



aktualisierte
Neuaufgabe
2022

Klarheit im Blätterwald

Sozialleistungen bei
Krebserkrankungen



NIEDERSÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.
Königstraße 27, 30175 Hannover
Tel.: 0511 3885262
Fax: 0511 3885343
www.nds-krebsgesellschaft.de
service@nds-krebsgesellschaft.de

Redaktion:

Bettina Hallmann, Sozialberaterin
Dr. Silke Mittmann, Dipl. oec. troph.
Dr. Bärbel Burmester

Fachliche Beratung:

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Gestaltung:

Broska & Brüggemann Werbeagentur GmbH

Druck: Druckerei Mantow GmbH, Hannover

4. überarbeitete Auflage, November 2022

Bildnachweis: Titel, Beratungsangebote Krebsgesellschaft, Michael Brüggemann; Vorwort, Daniel George, S.4, Franz Pfluegl - Fotolia.com; S.6 li., pixelsocke - Fotolia.com; S.6 re, Kzenon - Fotolia.com; S.7 li., Monika Wisniewska - Fotolia.com; S.8 li., allen185 - Fotolia.com; S.8 re, verca - Fotolia.com; S.10, auremar - Fotolia.com; S.12, Robert Kneschke - Fotolia.com; S.13, drubig-photo - Fotolia.com; S.17 li., Minerva Studio - Fotolia.com; S.17 re., Marco2811 - Fotolia.com; S.19, Photographee.eu - Fotolia.com; S.20, Tyler Olson - Fotolia.com; S.21, contrastwerkstatt - Fotolia.com; S.22, digitalefotografen - Fotolia.com; S.23, torsakarín - Fotolia.com; S.30 Kaspars Grinvalds - Fotolia.com; S.35, Viacheslav Iakobchuk - Fotolia.com; S.37, JPC-PROD - Fotolia.com; S.39, Robert Kneschke - Stock.Adobe.com; S.41, contrastwerkstatt - Fotolia.com; S.42, chagin - Fotolia.com; S.43 li., Coloures-pic - Fotolia.com; S.43 re., Robert Kneschke - Fotolia.com; S.44, zinkevych - Fotolia.com; S.45, Syda Productions - Fotolia.com; S.46, goodluz - Fotolia.com; S.47, Photographee.eu - Fotolia.com; S.48 li., Juice Images - Fotolia.com; S.48 re., Gina Sanders - Fotolia.com; S.49, Andrey Popov - Fotolia.com; S.50 li., cristovao31 - Fotolia.com; S.50 re., kasto - Fotolia.com; S.51, Photographee.eu - Fotolia.com; S.58 Stephan Koscheck - Fotolia.com

Hinweise:

Diese Druckschrift ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen oder Abbildungen, bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.

Dieser Ratgeber erläutert die gesetzlichen Regelungen. Er kann jedoch nur eine Orientierungshilfe darstellen, da es immer wieder Sonder- oder Ausnahmeregelungen bzw. aktuelle gesetzliche Änderungen gibt. Wenn Sie sicher gehen möchten, dass eine bestimmte Leistung auch in Ihrem individuellen Fall gezahlt wird, erkundigen Sie sich bei der zuständigen Stelle. Wir haben uns bemüht, den bei Drucklegung geltenden Wissenstand wiederzugeben.

Wir möchten Männer und Frauen in gleicher Weise ansprechen. Wenn wir im Text an manchen Stellen – besonders bei Berufsbezeichnungen – nur die männliche Form verwendet haben, geschah dies ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Realisierung und Druck dieser Broschüre mit finanzieller Förderung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie die Deutschen Rentenversicherungen Bund, Braunschweig-Hannover und Oldenburg-Bremen.

Liebe Leserin, lieber Leser,



mit der Diagnose Krebs ändert sich das Leben von jetzt auf gleich. Im Krankheitsverlauf treten zahlreiche Probleme auf. Der familiäre und berufliche Alltag ist von vielfältigen Änderungen betrof-

fen; auch die finanzielle Situation gestaltet sich für die Betroffenen häufig schwieriger.

Im Rahmen einer Tumorerkrankung treten zudem viele Fragen auf. Bei Diagnosestellung drehen sich diese zunächst um Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen. Doch nicht nur medizinische Aspekte sind von Bedeutung. Oft benötigen Betroffene und Angehörige auch psychoonkologische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Darüber hinaus spielen sozialrechtliche und existenzielle Fragen eine sehr wichtige Rolle: Wie beantrage ich eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme? Wo erhalte ich finanzielle Unterstützung? Wie kann ich einen Schwerbehindertenausweis

beantragen? Welche Zuzahlungen muss ich leisten? Unter welchen Voraussetzungen wird mir ein Pflegegrad zugesprochen? In der akuten Phase stehen die Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus als erste Ansprechpartner zur Verfügung. Aber wer hilft danach?

Das Anliegen der Niedersächsischen Krebsgesellschaft ist es, Sie mit Ihren Fragen nicht alleine zu lassen, sondern Sie während einer Krebserkrankung zu begleiten. Diese Broschüre informiert Sie über das Thema Sozialrecht und dessen zahlreiche Regelungen. Sie dient als Hilfestellung bei der Orientierung, auf welche Leistungen Sie in Ihrer Situation Anspruch haben. Gerne geben wir Ihnen bei sozialrechtlichen Fragen auch persönlich, telefonisch oder schriftlich Auskunft. Wir beraten Sie und Ihre Angehörigen kostenfrei.

Dr. med. Peter N. Meier, FASGE

Vorsitzender der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V.

1.	Anspruch auf Sozialleistungen	4
2.	Zuzahlungen	5
2.1	Alle Zuzahlungen auf einen Blick	5
2.2	Arznei- und Verbandmittel	6
2.3	Heilmittel	6
2.4	(Pflege-) Hilfsmittel	6
2.5	Fahrtkosten	7
2.6	Ernährungsberatung	8
2.7	Pflegekosten	8
3.	Belastungsgrenzen	11
4.	Soziale Pflegeversicherung	12
4.1	Pflegebedürftigkeit	12
4.2	Häusliche Pflege	17
4.3	Teilstationäre Versorgung und Kurzzeitpflege	18
4.4	Vollstationäre Pflege	20
4.5	Palliativmedizinische Behandlung	21
5.	Schwerbehindertenausweis	22
6.	Wirtschaftliche Sicherung	28
6.1	Kündigung(sschutz)	28
6.2	Entgeltfortzahlungen und Krankengeld	28
6.3	Arbeitslosengeld I/Nahtlosigkeitsregelung	31
6.4	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	32
6.5	Grundsicherung (Wohngeld)	33
6.6	Private Berufsunfähigkeitsversicherung	33
6.7	Regelaltersrente	33

7.	Rehabilitation	36
7.1	Anschlussheilbehandlung (AHB)	36
7.2	Onkologische Rehabilitation	37
7.3	Rehabilitationssport	39
7.4	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	40
7.5	Stufenweise Wiedereingliederung	42
8.	Für Privatversicherte	43
8.1	Behandlung	43
8.2	Zuzahlungen	45
8.3	Private Pflegeversicherung	46
8.4	Wirtschaftliche Sicherung	47
8.5	Rehabilitation	47
9.	Für Selbstständige	48
9.1	Vorsorge treffen	48
9.2	Existenzsicherung	49
9.2.1	Private Berufsunfähigkeit	49
9.2.2	Gesetzliche Rentenversicherung	50
9.2.3	Grundsicherung	50
10.	Krebs als Berufskrankheit	50
11.	Angebote der Niedersächsischen Krebsgesellschaft	52
12.	Hier finden Sie Hilfe	54
13.	Weiterlesen und wichtige Quellen	58



Sozialleistungen sichern in Zeiten von Krankheit oder Arbeitslosigkeit ein Mindestmaß an wirtschaftlicher Lebensgrundlage. Geld- und Sachleistungen wie Krankengeld, Sozialhilfe, Rehabilitationsmaßnahmen oder Rente zählen zu den Sozialleistungen. Diese staatlichen Hilfen werden dadurch finanziert, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber in die jeweiligen Versicherungen einzahlen.

Eine individuelle Beratung bzgl. der Frage, auf welche Leistungen Sie in Ihrer Situation Anspruch haben, erhalten Sie bei den Beratungsstellen der zuständigen Sozialleistungsträger:

- Krankenkasse
- Deutsche Rentenversicherung
- Sozialamt
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Landessozialamt)
- Integrationsamt
- Agentur für Arbeit

Nehmen Sie als Patient einer gesetzlichen Krankenversicherung eine medizinische Leistung in Anspruch, müssen Sie sich in

einigen Fällen an den Kosten beteiligen. Der Gesetzgeber hat für bestimmte Leistungen eine Zuzahlung festgelegt.

2.1 ALLE ZUZAHLUNGEN AUF EINEN BLICK

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	Zuzahlungshöhe
Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel	10 % des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Heilmittel	10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung
Hilfsmittel	10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Fahrtkosten (von der Krankenkasse genehmigt)	10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Krankenhausbehandlung (vollstationär)	10 € pro Tag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
Häusliche Krankenpflege	10 % je einzelner Leistung plus 10 € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, höchstens 10 €

Sie können sich von der Zuzahlungspflicht für den Rest des Kalenderjahres befreien lassen, sobald Sie die Belastungsgrenze erreicht haben. Diese liegt bei 2 Prozent des

jährlichen Familienbruttoeinkommens bzw. bei 1 Prozent für chronisch Kranke. Weitere Informationen zu den Belastungsgrenzen finden Sie in Kapitel 3.

2.2 ARZNEI- UND VERBANDMITTEL

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe abzüglich der gesetzlich zu leistenden Zuzahlung. Zuzahlungspflichtig sind Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Zuzahlung für vom Arzt auf Kassenrezept verordnete Medikamente bzw. Verbandmittel beträgt 10 Prozent des Preises (mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro).

Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel werden nicht von der Krankenkasse übernommen und auch nicht bei der Belastungsgrenze angerechnet. Bei schweren Erkrankungen wie z. B. Krebs, gibt es allerdings eine Sonderregelung. Gelten nicht verschreibungspflichtige Medikamente als sogenannter Therapiestandard, werden sie ggf. nach Beantragung von Ihrer Krankenkasse bezahlt.



Lassen Sie sich sämtliche Zuzahlungen von der Apotheke, dem Sanitätsfachhandel, der Krankengymnastik o. ä. quittieren. Diese Nachweise sind wichtig, um das Überschreiten der Belastungsgrenze und das Vorliegen eines Härtefalls festzustellen.

2.3 HEILMITTEL



Zu den vom Arzt verordneten Heilmitteln zählen Maßnahmen der physikalischen Therapie wie z. B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainage, Wärmebehandlung, Bewegungstherapie sowie Logopädie und Ergotherapie. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen 10 Prozent der Kosten der jeweiligen Leistung selbst tragen. Darüber hinaus fallen 10 Euro Rezeptgebühr je Verordnung an.

2.4 (PFLEGE-) HILFSMITTEL

Ein Hilfsmittel soll an die Stelle eines nicht mehr funktionstüchtigen Körperorgans treten und dessen beeinträchtigte Funktion erleichtern, ergänzen, ermöglichen oder ganz übernehmen. Hierzu gehören Seh-

und Hörhilfen, Körperersatzstücke wie (Brust-)Prothesen oder orthopädische Hilfsmittel. Sie werden ärztlich mit dem Ziel verordnet, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden zu mildern oder auszugleichen.

Bei den Hilfsmitteln muss eine Zuzahlung von 10 Prozent des Abgabepreises – mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro geleistet werden. Viele Hilfsmittel für Krebspatienten sind festbetragsgebunden. Das bedeutet, dass die Krankenkasse die Kosten für das Hilfsmittel nur bis zu einem bestimmten Betrag übernimmt. Liegen die Kosten über dem Festbetrag, müssen Sie die Differenz selbst bezahlen. Bitte wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse. Sie ist verpflichtet Ihnen Anbieter zu nennen, die das entsprechende Hilfsmittel zum Festbetrag liefern. Für diese Zuzahlungen gilt ebenfalls eine jährliche Belastungsgrenze.



Die sogenannten Pflegehilfsmittel sind für die häusliche Pflege bestimmt. Sie sollen die Pflege erleichtern oder zur Linderung von Beschwerden eingesetzt werden. Un-

terschieden wird hier zwischen „zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln“ wie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Bettschutzeinlagen und Inkontinenzmaterial und technischen Pflegehilfsmitteln wie Pflegebetten, Rollstühle, Rollatoren, Hebegeräte oder Notrufsysteme.

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zahlt die Pflegeversicherung einen monatlichen Betrag von maximal 40 Euro für alle fünf Pflegegrade. Für technische Pflegehilfsmittel beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten, maximal 25 Euro je Pflegehilfsmittel.

2.5 FAHRTKOSTEN

Fahrtkosten werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.

Es gibt jedoch Ausnahmen:

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Bestrahlung und/oder Chemotherapie
- Fahrten von schwerbehinderten Menschen mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Personen mit Pflegegrad 3 bis 5
- oder wenn eine vergleichbar schwere Erkrankung vorliegt, die über einen längeren Zeitraum ambulant behandelt werden muss

Die Zuzahlung beläuft sich auf 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro pro Fahrt. Die Zuzahlungspflicht besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.



Auch bei Fahrten zu stationären Behandlungen im Krankenhaus müssen Sie sich mit einer Zuzahlung beteiligen.

Wichtig:
Die Fahrten zur ambulanten Behandlung müssen Sie sich vor Inanspruchnahme von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen.

2.6 ERNÄHRUNGSBERATUNG

Bei einer ernährungsabhängigen Erkrankung oder bei medizinischer Notwendigkeit nach ärztlicher Verordnung können Sie eine individuelle Ernährungsberatung bzw. -therapie in Anspruch nehmen. Die Kosten werden in diesen Fällen im Rahmen der Prävention nach § 20 SGB V oder der Therapie nach § 43 SGB V von Ihrer Krankenkasse übernommen. Bei Fragen zu einer individuell geeigneten Thera-

pie können Sie sich an Ernährungsberater in Krankenhäusern, an niedergelassene Oecotrophologen oder an Onkologische Schwerpunktpraxen wenden. Auch einige Krankenkassen bieten eine Ernährungsberatung an.



2.7 PFLEGEKOSTEN

Stationäre Versorgung

Ihre Krankenhausbehandlung wird von Ihrer Krankenversicherung bezahlt. Sie müssen allerdings 10 Euro pro Tag zuzahlen, jedoch nur für längstens 28 Tage im Kalenderjahr.

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird der Patient von Fachpersonal versorgt. Die Leistungserbringung erfolgt im Haushalt des Patienten, in Wohngemeinschaften oder betreuten Wohneinrichtungen, gegebenenfalls auch in Schulen oder Behindertenwerkstätten.

Neben der Behandlungspflege (medizinische Hilfeleistungen und krankheitsspe-

zifische Pflegemaßnahmen) umfasst dies oft auch die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Putzen etc.). Eine häusliche Krankenpflege wird Ihnen grundsätzlich nur gewährt, wenn keine im Haushalt lebende Person die zuvor genannten Tätigkeiten übernehmen kann.

Voraussetzung für die häusliche Krankenpflege ist eine ärztliche Verordnung. Die Kosten werden in der Regel von der Krankenversicherung übernommen, daher ist die häusliche Krankenpflege nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“, die von der Pflegeversicherung finanziert wird. Allerdings ist eine Kostenbeteiligung in Höhe von 10 Euro pro Verordnung plus 10 Prozent je einzelner Leistung für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr erforderlich.

Bei der häuslichen Krankenpflege wird zwischen Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege unterschieden.

Krankenhausvermeidungspflege

Voraussetzung ist, dass eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht durchführbar ist (der Patient verweigert z. B. die Einweisung ins Krankenhaus) oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Die Krankenhausvermeidungspflege kann bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall in Anspruch genommen werden. In Ausnahmefällen prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen, ob eine Verlängerung möglich ist. Die Krankenhaus-

vermeidungspflege beinhaltet sowohl die Behandlungs- und Grundpflege als auch die hauswirtschaftliche Versorgung.

Sicherungspflege

Bei der sogenannten Sicherungspflege soll das ärztliche Behandlungsziel sichergestellt werden, der Arzt kann die Behandlung aber nicht (vollständig) selbst durchführen. Bei der Sicherungspflege ist die zeitliche Begrenzung durch krankenkassenspezifische Regelungen festgelegt. Im Umfang enthalten ist die Behandlungspflege. Die Grundpflege und die Hauswirtschaftliche Versorgung sind jedoch nur Bestandteil der häuslichen Krankenpflege, wenn dies in der Satzung Ihrer Krankenkassen entsprechend festgelegt ist.

Wenden Sie sich an Ihre zuständige Krankenkasse, um die Bedingungen in Ihrem individuellen Fall zu klären.

Haushaltshilfe

Wenn Sie, bedingt durch einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsmaßnahme, den Haushalt nicht mehr selbst führen können, haben Sie als gesetzlich versicherte Person gegebenenfalls Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Voraussetzung dafür ist, dass keine andere im Haushalt lebende Person diese Aufgaben übernehmen kann oder ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Hilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und somit auf

Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe übernimmt die notwendigen Tätigkeiten wie das Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen sowie die Kinderbetreuung.

Je nach Situation ist die Haushaltshilfe eine Leistung der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung. Dennoch müssen Sie auch hier eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten pro Kalendertag, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro übernehmen.

Im Rahmen der Haushaltshilfe wird eine sogenannte Sachleistung, also das Bereitstellen der Haushaltskraft, erbracht. In der Regel bestehen Verträge von Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern mit geeigneten Organisationen wie z. B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk), ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen, die Haushaltshilfekräfte zur Erbringung der Haushaltsleistungen stellen. Beachten Sie, dass Sie sich rechtzeitig mit den entsprechenden Organisationen in Verbindung setzen, um eine Haushaltshilfe zu beschaffen. Alternativ können Sie sich auch selbst um eine Haushaltshilfe aus dem eigenen Umfeld bemühen. Dies muss aber zuvor mit dem Leistungserbringer vereinbart und genehmigt werden.

Achtung: Für nahe Angehörige gibt es jedoch keine Kostenerstattung. Als nahe

Angehörige gelten Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Partner (eheliche Gemeinschaft), Partner in lebenspartnerschaftlich ähnlichen Gemeinschaften, Schwägerinnen, Schwager, Geschwister, Kinder, Adoptiv-/Pflegekinder, Schwiegerkinder, Enkelkinder, Pflegekinder des Ehepartners oder Lebenspartners. Für diese Personen können unter Umständen die Fahrtkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden. Erkundigen Sie sich im individuellen Fall bei Ihrer Krankenkasse.



Antragsformulare für eine Haushaltshilfe erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Rentenversicherungsträger. Diese Institutionen stehen Ihnen auch beratend zur Seite. Hilfestellung bei der Beantragung erhalten Sie auch bei einer Krebsberatungsstelle in Ihrer Nähe. Adressen von Beratungsstellen finden Sie auf der Homepage der Niedersächsischen Krebsgesellschaft unter: www.nds-krebsgesellschaft.de

Belastungsgrenzen dienen dazu, Sie vor einer finanziellen Überforderung durch Zuzahlungen zu schützen. Alle Zuzahlungen des Versicherten und der mit ihm im Haushalt lebenden Angehörigen (dazu zählen z. B. Ehe- oder Lebenspartner, familienversicherte Kinder, Eltern) werden bei der Berechnung berücksichtigt. Hierfür müssen die Zuzahlungsbelege gesammelt werden. Achten Sie darauf, dass Ihre Personalien auf den Belegen vermerkt werden. Die Eigenbeteiligung liegt bei 2 Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens. Ihre Kranken-

kasse hilft Ihnen bei der Berechnung Ihrer individuellen Belastungsgrenze unter der Berücksichtigung von Freibeträgen.

Freibeträge

- Für den ersten Angehörigen: 5.922,00 €
- Für jeden weiteren Angehörigen: 3.948,00 €
- Für jedes familienversicherte Kind: 8.388,00 €

Beispiel

Mann, Alleinverdiener, verheiratet, zwei Kinder

Familienbruttojahreseinkommen:	43.000,00 €
Freibetrag Ehefrau:	5.922,00 €
Kinderfreibetrag (2 x 8.388,00 €):	16.776,00 €

Rechenbasis Bruttoeinkommen:	20.302,00 €
Davon zwei Prozent:	406,04 €
Davon ein Prozent:	203,02 €

Die Familie muss höchstens 406,04 € bzw. 203,02 € an Zuzahlungen leisten.

Bei chronischer Erkrankung beläuft sich die Eigenbeteiligung auf 1 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Von einer chronischen Erkrankung wird gesprochen, wenn Sie sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden und mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit einen Arzt aufsuchen. Darüber hi-

naus muss eine der folgenden Bedingungen erfüllt werden: Es liegt eine Einstufung in Pflegegrad 3 bis 5 vor, oder es besteht eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Erwerbsminderung.

4.1 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Personen sind pflegebedürftig, wenn sie „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.“ Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Es gibt fünf Pflegegrade, die eine differenzierte Einschätzung des notwendigen Pflegeaufwandes ermöglichen. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich dabei an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen. Grundlage für die Beurteilung ist der Grad der Selbstständigkeit der begutachteten Person.



Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, müssen Sie bei der Pflegekasse einen schriftlichen Antrag stellen. Das Antragsformular können Sie bei Ihrer Krankenkasse anfordern. Um Leistungen beziehen zu können, müssen Sie in den letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre pflegeversichert gewesen sein. Das Ergebnis über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss innerhalb von 25 Arbeitstagen vorliegen. Liegt das Ergebnis dann nicht vor, stehen Ihnen 70 Euro Entschädigung für jede angefangene Verzugswoche zu. Die Leistungen werden ab dem Tag der Antragsstellung gewährt.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt eine Pflegebedürftigkeit fest. Bei der Begutachtung sollten die Person, die vorwiegend die Pflege übernimmt sowie ggf. der Betreuer oder Bevollmächtigte anwesend sein. Des Weiteren sollten vorhandene Unterlagen wie Medikamentenpläne, Berichte vom Haus- oder Facharzt sowie Entlassungsberichte von Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen bereitgehalten werden.

Im Rahmen dieser Begutachtung wird dann der Pflegegrad ermittelt.

Folgende sechs Bereiche werden für die Einstufung herangezogen:

- Modul 1 **Mobilität** (10 Prozent): selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

- Modul 2 **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (Modul 2 und 3 ergeben 15 Prozent): örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen, Verstehen von Sachverhalten, Beteiligung an Gesprächen
- Modul 3 **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (Modul 2 und 3 ergeben 15 Prozent): nächtliche Unruhe, aggressives Verhalten, Ängste, Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit
- Modul 4 **Selbstversorgung** (40 Prozent): Waschen, Duschen, Zahn- und Mundpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung; Zubereitung von Nahrung
- Modul 5 **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (20 Prozent): Medikation, Verbandswechsel, Wundversorgung, Arztbesuche
- Modul 6 **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (15 Prozent): Gestaltung des Tagesablaufs, Sich-beschäftigen, Planen von Tätigkeiten, Interaktionen mit anderen Personen

Innerhalb dieser Bereiche wird für jeden Teilaspekt geprüft, wie selbstständig oder unselbstständig die Person ist. Dabei wird unterschieden zwischen selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig, unselbstständig. Für jeden

Einzelaspekt werden gemäß der genannten Kategorien Punkte vergeben, die anschließend noch gewichtet werden. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den sechs Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades mit ein. Basierend auf dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet. Je höher der Gesamtpunktwert ist, desto höher ist der Pflegegrad.



12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 1**

27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 2**

47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 3**

70 bis unter 90 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 4**

90 bis 100 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 5**

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit spielt auch eine Rolle, ob die betreffende Person in ihren Alltagskompetenzen eingeschränkt ist, d. h. eine demenzielle Erkrankung vorliegt. In den Gutachten bzw. Bescheiden wird eine „PEA“ (= Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz) gesondert ausgewiesen.

Darüber hinaus kann der Gutachter eine grundsätzliche Empfehlung für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel aussprechen. In diesem Fall ist eine ärztliche Verordnung nicht mehr erforderlich, da diese Empfehlung automatisch mit dem Gutachten an die Pflegekasse übermittelt wird.

Grundsätzlich hat die häusliche Pflege Vorrang vor der stationären Pflege. Es gibt 3 verschiedene Möglichkeiten, Leistungen in Anspruch zu nehmen.

1. Sachleistung:

Monatliche Zahlungen für die Pflegeeinsätze, die durch eine Sozialstation und/oder ambulante Pflegedienste übernommen werden

2. Geldleistung:

Monatliches Pflegegeld für selbst organisierte Pflegekräfte z. B. Angehörige

3. Kombination von Geld- und Sachleistung:

Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5**, die zu Hause leben und dort der Pflege bedürfen, haben laut § 36 Abs. 1 SGB XI Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnah-

men, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflege).

Unter **körperbezogenen Pflegemaßnahmen** werden Hilfe und Unterstützung beim Waschen, Duschen oder Baden, bei der Zahnpflege, beim An- und Ausziehen, bei der Zubereitung des Essens und ggf. auch beim Anreichen der Nahrung, bei der Toilettenbenutzung bzw. der Inkontinenzversorgung, beim Positionswechsel im Bett, beim Umsetzen oder bei der Fortbewegung verstanden.

Zu den **pflegerischen Betreuungsmaßnahmen** zählen Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, wie z. B. die Hilfe beim Besuch von Verwandten/Freunden, bei Spaziergängen, beim Gang zum Friedhof oder auch Vorlesen. Auch die Unterstützung der Gestaltung des häuslichen Alltags, vor allem zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen gehört dazu. Beispielsweise sind hiermit Hilfen bei Hobbies und Spielen, Unterstützungsleistungen bei finanziellen und Verwaltungsangelegenheiten oder die bloße Anwesenheit zur Stabilisierung der emotionalen Sicherheit gemeint.

Hilfen bei der Haushaltsführung sind Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant		316 €	545 €	728 €	901 €
Sachleistung ambulant		724 €	1.363 €	1.693 €	2.095 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Leistungsbetrag vollstationär	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Leistungsbetrag teilstationär		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

Die genannten Hilfen können zum einen als Sachleistung erbracht werden. Dazu wird mit dem Pflegedienst vereinbart, welche einzelnen Hilfen dieser erbringen soll, die erbrachten Hilfen rechnet der Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen ab. Hierbei wird zu Beginn der Zusammenarbeit beschlossen, ob die Leistungen nach Zeitaufwand abgerechnet oder ob sogenannte Leistungskomplexe geordert werden. Zum anderen können die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung alternativ

auch selbst erbracht werden. In diesem Fall kann der Pflegebedürftige Pflegegeld für selbst beschaffene Hilfen beantragen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Kombination zwischen Geld- und Sachleistung dar. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden, ist der Pflegebedürftige sechs Monate gebunden.

Personen mit Pflegegrad 1 waren bisher nicht im Leistungskatalog der Pflegekassen vorgesehen. Sie können zukünftig nachfolgende niedrigschwellige Leistungen genauso in Anspruch nehmen, wie Personen der Pflegegrade 2 bis 5.

Dazu zählen:

- Leistungen der Pflegeberatung
- Beratung in der Häuslichkeit
- Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
- Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Pflegebedürftige aller 5 Pflegegrade können einen Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro abrufen, der für folgende Leistungen zweckgebunden in Anspruch genommen werden kann:

- Für Kurzzeitpflege
- Für teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)
- Für Leistungen von Ambulanten Pflegediensten
- Für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag

Klären Sie im Vorfeld mit Ihrer Pflegeversicherung welche Leistungserbringer anerkannt sind und ob dessen Kosten auch tatsächlich erstattet werden.

Wird der monatliche Leistungsbetrag nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft, kann der nicht beanspruchte Teil in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Auch eine Übertragung des nicht verwendeten Betrages auf das folgende Kalenderhalbjahr ist möglich. Der Leistungsanspruch verfällt zum 30.06. des Folgejahres.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause betreut wird, kann es sinnvoll sein, das Wohnumfeld an die individuellen Belange anzupassen. Für diese wohnumfeldverbessernden Maßnahmen können Sie Leistungen in Höhe von 4.000 Euro pro Maßnahme und Person beantragen. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer Wohnung zusammen, ist der Zuschuss auf maximal 16.000 € pro Wohnung begrenzt.



Sollte eine Pflegesituation akut auftreten und Sie müssen die Pflege eines nahen Angehörigen organisieren und sicherstellen, können Sie sich bis zu 10 Tage von der Arbeit freistellen lassen. In dieser Zeit wird Ihnen „Pflegeunterstützungsgeld“ gewährt; dies wird von der Pflegekasse Ihres Angehörigen übernommen.

Pflegende Angehörige werden besser in der Renten- und Arbeitslosenversicherung abgesichert. Erkundigen Sie sich in Ihrem individuellen Fall bei der Pflegekasse.

4.2 HÄUSLICHE PFLEGE



Bei der häuslichen Pflege übernehmen Angehörige oder auch Freunde die Pflege einer Person, die sich nicht mehr alleine versorgen kann. Hierbei wird der Wunsch des Pflegebedürftigen berücksichtigt, weiterhin in seiner gewohnten Umgebung leben zu können und dort von Angehörigen ggf. mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste betreut zu werden.

Urlaubs- und Krankheitsvertretung/ Ersatzpflege

Wenn die Pflegeperson die häusliche Pflege aufgrund von Erholungsurlaub, Krankheit oder sonstigen Gründen vorübergehend nicht übernehmen kann, trägt die Pflegekasse die Kosten für die Ersatzpflege - auch Verhinderungspflege genannt - für längstens 6 Wochen pro Kalenderjahr. Voraussetzungen für die Beantragung dieser Leistung sind, dass mindestens Pflegegrad 2 vorliegt und dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens 6 Monate in der häuslichen Umgebung versorgt hat.

Die Leistung der Pflegekasse für die Verhinderungspflege beläuft sich auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Ergänzend dazu können bis zu 806 Euro je Kalenderjahr aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege genutzt werden. Die Kurzzeitpflege wird dann um diesen in Anspruch genommenen Betrag gekürzt. Für die Verhinderungspflege stehen Ihnen somit bis zu 2.418 Euro je Kalenderjahr zur Verfügung und für die Kurzzeitpflege in diesem Fall bis zu 968 Euro.

Während der Verhinderungspflege wird bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Für ausführliche Informationen in Ihrem individuellen Fall wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Pflegekasse.

Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige, die in einer betreuten Wohngruppe leben und Pflegesachleistungen oder Pflegegeld beziehen, können zusätzlich einen pauschalen Betrag von monatlich 214 Euro in Anspruch nehmen. Voraussetzungen hierfür sind, dass

- mindestens zwei und maximal zwölf Personen in einer Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben, von denen mindestens zwei pflegebedürftig sind
- sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI beziehen

- eine gemeinschaftlich beauftragte Person organisatorische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt
- keine Versorgungsform vorliegt, die einer vollstationären Pflege entspricht; die Bewohner sind dazu aufgefordert, eigene vorhandene Ressourcen zur Alltagsbewältigung einzubringen

Eine gleichzeitige Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags mit Leistungen der Tages- und Nachtpflege kann nur dann gewährt werden, wenn durch den MDK nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne die teilstationäre Pflege nicht gewährleistet werden kann.

Für die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe, kann eine Anschubfinanzierung beantragt werden. In diesen Fällen kann bei Pflegegrad 1 bis 5 ein einmaliger Höchstbetrag von 2.500 Euro pro Person oder maximal 10.000 Euro pro Wohngruppe gewährt werden.

4.3 TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG UND KURZZEITPFLEGE

Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Eine teilstationäre Versorgung kann von pflegenden Personen in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege



nicht in vollem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies der Unterstützung oder Stärkung der häuslichen Pflege dient. Voraussetzung hierfür ist die Einstufung in Pflegegrad 2 bis 5.

Tagespflege

Sind die Angehörigen tagsüber berufstätig, werden Pflegebedürftige bei der Tagespflege tagsüber in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Zu den Leistungen gehört dann ein Hol- und Bringdienst der Einrichtung. Die Kosten für die Verpflegung müssen hingegen privat übernommen werden.

Nachtpflege

Kann der Pflegebedürftige tagsüber durch Angehörige oder Bekannte betreut werden und ist der Tag-/Nachtrhythmus z. B. durch eine Demenzerkrankung gestört, so dass die Nachtruhe der pflegenden Person nicht gewährleistet ist, kann der Pflegebedürftige auch nachts in einer Nachtpflegeeinrichtung versorgt werden, so dass die pflegende Person entlastet wird.

Die teilstationäre Tages- und Nachtpflege kann zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Die Höhe der Leistung der Pflegeversicherung für die teilstationäre Versorgung beträgt monatlich beim Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, beim Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, beim Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro und beim Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro. Bei einem Pflegegrad 2 würden dem Pflegebedürftigen sowohl 724 Euro für die ambulante Pflege als Sachleistung als auch 689 Euro für die Tagespflege zustehen.

Im Einzelfall müssen Sie sich diesbezüglich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen.

Kurzzeitpflege

Unter Kurzzeitpflege wird die vorübergehende Pflege einer Person in einer vollstationären Einrichtung verstanden, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege zu Hause nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Dies kann z. B. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen in Anspruch genommen werden. Die Dauer beträgt maximal 8 Wochen pro Kalenderjahr. Während des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung werden keine weiteren Leistungen der häuslichen Pflege gewährt. Die Höhe der Leistungen beträgt für alle Pflegegrade (2 bis 5) 1.774 Euro pro Jahr.



Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass der im Kalenderjahr noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Somit stehen für die Kurzzeitpflege insgesamt bis zu 3.368 Euro zur Verfügung. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege wird dann um den in Anspruch genommenen Betrag gekürzt.

4.4 VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

Ist die Pflege in der häuslichen Umgebung nicht möglich, muss die Unterbringung in einem Pflegeheim erfolgen. Pflegeheime gewährleisten eine kompetente Versorgung rund um die Uhr und verfügen zum Teil über fachliche Spezialisierungen wie z. B. Angebote für Demenzkranke oder angegliederte Palliativstationen.

Die Leistungen für die vollstationäre Pflege müssen Sie bei der zuständigen Pflegekasse beantragen. Beim Pflegegrad 2 erhalten Sie bis zu 770 Euro, beim Pflegegrad 3 bis zu 1.262 Euro, beim Pflegegrad 4 bis zu 1.775 Euro und beim Pflegegrad 5 bis zu 2.005 Euro.

Alle pflegebedürftigen Bewohner (Pflegegrad 2 bis 5) in stationären Einrichtungen müssen einen sogenannten pflegebedingten Eigenanteil (durchschnittlich 580 Euro pro Monat) entrichten. Zudem sind die Kosten für Unterkunft und Versorgung sowie Investitionskosten (z. B. für Instandhaltung und Modernisierung der stationären Einrichtung) vom Versicherten selbst zu tragen. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung und Ihr eigenes Einkommen nicht aus, um die Kosten zu decken, können Sie Grundsicherung beim zuständigen Sozialamt beantragen.

Möchten Sie beim Pflegegrad 1 eine vollstationäre Versorgung in Anspruch nehmen, zahlt die Pflegekasse einen Zuschuss von 125 Euro.

Die Kosten unterscheiden sich je nach Alten- und Pflegeheim erheblich. Informieren Sie sich daher vor der Wahl einer Einrichtung ausführlich.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Zusätzlich zu der nach Art und Schwere notwendigen Versorgung müssen Pflegeeinrichtungen weitere Maßnahmen der

Betreuung und Aktivierung anbieten. Über den Umfang dieser zusätzlich von den Pflegekassen finanzierten Betreuungsmaßnahmen informiert Sie die jeweilige vollstationäre Einrichtung.

4.5 PALLIATIVMEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Ist eine Krebserkrankung in einem nicht mehr heilbaren, weit fortgeschrittenem Stadium, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Linderung der Symptome, um so möglichst lange eine bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten.



Hilfe in dieser schwierigen Phase leisten ambulante Palliativ- und Hospizdienste sowie stationäre Palliativeinrichtungen und Hospize. Als gesetzlich Versicherter haben Sie einen Anspruch auf eine palliative Versorgung. Diese muss von Ihrem behandelnden Arzt (niedergelassener Arzt oder Klinikarzt) verordnet werden. Auch die Kosten für den Aufenthalt in einem Hospiz werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Eine Liste sämtlicher Einrichtungen finden Sie unter: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Ambulante Palliativdienste

Eine Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in der häuslichen Umgebung ist möglich, sofern eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist. Ambulante Palliativdienste sind auf palliativmedizinische und palliativpflegerische Bereiche wie z.B. Schmerztherapie oder Symptomkontrolle spezialisiert. Sie arbeiten mit Palliativärzten, Seelsorgern, Psychologen und Sozialpädagogen zusammen und sind in der Regel 24 Stunden am Tag erreichbar.

Palliativstationen

Palliativstationen sind eigenständige Stationen, die in der Regel an ein Krankenhaus angegliedert sind, in seltenen Fällen auch an eine Einrichtung der Altenpflege. Charakteristisch ist, dass die Patienten nur für eine begrenzte Zeit stationär aufgenommen werden. Sobald sich der Zustand stabilisiert hat, werden die Patienten entweder zu Hause oder in einem Hospiz bzw. Pflegeheim weiter versorgt. Auch hier kooperieren die unterschiedlichen Berufsgruppen miteinander, aber auch ehrenamtliche Helfer können in die Betreuung eingebunden sein.

Ambulante Hospizdienste

In der letzten Lebensphase können sich erkrankte Personen und ihre Angehörigen in der gewohnten Umgebung oder auch im Altenpflegeheim bzw. im Krankenhaus durch

psychosozial geschulte Menschen betreuen lassen. Im Rahmen dieser Sterbebegleitung erhalten Sie Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod, Abschied und Trauer.

Mitarbeiter ambulanter Hospizdienste engagieren sich ehrenamtlich. Kontaktieren Sie bei Bedarf diese Dienste unter: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Hospize

Kann eine Versorgung des Erkrankten in der häuslichen Umgebung nicht (mehr) gewährleistet werden, besteht die Möglichkeit der Unterbringung in einem stationären Hospiz. Voraussetzungen für die Aufnahme:

- Der Arzt hat die Aufnahme aus medizinischer Sicht begründet.
- Der Patient verfügt über einen Pflegegrad.
- Eine unheilbare Erkrankung muss vorliegen und der Betroffene muss sich in der letzten Lebensphase befinden.

Vor Aufnahme in das Hospiz sollte nach Möglichkeit die Kostenübernahme durch die Krankenkasse geklärt werden.

Beantragung

Als Krebserkrankter können Sie einen Schwerbehindertenausweis beim zuständigen Versorgungsamt beantragen. Die Krankenversicherungen teilen Ihnen im Rahmen ihrer allgemeinen Auskunftspflicht mit, welche Stelle im Einzelfall zuständig ist. Dort können Sie dann ein entsprechendes Antragsformular bekommen. Dieses können Sie auch im Internet herunterladen.



Im Antrag erteilen Sie genaue Auskünfte über Ihre Erkrankung und entbinden die behandelnden Ärzte und Kliniken von ihrer Schweigepflicht. So kann das Versorgungsamt die Befundunterlagen direkt bei den Ärzten anfordern und prüfen, welcher Grad

der Behinderung (GdB) Ihnen zugesprochen wird. Maßgeblich ist nicht nur die Grunderkrankung Krebs, sondern auch dauerhafte Funktionseinschränkungen wie Schulter-Arm-Hebeschwäche, Nervenläsionen oder psychische Beeinträchtigungen. Im Falle einer Krebserkrankung wird der Schwerbehindertenausweis für längstens 5 Jahre ausgestellt. Nach Ablauf der Bewilligung erfolgt eine erneute Überprüfung (Folgeantrag).

Als Grundlage für die Festlegung des Grades der Behinderung dienen dem Versorgungsamt die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Diese können Sie im Internet unter: www.bmas.de kostenlos herunterladen.

Vorteile

Ziel des Schwerbehindertenrechts ist es, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben für behinderte Menschen in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden.

Zu den Vorteilen bei einem Grad der Behinderung ab 50 zählen ein erhöhter Kündigungsschutz und ein Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage. Wenn Sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, sind auch Steuervorteile und Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr möglich. Als schwerbehinderter Mensch können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Altersrente 2 Jahre früher abschlagsfrei beziehen.

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis dienen als Nachweis für besondere Beeinträchtigungen. Das Merkzeichen „G“ bedeutet Gehbehindert, das Merkzeichen „aG“ steht für außergewöhnliche Gehbehinderung. Darüber hinaus gibt es noch „H“ für Hilflos, „Bl“ für Blind und „Gl“ für Gehörlos. Personen mit dem Merkzeichen „G“ haben ein Recht auf unentgeltliche Beförderung im bundesweiten Personennahverkehr, sofern sie im Besitz einer gültigen Wertmarke sind (46 Euro pro Kalenderhalbjahr). Alternativ können sie eine Ermäßigung der KFZ-Steuer geltend machen. Im eingeschränkten Halteverbot und auf Stellplätzen mit Rollstuhlfahrersymbol dürfen sie nur parken, wenn in ihrem Ausweis das Merkzeichen „aG“ vermerkt und sie im Besitz des blauen Parkausweises sind. Zudem können sie sich von der KFZ-Steuer befreien lassen.



Die nachfolgenden Tabellen informieren über die verschiedenen Merkzeichen und die damit verbundenen Vergünstigungen.

Merkzeichenabhängig

Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX) blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)		Blauer Parkausweis (§ 46 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Sozialgeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungspauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

ge Nachteilsausgleiche

etzungen für viele Menschen mit Behinderung in Betracht.

G	GI	H	RF
erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Sozialgeld: 17 % (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)	Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	TBI
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	taubblind
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungspauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Pflegepauschbetrag für Pflegenden: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
			Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern

GdB-abhängige Nach

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetz

20	50	
Eine Funktions-einschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.	Schwerbehinderteneigen-schaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz EStG)	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/ Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)	
30/40	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich	Pflegepersonen können unabhängig vom GdB einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG): Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 €
	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland	
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)	

teilsausgleiche

gelten auch für alle höheren GdB.

ungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

60	80	90	100
Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
70			Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Behinderngsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		In vielen Kommunen Hundesteuermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB
Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)		
Bei Merkzeichen G behinderngsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
Ermäßigte BahnCard			

6.1 KÜNDIGUNG(SSCHUTZ)

Im Fall einer Krebserkrankung können Sie vom Arbeitgeber entlassen werden, sofern dieser sich an die gesetzlichen Vorschriften hält. In Kleinbetrieben, in denen maximal 10 Mitarbeiter beschäftigt sind, können Sie jederzeit unter Einhaltung der gesetzlichen oder vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ohne Angabe von Gründen entlassen werden.

Für Betriebe mit mehr als 10 Mitarbeitern gilt das Kündigungsschutzgesetz, d. h. die Kündigung bedarf betriebsbedingten, verhaltensbedingten oder personenbedingten Gründen. Aus Krankheitsgründen (personenbedingter Grund) darf Ihnen gekündigt werden, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. „Negative Gesundheitsprognose“, d. h. es müssen Tatsachen vorliegen, die weitere Erkrankungen im bisherigen Umfang vermuten lassen.
2. Die zu erwartenden Fehlzeiten führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen oder wirtschaftlichen Interessen des Arbeitgebers.
3. Eine Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers ist dem Arbeitgeber aufgrund fehlender alternativer Einsatzmöglichkeiten nicht zuzumuten.

Eine krankheitsbedingte Kündigung ist jedoch nur dann sozial gerechtfertigt, wenn

es sich um häufige Kurzerkrankungen, um eine laut ärztlichem Gutachten lang andauernde Arbeitsunfähigkeit oder um eine dauerhafte krankheitsbedingte Leistungsminderung handelt.

Schwerbehinderte Menschen, bei denen der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt, haben einen besonderen Kündigungsschutz. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Kündigung ist, dass das Integrationsamt der Kündigung zustimmt. Hierfür muss das Beschäftigungsverhältnis seit mindestens sechs Monaten bestehen.

6.2 ENTGELTFORTZAHLUNGEN UND KRANKENGELD

Wenn Sie als Berufstätiger erkranken und damit arbeitsunfähig werden, erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber bis zu 6 Wochen Ihre vollen Bezüge. Werden Sie darüber hinaus wegen derselben Erkrankung erneut arbeitsunfähig, haben Sie keinen Anspruch mehr auf die Entgeltfortzahlung, es sei denn, es liegen zwischen der ersten und der zweiten Phase der Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate. Der Arbeitnehmer hat gemäß den Anzeige- und Nachweispflichten dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, die die Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Wochen, haben Sie als gesetzlich Versicherter Anspruch auf die Zahlung von Krankengeld durch die Krankenkasse.

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach der letzten Krankschreibung muss ein neues Attest vorliegen. Samstage gelten bei der Beurteilung der lückenlosen Krankmeldung für das Krankengeld nicht als Werktage. Gleichwohl sollten z. B. auch Samstage, Sonntage, Feiertage, Urlaubstage oder arbeitsfreie Tage auf der AU-Bescheinigung eingeschlossen sein.

Eine Rückdatierung wird nicht anerkannt. Ausnahmen werden lediglich gemacht, wenn Sie am betreffenden Tag nicht handlungs- oder geschäftsfähig sind.

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des Bruttoentgelts. Das Krankengeld beträgt allerdings höchstens 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Es wird pro Kalendertag für 30 Tage im Monat bezahlt.

Beispiel

Monatlich brutto 3.000 €
 $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$
 davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
 davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 €

Der Patient erhält 47,51 € täglich.

Bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit wird für maximal 78 Wochen (abzüglich der 6 Wochen Entgeltfortzahlung) innerhalb von 3 Jahren Krankengeld gezahlt. Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine andere Krankheit hinzukommt. Ein erneuter Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht erst wieder, wenn in der Zwischenzeit für mindestens 6 Monate keine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit vorliegt und der Antragsteller erwerbsfähig oder bei der Agentur für Arbeit zur Vermittlung gemeldet ist.

Ausgeschlossen vom Krankengeldbezug sind:

- Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige
- Bezieher von Leistungen innerhalb beruflicher Rehabilitation
- Bezieher von Grundsicherung, Sozialhilfe (SGB XII), Sozialgeld und Arbeitslosengeld II
- Familienversicherte (Ehegatten und Kinder)

Ebenfalls nicht anspruchsberechtigt sind Personen mit:

- Altersrente
- Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der Rentenversicherung
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

- Vorruhestandsgeld
- In der Freistellungsphase der Altersteilzeitarbeit
- Entgeltersatzleistungen, wie Übergangsgeld oder Mutterschaftsgeld

Nach dem Ende des Krankengeldbezugs können Sie entweder wieder einer Beschäftigung nachgehen, Arbeitslosengeld bei der Agentur für Arbeit beantragen oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von der Rentenversicherung beziehen. Solange über Ihren Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit noch nicht entschieden ist, können Sie im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung übergangsweise Arbeitslosengeld I beziehen (siehe Kapitel 6.3).



Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Das Kinderpflege-Krankengeld wird gezahlt, wenn Sie nach ärztlichem Attest wegen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person das erkrankte Kind nicht beaufsichtigen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und

auf Hilfe angewiesen ist. Keinen Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld haben Sie, wenn Ihr Arbeitgeber Ihnen eine bezahlte Freistellung ermöglicht.

Pro Kalenderjahr können Sie für höchstens 10 Arbeitstage (Alleinerziehende 20) Kinderpflege-Krankengeld in Anspruch nehmen; bei mehr als 2 Kindern erhöht sich der Anspruch auf maximal 25 Tage je Elternteil (Alleinerziehende 50). Die Berechnung erfolgt analog zum Krankengeld für Arbeitnehmer (70 Prozent des beitragspflichtigen regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, höchstens 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts).

Bestätigt Ihnen ein ärztliches Zeugnis, dass Ihr Kind schwerstkrank ist und nur noch einige Wochen oder Monate zu leben hat, wird die Befristung der Zahlung von Kinderpflege-Krankengeld aufgrund des „Gesetzes zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder“ aufgehoben.

Krankengeld bei Bezug von Arbeitslosengeld I oder II

Wenn Sie als Empfänger von Arbeitslosengeld I erkranken, müssen Sie dies der Agentur für Arbeit unverzüglich melden und ggf. eine ärztliche Bestätigung vorlegen. Im Krankheitsfall gelten Sie nicht mehr als arbeitslos, weil Sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen. Das Arbeitslosengeld I wird Ihnen für bis zu 6 Wochen in voller Höhe weitergezahlt. Dauert die Erkrankung länger als 6 Wochen, erhalten Sie

Leistungen in Form von Krankengeld. Es wird Ihnen bis zu 78 Wochen von Ihrer Krankenkasse gezahlt. Mit dem Erhalt des Krankengeldes wird der Bezug des ALG I eingestellt. Nach Ablauf der 78 Wochen oder bei vorzeitigem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit müssen Sie sich erneut persönlich vorstellen und einen Antrag auf ALG I stellen. Erhalten Sie Leistungen des Jobcenters, ALG II, werden diese Leistungen ohne Unterbrechung weitergezahlt.

Erkrankung des Kindes bei Arbeitslosigkeit

Beziehen Sie Arbeitslosengeld I oder II und müssen sich um Ihr krankes Kind kümmern, erhalten Sie das Arbeitslosengeld weiter. Weil Sie dann der Arbeitsvermittlung aber nicht mehr zur Verfügung stehen, müssen Sie der Agentur für Arbeit eine ärztliche Bestätigung vorlegen, dass die Pflege, Betreuung und Aufsicht des Kindes durch Sie erforderlich ist. Als Arbeitsloser haben Sie den gleichen Anspruch an Kinderpflege-Tagen wie Berufstätige. Durch die Krankheitstage Ihres Kindes verlängert sich die Bezugsdauer Ihres Arbeitslosengeldes nicht.

6.3 ARBEITSLOSENGELD I / NAHTLOSIGKEITSREGELUNG

Dauert aufgrund der Schwere der Erkrankung die Phase der Arbeitsunfähigkeit länger als 78 Wochen, können Sie eine Sonderform des Arbeitslosengelds I im Sinne der

sogenannten Nahtlosigkeitsregelung gemäß § 145 SGB III beantragen. Diese Nahtlosigkeitsregelung dient dazu, dauerhaft leistungsgeminderte Arbeitnehmer vor Nachteilen zu schützen, die durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung auftreten können. Nach Ausschöpfung des Anspruchs auf Krankengeld (sogenannte Aussteuerung) haben Sie - trotz fehlender Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt - Anspruch auf Arbeitslosengeld I, bis der Rentenversicherungsträger über Ihren Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entschieden hat. Nachfolgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Sie sind arbeitsunfähig (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig).
- Sie sind arbeitslos oder in einem Arbeitsverhältnis, das Sie aufgrund Ihrer Erkrankung seit mindestens 6 Monaten nicht mehr ausüben konnten. Trotz Beschäftigungsverhältnis müssen Sie sich persönlich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos melden (seit Anfang 2022 auch elektronisch möglich). Rund 8 Wochen vor Ihrer Aussteuerung wird die Krankenkasse Sie schriftlich darauf hinweisen,
- Sie erfüllen die Bedingungen der Anwartschaftszeit, d.h. Sie haben in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate versicherungspflichtig gearbeitet.

- Sie stehen wegen Minderung Ihrer Leistungsfähigkeit der Arbeitsvermittlung mehr als 6 Monate nicht zur Verfügung und haben deshalb keinen Anspruch auf das reguläre Arbeitslosengeld.
- Nach Aufforderung durch die Agentur für Arbeit müssen Sie innerhalb von einem Monat beim Rentenversicherungsträger entweder einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen.

Das Arbeitslosengeld I im Wege der Nahtlosigkeitsregelung wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation/Teilhabe am Arbeitsleben entschieden wird, maximal bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet.

Empfänger von Arbeitslosengeld I erhalten 60 Prozent ihres letzten Nettogehalts. Mit Kindern liegt der Anspruch auf Arbeitslosengeld I bei 67 Prozent des Nettogehalts. Während des Bezugs ist man weiterhin kranken-, pflege-, renten- und unfallversichert.

6.4 RENTEN WEGEN VERMINDERTER ERWERBSFÄHIGKEIT

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in Ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt, können Sie bei Ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragen.

Um eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu beziehen, müssen folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie müssen mindestens 5 Jahre rentenversichert sein (sogenannte „allgemeine Wartezeit“).
- In den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt worden sein.

Für die Wartezeit werden Ihnen folgende Zeiten angerechnet:

- Beitragszeiten (Pflichtbeitragszeiten, unter bestimmten Voraussetzungen auch Zeiten des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld I und II, Übergangsgeld, Kindererziehungszeiten, Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege, freiwillige Beitragszeiten)
- Ersatzzeiten
- Zeiten aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung
- Zeiten aus Zuschlägen für eine geringfügige Beschäftigung
- Zeiten aus Rentensplitting unter Ehegatten

Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kann in Abhängigkeit vom verbliebenen Restleistungsvermögen als Rente wegen voller oder wegen teilweiser Erwerbsminderung

erbracht werden. Eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung** wird Ihnen gewährt, wenn Sie weniger als 3 Stunden täglich arbeiten können. Sind Sie in der Lage, zwischen 3 und unter 6 Stunden täglich zu arbeiten, erhalten Sie eine **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung**. Maßgebend hierfür ist aber nicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern die Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei positiver Prüfung des Antrags wird die Rente für längstens 3 Jahre gewährt. Danach kann sie wiederholt beantragt werden. Eine Aufhebung der Befristung ist spätestens nach 9 Jahren möglich, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist. In diesem Fall kann auch von Beginn an auf eine Befristung verzichtet und sofort dauerhaft gewährt werden. Die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (siehe Kapitel 6.7) gezahlt.

Weitere Informationen und Hilfestellung bei der Beantragung erhalten Sie in einer Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung beziehungsweise bei einem Versichertenältesten oder einem Versichertenberater.

6.5 GRUNDSICHERUNG (WOHNGELD)

Menschen, deren Einkommen (Altersrente, Rente wegen voller Erwerbsminderung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld) nicht ausreicht, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, können Leistungen zur Grundsicherung be-

antragen. Voraussetzung für die Gewährung einer Grundsicherung ist eine finanzielle Bedürftigkeit, die durch Offenlegung der wirtschaftlichen Verhältnisse nachzuweisen ist.

Personen, die zumindest zum Teil erwerbsfähig sind, können Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II (ALG II) bei den örtlich zuständigen Jobcentern beantragen. Personen, bei denen eine volle Erwerbsminderung auf Dauer vorliegt oder die die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht haben, können die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII in Anspruch nehmen.

6.6 PRIVATE BERUFUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Sofern Sie privat eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen haben, können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen, ob eventuelle Leistungen Ihrer Versicherung in Anspruch genommen werden können. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungen ist die Feststellung der Berufsunfähigkeit durch ein ärztliches Gutachten. Setzen Sie sich im Einzelfall mit Ihrer Versicherung in Verbindung.

6.7 REGELALTERSRENTE

Sie haben Anspruch auf eine Regelaltersrente, wenn Sie mindestens 5 Jahre lang Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt und die Regelaltersgrenze erreicht haben. Diese Regelaltersgrenze steigt

seit 2012 stufenweise von 65 Jahre auf 67 Jahre an. Für vor 1947 Geborene liegt diese bei 65. Wurden Sie zwischen 1947 und 1963 geboren, wird die Regelaltersgrenze stufenweise angehoben (siehe Tabelle). Sind Sie 1964 oder später geboren, liegt sie bei 67 Jahren. Bei der Regelaltersrente gibt es keine Abschläge wegen vorzeitiger Inanspruchnahme.

Geburtsjahr	Regelaltersgrenze
bis 1946	65
1947	65 + 1 Monat
1948	65 + 2 Monate
1949	65 + 3 Monate
1950	65 + 4 Monate
1951	65 + 5 Monate
1952	65 + 6 Monate
1953	65 + 7 Monate
1954	65 + 8 Monate
1955	65 + 9 Monate
1956	65 + 10 Monate
1957	65 + 11 Monate
1958	66
1959	66 + 2 Monate
1960	66 + 4 Monate
1961	66 + 6 Monate
1962	66 + 8 Monate
1963	66 + 10 Monate
ab 1964	67

Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch ein Renteneintrittsalter von 63 Jahren ohne Abschläge möglich. Aber auch hier gibt es eine Anhebung für bestimmte Jahrgänge, ähnlich wie bei der Regelaltersrente, beginnend ab dem Geburtsjahrgang 1953.

Hinzuverdienstgrenzen

Altersrenten

Haben Sie die Regelaltersgrenze erreicht (siehe Kapitel 6.7), können Sie unbegrenzt hinzuverdienen, ohne Ihren Rentenanspruch zu gefährden. Für Renten vor Erreichen der Regelaltersgrenze mussten bis Ende 2022 Hinzuverdienstgrenzen beachtet werden. Ab 2023 werden diese vollständig abgeschafft, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Somit können Rentner auch vor Erreichen der Regelaltersgrenze ab 2023 unbegrenzt hinzuverdienen.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Ab 2023 werden die Hinzuverdienstgrenzen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit neu geregelt. Hierbei wird unterschieden zwischen Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

Bislang musste bei **Renten wegen voller Erwerbsminderung** eine kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze beachtet werden (6.300 Euro in 2022). Diese Grenze wird ab 2023 dynamisch angelegt und anhand einer monatlichen Bezugsgröße errechnet, die sich jährlich entsprechend der Lohnent-



wicklung ändert. Ab 2023 liegt die Hinzuverdienstgrenze bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bei drei Achtel dieser 14-fachen monatlichen Bezugsgröße (2023 voraussichtlich rd. 17.800 Euro).

Beziehen Sie eine **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung**, wird die Hinzuverdienstgrenze individuell berechnet. Ab 2023 gibt es aber eine Mindest-Hinzuverdienstgrenze, die doppelt so hoch ist wie bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung (2023 voraussichtlich rd. 35.600 Euro).

Wie bisher dürfen Sie Ihren Hinzuverdienst trotz der erhöhten Hinzuverdienstgrenzen nur im Rahmen Ihres festgestellten Restleistungsvermögens erzielen. Wird der Hinzuverdienst in einem zeitlichen Rahmen

erzielt, der nicht im Einklang mit dem festgestellten Restleistungsvermögen steht, kann es zum Entfall des Rentenanspruchs kommen.

Was Sie über die Hinzuverdienstgrenze hinaus verdienen, wird zu 40 Prozent auf die Rente angerechnet. Sie erhalten dann eine Teilrente.

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an eine Auskunfts- und Beratungsstelle Ihrer zuständigen Rentenversicherung.

Grundsätzlich gilt: Melden Sie jede Erwerbstätigkeit Ihrem Rentenversicherungsträger und informieren Sie sich vor Aufnahme der Beschäftigung über die individuellen Hinzuverdienstgrenzen.

Das Ziel einer Rehabilitation ist es, die körperlichen und seelischen Folgen einer Krebserkrankung zu lindern bzw. zu beseitigen oder zu lernen, mit den langfristigen Folgen einer chronischen Erkrankung zu leben. Hierbei wird zwischen Anschlussheilbehandlung, die den Genesungsprozess fördern soll, und onkologischer Rehabilitation, die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit vermindern oder einer möglichen Erwerbsunfähigkeit vorbeugen soll, unterschieden.

7.1 ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG (AHB)

Die Anschlussheilbehandlung (auch Anschlussrehabilitation genannt) ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bzw. eine ambulante Operation erfolgt. Sie muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung beginnen und kann entweder stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden. Bei der Beantragung der AHB ist Ihnen der Sozialdienst der Klinik behilflich. Findet im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt noch eine ambulante Behandlung statt, z. B. eine Bestrahlung oder Chemotherapie, wird die AHB vom behandelnden Arzt, also einem niedergelassenem Onkologen oder Radiologen, eingeleitet. Voraussetzung hierfür ist, dass die betreffende Praxis an ein Krankenhaus angegliedert ist. Auch in diesem Fall muss die Anschlussheilbehandlung in der Regel 14 Tage nach dem letzten Behandlungstermin beginnen. Eine Anschlussheilbehandlung dauert generell 3 Wochen, kann

aber um eine Woche verlängert werden, wenn dies aus medizinisch-therapeutischer Sicht vom Arzt oder von der Klinik begründet werden kann. Voraussetzung ist Ihre Rehabilitationsfähigkeit, d. h. Sie müssen soweit belastbar sein, dass Sie an den Therapien im erforderlichen Maß teilnehmen können.

An einer Anschlussheilbehandlung müssen Sie sich finanziell beteiligen. Die Höhe der Zuzahlung ist abhängig vom jeweiligen Kostenträger.

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme für max. 14 Tage
	Ambulant/teilstationär	Keine Zuzahlung

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme für max. 28 Tage
	Ambulant/teilstationär	10 € pro Behandlungstag für max. 28 Tage

Bereits geleistete Zuzahlungen für Krankenhausbehandlungen im selben Kalenderjahr werden angerechnet.

Haben Sie zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung mehr, wird von den Rehabilitationsträgern Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld gezahlt. Haben Sie Anspruch auf Übergangsgeld, müssen Sie unmittelbar vor Beginn der Reha einen Antrag bei Ihrer Rentenversicherung

stellen. Wird eine Anschlussheilbehandlung nicht innerhalb der genannten Frist angetreten, ist eine Beantragung zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

7.2 ONKOLOGISCHE REHABILITATION

Hierbei handelt es sich um stationäre oder ganztägig ambulante Maßnahmen mit einer Dauer von mindestens 3 Wochen. In dieser Zeit steht die Behandlung von Gesundheits- und Funktionsstörungen nach einer Krebserkrankung im Vordergrund. Mit Hilfe gezielter therapeutischer Maßnahmen sollen die Gesundheit und die berufliche Leistungsfähigkeit verbessert werden.

Grundsätzlich übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten für eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitation. In einigen Fällen ist die Krankenversicherung Kostenträger. Die Prüfung der Zuständigkeit erfolgt zwischen den beiden möglichen Kostenträgern.

Kostenträger Rentenversicherung

Bis zum Ablauf eines Jahres nach Beendigung der Primärbehandlung (Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung), können Sie eine onkologische Rehabilitation beantragen. Liegen erhebliche Funktionseinschränkungen vor, kann eine weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahme bis zu 2 Jahre nach Ende der Primärbehandlung beantragt werden. Ein gesetzlicher Anspruch auf die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme besteht nicht. Folgende Zuzahlungen müssen Sie leisten:

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt

Stationäre/ ambulante Rehabilitations- maßnahme	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme für max. 42 Tage
	Ambulant/ teilstationär	Keine Zuzahlung

Befreiung von der Zuzahlungspflicht für eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme

Bei folgenden Voraussetzungen können Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlungspflicht stellen:

- Bei ambulanten Reha-Leistungen (z. B. Lymphdrainage, Ergotherapie)
- Personen, die bei Antragsstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bezieher von Übergangsgeld ohne weiteres Einkommen



- Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

- Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Personen mit monatlichem Netto-Einkommen unter 1.317 Euro

Eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung ist möglich bei Personen

- die ein Kind haben (solange Anspruch auf Kindergeld besteht)

oder

- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deswegen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann

oder

- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat

und

- deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet

Bei Antragsstellung in 2022 gelten folgende Nettoeinkommensgrenzen des Versicherten:

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1.317 €	keine Zuzahlung
ab 1.317 €	5 €
ab 1.447,60 €	6 €
ab 1.579,20 €	7 €
ab 1.710,80 €	8 €
ab 1.842,40 €	9 €
ab 1.974 €	10 €

Kostenträger Krankenversicherung

Ist Ihre Krankenversicherung für die Übernahme der Kosten zuständig, sollten Sie zeitnah nach Beendigung der Primärbehandlung einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme stellen. Grundsätzlich können Sie bei diesem Kostenträger nur alle 4 Jahre eine Rehabilitationsmaßnahme unabhängig von Ihrer Diagnose bzw. Ihrer Erkrankung beantragen.

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt

Stationäre/ ambulante Rehabilitations- maßnahme	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme ohne zeitliche Begrenzung
	Ambulant/ teilstationär	10 € pro Behandlungstag ohne zeitliche Begrenzung

Befreiung von der Zuzahlungspflicht für eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme

Eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht ist möglich, wenn Sie Ihre individuelle Belastungsgrenze erreicht haben. In diesem Fall zählen alle Zuzahlungen, die Sie im selben Jahr bereits für Krankenhausaufenthalte oder andere Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Heil-/Hilfsmittel und Medikamente geleistet haben.

Widerspruch/Umstellung

Wurde die gewünschte Leistung abgelehnt, haben Sie das Recht, Widerspruch einzulegen. Dieser muss schriftlich oder persönlich in einer Niederlassung des entsprechenden Trägers erfolgen. Achten Sie darauf, sich den Eingang bestätigen zu lassen. Die Frist zur Einlegung des Widerspruchs endet 4 Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers. Sind Sie mit der bewilligten Leistung z. B. der Einrichtung oder dem Ort nicht einverstanden, können Sie eine sogenannte Umstellung beantragen.

Unterstützung bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme oder im Fall eines Widerspruchs erhalten Sie bei der Niedersächsischen Krebsgesellschaft oder bei psychosozialen Krebsberatungsstellen. Die Adressen finden Sie auf unserer Homepage unter: www.nds-krebsgesellschaft.de

7.3 REHABILITATIONSSPORT

Zur Ergänzung der anderen Rehabilitationsmaßnahmen wird für Krebspatienten häufig Rehabilitationssport verordnet. Mit diesen bewegungstherapeutischen Übungen sollen die psychische und physische Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraft, Koordination) verbessert werden. Dadurch wird auch die Lebensqualität gesteigert, und die Erfahrungen in der Gruppe stärken das Selbstbewusstsein.



Stellt der behandelnde Arzt in der Rehabilitationseinrichtung die medizinische Notwendigkeit einer Rehabilitationssportmaßnahme fest, stellt er eine entsprechende Verordnung (VD G850) aus. Stimmt Ihr behandelnder Arzt dieser Empfehlung zu, müssen Sie innerhalb von 3 Monaten mit dem Rehabilitationssport beginnen. In diesem Fall werden die Kosten von Ihrem Rentenversicherungsträger übernommen.

Wird der Rehabilitationssport durch Ihren behandelnden Arzt verordnet, ohne dass eine Rehabilitationsmaßnahme vorausgeht, trägt die Krankenkasse die Kosten.

Generell werden die Kosten allerdings nur übernommen, wenn die bewegungstherapeutischen Übungen von Gruppenleitern durchgeführt werden, die über einen Qualifikationsnachweis z. B. als Fachübungsleiter „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des Deutschen Behindertensportverbandes verfügen. Damit soll eine fachkundige Überwachung und Anleitung der Gruppen sichergestellt werden.

In Niedersachsen gibt es zahlreiche spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge. Die Adressen in Ihrer Nähe können Sie bei Ihrer Krankenkasse oder über die jeweiligen Landessportbünde bzw. die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes erfragen.

Der Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ ist über Sportvereine, Ärzte und die zuständigen Leistungsträger zu beziehen. Oder im Internet als Muster 56 unter: www.bsberlin.de

7.4 LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN (BERUFLICHE REHABILITATION)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dienen dazu, Sie trotz Erkrankung oder Behinderung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zu integrieren und somit einen vorzeitigen Rentenbezug zu vermeiden. Ihre Erwerbsfähigkeit soll durch Maßnahmen wie Umschulungen, berufliche Aus- und Weiterbildung oder auch technische Arbeitshilfen sowie die behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden.

Folgende Leistungen gibt es:

- Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen und Förderung zur Arbeitsaufnahme (z. B. Beratung und Vermittlung)
- Übergangsbeihilfe zur Sicherstellung des Lebensbedarfs bei Aufnahme einer Beschäftigung oder Ausbildung bis zur ersten Gehaltszahlung
- Trainingsmaßnahmen, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen
- Leistungen zur Existenzgründung
- Zuschüsse an Arbeitgeber zur Förderung der Einstellung von schwerbehinderten Menschen

Ergänzende Leistungen:

- Kraftfahrzeughilfe: Zuschüsse zur Anschaffung eines Autos oder einer behindertengerechten Ausstattung
- Fahrtkostenbeihilfe: für tägliche Fahrten zwischen Arbeitsplatz und Wohnung



- Trennungskostenbeihilfe: falls zur Aufnahme einer Beschäftigung eine getrennte Haushaltsführung erforderlich ist
- Ausrüstungsbeihilfe: für Arbeitskleidung und -geräte
- Hilfsmittel: z. B. orthopädische Hilfen, Hörgeräte etc., ggf. bedarf es der Klärung, ob Ihre Krankenkasse oder Ihre Rentenversicherung die Kosten trägt
- Technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung: z. B. Sitzhilfen oder Rollstuhlrampen am Arbeitsplatz

- Notwendige Arbeitsassistenz zur Erlangung von Arbeit: Finanzierung einer Assistenzkraft, um die Ausführung der Arbeit zu ermöglichen
- Ausgleichszahlung: Übernahme des Verdienstaufalles einer behinderten Person bzw. dessen Begleitperson aufgrund der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme oder einem Vorstellungsgespräch
- Wohnungshilfe: finanzielle Ausgleichsleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung
- Kinderbetreuungskosten: zur Mitnahme des Kindes zur Bildungsstätte oder anderweitiger Unterbringung des Kindes
- Reisekostenbeihilfe: einmalige Übernahme der Fahrtkosten für den Antritt einer neuen Arbeitsstelle

Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ können Sie während oder direkt im Anschluss an die onkologische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger, der Agentur für Arbeit oder der Berufsgenossenschaft beantragen. Bei diesen Institutionen erhalten Sie auch Hilfestellung bei Fragen zur beruflichen Rehabilitation und der Antragsstellung. Fügen Sie dem Antrag immer eine ärztliche Bescheinigung bei, die nicht nur Diagnose und Therapie aufführt, sondern auch sämtliche Einschränkungen im alltäglichen Leben.

Wichtig:

Bei diesen Leistungen handelt es sich um sogenannte Ermessensleistungen, d. h. die Behörde entscheidet im Einzelfall. Stellen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme für die jeweilige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, bevor Sie die Maßnahme in die Wege leiten.

7.5 STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG NACH § 74 SGB V - §§ 28, 51 ABSATZ 5 SGB IX

Die stufenweise Wiedereingliederung dient dazu, Sie nach längerer Krankheit (mehr als 42 Tage in den letzten 12 Monaten) Schritt für Schritt an eine volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Voraussetzung ist, dass Ihr behandelnder Arzt feststellt, dass Sie Ihre Tätigkeit zumindest zum Teil wieder aufnehmen können. Sie steigen mit einer geringen Stundenzahl ein und erhöhen diese allmählich (z. B. von 4 Stunden auf 6 Stunden, dann auf 8 Stunden pro Tag). Ihr Arbeitgeber und der Kostenträger müssen der von Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt bzw. Betriebsarzt ausgearbeiteten Maßnahme zustimmen. Die Dauer variiert zwischen 6 Wochen und 6 Monaten. Während dieser Zeit gelten Sie als arbeitsunfähig und beziehen weiterhin entweder Krankengeld von Ihrer Krankenkasse oder Übergangsgeld von Ihrem Rentenversicherungsträger bzw. der Berufsgenossenschaft oder der Agentur für Arbeit. Der Arbeitgeber kann freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, dies wird allerdings auf das Krankengeld angerechnet.

Der Zeitraum der Wiedereingliederung wird auf die maximal mögliche Dauer eines Krankengeldbezuges von 78 Wochen angerechnet.



Es kann gegebenenfalls für Sie von Vorteil sein, unter Verrechnung Ihres Urlaubs stundenweise zu arbeiten. Dies müssen Sie mit Ihrem Arbeitgeber abstimmen. Der Vorteil besteht darin, dass Sie das volle Arbeitsentgelt bekommen. Zum anderen wird diese Zeit nicht auf die Dauer des Krankengeldbezuges angerechnet.



Private Krankenversicherungen (PKV) haben keinen einheitlichen Leistungskatalog. Ein Vertrag zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer regelt, welche Leistungen der Versicherer erbringt. Bedeutend sind neben dem Vertrag die zugrunde liegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen, der gewählte Tarif und die Tarifbedingungen, die variabel sein können. Im Zuge der Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber jedoch einen sogenannten Basistarif eingeführt. Bei diesem Tarif entspricht der Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei den regulären Tarifen ist jedoch jeweils zu prüfen, ob ein Anspruch auf eine bestimmte Leistung besteht. Grundsätzlich vorgesehen ist die Übernahme von Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls und sonstiger Bedingungen wie Schwangerschaft oder Vorsorgeuntersuchungen. Unter dem Begriff Heilbehandlung wird in diesem Zusammenhang jede ärztliche Tätigkeit, die

durch die betreffende Krankheit bedingt ist und auf die Heilung, Besserung oder Linderung dieser Krankheit abzielt, definiert.

8.1 BEHANDLUNG

Medizinisch notwendige Heilbehandlung

Sofern eine Behandlung medizinisch notwendig ist, werden die Kosten vom Versicherer übernommen. Hierbei orientieren sich die privaten Krankenversicherungen an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, der die Richtlinien für die gesetzliche Krankenversicherung festlegt.



Als Grundlage zur Beurteilung dienen die medizinischen Befunde und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Erkrankung. Neben schulmedizinischen Behandlungen werden auch Methoden der komplementären Medizin erstattet, sofern die Wirkungsweise auf medizinischen Erkenntnissen beruht, sie sich in der Praxis bewährt haben und eine begründbare Aus-

sicht auf Heilung oder Linderung besteht. Wenn Sie nicht wissen, ob Ihr Vertrag eine bestimmte Leistung beinhaltet, informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenversicherung.

Arzneimittel

Die Kosten für die Versorgung mit Arzneimitteln werden von den PKV erstattet, sofern diese von einem Arzt, Zahnarzt oder - je nach Tarif - von einem sonstigen Behandler z. B. Heilpraktiker verordnet wurden und das Arzneimittel aus der Apotheke bezogen wurde.

Hilfsmittel und Heilmittel

Zu den Hilfsmitteln zählen technische Mittel, die körperliche Behinderungen ausgleichen oder mildern sollen wie z. B. Brillen, Hörgeräte, Perücken, Gehstützen. Welche Hilfsmittel in Ihrem Fall erstattet werden, können Sie Ihrem Vertrag entnehmen. Finden Sie dort keine vollständige Auflistung vor, müssen Sie sich mit Ihrem Versicherer in Verbindung setzen. Möglicherweise gibt es eine Wertbegrenzung für bestimmte Hilfsmittel, d. h. dass Sie die Differenz - sofern das Hilfsmittel teurer ist - selbst zahlen müssen.

Unter Heilmitteln werden Anwendungen und Behandlungen wie z. B. Massagen oder Krankengymnastik verstanden, die der Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen. Auch hier können Sie die erstattungsfähigen Heilmittel Ihren

Tarifbestimmungen entnehmen oder bei Ihrer Versicherung erfragen. Voraussetzung für die Kostenübernahme von Hilfs- und Heilmitteln durch den Versicherer ist die ärztliche Verordnung.



Ambulante Behandlung

Bei der privaten Krankenversicherung gilt das Prinzip der „Vorkasse“, d. h. der Versicherungsnehmer muss die durch Diagnostik und Therapie entstandenen Kosten zunächst selbst tragen. Im Anschluss werden die Kosten durch Vorlage der Originalrechnung beim Versicherer erstattet.

Kostenaufwendige Behandlungen können auch direkt erstattet werden, wenn der Versicherer dem Leistungserbringer (Arzt oder Klinik) dies nach Absprache entsprechend zusichert. Wird eine Kostenübernahme durch den Versicherer abgelehnt, haben Sie die Möglichkeit, die Erstattung vor Gericht zu erstreiten. Bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung kann jedoch eine Schlich-

tungsstelle hinzugezogen werden, die eine außergerichtliche Einigung erwirken kann.

In diesem Fall wenden Sie sich an:
 Versicherungsombudsmann e.V.
 Postfach 080632, 10006 Berlin

oder

Ombudsmann Private Kranken- und
 Pflegeversicherung
 Postfach 060222, 10052 Berlin

Stationäre Behandlung

Wenn der medizinisch erwünschte Effekt nicht durch eine ambulante Behandlung erzielt werden kann, wird eine stationäre Behandlung erstattet. Da stationäre Behandlungen kostenaufwändig sind, entfällt hier in der Regel die Vorkasse. Stattdessen erhält der Versicherungsnehmer eine sogenannte Clinic-Card (Krankenhausausweis), die dem Krankenhaus bei Aufnahme



vorgelegt wird. Die Klinik fordert von der privaten Krankenversicherung eine Kostenübernahmeerklärung an und rechnet die entstandenen Kosten direkt mit der Versicherung ab. Sie haben als Privatversicherter zwar grundsätzlich die freie Krankenhauswahl, zur Sicherheit sollten Sie sich aber die Erstattung in der von Ihnen gewählten Einrichtung von Ihrem Versicherer schriftlich bestätigen lassen.

Wenn Sie bei Ihrem Versicherer eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, bekommen Sie für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung im Krankenhaus einen vereinbarten Geldbetrag. Dieser ist zur Deckung anfallender Gebühren gedacht.

8.2 ZUZAHLUNGEN

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

In der privaten Krankenversicherung gibt es in der Regel keine Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung.

Fahrtkosten

Die Kosten für notwendige Fahrten zu ambulanten oder stationären Gesundheitsdiensten werden von der privaten Krankenversicherung meistens übernommen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung, ob z. B. Kilometerpauschalen mit einer Obergrenze versehen sind.

Krankenhauspflege (Stationäre Versorgung)

Bei der stationären Versorgung müssen Privatversicherte keine Zuzahlung leisten.

Häusliche Krankenpflege

In der Regel übernehmen private Krankenversicherungen die Kosten für die häusliche Krankenpflege.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe wird von den privaten Krankenversicherungen nicht bezahlt.

Palliativmedizinische Behandlung

Ein freiwilliger Zuschuss zu einem Hospizaufenthalt wird in der Regel von der privaten Krankenversicherung übernommen. Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Versicherung.

8.3 PRIVATE PFLEGEVERSICHERUNG

Als Privatversicherter oder beihilfeberechtigter Person müssen Sie eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter und dem Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für Privatversicherte gibt es eine unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung.

Unter www.compass-pflegeberatung.de oder 0800 101 88 00 können Sie sich von Experten beraten lassen.



Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber definiert Personen als pflegebedürftig, wenn sie „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.“ Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad wird bei der privaten Pflegeversicherung durch die Firma „Medicproof – Gesellschaft für Medizinische Gutachten mbH“ durchgeführt. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss eine Frist von 25 Tagen eingehalten werden.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.medicproof.de

8.4 WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG

Krankengeld



Normalerweise schließen Privatversicherte auch eine Krankentagegeldversicherung ab. Die Höhe des Krankentagegeldes wird tariflich vereinbart. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber müssen Sie als Versicherter die Beiträge zur Renten- und zur privaten Krankenversicherung tragen. Um keine finanziellen Einbußen zu erleiden, kann das Krankentagegeld Ihr Netto-Einkommen um diese Differenz übersteigen. Wann die Leistung beginnt, ist im Einzelfall festgelegt. Bei Arbeitnehmern wird das Krankentagegeld oft ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Bei Selbstständigen ist ein früherer Beginn der Zahlungen sinnvoll z. B. ab dem 4. oder 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Krankentagegeldzahlungen enden erst, sobald Ihnen Ihr Arzt bescheinigt, dass Sie wieder arbeitsfähig sind.

8.5 REHABILITATION

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung umfassen nicht grundsätzlich eine Rehabilitation. Einige Anbieter beteiligen sich jedoch anteilig an den Kosten. Bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich direkt bei Ihrer Versicherung. Auch wenn Sie vor Ihrer Krebserkrankung einen speziellen „Kurtarif“ abgeschlossen haben, setzen Sie sich frühzeitig mit Ihrer Krankenversicherung in Verbindung, um Ihre individuellen Ansprüche zu erfragen.

Umfasst der Leistungskatalog Ihrer privaten Krankenversicherung eine Rehabilitationsmaßnahme und wird der Antrag dennoch abgelehnt, steht Ihnen das Rechtsmittel des Widerspruchs, wie das bei gesetzlich Versicherten der Fall ist, nicht zur Verfügung. Sie können aber durch ein Anschreiben an die private Krankenversicherung oder private Pflegeversicherung deutlich machen, dass Sie mit der Ablehnung nicht einverstanden sind. Bleibt die Ablehnung nach einer erneuten Prüfung bestehen, können Sie bei Bedarf den Ombudsmann Ihrer Versicherung kontaktieren und gegen die private Krankenversicherung vor dem Zivilgericht bzw. gegen die private Pflegeversicherung vor dem Sozialgericht klagen.

Zu den Selbstständigen zählen Unternehmer, Handwerker oder Angehörige von Kammberufen wie Ärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte o. ä. Im Fall einer schweren Erkrankung stehen sie in vielen Bereichen nicht unter dem Schutz des Sozialrechts. Für Selbstständige und Freiberufler besteht keine Pflicht sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Sie können sich entweder freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern oder sich über eine private Krankenversicherung absichern.



Neben medizinischen Fragen stehen für Selbstständige auch vorwiegend Fragen rund um die soziale Absicherung und die Weiterführung des Betriebes im Vordergrund.

9.1 VORSORGE TREFFEN

Gerade für Personen, die selbstständig sind und einen eigenen Betrieb führen, ist es ratsam, frühzeitig für ernste Krankheitsfälle vorzusorgen. Dies betrifft zum einen die Fortführung des Betriebes durch einen

Vertreter während der krankheitsbedingten Abwesenheit, zum anderen muss im Todesfall des Geschäftsinhabers aber auch der Nachlass geregelt werden. Um die Weiterführung des Betriebes sicherzustellen, ist es sinnvoll, einem engen Angehörigen wie Ehe- oder Lebenspartner oder Kindern eine Vollmacht zu erteilen, die es ihm ermöglicht, die notwendigen Schritte einzuleiten. Bei Bedarf sollte ein Vertrauter des Betriebes dem Nachkommen beratend zur Seite stehen.

Generalvollmacht

Klären Sie rechtzeitig mit Ihrem Notar, ob die Ausstellung einer Generalvollmacht für Rechtsgeschäfte ratsam ist. Mit einer solchen Vollmacht werden eine oder mehrere Vertrauenspersonen ermächtigt, den Betreffenden in allen Angelegenheiten, beispielsweise bei Banken und Behörden zu vertreten. In der Regel wird mit einer notariellen Generalvollmacht auch der Erbschein ersetzt, der ansonsten beim Nachlassgericht beantragt werden müsste.



9.2 EXISTENZSICHERUNG

Selbstständige sichern in den meisten Fällen den Lebensunterhalt der Familie und können oft in ihrer beruflichen Position nicht ersetzt werden. Aufgrund dieser Voraussetzungen ist es besonders wichtig, sich frühzeitig um eine finanzielle Absicherung in Krankheitsfällen zu kümmern.

9.2.1 PRIVATE BERUFSUNFÄHIGKEIT

Viele Selbstständige schließen eine private Berufsunfähigkeitsversicherung ab. Bevor ein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann, muss die Berufsunfähigkeit durch ein ärztliches Gutachten festgestellt werden. Eine vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in Folge von Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder einem „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall“ voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen nicht in der Lage ist oder sein wird, seiner zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit weiter nachzugehen. Sind die zuvor

genannten Voraussetzungen nur zu einem gewissen Grad erfüllt, spricht man von einer teilweisen Berufsunfähigkeit. Die Leistung der Versicherung können Sie Ihrem individuell abgeschlossenen Vertrag entnehmen.

Werden Sie im Fall einer Krebserkrankung pflegebedürftig und dauert dieser Zustand ununterbrochen 6 Monate an, wird dies von Beginn an als vollständige Berufsunfähigkeit gewertet.

Die Beurteilung privater Versicherungsunternehmen weicht häufig von den Beurteilungskriterien der Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger ab, so dass es oft zu einer gerichtlichen Klärung der Ansprüche kommt. Aus diesem Grund ist es ratsam, frühzeitig eine Rechtsschutzversicherung abzuschließen. Ist absehbar, dass eine Krebserkrankung nicht mehr geheilt werden kann, empfiehlt es sich, Lebensversicherungsverträge auf den Ehepartner oder die Kinder zu übertragen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Steuerberater, ob dies aus steuerlichen Gründen sinnvoll ist.



Angehörige von Kammerberufen sollten nachprüfen, ob Sie eine Ausfallversicherung abgeschlossen haben, die im Krankheitsfall den Betriebsgewinn und die laufenden Kosten wie Löhne und Gehälter, Mieten usw. bis zu 12 Monate abdeckt. Möglicherweise deckt auch eine privat abgeschlossene Tagegeldversicherung diese Leistungen ab. Wenden Sie sich bei Fragen an Ihr Versicherungsunternehmen.

9.2.2 GESETZLICHE RENTEN-VERSICHERUNG

Auch wenn Sie selbstständig sind, haben Sie gegebenenfalls Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern Sie vor Aufnahme oder während Ihrer selbstständigen Tätigkeit Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge gezahlt haben. Lassen Sie daher prüfen, ob ein Rentenbezug (Regelaltersrente, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Rente wegen Erwerbsminderung) für Sie in Frage kommt.

9.2.3 GRUNDSICHERUNG

Sollten Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung keine ausreichenden Einnahmen bzw. kein Einkommen erwirtschaften und steht Ihnen kein Vermögen zur Deckung Ihres Lebensunterhaltes zur Verfügung, können Sie bis zum Erreichen Ihrer Regelaltersgrenze (siehe Kapitel 6.7) Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder danach Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen. Hierzu müssen Sie neben Ihrer Bedürftigkeit nachweisen, dass Sie über keinerlei Vermögen verfügen. Eine selbstgenutzte Eigentumswohnung oder ein selbstgenutztes Einfamilienhaus müssen jedoch nicht verkauft werden.



Durch den täglichen Umgang mit krebserregenden Stoffen im Beruf kann eine Krebserkrankung verursacht werden. In diesem Fall kann die Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden. Der Gesetzgeber definiert Berufskrankheiten als Krankheiten, die durch „...besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind...“ (§ 9 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII). Inzwischen sind viele Krankheiten als Berufskrankheit anerkannt.

Eine Übersicht erhalten Sie in der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), zu beziehen über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter: www.baua.de Bei 19 der insgesamt 73 Berufskrankheiten finden sich auch Krebserkrankungen. Krebserkrankungen machen etwa 9 Prozent aller Berufskrankheiten aus.



Besonders gefährdete Berufsgruppen sind beispielsweise Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe, Bergleute, Baustoffhersteller, Keramiker, Chemiarbeiter, Drucker, Metallherzeuger, Schlosser, Mechaniker, Elektriker, Textil- und Bekleidungsberufe, Polsterer, Tischler, Maler oder Lackierer.

Verfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit

Die zuständige Berufsgenossenschaft (BG) muss informiert werden, sofern der Verdacht besteht, dass eine Krebserkrankung beruflich bedingt ist. Die Meldung kann durch den behandelnden Arzt, den Arbeitgeber oder auch durch die erkrankte Person selbst erfolgen. Daraufhin wird ein Anerkennungsverfahren in Gang gesetzt, bei dem zunächst alle relevanten Belastungen während der versicherten Tätigkeit im gesamten Erwerbsleben unter Beteiligung des Antragsstellers, Betriebsarztes und

Sicherheitsbeauftragten ermittelt werden. Die Berufsgenossenschaft gibt daraufhin ein medizinisches Gutachten in Auftrag. Aufgrund des Gutachtens entscheidet die BG dann über die Anerkennung. Im Fall einer Ablehnung kann der Antragssteller Widerspruch einlegen und ggf. vor dem Sozialgericht klagen.

Versicherungsleistungen

Wurde die Krebserkrankung als Berufskrankheit anerkannt, übernimmt die Berufsgenossenschaft die Kosten für die medizinische Betreuung, Medikamente und Heilmittel, Rehabilitation sowie Pflegeleistungen bis hin zu Rentenzahlungen.

Bitte klären Sie die genauen Bestimmungen mit Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft.

Psychoonkologische Beratung und onkologische Reha- und Sozialberatung

Wir beraten Sie und Ihre Angehörigen mit geschultem Fachpersonal telefonisch, schriftlich, digital oder auch ganz persönlich in unserer Beratungsstelle.

Bei unserer psychoonkologischen Beratung (psychosozial und psychologisch) stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- Krankheitsverarbeitung
- Umgang mit Angst und Depression
- Begleitung von Entscheidungsprozessen
- Bewältigung der Krankheitsfolgen
- Unterstützung in akuten Krisen
- Klärung der eigenen Situation

Im Rahmen unserer onkologischen Reha- und Sozialberatung geht es um folgende Themen:

- Unterstützung bei der Beantragung einer Reha
- Auswahl geeigneter Rehakliniken und Umstellung bewilligter Rehakliniken
- Klärung finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten
- Hilfe bei Widersprüchen nach einem ablehnenden Bescheid
- Hilfestellung bei der Klärung beruflicher Fragen (z.B. Krankengeld, Wiedereingliederung, Erwerbsminderungsrente)
- Unterstützung bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises
- Zuzahlungsregelungen



Wir lassen Sie nicht allein!

Beratungsangebote für Krebserkrankte und ihre Angehörigen

NIEDERSÄCHSISCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Wir sind da – für Menschen in Niedersachsen

Seminare und Projekte

In unseren Kursen, Projekten und Seminaren erhalten Krebs-erkrankte Hilfe und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung. Gleichzeitig können die Teilnehmer Kontakte zu anderen Betroffenen aufnehmen. Einen Überblick über alle Angebote mit den jeweiligen Terminen und Veranstaltungsorten gibt das Jahresprogramm der Niedersächsischen Krebsgesellschaft.

Infomaterial

Unsere Broschüren und weitere Informationsmaterialien können Sie auf unserer Homepage www.nds-krebsgesellschaft.de als PDF herunterladen oder kostenlos bestellen.



Krebsberatungsdienste und Hilfsorganisationen

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Telefon: 030 3229329-0
Fax: 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstr. 32
53113 Bonn
Telefon: 0228 72990-0
Fax: 0228 72990-11
deutsche@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

KID - Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Telefon: 0 800 420 30 40 (täglich 8 - 20 Uhr)
krebisinformationsdienst@dkfz.de
www.krebisinformationsdienst.de

Deutsche Fatigue-Gesellschaft (DFaG)

Maria-Hilf-Str. 15
50677 Köln
Telefon: 0221 9311596
Fax: 0221 9311597
info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.

Aachener Str. 5
10713 Berlin
Telefon: 030 8200758-0
Fax: 030 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Die Adressen von Krebsberatungsstellen in Niedersachsen finden Sie unter:
www.nds-krebsgesellschaft.de

Rehabilitationsträger und Rentenversicherungsträger

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)

Solmsstr. 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon: 069 605018-0
Fax: 069 605018-29
www.bar-frankfurt.de

Bundesagentur für Arbeit

Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg
Telefon: 0911 179-0
Fax: 0911 179-2123
www.arbeitsagentur.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastr. 40
10117 Berlin
Telefon: 030 28876380-0
Fax: 030 28876380-8
www.dguv.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstr. 2
10709 Berlin
Telefon: 030 865-0
Kostenloses Servicetelefon: 0800 10 00 48 70
Fax: 030 86527240
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Pieperstr. 14-28
44789 Bochum
Telefon: 0234 304-0
Fax: 0234 304-66050
www.deutsche-rentenversicherung-kbs.de

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Lange Weihe 6
30880 Laatzen
Telefon: 0511 829-0
Fax: 0511 829-2635

Kurt-Schumacher-Str. 20
38102 Braunschweig
Telefon: 0531 7006-0
Fax: 0531 7006-425

Kostenloses Servicetelefon: 0800 10 00 4 80 10
Poststelle@drv-bsh.de-mail.de
www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Huntestr. 11
26135 Oldenburg
Telefon: 0441 927-0
Fax: 0441 927-2563

Schwachhauser Heerstr. 32-34
28209 Bremen
Telefon: 0421 3407-0
Fax: 0421 3407-257
Kostenloses Servicetelefon: 0800 10 00 4 80 28
kontakt@drv-oldenburg-bremen.de-mail.de
www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de

Soziale Informationsdienste

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Rente:

030 221911-001

Unfallversicherung/Ehrenamt:

030 221911-002

Arbeitsmarktpolitik und -förderung:

030 221911-003

Arbeitsrecht:

030 221911-004

Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:

030 221911-005

Infos für Menschen mit Behinderungen:

030 221911-006

Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:

030 221911-007

Mitarbeiterkapitalbeteiligung:

030 221911-008

Informationen zum Bildungspaket:

030 221911-009

info@bmas.bund.de

www.bmas.de

Gehörlosen- / Hörgeschädigten-Service

info.gehoerlos@bmas.bund.de

Schreibtelefon: 030 221911-016

Fax: 030 221911-017

Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Krankenversicherung: 01805 9966-01

Pflegeversicherung: 01805 9966-02

Service für Gehörlose/Hörgeschädigte

Schreibtelefon: 01805 9966-07

Deaf-Fax: 01805 9966-08

info@bmg.bund.de oder

info.gehoerlos@bmg.bund.de

Patientenbeauftragter Bund

Friedrichstr. 108

10117 Berlin

Patientenrechte: 030 18441-3424

Pflege: 030 18441-3425

Fax: 030 18441-3422

Internet: www.patientenbeauftragter.de

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

Tempelhofer Weg 62

12347 Berlin

Telefon: 030 20253177

Fax: 0800 33221224

Bundesweites Beratungstelefon:

0800 0117722

www.patientenberatung.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Telefon: 0800 2550444

Fax: 030 20458931

www.pkv-ombudsmann.de



**Krebs hat viele Gesichter.
Krebs hat viele Geschichten.**

Unterstützen Sie uns – Gemeinsam
können wir viel bewirken!

Werden Sie Mitglied!

informieren • beraten • forschen • fördern

www.nds-krebsgesellschaft.de
service@nds-krebsgesellschaft.de
Telefon: 0511 - 388 52 62



**NIEDERSÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.**

*Wir sind da – für Menschen
in Niedersachsen*





Weiterlesen

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

- Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten, Januar 2022
- Pflegeleistungen zum Nachschlagen, Januar 2022

STIFTUNG DEUTSCHE KREBSHILFE

- Ratgeber: Wegweiser zu Sozialleistungen – Antworten. Hilfen. Perspektiven, 2/2021

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

- Broschüre: Die richtige Altersrente für Sie, 7/2022
- Faltblatt: Altersrentner: So viel können Sie hinzuverdienen, 7/2022
- Broschüre: Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft, 9/2021

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

- Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in Deutschland, 10/ 2010

Wichtige Quellen

BETA INSTITUT GEMEINNÜTZIGE GMBH
www.beta-institut.de

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT
www.arbeitsagentur.de

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND
 SOZIALES (BMAS)
www.bmas.de

BUNDESMINISTERIUM FÜR
 GESUNDHEIT (BMG)
www.bundesgesundheitsministerium.de

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALL-
 VERSICHERUNG (DGUV)
www.dguv.de

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.
www.krebsgesellschaft.de

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG
www.deutsche-rentenversicherung.de

VERBRAUCHERZENTRALE
www.verbraucherzentrale.de



Die Niedersächsische Krebsgesellschaft

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft ist seit über 70 Jahren aktiv gegen Krebs. Unter dem Leitmotiv „Wir sind da - für Menschen in Niedersachsen“ haben sich im Laufe der Zeit vier Arbeitsschwerpunkte als besonders wichtig herauskristallisiert:

INFORMIEREN

Wir informieren Menschen jeden Alters in Niedersachsen über Krebserkrankungen sowie über Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen durch Broschüren, Ausstellungen, Aktionen und Veranstaltungen.

BERATEN

Wir beraten Krebsbetroffene und ihre Angehörigen mit geschultem Fachpersonal im Rahmen einer psychoonkologischen Beratung und Begleitung sowie einer onkologischen Reha- und Sozialberatung. Darüber hinaus bieten wir für Betroffene verschiedene Seminare und Projekte zur Krankheitsbewältigung an. In Verbindung mit einer bewilligten onkologischen Reha-Maßnahme oder einer Anschlussheilbehandlung unterstützen wir Krebsbetroffene in besonderen finanziellen Notlagen mit einer Bekleidungsbeihilfe.

FORSCHEN

Wir unterstützen seit vielen Jahren die Krebsforschung in Niedersachsen in Kooperation mit Fachwissenschaftlern und forschenden Institutionen.

FÖRDERN

Mit einem eigenen Förderpreis zeichnen wir jährlich Projekte aus, die einen Beitrag zur besseren Beratung, Betreuung und Versorgung von Krebspatienten leisten. Zudem fördern wir Krebselbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen in Niedersachsen durch fachliche Unterstützung, Austausch und Fortbildung sowie finanzielle Zuschüsse für ihre Arbeit.

In Niedersachsen erkranken jährlich rund 50.000 Menschen neu an Krebs.

(Quelle: Krebs in Niedersachsen, Jahresbericht 2021)

Was **NOT**wendig ist ...

*informieren
beraten
forschen
fördern*

*Aktiv gegen Krebs
– seit über 70 Jahren*

Helpen Sie mit!

SPENDENKONTO

Norddeutsche Landesbank Hannover

IBAN DE34 2505 0000 0101 0274 07

BIC NOLADE2HXXX

**NIEDERSÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.**

Königstraße 27
30175 Hannover
Tel. 0511 3885262



www.nds-krebsgesellschaft.de

*Wir sind da – für Menschen
in Niedersachsen*



Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.

Königstraße 27

30175 Hannover

Telefon: 0511 3885262

Telefax: 0511 3885343

service@nds-krebsgesellschaft.de

www.nds-krebsgesellschaft.de

Spendenkonto:

Norddeutsche Landesbank Hannover

IBAN DE34 2505 0000 0101 0274 07



Zur Online-Spende

