können. Auch kann das Betreuungsgericht – zur Abwendung einer Gefahr für die Person oder ihr Vermögen – anordnen, dass der Betreute zu einer von ihm getroffenen Willenserklärung (z. B. zum Abschluss von Verträgen) der Einwilligung des Betreuers bedarf, auch wenn dies zur Einschränkung der Geschäftsfähigkeit führt. Gleichzeitig regelt das Betreuungsrecht die Rechte und Pflichten des gesetzlichen Betreuers.

Versicherungsrecht

Das **Versicherungsrecht** regelt die rechtlichen Beziehungen zwischen privaten Bürger*innen und den Versicherungsunternehmen. Es reguliert die Beziehungen der Risikogemeinschaft zur Absicherung von Schäden und ist insbesondere im Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Typischerweise werden Versicherte durch einen Versicherungsvertrag verpflichtet, Beiträge (als Prämien) an die Versicherung zu zahlen, während diese im Fall des Schadenseintritts die Regulierung übernimmt. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

enthalten – als Vertragsbestandteil – auch Risikoausschlüsse und besondere Obliegenheiten für Versicherte. Typische Bereiche des Versicherungsrechts sind das Sachversicherungsrecht (insbesondere das Recht der Fahrzeug-, Gebäude-, Hausrat-, Reisegepäck-, Feuer-, Einbruchdiebstahlversicherung), das Recht der privaten Personenversicherung (insbesondere das Recht der Lebens-, Kranken-, Reiserücktritts-, Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung), das Haftpflichtversicherungsrecht und die Rechtsschutzversicherung.

In diesem Rechtsgebiet drehen sich die Fragen vorrangig um die Gesundheitsprüfung im Zusammenhang mit Personenversicherungen sowie um die sich ergebenden Konsequenzen, wenn sich während des Versicherungsverhältnisses die Gesundheit des Versicherungsnehmers verschlechtert.

FÜR DAS GESAMTE LEISTUNGSSPEKTRUM GILT:

Die individuelle Diagnose und die individuelle Therapie sind nicht immer entscheidend für die Inanspruchnahme der im Recht geregelten Ansprüche, entscheidend ist vielmehr ein Funktionsdefizit (z. B. in der Mobilität) und dessen Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Es müssen also die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens ermittelt, bewertet und möglichst durch die verschiedensten Leistungen egalisiert werden.



ANSPRUCH DER PATIENT*INNEN AUF ÜBERNAHME VON REISEKOSTEN

ANSPRUCH DER PATIENT*INNEN AUF ÜBERNAHME VON REISEKOSTEN

Regelmäßige Verlaufskontrollen in spezialisierten Zentren sind für Patient*innen mit einer chronischen Erkrankung essenziell. Unter bestimmten Voraussetzungen erstatten die gesetzlichen Krankenkassen die Fahrtkosten für die An- und Abreise zu den Kontrolluntersuchungen.

Wichtig für Patient*innen ist: Der Antrag auf Fahrtkostenerstattung sollte bei der Krankenversicherung rechtzeitig vor der Fahrt gestellt werden. Unterstützung können Patient*innen auch beim spezialisierten Zentrum erhalten, wenn dortige Ärzt*innen vor der jährlichen Kontrolluntersuchung bzw. dem Behandlungstermin schriftlich bestätigen, dass die medizinische Notwendigkeit dazu besteht. Ärzt*innen können auch begründen, warum eine Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel Patient*innen aus medizinischer Sicht nicht zugemutet werden kann. Allerdings haben Patient*innen keinen Rechtsanspruch auf diese Bescheinigung. Welches Verkehrsmittel Patient*innen benutzen können, richtet sich vielmehr nach dem individuellen Fall.

Ob es sich bei den regelmäßigen ärztlichen Behandlungsterminen um eine ambulante oder mehrtägige stationäre Untersuchung handelt, ist für die Erstattung der Fahrtkosten nicht von Bedeutung.

Sind Patient*innen gesetzlich krankenversichert, dann gelten die Regelungen des § 60 SGB V. Bei der Fahrtkostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung werden zwei Arten unterschieden:

- 1.** Fahrten, die zwingend notwendig sind und in jedem Fall durch die Kasse bezahlt werden. Das sind alle Rettungsfahrten ins Krankenhaus, auch dann, wenn dort keine stationäre Behandlung erfolgt, sowie Krankentransporte mit fachlicher Betreuung und Fahrten zu Krankenhausaufenthalten. Voraussetzung ist allerdings die medizinische Notwendigkeit. Rettungsfahrten sind Notfallfahrten und müssen daher nicht extra vorher beantragt werden.
- 2.** Fahrtkosten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung werden übernommen, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist; § 39 SGB V.
- 3.** Fahrten, deren Erstattung an besondere Bedingungen geknüpft ist. Dies sind Fahrten, die aufgrund der Krankheit oder der notwendigen Behandlung zwingend medizinisch notwendig sind und zuvor von der Krankenkasse genehmigt werden müssen:
 - Fahrten zu ambulanten Behandlungen, z. B. zur Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie, Immuntherapie und Vergleichbarem
 - Fahrten zu vor- und nachstationären Behandlungen
 - Fahrten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus
 - Fahrten von Versicherten mit dem Schwerbehindertenmerkmal „H“

Seit dem 1. Januar 2019 gilt das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und bringt Erleichterungen für

- Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3, sofern ihnen eine „dauerhaft eingeschränkte Mobilität“ im MDK-Pflegegutachten bestätigt wurde,
- Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5,
- Versicherte mit den Schwerbehindertenmerkmalen „aG“ und/oder „bI“. Diese Patient*innen müssen Taxifahrten zur Arztpraxis/Klinik nicht mehr bei ihrer Krankenkasse beantragen. Diese Fahrten gelten mit der ärztlichen Verordnung automatisch als genehmigt.



Als Fahrkosten werden anerkannt

- bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen,
- bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens (wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann) der nach § 133 SGB V berechnungsfähige Betrag,
- bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs (wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann) der nach § 133 SGB V berechnungsfähige Betrag,
- bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzte Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nr. 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

BEACHTEN SIE: Wenn behandelnde Ärzt*innen in ihrer Verordnung ein bestimmtes Krankenhaus nennen, Patient*innen sich jedoch für ein anderes entscheiden, so müssen sie für etwaige höhere Fahrtkosten selbst aufkommen. Ansonsten gilt: Das nächstmögliche erreichbare Krankenhaus muss angefahren werden, sofern die Fahrtkosten von der Kasse getragen werden sollen. Eine Ausnahme stellen allerdings triftige Gründe der Patient*innen dar, sich für eine andere Behandlungsstätte zu entscheiden. Vergleichbares gilt bei einem Wechsel in das Krankenhaus, in dem eine Behandlung bereits begonnen wurde.

Patient*innen müssen als Eigenbeteiligung 10 Prozent der Fahrtkosten zahlen (mindestens 5€, höchstens aber 10€ pro Fahrt), es sei denn, sie verfügen über eine Zuzahlungsbefreiung. Diese Zuzahlungsverpflichtung besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Zumutbar für Patient*innen ist eine Eigenbeteiligung in Höhe von 2 Prozent des Jahreseinkommens (bzw. 1 Prozent bei chronisch Kranken). Für darüber hinausgehende Kosten können Patient*innen bei ihrer Krankenkasse die Befreiung von den Zuzahlungen beantragen. Die Ausgaben von bis zu 1 bzw. 2 Prozent des Jahreseinkommens müssen aber belegt werden.

UND BITTE NICHT VERGESSEN: Medizinisch notwendige Kosten können im Rahmen der jährlichen Einkommensteuererklärung als „außergewöhnliche Belastungen“ teilweise (abhängig von der Höhe der Kosten und dem Familienstand) steuermindernd geltend gemacht werden.

Handlungsempfehlungen

1. Sofern Sie zu dem im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz genannten Patientenkreis (siehe oben) gehören, lassen Sie sich einfach die Taxifahrt ärztlich verordnen. Damit gilt sie als genehmigt.
2. Ansonsten lassen Sie sich vom Expertenzentrum **vor** der Behandlung in Schriftform bestätigen, dass
 - es das für Sie nächstgelegene Zentrum ist.
 - die Behandlung/jährliche Kontrolle keine vor Ort niedergelassenen Ärzt*innen ausführen kann.
 - die Behandlung/jährliche Kontrolle aufgrund der Krankheit zwingend medizinisch notwendig ist.Auf der Grundlage dieser ärztlichen Bestätigung beantragen Sie vor dem Behandlungstermin bei Ihrer Krankenkasse die Übernahme der Fahrtkosten gemäß § 60 SGB V und ggf. einen Kostenvorschuss.
3. Sofern die in den Punkten 1 und 2 genannten Bedingungen nicht erfüllt bzw. Sie von den Zuzahlungen zu den Krankenleistungen durch Ihre Krankenkasse nicht befreit sind, müssen die Fahrtkosten privat finanziert werden und können nur einkommensteuerermindernd geltend gemacht werden.



BERUFSKRANKHEITEN DER LUNGE

Berufskrankheiten der Lunge

Was sind Berufskrankheiten?

Der Begriff „Berufskrankheit“ ist im Siebten Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Unfallversicherung – vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) in § 9 Abs. 1 definiert: „Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden.“

Gemäß § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) sind Berufskrankheiten die in der Anlage 1¹ der BKV bezeichneten Krankheiten.

- Diese Krankheiten müssen ihre Ursache in einer versicherten Tätigkeit haben.
- Die erkrankte Person muss zum Zeitpunkt der Erkrankung zum Kreis der gesetzlich Versicherten (§ 2 SGB VII) bzw. der kraft Satzung Versicherten (§ 3 SGB VII) bzw. der freiwillig Versicherten (§ 6 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII)) gehören.
- Diese Personen müssen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung den verschiedensten gesundheitsschädlichen Einwirkungen ausgesetzt sein, z. B. Chemikalien, Druck, Vibrationen, dem Tragen schwerer Lasten, Arbeiten unter Lärm oder Staub.

BEACHTEN SIE:

Bei einigen in der BKV aufgeführten Erkrankungen muss die schädigende Tätigkeit beendet werden. Das gilt auch bei Hauterkrankungen.

¹Die erste Liste wurde bereits im Jahr 1925 erstellt und wird seitdem entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt ergänzt. Hierzu besteht beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein unabhängiges Beratungsgremium, der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“, das die wissenschaftlichen Voraussetzungen für neue Berufskrankheiten prüft. Seit 1995 erstellt der Sachverständigenbeirat zu jeder neuen Berufskrankheit eine wissenschaftliche Empfehlung, die mit einer ausführlichen „wissenschaftlichen Begründung“ veröffentlicht wird. Daneben existiert zu den Berufskrankheiten ein so genanntes Merkblatt, das sich hauptsächlich an Ärzt*innen richtet und Hinweise für die Erstattung einer Berufskrankheiten-Verdachtsanzeige beinhaltet.

Welche sind Berufskrankheiten der Lunge?

20 der in der Anlage geführten Berufskrankheiten betreffen die Atemwege und sind in den Abschnitten BK41, 42 und 43 aufgelistet.

Davon betroffen sind fünf Arten von Lungenkrebs:

- BK4104: Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs
 - In Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose)
 - In Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura
 - Bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren [25 x 10⁶ ((Fasern/m³) x Jahre)]
- BK4112: Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)
- BK4113: Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren [(µg/m³) x Jahre]

- BK4114: Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 Prozent nach der Anlage 2 entspricht
- BK4116: Lungenkrebs nach langjähriger und intensiver Passivrauchexposition am Arbeitsplatz bei Versicherten, die selbst nie oder maximal bis zu 400 Zigarettenäquivalente aktiv geraucht haben



Weitere Informationen erhalten Sie unter anderem auf der Internetseite der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung: <https://www.dguv.de/de/versicherung/berufskrankheiten/index.jsp>

Lungenkrebskrankungen durch Asbestfaserstaub

Seit dem 1. Januar 1942 ist Lungen- oder Kehlkopfkrebs als Berufskrankheit anerkannt.

Im Allgemeinen treten durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Lunge und/oder Pleura erst nach jahre- bis jahrzehntelanger Exposition. Gelegentlich führt eine Exposition noch nach einer Latenz von Jahrzehnten zu einer Spätasbestose. Als Kriterium für die Wahrscheinlichkeit einer durch Asbest verursachten Erkrankung an Lungenkrebs sind verschiedene Formen der durch Asbestfaserstaub verursachten Pleuraerkrankungen anzusehen, ebenso wie die Lungenasbestose, einschließlich Minimalasbestose. Betroffen sind Beschäftigte dreier arbeitsmedizinisch bedeutsamer Bereiche: Asbestzementindustrie, Asbesttextilindustrie und Asbestisolierbranche.

Lungenkrebskrankungen durch Quarzstaub

Lungenkrebskrankungen, die durch Quarzstaub verursacht wurden, können seit Oktober 2002 als Berufskrankheit (BK4112) anerkannt werden, wenn eine Silikose bzw. Siliko-Tuberkulose nachgewiesen werden kann.

Potenziell durch lungengängige Quarzstäube exponierte Berufsgruppen sind: Erzbergleute, Schacht- und Gesteinshauer*innen (auch im Steinkohlenbergbau), Tunnelbauer*innen, Gußputzer*innen, Sandstrahler*innen, Ofenmaurer*innen, Former*innen in der Metallindustrie, sowie Personen, die bei der Steingewinnung, -bearbeitung und -verarbeitung oder in grob- und feinkeramischen Betrieben sowie in Dentallabors beschäftigt sind.

Lungenkrebskrankungen durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe

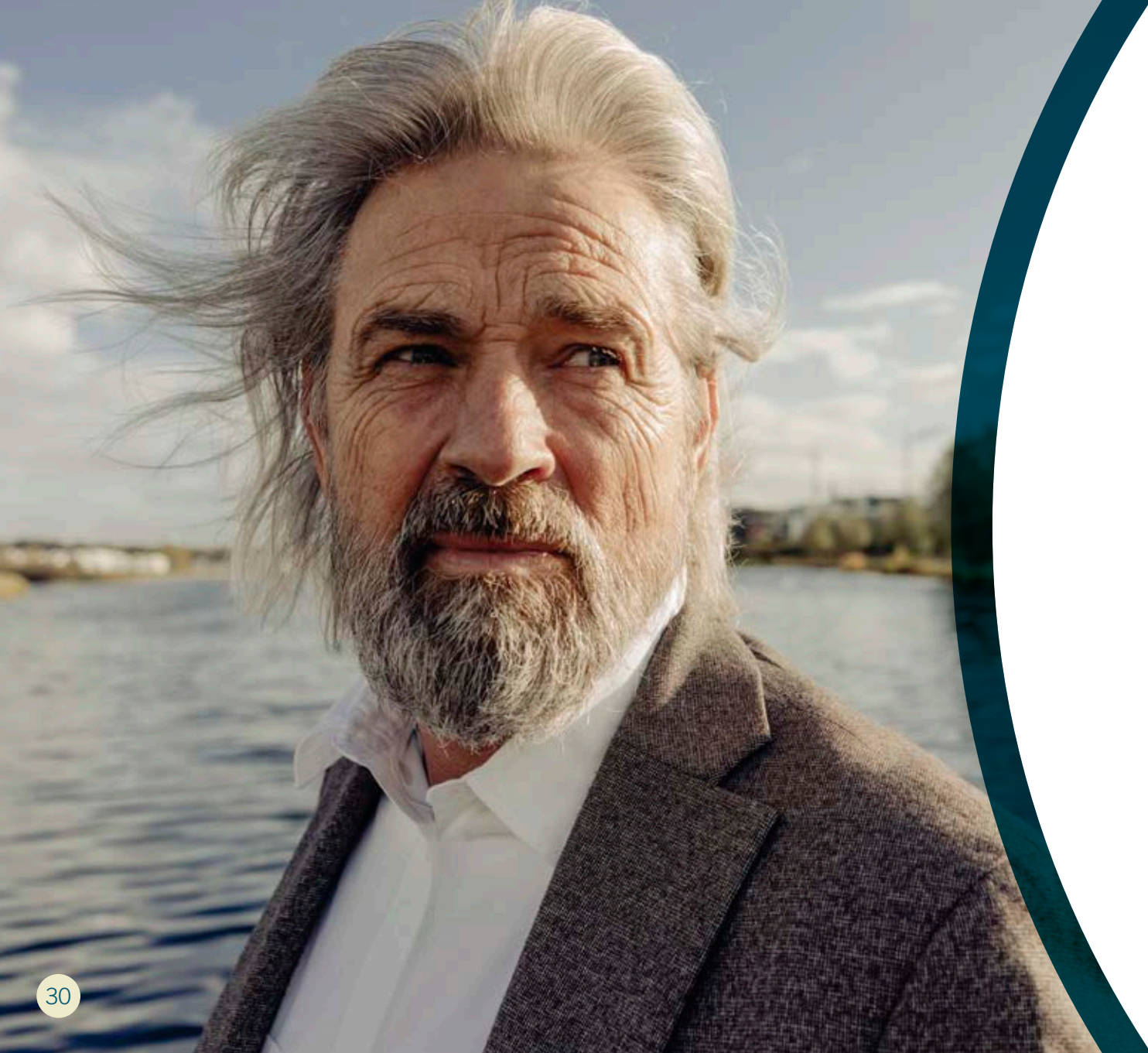
Seit Dezember 2009 ist Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK; BK4113) und durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (BK4114) als Berufskrankheit anerkannt.

Ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko durch PAK wurde in der Kokereiindustrie, bei der Herstellung von Generatorgas und Aluminium sowie bei Straßenbauer*innen, Dachdecker*innen und Schornsteinfeger*innen nachgewiesen werden. BK4114 bezieht sich auf arbeitsbedingte Expositionen gegenüber Asbestfaserstaub und zusätzlich gegenüber PAK. Diese können zeitlich zusammentreffen oder nacheinander erfolgen. Typische Arbeitsbedingungen, in denen beide Expositionen auftreten: Dachdecker*innen, Parkettleger*innen (im Rahmen von Abbrucharbeiten), Gießerei- und Stahlwerksarbeiter*innen, Feuerungsmaurer*innen, Kokereiarbeiter*innen, Schornsteinfeger*innen, Isolierer*innen, Korrosionsschützer*innen (insbesondere im Stahlwasserbau), Betriebsschlosser*innen in Aluminiumhütten sowie in Betrieben zur Herstellung von Carbid.

Lungenkrebskrankungen durch Passivrauchexposition

Im Juli 2019 wurde Lungenkrebs nach langjähriger und intensiver Passivrauchexposition am Arbeitsplatz in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen.

Arbeitsorte, in denen es zu einer hohen Passivrauchexposition kommen kann sind Gastronomie, Diskotheken, gemeinschaftlich genutzten Büros, öffentlicher Fern- und Nahverkehr, Fahrzeugkabinen, Schifffahrt, Messwarten und Meisterbüros.



ANERKENNUNG EINER KRANKHEIT ALS BERUFSKRANKHEIT

Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit

Wer ist zuständig für die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit?

Ob eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt werden kann, entscheiden die gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Die Zuständigkeit richtet sich nach der Branche, in welcher der Versicherte tätig ist oder war. Dies sind

- die gewerblichen Berufsgenossenschaften (für Beschäftigte in privaten Wirtschaftsunternehmen),
- die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (für Beschäftigte, mitarbeitende Familienangehörige und Selbstständige in der Land- und Forstwirtschaft),
- die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, z. B. Unfallkassen (für Beschäftigte von Bund, Ländern und Gemeinden).

Die Adressen der einzelnen Unfallversicherungsträger finden Sie unter <http://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/bgen/index.jsp> und <http://www.svlfg.de/>. Im Übrigen sind Arbeitgeber*innen verpflichtet, ihre Beschäftigten darüber zu unterrichten, welcher Unfallversicherungsträger für Sie zuständig ist. Dies geschieht im Allgemeinen durch einen öffentlichen Aushang in den Unternehmen und Betrieben.

Wann wird eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt?

Eine Krankheit wird als Berufskrankheit durch die Unfallversicherungsträger anerkannt, wenn sie durch die gesundheitsschädlichen Einwirkungen am Arbeitsplatz verursacht worden ist, d. h.,

1. bei den Versicherten liegt eine der in der Anlage 1 der BKV aufgeführten Krankheiten vor
2. die Versicherten waren an ihrem Arbeitsplatz den entsprechenden schädigenden Einwirkungen ausgesetzt
3. zwischen der Tätigkeit am Arbeitsplatz, den Einwirkungen und der Entstehung der Krankheit besteht ein ursächlicher Zusammenhang.

HINWEIS:

Die Liste der Berufskrankheiten wird zwar regelmäßig durch den Gesetzgeber aktualisiert, trotzdem kann es passieren, dass eine Erkrankung noch nicht in der Liste enthalten ist. In diesem Fall gibt es die Möglichkeit, in Einzelfällen eine Erkrankung „wie eine Berufskrankheit“ anzuerkennen. Dazu müssen allerdings neueste Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vorliegen, die belegen, dass für eine bestimmte Personengruppe arbeitsbedingt ein deutlich erhöhtes Risiko besteht, an einer bestimmten Gesundheitsstörung zu erkranken. Der bloße Zusammenhang einer Erkrankung mit einer beruflichen Tätigkeit reicht nicht aus. Aus diesem Grund können auch die in der Bevölkerung weit verbreiteten „Volkskrankheiten“ im Bereich Muskeln und Skelett oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen nur unter besonderen Voraussetzungen als Berufskrankheiten anerkannt werden.

Wie ist der Verfahrensablauf?

Ein*e Versicherte*r fühlt sich krank und geht zur*zum Ärzt*in.

Diese*r diagnostiziert und meldet unverzüglich ab Kenntnis der Umstände (Meldefrist) dem Unfallversicherungsträger den Verdacht auf eine Berufskrankheit (vgl. Muster). Eine besondere Mitwirkung des Versicherten – außer dem Arztbesuch und der daraus resultierenden Datenerfassung – ist nicht erforderlich. Auch ist keine Unterschrift des*der Versicherten oder seines*seiner Arbeitgeber*in auf dieser Verdachtsanzeige notwendig. Gleichzeitig verweist der*die behandelnde Ärzt*in – sofern er*sie nicht als Durchgangsarzt fungiert – den*die Versicherten nach den notwendigen Sofortmaßnahmen an*die den Durchgangsarzt*in.

Neben dem*der behandelnden Ärzt*in haben auch Arbeitgeber*innen eine Meldepflicht. Das Melderecht haben aber auch Versicherte selbst oder deren Angehörigen sowie die Krankenkassen. Umgekehrt werden Arbeitgeber*innen automatisch auch durch den Unfallversicherungsträger informiert. Versicherte können diese Meldung nicht verhindern!

Die Unfallversicherungsverbände sind gemäß § 34 SGB VII verpflichtet, schnellstmöglich eine sachgemäße und – falls erforderlich – besondere unfallmedizinische Heilbehandlung und Versorgung zu gewährleisten. Hierzu bestellen sie so genannte Durchgangsarzt*innen (D-Ärzt*innen)². Diese haben die Aufgabe, nach Diagnosestellung über den weiteren Therapieverlauf zu bestimmen und zu entscheiden, welche Fachärzt*innen anderer Fachrichtungen ggf. hinzugezogen werden, ob Patient*innen in eigener Behandlung behalten werden oder welche Nachschautermine – bei Weiterbehandlung durch andere Ärzt*innen – durchzuführen sind.

Um einen Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung festzustellen, wird im Regelfall zunächst die Arbeitsvorgeschichte der Versicherten ermittelt (Anamnese). Hierbei wird geprüft, welchen Belastungen und Einwirkungen Versicherte während des Arbeitslebens ausgesetzt waren. Dazu werden

- Fragebögen an die Versicherten und an die Arbeitgeber*innen ausgegeben **und/oder**
- persönliche Befragungen durchgeführt **und/oder**
- Untersuchungen am Arbeitsplatz durchgeführt **und/oder**
- Unterlagen (z. B. über Schadstoffe am Arbeitsplatz) herangezogen **und/oder**
- Personen (z. B. betriebsärztlicher Dienst, Betriebsrat, Sicherheitsbeauftragte, Arbeitskolleg*innen) befragt.

HINWEIS: Der Fragebogen sollte so genau und detailliert wie möglich ausgefüllt werden, da er eine wesentliche Grundlage für die medizinische Beurteilung des Ursachenzusammenhangs ist.

²Notwendig sind eine Facharztqualifikation für „Orthopädie und Unfallchirurgie“ oder für „Spezielle Unfallchirurgie“ sowie mindestens ein Jahr unfallchirurgische Praxiserfahrung in der Behandlung schwer Unfallverletzter in einem zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhaus.

▼ Sofern eine Gefährdung am Arbeitsplatz ermittelt wurde, ist zu klären, ob aus medizinischer Sicht die festgestellte schädigende Einwirkung die Krankheit hervorgerufen hat. Hierzu wird im Allgemeinen die Krankheitsvorgeschichte ermittelt und ein Sachverständigengutachten eingeholt. Der Unfallversicherungsträger muss Versicherten mindestens drei Gutachter*innen zur Auswahl stellen.

HINWEIS: Versicherte können auch selbst Gutachter*innen vorschlagen. Allerdings müssen diese entsprechend fachlich qualifiziert sein. Personen, die nicht die erforderliche Eignung besitzen (wie z. B. Hausärzt*innen), kann der Unfallversicherungsträger als Gutachter*in ablehnen.

Grundsätzlich können Versicherte vom Unfallversicherungsträger eine Kopie des Gutachtens erhalten.

▼ Vor der abschließenden Entscheidung des Unfallversicherungsträgers sind die zuständigen Gewerbeärzt*innen als Vertreter*innen der staatlichen Arbeitsschutzbehörden zu beteiligen.

▼ Anschließend entscheidet der Rentenausschuss des Unfallversicherungsträgers darüber, ob die Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt oder abgelehnt wird, und teilt dies den Versicherten durch schriftlichen Bescheid (inkl. Rechtsmittelbelehrung) mit. Dem Ausschuss gehört je ein Mitglied aus dem Kreis der Arbeitgeber*innen und der Arbeitnehmer*innen an.

HINWEIS: Ein Extra-Antrag der Versicherten auf Anerkennung als Berufskrankheit ist nicht notwendig. Dieser „Antrag“ kommt durch das konkludente Verhalten (Arztbesuch) sowie die ärztliche Diagnose „automatisch“ zustande.

HINWEIS: Es gibt keine gesetzlich geregelte Frist, in der das Anerkennungsverfahren durchlaufen sein muss.

Nimmt man aber den gesamten Zeitverlauf (ärztliche Verdachtsanzeige – Berufsgenossenschaft bittet Versicherte um die „Einwilligung zur Datenerhebung“ bei den Ärzt*innen und um Angabe aller Betriebe und Beschreibung der Tätigkeiten (Fragebogen) – Gutachten, wobei Gutachter*innen bis zu 3 Monate Zeit dafür haben – Bescheid (in über 90 Prozent der Fälle Ablehnung) – Widerspruch, ggf. mit von Fachanwält*innen – Ablehnungsbescheid (in über 95 Prozent der Widersprüche) – Klage beim Sozialgericht – Gericht wird ein Sachverständigengutachten anfordern – Gutachter*in erstellt nach persönlicher Inaugenscheinnahme und Untersuchung der Kläger ein Gutachten und reicht es bei Gericht ein (bis dahin sind erfahrungsgemäß bereits 2 Jahre ins Land gegangen) – sollte das Gutachten zugunsten der Patient*innen ausfallen, wird die Berufsgenossenschaft dagegen Einspruch einlegen und ein weiteres arbeitsmedizinisches Gutachten einfordern – Gerichtsverhandlung – Urteil) als Grundlage der Einschätzung, sind mindestens 3 Jahre realistisch.

Bei einem positiven Bescheid wird die Berufskrankheit rückwirkend mit dem Datum der ärztlichen Diagnose (und der damit verbundenen Verdachtsanzeige) anerkannt.

HINWEIS: Es gibt keine gesetzlich geregelte Frist, in der das Anerkennungsverfahren durchlaufen sein muss.

Nimmt man aber den gesamten Zeitverlauf (ärztliche Verdachtsanzeige – Berufsgenossenschaft bittet Versicherte um die „Einwilligung zur Datenerhebung“ bei den Ärzt*innen und um Angabe aller Betriebe und Beschreibung der Tätigkeiten (Fragebogen) – Gutachten, wobei Gutachter*innen bis zu 3 Monate Zeit dafür haben – Bescheid (in über 90 Prozent der Fälle Ablehnung) – Widerspruch, ggf. mit von Fachanwält*innen – Ablehnungsbescheid (in über 95 Prozent der Widersprüche) – Klage beim Sozialgericht – Gericht wird ein Sachverständigengutachten anfordern – Gutachter*in erstellt nach persönlicher Inaugenscheinnahme und Untersuchung der Kläger ein Gutachten und reicht es bei Gericht ein (bis dahin sind erfahrungsgemäß bereits 2 Jahre ins Land gegangen) – sollte das Gutachten zugunsten der Patient*innen ausfallen, wird die Berufsgenossenschaft dagegen Einspruch einlegen und ein weiteres arbeitsmedizinisches Gutachten einfordern – Gerichtsverhandlung – Urteil) als Grundlage der Einschätzung, sind mindestens 3 Jahre realistisch.

Bei einem positiven Bescheid wird die Berufskrankheit rückwirkend mit dem Datum der ärztlichen Diagnose (und der damit verbundenen Verdachtsanzeige) anerkannt.

Gegen die Entscheidung kann innerhalb eines Monats beim Unfallversicherungsträger Widerspruch eingelegt werden. Wird der Widerspruch durch den Unfallversicherungsträger in einem Widerspruchsbescheid (inkl. Rechtsmittelbelehrung) zurückgewiesen, steht der Klageweg beim für den Wohnsitz der Versicherten zuständigen Sozialgericht offen.



Welche vorbeugenden Leistungen regelt der Gesetzgeber?

Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger gemäß § 3 BKV dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Sie können veranlassen, dass z. B. Schutzvorrichtungen angebracht, gefährdende Arbeitsstoffe ausgetauscht, persönliche Schutzausrüstungen (Handschuhe, Atemschutzmaske etc.) zur Verfügung gestellt werden, oder spezielle therapeutische Maßnahmen übernehmen.

Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen.

Versicherte, die die gefährdende Tätigkeit unterlassen, haben zum Ausgleich hierdurch verursachter Minderungen des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile gegenüber dem Unfallversicherungsträger Anspruch auf Übergangsleistungen.

Als Übergangsleistung wird ein einmaliger Betrag bis zur Höhe der Vollrente oder eine monatlich wiederkehrende Zahlung bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente längstens für die Dauer von 5 Jahren gezahlt. Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit bleiben dabei unberücksichtigt.

Auch werden die notwendigen medizinischen Leistungen von der Krankenversicherung gemäß SGB V erbracht. Die erforderliche Heilbehandlung wird zwischen der Berufsgenossenschaft und der Krankenkasse des Versicherten koordiniert, um mit den Ärzt*innen die Ursachen der Erkrankung zu finden und zu beseitigen. Bei bereits aufgetretenen Einwirkungen werden individuell Präventionsmaßnahmen arbeitsplatzbezogen veranlasst oder stationäre Heilverfahren in spezialisierten Kliniken angeboten, um den Versicherten den Verbleib im Beruf zu ermöglichen.

Die Kosten werden vollständig von den Unfallversicherungsträgern übernommen.

Im Einzelfall sollte ein Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung geprüft werden.

Welche Leistungen gibt es bei Anerkennung einer Berufskrankheit?

Wenn Versicherte an einer Berufskrankheit leiden, haben sie gemäß SGB VII Anspruch auf umfassende Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Zu diesen gehören:

- **HEILBEHANDLUNG UND LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION**
 - Erstversorgung, ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Versorgung mit Zahnersatz
 - Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln (einschließlich Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie)
 - Versorgung mit Hilfsmitteln (insbesondere Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch)
 - Häusliche Krankenpflege
 - Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Hinweis:

Zuzahlungen sind in der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich nicht zu leisten. Für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel gelten aber die nach dem Krankenversicherungsrecht bestimmten Festbeträge, wenn das Ziel der Heilbehandlung mit diesen Mitteln erreicht werden kann.

Verordnen Ärzt*innen in diesen Fällen dennoch ein teureres Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel, sind Versicherte auf die Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen. Kann das Ziel der Heilbehandlung allerdings mit einem „Festbetragsmittel“ nicht erreicht werden (ärztliche Begründung), übernimmt der zuständige Unfallversicherungsträger die tatsächlichen Kosten.

- **LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN**
 - Beratung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen
 - Umgestaltung des Arbeitsplatzes
 - Zuschüsse an Arbeitgeber*innen
 - Aus- und Fortbildung, Umschulung
- **LEISTUNGEN ZUR SOZIALEN TEILHABE, INSBESONDERE HILFEN**
 - Zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten
 - Zur Verständigung mit der Umwelt
 - Bei Beschaffung, Erhalt und Ausstattung einer behindertengerechten Wohnung
 - Zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten
 - Zur Teilhabe am kulturellen und gemeinschaftlichen Leben

- **ERGÄNZENDE LEISTUNGEN**

- Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Aufsicht
- Reisekosten (auch für Familienheimfahrten) zur Durchführung der Leistungen
- Betriebs- und Haushaltshilfe
- Kinderbetreuungskosten
- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe

- **LEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT**

- Gewährung von Pflegegeld. Dessen Höhe wird unter Berücksichtigung der Art oder Schwere des Gesundheitsschadens innerhalb bestehender und regelmäßig festzusetzender Grenzen (seit 1. Juli 2020 gilt: zwischen 387 € und 1542 € alte Bundesländer, zwischen 369 € und 1483 € neue Bundesländer) vom Unfallversicherungsträger unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Gesundheitsschadens sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfe festgelegt.
- Auf Antrag Stellung einer Pflegekraft (Hauspflege)
- Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Einrichtung (Heimpflege)

- **GELDLLEISTUNGEN**

- Verletztengeld während der Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, maximal aber des Nettoeinkommens, bis zum letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Ist mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen und sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen, ist die Dauer des Anspruchs auf 78 Wochen begrenzt.
- Übergangsgeld während der Dauer berufsfördernder Leistungen in Höhe von 75 Prozent (für Versicherte, die mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind haben bzw. im Fall der Pflegebedürftigkeit der Versicherten oder der Ehepartner*in) bzw. 68 Prozent der Bemessungsgrundlage. Das sind 80 Prozent des regelmäßigen Arbeitsentgelts, höchstens aber das bisherige Nettoentgelt.
- Unfallrente, sofern die Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 Prozent über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus gemindert ist. Auch eine Vorschädigung, z. B. durch einen früheren Arbeitsunfall, kann dabei mitberücksichtigt werden, sie muss die Erwerbsfähigkeit aber um wenigstens 10 Prozent mindern.

- Wie hoch die Erwerbsfähigkeit durch die Berufskrankheit bzw. den Unfall gemindert ist, wird im Rahmen der ärztlichen Begutachtung festgestellt. Im Allgemeinen ist die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vor dem Unfall mit 100 Prozent zu bewerten. Der Vergleich mit der nach dem Unfall verbliebenen Erwerbsfähigkeit, die sich auf den für die Versicherten zumutbaren Bereich des allgemeinen Arbeitsmarkts erstreckt, ergibt die durch die Rente zu entschädigende Erwerbsminderung (MdE). Der Jahresarbeitsverdienst (JAV) berechnet sich nach dem Bruttoarbeitsentgelt in den 12 Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalls, mindestens aber nach 60 Prozent der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgebenden Bezugsgröße³. Die Höhe der Unfallrente beträgt zwei Drittel des JAV, wenn Versicherte ihre Erwerbsfähigkeit vollständig verloren haben (MdE 100 Prozent). Ist die Erwerbsfähigkeit durch die Folgen der Berufskrankheit teilweise eingeschränkt, entspricht sie dem Teil der Vollrente, der der MdE entspricht (Teilrente). Die Unfallrente wird nach dem Ende des Anspruchs auf Verletztengeld bzw. (sofern kein Anspruch auf Verletztengeld besteht) ab dem Tag nach dem Unfall unbefristet und unabhängig von Berufstätigkeit und Alter der Versicherten gezahlt, wobei eine Veränderung der Erwerbsminderung infolge Verschlimmerung oder Besserung eine Neuberechnung zur Folge hat. Sie wird teilweise auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung angerechnet, ansonsten zum 1. Juli eines jeden Jahres in Analogie zu den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung dynamisiert. In bestimmten Fällen können Versicherte anstelle der Rente auf Antrag einen Kapitalbetrag als Rentenabfindung erhalten.

- Ist zu erwarten, dass die rentenberechtigende Erwerbsminderung nur maximal 3 Jahre besteht, und beträgt die MdE weniger als 40 Prozent, so können Versicherte durch eine Gesamtvergütung in Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwands abgefunden werden. Damit erlischt der Rentenanspruch auf Lebenszeit. Bei nachträglicher Verschlimmerung (Erhöhung um mehr als 5 Prozent) lebt der Rentenanspruch für diesen Teil wieder auf.

BEISPIEL:

Bruttojahresarbeitsverdienst vor dem Unfall: 36000 €

Vollrente = $\frac{2}{3}$ des Jahresarbeitsverdienstes =
24000 € jährlich = 2000 € monatlich

Teilrente bei 30 % MdE = 30 % der Vollrente =
7200 € jährlich = 600 € monatlich

Teilrente bei 50 % MdE = 50 % der Vollrente =
12000 € jährlich = 1000 € monatlich

³Die Bezugsgröße ist das durchschnittliche Arbeitsentgelt aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im vorletzten Kalenderjahr.

- Beträgt die MdE 40 Prozent oder mehr, kann Versicherten eine auf längstens 10 Jahre beschränkte Abfindung bewilligt werden, vorausgesetzt, sie sind volljährig und es ist nicht zu erwarten, dass innerhalb des Abfindungszeitraums die Erwerbsminderung wesentlich sinkt. Die Abfindung kann in diesen Fällen die Rente bis zur Hälfte umfassen. Als Abfindung wird das Neunfache des der Abfindung zugrunde liegenden Jahresbetrags der Rente gezahlt. Der Anspruch auf den Teil der Rente, an dessen Stelle die Abfindung tritt, erlischt mit Ablauf des Monats der Auszahlung für 10 Jahre.
- Werden Versicherte nach Gewährung einer Abfindung zu Schwerverletzten (MdE mindestens 50 Prozent), lebt auf Antrag der Anspruch auf Rente in vollem Umfang wieder auf. Die gezahlte Abfindungssumme wird allerdings auf die Rente angerechnet.



• HINTERBLIEBENENLEISTUNGEN

- Sterbegeld in Höhe von einem Siebtel der zum Zeitpunkt des Todes geltenden Bezugsgröße
- Kosten für die Überführung vom Ort des Todes (sofern dies nicht der ständige Wohnsitz ist) zum Ort der Bestattung
- Hinweis: Die Bestattungskosten werden durch den Unfallversicherungsträger nicht erstattet.
- Hinterbliebenenrente an frühere Ehegatt*innen sowie die Eltern der Verstorbenen, wenn diese ihnen gegenüber zum Zeitpunkt des Todes unterhaltspflichtig waren oder während des letzten Jahres vor dem Tod Unterhalt geleistet haben. Sind mehrere frühere Ehegatt*innen vorhanden, erhält jeder nur den Teil der Rente, der im Verhältnis zu den anderen Berechtigten der jeweiligen Dauer der Ehe entspricht.
- Witwen-/Witwerrente in Höhe von 30 (kleine Witwen-/Witwerrente) bzw. 40 Prozent (große Witwen-/Witwerrente) des Jahresarbeitsverdienstes der Verstorbenen, wobei die kleine Witwen-/Witwerrente längstens für 24 Kalendermonate nach Ablauf des Monats, in dem der Todestag war,, oder bis zu einer Wiederverheiratung gezahlt wird. Die große Witwen-/Witwerrente wird ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Eigenes Einkommen des Berechtigten wird auf die Witwen- oder Witwerrente teilweise angerechnet (vgl. SGB VI).
- Waisenrente in Höhe von 20 (bei Halbweisen) bzw. 30 Prozent (bei Vollweisen) des Jahresarbeitsverdienstes der Verstorbenen. Eine Einkommensanrechnung der Kinder erfolgt nicht.

BEACHTEN SIE:

- In der gesetzlichen Unfallversicherung können Geschädigte gegen Schädiger keine weiteren zivilrechtlichen Ansprüche, z. B. Schmerzensgeld, geltend machen.
- Zivilrechtliche Ansprüche gegen Arbeitgeber*innen oder gegen Arbeitskolleg*innen sind ausgeschlossen, es sei denn, diese Personen haben die Krankheit vorsätzlich herbeigeführt. Auch wenn diese Regelung im ersten Moment nachteilig klingt, hat sie für die Kranken erhebliche Vorteile:
 - Der Anspruch gegen den Unfallversicherungsträger ist verschuldensunabhängig, d. h., auch ein unter Umständen erhebliches Mitverschulden oder eine nicht zu klärende Schuldfrage lässt den Anspruch nach Art und Umfang unberührt.
 - Der Anspruch ist immer gegen solvente Schuldner*innen gerichtet, denn die bei zivilrechtlichen Ansprüchen häufige Gefahr der Zahlungsunfähigkeit der Schuldner*innen besteht nicht.
 - Der Leistungsumfang der gesetzlichen Unfallversicherung geht deutlich über das hinaus, was private Personen und ihre Versicherungen regelmäßig leisten. Insbesondere ist neben der medizinischen und beruflichen Rehabilitation hier auf die lebenslange dynamische Rente bei Dauerschäden sowie ggf. auf eine Hinterbliebenenversorgung hinzuweisen.


- Hilfeleistenden Personen werden auf Antrag auch die erlittenen Sachschäden sowie die Aufwendungen ersetzt, die sie den Umständen nach für erforderlich halten durften. Wird z. B. eine Brille beschädigt oder geht sie verloren, erfolgt Schadensersatz auf Kosten der Unfallversicherung.
- Sachschäden der Versicherten werden von der Unfallversicherung nicht ersetzt.
- Im Unfallversicherungsrecht werden gesundheitliche Beeinträchtigungen in Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) „ausgedrückt“, dagegen im Schwerbehindertenrecht durch den Grad der Behinderung (GdB). Beide Grade können sich durchaus unterscheiden: Während beim GdB alle tatsächlich vorliegenden (also auch unfallunabhängigen) Gesundheitsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen sind, fließen in die unfallbedingte MdE nur die Beeinträchtigungen ein, die auf den Versicherungsfall (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) zurückzuführen sind.

Ärztliche Konsequenzen aus der Verdachtsanzeige einer Berufskrankheit

- Die ärztliche Erhebung der Daten in Form der „Anzeige bei Verdacht auf eine Berufskrankheit“ wird von den Unfallversicherungsträgern mit einer so genannten Berichtsgebühr nach Nr. 141 UV-GOÄ in Höhe von 17,96€ (Stand 1. April 2021) vergütet.
- Gemäß § 29 Abs. 1 SGB VII soll die Heilbehandlung mit Arznei- und Verbandmitteln erreicht werden, „für die Festbeträge im Sinne des § 35 oder § 35a des Fünften Buches festgesetzt sind“. Die Kosten bis zur Höhe dieser Beträge trägt der Unfallversicherungsträger. Wird aber ein Arznei- oder Verbandmittel ärztlich verordnet, dessen Preis den Festbetrag überschreitet, müssen Ärzt*innen Versicherte auf die sich aus der Verordnung ergebende Übernahme der Mehrkosten durch Patient*innen hinzuweisen.
- Die Regelungen zu den Arznei- und Heilmittelbudgets des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 wurden zum Jahresende 2001 durch das Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets⁴ abgeschafft. Gleichzeitig können aber gemäß § 84 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkasse ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel vereinbaren. Überschreitungen müssen, Unterschreitungen können Gegenstand dieser Verträge werden und wirken sich damit auf die Honorarverhandlungen aus. Auch können die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Bonus gewähren.

Dazu ermittelt die KV für die einzelne Kassenarztpraxis jeweils eine individuelle Richtgröße für das Verordnungsvolumen. Für einzelne Facharztgruppen gelten außerdem spezifische Richtgrößen. Gemäß § 106 SGB V findet eine Richtgrößenprüfung statt, wenn Ärzt*innen ihr so genanntes Prüfungsvolumen überschreiten und dies nicht durch Praxisbesonderheiten (z. B. besonders viele chronisch kranke Patient*innen) begründen kann. Liegen Ärzt*innen mehr als 25 Prozent über dem Richtwert, müssen sie den Krankenkassen die Mehrausgaben erstatten, wenn sie nicht ebenfalls durch Praxisbesonderheiten zu erklären sind. Die Existenz einer Praxis darf durch die Erstattung an die Kassen jedoch nicht gefährdet werden. Kassenärzt*innen, die ihr Richtgrößenvolumen nicht überschreiten, können Bonuszahlungen erhalten.

⁴BGBl. I 2001 Nr. 71 vom 21. Dezember 2001.



Sanofi und Regeneron haben sich gemeinsam dem besseren Verständnis von Inzidenz, Identifizierung und Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms verpflichtet.

© 2023 Regeneron Pharmaceuticals, Inc., and Sanofi-Aventis Deutschland GmbH | Lützowstraße 107 | 10785 Berlin
Telefon 0800 0436996 | www.sanofi.de. All rights reserved. 347028 - MAT-DE-2300816 V1.0 03/2023

sanofi | **REGENERON®**