
WEGWEISER ZU SOZIAL LEISTUNGEN

ANTWORTEN. HILFEN. PERSPEKTIVEN.



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

**Diese Broschüre entstand in Zusammenarbeit der Deutschen Krebshilfe
und der Deutschen Krebsgesellschaft**

Herausgeber

Stiftung Deutsche Krebshilfe
Buschstraße 32
53113 Bonn
Telefon: 02 28 / 7 29 90-0
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Fachliche Beratung

Ulrich Kurlemann
Leitung Stabsstelle Sozialdienst / Case Management
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster

Jürgen Walther
Leitung Sozialdienst
Nationales Centrum für Tumorerkrankungen
Im Neuenheimer Feld 460
69120 Heidelberg

Text und Redaktion

Isabell-Annett Beckmann, Stiftung Deutsche Krebshilfe
Beate Gimbel, INFONETZ KREBS, Stiftung Deutsche Krebshilfe

Stand 4 / 2020

ISSN 0946-4816
040 0010

Dieser blaue Ratgeber ist Teil einer Broschürenserie, die sich an Krebsbetroffene, Angehörige und Interessierte richtet. Die Broschüren dieser Reihe informieren über verschiedene Krebsarten und übergreifende Themen der Krankheit.

Die blauen Ratgeber geben **ANTWORTEN** auf medizinisch drängende Fragen. Sie bieten konkrete **HILFEN** an, um die Erkrankung zu bewältigen. Und zeigen **PERSPEKTIVEN** auf für ein Leben mit und nach Krebs.

INHALT

VORWORT 5

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN 8

LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG 10

- Arznei- und Verbandmittel 10
- Heilmittel 12
- Hilfsmittel 13
- Fahrkosten 14
- Stationäre Krankenhausaufenthalte 15
 - Entlassmanagement 16
- Übergangspflege 16
- Haushaltshilfe 18
- Häusliche Krankenpflege (SGB V Leistungen) 20
- Lindernde (*palliativmedizinische*) Behandlung 21
 - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 23
- Hospizpflege 23
- Krankengeld 25

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG 26

- Krankengeld 27
- Aussteuerung / Nahtlosigkeitsregelung 30
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 31
- Erwerbsminderungsrente 32

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG 34

- Pflegebedürftigkeit 36
- Leistungen für häusliche Pflege 41
 - Pflegegeld 42
 - Pflegesachleistungen 43
 - Leistungen für pflegende Angehörige 44
 - Pflegezeitgesetz 44
- Leistungen für (teil-)stationäre Pflege 49
- Steuerliche Erleichterung bei schwerer Pflegebedürftigkeit 52

REHABILITATION 53

- Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) 54
- Onkologische Rehabilitation 55
 - Rehabilitationskuren für krebskranke Menschen 55
 - Teilstationäre (*ambulante*) Rehabilitation 56
- Berufliche Wiedereingliederung (*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*) 59
- Rehabilitationssport 61

SCHWERBEHINDERUNG 63

- Antragstellung 64
 - Wie wird der Grad der Behinderung festgestellt? 66
- Der Schwerbehindertenausweis 67
- Nachteilsausgleiche für Schwerbehinderte 68
 - Steuervergünstigungen 68
 - Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz 70
 - Pkw-Nutzung 71
- Öffentliche Verkehrsmittel 75
- Weitere Nachteilsausgleiche 77

BELASTUNGSGRENZEN UND ZUZAHLUNGEN 78

Belastungsgrenzen 79

Zuzahlungen auf einen Blick 84

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT 86**HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS 90****PRIVATE VERSICHERUNG 92**

Der Basistarif 93

Die Beiträge im Basistarif 94

Der Standardtarif 96

Die Beiträge im Standardtarif 97

Der Notlagentarif 98

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE 100**HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT 101**

Informationen im Internet 113

ABKÜRZUNGEN 119**NOCH FRAGEN? 120****QUELLENANGABEN 129****INFORMIEREN SIE SICH 131****SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG 136**

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

Krebs. Eine Diagnose, die Angst machen kann. Die von Trauer, manchmal Wut und oft Hilflosigkeit begleitet wird. Eine Zeit, in der die Betroffenen selbst, aber auch ihre Familien und Freunde Unterstützung und viele Informationen benötigen.

Wenn Sie an Krebs erkrankt sind und vielleicht für längere Zeit nicht berufstätig sein können, ist es wichtig zu wissen, auf welche Sozialleistungen Sie einen Anspruch haben. Unsere sozialen Sicherungssysteme bieten Ihnen im Krankheitsfall zahlreiche Hilfen an. Diese Unterstützung steht Ihnen rechtlich zu, und Sie können sie auch annehmen.

Als Versicherter in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, aber auch als Arbeitslosengeld II-Empfänger (Hartz IV-Empfänger) haben Sie für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf alle medizinischen Leistungen, die erforderlich sind. Dies gilt für die Behandlung bei Ihrem Arzt und für die Krankenhausbehandlung.

Diese Broschüre erläutert die gesetzlichen Regelungen, wie sie im Augenblick gelten. Immer wieder gibt es allerdings bei den verschiedenen Kostenträgern Sonder- oder Ausnahmeregelungen oder es ergeben sich aktuelle gesetzliche Änderungen. Wenn Sie sicher sein möchten, ob eine bestimmte Leistung für Sie gezahlt wird, fragen Sie deshalb direkt bei der dafür zuständigen Stelle nach.

Möglicherweise haben Sie Hemmungen davor, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen oder sich von den entsprechenden Stellen beraten zu lassen. Vielleicht fürchten Sie auch einen endlosen Papierkrieg oder schämen sich wegen Ihrer vorübergehenden Hilfsbedürftigkeit.

Aber bedenken Sie: Es geht bei diesen Hilfsmaßnahmen nicht um Almosen, sondern um Leistungen, auf die Sie einen Anspruch haben. Leistungen, die Ihnen helfen werden, so schnell wie möglich Ihr gewohntes Leben wiederaufzunehmen. Konzentrieren Sie daher Ihren Willen und Ihre Kräfte darauf, gesund zu werden.

Vielleicht kann Ihnen der Sozialarbeiter der Klinik, in der Sie behandelt werden, schon während des Krankenhausaufenthaltes helfen. Er kennt die sozialrechtlichen Möglichkeiten, die Sie nach der Entlassung haben, und kann Sie beraten. Denn Sie können außer der ärztlichen Behandlung auch, soweit es notwendig ist, eine Kur, häusliche Krankenpflege oder eine Haushaltshilfe in Anspruch nehmen.

Gesetze werden in Amtssprache geschrieben. Hier gibt es oft Ausdrücke, die wir als ungewöhnlich, vielleicht sogar als gefühllos empfinden. Sozialarbeiter oder Sachbearbeiter in Ämtern benutzen daher ebenfalls oft diese für Sie ungewohnten Begriffe. Lassen Sie sich dadurch nicht verunsichern.

Alle sozialrechtlichen Angebote sollen Sie dabei unterstützen, so gut wie möglich in Ihren Alltag zurückzukehren. Diese Broschüre gibt Ihnen einen ersten Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten. Wir hoffen, dass wir Sie mit diesem Ratgeber dabei

unterstützen können, das Leben mit Ihrer Erkrankung zu bewältigen, und wünschen Ihnen alles Gute. Darüber hinaus helfen Ihnen die Mitarbeiter der Deutschen Krebshilfe auch gerne persönlich weiter. Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an!

Ihre

**Deutsche Krebshilfe und
Deutsche Krebsgesellschaft**

In eigener Sache

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre helfen können. Bitte lassen Sie uns wissen, ob uns das auch wirklich gelungen ist. Auf dem Fragebogen am Ende der Broschüre können Sie uns Ihre Meinung mitteilen. Auf diese Weise können wir den Ratgeber immer weiter verbessern. Vielen Dank!

Damit unsere Broschüren besser lesbar sind, verzichten wir darauf, gleichzeitig männliche und weibliche Sprachformen zu verwenden. Alle Personenbezeichnungen schließen selbstverständlich beide Geschlechter ein.

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN

Wenn Menschen krank oder arbeitslos sind, sorgen Sozialleistungen dafür, dass sie trotzdem ein Mindestmaß an wirtschaftlicher Lebensgrundlage haben. Wer hat Anspruch auf welche Sozialleistungen? An welche Institutionen muss man sich wenden, um diese zu beantragen?

Sozialleistungen ist der Oberbegriff für alle Geld- und Sachleistungen, die Menschen überwiegend vom Staat erhalten: zum Beispiel Krankengeld, Sozialhilfe, Rente oder Rehabilitationsmaßnahmen. Sie werden überwiegend dadurch finanziert, dass Versicherte und Arbeitgeber Beiträge in die jeweiligen Versicherungen einzahlen.

Wenn Sie für längere Zeit nicht berufstätig sein können, erhalten Sie Leistungen von der Krankenkasse, vom Rentenversicherer oder anderen Institutionen. Es ist wichtig zu wissen, worauf Sie Anspruch haben, damit Sie nicht zu stark selbst belastet werden. Die folgenden Informationen sollen Ihnen einen ersten Überblick geben.

Bei Kliniksozialdiensten, ambulanten Krebsberatungsstellen und den Beratungsstellen der zuständigen Sozialleistungsträger können Sie sich genauer informieren und beraten lassen.

Die Sozialleistungsträger sind

- Ihre Krankenkasse / -versicherung
- Den Rentenversicherungsträger
- Das Sozialamt
- Das Versorgungsamt oder
- Die Arbeitsagentur

Sie können sich an jede dieser Einrichtungen wenden. Jeder Sozialleistungsträger ist gesetzlich verpflichtet, Ihnen allgemeine Auskünfte zu geben, Anträge anzunehmen und diese gegebenenfalls weiterzuleiten.

Haben Sie keine Hemmungen, Scham oder gar Angst, zu solchen Beratungsstellen zu gehen. Sie bitten nicht um Almosen, sondern nehmen Leistungen in Anspruch, die Ihnen zustehen und die Ihnen den Weg zurück in den Alltag erleichtern sollen.

LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Medizinische Leistungen, die für die Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, werden von den Kostenträgern bezahlt. Einen Teil davon müssen Versicherte allerdings selbst übernehmen.

Arznei- und Verbandmittel

Alle verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmittel, für die Ihnen Ihr Arzt ein Rezept ausstellt, werden von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Sie müssen allerdings einen bestimmten Betrag zuzahlen: Grundsätzlich sind dies zehn Prozent des Preises. Die Zuzahlung beträgt aber mindestens fünf und höchstens zehn Euro. Keinesfalls darf die Zuzahlung höher sein als der eigentliche Preis des Medikaments oder Verbandmittels.

Beispiel: Ihr Arzt hat Ihnen Tabletten verschrieben, die 80,00 Euro kosten. Hierfür zahlen Sie acht Euro (gleich zehn Prozent) zu. Bei einem sehr teuren Medikament für 160,00 Euro zahlen Sie nur zehn Euro, denn die Zuzahlung ist auf höchstens zehn Euro begrenzt. Bei einer Salbe für 14,00 Euro müssen Sie fünf Euro entrichten (mindestens fünf Euro Zuzahlung).

Keine Zuzahlung bei preisgünstigen Medikamenten

Für besonders preisgünstige Medikamente brauchen Sie keine Zuzahlungen zu leisten: Wenn mehrere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff auf dem Markt sind, dürfen die Krankenkassen dafür sogenannte Festbeträge festlegen, die sie voll erstatten. Die Zuzahlung entfällt dann, wenn der Preis 30 Prozent unter

dem Festbetrag liegt. Fragen Sie Ihren Arzt, welche zuzahlungsfreien Medikamente für Sie in Frage kommen.

Für bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel gibt es Festbeträge. Die Krankenkassen zahlen dabei nicht mehr den von den Pharmaherstellern festgesetzten Einzelpreis eines Medikaments, sondern erstatten lediglich den Betrag, der für eine Gruppe von vergleichbaren Präparaten festgelegt wurde. Übersteigt der Preis eines rezeptpflichtigen Medikaments diesen Festbetrag, müssen die Patienten die Mehrkosten selbst tragen. Davon sind auch diejenigen Versicherten betroffen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Medikamente, die Sie ohne Rezept kaufen können (sogenannte *OTC-Präparate*, over the counter (engl.) = über den Tresen), werden bis auf wenige Ausnahmen nicht von den Kassen erstattet. Dazu gehören unter anderem Mittel gegen Erkältung oder Abführmittel, aber auch sogenannte Life-Style-Präparate wie Potenzmittel oder Appetitzügler.

Ausnahme: Die Krankenkassen bezahlen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder unter zwölf Jahren, wenn der Arzt ein Rezept dafür ausgestellt hat.

Sonderregelung bei Therapiestandard

Auch für schwere Erkrankungen wie Krebs gibt es bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine Sonderregelung: Wenn sie als sogenannter Therapiestandard gelten, werden sie von der Krankenkasse bezahlt. Die Liste der Medikamente, die dazu gehören, wird fortlaufend ergänzt. Fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Apotheker. Sie können sich die Liste der verordnungsfähigen rezeptfreien Arzneimittel (*OTC-Ausnahmeliste*) auch im Internet unter www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/richtlinie/ herunterladen.

> Internetadresse

Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören zum Beispiel Krankengymnastik, Manuelle Therapie oder Massagen (physikalisch-therapeutische Verordnungen), aber auch Sprach- und Ergotherapie.

Alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen zehn Prozent der Kosten für jede Anwendung selbst tragen. Dazu kommen zehn Euro je Verordnung, die Sie in der Heilmittelpraxis bezahlen müssen. Diese Zuzahlungsregelung gilt auch für die Heilmitteltherapie, die in ärztlichen Praxen durchgeführt wird.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Schwer chronisch kranke Betroffene, die aufgrund einer dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigung langfristig Physiotherapie, Sprach- oder Ergotherapie sowie Lymphdrainage benötigen, können sich diese Behandlungen von ihrer Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen lassen. Wenn Ihr Arzt eine solche sogenannte langfristige Heilmittelbehandlung für sinnvoll hält, dann lassen Sie sich von ihm eine entsprechende Bescheinigung ausstellen. Damit können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung stellen. Die Kasse muss innerhalb von drei Wochen über den Antrag entscheiden. Muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet werden, verlängert sich dieser Zeitraum auf fünf Wochen.

Übrigens: Hat die Krankenkasse die Therapie als langfristigen Heilmittelbedarf genehmigt, belasten die Verordnungen nicht das Budget des verordnenden Arztes. Dafür hat der Arzt allerdings einen hohen bürokratischen Aufwand.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sichern den Erfolg einer Behandlung oder gleichen eine Behinderung aus. Zu den Hilfsmitteln zählen Prothesen (zum Beispiel Brustprothesen), prothesengerechte Badeanzüge, Hörgeräte, Sprechhilfen, Gehhilfen, Rollstühle, Artikel zur Stomaversorgung und Perücken. Damit die Krankenkasse die Kosten (bis auf die von Ihnen zu leistende Zuzahlung) übernimmt, muss Ihr Arzt die Hilfsmittel verordnen.

Für Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent des Abgabepreises zu, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Bei Hilfsmitteln, die verbraucht werden – etwa Windeln bei Inkontinenz – müssen Sie zehn Prozent des Packungspreises selbst bezahlen, aber nicht mehr als zehn Euro pro Monat. Auch für diese Zuzahlungen gilt die jährliche Belastungsgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab Seite 78 dieser Broschüre.

Bei bestehenden Festbeträgen zahlt die Krankenkasse nur diese

Wenn für Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Bevor Sie Ihr Rezept abgeben, fragen Sie auf jeden Fall, ob die Kosten für dieses Hilfsmittel über dem Festbetrag liegen. Diese Differenz müssten Sie selbst bezahlen. Sollte das der Fall sein, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse. Sie ist verpflichtet, Sie mit Hilfsmitteln zum Festbetrag zu versorgen, und muss Ihnen daher Anbieter nennen können, die das verordnete Hilfsmittel zum Festbetrag liefern. Hilfsmittel mit Festbetrag sind zum Beispiel: Stomaartikel, Inkontinenzhilfen und Hilfen zur Kompressionstherapie.

Für Sehhilfen und Brillen gibt es keinen Zuschuss der Krankenkassen mehr. Ausgenommen davon sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie schwer sehbeeinträchtigte Menschen.

Private Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung* gibt es in der Regel keine Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Privat Versicherte können allerdings mit ihrer Krankenversicherung einen sogenannten Selbstbehalt vereinbaren. Das bedeutet: Pro Jahr bezahlen Sie die Kosten für medizinische Behandlung, Arzneimittel und so weiter bis zu einer bestimmten Summe selbst. Alles, was darüber hinausgeht, übernimmt die Krankenversicherung. Je höher der gewählte Selbstbehalt ist, desto geringer ist der zu zahlende Beitrag.

Fahrkosten

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur in wenigen Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Dazu gehören: Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie, zur Dialyse und Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Kennzeichen [aG] für außergewöhnliche Gehbehinderung, [Bl] für blind oder [H] für hilflos). Auch wenn Sie Pflegegrad 3, 4 oder 5 (ebenso Versicherte mit Pflegestufe 2 bis 31.12.2016 und Überleitung in Pflegegrad 3 ab 1.1.2017) haben oder Ihre Erkrankung vergleichbar schwer ist und über längere Zeit ambulant behandelt werden muss, werden die Fahrkosten von der Krankenkasse übernommen.

Auf jeden Fall muss die Krankenkasse die Fahrten aber zuvor genehmigen. Sie selbst müssen sich an den Kosten beteiligen: mit zehn Prozent, mindestens aber mit fünf Euro, höchstens mit

* Seit dem 1. Januar 2009 sind die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der die gleichen Leistungen umfasst wie die gesetzlichen Krankenkassen. Die hier genannten Regelungen bezüglich der privaten Krankenversicherungen beziehen sich nicht auf diesen Basistarif.

Stationäre Behandlung

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

zehn Euro pro Fahrt. Liegen die Kosten für eine Fahrt unter fünf Euro, brauchen Sie nur den wirklich entstandenen Preis zu bezahlen.

Diese Zuzahlungsverpflichtung besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

An den Fahrten ins Krankenhaus und zurück, an Rettungsfahrten oder Krankentransporten müssen Sie sich ebenfalls mit zehn Prozent der Kosten beteiligen. Hier gelten genauso die Mindestgrenze von fünf Euro und die Höchstgrenze von zehn Euro. Oder, wenn sie niedriger sind, die tatsächlich entstandenen Kosten.

Private Krankenversicherungen erstatten im Allgemeinen medizinisch notwendige Fahrten zu ambulanten wie stationären Gesundheitsdiensten. Oft sind allerdings Kilometerpauschalen mit einer bestimmten Obergrenze vorgesehen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung.

Stationäre Krankenhausaufenthalte

Wenn Sie stationär im Krankenhaus behandelt werden müssen, dann bezahlt Ihre Krankenkasse dies so lange, wie es die Behandlung erfordert. Sie müssen jedoch zehn Euro pro Tag zuzahlen, und zwar für längstens 28 Tage in einem Kalenderjahr. Kinder unter 18 Jahren brauchen nichts zu zahlen.

Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Entlassmanagement

Damit Sie nach Ihrem voll- oder teilstationären Krankenhaus-aufenthalt lückenlos weiter versorgt werden, sind die Kranken-häuser seit Oktober 2017 verpflichtet, für Patienten, die gesetz-lich versichert sind, ein sogenanntes Entlassmanagement zu organisieren.

Das bedeutet: Das Krankenhaus muss feststellen, ob und welche Unterstützung Sie zu Hause benötigen. So können eventuell notwendige Anträge beziehungsweise Genehmigungsverfahren für Ihren Bedarf eingeleitet werden, und zwar noch während Sie im Krankenhaus behandelt werden. Verordnungen und Beschei-nigungen können von einem Krankenhausarzt mit abgeschlosse-ner Facharztweiterbildung für höchstens sieben Tage ausgestellt werden. Sie müssen dem Entlassmanagement (gewöhnlich be-reits bei Aufnahme) schriftlich zustimmen.

Zum Entlassmanagement gehören

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Arzneimittel in kleinen Packungsgrößen
- Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege

Darüber hinaus gibt ein sogenannter Entlassplan an, was der Betroffene voraussichtlich nach der Entlassung aus dem Kran-kenhaus benötigt. Dazu gehören etwa Medikamente, Therapie, Haushaltshilfe und gegebenenfalls Pflegebedarf. So wird der weiterbehandelnde Arzt rechtzeitig informiert.

Übergangspflege

Auch wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversi-cherung vorliegt, können Sie im Rahmen der Übergangspflege zu Hause Leistungen erhalten, damit Sie pflegerisch und häuslich versorgt sind. Die Übergangspflege schließt eine Versorgungs-

lücke für Betroffene, die sich besonders nach einem Kranken-hausaufenthalt selbst nicht pflegen und versorgen können und bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung Unterstützung brauchen.

Sie haben Anspruch auf Übergangspflege, wenn

- Keine andere in Ihrer Wohnung lebende Person den Haushalt führen kann
- Keine Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden

Diese Leistungen können Sie bei der Krankenkasse beantragen

Was	Für wie lange	Das benötigen Sie
Haushaltshilfe (ohne Kinder)	Bis zu vier Wochen	Bescheinigung über Grund, Umfang und Dauer (Erforderlichkeitsbescheinigung)
Häusliche Kranken-pflege mit Grund-pflege und haus-wirtschaftlicher Versorgung	Bis zu vier Wochen	• Verordnung durch die Fachärzte des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagements • Anschließende Verschreibung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt ist möglich
Kurzzeitpflege	Bis zu acht Wochen	Beantragung bei Ihrer Pflegekasse bzw. Krankenkasse (sofern noch kein Pflege-grad vorliegt)

Haushaltshilfe

Wenn Sie ins Krankenhaus müssen, eine ambulante oder stationäre Kur machen oder zu Hause gepflegt werden und deshalb den Haushalt nicht selbst weiterführen können, haben Sie als gesetzlich Versicherter unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Haushaltshilfe.

Sie haben Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn

- Keine andere in Ihrem Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann
- Zu Beginn dieser Zeit in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder das behindert und somit auf Hilfe angewiesen ist

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch in anderen Fällen eine Haushaltshilfe vorsehen. Sie kann dabei Dauer und Umfang der Leistung bestimmen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Für jeden Kalendertag, an dem die Hilfe bei Ihnen tätig ist, müssen Sie zehn Prozent der Kosten selbst übernehmen, mindestens fünf Euro, höchstens aber zehn Euro.

Pflegekraft oder Kostenübernahme

Wie bei der häuslichen Krankenpflege kann die Kasse auch bei der Haushaltshilfe entweder eine entsprechende Haushaltskraft zur Verfügung stellen oder die Kosten – in angemessener Höhe – für eine Person erstatten, die Sie selbst ausgesucht haben. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad können unter Umständen die Fahrkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Denken Sie auf jeden Fall daran, rechtzeitig vorher einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Wenn Sie Ihren Haushalt nicht selbst führen können, keine andere Einrichtung die Kosten für eine Haushaltshilfe übernimmt und Sie diese auch nicht selbst aufbringen können, kann Sie auch das Sozialamt unter bestimmten Voraussetzungen unterstützen.

Sind die Zahlungen für eine Haushaltshilfe ausgeschöpft oder werden diese abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, die durch die Erkrankung eines Elternteils nicht ausreichend versorgt sind, so können Sie beim Jugendamt einen Antrag auf „ambulante Familienpflege“ stellen.

Private Krankenversicherung

In welchem Umfang private Krankenversicherungen zahlen, hängt vom jeweils abgeschlossenen Vertrag ab.

Haushaltshilfe ohne Kinder

Wenn Sie wegen Ihrer Erkrankung und besonders nach einem (ambulanten) Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation Ihren Haushalt nicht weiterführen können, haben Sie seit 1.1.2016 auch Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind. Dazu gehört unter anderem, dass Sie eine Haushaltshilfe bekommen können, selbst wenn Sie keine Kinder haben (siehe Seite 16, Übergangspflege).

Haushaltshilfe bei Reha

Unter den zuvor genannten Voraussetzungen können Sie auch während einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme eine Haushaltshilfe in Anspruch nehmen. In diesem Fall trägt die Deutsche Rentenversicherung die Kosten dafür.

Liegen die Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe nicht vor, weil Ihr Kind zum Beispiel schon älter als zwölf Jahre ist, können unvermeidbare Kosten für die Betreuung des Kindes zumindest bezuschusst werden. Einzelheiten dazu erfahren Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger.

Wichtig: Beantragen Sie eine Haushaltshilfe möglichst vor Beginn der Rehabilitationsleistung. Ihr Rentenversicherungsträger hält entsprechende Vordrucke für Sie bereit.

Häusliche Krankenpflege (SGB V Leistungen)

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die häusliche Krankenpflege: wenn eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist oder wenn ein Krankenhausaufenthalt durch eine Versorgung zu Hause verkürzt oder vermieden werden kann. Spezielle Pflegedienste (zum Beispiel Sozialstationen), die Ihnen die Krankenkasse, der Arzt oder das Krankenhaus vermitteln kann, übernehmen dann Ihre Versorgung. Kann die Krankenkasse Ihnen keine Pflegekraft stellen, können Sie sich selbst darum kümmern. Die Kosten werden Ihnen in angemessener Höhe erstattet. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht bis zu vier Wochen, in Ausnahmefällen auch länger.

Voraussetzung ist immer, dass keine andere Person, die im Haushalt lebt, Sie in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann. Ihr Arzt muss die häusliche Krankenpflege verordnen.

Zur häuslichen Krankenpflege gehören

- Die sogenannte Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung)
- Die Grundpflege (zum Beispiel Körperpflege)
- Die hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Essen zubereiten)

Die Krankenkasse übernimmt allerdings keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung mehr, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind. Einzelheiten

dazu finden Sie im Kapitel „Leistungen der Pflegeversicherung“ ab Seite 34 dieser Broschüre.

Unabhängig von einer Krankenhausbehandlung haben Sie ebenfalls Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn sich nur dadurch die ärztliche Behandlung sichern lässt. In diesem Fall erhalten Sie jedoch nur Behandlungspflege. Ob Ihnen auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zustehen, regelt die Satzung Ihrer Krankenkasse.

Auch an den Kosten für die häusliche Krankenpflege müssen Sie sich beteiligen, und zwar mit zehn Euro pro Verordnung plus zehn Prozent je einzelner Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Häusliche Krankenpflege kann im Haushalt des Versicherten erfolgen, in Wohngemeinschaften oder in betreuten Wohneinrichtungen, unter bestimmten Voraussetzungen auch in der Schule oder in Behindertenwerkstätten. Einen Anspruch haben auch Menschen ohne festen Wohnsitz (beispielsweise in Obdachlosenheimen, Männerwohnheimen oder Frauenhäusern). Kein Anspruch besteht in stationären Einrichtungen.

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen zahlen für häusliche Krankenpflege meist wie die gesetzlichen Krankenkassen.

Lindernde (*palliativmedizinische*) Behandlung

Ist die Erkrankung so weit fortgeschritten, dass sie nicht mehr heilbar ist, kann die lindernde (*palliative*) Behandlung für die Betroffenen noch sehr viel tun, damit es ihnen in der ihnen verbleibenden Lebenszeit gut geht.

Ein wesentliches Ziel der Palliativmedizin ist es, in der letzten Lebensphase dem Kranken selbst und seinen Angehörigen viel Beistand, aber auch konkrete Hilfe anzubieten.

Eine ganzheitliche palliativmedizinische Betreuung soll körperliche Beschwerden – ganz besonders Schmerzen – lindern, aber ebenso seelische, soziale und geistige Probleme angehen. Hauptziel ist, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die Angehörigen, auch über die Sterbephase hinaus, zu begleiten.

➤ **Ratgeber
Palliativmedizin
Patientenleitlinie**

Ausführliche Erläuterungen zur palliativmedizinischen Behandlung finden Sie in der Broschüre „Palliativmedizin – Die blauen Ratgeber 57“ der Deutschen Krebshilfe sowie in der Patientenleitlinie Palliativmedizin. Beides können Sie bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos bestellen (Bestellformular Seite 131) oder herunterladen (www.krebshilfe.de/informieren).

➤ **Hörbuch**

Unter dem Titel „Leben Sie wohl“ hat die Deutsche Krebshilfe außerdem ein Hörbuch zum Thema Palliativmedizin herausgegeben. Patienten und Angehörige, die im Mildred Scheel Haus Köln (Zentrum für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Köln) betreut wurden, kommen ebenso zu Wort wie Ärzte und Pflegende. Auch dieses Hörbuch erhalten Sie kostenlos bei der Deutschen Krebshilfe.

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Palliativversorgung. Diese wird von Ihrem behandelnden Arzt, Hausarzt oder Krankenhausarzt verordnet.

Wenn Sie palliativmedizinische Betreuung brauchen – ob stationär oder ambulant – sprechen Sie zunächst Ihren Hausarzt oder Ihren behandelnden Onkologen an. Viele Ärzte arbeiten eng mit einem ambulanten palliativmedizinischen Netz zusammen. Unterstützung bieten auch die ambulanten Hospizdienste

➤ **Internetadressen**

an, die bei Ihnen in der Region vorhanden sind. Sie erhalten die Adressen bei Ihrer Krankenkasse, von Ihrem (Haus-) Arzt, im Internet unter www.hospiz.net, über das PalliativPortal unter www.palliativ-portal.de oder über den Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Schwerstkranke mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, die besonderen Versorgungsbedarf haben und bis zu ihrem Tod zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung bleiben möchten, haben in ihrer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Diese Leistung erbringt ein multiprofessionelles Kernteam, wobei mindestens ein Arzt und eine Pflegekraft eine spezialisierte palliativmedizinische Qualifikation vorweisen soll. Der Dienst muss rund um die Uhr erreichbar sein. Um die Qualität dieser Dienste zu sichern, hat der Gesetzgeber bestimmte Rahmenbedingungen vorgegeben.

Auch diese Leistung muss der behandelnde Arzt verordnen. Die schwerkranken Menschen werden unter anderem ärztlich, pflegerisch und psychologisch betreut.

Hospizpflege

**Stationäre
Hospizpflege**

In Hospizen werden Schwerstkranke mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung sowie sterbende Menschen betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich, aber eine Betreuung zu Hause nicht (mehr) möglich ist. Schwerpunktmäßig werden die Symptome der Erkrankung überwacht und die Be-

schwerden gelindert. Darüber hinaus geht es um die pflegerische, psychosoziale sowie spirituelle Betreuung des Menschen. Das Personal in einem Hospiz setzt sich aus hauptamtlichen professionell ausgebildeten sowie ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen, die in speziellen sogenannten Befähigungskursen auf ihre Aufgaben vorbereitet werden. Die ärztliche Betreuung übernehmen palliativmedizinisch ausgebildete niedergelassene Ärzte.

Ambulante Hospizdienste

Die stationären Hospizeinrichtungen werden durch ambulante Dienste ergänzt. Ambulante Hospizdienste unterstützen Kranke und deren Angehörige bei Aufgaben und Verrichtungen des Alltags, leisten psychosoziale Beratung, begleiten Sterbende und ihre Angehörigen und helfen den Hinterbliebenen nach dem Tod des Kranken bei der Trauerbewältigung.

Für die Aufnahme in ein Hospiz ist eine ärztliche Verordnung notwendig, die die Diagnose enthält und belegt, dass die Pflege in einem Hospiz erforderlich ist. Mit dieser Verordnung können Sie bei Ihrer Kranken- oder Pflegekasse einen Antrag stellen. Am besten ist es, wenn die Kostenübernahme der Kasse vor der Aufnahme in das Hospiz vorliegt. Antragsformulare erhalten Sie direkt bei den Hospizen oder bei Ihrer Kranken- / Pflegekasse.

Die gesetzlichen Kranken- / Pflegekassen übernehmen 90 Prozent der Kosten für den Hospizaufenthalt (bei Kinderhospizen sogar 95 Prozent), die restlichen zehn Prozent übernimmt der Träger des Hospizes. Sie brauchen also keinen eigenen Anteil zu leisten.

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen zahlen oft freiwillige Zuschüsse zu einem Hospizaufenthalt. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung.

Krankengeld

Das Krankengeld sichert Ihren Lebensunterhalt während einer längeren Krankheit und ist damit von erheblicher Bedeutung. Diese Leistung erhalten Versicherte, wenn sie durch Krankheit arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der Krankenkasse im Krankenhaus behandelt werden.

Ausführliche Informationen zum Krankengeld finden Sie im Kapitel „Wirtschaftliche Sicherung“ ab Seite 26 in dieser Broschüre.

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG

Eine Krebserkrankung kann zu Verdienstaufschlägen führen. Auch hierfür gibt es Leistungen der Krankenversicherung, die Sie in Anspruch nehmen können.

Entgeltfortzahlung

Wenn Sie berufstätig sind und krank werden, zahlt Ihr Arbeitgeber Ihre vollen Bezüge bis zu sechs Wochen weiter, wenn das Arbeitsverhältnis zuvor mindestens vier Wochen ununterbrochen bestanden hat (Entgeltfortzahlung). In manchen Tarifverträgen sind zum Teil auch längere Lohn- oder Gehaltsfortzahlungen vereinbart. Diese sechs Wochen werden nach Kalendertagen gerechnet; es sind also höchstens 42 Kalendertage.

Werden Sie wegen derselben Krankheit mehrfach krankgeschrieben, werden die Kalendertage zusammengerechnet. Umfasst also zum Beispiel die erste Krankschreibung 20 Tage, die zweite 15 und die dritte 10 Kalendertage, erhalten Sie bei der dritten Krankschreibung in den letzten drei Tagen keine Entgeltfortzahlung mehr, sondern Krankengeld.

Von dieser Regelung gibt es zwei Ausnahmen: Sie waren wegen dieser Erkrankung mindestens sechs Monate nicht arbeitsunfähig oder seit Beginn der ersten Krankschreibung wegen dieser Krankheit sind 12 Monate vergangen.

Sind Sie bereits arbeitsunfähig erkrankt und tritt währenddessen eine weitere Erkrankung auf, verlängert sich die Sechs-Wochen-Frist nicht. Sind Sie jedoch danach wieder arbeitsfähig und werden dann wegen einer anderen Erkrankung arbeitsunfähig, beginnt ein neuer 42-Tage-Zeitraum für die Entgeltfortzahlung.

Auch wer einen Minijob (450,00 Euro) hat, hat nach vier Wochen Beschäftigungszeit einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Krankengeld

Das Krankengeld sichert Ihren Lebensunterhalt während einer längeren Krankheit und ist damit von erheblicher Bedeutung. Diese Leistung erhalten Versicherte, wenn sie durch Krankheit arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der Krankenkasse im Krankenhaus behandelt werden und Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht. Das Krankengeld beträgt grundsätzlich 70 Prozent des regelmäßigen Bruttoentgelts, darf aber 90 Prozent des Nettoentgelts nicht überschreiten.

Da Personen mit einem Minijob in der Regel nicht selbstständig krankenversichert sind (meist familienversichert), haben sie keinen Anspruch auf Krankengeld.

Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)

Monatliches Bruttoentgelt	3.000,00 €	3.000,00 € : 30 Kalendertage = 100,00 € Davon 70 % = 70,00 €
Monatliches Nettoentgelt	1.800,00 €	1.800,00 € : 30 Kalendertage = 60,00 € Davon 90 % = 54,00 €

Daraus folgt: Das Krankengeld beträgt 54,00 € täglich

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenver-

sicherung und jeweils die Hälfte der anderen drei genannten Versicherungen.

➤ **Internetadresse**

Einige Krankenkassen haben auf ihren Internetseiten einen Krankengeldrechner. Unter www.finanz-tools.de finden Sie kostenlose Online-Rechner zu diesem und zu anderen Themen.

Das Krankengeld ist zwar steuerfrei, allerdings unterliegt es dem sogenannten Progressionsvorbehalt. Das heißt, dass das Krankengeld zum Jahreseinkommen hinzugerechnet wird, woraus sich ein höherer Steuersatz ergeben kann. Dies kann wiederum zu Nachzahlungen führen. Das Krankengeld wird immer rückwirkend ausgezahlt.

Sind Sie wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig, haben Sie für längstens 78 Wochen in drei Jahren Anspruch auf Krankengeld. In einem neuen Drei-Jahres-Zeitraum (Blockfrist) haben Sie wegen derselben Krankheit nur dann wieder Anspruch auf Krankengeld, wenn Sie entsprechend versichert sind, wenn Sie in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren, zudem erwerbstätig waren oder beim Arbeitsamt zur Vermittlung gemeldet waren. Kommt zu Ihrer Krebsdiagnose eine weitere Erkrankung dazu, verlängert dies nicht die Bezugsdauer des Krankengeldes. Eine neue Erkrankung bewirkt eine neue Drei-Jahres-Frist.

Krankengeld kann keine Dauerrente sein

Das Krankengeld ist keine unterbrochene Dauerrente. Es wird nicht gezahlt, wenn Sie sogenannte Lohnersatzleistungen bekommen (zum Beispiel Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld), wenn Sie sich nicht arbeitsunfähig gemeldet und wenn Sie Elternzeit genommen haben.

Wichtig: Damit Ihnen der volle Anspruch auf Krankengeld erhalten bleibt, ist eine lückenlose Krankschreibung erforderlich. Jede neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss sich lückenlos an die bisherige anschließen, sonst kann es passieren, dass für die fehlenden Tage das Krankengeld wegfällt (Ruhe des Krankengeldanspruchs) oder Ihr Anspruch auf Krankengeld sogar ganz verlorengeht.

Lückenlos heißt, dass eine erneute Krankschreibung am ersten Werktag, nachdem die letzte Krankmeldung endet, erfolgt. Samstage gelten dabei nicht als Werktage. Achten Sie aber darauf, dass trotz allem auch Samstage, Sonntage, Feiertage, Urlaubstage oder arbeitsfreie Tage bei flexibler Arbeitszeit („Brückentage“) auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) eingeschlossen sind.

Die Krankenkassen erkennen in der Regel nicht an, dass der Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung rückdatiert. Ausnahmen werden lediglich gemacht, wenn der Patient am betreffenden Tag nicht handlungs- oder geschäftsfähig war (zum Beispiel bei Koma oder akuter Psychose).

(Fach-)Ärzte im Krankenhaus dürfen Sie sieben Tage länger krankschreiben, als Ihr Aufenthalt dauert.

Sie sind verpflichtet, Ihrer Krankenkasse Ihre Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn zu melden.

Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation

Liegt ein ärztliches Gutachten vor, das besagt, dass Sie in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert sind, kann Ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer Sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation stellen müssen. Das gilt auch, wenn Sie die Voraussetzung für den Rentenbezug erfüllen.

Stellen Sie innerhalb dieser Zeit den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Dadurch wird sichergestellt, dass rechtzeitig Rehabilitationsmaßnahmen beziehungsweise Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

Private Krankenversicherung

Auch privat Versicherte haben in der Regel die Möglichkeit, mit ihrer Versicherung eine Krankentagegeldversicherung abzuschließen. Dessen Höhe wird tariflich vereinbart. Da der Versicherte nach Ablauf der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers die Beiträge zur Renten- und zur privaten Krankenversicherung selbst tragen muss, kann das Krankengeld sein Nettoeinkommen um die entsprechende Summe übersteigen. Auf diese Weise hat er keine finanziellen Einbußen. Höher darf das Krankentagegeld aber nicht sein.

Wann die Leistungen der Versicherung beginnen, kann individuell festgelegt werden. Bei Arbeitnehmern fangen die Zahlungen meistens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an. Zahlt der Arbeitgeber den Lohn noch länger, können die Versicherungsleistungen später einsetzen. Dann verringert sich auch der Versicherungsbeitrag. Bei Selbstständigen ist es hingegen sinnvoll, einen früheren Beginn festzulegen, beispielsweise ab dem 4., 15., 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Eine zeitliche Begrenzung der Krankentagegeldzahlungen gibt es nicht. Sie enden erst, wenn der Arzt bescheinigt, dass Sie wieder arbeitsfähig sind, oder wenn eine Berufsunfähigkeit festgestellt wird.

Aussteuerung / Nahtlosigkeitsregelung

Endet das Krankengeld nach 78 Wochen, wird das als „Aussteuerung“ bezeichnet. Hat ein Arbeitnehmer in der Folge keinen Anspruch auf Krankengeld mehr, ist aber weiterhin arbeitsunfähig, deutet vieles darauf hin, dass ihm die Erwerbsunfähigkeit droht.

Hat der Rentenversicherungsträger aber noch keine verminderte Erwerbsfähigkeit festgestellt, ergibt sich für den betroffenen Arbeitnehmer eine Lücke im sozialen Netz. Denn ihm fehlt in einem solchen Fall nicht nur ein gesichertes Einkommen (in Form des Krankengeldes), mit der Aussteuerung würde er auch den Krankenversicherungsschutz verlieren.

Diese Lücke kann durch das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit ALG I geschlossen werden. Diese Sonderform des Arbeitslosengelds bildet eine Brücke zur nachfolgenden Leistung und wird deshalb auch Nahtlosigkeitsregelung genannt. Der Anspruch besteht so lange, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird. Die Beiträge für die Krankenversicherung übernimmt in dieser Zeit das Arbeitsamt.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Wenn Ihr Kind krank ist und Sie deshalb nicht arbeiten gehen können, zahlen die Krankenkassen das sogenannte Kinderpflegekrankengeld.

Wichtig: Um dieses Krankengeld zu erhalten, benötigen Sie ein ärztliches Zeugnis, das bestätigen muss, dass Sie Ihr Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen und deshalb der Arbeit fernbleiben müssen.

Außerdem darf niemand in Ihrem Haushalt leben, der an Ihrer Stelle das Kind versorgen könnte, und das Kind muss jünger als zwölf Jahre sein. Pro Kalenderjahr können Versicherte für jedes gesetzlich versicherte Kind Krankengeld für höchstens zehn Arbeitstage (Alleinerziehende 20 Arbeitstage) beanspruchen, insgesamt aber nicht mehr als 25 Arbeitstage je Elternteil (Alleinerziehende maximal 50 Arbeitstage). Hat ein Versicherter bei sei-

nem Arbeitgeber Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit, geht dieser dem Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld vor.

Wie hoch das Kinderkrankengeld ist, hat der Gesetzgeber festgelegt (§ 45 Abs. 2 SGB V): Es beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, darf aber 70 Prozent der kalender-täglichen Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten. Der Tageshöchstsatz liegt im Jahr 2019 bei 105,88 Euro.

Für schwerstkranke Kinder, die nach ärztlichem Zeugnis nur noch wenige Wochen oder Monate leben werden, hat das „Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder“ die zeitliche Begrenzung des Kinderpflegekrankengeldes aufgehoben.

Erwerbsminderungsrente

Wenn Sie wegen Ihrer Krankheit nur eingeschränkt leistungsfähig sind und nur noch teilweise oder gar nicht mehr berufstätig sein können, besteht die Möglichkeit, eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung zu beantragen (§43 Abs. 1 Satz 2 beziehungsweise Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Sie erhalten dann eine volle Erwerbsminderungsrente, wenn Sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – unabhängig vom erlernten Beruf – nur noch weniger als drei Stunden arbeiten können. Wer noch drei bis sechs Stunden arbeiten kann, erhält eine Teilrente.

Wichtig: Im Rahmen der „Restleistungsfähigkeit“ müssen Sie jede Tätigkeit annehmen. Einen sogenannten Berufsschutz gibt es nicht mehr. Übergangsregelungen gelten nur für Personen, die vor dem 2.1.1961 geboren sind.

Sollten Sie keine Teilzeitbeschäftigung finden, erhalten Sie die volle Erwerbsminderungsrente. Es muss allerdings erwiesen sein, dass die Erwerbsminderung nicht durch eine Rehabilitationsmaßnahme behoben werden kann. Damit Sie die Rente bekommen, müssen Sie eine Versicherungszeit von mindestens 60 Kalendermonaten nachweisen können und innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt haben. Auf die Versicherungszeit können verschiedene Zeiten angerechnet werden, zum Beispiel Kindererziehungszeiten oder Kriegsdienst. Fragen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger nach.

Erwerbsminderungsrenten sind in der Regel auf drei Jahre befristet. Danach wird der Anspruch erneut überprüft.

Sie können während dieser Zeit auch in bestimmtem Umfang Geld hinzuverdienen. Wieviel dies sein darf, erfahren Sie bei Ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Sollte Ihre Erwerbsminderungsrente sehr niedrig sein, können Sie sich an das örtliche Sozialamt wenden, um eventuell zusätzliche Leistungen zu erhalten (Grundsicherung).

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Viele kranke oder behinderte Menschen können sich nicht mehr selbst versorgen und sind im Alltag auf Hilfe angewiesen. Diese Menschen haben Ansprüche auf Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung.

Zu den Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung gehören zum Beispiel: Pflegesachleistungen bei der häuslichen Pflege, Pflegegeld oder Beiträge zu den pflegerischen Aufwendungen bei stationärer Pflege. Diese Leistungen erbringen die sogenannten Pflegekassen. Dies sind selbstständige Einrichtungen der Krankenkasse, bei der ein Versicherter pflichtversichert ist. Er finanziert die Pflegekasse mit seinem Beitrag – genau wie er die Kranken- oder Rentenversicherung über seinen Lohn, sein Gehalt oder seine Rente finanziert.

Seit dem 1. Januar 2017 ist das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) in Kraft, das die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung von Grund auf erneuert und den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu festlegt. Auch die Begutachtung wurde reformiert.

Private Kranken- versicherung

Privat Versicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Beitrag richtet sich nach dem Alter und dem Gesundheitszustand beim Abschluss der Versicherung. Wenn der Versicherte bereits fünf Jahre lang pflegeversichert ist, darf der Beitrag nicht höher sein als der höchste Beitrag der sozialen Pflegeversicherung. Für Versicherte im neuen Basistarif der privaten Krankenversicherung gilt diese Beitragsbegrenzung von

Beginn an. Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Beratungsangebot

Infolge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008 wurde für privat Versicherte die unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung durch COMPASS initiiert. Die Pflegeexperten beraten privat Versicherte und ihre Angehörigen bundesweit zu allen Fragen der Pflegebedürftigkeit. COMPASS kann kostenlos unter 0800 / 101 88 00 erreicht werden (Mo bis Fr 8 – 19 Uhr, Sa 10 – 16 Uhr). Unter www.compass-pflegeberatung.de finden Sie im Internet weitere Informationen.

> Internetadresse

Pflege-Bahr

Seit 2013 gibt es eine staatliche Förderung zur privaten Pflegezusatzversicherung, den sogenannten Pflege-Bahr. Der Staat bezuschusst hierbei die private Pflegevorsorge mit fünf Euro monatlich beziehungsweise 60,00 Euro im Jahr, und zwar unabhängig vom Einkommen des Versicherten. Voraussetzung ist, dass Sie selbst monatlich mindestens zehn Euro Beitrag bezahlen. Die Förderung muss das Versicherungsunternehmen beantragen. Dieses darf keinen Antragsteller aus gesundheitlichen Gründen ablehnen. Auch Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Gesetzlich Versicherte können sich beim Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) beraten lassen.

Bundesministerium für Gesundheit

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Telefon: 030 / 340 60 66 - 02 (Mo bis Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)

> Internetadresse

Sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte finden weitere Beratung bei den Pflegestützpunkten: www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Themen/Pflege/pflege_node.html

Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber beschreibt, wer pflegebedürftig ist:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

In einfachen Worten: Wer sich auf längere Sicht nicht mehr allein versorgen kann, ist pflegebedürftig. Das Pflegestärkungsgesetz II, das zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, hat den Begriff der Pflegebedürftigkeit ganz neu definiert. Wurden bis Ende 2016 vor allem körperliche Einschränkungen berücksichtigt und der Hilfebedarf zum Beispiel beim Waschen, Anziehen und Essen in Minuten festgelegt, so wird jetzt überprüft, wie selbstständig ein Mensch im Alltag zurechtkommen kann. Dazu gehören neben den körperlichen auch geistige und psychische Beeinträchtigungen. Durch diese Änderungen erhalten nun auch Menschen, die bisher benachteiligt waren, Leistungen der Pflegeversicherung.

Im Rahmen dieser Erweiterung hat sich auch das Verfahren, wie die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, grundlegend geändert. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) muss begutachten, was der Betroffene bei der Bewältigung seines Alltags kann und was er nicht kann. Dabei werden alle Lebensbereiche berücksichtigt: also Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Für jeden dieser sechs Bereiche bewerten die Gutachter, wie stark die Selbstständigkeit der Person eingeschränkt ist und vergeben entsprechende Punkte; dabei werden die einzelnen Module unterschiedlich gewichtet. Zum Schluss ergeben die Punkte pro Modul einen Gesamtwert, der den Pflegegrad bestimmt.

Zusätzlich werden zwei weitere Module begutachtet: außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Diese Module werden jedoch lediglich bei der Erstellung eines Pflegeplans berücksichtigt. Sie sind nicht relevant für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Beurteilung von Fähigkeiten und Grad der Selbstständigkeit in sechs Modulen

Mobilität	Wie sieht es mit der körperlichen Beweglichkeit aus? Kann die betroffene Person zum Beispiel allein aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen?
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Dieser Bereich umfasst das Verstehen und Reden: Kann sich die Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für die Angehörigen belastend sind. Auch wenn Abwehrreaktionen bei pflegerischen Maßnahmen bestehen, wird dies hier berücksichtigt.

Selbstversorgung	Kann sich die Person selbstständig waschen, anziehen, die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?
Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung	Der MDK klärt, ob die betroffene Person zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen oder den Blutzucker eigenständig messen kann, ob sie mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder einem Rollator zurechtkommt und einen Arzt aufsuchen kann.
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Kann die Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten?

Gewichtung der Module

Modul 1	Mobilität	10 %
Modul 2 oder Modul 3	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 % (höherer Wert fließt ein)
Modul 4	Selbstversorgung	40 %
Modul 5	Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung	20 %
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

Die Einteilung erfolgt in fünf Pflegegrade

Pflegegrad		Punkte
1	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	12,5 – < 27
2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 27 – < 47,5
3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 47,5 – < 70
4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	ab 70 – < 90
5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	ab 90 – 100

Haben Sie früher bereits eine Pflegestufe erhalten, sind Sie zum 1. Januar 2017 automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet worden. Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit“ unter www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_Kurzversion.pdf.

Private Krankenversicherung

In der privaten Pflegepflichtversicherung stellt die private Firma „Medicproof – Gesellschaft für Medizinische Gutachten mbH“ die Pflegebedürftigkeit fest und stuft Sie in einen Pflegegrad ein. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.medicproof.de.

> Internetadresse

Antrag auf Pflegeleistungen

Sie beantragen Pflegeleistungen bei Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung (bei Ihrer Krankenkasse beziehungsweise Krankenversicherung). Den Antrag können Sie (oder auch Ihre Angehörigen) formlos – auch telefonisch – stellen. Danach

schickt Ihnen die Pflegekasse ein Antragsformular zu, das Sie ausgefüllt zurücksenden. Die Leistungen werden grundsätzlich von dem Tag an gewährt, an dem Sie den Antrag gestellt haben. Sind Sie schon länger pflegebedürftig, erhalten Sie die Leistungen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem Sie den Antrag gestellt haben. Sie können einen Antrag nicht „im Voraus“ stellen, sondern müssen zu diesem Termin bereits pflegebedürftig und mindestens fünf Jahre „vorversichert“ sein. Das heißt, Sie müssen in den letzten zehn Jahren mindestens fünf Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen sein.

Pflegeneuaustrichtungsgesetz

Das Pflegeneuaustrichtungsgesetz (PNG) gibt seit 2013 pflegebedürftigen Menschen mehr Selbständigkeit.

Die wichtigsten Regelungen des PNG

- Ambulante Pflegedienste können zusätzlich zu ihren üblichen auch gezielt Betreuungsleistungen anbieten.
- Die Leistungen für Demenzzranke werden bei der ambulanten Versorgung erhöht.
- Die Leistungen, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Anspruch nehmen wollen, können gemeinsam mit den Pflegediensten besser nach den jeweiligen Bedürfnissen zusammengestellt werden. Dabei besteht die Wahl zwischen den verrichtungsbezogenen Leistungen und der Entscheidung für bestimmte Zeitvolumen.
- Pflegenden Angehörige sollen unterstützt werden: So wird zum Beispiel die Hälfte des Pflegegeldes auch dann weitergezahlt, wenn der Pflegebedürftige in Kurzzeit- oder Verhinderungspflege untergebracht ist.
- Um Pflegefähigkeit rentenversicherungsrechtlich abzusichern, sind mindestens 14 Stunden pro Woche erforderlich. Diese können nun durch die Pflege von zwei oder mehr Personen erreicht werden.

- Pflegekassen müssen die frühzeitige Beratung der Antragsteller sicherstellen und innerhalb von zwei Wochen einen Beratungstermin anbieten. Dazu gehört auch, dass ein konkreter Ansprechpartner genannt wird.
- Die Begutachtung für die Zuordnung zu einem Pflegegrad hat innerhalb von vier Wochen zu erfolgen. Geschieht dies nicht, muss die Pflegekasse dem Versicherten drei Gutachter nennen, die anstelle des Medizinischen Dienstes die Einordnung vornehmen.
- Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten und ihre Angehörigen über die Leistungen allgemeinverständlich aufzuklären.
- Der Staat bezuschusst künftig die private Pflegevorsorge mit 60,00 Euro pro Jahr. Die Versicherungsunternehmen dürfen keinen Antragsteller aus gesundheitlichen Gründen ablehnen. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Leistungen für häusliche Pflege

Diese Leistungen sollen Ihre Pflege zu Hause verbessern. Grundsätzlich haben Sie drei Möglichkeiten, Leistungen für häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Entweder gewährt Ihnen die Pflegekasse Sachleistungen, das heißt sie bezahlt Pflegeeinsätze durch ambulante Dienste und Sozialstationen. Oder sie zahlt Ihnen stattdessen Pflegegeld. In diesem Fall kümmern Sie sich selbst in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang um die Pflege oder eine geeignete Pflegeperson. Es ist auch eine Kombination von Sach- und Geldleistung möglich; dafür müssen Sie sich für mindestens sechs Monate entscheiden. Wie hoch die Leistungen der Pflegekasse sind, hängt davon ab, wie sehr Sie pflegebedürftig sind.

Entlastungsbetrag für alle Pflegegrade

Unabhängig davon, welchen Pflegegrad Sie haben: Seit Januar 2017 erhalten alle Pflegebedürftigen, die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 Euro monatlich. Dieser Betrag ist allerdings zweckgebunden: Sie können damit Kosten begleichen, die Ihnen für eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege entstehen, für eine Kurzzeitpflege oder für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes. Allerdings darf der Betrag bei den Pflegegraden 2 bis 5 nicht für die Selbstversorgung eingesetzt werden, also zum Beispiel für Lebensmittel oder Bekleidung.

Den Entlastungsbetrag gibt es zusätzlich zu weiteren Leistungen der Pflegeversicherung bei der häuslichen Pflege; er wird nicht mit anderen Leistungsansprüchen verrechnet.

Haben Sie geringere Kosten als 125,00 Euro pro Monat, für die Sie den Entlastungsbetrag verwenden können, dann können die nicht vollständig ausgeschöpften Beträge in die Folgemonate oder sogar in das darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden.

Pflegegeld

Wer zu Hause von Angehörigen oder Bekannten gepflegt wird, erhält Pflegegeld. Damit gewährleistet ist, dass Sie angemessen versorgt werden, müssen in bestimmten Abständen Beratungsbesuche von Pflegefachkräften stattfinden. Bei Pflegegrad 2 und 3 müssen diese einmal pro Halbjahr, bei Pflegegrad 4 und 5 einmal pro Vierteljahr erfolgen. Bei Pflegegrad 1 haben Pflegebedürftige Anspruch auf halbjährliche Besuche.

Pflegegeld je Kalendermonat

	Beratungsbesuche	Pflegegeld	Entlastungsbetrag
Pflegegrad 1	Halbjährlich	–	125,00 €
Pflegegrad 2	Halbjährlich	316,00 €	125,00 €
Pflegegrad 3	Halbjährlich	545,00 €	125,00 €
Pflegegrad 4	Vierteljährlich	728,00 €	125,00 €
Pflegegrad 5	Vierteljährlich	901,00 €	125,00 €

► Internetadresse

In Bayern können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 außerdem das Landespflegegeld in Höhe von 1.000,00 Euro pro Jahr beantragen. Mehr Informationen hierzu finden Sie im Internet unter www.landespflegegeld.bayern.de.

Pflegesachleistungen

Wer die Pflege nicht privat organisieren kann oder möchte, kann einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen, der seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger abrechnet.

Pflegesachleistung je Kalendermonat

Pflegegrad 1		125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	Bis zu 689,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)

Pflegegrad 3	Bis zu 1.298,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 4	Bis zu 1.612,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 5	Bis zu 1.995,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)

Leistungen für pflegende Angehörige

Angehörige, die ein pflegebedürftiges Familienmitglied versorgen, haben unter bestimmten Voraussetzungen Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung.

Voraussetzungen (müssen alle erfüllt sein)

- Pflege eines Bedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause
- Private Pflege für mindestens zehn Stunden pro Woche
- Regelmäßig an mindestens zwei Tagen pro Woche

Leistungen

- Bei Erwerbstätigkeit von weniger als 30 Stunden pro Woche zahlt die Pflegeversicherung Beiträge in die Rentenversicherung.
- Die Pflegeperson ist beitragsfrei unfallversichert.
- Für denjenigen, der seinen Beruf aufgibt, um einen Angehörigen zu pflegen, zahlt dessen Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung, solange die Pflegefähigkeit andauert.

Pflegezeitgesetz

Wenn sich abzeichnet, dass ein nahestehender Angehöriger über einen längeren Zeitraum zu Hause gepflegt werden muss, können Sie sich nach dem Pflegezeitgesetz teilweise oder vollständig von der Arbeit freistellen lassen.

Möglichkeiten des Pflegezeitgesetzes

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Müssen Sie kurzfristig die Pflege eines nahen Angehörigen sicherstellen, können Sie, unabhängig von der Betriebsgröße, bis zu zehn Tage eine Auszeit vom Beruf nehmen; für diese Zeit zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Es wird so berechnet wie das Krankengeld, das bei Erkrankung eines Kindes gezahlt wird (siehe Seite 42).

Pflegezeit

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ermöglicht Arbeitnehmern, bis zu sechs Monate in ihrem Beruf zu pausieren, wenn sie einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen möchten. Einen Anspruch auf Pflegezeit haben Sie jedoch erst ab einer Betriebsgröße von über 15 Mitarbeitern.

Familienpflegezeit

Außerdem können Sie ihre Arbeitszeit für längstens zwei Jahre auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden verringern. Die damit verbundenen Einkommensverluste können Sie bei Bedarf über ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben abfedern. Einen Anspruch auf diese Familienpflegezeit haben Sie ab einer Betriebsgröße von mehr als 25 Mitarbeitern.

Ihr Arbeitgeber braucht nicht ausdrücklich zuzustimmen, dass Sie der Arbeit fernbleiben. Er muss aber die Freistellung gewährleisten.

Manchmal ergibt sich eine solche Situation sehr plötzlich, so dass Sie nicht vorher planen können. Dann müssen Sie Ihren Arbeitgeber direkt unterrichten, dass Sie nicht kommen und warum. Er wiederum kann von Ihnen eine ärztliche Bescheinigung verlangen, aus der hervorgeht, dass ein naher Angehöriger

pflegebedürftig ist oder Sie eine entsprechende Pflege organisieren müssen.

Den Antrag müssen Sie bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person stellen.

Damit Sie für einen längeren Zeitraum freigestellt werden, benötigt Ihr Arbeitgeber eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder der Pflegekasse.

Das müssen Sie bei Ihrem Antrag beachten

- Sie müssen den Antrag auf Pflegezeit spätestens zehn Tage vor Beginn schriftlich an Ihren Arbeitgeber übermitteln.
- Die Dauer und der Umfang müssen erklärt werden.
- Die Vereinbarung zwischen Ihnen und Ihrem Arbeitgeber muss schriftlich getroffen werden.
- Wenn Sie sich nur teilweise freistellen lassen möchten: Achten Sie darauf, dass Ihre Wünsche wirklich berücksichtigt werden, und nehmen Sie in die Vereinbarung mit auf, wie sich Ihre Arbeitszeit verteilt.

Sie haben während der Pflegezeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder auf irgendwelche Ersatzleistungen. Allerdings darf Ihr Arbeitgeber Ihnen von dem Moment an, wo Sie die Pflegezeit ankündigen, und während der gesamten Pflegezeit, auch nicht kündigen.

Vorzeitiges Beenden der Pflegezeit

Mit Ihrem Arbeitgeber haben Sie vereinbart, wie lange Sie die Pflegezeit in Anspruch nehmen werden. Dieser Zeitpunkt kann nur vorzeitig enden, wenn die pflegebedürftige Person verstirbt, die Pflege zu Hause unnötig oder unzumutbar wird oder wenn die pflegebedürftige Person in eine stationäre Einrichtung zieht.

Liegen die erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen vor, kann im Rahmen der Verhinderungspflege ein Teil des Entgeltes ersetzt werden (siehe unten).

Geht durch die vollständige Arbeitsbefreiung Ihr Krankenversicherungsschutz verloren, kann dieser durch eine Familienversicherung (beispielsweise über den Ehepartner) aufrechterhalten werden. Ist dies nicht möglich, muss der Krankenversicherungsschutz über eine freiwillige Krankenversicherung sichergestellt werden. Darüber ist auch die Pflegeversicherung gewährleistet. Die Beiträge übernimmt die Pflegekasse des Pflegebedürftigen bis zu einer Höhe des Mindestbeitrags.

Auch Pflegende können krank werden oder brauchen Urlaub und können in diesem Zeitraum die Pflege nicht übernehmen. In diesen Fällen zahlt die Pflegekasse für längstens sechs Wochen (42 Tage) im Kalenderjahr eine Vertretung. Das ist besonders wichtig, wenn Sie Ihren Angehörigen selbst pflegen.

Verhinderungs- / Ersatzpflege

Diese sogenannte Verhinderungspflege oder Ersatzpflege wird gewährt, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und der Pflegefall bereits seit mindestens sechs Monaten besteht.

➤ Internetadresse

Musteranträge zur Pflegezeit finden Sie beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit/service.

Verhinderungs-/ Ersatzpflege

Wer pflegt?	Was zahlt die Pflegekasse?
Ambulanter Pflegedienst / professionelle Pflegeperson	Max. 1.612,00 € / Monat
Entfernte Verwandte / Nachbarn	Max. 1.612,00 € / Monat
Angehörige 2. Grades / in häuslicher Gemeinschaft lebend	Richtet sich nach dem Pflegegeld, max. das 1,5-Fache des Pflegegeldes + gegebenenfalls Fahrkosten / Verdienstausschluss, max. 1.612,00 € / Monat

Kurzzeitpflege

Ist eine Verhinderungspflege zu Hause nicht möglich, gibt es die Möglichkeit der sogenannten Kurzzeitpflege: Für acht Wochen im Kalenderjahr kann der Pflegebedürftige in einer stationären Kurzzeitpflegeeinrichtung untergebracht werden; wichtig ist dabei, dass zwischen dieser Einrichtung und der Pflegekasse ein entsprechender Vertrag besteht. Auch dafür stehen bis zu 1.612,00 Euro im Jahr zur Verfügung. Bis zu 50 Prozent davon können bei Bedarf zusätzlich für die Verhinderungspflege verwendet werden, womit sich der Höchstbetrag dafür auf bis zu 2.418,00 Euro erhöht. Für die Kurzzeitpflege müssen Sie einen Antrag an die Pflegekasse stellen. Hat der Pflegebedürftige noch keinen Pflegegrad, ist die Krankenkasse zuständig.

Entlastungsbetrag

Zusätzlich zu den eben beschriebenen Leistungen können Pflegebedürftige, die ambulant gepflegt werden, einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro in Anspruch nehmen. Damit können sie zum Beispiel die hauswirtschaftliche Versorgung

oder alltägliche Herausforderungen bei der Organisation des Alltags verbessern. Dieser Entlastungsbetrag gilt für alle Pflegegrade.

Reha für Angehörige

Wer Angehörige pflegt, ist über längere Zeit einer hohen körperlichen und psychischen Belastung ausgesetzt und benötigt häufig selbst eine Auszeit. Pflegenden Angehörigen haben daher ein Anrecht auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, auch wenn medizinisch eine ambulante Reha ausreichen würde. Das pflegebedürftige Familienmitglied während der Reha in derselben Einrichtung oder in einer Kurzzeitpflege betreut werden. Die Reha können Sie über Ihren Hausarzt oder direkt bei Ihrer Krankenkasse beantragen. Diese leiten den Antrag, wenn nötig, an den zuständigen Kostenträger weiter. Pro Tag müssen Sie zehn Euro Zuzahlung leisten.

Leistungen für (teil-)stationäre Pflege

Stationäre Pflege

Ist die Pflege zu Hause nicht mehr möglich, übernimmt die Soziale Pflegeversicherung die Kosten für die vollstationäre Pflege zum Beispiel in einem Pflegeheim. Auch hier hängt die Höhe der Leistungen davon ab, wie sehr Sie oder Ihr Angehöriger pflegebedürftig sind.

Vollstationäre Pflege

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die nicht mehr zu Hause gepflegt werden können, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für ein Pflegeheim (vollstationäre Pflege).

Pflegesachleistung 2019 je Kalendermonat

Pflegegrad 1		125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	770,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 3	1.262,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 4	1.775,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 5	2.005,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)

Neu seit dem 1. Januar 2017 ist, dass der Eigenanteil für Pflegeleistungen, den Sie selbst übernehmen müssen, nun für jeden Pflegegrad gleich ist (bisher stieg der Betrag für jede Pflegestufe an). Wie bei der häuslichen Pflege muss der Versicherte Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung (siehe Tabelle) und das eigene Einkommen (zum Beispiel die Rente) nicht ausreichen, um die Kosten der stationären Pflege zu decken, können Sie bei dem für Sie zuständigen Sozialamt Sozialhilfe beantragen.

Teilstationäre Pflege

Ist eine vollstationäre Pflege nicht erforderlich, aber soll oder muss die häusliche Pflege ergänzt werden, können Sie teilstationäre Leistungen – etwa Pflege, soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege und die erforderlichen Hin- und Rückfahrten – in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen. Die Kosten für die Verpflegung in dieser Zeit müssen Sie privat übernehmen.

Diese Leistungen können Sie mit ambulanten Pflegesachleistungen und / oder Pflegegeld kombinieren, ohne dass sie darauf angerechnet werden.

Leistungen für stationäre Tages- und Nachtpflege je Kalendermonat

Pflegegrad 1		125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	689,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 3	1.298,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 4	1.612,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 5	1.995,00 €	125,00 € (Entlastungsbetrag)

> Internetadresse

Ausführliche Informationen zum PSG II finden Sie auf der Internetseite www.pflegesteuerungsgesetz.de des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bei Fragen hilft Ihnen Ihre zuständige Pflegekasse (bei Ihrer Krankenkasse) weiter. Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Pflegekasse die Kosten für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen. Bitte fragen Sie bei Ihrer Pflegekasse nach Einzelheiten.

Steuerliche Erleichterung bei schwerer Pflegebedürftigkeit

Für Menschen mit Behinderung, für Hinterbliebene und Pflegepersonen regelt das Einkommenssteuergesetz in seinem § 33 bestimmte Pauschalbeträge, die Ihnen steuerliche Vorteile bringen können. Die Höhe des Pauschalbetrages richtet sich nach dem dauernden Grad der Behinderung (GdB).

Sie können den (Behinderten-) Pauschalbetrag für folgende Aufwendungen geltend machen

- Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens
- Pflege
- Erhöhten Wäschebedarf

Die Auswahl gilt einheitlich für ein Kalenderjahr.

Eine dieser Voraussetzungen muss erfüllt sein

- GdB mindestens 50
- GdB weniger als 50, aber mindestens 25
 - Wenn Betroffenen Renten oder andere laufende Bezüge zustehen
 - Das gilt auch dann, wenn das Recht auf Bezüge ruht oder der Anspruch auf Bezüge durch eine einmalige Zahlung eines Kapitals abgegolten wurde
- Aufgrund einer Behinderung ist die körperliche Beweglichkeit dauerhaft verringert oder
- Die Ursache ist auf eine Berufskrankheit zurückzuführen

> Internetadresse

Unterstützung hierbei bieten Ihnen die Pflegestützpunkte. Auf der Internetseite www.zqp.de/beratung-pflege/#/home können Sie nach einer Beratungsstelle in Ihrer Nähe suchen.

REHABILITATION

Rehabilitationsmaßnahmen sollen einem Kranken dabei helfen, so weit wie möglich wieder in den Alltag zurückzukehren. Welche Rehabilitationsmöglichkeiten gibt es für Krebskranke? Wie werden diese beantragt?

Bei der Rehabilitation geht es darum, die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung zu lindern beziehungsweise zu beseitigen, einer Verschlimmerung vorzubeugen oder auch mit den Folgen einer chronischen Erkrankung leben zu lernen.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt insbesondere der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Die Rehabilitation gehört ebenso zur Behandlung einer Krankheit wie die Therapie durch den niedergelassenen Arzt und die Behandlung im Krankenhaus. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse der Kostenträger. Der Rentenversicherungsträger wiederum finanziert die Rehabilitation zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

Versicherte haben einen Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Reha-Maßnahmen. Es gilt der Grundsatz: „Rehabilitation vor Pflege“.

Ambulant oder stationär

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen. Die ambulante Rehabilitation findet tagsüber in einer entsprechenden Einrichtung in der Nähe Ihres Wohnortes statt. Abends und nachts können Sie sich zu Hause erholen. Die sta-

tionäre Rehabilitation (oft als Kur bezeichnet) dauert mehrere Wochen und findet in einer Rehabilitationsklinik statt.

Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR)

An den Krankenhausaufenthalt kann sich direkt oder zeitnah eine Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB) anschließen, damit Sie möglichst schnell Ihr Alltags- und Berufsleben wiederaufnehmen können. Allen Betroffenen soll eine fachspezifische Rehabilitation angeboten werden. Bei fortbestehenden Beschwerden sollen sie über die Möglichkeit weiterer Rehabilitationsmaßnahmen aufgeklärt werden.

Wichtig: Der Antrag für die Anschlussheilbehandlung muss bereits im Krankenhaus gestellt werden. Sprechen Sie den Sozialdienst der Klinik darauf an – er wird Ihnen helfen.

Schließt sich an den Krankenhausaufenthalt eine ambulante Behandlung, etwa eine Bestrahlung oder Chemotherapie, an, leitet der derzeit behandelnde Arzt die Anschlussheilbehandlung ein, also etwa ein niedergelassener Onkologe oder Radioonkologe.

Wichtig: Die AHB sollte zeitnah nach dem Ende der Akutbehandlung erfolgen – je nach Erkrankung und Kostenträger können zwischen zwei und fünf Wochen dazwischenliegen.

Für eine stationäre AHB müssen Sie gesundheitlich so weit wiederhergestellt sein, dass Sie sich selbst waschen und auf der Stationsebene herumlaufen können. Außerdem sollten Sie grundsätzlich in der Lage sein, mit einem öffentlichen Verkehrsmittel zur Rehaklinik fahren zu können. Der Aufenthalt dauert meistens drei Wochen, kann aus medizinischen Gründen aber

verlängert werden. Neben der stationären AHB werden auch ganztägig ambulante Leistungen angeboten.

Was Sie für eine AHB zuzahlen müssen, hängt vom Kostenträger der Maßnahme ab. Eine Übersicht finden Sie auf Seite 57.

Onkologische Rehabilitation

Rehabilitationskuren für krebserkrankte Menschen

Ist Ihre Erstbehandlung beendet, sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt oder behandelnden Arzt darüber, ob eine onkologische Rehabilitation für Sie sinnvoll ist. Diese Rehabilitationskur oder Rehamaßnahme soll Sie körperlich und seelisch festigen, Ihr Allgemeinbefinden verbessern und Ihnen dabei helfen, in Ihr alltägliches Leben zurückzufinden und Ihren Beruf wieder ausüben zu können. Rehabilitationsmaßnahmen können stationär oder ambulant durchgeführt werden.

Die Kosten übernehmen die Rentenversicherer, Krankenkassen oder das Sozialamt. Sie können im ersten Jahr nach Ende der Primärbehandlung eine solche Rehabilitationsmaßnahme genehmigen. Diese dauert in der Regel drei Wochen, kann aber aus medizinischen Gründen verlängert werden. Der Kostenträger überprüft, ob eine Rehabilitation medizinisch notwendig ist.

Eine Rehabilitationsmaßnahme für Krebspatienten kann als AHB direkt im Anschluss an die Primärbehandlung oder als onkologische Reha spätestens bis zum Ende des ersten Jahres nach der Primärbehandlung erfolgen. Bis zum Abschluss des zweiten Jahres können Sie erneut eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten, wenn bei Ihnen noch erhebliche Funktionseinschränkungen vorliegen. Eine weitere ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme können Sie erst nach vier weiteren Jahren be-

antragen. Ausnahme: Treten Rückfälle oder Tochtergeschwülste in anderen Körperteilen auf, können Sie – falls medizinisch notwendig – früher eine Rehabilitation bekommen.

Teilstationäre (*ambulante*) Rehabilitation

Alternativ zu den stationären Rehamaßnahmen gibt es seit einiger Zeit die Möglichkeit der teilstationären Reha. Das heißt, Sie wohnen zu Hause und nehmen Ihre Anwendungen und Behandlungen in einer wohnortnahen Rehaeinrichtung wahr. Diese Form der Rehabilitation kann eine stationäre ersetzen oder verkürzen. Zuzahlungen gibt es in diesem Fall nicht.

Die onkologischen Nachsorgeleistungen kann der Arzt beantragen oder auch der Betroffene selbst. Auf jeden Fall müssen Sie den Antrag selbst unterschreiben. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei den wohnortnahen Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, den Krankenkassen sowie den örtlichen Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Er kann Ihnen die für Sie besten Empfehlungen geben.

> Internetadresse

Das Antragspaket und alle wichtigen Formulare können Erwerbstätige im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de herunterladen. Wer nicht berufstätig ist, wendet sich an seine Krankenkasse, die Versicherungsämter oder an seine Kommune.

Wie viel Sie zu den Rehabilitationsmaßnahmen dazu bezahlen müssen, hängt davon ab, wer der Kostenträger ist: der Rentenversicherer oder die Krankenkasse.

Bei Berufsgenossenschaften ist keine Zuzahlung fällig.

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt*

Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation	Stationär	10,00 Euro / Tag der Maßnahme, für maximal 14 Tage pro Kalenderjahr
	Ambulant / teilstationär	Keine Zuzahlung
Stationäre / ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	Stationär	10,00 Euro / Tag der Maßnahme, für maximal 42 Tage pro Kalenderjahr
	Ambulant / teilstationär	Keine Zuzahlung

Zuzahlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung zahlt*

Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation	Stationär	10,00 Euro / Tag der Maßnahme, für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
	Ambulant / teilstationär	10,00 Euro / Behandlungstag, für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
Stationäre / ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	Stationär	10,00 Euro / Tag der Maßnahme, für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
	Ambulant / teilstationär	10,00 Euro / Behandlungstag, für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr, wenn die Maßnahme länger als 42 Tage dauert

* Haben Sie im selben Kalenderjahr bereits im Krankenhaus Zuzahlungen geleistet, werden diese angerechnet.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren müssen zu einer Rehabilitation nichts zuzahlen.

Wichtig: Alle Zuzahlungen, die Sie für die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen leisten müssen, werden zu den anderen Zuzahlungen gerechnet und entscheiden darüber, wann Sie die Belastungsgrenze (siehe Seite 78) erreicht haben. Denken Sie also daran, sich entsprechende Belege geben zu lassen.

Auch wenn die Leistung von der Rentenversicherung bezahlt wird, können Sie in bestimmten Fällen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Sie brauchen beispielsweise gar nichts dazuzahlen, wenn Sie pro Monat weniger als 1.191,00 Euro (Nettoerwerbseinkommen / Erwerbsersatz Einkommen) verdienen. Um von der Zuzahlungspflicht befreit zu werden, müssen Sie einen Antrag stellen. Die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger können Sie beraten.

Übergangsgeld während der Reha

Entfällt während der Rehabilitationsmaßnahme die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber oder entfallen Krankengeldzahlungen, erhalten der Versicherte und seine Familie Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger. Wer Übergangsgeld erhält, ist von den Zuzahlungen befreit.

Wer hat Anspruch auf Übergangsgeld?

- Versicherte, die vor der Erkrankung Arbeitsentgelt beziehungsweise Arbeitseinkommen bezogen und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben.
- Versicherte, die Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Mutterschaftsgeld bezogen haben. Dabei müssen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sein.

Private Krankenversicherung

Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld sind 80 Prozent des letzten Bruttoverdienstes (maximal die Höhe des Nettoverdienstes). Davon erhält der Betroffene 68 Prozent, Betroffene mit Kindern erhalten 75 Prozent.

Weitere Informationen zum Übergangsgeld erhalten Sie bei den Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger.

Bei der privaten Krankenversicherung ist die Rehabilitation grundsätzlich nicht eingeschlossen. Einige Anbieter übernehmen die Kosten jedoch anteilig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung. Hier erfahren Sie auch, was Ihre private Krankenversicherung zahlt, wenn Sie bereits vor Ihrer Erkrankung einen speziellen Kurtarif abgeschlossen haben.

Haushaltshilfe bei Reha

Sie können während einer medizinischen oder beruflichen Reha auch Kosten für eine Haushaltshilfe erstattet bekommen. Nähere Informationen dazu finden Sie auf Seite 18.

Berufliche Wiedereingliederung (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Zurück in den Beruf

Für viele Betroffene ist es wichtig, möglichst bald wieder berufstätig sein zu können. Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sollen den Betroffenen wieder vollständig in Arbeit, Beruf und Gesellschaft eingliedern. Zusammen mit den Rehabilitationsberatern, Psychologen der Agentur für Arbeit und / oder des Rentenversicherungsträgers können entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Dabei bedeutet „Teilhabe am Arbeitsleben“ oder „berufliche Rehabilitation“ nicht nur das Erlernen eines neuen Berufes. Auch berufliche Aus- und Weiterbildung können dazu beitragen, den Arbeitsplatz zu sichern. Außerdem können dem Arbeitgeber zusätzliche Kosten erstattet werden, die viel-

„Hamburger Modell“

leicht durch die Beschäftigung eines Krebskranken entstehen: für technische Arbeitshilfen, für die Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, für Einarbeitungszuschüsse oder interne Eingliederungshilfen. Beratung erhalten Sie bei der Hauptfürsorgestelle, dem Arbeitsamt oder dem Rentenversicherungsträger. Grundsätzlich findet die Begutachtung unter dem Aspekt „Rehabilitation vor Rente“ statt.

Das bedeutet: Wenn Sie dem beruflichen Alltag noch nicht wieder voll gewachsen sind, können Sie Ihre Tätigkeit vielleicht schrittweise wieder aufnehmen („Hamburger Modell“). Sie sind während dieser Zeit weiter krankgeschrieben. Wie lange die stufenweise Wiedereingliederung dauert, hängt von Ihrer persönlichen Situation und auch von den Anforderungen Ihres Arbeitsplatzes ab. Welche Möglichkeiten es gibt und was für Sie sinnvoll, wünschenswert und umsetzbar ist, wird in enger Abstimmung zwischen Ihnen, Ihrem behandelnden Arzt, Ihrem Arbeitgeber und Ihrer Krankenkasse oder Ihrer Rentenversicherung festgelegt. In der Regel dauert eine solche Maßnahme zwischen sechs Wochen und sechs Monaten. Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung beraten Sie gern.

Falls Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Ihrem bisherigen Beruf nicht mehr arbeiten können und als schwerbehindert anerkannt sind, können Sie möglicherweise umgeschult werden. Im Arbeitsamt wird gemeinsam mit Ihnen überlegt, welche Maßnahmen für Sie am besten geeignet sind. Dabei werden Ihr Gesundheitszustand, Ihre beruflichen Erfahrungen und Ihre Fähigkeiten berücksichtigt.

Wenn Sie Schwierigkeiten mit Ihrem jetzigen Arbeitsverhältnis haben, wenn Ihnen zum Beispiel gekündigt werden soll oder Sie Probleme haben, andere Arbeitsbedingungen zu bekommen, die auf Ihre jetzige Situation zugeschnitten sind, berät und

unterstützt Sie die Hauptfürsorgestelle. Auch die Gewerkschaften bieten ihren Mitgliedern Hilfe.

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport ergänzt bei Krebspatienten die anderen Rehabilitationsmaßnahmen. Er soll Leistungseinschränkungen mindern, Kraft und Ausdauer fördern und Ihnen helfen, wieder selbstständig und eigenverantwortlich Sport zu treiben. Das verbessert die Lebensqualität, und die Unterstützung durch die Gruppe stärkt gleichzeitig das Selbstbewusstsein.

Die Rehabilitations-Sportgruppen treffen sich regelmäßig. Eine ärztliche Aufsicht ist für Krebsportgruppen nicht notwendig. Erfahrene und speziell ausgebildete Übungsleiter führen das Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining durch. Die Kostenträger (unter anderem Krankenkasse, Rentenversicherung) übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für Rehabilitationssport in der Regel bis zu 18 Monaten. Ihr Arzt kann Ihnen den Rehasport verordnen (Muster 56 – Verschreibung von Rehabilitationssport, gilt für gesetzlich Versicherte). Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich an den entsprechenden Kostenträger.

Die Krankenkassen übernehmen in der Regel 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten. Eine Einheit dauert mindestens 45 Minuten und wird meistens einmal, manchmal auch zweimal pro Woche angeboten. Wichtig ist auch hier, dass Ihr Arzt den Sport verordnet. Wird während einer der zuvor genannten Rehaleistungen festgestellt, dass medizinischer Rehabilitationssport sinnvoll und notwendig ist, erscheint diese Empfehlung im Abschlussbericht. Stimmt Ihr behandelnder Arzt dem zu, sollte der Rehasport im ersten Jahr nach der Diagnosestellung beginnen.

Lebensqualität und Selbstbewusstsein verbessern

Der Rehabilitationssport wird allerdings nur übernommen, wenn die Übungen von Gruppenleitern durchgeführt werden, die einen Qualifikationsnachweis, etwa den Fachübungsleiter „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des Deutschen Behindertensportverbandes, vorweisen können. So soll eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen gewährleistet werden.

In Deutschland gibt es derzeit etwa 800 spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge. Die Adresse der Gruppe, die Ihrem Wohnort am nächsten ist, erfahren Sie über die jeweiligen Landessportbünde oder über die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) e.V.

Otto-Fleck-Schneise 12
60528 Frankfurt / Main
Telefon: 0 69 / 674 - 906
Telefax: 0 69 / 674 - 906
E-Mail: office@dosb.de
Internet: www.dosb.de

Deutscher Behindertensportverband (DBS) e.V.

Tulpenweg 2 - 4
50226 Frechen-Buschbell
Telefon: 0 22 34 / 60 00 - 0
Telefax: 0 22 34 / 60 00 - 150
E-Mail: info@dbb-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de

> Ratgeber Bewegung und Sport bei Krebs

Weitere Informationen zu diesem Thema enthält die Broschüre „Bewegung und Sport bei Krebs – Die blauen Ratgeber 48“, die Sie kostenlos bei der Deutschen Krebshilfe bestellen können (Bestellformular Seite 131).

SCHWERBEHINDERUNG

In Deutschland leben rund 10 Millionen Menschen mit einer Behinderung, davon sind mehr als 7,6 Millionen schwerbehindert. Eine Behinderung ist im Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) definiert. Wer an Krebs erkrankt ist, kann einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Dieser soll – wenigstens teilweise – einen Ausgleich für die Nachteile bringen, die durch die Krankheit entstanden sind.

Wenn Sie an Krebs erkrankt sind, können Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Dieser Ausweis, der in der Regel für längstens fünf Jahre ausgestellt wird, soll Nachteile, die Ihnen durch die Krankheit selbst und durch die Behandlung entstehen, einigermaßen ausgleichen. Ein Schwerbehindertenausweis bietet Ihnen am Arbeitsplatz zum Beispiel einen besseren Kündigungsschutz, Zusatzurlaub und steuerliche Erleichterungen. Auch im privaten Bereich gibt es eine Reihe von Vergünstigungen. Was für Sie in Frage kommt, hängt vor allem vom sogenannten Grad der Behinderung (GdB) ab, der bei Ihnen festgestellt wird.

Mögliche Vergünstigungen

- Erhöhter Kündigungsschutz am Arbeitsplatz
- Anspruch auf Zusatzurlaub
- Früherer Beginn des Renten- bzw. Pensionsbezuges
- Unterstützung bei der Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes
- Niedrigere Eintrittspreise in öffentlichen Einrichtungen wie Museen oder Schwimmbädern

- Verschiedene Steuererleichterungen
- Geringere Mitgliedsbeiträge in bestimmten Verbänden und Vereinen wie etwa ADAC

Antragstellung

Sie können den Antrag relativ früh stellen, also zum Beispiel, nachdem sie operiert wurden oder ihre erste Behandlungsphase abgeschlossen ist, aber selbstverständlich auch später. Der Antrag kann auch rückwirkend gestellt werden, wenn die Behinderung zu einem früheren Zeitpunkt vorlag und dadurch ein Nachteilsausgleich (zum Beispiel bezüglich Rundfunkgebühren, Kündigung etc.) erreicht werden kann. Zunächst genügt ein formloser Antrag an das für Sie zuständige Versorgungsamt. Sie können den Antrag auch rückwirkend stellen, wenn die Behinderung zu einem früheren Zeitpunkt vorlag und Sie dadurch einen Nachteilsausgleich (siehe Seite 68 ff.) erreichen können.

Wichtig: Wenn Sie schon zu diesem Zeitpunkt bei Ihrem Arbeitgeber Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub geltend machen möchten, dann bitten Sie das Versorgungsamt, Ihnen zu bestätigen, dass und wann das formlose Schreiben dort eingegangen ist.

Danach müssen Sie in einem ausführlichen Antrag Ihre Erkrankung genau erläutern und die Sie behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und Kurkliniken angeben. Damit das Versorgungsamt die erforderlichen Berichte und Unterlagen anfordern kann, müssen Sie die genannten Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Auch wenn Sie eigentlich keine Befundunterlagen oder Dokumente hinzuzufügen brauchen, ist es dennoch sinnvoll, wenn Sie das, was Sie haben, dem Antrag beifügen. Das kann unter Umständen Zeit sparen.

Wichtig: Listen Sie alle Erkrankungen und Beschwerden auf, nicht nur diejenigen, die mit Ihrer Krebserkrankung zusammenhängen.

Laut Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) gelten Menschen als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

GdB = Grad der Behinderung

Wie stark Sie beeinträchtigt sind, gibt der „Grad der Behinderung“ (GdB) an. Der Grad der Behinderung bezieht sich darauf, wie sich eine Behinderung auf die Teilhabe in allen Lebensbereichen auswirkt, nicht nur im Erwerbsleben (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Ab einem GdB von 50 ist eine Schwerbehinderung gegeben. Dieser Wert ist jedoch nicht festgeschrieben, sondern kann bei einer Veränderung ins Positive heruntergesetzt, bei einer Verschlechterung heraufgesetzt werden.

Eine gewisse Zeit nach Ihrem Antrag erhalten Sie einen Bescheid, in dem Ihr GdB festgesetzt wird. Für den Fall, dass Sie damit nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats dagegen Einspruch einlegen. Sollten neue Erkrankungen oder Behinderungen auftreten, können Sie einen Antrag auf Verschlimmerung stellen, damit Ihr GdB erhöht werden kann.

Hat Ihre Einstufung einen GdB von weniger als 50, aber mindestens 30 ergeben, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen mit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Genauer kann Ihnen das für Sie zuständige Integrationsamt erläutern.

Wie wird der Grad der Behinderung festgestellt?

Der Grad der Behinderung (GdB) gibt an, wie stark sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung auf die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Fähigkeiten eines Menschen auswirkt.

Der GdB kann zwischen 20 und 100 variieren. Er wird in Zehnerschritten gestaffelt. Die sogenannten Versorgungsmedizinischen Grundsätze legen die Kriterien dafür fest, die ärztliche Gutachter dann bei der Ermittlung des GdB anwenden. Liegen mehrere Behinderungen vor, werden diese nicht zusammengerechnet, sondern es wird bewertet, wie die einzelnen Behinderungen sich gemeinsam auswirken. Das Versorgungsamt legt dabei die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ zugrunde. Unter www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de finden Sie dazu nähere Informationen.

> Internetadresse

Heilungs- bewährung

Krebs ist eine Erkrankung, bei der Rückfälle auftreten können. Im Schwerbehindertenrecht wird daher ein Zeitraum von zwei bis fünf Jahren als sogenannte Heilungsbewährung angesetzt. In dieser Zeit wird der GdB höher eingestuft, als er eigentlich aufgrund der einzelnen Beeinträchtigungen – wie etwa dem Verlust des betroffenen Organs – sein würde.

Ist die Zeit der Heilungsbewährung vorbei und sind während dieser Zeit keine Rückfälle oder Neuerkrankungen aufgetreten, wird der GdB herabgesetzt. Sollte sich Ihre Krebserkrankung verschlechtert haben oder ist bei Ihnen eine neue Krankheit aufgetreten, können Sie mithilfe der vorhandenen Arztberichte einen Antrag auf Verschlimmerung stellen, damit Sie nicht ungerechtfertigt zurückgestuft werden.

Sind Sie mit der Rückstufung nicht einverstanden, können Sie dagegen Widerspruch einlegen.

Grüner Ausweis

Grün-orange- farbener Ausweis

Der Schwerbehindertenausweis

Wenn das Versorgungsamt Sie als schwerbehindert anerkannt hat, bekommen Sie einen Schwerbehindertenausweis. Je nachdem, welche gesundheitlichen Merkmale zum Tragen kommen, erhalten Sie entweder einen grünen Ausweis, der Ihnen bestätigt, dass Sie schwerbehindert sind, und den GdB mit den Merkzeichen angibt.

Oder Sie bekommen einen grün-orangefarbenen Freifahrtausweis. Dann sind Sie natürlich als schwerbehinderter Mensch anerkannt; zusätzlich berechtigt Sie dieser Ausweis aber, den öffentlichen Personenverkehr unentgeltlich zu nutzen (siehe Seite 75).

Seit 2013 gibt es den Ausweis im praktischen Format einer Scheckkarte; haben Sie noch einen alten Ausweis, ist dieser bis zu seinem Ablaufdatum weiterhin gültig.

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis

- G — Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit
- aG — Außergewöhnliche Gehbehinderung
- H — Hilflosigkeit
- Bl — Blindheit
- Gl — Gehörlosigkeit
- TBl — Taubblindheit
- B — Begleitperson
- 1 Kl — 1. Klasse
- RF — Rundfunk/Fernsehen
- Kriegsbeschädigt
- EB — Entschädigungsberechtigt
- VB — Versorgungsberechtigt
- Weitere Merkzeichen nach Landesrecht
 - HS — Hochgradig Sehbehindert (Mecklenburg-Vorpommern)
 - T — Teilnahmeberechtigung am Sonderfahrdienst (Berlin)

➤ **Internetadresse**

Merkzeichen weisen besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen nach und berechtigen Sie dazu, besondere Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen zu können. Was die Merkzeichen im Einzelnen bedeuten und auf wen sie zutreffen, können Sie zum Beispiel im Internet unter www.vdk.de/deutschland/pages/teilhabe_und_behinderung/12733/der_schwerbehindertenausweis_merkzeichen nachlesen.

Nachteilsausgleiche für Schwerbehinderte

Hinter dem etwas sperrigen Begriff der Nachteilsausgleiche verbergen sich „Vergünstigungen“ für Menschen mit einer Schwerbehinderung. Sie sollen diesen einen gewissen Ausgleich dafür geben, dass sie in ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit beeinträchtigt sind.

Steuervergünstigungen

Behinderte können bei ihrer Steuererklärung unter den „Außergewöhnlichen Belastungen“ einen Pauschalbetrag geltend machen, der das zu versteuernde Einkommen mindert. Je nach GdB liegt dieser Betrag zwischen 310,00 Euro bis zu 3.700,00 Euro pro Jahr. Ändert sich Ihr GdB im Laufe eines Kalenderjahres, richtet sich der Pauschalbetrag nach dem höchsten GdB des Jahres.

Haben Sie aufgrund Ihrer Behinderung höhere Aufwendungen, als der für Sie geltende Pauschalbetrag, können Sie diese Kosten einzeln nachweisen und geltend machen.

Pauschalbeträge Steuervergünstigungen

Grad der Behinderung (GdB)	Pauschale (Euro pro Jahr)
25 und 30	310,00 €
35 und 40	430,00 €
45 und 50	570,00 €
55 und 60	720,00 €
65 und 70	890,00 €
75 und 80	1.060,00 €
85 und 90	1.230,00 €
95 und 100	1.420,00 €
Hilflos oder blind	3.700,00 €

Um nachzuweisen, dass Sie Anspruch auf diese Steuervergünstigung haben, genügt eine Kopie Ihres Schwerbehindertenausweises oder der Bescheid des Versorgungsamtes.

Wer für einen Verstorbenen laufende Hinterbliebenenbezüge erhält, kann einen sogenannten Hinterbliebenenpauschbetrag beantragen; dieser beläuft sich auf 370,00 Euro.

Behinderte Menschen mit einem GdB von weniger als 50, jedoch mehr als 20 können den Pauschalbetrag nur unter bestimmten Voraussetzungen geltend machen. Sie können diese bei Ihrem

> Internetadresse

Finanzamt erfragen oder hier nachlesen: www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/nachteilsausgleiche/steuerfreibetraege.php. Bei einem GdB unter 25 gibt es keinen Pauschalbetrag, Sie können die Kosten, die Ihnen durch die Behinderung entstanden sind, aber als „außergewöhnliche Belastung“ in Ihrer Steuererklärung einsetzen.

Wurde Ihr GdB erst festgestellt, nachdem Ihre Steuererklärung abgeschlossen ist, können Sie den Pauschalbetrag oder den im einzelnen nachgewiesenen höheren Betrag nachträglich geltend machen.

Haushaltshilfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Schwerbehinderte (GdB mindestens 50) die Kosten für eine Haushaltshilfe bis zu höchsten 924,00 Euro pro Jahr steuerlich geltend machen.

Voraussetzung ist, dass der Steuerpflichtige, der Ehegatte, ein zum Haushalt gehörendes Kind oder eine andere zum Haushalt gehörende unterhaltende Person, für die eine steuerliche Ermäßigung wegen Unterhaltsleistungen gewährt wird, schwerbehindert oder hilflos ist.

Wichtig: Die Haushaltshilfe muss im Rahmen eines regulären Arbeitsverhältnisses angestellt sein.

Die Pauschalen können Sie entweder in Ihre Lohnsteuerkarte eintragen lassen oder im Rahmen Ihrer Lohn- beziehungsweise Einkommensteuererklärung geltend machen.

Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz

Behinderte Menschen haben an ihrem Arbeitsplatz besondere Bedingungen, die allerdings nicht mit besonderen Rechten verwechselt werden sollten. Sie sind auch nicht verpflichtet, Ihrem Arbeitgeber mitzuteilen, dass Sie schwerbehindert sind; aber es

ist sinnvoll, ihn darüber zu informieren, denn nur dann können Ihnen die Nachteilsausgleiche zugutekommen.

Erweiterter Kündigungsschutz

- Vor der Kündigung muss das Integrationsamt zustimmen
- Gilt erst nach mindestens sechsmonatiger ununterbrochener Betriebszugehörigkeit
- Gilt nur für Arbeitnehmer, deren Schwerbehinderteneigenschaft zum Zeitpunkt der Kündigung festgestellt war und die vor der Kündigung einen Antrag beim Versorgungsamt gestellt hatten
- Gilt auch ohne Vorlage des Ausweises
- Gilt auch für Gleichgestellte (GdB unter 50, aber mindestens 30)

Zusatzurlaub

- Ab GdB von 50 Anspruch auf fünf zusätzliche Urlaubstage pro Jahr; bei mehr oder weniger Arbeitstagen pro Woche erhöhen oder verringern sich diese Tage

Teilzeitarbeit

- Anspruch auf Teilzeitarbeit, wenn die Behinderung dies notwendig macht
- Bei Lehrern: ermäßigte Schulpflichtstunden

Rente

- Ab GdB 50 frühere Altersrente möglich, abhängig von Versicherungszeit und Lebensalter

Pkw-Nutzung

Je nach GdB können Sie unterschiedliche Kosten in Ihrer Steuererklärung geltend machen.

Steuerermäßigung für Fahrkosten

GdB	Was können Sie geltend machen?
GdB ab 50 und Gehbehinderung (Ausweismerkzeichen G) oder GdB ab 70	Höhere Entfernungskostenpauschale bzw. höherer Geltungsbetrag für den Arbeitsweg
GdB von wenigstens 70 und Gehbehinderung (Ausweismerkzeichen G) oder GdB von wenigstens 80	Zusätzlich zu den Betriebsausgaben oder Werbungskosten in angemessenem Umfang auch Kosten für private Fahrten, im Allgemeinen etwa 3.000 km pro Jahr; je km pauschal 0,30 €
Außergewöhnlich Gehbehinderte, Blinde und Hilflose (Ausweismerkzeichen aG, Bl und H)	Grundsätzlich alle Kraftfahrzeugkosten absetzbar, auch Erholungs-, Freizeit- und Besuchsfahrten, in der Regel bis zu 15.000 km pro Jahr, je km pauschal 0,30 €
GdB von wenigstens 50 aber weniger als 70	Nur Fahrten, die wegen der Behinderung notwendig sind, z.B. Fahrten zur Apotheke oder Massage mit entsprechendem Nachweis (Fahrtenbuch, Aufstellung)

Wer kein eigenes Kraftfahrzeug besitzt, kann in angemessenem Umfang auch Kosten für ein Taxi geltend machen. Möchten Sie sowohl private Fahrten mit einem PKW als auch Fahrten mit anderen Verkehrsmitteln absetzen, dann muss die oben erwähnte Fahrleistung von 3.000 km beziehungsweise 15.000 km entsprechend verringert werden.

Kraftfahrzeugsteuer

Behinderte mit dem Merkzeichen aG, Blinde (Merkzeichen Bl) oder Hilflose (Merkzeichen H) und bestimmte Schwerkriegsbeschädigte brauchen für ihren PKW oder ihr Motorrad (Kraftrad) keine Kfz-Steuer zu bezahlen. Voraussetzung ist, dass dieses Fahrzeug auf den behinderten Menschen zugelassen ist. Dabei ist es unerheblich, ob er selbst noch fahren kann oder sogar geschäftsunfähig ist.

Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen G brauchen nur die Hälfte der Kfz-Steuer zu bezahlen.

[Um die Befreiung beziehungsweise Reduzierung zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei der zuständigen Kraftfahrzeugsteuerstelle des Finanzamtes unter Vorlage des Schwerbehindertenausweises stellen.](#)

Parkerleichterung

Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung und dem Merkzeichen aG in ihrem Schwerbehindertenausweis können – in der Regel für fünf Jahre – einen blauen Parkausweis erhalten. Mit diesem Ausweis können Sie Ihr Auto auf den besonders gekennzeichneten Behindertenparkplätzen abstellen. Der Ausweis wird in ganz Europa anerkannt.

Wer einen orangefarbenen Parkausweis hat, zum Beispiel Stomaträger mit doppelten Stoma und einem GdB von mindestens 70, darf nicht auf Behindertenstellplätzen parken, hat aber dennoch besondere Rechte unter der Voraussetzung, dass es in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit gibt.

Mit dem orangefarbenen Parkausweis ist Parken erlaubt

- Mit Parkscheibe im eingeschränkten Halteverbot und im Zonenhaltverbot bis zu drei Stunden
- Kostenlos und zeitlich unbegrenzt an Parkuhren und Parkscheinautomaten

- Auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden
- In verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern

Sonstige Ermäßigungen

Schwerbehinderte zahlen im Automobilclub ADAC einen um 25 Prozent ermäßigten Tarif (auf Basis des Standardtarifs). Dies gilt auch für andere Automobilclubs.

Auch beim Kauf eines Neuwagens können bestimmte Rabatte zum Tragen kommen. Nähere Informationen erhalten Sie beim

Die Adresse

Bund behinderter Auto-Besitzer e.V. (BbAB)

Postfach 1202
66443 Bexbach
Telefon: 0 68 26 / 57 82
Telefax: 0 68 26 / 51 04 28
E-Mail: mail@bbab.de
Internet: www.bbab.de

Euroschlüssel für Behinderten WC

Wer als Behinderter unterwegs ist und auf die Benutzung eines behindertengerechten WCs angewiesen ist, kann sich einen speziellen Schlüssel bestellen: den Euroschlüssel. Dieses Schließsystem hat sich mittlerweile in Europa durchgesetzt.

Der Euroschlüssel passt

- Für mehr als 12.000 behindertengerechte Toiletten in Europa
- Für alle Behindertentoiletten an deutschen Autobahnen
- Für Behindertentoiletten in Bahnhöfen, Fußgängerzonen, Museen und Behörden

Wer kann den Euroschlüssel bekommen?

- Menschen mit GdB von mindestens 70 und Merkzeichen G
- Menschen mit aG, B, H oder Bl
- Unabhängig vom GdB
 - Schwer / außergewöhnlich Gehbehinderte
 - Rollstuhlfahrer
 - Stomaträger
 - Blinde Menschen
- Schwerbehinderte Menschen, die hilfsbedürftig sind und gegebenenfalls eine Hilfsperson brauchen
- An Multipler Sklerose Erkrankte
- An Morbus Crohn Erkrankte
- An Colitis ulcerosa Erkrankte
- Menschen mit chronischer Blasen- / Darmerkrankung

Der Euroschlüssel kostet 23,00 Euro (inklusive Versand und Mehrwertsteuer), zusammen mit dem Verzeichnis der Behindertentoiletten „Der Locus“ 30,00 Euro.

Bestelladresse

Club Behinderter und ihrer Freunde (CBF) e.V.

Pallaswiesenstraße 123 a
64293 Darmstadt
Telefon: 0 61 51 / 8 12 20
E-Mail: bestellung@cbf-darmstadt.de
Internet: www.cbf-da.de/de/angebote/shop/euro-wc-schlüssel/

Öffentliche Verkehrsmittel

Je nach Höhe des GdB und Art der Merkzeichen, gibt es bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel Vergünstigungen.

Vergünstigungen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (GdB mindestens 50)

Merkzeichen	Vergünstigungen
G, aG, Gl	Unentgeltliche Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs (Straßenbahnen, Omnibusse, U- und S-Bahnen, evtl. in den Verkehrsverbund einbezogene Bahnen sowie Nahverkehrszüge der Deutschen Bahn und Schiffe wie zum Beispiel Fähren). Dafür ist es nötig, eine Wertmarke von 80,00 € pro Jahr (bzw. 40,00 € pro Halbjahr) beim Versorgungsamt zu kaufen. Die Marke wird auf den Schwerbehindertenausweis geklebt. Unter bestimmten Bedingungen gibt es die Wertmarke kostenlos, Auskunft gibt das Versorgungsamt.
H, Bl	Unentgeltliche Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wie oben, die Wertmarke gibt es in diesem Fall kostenlos.
B und / oder Bl	Begleitperson kann kostenfrei im öffentlichen Personenverkehr mitfahren, auch wenn keine Wertmarke vorliegt.

Deutsche Bahn

Bei der Deutschen Bahn gibt es für Schwerbehinderte verschiedene Vergünstigungen – abhängig vom GdB und den Merkzeichen. Dazu gehören zum Beispiel ermäßigte Preise bei den Bahncards oder Parkplätze an Bahnhöfen.

Wichtig: Wenn Sie einen Nahverkehrszug der Deutschen Bahn nutzen und freifahrtberechtigt sind (also einen grün-roten Schwerbehindertenausweis haben), brauchen Sie kein Ticket mehr zu besorgen.

Bei Fragen wenden Sie sich an ein Reisezentrum der Deutschen Bahn.

Mobilitätszentrale Telefon: 0 18 06 / 51 25 12

Internet: www.bahn.de

Weitere Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche

GdB	Vergünstigungen
Mindestens 80 und die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ist nicht möglich	- Ermäßigte Rundfunkgebühren von 5,83 € monatlich auf Antrag (mit beglaubigter Kopie des Schwerbehindertenausweises oder „Bescheinigung zur Vorlage bei der Behörde“) - Ermäßigte Kosten für Neuanschlüsse der Deutschen Telekom und für Gesprächseinheiten im Festnetz, wenn die ermäßigte GEZ-Gebühr gewährt wird
100	Besonderer Freibetrag beim Wohngeld: 1.500,00 €
Mindestens 80 und häusliche Pflegebedürftigkeit	Besonderer Freibetrag beim Wohngeld: 1.500,00 €
Unter 80 bis 50 und häusliche Pflegebedürftigkeit	Besonderer Freibetrag beim Wohngeld: 1.200,00 €

BELASTUNGSGRENZEN UND ZUZAHLUNGEN

Medizinische Leistungen, die für die Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, werden von den Kostenträgern bezahlt. Trotzdem müssen Versicherte einen bestimmten Beitrag davon selbst übernehmen.

Die Regelungen für die Zuzahlungen (zum Beispiel für rezeptpflichtige Arzneimittel) sind einfach:

Sie müssen bei allen Leistungen zehn Prozent der Kosten selbst tragen – mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Liegen die Kosten unter fünf Euro, zahlen Sie den tatsächlichen Preis.

Allerdings müssen Sie im Laufe eines Kalenderjahres nicht unbegrenzt Zuzahlungen leisten. Es gibt eine Höchstgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie auf den folgenden Seiten.

Kinder und Jugendliche sind bis zum 18. Geburtstag grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Einzige Ausnahme: Zuzahlungen zu Fahrkosten müssen auch von nicht volljährigen Versicherten entrichtet werden.

Übrigens: Wenn Sie wissen möchten, was Ihre Arztbehandlung kostet, können Sie sich von Ihrem Arzt eine „Patientenquittung“ ausstellen lassen. Darauf wird in verständlicher Form erläutert, welche Leistungen der Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Diese Quittung können Sie nach jeder Behandlung oder auch ein-

mal pro Quartal verlangen. Für die Quartalsquittung berechnet der Arzt Ihnen einen Euro Bearbeitungsgebühr.

Belastungsgrenzen

Niemand soll durch Zuzahlungen finanziell überfordert werden. Deshalb gibt es Belastungsgrenzen: Werden diese überschritten, müssen Sie für den Rest des Kalenderjahres keine weiteren Zuzahlungen mehr leisten.

Es werden alle Zuzahlungen zusammengezählt, die der Versicherte selbst und die Angehörigen leisten, die mit ihm im selben Haushalt leben. (Zu den Angehörigen zählen die Krankenkassen den Ehe- oder Lebenspartner und die familienversicherten Kinder).

Sie müssen höchstens zwei Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens an Zuzahlungen aufwenden.

Für schwerwiegend chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Auch diese Ein-Prozent-Grenze bezieht sich auf das gesamte Familieneinkommen.

Definition „schwer chronisch krank“

Ärzte und Krankenkassen haben festgelegt, dass „schwerwiegend chronisch krank“ ist, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wird.

Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein

- Der Kranke hat den Pflegegrad 3 oder höher.
- Er ist zu mindestens 60 Prozent schwerbehindert oder erwerbsgemindert.
- Er muss dauerhaft medizinisch versorgt werden. Ohne diese Versorgung würde sich die Krankheit lebensbedrohlich verschlimmern, die Lebenserwartung oder die Lebensqualität verringern. Diese Einschätzung kann nur ein Arzt vornehmen.

Die verminderte Belastungsgrenze ist darüber hinaus an eine Voraussetzung geknüpft: Der Patient muss sich im Fall einer chronischen Erkrankung am Behandlungsprozess beteiligen und seinerseits vermeiden, dass sich die Krankheit verschlimmert und Folgeerkrankungen entstehen. Dies kann beispielsweise durch die Teilnahme an einem *Disease-Management-Programm* (DMP) erfolgen. Diese strukturellen Behandlungsprogramme werden für bestimmte Erkrankungen – zum Beispiel für Brustkrebs – angeboten.

Außerdem gilt eine weitere Regelung: Frauen, die nach dem 1. April 1987, und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden, müssen sich bei einem Arzt jeweils einmalig über Vor- und Nachteile der Früherkennungsuntersuchung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs beraten lassen. Nur dann kann für sie bei einer chronischen Erkrankung die Belastungsgrenze von einem Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens gelten. Die Beratung soll erfolgen, wenn sie das Anspruchsalter für die jeweilige Krebsfrüherkennungsuntersuchung erreicht haben.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen die gesetzlich empfohlenen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen.

Präventionspass

Ihre Krankenkasse ist verpflichtet, Sie zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu informieren. Außerdem erhalten Sie einen Präventionspass, in dem alle Beratungsgespräche, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, an denen Sie teilgenommen haben, notiert werden.

Für Frauen, die vor dem 1. April 1987, und für Männer, die vor dem 1. April 1962 geboren wurden, gilt diese Regelung nicht. Wenn sie chronisch krank werden, können sie die Belastungsgrenze von einem Prozent auf jeden Fall in Anspruch nehmen.

Wenn Sie schon vor dem 1. April 2007 chronisch krank waren und bereits die geringere Zuzahlungsgrenze haben, ändert sich für Sie zukünftig nichts.

Wie zuvor erwähnt, richtet sich die Höhe dessen, was Sie im Laufe eines Kalenderjahres zuzahlen müssen, nach Ihrem jährlichen Bruttoeinkommen. Dazu gehören sämtliche Einkünfte (Lohn / Gehalt, Zins-, Miet- und Pachteinnahmen) von Ihnen und Ihren Angehörigen, die mit Ihnen in einem Haushalt leben.

Der Gesetzgeber geht also von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen zu dem gemeinsamen Haushalt gehören und von dem Familienbruttoeinkommen leben müssen. Für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt, der das Familienbruttoeinkommen und damit die Belastungsgrenze verringert.

Freibeträge 2020

• Für Ihren Ehepartner (oder für den 1. Angehörigen)	5.733,00 €
• Für jeden weiteren Angehörigen und den eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner	3.738,00 €
• Für jedes familienversicherte Kind	7.812,00 €

Diese Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So ist der zumutbare Eigenanteil je nach Familiengröße unterschiedlich.

Beispiel: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze**Verheirateter Alleinverdiener mit 3 Kindern, Bruttoeinkommen 40.000,00 €**

Bruttoeinkommen	40.000,00 €
Freibetrag Ehefrau	- 5.733,00 €
Kinderfreibetrag (3 x 7.812,00 €)	- 23.436,00 €

Rechenbasis Bruttoeinkommen	10.831,00 €
Davon 2 %	216,62 €

Die Familie muss also höchstens 216,62 Euro an Zuzahlungen leisten.

Sobald Sie in einem Kalenderjahr mehr zugezahlt haben als Sie müssen, können Sie bei Ihrer Krankenkasse eine entsprechende Bescheinigung beantragen. Diese befreit Sie dann von allen weiteren Zuzahlungen im laufenden Jahr.

Sammeln Sie alle Zuzahlungsbelege während eines Kalenderjahres. Wichtig ist, dass Ihre Personalien auf den Belegen vermerkt werden. In Apotheken gibt es auch Hefte, in denen die Zuzahlungen quittiert werden können.

Härtefallregelungen, bei denen man vollständig von den Zuzahlungen befreit werden kann, gibt es nicht mehr. Mit einer einzigen Ausnahme: Wer unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze liegt, braucht nichts für Zahnersatz zu bezahlen.

Bonusprogramme

Abschließend noch ein Hinweis: Die meisten gesetzlichen Krankenkassen bieten Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Zum Beispiel für die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen. Versicherte können zum Beispiel Zuzahlungen ermäßigt oder die Praxisgebühr erstattet bekommen. Außerdem können Sie manchmal zwischen verschiedenen Beitragstarifen wählen. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, was Sie Ihnen anbieten kann.

Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen

Arzneimittel und Verbandmittel (nur verschreibungspflichtige)

Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik) auch bei der Abgabe in der Praxis

Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt, etwa Einlagen, Sonden, Spritzen)

Andere Hilfsmittel

Fahrkosten (von der Krankenkasse genehmigt)

- Zu und von stationären Behandlungen
- Zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen (z.B. Chemo- / Strahlentherapie)
- Bei Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen
- Bei Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder vergleichbar schweren Erkrankungen
- Bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen aG, Bl oder H)

Krankenhausbehandlung (vollstationär)

Häusliche Krankenpflege

Onkologische Rehabilitationsmaßnahmen

Stationär / teilstationär / ambulant

Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)

Haushaltshilfe

Zuzahlungshöhe

Befreiungsmöglichkeiten

10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten

10 % der Kosten + 10,00 € je Verordnung

10 % je Packung und max. 10,00 € im Monat

10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten

Für alle Zuzahlungen gilt

- Nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres (2 % des Familienbruttoeinkommens; 1 % für schwerwiegend chronisch Kranke)
- Kinder unter 18 Jahren*

* Dies gilt nicht für Fahrten zu ambulanten Behandlungen.

10,00 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr

10 % je einzelner Leistung + 10,00 € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr

Abhängig vom Kostenträger
Siehe Seite 57

Abhängig vom Kostenträger
Siehe Seite 57

10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT

Viele Betroffene wissen nicht genau, warum sie an Krebs erkrankt sind. Bei manchen liegt allerdings der Verdacht nahe, dass die Erkrankung mit ihrem Beruf zusammenhängt.

Manche Krebserkrankungen sind Folge des Umgangs mit krebserzeugenden Stoffen im Beruf. Wenn dies bei Ihnen der Fall ist, kann es sein, dass Ihre Krankheit als Berufskrankheit anerkannt wird. Dies wiederum ist wichtig für Rehabilitationsmaßnahmen oder finanzielle Entschädigungen.

Was ist eine Berufskrankheit?

Ausgehend von wissenschaftlichen Untersuchungen, die Zusammenhänge zwischen bestimmten Berufen oder Arbeitsplätzen und Krankheiten überprüft haben, hat der Verordnungsgeber eine ganze Reihe von Erkrankungen als Berufskrankheit eingestuft. Es ließ sich nämlich nachweisen, dass die Krankheiten durch „...besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind...“ (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung, § 9 Berufskrankheiten SGB VII).

Welche anerkannten Berufskrankheiten es gibt und die dazu gehörigen amtlichen Merkblätter, finden Sie auf den Internetseiten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) unter www.baua.de.

> Internetadresse

Besonders belastende Berufe

Bei der Entscheidung, ob es sich wirklich um eine Berufskrankheit handeln könnte, ist allerdings nicht der Arbeitsplatz selbst entscheidend. Wichtig ist vielmehr, mit welchen bestimmten Stoffen der Arbeitnehmer an seinem Arbeitsplatz in Berührung gekommen ist. Auch wenn es inzwischen zahlreiche Schutzvorschriften am Arbeitsplatz gibt, sind einige Berufe immer noch besonders risikoreich, und zwar Chemieberufe, Schlosser, Bau-, Metall- und Holzberufe, Bergleute, Elektriker, Installateure, Textilberufe, Lager- und Transportberufe, Isolierer, Mineralaufbereiter, Maler und Lackierer, Glas- und Keramikberufe sowie KFZ-Mechaniker. Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht über gesundheitsgefährdende Produktionsverfahren sowie über Arbeitsstoffe, deren krebserzeugende Wirkung am Menschen nachgewiesen wurde.

Verzeichnis krebserzeugender Tätigkeiten oder Verfahren nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 der Gefahrstoffverordnung (TRGS 906, März 2007)

- Herstellung von Auramin
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte krebserzeugenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen ausgesetzt sind, die in Pyrolyseprodukten aus organischem Material (z.B. Steinkohlenruß, Steinkohlenteer oder Steinkohlenteerpech) vorhanden sein können. Es ist zulässig, als Bezugssubstanz für Pyrolyseprodukte mit krebserzeugenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen den Stoff Benzol[a]pyren zu wählen
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte Staub, Rauch oder Nebel beim Rösten oder bei der elektrolytischen Raffination von Nickelmatte ausgesetzt sind
- Starke-Säure-Verfahren bei der Herstellung von Isopropylalkohol
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte Hartholzstäuben¹ ausgesetzt sind
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte in Bereichen arbeiten, in denen Dieselmotoremissionen freigesetzt werden

- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte alveolengängigen² Stäuben aus kristallinem Siliciumdioxid in Form von Quarz oder Cristobalit ausgesetzt sind (ausgenommen Steinkohlengrubenstaub)

¹ Auflistung von Hartholzarten siehe www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRGS/TRGS-906.html__nnn=true

² DIN/EN 481 „Festlegung der Teilchengrößenverteilung zur Messung luftgetragener Partikel“, Brüssel 1993

Quelle: Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin. Stand: Oktober 2018

> Internetadresse

Ein Verzeichnis der Stoffe, die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken, finden Sie beim Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) unter www.publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/kmr_oktober_2018.pdf.

Schutz durch gesetzliche Regelungen

Der Gesetzgeber hat umfassende Bestimmungen erlassen, die den Arbeitnehmer vor Schaden bewahren sollen oder, wenn ein Schadensfall bereits eingetreten ist, ihn finanziell unterstützen sollen. Diese finden Sie im Internet beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de. Ein Arbeitgeber ist verpflichtet, diese gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten. Unterstützt wird er dabei durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, zum Beispiel die Berufsgenossenschaften, die für die Prävention, Rehabilitation und Entschädigung nach §1 SGB VII zuständig sind. Eine Übersicht über alle Berufsgenossenschaften und Unfallkassen finden Sie im Internet unter www.dguv.de.

> Internetadresse

Berufsgenossenschaft

Besteht der Verdacht, dass eine Krebserkrankung beruflich bedingt ist, muss dies der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet werden. Sie wird ein Anerkennungsverfahren in Gang setzen. Nach §193 beziehungsweise §202 Sozialgesetzbuch VII besteht Anzeigepflicht für (Betriebs-)Ärzte und Unternehmer!

Versicherungsleistungen

Meist wird dies der behandelnde Arzt tun; die Meldung können aber auch die Krankenkasse oder der Erkrankte formlos selbst vornehmen. Das Personalbüro Ihres Unternehmens weiß, welche Berufsgenossenschaft zuständig ist. Wenn es Probleme gibt, kann die Meldung aber auch an den Landesgewerbearzt erfolgen, der dann alles Weitere veranlasst.

Wie lange es dauern wird, bis die Erkrankung dann wirklich als Berufskrankheit anerkannt wird, lässt sich nicht vorhersagen. So kann es beispielsweise sein, dass die Berufsgenossenschaft die Anerkennung ablehnt. Der Betroffene kann dagegen vor dem Sozialgericht Widerspruch einlegen, und das Verfahren wird wieder aufgenommen. Bei Verfahrensunregelmäßigkeiten ist das Bundesversicherungsamt in Bonn zuständig.

Wurde eine Krebserkrankung als Berufskrankheit anerkannt, erhalten Sie von der Berufsgenossenschaft bestimmte Leistungen. Diese umfassen medizinische Betreuung, Rehabilitation, Medikamente und Heilmittel oder Pflegeleistungen bis hin zu Rentenzahlungen. Grundsätzlich gilt dabei: Rehabilitation vor Rente.

Was unter welchen Voraussetzungen für Sie in Frage kommt, erfragen Sie direkt bei Ihrer Berufsgenossenschaft.

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung bieten über eine Infoline auch eine telefonische Beratung an:

Telefon: 0800 / 60 50 404 (Infoline Mo bis Fr 8 – 18 Uhr)
(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

E-Mail: info@dguv.de

HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS

Selbstverständlich haben auch Beamte Anspruch auf Sozialleistungen. Für sie gelten jedoch andere Bestimmungen als für gesetzlich Versicherte.

> Internetadresse

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (zum Beispiel Krebsnachsorgekuren) kann die gesetzliche Krankenkasse übernehmen, sofern Sie dort versichert sind. Andernfalls können Sie im Rahmen der Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder Beihilfe dafür beantragen. Auch wenn sich die Beihilfevorschriften der einzelnen Länder an denen des Bundes orientieren, gibt es doch zum Teil deutliche Unterschiede. Hier können Sie sich weiter informieren www.die-beihilfe.de/vorschriften-zur-beihilfe-in-bund-und-laendern. Medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger können Sie nicht in Anspruch nehmen.

Private Krankenversicherung

Sind Sie in der privaten Krankenversicherung, haben Sie einen sogenannten Beihilfeergänzungstarif. Damit gelten für Sie bei Kuren die Regelungen aller anderen privat Versicherten. Das heißt: Die Kurbehandlung ist grundsätzlich nicht eingeschlossen. Einige private Krankenversicherungen übernehmen die Kosten jedoch anteilig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung.

Hier erfahren Sie auch, was Ihre Krankenversicherung zahlt, wenn Sie bereits vor Ihrer Erkrankung einen speziellen Kurtarif abgeschlossen haben.

Immer erst Leistungszusage einholen

Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung können Sie bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern wählen.

Die Krankenhäuser müssen

- Unter ständiger ärztlicher Leitung stehen
- Über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
- Nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten

Viele Kurkliniken erfüllen diese Bedingungen. Informieren Sie sich bei der entsprechenden Klinik und holen Sie in jedem Fall vorher die Zusage der Krankenversicherung ein, dass diese die Kosten übernimmt. Seit einigen Jahren erkennen die meisten privaten Krankenversicherer an, dass eine stationäre Heilmaßnahme im Rahmen der Gesamttherapie notwendig ist.

PRIVATE VERSICHERUNG

Wer sich privat versichert, kann in der Regel den Tarif wählen, der am besten zu ihm passt. In diesem Kapitel informieren wir Sie gezielt über die Sozialtarife in der privaten Krankenversicherung. Diese können für Menschen wichtig sein, die zum Beispiel durch eine Krebserkrankung in eine schwierige finanzielle Situation geraten sind.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der die Höhe des Beitrags durch die Höhe des Einkommens bestimmt wird, kann man sich in der privaten Krankenversicherung (PKV) zum Beispiel zusammenstellen, was man versichern möchte und welche Eigenleistung man beisteuern kann und möchte. Bevor der Vertrag mit der Versicherung zustande kommt und der Beitrag festgesetzt wird, müssen die Versicherten eine Gesundheitsuntersuchung machen lassen, deren Ergebnis sich in Form eines sogenannten Risikozuschlags auf die Höhe des Beitrags auswirken kann. Die Kosten, die eine Versicherung zu übernehmen hat, steigen normalerweise bei älter werdenden Versicherten. Das berücksichtigt der Versicherer dadurch, dass er von einem Teil des Beitrags Altersrückstellungen anlegt und diese verzinst. Soweit die Bedingungen bei „normalen“ Verträgen in der PKV.

Nun kann es allerdings passieren, dass Sie trotz einer soliden Planung in eine schwierige finanzielle Situation geraten, in der Sie der Beitrag für Ihre private Krankenversicherung überfordert. Für diese Fälle sind die privaten Krankenversicherungen vom Gesetzgeber verpflichtet worden, Tarife mit geringeren Beiträgen anzubieten.

Der Basistarif

Den Basistarif müssen alle privaten Krankenversicherungen anbieten, und keine Versicherung darf jemanden, der die Voraussetzungen erfüllt, abweisen. Die Versicherung darf auch keinen Risikozuschlag verlangen oder bestimmte Leistungen ausschließen. Bevor der Vertrag zustande kommt, wird dennoch eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Sollte sich dabei ein erhöhtes Risiko ergeben, darf der Versicherer diese Information speichern (fiktiver Risikozuschlag). Möchten Sie später in einen anderen Tarif bei diesem Unternehmen wechseln und das Risiko besteht immer noch, müssen Sie einen entsprechenden Risikozuschlag bezahlen.

Die Leistungen im Basistarif sind denen der gesetzlichen Krankenversicherungen vergleichbar.

Wer kann sich versichern?

- Wer seinen Vertrag 2009 oder später abgeschlossen hat, kann jederzeit von seinem aktuellen in den Basistarif wechseln. Er kann auch das Versicherungsunternehmen wechseln, eventuelle Altersrückstellungen kann er „mitnehmen“.
- Wer seinen Vertrag vor 2009 abgeschlossen hat, muss
 - Mindestens 55 Jahre alt sein oder
 - Eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung / nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehen oder
 - Hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sein.
- Wer freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, kann innerhalb der ersten sechs Monate noch wechseln.
- Wer noch gar nicht versichert ist, seinen Wohnsitz in Deutschland hat und eigentlich der PKV zuzuordnen ist (zum Beispiel Selbstständige); er darf aber keine Sozialhilfe erhalten.

Die Beiträge im Basistarif

Die privaten Krankenversicherer berechnen die Beiträge für den Basistarif genauso wie für andere „normale“ Tarife. Da aber für die Versicherten im Basistarif keine Risikozuschläge genommen werden dürfen, legen die Unternehmen die entstehenden Mehrkosten auf alle ihre Versicherten um. Auf diese Weise können zwar auch schwer kranke Menschen in die PKV aufgenommen werden, dafür müssen junge, gesunde Versicherte allerdings in der Regel schon den Höchstbeitrag bezahlen. Dieser entspricht dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen. 2019 liegt dieser Betrag bei 662,48 Euro pro Monat. Erhält der Versicherte Sozialhilfe, verringert sich sein Beitrag auf die Hälfte des Höchstsatzes. Kann er diesen Betrag immer noch nicht aufbringen, gibt entweder die Bundesagentur für Arbeit oder das Sozialamt so viel dazu, dass der Versicherte nicht mehr hilfebedürftig ist.

Arbeitgeber- zuschuss

Arbeitgeber müssen Arbeitnehmern entsprechend den gesetzlichen Regelungen höchstens die Hälfte des Beitrags zuzahlen; Rentner bekommen einen entsprechenden Zuschuss von ihrem Rentenversicherungsträger.

Die Unternehmen der PKV müssen für den Basistarif fünf sogenannte Selbstbehaltstufen anbieten. Das bedeutet, dass die Versicherten pro Jahr diesen Betrag für bestimmte Leistungen selbst bezahlen. Dadurch verringert sich der Beitrag für den Basistarif.

Selbstbehaltstufen im Basistarif

- 1. Stufe 0,00 €
- 2. Stufe 330,00 €
- 3. Stufe 600,00 €
- 4. Stufe 900,00 €
- 5. Stufe 1.200,00 €

Sobald der von Ihnen gewählte Betrag, den Sie selbst übernehmen wollen, erreicht ist, wird alles von der PKV bezahlt. An diese Entscheidung über den Selbstbehalt sind Sie grundsätzlich für drei Jahre gebunden.

Im Basistarif erhalten Sie im Grunde dieselben Leistungen wie Versicherte in der GKV, und diese müssen ebenso „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Das bedeutet, dass unter Umständen nur die kostengünstigere Behandlung übernommen wird.

Das ist im Basistarif versichert

- Ambulante ärztliche Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen durch Ärzte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte)
- Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Vertragsärzte
- Zahnersatz zu 50 bis 65 Prozent, kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten unter 18 Jahren bei erheblichen Problemen beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent
- Allgemeine Krankenhausleistungen in öffentlichen Krankenhäusern
- Psychotherapeutische Behandlungen bis zu einem individuell festgelegten Höchstbetrag
- Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel sowie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses), die von einem Vertragsarzt verschrieben wurden, mit Zuzahlung von jeweils sechs Euro (ab 18 Jahren)
- Heilmittel nach Verordnung durch einen Vertragsarzt mit einer Zuzahlung von zwei Euro je Heilmittel und zehn Euro je Verordnung (ab 18 Jahren)

Behandlung bei Kassenärzten

- Hilfsmittel nach Verordnung durch einen Vertragsarzt mit einer Zuzahlung von acht Euro je Heilmittel beziehungsweise zehn Euro für den Monatsbedarf je Verordnung (ab 18 Jahren)
- Krankentagegeld ab dem 43. Tag. Es wird für höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt und beträgt höchstens 70 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2019: 54.450,00 Euro) und höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens

Versicherte im Basistarif können zu allen Ärzten und Zahnärzten gehen, die für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen sind (Kassenärzte).

Wichtig: Wenn Sie im Basistarif versichert sind, legen Sie Ihrem Arzt oder Zahnarzt vor der Behandlung Ihren Behandlungsaussweis vor, damit dieser sich an die Gebührensätze hält, die dafür gelten.

Der Standardtarif

Der Standardtarif war der erste Tarif, bei dem Versicherte einen deutlich geringeren Beitrag zahlen müssen als vorher. Wer in diesen Tarif wechseln möchte, muss allerdings bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Grundvoraussetzungen für den Wechsel in den Standardtarif

- Sie müssen vor 2009 in die private Krankenversicherung eingetreten sein
- Sie müssen mindestens zehn Jahre versichert sein
- Sie müssen in einem risikogerechten Tarif mit unterschiedlichen Beiträgen für Männer und Frauen (Bisex-Tarif) versichert sein

Wenn Sie diese Grundvoraussetzungen erfüllen, gilt außerdem

- Ab 65 Jahren können Sie ohne weitere Bedingungen in den Standardtarif wechseln
- Ab mindestens 55 Jahren können Sie wechseln, wenn Ihr Grundeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. 2019 liegt diese Grenze bei 54.450,00 Euro pro Jahr
- Unter 55 Jahren können Sie in den Standardtarif wechseln, wenn Sie Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (bei Beamten Ruhegehalt) beziehen und diese die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. 2019 liegt diese Grenze bei 54.450,00 Euro pro Jahr

Familienangehörige, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert wären, können ebenfalls in den Standardtarif wechseln.

Die Beiträge im Standardtarif

Bei der Berechnung Ihres Beitrags ist es wichtig, wie lange Sie schon in der PKV versichert sind und welchen Tarif Sie bisher hatten. Denn davon hängt ab, in welchem Umfang die oben erwähnten Altersrückstellungen berücksichtigt werden. Diese verringern nämlich den Beitrag, den Sie nun im Standardtarif zahlen müssen.

Arbeitgeberzuschuss

Zum Standardtarif erhalten Sie einen Arbeitgeberzuschuss nach den gesetzlichen Bestimmungen, und zwar höchstens die Hälfte Ihres PKV-Beitrags und höchstens die Summe, die Ihr Arbeitgeber bei der GKV übernehmen müsste. Sind Sie Rentner, beantragen Sie bei Ihrem Rentenversicherer einen entsprechenden Zuschuss.

Haben Sie bisher einen Risikozuschlag gezahlt, müssen Sie diesen auch im Standardtarif bezahlen.

Das ist im Standardtarif versichert

- Ambulante ärztliche Leistungen
- Früherkennungsuntersuchungen
- Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen
- Einfacher Zahnersatz zu 65 Prozent, kieferorthopädische Behandlungen bei erheblichen Problemen beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent
- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Erstattungsfähige Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel zu 80 Prozent; ist der Selbstbehalt von höchstens 306,00 Euro erreicht, zu 100 Prozent

Krankentagegeld ist nicht darin enthalten; Sie können es aber zusätzlich versichern. Dabei machen der dafür anfallende Beitrag und der für den Standardtarif zusammen maximal den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Wichtig: Wenn Sie im Standardtarif versichert sind, machen Sie Ihren Arzt oder Zahnarzt vor der Behandlung darauf aufmerksam, damit dieser sich an die Gebührensätze hält, die dafür gelten.

Der Notlagentarif

Wenn Sie in einer schwierigen finanziellen Lage sind, kann es sein, dass sie keinen der beiden zuvor beschriebenen Tarife bezahlen können. Dann gibt es den Notlagentarif, der einen Mindestversicherungsschutz bietet und zwischen 100,00 und 125,00 Euro pro Monat kostet. Dieser Tarif ist auf vorübergehende Ausnahmesituationen beschränkt und steht nur privat Versicherten offen, die Beitragsschulden nicht begleichen können.

Das ist im Notlagentarif versichert

- Ambulante und stationäre ärztliche Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzen
- Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft
- Bei Kindern Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen und empfohlene Schutzimpfungen

Der Versicherte kann allerdings nicht von sich aus entscheiden, dass er in den Notlagentarif wechselt. Stattdessen schreibt der Gesetzgeber hierfür ein Mahnverfahren vor. Sind die hierin vorgesehenen Fristen abgelaufen, wird automatisch auf den Notlagentarif umgestellt. Sind die Rückstände beglichen, kann der Versicherte zu den vorherigen Konditionen in seinen alten Tarif zurückkehren.

Die Regelungen der privaten Krankenversicherungen sind kompliziert. Sie können sich aber telefonische Hilfe holen.

Bundesministerium für Gesundheit

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

Telefon: 0 30 / 340 60 66 - 01 (Mo bis Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Telefon: 02 21 / 99 87 - 0

Ab Seite 113 finden Sie zudem einige hilfreiche Internetadressen, unter denen Sie weitere Informationen bekommen.

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

Wenn Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung unverschuldet in finanzielle Not geraten sind, kann Ihnen der Härtefonds der Deutschen Krebshilfe weiterhelfen.

Hilfe bei finanziellen Problemen

Manchmal kommen zu den gesundheitlichen Sorgen eines Krebskranken noch finanzielle Probleme – zum Beispiel wenn ein berufstätiges Familienmitglied aufgrund einer Krebserkrankung statt des vollen Gehalts zeitweise nur Krankengeld erhält oder wenn durch die Krankheit Kosten entstehen, die der Betroffene selbst bezahlen muss. Unter bestimmten Voraussetzungen kann aus dem Härtefonds der Deutschen Krebshilfe Betroffenen, die sich in einer finanziellen Notlage befinden, ein einmaliger Zuschuss gewährt werden. Das Antragsformular erhalten Sie bei der Deutschen Krebshilfe oder im Internet unter www.krebshilfe.de/haertefonds.

> Internetadresse

Immer wieder kommt es vor, dass Betroffene Probleme mit Behörden, Versicherungen oder anderen Institutionen haben. Die Deutsche Krebshilfe darf zwar keine rechtliche Beratung geben, aber oft kann ein Gespräch mit einem Mitarbeiter in der jeweiligen Einrichtung dabei helfen, die Schwierigkeiten zu beheben.

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn
Härtefonds: 02 28 / 7 29 90 - 94
(Mo bis Do 8.30 – 17 Uhr, Fr 8.30 – 16 Uhr)
Telefax: 02 28 / 7 29 90-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT

Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da: Sie hilft, unterstützt, berät und informiert Krebskranke und ihre Angehörigen – selbstverständlich kostenlos.

Die Diagnose Krebs verändert häufig das ganze Leben. Ob Sie selbst betroffen sind, ob Sie Angehöriger oder Freund eines Erkrankten sind – die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft möchten Ihnen in dieser Situation mit Informationen und Beratung zur Seite stehen. Das Team des INFONETZ KREBS beantwortet Ihnen in allen Phasen der Erkrankung Ihre persönlichen Fragen nach dem aktuellen Stand von Medizin und Wissenschaft. Wir vermitteln Ihnen themenbezogene Anlaufstellen und nehmen uns vor allem Zeit für Sie.



Beratungsthemen INFONETZ KREBS

Krebs erkennen und behandeln

- Diagnosemethoden
- Operation, Chemo- und Strahlentherapie
- Neue Behandlungsverfahren / personalisierte Medizin
- Nebenwirkungen
- Schmerzen
- Komplementäre Verfahren
- Krebsnachsorge
- Palliative Versorgung
- Klinische Studien
- Klinik- / Arztsuche

Leben mit Krebs

- Belastungen im Alltag
- Chronische Müdigkeit (Fatigue)
- Ernährung bei Krebs
- Bewegung bei Krebs
- Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung
- Kontakte zu
 - Krebsberatungsstellen
 - Psychoonkologen
 - Krebs-Selbsthilfe
 - Wohnortnahen Versorgungsnetzwerken

Soziale Absicherung

- Krankengeld
- Zuzahlungen
- Schwerbehinderung
- Rehamaßnahmen
- Beruf und Arbeit / Wiedereinstieg
- Erwerbsunfähigkeit
- Finanzielle Hilfen

Krebsprävention

- Allgemeine Krebsrisikofaktoren
- Möglichkeiten der Krebsprävention

Krebsfrüherkennung

- Gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
- Informierte Entscheidung

Die Mitarbeiter des INFONETZ KREBS stehen Ihnen bei allen Ihren Fragen, die Sie zum Thema Krebs haben, zur Seite. Wir vermitteln Ihnen Informationen in einer einfachen und auch für Laien verständlichen Sprache. So möchten wir eine Basis schaffen, damit Sie vor Ort Ihren weiteren Weg gut informiert und selbstbe-

stimmt gehen können. Sie erreichen uns per Telefon, E-Mail oder Brief.

Immer wieder kommt es vor, dass Betroffene Probleme mit Behörden, Versicherungen oder anderen Institutionen haben. Die Mitarbeiter des INFONETZ KREBS beraten Betroffene und ihre Angehörigen in sozialrechtlichen Fragen. Eine juristische Vertretung der Ratsuchenden durch die Deutsche Krebshilfe ist allerdings nicht möglich.

Hilfe bei finanziellen Problemen

Manchmal kommen zu den gesundheitlichen Sorgen eines Krebskranken noch finanzielle Probleme – zum Beispiel, wenn ein berufstätiges Familienmitglied aufgrund einer Krebserkrankung statt des vollen Gehalts zeitweise nur Krankengeld erhält oder wenn durch die Krankheit Kosten entstehen, die der Betroffene selbst bezahlen muss. Unter bestimmten Voraussetzungen kann aus dem Härtefonds der Deutschen Krebshilfe Betroffenen, die sich in einer finanziellen Notlage befinden, ein einmaliger Zuschuss gewährt werden. Das Antragsformular erhalten Sie bei der Deutschen Krebshilfe oder im Internet unter www.krebshilfe.de/haertefonds.

> Internetadresse

Wer Informationen über Krebserkrankungen sucht, findet sie bei der Deutschen Krebshilfe. Ob es um Diagnostik, Therapie und Nachsorge einzelner Krebsarten geht oder um Einzelheiten zu übergeordneten Themen wie Schmerzen, Palliativmedizin oder Sozialleistungen: „Die blauen Ratgeber“ erläutern alles in allgemeinverständlicher Sprache.

Die Präventionsfaltblätter und -broschüren der Deutschen Krebshilfe informieren darüber, wie sich das Risiko, an Krebs zu erkranken, verringern lässt. Sämtliche Informationsmaterialien finden Sie im Internet unter www.krebshilfe.de. Sie können diese auch per E-Mail, Fax oder über den Postweg kostenlos bestellen.

> Internetadresse

> **Spots auf
YouTube**

Spots und Videos der Deutschen Krebshilfe zu verschiedenen Themen gibt es auf YouTube. Den entsprechenden Link finden Sie auf www.krebshilfe.de.

> **Adresse**

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

Zentrale: 02 28 / 7 29 90 - 0 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
Härtefonds: 02 28 / 7 29 90 - 94
(Mo bis Do 8.30 – 17 Uhr, Fr 8.30 – 16 Uhr)
Telefax: 02 28 / 7 29 90 - 11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Ihre persönliche Beratung INFONETZ KREBS

Telefon: 0800 / 80 70 88 77 (kostenfrei Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
E-Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de
Internet: www.infonetz-krebs.de

**Dr. Mildred Scheel
Akademie**

Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter in Krebsberatungsstellen, Mitglieder von Krebs Selbsthilfegruppen, Seelsorger, Psychotherapeuten, Studenten – wer immer täglich mit Krebs und Krebskranken zu tun hat, kann an Seminaren der Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung teilnehmen. Auf dem Gelände des Universitätsklinikums Köln bietet die Weiterbildungsstätte der Deutschen Krebshilfe ein vielseitiges Programm an. Dazu gehören beispielsweise Seminare zur Konflikt- und Stressbewältigung, zu Verarbeitungsstrategien für den Umgang mit der Krankheit, Gesundheitstraining oder Seminare zur Lebensgestaltung.

> **Internetadresse**

Das ausführliche Seminarprogramm finden Sie im Internet unter www.krebshilfe.de/akademie. Dort können Sie sich auch anmelden. Oder fordern Sie das gedruckte Programm an.

> **Adresse**

**Dr. Mildred Scheel Akademie
für Forschung und Bildung gGmbH**

Kerpener Straße 62
50924 Köln
Telefon: 02 21 / 94 40 49 - 0
Telefax: 02 21 / 94 40 49 - 44
E-Mail: msa@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de/akademie

**Kontakte zu
Selbsthilfegruppen**

Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e.V. (HKSH)

Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 540
Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 549
E-Mail: info@hausderkrebsselbsthilfe.de
Internet: www.hausderkrebsselbsthilfe.de

Mitgliedsverbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe –
Bundesverband e.V. (HKSH) mit Sitz in Bonn

Mitgliedsverbände

Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 400
Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Deutsche ILCO e.V.

Vereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 450

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 475

E-Mail: info@ilco.de

Internet: www.ilco.de

**Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe
Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen
zur Unterstützung von Erwachsenen
mit Leukämien und Lymphomen e.V.**

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 200

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 222

E-Mail: info@leukaemie-hilfe.de

Internet: www.leukaemie-hilfe.de

Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V.

(für Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs)

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 251 oder - 252

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 253

E-Mail: bgs@adp-bonn.de

Internet: www.bauchspeicheldruese-pankreas-selbsthilfe.de

Bundesverband der Kehlkopfoperierten e.V.

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 300

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 310

E-Mail: geschaeftsstelle@kehlkopfooperiert-bv.de

Internet: www.kehlkopfooperiert-bv.de

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS)

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 500

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 510

E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de

Internet: www.prostatakrebs-bps.de

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 150

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 155

E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de

Internet: www.blasenkrebs-shb.de

Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D-Krebs e.V.

Büro-Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 280

Patienten-Telefon: 0171 / 476 46 88

E-Mail: info@kopf-hals-mund-krebs.de

Internet: www.kopf-hals-mund-krebs.de

BRCA-Netzwerk e.V.

Hilfe bei familiären Krebserkrankungen

Telefon: 02 28 / 33 88 9 - 100

Telefax: 02 28 / 33 88 9 - 110

E-Mail: info@brca-netzwerk.de

Internet: www.brca-netzwerk.de

Bundesverband Schilddrüsenkrebs**Ohne Schilddrüse leben e.V.**

Rungestraße 12

10179 Berlin

Telefon: 0 30 / 27 58 11 46

Telefax: 0 30 / 27 58 11 46

E-Mail: info@sd-krebs.de

Internet: www.sd-krebs.de

Weitere nützliche Adressen

Deutsche Hirntumorhilfe e.V.

Karl-Heine-Straße 27
04229 Leipzig
Telefon: 03 41 / 590 93 96
Telefax: 03 41 / 590 93 97
E-Mail: info@hirntumorhilfe.de
Internet: www.hirntumorhilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 0 30 / 322 93 29 0
Telefax: 0 30 / 322 93 29 66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg

Telefon: 0800 / 420 30 40 (täglich 8 – 20 Uhr,
kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Arbeitsgruppe Integrative Onkologie

Universitätsklinik für Innere Medizin 5
Schwerpunkt Onkologie / Hämatologie
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90340 Nürnberg
Telefon: 09 11 / 398 - 30 51 / 30 52
Telefax: 09 11 / 398 - 35 22
E-Mail: agio@klinikum-nuernberg.de
Internet: www.agbkt.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Münchener Straße 45
60329 Frankfurt am Main
Telefon: 0180 / 44 35 530
E-Mail: info@hkke.org
Internet: www.hkke.org

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Prof. Dr. Claudia Schmidtke
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Telefon: 0 30 / 184 41 - 3424
Telefax: 0 30 / 184 41 - 4499
E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de
Internet: www.patientenbeauftragter.de

Stiftung Gesundheit

Behringstraße 28a
22765 Hamburg
Telefon: 0 40 / 80 90 87 - 0
Telefax: 0 40 / 80 90 87 - 555
E-Mail: info@stiftung-gesundheit.de
Internet: www.stiftung-gesundheit.de

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Linienstraße 131
10115 Berlin
Telefon: 0 30 / 921 05 80 - 0
Telefax: 0 30 / 921 05 80 - 110
E-Mail: kontakt@vdk.de
Internet: www.vdk.de

Sozialverband SoVD Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63
 10179 Berlin
 Telefon: 0 30 / 72 62 22 - 0
 Telefax: 0 30 / 72 62 22 - 311
 E-Mail: kontakt@sovd.de
 Internet: www.sovd.de

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Behinderung und Ausweis
 Mauerstraße 53
 10117 Berlin
 Telefon: 0 30 / 2 21 91 10 06 (Mo bis Do von 8 – 20 Uhr)
 E-Mail: buero@behindertenbeauftragter.de
 Internet: www.behindertenbeauftragter.de/DE/DerBeauftragte/DerBeauftragte_node.html

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

Brehmstraße 5 - 7
 40239 Düsseldorf
 Telefon: 02 11 / 6 40 04 - 0
 Telefax.: 02 11 / 6 40 04 - 20
 E-Mail: info@bvkm.de
 Internet: www.bvkm.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Rudi-Dutschke-Straße 17
 10969 Berlin
 Telefon: 0 30 / 258 00 - 0
 Telefax: 0 30 / 258 00 - 518
 E-Mail: info@vzbv.de
 Internet: www.vzbv.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen (BAGP)

Astallerstraße 14
 80339 München
 Telefon: 0 89 / 76 75 51 31 (erreichbar Di bis Do 13 – 14 Uhr)
 E-Mail: mail@bagp.de
 Internet: www.bagp.de

Sie erhalten eine Liste mit spezialisierten Beratungseinrichtungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden.

Zentrum für Qualität in der Pflege

Reinhardtstraße 45
 10117 Berlin
 Telefon: 0 30 / 275 93 95 - 0
 Telefax: 0 30 / 275 93 95 - 20
 E-Mail: info@zqp.de
 Internet: www.zqp.de

MedizinRecht.de GmbH

Hanauer Landstraße 328 – 330
 60314 Frankfurt am Main
 Telefon: 0 69 / 430 59 - 600
 Telefax: 0 69 / 430 59 - 565
 E-Mail: info@MedizinRecht.de
 Internet: www.medizinrecht.de

Bundesagentur für Arbeit

Regensburger Straße 104
 90478 Nürnberg
 Telefon: 0800 / 4 55 55 00 (Mo bis Fr von 8 – 18 Uhr)
 Internet: www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/spezielle-hilfe-und-unterstuetzung

Vergabe von Arztterminen

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de

Internet: www.bmg.bund.de

Bürgertelefon (Mo bis Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)

0 30 / 340 60 66 - 01 Bürgertelefon zur Krankenversicherung

0 30 / 340 60 66 - 02 Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

0 30 / 340 60 66 - 03 Bürgertelefon zur gesundheitl. Prävention

Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle

Bundesweit einheitliche Notdienstnummer

Telefon: 116 117 (24 Stunden / 7 Tage)

GKV – Spitzenverband gesetzliche Krankenversicherung auf Bundesebene

Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Die einzelnen Verbände des GKV-Spitzenverbandes

- Vdek-Verband der Ersatzkassen: www.vdek.com
- AOK-Bundesverband: www.aok-bv.de
- BKK-Dachverband: www.bkk-dachverband.de
- IKK e.V.: www.ikkev.de
- Knappschaft: www.knappschaft.de
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG): www.svlfg.de

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstraße 2

10709 Berlin

Kostenloses Servicetelefon: 0800 / 10 00 48 00

(Mo bis Do 07.30 – 19.30, Fr 07.30 – 15.30)

E-Mail: drv@drv-bund.de

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Fragen rund um das Thema Rente beantworten Ihnen die Experten am kostenlosen Servicetelefon: 0800 / 1000 480 70
(Mo bis Do 7.30 – 19.30 Uhr, Fr 7.30 – 15.30 Uhr)

Informationen im Internet

Immer häufiger informieren sich Betroffene und Angehörige im Internet. Hier gibt es sehr viele Informationen, aber nicht alle davon sind wirklich brauchbar. Deshalb müssen – besonders wenn es um Informationen zur Behandlung von Tumorerkrankungen geht – gewisse (Qualitäts-)Kriterien angelegt werden.

Anforderungen an Internetseiten

- Der Verfasser der Internetseite muss eindeutig erkennbar sein (Name, Position, Institution).
- Wenn Forschungsergebnisse zitiert werden, muss die Quelle (z. B. eine wissenschaftliche Fachzeitschrift) angegeben sein.
- Diese Quelle muss sich (am besten über einen Link) ansehen beziehungsweise überprüfen lassen.
- Es muss eindeutig erkennbar sein, ob die Internetseite finanziell unterstützt wird und – wenn ja – durch wen.
- Es muss eindeutig erkennbar sein, wann die Internetseite aufgebaut und wann sie zuletzt aktualisiert wurde.

Auf den nachfolgend genannten Internetseiten finden Sie sehr nützliche, allgemeinverständliche medizinische Informationen zum Thema Krebs. Auf diese Seiten kann jeder zugreifen, sie sind nicht durch Registrierungen oder dergleichen geschützt.

Medizinische Informationen zu Krebs

www.krebsinformationsdienst.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg

www.krebsgesellschaft.de

Umfangreiche Informationen der Deutschen Krebsgesellschaft für Ärzte, Betroffene und medizinische Fachkräfte

www.inkanet.de

Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige

www.patienten-information.de

Qualitätsgeprüfte Gesundheitsinformationen über unterschiedliche Krankheiten, deren Qualität das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin gemeinsam mit Patienten bewertet

www.gesundheitsinformation.de

Patientenportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

www.medinfo.de

Einer der größten Webkataloge im deutschsprachigen Raum für Medizin und Gesundheit; bietet systematisch geordnete und redaktionell zusammengestellte Links zu ausgewählten Internetquellen

www.laborlexikon.de

Online-Lexikon mit ausführlichen, allgemeinverständlichen Erklärungen von Laborwerten

www.agbkt.de

Arbeitsgruppe Integrative Onkologie

www.cancer.gov/cancerinfo

Amerikanisches National Cancer Institute (nur in Englisch)

Informationen zu Patienten- rechten

Sozialrechtliche Informationen

Informationen zu Leben mit Krebs und Neben- wirkungen

www.cancer.org

American Cancer Society, aktuelle Informationen zu einzelnen Krebsarten und ihren Behandlungsmöglichkeiten (nur in Englisch)

www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html**www.kbv.de/html/patientenrechte.php****www.patienten-rechte-gesetz.de****www.schwerbehindertenausweis.de/nachteilsausgleich-suche**

Suche nach Nachteilsausgleichen, die für Ihren Grad der Behinderung und für Ihre Merkzeichen zutreffen

www.dapo-ev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V.; diese Seiten enthalten unter anderem ein Verzeichnis bundesweiter Einrichtungen und Angebote der Interessengemeinschaft „IG Kinder krebskranker Eltern“

www.vereinlebenswert.de und **www.pso-ag.org**

Seiten mit Informationen über psychosoziale Beratung

www.fertiprotekt.com

Netzwerk für fertilitätserhaltende Maßnahmen

www.dkms-life.de

Kosmetikseminare für Krebspatientinnen

www.bvz-info.de

Seite des Bundesverbandes der Zweithaarspezialisten e.V. u. a. mit Adressensuche qualifizierter Friseure

Palliativmedizin und Hospize

www.kompetenzzentrum-deutscher-zweithaarprofis.de
Internetseite mit Adressen von besonders qualifizierten
Zweithaarspezialisten

www.kinder-krebskranker-eltern.de
Beratungsstelle Flüsterpost e.V. mit Angeboten für Kinder,
Jugendliche und Erwachsene

www.hkke.org
Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

www.medizin-fuer-kids.de
Die Medizinstadt für Kinder im Internet

neu.onko-kids.de
Informations- und Kommunikationsseiten für krebskranke Kinder
und Jugendliche, ihre Geschwister und Familien

www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de
Umfangreiche Hinweise auf Kliniken und Patientenorganisatio-
nen, Linktipps und Buchempfehlungen; spezielle Informationen
zu Psychoonkologie und dem Fatigue-Syndrom

www.dgpalliativmedizin.de
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

www.dhpv.de
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

www.deutscher-kinderhospizverein.de
Deutscher Kinderhospizverein e.V.

www.bundesverband-kinderhospiz.de
Bundesverband Kinderhospiz e.V.

Informationen zur Ernährung

www.dge.de
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

www.was-essen-bei-krebs.de
Kooperationsprojekt von Eat What You Need e.V. und dem
Comprehensive Cancer Center (CCC) München

www.vdoe.de und **www.vdoe.de/expertenpool.html**
Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

www.vdd.de
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.;
auf diesen Seiten finden Ratsuchende Adressen von gut ausge-
bildeten und erfahrenen Ernährungstherapeuten und -beratern
in der Nähe des Wohnortes.

Informationen zu Sozialleistungen

www.deutsche-rentenversicherung.de
Deutsche Rentenversicherung u. a. mit Informationen zu Rente
und Rehabilitation

www.bmg.bund.de
Bundesministerium für Gesundheit mit Informationen zu den
Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenkassen sowie zu
Pflegebedürftigkeit und Pflege

www.medizinrechtsanwaelte.de
Medizinrechtsanwälte e.V.; bundesweit kostenfreie Erstbera-
tungen bei Konflikten zwischen Patienten und Ärzten sowie bei
Problemen mit Kranken-, Renten- oder Pflegeversicherung

Arzt- und Kliniksuche

www.oncomap.de
Internetseite mit Adressen der von der Deutschen Krebsgesell-
schaft zertifizierten Zentren; mit Suchfunktion

www.weisse-liste.de

Unterstützt Interessierte und Patienten bei der Suche nach dem für sie geeigneten Krankenhaus; mit Suchassistent zur individuellen Auswahl unter rund 2.000 deutschen Kliniken

www.kbv.de/arztsuche/

Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Suche nach spezialisierten Ärzten und Psychotherapeuten

www.arzt-auskunft.de

Datenbank der Stiftung Gesundheit; Ärzteverzeichnis, das alle 290.000 niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte, Psychologischen Psychotherapeuten, Kliniken und Chefärzte enthält; mit genauer Suchfunktion nach Schwerpunkten und Orten

www.arbeitskreis-gesundheit.de

Gemeinnütziger Zusammenschluss von Kliniken verschiedener Fachrichtungen; Homepage mit Verzeichnis von Rehakliniken

ABKÜRZUNGEN

AHB	Anschlussheilbehandlung
ALG II	Arbeitslosengeld II
AR	Anschlussrehabilitation
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
DGS	Deutsche Gesellschaft für Senologie
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
ESTG	Einkommensteuergesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MLD	Manuelle Lymphdrainage
Reha	Rehabilitation
SAPV	Spezialisierte ambulante Pallitivversorgung
SG	Sozialgeld
SGB	Sozialgesetzbuch
SoVD	Sozialverband Deutschland e.V.
STIKO	Ständige Impfkommission
VdK	Sozialverband

NOCH FRAGEN?

Vielleicht haben Sie nach dem Lesen dieser umfangreichen Informationen noch die eine oder andere Frage. Im Folgenden haben wir Fragen und die dazugehörigen Antworten zusammengestellt.

Zuzahlungen

Ich werde vermutlich im Laufe eines Jahres die Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen überschreiten. Worauf muss ich achten?

Sie müssen Zuzahlungen leisten, bis Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Berechnen Sie, welchen Betrag Sie voraussichtlich selbst zahlen müssen (ein Prozent beziehungsweise zwei Prozent des Familienbruttoeinkommens abzüglich der Freibeträge [vergleiche Seite 82 ff.]). Bei einigen gesetzlichen Krankenkassen und in Apotheken gibt es Vordrucke, in die Zuzahlungen eingetragen werden, die Sie und Ihre Angehörigen bezahlt haben. Sie können aber auch einzelne Quittungen sammeln. Achten Sie darauf, dass Ihre Personalien auf den Belegen vermerkt sind.

Nähert sich die Summe der von Ihnen geleisteten Zuzahlungen der Belastungsgrenze, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse. Dort werden Sie beraten und erhalten gegebenenfalls auch eine Bescheinigung, dass Sie für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreit sind. (Kapitel Belastungsgrenzen und Zuzahlungen)

Kann ich nur Belege von Zuzahlungen, die mit meiner Krebserkrankung zusammenhängen, geltend machen?

Nein. Lassen Sie sich von jedem selbst gezahlten Betrag eine Quittung geben (Arzneimittel, Hilfsmittel, Fahrkosten, u.a.). (Kapitel Belastungsgrenzen und Zuzahlungen)

Pflegehilfen

Mein Arzt hat mir ein Medikament verschrieben, dessen Preis unter fünf Euro liegt. Was bezahle ich?

In diesem Fall zahlen Sie nur den reinen Medikamentenpreis. Handelt es sich um ein Medikament, für das ein Festbetrag festgelegt wurde, und liegt der Preis des Medikaments 30 Prozent unter diesem Festbetrag, müssen Sie keine Zuzahlung leisten. (Kapitel Belastungsgrenzen und Zuzahlungen)

Ich benötige nach meiner Krankenhausentlassung häusliche Pflege. Was muss ich machen, um sie zu bekommen?

Die Krankenkasse kann unter bestimmten Voraussetzungen (siehe Seite 20) und bei vorliegender ärztlicher Verordnung häusliche Krankenpflege genehmigen. Stellen Sie – vor der Entlassung – einen entsprechenden Antrag bei Ihrer Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung. Der Sozialdienst des Krankenhauses kann Sie hierbei unterstützen. (Kapitel Leistungen der Krankenkasse)

Ich kann während meines Krankenhausaufenthaltes (während meiner Rehabilitation / nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) meinen Haushalt, das heißt vor allem mein Kind / meine Kinder, nicht allein versorgen. Bekomme ich Hilfe?

Ja. Wenn Ihr Kind oder zumindest eines Ihrer Kinder jünger als zwölf Jahre ist oder wenn ein behindertes Kind in Ihrem Haushalt lebt, haben Sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Dies gilt allerdings nur, wenn keine der anderen Personen, die in Ihrem Haushalt leben, diese Aufgaben übernehmen kann (zum Beispiel der Ehemann, weil er berufstätig ist). Den Antrag müssen Sie so früh wie möglich bei Ihrer Krankenkasse stellen.

Die Kosten für eine Haushaltshilfe während einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme durch die Rentenversicherung können unter oben genannten Voraussetzungen von dieser übernommen wenn (siehe Seite 18).

In der privaten Krankenversicherung kann man eine Krankenhaus-Tagegeld-Versicherung abschließen, so dass die Versicherung für jeden im Krankenhaus verbrachten Tag eine gewisse Summe zahlt. Damit kann beispielsweise eine Haushaltshilfe finanziert werden. (Kapitel Leistungen GKV)

Ich bin nach meiner Therapie pflegebedürftig. Wie bekomme ich Hilfe?

Sie können Leistungen der Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, wenn Ihr Pflegebedarf dauerhaft (mindestens sechs Monate) ist und Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Was Sie an Leistungen bekommen, hängt davon ab, wie viel Hilfe Sie benötigen. Anträge stellen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse, die bei Ihrer Krankenkasse eingerichtet wurde oder bei Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung (siehe auch Seite 29 ff.). Beratungen hierzu und bei weiteren Fragen bieten die Pflegestützpunkte: www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Gesundh_Pflege/Pflege_Vers/Pflegeberatung/d_karte_pflegestuetzpunkte.html

Der Zustand meines Angehörigen hat sich verschlechtert. Ich muss mich um die Organisation von Hilfsdiensten kümmern. Besteht die Möglichkeit, dass ich bei der Arbeit dafür frei bekomme?

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ermöglicht Arbeitnehmern, wenn das Fernbleiben aufgrund einer akut aufgetretenen Pflegesituation oder zur Organisation bedarfsgerechter Pflege eines Angehörigen von Nöten ist, eine Pausierung im Beruf. (Kapitel Leistungen der Pflegeversicherung / Pflegezeitgesetz)

Kuren

Kann ich eine Steuerermäßigung und einen Pauschalbetrag nach § 33 Abs.3 EStG geltend machen.

Nein. Sie müssen zwischen den beiden Möglichkeiten wählen. Ihre Entscheidung gilt für ein Kalenderjahr. Im nächsten Jahr können Sie erneut wählen. (Kapitel Leistungen der Pflegeversicherung)

Wo muss ich den Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) stellen?

In der Regel erfolgt die Antragstellung auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) durch den Sozialdienst der Klinik oder durch den behandelnden Arzt, der die medizinische Notwendigkeit überprüft.

Die unterschiedlichen Kostenträger für eine onkologische Rehabilitation (Kranken-, Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung) klären die Zuständigkeit unter sich und leiten Ihren Antrag gegebenenfalls an die verantwortliche Stelle weiter. Sie werden selbstverständlich darüber informiert. (Kapitel Rehabilitation)

Wie viele Rehabilitationsmaßnahmen kann ich in Anspruch nehmen?

Eine Rehabilitationsmaßnahme für Krebspatienten kann als AHB direkt im Anschluss an die Primärbehandlung oder als onkologische Reha spätestens bis zum Ende des ersten Jahres nach der Primärbehandlung durchgeführt werden. Bis zum Abschluss des zweiten Jahres kann erneut eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt werden, wenn noch erhebliche Funktionseinschränkungen vorliegen. Eine weitere ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme können Sie erst nach vier weiteren Jahren beantragen. Ausnahme: Treten Rückfälle oder Tochtergeschwülste in anderen Körperteilen auf, können Sie – falls medizinisch notwendig – früher eine Rehabilitation bekommen. (Kapitel Rehabilitation)

Schwerbehindertenausweis

Woher weiß ich, dass mir ein Schwerbehindertenausweis zusteht?

Bei Krebserkrankungen wird in den allermeisten Fällen ein Schwerbehindertenausweis genehmigt, weil gesundheitliche Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen durch die Erkrankungen und Therapien vorliegen können. Sie können beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen. Der medizinische Dienst des Versorgungsamtes prüft den Grad der Behinderung (GdB). Wenn Sie sich vor Antragstellung beraten lassen wollen, setzen Sie sich zum Beispiel mit dem Sozialdienst des Krankenhauses in Verbindung, in dem Sie behandelt werden oder wenden sich als ambulant behandelter Patient beispielsweise an eine Krebsberatungsstelle (Adressen siehe Seite 105). (Kapitel Schwerbehinderung)

Wie bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?

Anträge gibt es bei den Gemeinde-, Stadt- oder Kreisverwaltungen, die Ihnen auch die Anschrift des für Sie zuständigen Versorgungsamtes geben können. Dort reichen Sie den ausgefüllten Antrag ein. Hierfür benötigen Sie ein aktuelles Passbild. In dem Antrag sollten Sie nicht nur Ihre Krebserkrankung angeben, aufgrund derer Sie jetzt den Antrag stellen, sondern auch alle anderen, länger andauernden Krankheiten und Beschwerden. Unter „länger andauernd“ ist ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zu verstehen. (Kapitel Schwerbehinderung)

Krankengeld

Ich bin aufgrund meiner Erkrankung seit Wochen krankgeschrieben. Jetzt geht die Zeit der Lohnfortzahlung durch meinen Arbeitgeber zu Ende. Wer kommt nun für meinen Unterhalt auf?

Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent Ihres Bruttogehalts aber maximal 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Das Kranken-

geld wird für 30 Tage im Kalendermonat pro Kalendertag gezahlt. Ein Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes finden Sie auf Seite 27.

Wenn Sie eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie die tariflich vereinbarte Summe maximal in Höhe Ihres Nettogehalts. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Krankengeld)

Wie komme ich an das Krankengeld?

Wenn feststeht, dass Sie länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind und die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber beendet ist, stellen Sie einen Antrag auf Krankengeld bei Ihrer Krankenkasse. Als privat Versicherter beantragen Sie die Zahlung des Krankentagegeldes bei Ihrer Versicherung. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Krankengeld)

Muss ich der Aufforderung zur Rehabilitation durch die Krankenkasse nach §51 Sozialgesetzbuch (SGB) V nachkommen und welche Konsequenzen ergeben sich bei Unterlassung?

Die Krankenkasse kann Sie vor Ablauf der 78 Wochen Krankengeld auffordern, einen Rehabilitationsantrag innerhalb einer Frist von zehn Wochen zu stellen. Voraussetzung ist ein ärztliches Gutachten aus dem hervorgeht, dass Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Die schriftliche Aufforderung an Sie muss die korrekte Frist von zehn Wochen ausweisen / beinhalten, eine Rechtsbehelfsbelehrung und den Verweis auf § 51 SGB V enthalten. Der Antrag nach § 51 SGB V sollte von Ihnen im vorgegebenen Zeitraum gestellt werden, da Ihnen sonst der Verlust der Krankengeldzahlungen droht. Möglicherweise kann es sinnvoll sein, gegen die Aufforderung zur Rehabilitation einen Widerspruch einzulegen. Lassen Sie sich dazu beraten.

Kommen Versicherte Ihrer Aufforderung nicht nach, entfällt der Anspruch auf Auszahlung des Krankengeldes mit dem Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragsstellung wieder auf.

Die Krankenkasse kann veranlassen, dass die Rentenversicherung Ihren Rehabilitationsantrag in einen Rentenanspruch umwandelt, wenn nach der erfolgten Rehabilitationsmaßnahme eine Erwerbsminderung festgestellt oder wenn der Antrag abgelehnt wird, weil ein Erfolg der medizinischen Rehabilitation oder der Leistung zur Teilhabe nicht zu erwarten ist.

Falls Sie alle Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, können Sie eine Erwerbsminderungsrente erhalten (siehe Seite 32), Rentenbeginn ist in der Regel der Zeitpunkt des Rehabilitationsantrages. Bereits gezahltes Krankengeld wird mit der Rente verrechnet. Krankengeld ist häufig höher als die Erwerbsminderungsrente, die Differenz muss allerdings nicht zurückgezahlt werden.

Berufstätigkeit

Ich bin berufstätig, möchte mein an Krebs erkranktes Kind während der akuten Behandlungsphase aber nicht allein lassen. Wenn ich dafür unbezahlten Urlaub nehmen muss, fehlt das Geld für den Lebensunterhalt. Gibt es eine andere Möglichkeit?

Ja, zumindest für einen gewissen Zeitraum. Die Krankenkasse zahlt Ihnen für die Betreuung des erkrankten Kindes Krankengeld, und zwar bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr. Sind beide Elternteile berufstätig, können maximal 20 Arbeitstage geltend gemacht werden. Um das Krankengeld zu bekommen, benötigen Sie eine ärztliche Bescheinigung. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Krankengeld)

Ich habe aufgrund meiner Erkrankung Probleme, in meinen alten Beruf zurückzukehren, möchte aber auf jeden Fall wieder arbeiten. Was kann ich tun?

Informieren Sie sich über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Setzen Sie sich mit Ihrem zuständigen Arbeitsamt, Ihrem Rentenversicherungsträger oder der Hauptfürsorgestelle in Verbindung. Ist die Ausübung Ihres alten Berufes aufgrund der Erkrankung nicht möglich, kann im Rahmen der beruflichen Rehabilitation eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben trotz gesundheitlicher Einschränkungen und/oder Behinderung in Anspruch genommen werden. Maßnahmen der beruflichen Reha werden von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht, oft sind dies aber das Arbeitsamt, die gesetzliche Rentenversicherung oder die Hauptfürsorgestelle.
Adressen Hauptfürsorgestellen: www.hauptfuersorgestellen.de/Hauptfuersorgestellen/135c/index.html.
(Kapitel Rehabilitation / Berufliche Reha)

Ich werde aufgrund meiner Erkrankung meinen erlernten Beruf nie wieder ausüben können beziehungsweise überhaupt nicht mehr berufstätig sein können. Wie soll ich meinen Unterhalt nun finanzieren?

Sofern Sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt haben (siehe Seite 32 f.), wird Ihnen eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Diese können Sie auch nur vorübergehend beziehen, wenn Sie zum Beispiel nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben später wieder einem Beruf nachgehen können. Anträge für Rentenzahlungen erhalten Sie bei den Versicherungsämtern der Städte oder Gemeinden, aber auch bei den Krankenkassen. Beim Ausfüllen der Anträge ist man Ihnen behilflich. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Rente)

Härtefonds

Ich bin durch meine Erkrankung in eine finanzielle Notlage geraten: Ich habe krankheitsbedingte Ausgaben, die weder die Krankenkasse noch irgendeine andere Stelle übernimmt, die ich aber auch nicht allein tragen kann. Was soll ich tun?
Stellen Sie einen Antrag an den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der jedes Jahr vielen Betroffenen mit einer einmaligen Zahlung hilft (Adresse siehe Seite 100).

Sollten Sie eine Förderung aus dem Härtefonds unseres Hauses noch nicht in Anspruch genommen haben, besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf eine einmalige einkommensabhängige und zweckungebundene finanzielle Unterstützung zu stellen. Dieser Unterstützungsfonds wurde gezielt für Krebsbetroffene in Not-situationen eingerichtet (Adresse siehe Seite 100).
(Kapitel Wirtschaftliche Sicherung).

QUELLENANGABEN

Zur Erstellung dieser Broschüre wurden die nachstehend aufgeführten Informationsquellen herangezogen:

- **Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung**, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2020
- **Soziale Informationen 2020**, hrsg. vom Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Bonn 2020
- **Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**, www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/gkv_grundprinzipien.jsp
- **Die Pflegestärkungsgesetze**, www.bundesgesundheitsministerium.de
- **Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance**, Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, 15. Auflage (4/2020)
- **Mit Rehabilitation wieder fit für den Job**, Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, 14. Auflage (8/2019)
- **Lexikon auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)**, www.mdk.de/lexikon.htm
- Müsch, FH, **Berufskrankheiten, Ein medizinisch-juristisches Nachschlagewerk**, Stuttgart 2006
- **Verzeichnis krebserzeugender Tätigkeiten oder Verfahren nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 der Gefahrstoffverordnung (TRGS 906)**, Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin 2016
- **Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**, Gesetzliche Krankenversicherung
- **Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)**, Arbeitsförderung
- **Versorgungs-Medizin-Verordnung – Versorgungsmedizinische Grundsätze**, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bonn 2015
- **Merkblatt langfristiger Heilmittelbehandlungen**, hrsg. vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Berlin 2012
- **Klarheit im Blätterwald-Sozialleistungen bei Krebserkrankungen**, hrsg. von der Niedersächsischen Krebsgesellschaft, Hannover 2019

- **Nachteilsausgleiche, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen**, www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/BildungundArbeit/Arbeit/Nachteilsausgleiche/Nachteilsausgleiche_node.html
- **Nachteilsausgleiche, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) GbR**, www.integrationsaemter.de/Leistungen
- **Haushaltshilfe, Deutsche Rentenversicherung**, www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Warum-Reha/haushaltshilfe
- **Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen, Einkommensteuergesetz (EStG) § 33b**, www.gesetze-im-internet.de/estg/___33b.html
- **Entlassmanagement, GKV-Spitzenverband**, www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp
- **Schwerbehindertenverordnung**, www.gesetze-im-internet.de/schwbbawv/index.html
- **Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes** (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV), www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html

INFORMIEREN SIE SICH

Das folgende kostenlose Informationsmaterial können Sie bestellen.

Deutsche Krebshilfe
Buschstr. 32
53113 Bonn

Telefon: 02 28 / 7 29 90 - 0
Telefax: 02 28 / 7 29 90 - 11
E-Mail: bestellungen@krebshilfe.de

Informationen für Betroffene und Angehörige

Die blauen Ratgeber (ISSN 0946-4816)

- | | |
|--|---|
| — 001 Ihr Krebsrisiko – Sind Sie gefährdet? | — 019 Nierenkrebs |
| — 002 Brustkrebs | — 020 Leukämie bei Erwachsenen |
| — 003 Krebs der Gebärmutter und Eierstöcke | — 021 Hodgkin-Lymphom |
| — 005 Hautkrebs | — 022 Plasmozytom / Multiples Myelom |
| — 006 Darmkrebs | — 024 Familiärer Brust- und Eierstockkrebs |
| — 007 Magenkrebs | — 040 Wegweiser zu Sozialleistungen |
| — 008 Gehirntumoren | — 041 Krebswörterbuch |
| — 009 Krebs der Schilddrüse | — 042 Hilfen für Angehörige |
| — 010 Lungenkrebs | — 043 Patienten und Ärzte als Partner |
| — 011 Krebs im Rachen und Kehlkopf | — 046 Ernährung bei Krebs |
| — 012 Krebs im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich | — 048 Bewegung und Sport bei Krebs |
| — 013 Krebs der Speiseröhre | — 049 Kinderwunsch und Krebs |
| — 014 Krebs der Bauchspeicheldrüse | — 050 Schmerzen bei Krebs |
| — 015 Krebs der Leber und Gallenwege | — 051 Fatigue. Chronische Müdigkeit bei Krebs |
| — 016 Hodenkrebs | — 053 Strahlentherapie |
| — 017 Prostatakrebs | — 057 Palliativmedizin |
| — 018 Blasenkrebs | — 060 Klinische Studien |

Sonstiges

- | | |
|--|--|
| — 230 Leben Sie wohl. Hörbuch Palliativmedizin | — 101 INFONETZ KREBS – Ihre persönliche Beratung |
| — 080 Nachsorgekalender | |
| — 100 Programm der Dr. Mildred Scheel Akademie | |

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Gesundheits- / Patientenleitlinien

Gesundheitsleitlinien

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| — 170 Prävention von Hautkrebs | — 187 Früherkennung von Prostatakrebs |
| — 185 Früherkennung von Brustkrebs | — 197 Früherkennung von Darmkrebs |

Patientenleitlinien

- | | |
|--|--|
| — 174 Supportive Therapie | — 186 Metastasierter Brustkrebs |
| — 175 Psychoonkologie | — 188 Magenkrebs |
| — 176 Speiseröhrenkrebs | — 189 Morbus Hodgkin |
| — 177 Nierenkrebs im frühen und lokal fortgeschrittenen Stadium | — 190 Mundhöhlenkrebs |
| — 178 Nierenkrebs im metastasierten Stadium | — 191 Melanom |
| — 179 Blasenkrebs | — 192 Eierstockkrebs |
| — 180 Gebärmutterhalskrebs | — 193 Leberkrebs |
| — 181 Chronische lymphatische Leukämie | — 194 Darmkrebs im frühen Stadium |
| — 182 Brustkrebs im frühen Stadium | — 195 Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium |
| — 183 Prostatakrebs I – Lokal begrenztes Prostatakarzinom | — 196 Bauchspeicheldrüsenkrebs |
| — 184 Prostatakrebs II – Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom | — 198 Palliativmedizin |

Informationen zur Krebsfrüherkennung

- | | |
|-------------------------------------|--|
| — 425 Gebärmutterhalskrebs erkennen | — 431 Informieren. Nachdenken. Entscheiden. – Gesetzliche Krebsfrüherkennung |
| — 426 Brustkrebs erkennen | — 500 Früherkennung auf einen Blick – Ihre persönliche Terminkarte |
| — 427 Hautkrebs erkennen | |
| — 428 Prostatakrebs erkennen | |
| — 429 Darmkrebs erkennen | |

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Informationen zur Krebsprävention

Präventionsratgeber (ISSN 0948-6763)

- | | |
|---|---|
| — 401 Gesundheit im Blick – Gesund leben – Gesund bleiben | — 407 Sommer. Sonne. Schattenspiele. – Gut behütet vor UV-Strahlung |
| — 402 Gesunden Appetit! – Vielseitig essen – Gesund leben | — 408 Ins rechte Licht gerückt – Krebsrisikofaktor Solarium |
| — 403 Schritt für Schritt – Mehr Bewegung – Weniger Krebsrisiko | — 410 Riskante Partnerschaft – Mehr Gesundheit – Weniger Alkohol |
| — 404 Richtig aufatmen – Geschafft – Endlich Nichtraucher | |

Präventionsfaltblätter (ISSN 1613-4591)

- | | |
|---|---|
| — 430 10 Tipps gegen Krebs – Sich und anderen Gutes tun | — 439 Schritt für Schritt – Mehr Bewegung – Weniger Krebsrisiko |
| — 432 Kindergesundheit – Gut geschützt von Anfang an | — 440 Gesunden Appetit! – Vielseitig essen – Gesund leben |
| — 433 Aktiv gegen Brustkrebs – Selbst ist die Frau | — 441 Richtig aufatmen – Geschafft – Endlich Nichtraucher |
| — 435 Aktiv gegen Darmkrebs – Selbst bewusst vorbeugen | — 442 Clever in Sonne und Schatten – Gut geschützt vor UV-Strahlen |
| — 436 Sommer. Sonne. Schattenspiele. – Gut behütet vor UV-Strahlung | — 447 Ins rechte Licht gerückt – Krebsrisikofaktor Solarium |
| — 437 Aktiv gegen Lungenkrebs – Bewusst Luft holen | — 494 Clever in Sonne und Schatten – Checkliste UV-Schutztipps für Kleinkinder |
| — 438 Aktiv Krebs vorbeugen – Selbst ist der Mann | — 495 Clever in Sonne und Schatten – Checkliste UV-Schutztipps für Grundschüler |

Informationen über die Deutsche Krebshilfe

- | | |
|--|-------------------------|
| — 601 Geschäftsbericht (ISSN 1436-0934) | — 660 Ihr letzter Wille |
| — 603 Magazin Deutsche Krebshilfe (ISSN 0949-8184) | |

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Wie alle Schriften der Deutschen Krebshilfe wird auch diese Broschüre von ausgewiesenen Experten auf ihre inhaltliche Richtigkeit überprüft. Der Inhalt wird regelmäßig aktualisiert. Der Ratgeber richtet sich in erster Linie an medizinische Laien und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Er orientiert sich an den Qualitätsrichtlinien DISCERN und Check-In für Patienteninformationen, die Betroffenen als Entscheidungshilfe dienen sollen.

Die Deutsche Krebshilfe ist eine gemeinnützige Organisation, die ihre Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung finanziert. Öffentliche Mittel stehen ihr für ihre Arbeit nicht zur Verfügung. In einer freiwilligen Selbstverpflichtung hat sich die Deutsche Krebshilfe strenge Regeln auferlegt, die den ordnungsgemäßen und wirtschaftlichen Umgang mit den ihr anvertrauten Spendengeldern sowie ethische Grundsätze bei der Spendenakquisition und der Annahme von Spenden betreffen. Informationsmaterialien der Deutschen Krebshilfe sind neutral und unabhängig abgefasst.

Diese Druckschrift ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen, bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers. Alle Grafiken, Illustrationen und Bilder sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nicht verwendet werden.

„Deutsche Krebshilfe“ ist eine eingetragene Marke (DPMA Nr. 396 39 375).



Allgemeiner Hinweis zum Datenschutz

Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist die Stiftung Deutsche Krebshilfe, Buschstr. 32, 53113 Bonn. Dort erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten.

Die von Ihnen übermittelten Adressdaten verarbeiten wir nach Art. 6 Abs. 1 (a; f) DSGVO ausschließlich dafür, Ihnen die bestellten Ratgeber zuzusenden, die angeforderten Informationen zu unserem Mildred-Scheel-Förderkreis zu übermitteln bzw. Sie, falls gewünscht, in unseren Newsletterversand aufzunehmen. Weitere Informationen, u. a. zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen, Widerspruch und Beschwerde, erhalten Sie unter www.krebshilfe.de/datenschutz.

Die Antworten auf die am Ende unserer Broschüre gestellten Fragen werden von uns in anonymisierter Form für statistische Auswertungen genutzt.

Liebe Leserin, lieber Leser,
die Informationen in dieser Broschüre sollen einen Überblick über die verschiedenen Sozialleistungen geben und Sie dabei unterstützen, das Leben mit Ihrer Erkrankung zu bewältigen.
Konnte unser Ratgeber Ihnen dabei behilflich sein? Bitte beantworten Sie hierzu die umseitigen Fragen und lassen Sie uns die Antwortkarte baldmöglichst zukommen. Vielen Dank!

Deutsche Krebshilfe
Buschstraße 32

53113 Bonn

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?

☐ Ja ☐ Nein

Beruf: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG

Die Broschüre hat meine Fragen beantwortet

Zu Zuzahlungen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Zur Belastungsgrenze

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Zur sozialen Pflegeversicherung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Zur Rehabilitation

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Zur wirtschaftlichen Sicherung

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Der Text ist allgemeinverständlich

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

1 stimmt vollkommen

2 stimmt einigermaßen

3 stimmt teilweise

4 stimmt kaum

5 stimmt nicht

040 0040

☐ Ich interessiere mich für den Mildred-Scheel-Förderkreis.

(Dafür benötigen wir Ihre Anschrift.)

☐ Bitte senden Sie mir den kostenlosen Newsletter der Deutschen Krebshilfe zu.

(Dafür benötigen wir Ihre E-Mailadresse.)

Name:

Straße:

PLZ | Ort:

E-Mail:

Ich bin

☐ Betroffener ☐ Angehöriger ☐ Interessierter

Ich habe die Broschüre bekommen

☐ Vom Arzt persönlich ☐ Im Wartezimmer
☐ Krankenhaus ☐ Apotheke
☐ Angehörige / Freunde ☐ Selbsthilfegruppe
☐ Internetausdruck ☐ Deutsche Krebshilfe

Das hat mir in der Broschüre gefehlt



Deutsche Krebshilfe
MILDRED-SCHEEL-FÖRDERKREIS

Cornelia Scheel,
Vorsitzende des
Mildred-Scheel-Förderkreises



www.mildred-scheel-foerderkreis.de

DER KAMPF GEGEN KREBS IST EIN DAUER AUFTRAG

Machen Sie mit und werden Sie Förderer

Krebs geht uns alle an und kann jeden treffen. Eine Chance gegen diese lebensbedrohliche Krankheit haben wir nur, wenn wir uns alle gegen sie verbünden. Je mehr Menschen sich dauerhaft engagieren, desto besser können wir nach dem Motto der Deutschen Krebshilfe – Helfen. Forschen. Informieren. – vorgehen und dem Krebs immer mehr seinen Schrecken nehmen. Werden Sie deshalb mit Ihrer regelmäßigen Spende Teil des Mildred-Scheel-Förderkreises und unterstützen Sie die lebenswichtige Arbeit der Deutschen Krebshilfe dauerhaft. So ermöglichen Sie, was im Kampf gegen den Krebs unverzichtbar ist: Durchhaltevermögen, Planungssicherheit und finanzieller Rückhalt.

Schon mit einer monatlichen Spende ab 5 Euro

- Unterstützen Sie **dauerhaft** die Krebsbekämpfung auf allen Gebieten
- Ermöglichen Sie **zuverlässig** wichtige Fortschritte in der Krebsforschung
- Fördern Sie **nachhaltig** unsere Aktivitäten zur Prävention und Früherkennung von Krebs

Als Förderer / Förderin werden Sie regelmäßig zu Veranstaltungen des Förderkreises und der Deutschen Krebshilfe eingeladen. Außerdem erhalten Sie 4 x jährlich das „Magazin der Deutschen Krebshilfe“, in dem wir über die Wirkung Ihrer Spenden berichten.

Für Ihr Engagement bedanken wir uns schon jetzt von Herzen.



Bildnachweis: Deutsche Krebshilfe, Getty Images/E+/kupicoo



Bitte ausfüllen, abtrennen und an uns zurücksenden!

JA, ich werde Förderer / Förderin im Mildred-Scheel-Förderkreis und unterstütze die Deutsche Krebshilfe regelmäßig

mit einer **monatlichen** Spende

von ☐ 5 Euro ☐ 10 Euro ☐ 20 Euro
☐ _____ Euro (Betrag Ihrer Wahl).

Bitte buchen Sie **meinen Monatsbeitrag** ab dem _____ (Monat/Jahr)

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich
von meinem Konto ab.

Ich ermächtige die Stiftung Deutsche Krebshilfe, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stiftung Deutsche Krebshilfe auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt
Glaubiger-Identifikationsnummer: DE80ZZ00001556446
Meine regelmäßige Hilfe kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

Ort, Datum und Unterschrift

Vorname/Name (Kontoinhaber)	
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
E-Mail	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
Telefon	

Wichtige Informationen zum Datenschutz:
Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist die Stiftung Deutsche Krebshilfe, Buschstr. 32, 53113 Bonn. Dort erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten. Ihre in dem Überweisungsträger bzw. Spendenformular angegebenen Daten verarbeiten wir nach Art. 6 (1) (b) DSGVO für die Spendenabwicklung. Ihre Adressdaten verarbeiten wir für ausschließlich eigene Zwecke nach Art. 6 (1) (f) DSGVO, um Sie postalisch z. B. über unsere Arbeit und Projekte zur Krebsbekämpfung zu informieren. Einer zukünftigen Nutzung Ihrer Daten können Sie jederzeit uns gegenüber schriftlich oder per E-Mail an stan@krebshilfe.de unter Angabe Ihrer vollständigen Adresse widersprechen. Weitere Informationen u. a. zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen und Beschwerden erhalten Sie unter www.krebshilfe.de/datenschutz

☐ Ja, ich möchte per E-Mail regelmäßig über die Arbeit der Deutschen Krebshilfe informiert werden.
Diese Zustimmung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Stiftung Deutsche Krebshilfe
Mildred-Scheel-Förderkreis
Buschstr. 32
53113 Bonn

„Es sind nicht die großen Worte, die in der
Gemeinschaft Grundsätzliches bewegen:
Es sind die vielen kleinen Taten der Einzelnen.“
Dr. Mildred Scheel



HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Unter diesem Motto setzt sich die Deutsche Krebshilfe für die Belange krebskranker Menschen ein. Gegründet wurde die gemeinnützige Organisation am 25. September 1974. Ihr Ziel ist es, die Krebskrankheiten in all ihren Erscheinungsformen zu bekämpfen. Die Deutsche Krebshilfe finanziert ihre Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung. Sie erhält keine öffentlichen Mittel.

- Information und Aufklärung über Krebskrankheiten sowie die Möglichkeiten der Krebsvorbeugung und -früherkennung
- Verbesserungen in der Krebsdiagnostik
- Weiterentwicklungen in der Krebstherapie
- Finanzierung von Krebsforschungsprojekten / -programmen
- Bekämpfung der Krebskrankheiten im Kindesalter
- Förderung der medizinischen Krebsnachsorge, der psychosozialen Betreuung einschließlich der Krebs-Selbsthilfe
- Hilfestellung, Beratung und Unterstützung in individuellen Notfällen

**INFONETZ
KREBS**
WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche
Beratung
Mo bis Fr 8 – 17 Uhr

**0800
80708877**
kostenfrei

Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da.

Deutsche Krebshilfe
Buschstr. 32
53113 Bonn
Telefon: 02 28 / 7 29 90-0
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Spendenkonten

Kreissparkasse Köln

IBAN DE65 3705 0299 0000 9191 91

BIC COKSDE33XXX

Commerzbank AG

IBAN DE45 3804 0007 0123 4400 00

BIC COBADEFFXXX

Volksbank Köln Bonn eG

IBAN DE64 3806 0186 1974 4000 10

BIC GENODED1BRS

ISSN 0946-4816



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.