
Wegweiser zu Sozial- leistungen

Die blauen
Ratgeber

40



Herausgeber:

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32

53113 Bonn

Fachliche Beratung:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Friedrichstraße 191

10117 Berlin

Text und Redaktion:

Isabell-Annett Beckmann, Deutsche Krebshilfe

Nadine Jahn, Deutsche Krebshilfe

Stand 11/2009

ISSN 0946-4816

Art.-Nr. 040 0119

Wegweiser zu Sozial- leistungen

Informationen und Hinweise



Inhalt

Vorwort	5
Anspruch auf Sozialleistungen	7
Zuzahlungen	9
Praxisgebühr	9
Arznei- und Verbandmittel	10
Heilmittel	12
Hilfsmittel	12
Fahrtkosten	14
Pflegekosten	15
Krankenhauspflege (<i>Stationäre Versorgung</i>)	15
Häusliche Krankenpflege	16
Haushaltshilfe	17
Lindernde Pflege Schwerstkranker (<i>Palliativtherapie</i>)	18
Zuzahlungen auf einen Blick	20
Belastungsgrenzen	22
Soziale Pflegeversicherung	27
Pflegebedürftigkeit	27
Leistungen für häusliche Pflege	30
Leistungen für stationäre Pflege	31
Rehabilitation	33
Medizinische Rehabilitation	33
Anschlussheilbehandlung (AHB)/ Anschlussrehabilitation (AR)	34
Onkologische Rehabilitation (<i>Nach- oder Festigungskur</i>)	35
Rehabilitationssport	38
Berufliche Wiedereingliederung (<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</i>)	40

Schwerbehindertenausweis	42
Krebs als Berufskrankheit	44
Wirtschaftliche Sicherung	50
Krankengeld	50
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	53
Erwerbsminderungsrente	54
Hinweise für Betroffene im Beamtenverhältnis	56
Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	58
Hier erhalten Sie Informationen und Rat	59
Informationen im Internet	64
Noch Fragen?	68
Literatur/Quellen	74
Informationen für Betroffene und Angehörige	76
Informationen zur Krebsvorbeugung und Krebs-Früherkennung	77
Sagen Sie uns Ihre Meinung!	79



Eine Bitte in eigener Sache:

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre in Ihrer neuen Lebenssituation helfen können. Wir freuen uns, wenn Sie uns hierzu eine Rückmeldung geben. Am Ende dieses Ratgebers finden Sie einen Fragebogen, mit dem wir von Ihnen erfahren möchten, ob die Broschüre die von Ihnen benötigten Informationen tatsächlich vermitteln konnte. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns diesen Fragebogen gelegentlich zuschicken. Vielen Dank.

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

Diese Broschüre erläutert die gesetzlichen Regelungen, wie sie im Augenblick gelten. Immer wieder gibt es bei den verschiedenen Krankenkassen Sonder- oder Ausnahmeregelungen. Wenn Sie sicher sein möchten, ob eine bestimmte Leistung für Sie gezahlt wird, fragen Sie deshalb direkt bei Ihrer Krankenkasse nach.

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

Überwinden Sie diese Gefühle! Konzentrieren Sie Ihren Willen und Ihre Kräfte darauf, gesund zu werden und

Keine falsche Scham bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte

machen Sie sich vor allem eines klar: Es geht bei diesen Hilfsmaßnahmen nicht um Almosen, sondern um Leistungen, auf die Sie einen Anspruch haben. Leistungen, die Ihnen helfen werden, so schnell wie möglich Ihr gewohntes Leben wieder aufzunehmen.

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

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

Alle sozialrechtlichen Angebote sollen Sie dabei unterstützen, so gut wie möglich in Ihren Alltag zurückzukehren. Diese Broschüre gibt Ihnen einen ersten Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten. Wir hoffen, dass wir Sie mit diesem Ratgeber dabei unterstützen können, das Leben mit Ihrer Erkrankung zu bewältigen und wünschen Ihnen alles Gute. Darüber hinaus helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Krebshilfe auch gerne persönlich weiter. Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an!

**Ihre
Deutsche Krebshilfe**

Anspruch auf Sozialleistungen

Sozialleistungen ist der Oberbegriff für alle Geld- und Sachleistungen, die Menschen überwiegend vom Staat erhalten: zum Beispiel Krankengeld, Sozialhilfe, Rente oder Kuren. Sie sorgen dafür, dass Menschen trotz Krankheit oder Arbeitslosigkeit ein Mindestmaß an wirtschaftlicher Lebensgrundlage haben. Sozialleistungen werden überwiegend dadurch finanziert, dass Versicherte und Arbeitgeber Beiträge in die jeweiligen Versicherungen einzahlen.

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

Wenn Sie sich genau beraten lassen möchten, wenden Sie sich an die Beratungsstellen der zuständigen Sozialleistungsträger, also an:

- Ihre Krankenkasse/-versicherung
- den Rentenversicherungsträger
- das Sozialamt
- das Versorgungsamt oder
- die Arbeitsagentur

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

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

Zuzahlungen

Alle medizinischen Leistungen, die für die Behandlung Ihrer Krankheit erforderlich sind, werden von den Kostenträgern, also in der Regel den Krankenkassen, bezahlt. Sie müssen jedoch einen bestimmten Betrag selbst übernehmen.

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

Sie müssen bei allen Leistungen zehn Prozent der Kosten selbst tragen – mindestens jedoch 5,- Euro und höchstens 10,- Euro. Liegen die Kosten unter 5,- Euro, zahlen Sie den tatsächlichen Preis.

Allerdings brauchen Sie im Laufe eines Kalenderjahres nicht unbegrenzt Zuzahlungen zu leisten. Es gibt eine Höchstgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab Seite 22 dieser Broschüre.

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

Praxisgebühr

Jedes Mal, wenn Sie in einem Quartal zum ersten Mal zum Arzt gehen, müssen Sie eine Praxisgebühr bezahlen. Sie beträgt 10,- Euro. Jede weitere Behandlung bei diesem Arzt im gleichen Vierteljahr ist kostenfrei. Wenn Sie zu einem anderen Arzt gehen (zum Beispiel zu einem Facharzt), benötigen Sie von Ihrem „Erstarzt“ eine Über-

Es gibt eine
Höchstgrenze

Lassen Sie sich
überweisen

weisung. Dann brauchen Sie bei dem zweiten Arzt keine Praxisgebühr zu entrichten. Fehlt diese Überweisung, müssen Sie erneut 10,- Euro Praxisgebühr bezahlen.

Wer also immer erst zum (Haus-)Arzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von 10,- Euro nur einmal im Quartal zahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind.

Die Praxisgebühr entfällt bei Vorsorgeuntersuchungen (zum Beispiel zur Krebs-Früherkennung), bei Schutzimpfungen und bei der Schwangerenvorsorge. Auch der halbjährliche Kontrollbesuch beim Zahnarzt ist gebührenfrei.

Übrigens: Wenn Sie wissen möchten, was Ihre Arztbehandlung kostet, können Sie sich von Ihrem Arzt eine „Patientenquittung“ ausstellen lassen. Darauf wird in verständlicher Form erläutert, welche Leistungen der Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Diese Quittung können Sie nach jeder Behandlung oder auch einmal pro Quartal verlangen. Für die Quartalsquittung berechnet der Arzt Ihnen 1,- Euro Bearbeitungsgebühr.

Arznei- und Verbandmittel

Alle verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmittel, für die Ihnen Ihr Arzt ein Rezept ausstellt, werden von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Sie müssen allerdings einen bestimmten Betrag zuzahlen: Grundsätzlich sind dies zehn Prozent des Preises. Die Zuzahlung beträgt aber mindestens 5,- und höchstens 10,- Euro. Keinesfalls darf die Zuzahlung höher sein als der eigentliche Preis des Medikaments oder Verbandmittels.

Patientenquittung

Beispiel: Ihr Arzt hat Ihnen Tabletten verschrieben, die 80,- Euro kosten. Hierfür zahlen Sie 8,- Euro (gleich zehn Prozent) zu. Bei einem sehr teuren Medikament für 160,- Euro zahlen Sie nur 10,- Euro, denn die Zuzahlung ist auf höchstens 10,- Euro begrenzt. Bei einer Salbe für 14,- Euro müssen Sie 5,- Euro entrichten (mindestens 5,- Euro Zuzahlung).

Für besonders preisgünstige Medikamente brauchen Sie seit dem 1. Juli 2006 keine Zuzahlungen mehr zu leisten: Wenn mehrere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff auf dem Markt sind, dürfen die Krankenkassen dafür so genannte Festbeträge festlegen, die sie voll erstatten. Die Zuzahlung entfällt dann, wenn der Preis 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt. Fragen Sie Ihren Arzt, welche zuzahlungsfreien Medikamente für Sie in Frage kommen.

Seit dem 1. Januar 2009 gibt es neue Festbeträge für bestimmte, verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Krankenkassen zahlen dabei nicht mehr den von den Pharmaherstellern festgesetzten Einzelpreis eines Medikaments, sondern erstatten lediglich den Betrag, der für eine Gruppe von vergleichbaren Präparaten festgelegt wurde. Übersteigt der Preis eines rezeptpflichtigen Medikaments diesen Festbetrag, müssen die Patienten die Mehrkosten selbst tragen. Dazu kommt noch die gesetzliche Zuzahlung von fünf bis zehn Euro.

Medikamente, die Sie ohne Rezept kaufen können (so genannte OTC-Präparate), werden bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr von den Kassen erstattet. Dazu gehören unter anderem Mittel gegen Erkältung oder Abführmittel, aber auch so genannte Life-Style-Präparate wie Potenzmittel oder Appetitzügler.

Keine Zuzahlung bei preisgünstigen Medikamenten

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden nicht von der Krankenkasse bezahlt

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

Auch für schwere Erkrankungen wie Krebs gibt es bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine Sonderregelung: Wenn sie als so genannter Therapiestandard gelten, werden sie von der Krankenkasse bezahlt. Die Liste der Medikamente, die dazu gehören, wird fortlaufend ergänzt. Fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Apotheker. Sie können sich die Liste der ordnungsfähigen rezeptfreien Arzneimittel (OTC-Ausnahmeliste) auch im Internet unter www.g-ba.de/informationen bei „Häufig gestellte Fragen“ unter „Arzneimittel-Richtlinie“ ansehen.

Heilmittel

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

Alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen zehn Prozent der Kosten für jede Anwendung selbst tragen. Dazu kommen 10,- Euro je Verordnung, die Sie in der Heilmittelpraxis bezahlen müssen. Diese Zuzahlungsregelung gilt auch für die Heilmitteltherapie, die in ärztlichen Praxen durchgeführt wird.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sichern den Erfolg einer Behandlung oder gleichen eine Behinderung aus. Zu Hilfsmitteln zählen Prothesen (zum Beispiel Brustprothesen), prothesengerechte Badeanzüge, Hörgeräte, Sprechhilfen, Gehhilfen, Roll-

stühle, Artikel zur Stomaversorgung und Perücken. Damit die Krankenkasse die Kosten (bis auf die von Ihnen zu leistende Zuzahlung) übernimmt, muss Ihr Arzt sie verordnen.

Für Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent des Abgabepreises zu, mindestens jedoch 5,- Euro und höchstens 10,- Euro. Bei Hilfsmitteln, die verbraucht werden – etwa Windeln bei Inkontinenz – müssen Sie zehn Prozent des Packungspreises selbst bezahlen, aber nicht mehr als 10,- Euro pro Monat. Auch für diese Zuzahlungen gilt die jährliche Belastungsgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab Seite 22 dieser Broschüre.

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

Mit der Mehrwertsteuererhöhung am 1. Januar 2007 traten neue Festbeträge für Hilfsmittel in Kraft. Hilfsmittel mit Festbetrag sind zum Beispiel: Stomaartikel, Inkontinenzhilfen und Hilfen zur Kompressionstherapie.

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

Bei bestehenden Festbeträgen zahlt die Krankenkasse nur diese

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

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

Fahrtkosten

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden mit wenigen Ausnahmen nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Ausgenommen sind: Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie, zur Dialyse und Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Kennzeichen [aG] für außergewöhnliche Gehbehinderung, [BI] für blind oder [H] für hilflos). Auch wenn Sie Pflegestufe 2 oder 3 haben (siehe Seite 29 dieser Broschüre) oder Ihre Erkrankung vergleichbar schwer ist und über längere Zeit ambulant behandelt werden muss, werden die Fahrtkosten von der Krankenkasse übernommen.

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

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

mit 5,- Euro, höchstens mit 10,- Euro pro Fahrt. Liegen die Kosten für eine Fahrt unter 5,- Euro, brauchen Sie nur den wirklich entstandenen Preis zu bezahlen.

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

Auch an den Fahrten ins Krankenhaus und zurück müssen Sie sich mit zehn Prozent der Kosten beteiligen. Hier gelten ebenso die Mindestgrenze von 5,- und die Höchstgrenze von 10,- Euro. Oder, wenn sie niedriger sind, die tatsächlich entstandenen Kosten.

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

Pflegekosten**Krankenhauspflege (Stationäre Versorgung)**

Ihre Krankenkasse bezahlt Ihre Krankenhausbehandlung so lange, wie es die Krankheit erfordert. Sie müssen jedoch 10,- Euro pro Tag zuzahlen, und zwar für längstens 28 Tage in einem Kalenderjahr. Kinder unter 18 Jahren brauchen nichts zu zahlen.

Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Häusliche Krankenpflege

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

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

Zur häuslichen Krankenpflege gehören die so genannte Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung), die Grundpflege (zum Beispiel Körperpflege) und die hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Essen zubereiten). Die Krankenkasse übernimmt allerdings keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung mehr, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Soziale Pflegeversicherung“ ab Seite 27 dieser Broschüre.

Unabhängig von einer Krankenhausbehandlung haben Sie ebenfalls Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn sich nur dadurch die ärztliche Behandlung sichern lässt. In diesem Fall erhalten Sie jedoch nur Behandlungs-

pflege. Ob Ihnen auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zustehen, regelt die Satzung Ihrer Krankenkasse.

Auch an den Kosten für die häusliche Krankenpflege müssen Sie sich beteiligen, und zwar mit 10,- Euro pro Verordnung plus zehn Prozent je einzelner Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Haben Sie schon Zuzahlungen für Tage im Krankenhaus geleistet, werden diese angerechnet.

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

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

Private
Krankenversicherung

Haushaltshilfe

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein: keine andere im Haushalt lebende Person kann die Aufgaben übernehmen und zu Beginn dieser Zeit lebt ein Kind in Ihrem Haushalt, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder das behindert und somit auf Hilfe angewiesen ist. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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

Für jeden Kalendertag, an dem die Hilfe bei Ihnen tätig ist, müssen Sie zehn Prozent der Kosten selbst übernehmen, mindestens 5,- Euro, höchstens aber 10,- Euro.

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

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

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

Private Krankenversicherungen zahlen grundsätzlich keine Haushaltshilfe.

Lindernde Pflege Schwerstkranker (Palliativtherapie)

Insbesondere wenn die Heilung eines Krebskranken oder eine wirksame Tumorbehandlung nicht mehr möglich ist, weil die Erkrankung schon zu weit fortgeschritten ist,

Private Krankenversicherung

kommt der lindernden Behandlung (*Palliativtherapie*) besondere Bedeutung zu. Dazu gehört auch die Psycho-Onkologie.

Ziel der palliativen Therapie ist es, unheilbar Kranke ganzheitlich so zu behandeln, dass sie die verbleibende Lebensspanne als lebenswert empfinden.

Bei der palliativen Behandlung eines Tumorpatienten stehen im Vordergrund: die Besserung der Lebensqualität, die Behandlung lokaler Komplikationen durch den wachsenden Tumor, die Schmerztherapie sowie eine auf den einzelnen Patienten und die jeweilige Situation ausgerichtete psychosoziale Beratung oder Betreuung etwa im Rahmen von Selbsthilfegruppen oder speziellen psychosozialen Einrichtungen.

Ausführliche Informationen zur Palliativmedizin enthält die Broschüre „Palliativmedizin – Die blauen Ratgeber 57“ (Bestelladresse Seite 60).

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

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für einen Aufenthalt in einem stationären Hospiz. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

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



Gesetzliche
Krankenversicherung

Hospizaufenthalt

Private
Krankenversicherung

Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Arztbesuch

Arzneimittel und Verbandmittel
(nur verschreibungspflichtige)

Heilmittel (zum Beispiel Massagen, Krankengymnastik)
auch bei Abgabe in der Arztpraxis

Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie)

Fahrtkosten (von der Krankenkasse genehmigt)

- zu und von stationären Behandlungen
- zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen
(zum Beispiel Chemo- oder Strahlentherapie)
- bei Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen

Krankenhausbehandlung (vollstationär)

Häusliche Krankenpflege

Stationäre Vorsorge- und
Rehabilitationsmaßnahmen

Anschlussrehabilitation (AR)/
Anschlussheilbehandlung (AHB)

Haushaltshilfe

Zuzahlungshöhe

10,- € Praxisgebühr (*)

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

10 % der Kosten plus 10,- € je Verordnung

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

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

10 % je einzelner Leistung plus 10,- € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr

10,- € pro Kalendertag für unbegrenzte Dauer

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

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

Befreiungsmöglichkeiten

- nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres (2 % des Familien-Bruttoeinkommens; 1 % für chronisch Kranke)
- Kinder unter 18 Jahren (**)

(*)

Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

(**)

Dies gilt nicht für Fahrten zu ambulanten Behandlungen.

Belastungsgrenzen

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

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

Sie müssen höchstens zwei Prozent des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens an Zuzahlungen aufwenden.

Für schwer chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Diese 1-Prozent-Grenze gilt für die ganze Familie.

Ärzte und Krankenkassen haben festgelegt, dass „schwer chronisch krank“ ist, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit zum Arzt geht. Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Der Kranke hat die Pflegestufe 2 oder 3.
- Er ist zu mindestens 60 Prozent schwerbehindert oder erwerbsgemindert.
- Er muss dauerhaft medizinisch versorgt werden. Ohne diese Versorgung würde sich die Krankheit lebensbedrohlich verschlimmern, die Lebenserwartung oder die Lebensqualität verringern. Diese Einschätzung kann nur ein Arzt vornehmen.

Definition „schwer chronisch krank“

Die verminderte Belastungsgrenze ist seit dem 1. Januar 2008 darüber hinaus an eine Voraussetzung geknüpft: Die Patientin oder der Patient muss sich im Fall einer chronischen Erkrankung am Behandlungsprozess beteiligen und seinerseits vermeiden, dass sich die Krankheit verschlimmert und Folgeerkrankungen entstehen.

Seit dem 1. Januar 2008 gilt eine weitere neue Regelung: Frauen, die nach dem 1. April 1987, und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind, müssen sich bei einem Arzt jeweils einmalig über Vor- und Nachteile der Früherkennungsuntersuchung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs beraten lassen. Nur dann kann für sie bei einer chronischen Erkrankung die Belastungsgrenze von einem Prozent des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens gelten. Die Beratung soll erfolgen, wenn Sie das Anspruchsalter für die jeweilige Krebs-Früherkennungsuntersuchung erreicht haben.

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen die gesetzlich empfohlenen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen. Sie brauchen dafür auch keine Praxisgebühr zu bezahlen.

Ihre Krankenkasse ist seit dem 1. Januar 2008 verpflichtet, Sie zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu informieren. Außerdem erhalten Sie einen Präventionspass, in dem alle Beratungsgespräche, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, an denen Sie teilgenommen haben, notiert werden.

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

Seit 1. 1. 2008:
verpflichtende
Beratung

Präventionspass

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

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

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

Freibeträge 2009

- für Ihren Ehepartner
(oder bei Alleinerziehenden
für das erste Kind) 4.536,- €
- für jedes familienversicherte Kind 3.864,- €

Diese Freibeträge werden vom Familien-Bruttoeinkommen abgezogen. So ist der zumutbare Eigenanteil je nach Familiengröße unterschiedlich.

Beispiel: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze

Verheirateter Alleinverdiener mit drei Kindern
Bruttoeinkommen 25.000,- Euro

Bruttoeinkommen	25.000,00 €
Freibetrag Ehefrau	- 4.536,00 €
Kinderfreibetrag (3 x 3.864,- €)	- 11.592,00 €

Rechenbasis Bruttoeinkommen 8.872,00 €

davon 2 % 177,44 €

Die Familie muss also höchstens 177,44 Euro an Zuzahlungen leisten.

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

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

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

Bonusprogramme

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

Soziale Pflegeversicherung

Kranke oder behinderte Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen können und deshalb im Alltag dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind, erhalten Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung, zum Beispiel: Pflegesachleistungen bei der häuslichen Pflege, Pflegegeld oder Beiträge zu den pflegerischen Aufwendungen bei stationärer Pflege. Diese Leistungen erbringen die so genannten Pflegekassen. Dies sind selbstständige Einrichtungen der Krankenkasse, bei der ein Versicherter pflichtversichert ist. Er finanziert die Pflegekasse mit seinem Beitrag – genau wie er die Kranken- oder Rentenversicherung über seinen Lohn, sein Gehalt oder seine Rente finanziert.

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

Private
Krankenversicherung

Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber beschreibt, wer pflegebedürftig ist:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkeh-

renden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

In einfachen Worten: Wer sich auf längere Sicht nicht mehr allein versorgen kann, ist pflegebedürftig. Ob Sie pflegebedürftig sind, stellt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) fest. Dazu wird ein Termin mit Ihnen vereinbart. Der Medizinische Dienst beurteilt wie stark Ihre Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist (im folgenden Kasten finden Sie eine Übersicht, was alles dazugehört). Welche der drei Pflegestufen Sie bekommen, richtet sich danach, wie sehr Sie pflegebedürftig sind. Weitere Informationen über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und das Begutachtungsverfahren finden Sie im Internet unter www.mdk.de.

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

Tätigkeiten, die beurteilt werden

- **Körperpflege:** Waschen, Duschen, Baden, Zahn- und Mundpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
- **Ernährung:** das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung
- **Mobilität:** selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppesteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Internetadresse

Private Krankenversicherung

Internetadresse

- **hauswirtschaftliche Versorgung:** Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen

Es gibt drei Stufen der Pflegebedürftigkeit

- **Pflegestufe I – erheblich pflegebedürftig**
mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei zwei oder mehr Verrichtungen aus den oben genannten Bereichen, im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten pflegerische Hilfe
- **Pflegestufe II – schwer pflegebedürftig**
mindestens dreimal täglich Hilfebedarf bei drei Verrichtungen zu verschiedenen Tageszeiten, im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden, davon mindestens zwei Stunden pflegerische Hilfe
- **Pflegestufe III – schwerst pflegebedürftig**
Hilfebedarf rund um die Uhr auch nachts, im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden, davon mindestens vier Stunden pflegerische Hilfe
- **Härtefall**
Die Pflegekassen können in besonderen Einzelfällen Pflegebedürftige der Stufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt

In allen drei Pflegestufen erhalten Sie pflegerische Hilfe und zusätzlich Hilfe bei hauswirtschaftlichen Erledigungen. Allerdings muss der pflegerische Aufwand im Vordergrund stehen.

Antrag auf Pflegeleistungen

Sie beantragen Pflegeleistungen bei Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung (bei Ihrer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung). Den Antrag können Sie (oder auch Ihre Angehörigen) formlos – auch telefonisch – stellen. Danach schickt Ihnen die Pflegekasse ein Antragsformular zu, das Sie ausgefüllt zurücksenden. Die Leistungen werden grundsätzlich von dem Tag an gewährt, an dem Sie den Antrag gestellt haben. Sind Sie schon länger pflegebedürftig, erhalten Sie die Leistungen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem Sie den Antrag gestellt haben. Sie können einen Antrag nicht „im Voraus“ stellen, sondern müssen zu diesem Termin bereits pflegebedürftig und mindestens fünf Jahre „vorversichert“ sein. Das heißt, Sie müssen in den letzten zehn Jahren mindestens fünf Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen sein.

Leistungen für häusliche Pflege

Diese Leistungen sollen Ihre Pflege zu Hause verbessern. Grundsätzlich haben Sie drei Möglichkeiten, Leistungen für häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Entweder gewährt Ihnen die Pflegekasse Sachleistungen, das heißt sie bezahlt Pflegeeinsätze durch ambulante Dienste und Sozialstationen. Oder sie zahlt Ihnen stattdessen Pflegegeld. In diesem Fall kümmern Sie sich selbst in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang um die Pflege oder eine geeignete Pflegeperson. Es ist auch eine Kombination von Sach- und Geldleistung möglich. Wie hoch die Leistungen der Pflegekasse sind, hängt davon ab, wie sehr Sie pflegebedürftig sind. Durch die Pflegereform 2008 sollen die Pflegeleistungen in den nächsten Jahren Schritt für Schritt angehoben werden.

Sachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem

Leistungen für häusliche Pflege (seit 1. Juli 2008)

Sachleistung (ambulante Pflegedienste):

- Pflegestufe I bis zu 420,- € pro Monat
- Pflegestufe II bis zu 980,- € pro Monat
- Pflegestufe III bis zu 1.470,- € pro Monat
- Härtefälle bis zu 1.918,- € pro Monat

Geldleistung (private Pflegeperson):

- Pflegestufe I bis zu 215,- € pro Monat
- Pflegestufe II bis zu 420,- € pro Monat
- Pflegestufe III bis zu 675,- € pro Monat

Unter Umständen zahlt die Pflegekasse für die private Pflegeperson die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung; zusätzlich ist sie während ihres Pflegeeinsatzes unfallversichert. Ist die Pflegeperson zum Beispiel krank oder hat Urlaub und kann deshalb die Pflege nicht übernehmen, zahlt die Pflegekasse eine Vertretung: bis zu vier Wochen im Jahr im Gesamtwert von bis zu 1.470,- Euro. Das ist besonders wichtig, wenn Sie Ihren Angehörigen selbst pflegen. Für weitere Informationen wenden Sie sich an Ihre Kranken- beziehungsweise Pflegekasse.

Pflegevertretung

Leistungen für stationäre Pflege

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

Leistungen für stationäre Pflege (seit 1. Juli 2008)

- Pflegestufe I bis zu 1.023,- € pro Monat
- Pflegestufe II bis zu 1.279,- € pro Monat
- Pflegestufe III bis zu 1.470,- € pro Monat
- Härtefälle bis zu 1.750,- € pro Monat

Wie bei der häuslichen Pflege muss der Versicherte Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen. Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung (siehe oben) und das eigene Einkommen (zum Beispiel die Rente) nicht ausreichen, um die Kosten der stationären Pflege zu decken, können Sie bei dem für Sie zuständigen Sozialamt Sozialhilfe beantragen. Wer Hilfe benötigt, aber in keine Pflegestufe eingeteilt wurde (Pflegestufe 0) und somit auch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhält, kann Sozialhilfe bekommen. Hierüber entscheidet das für Sie zuständige Sozialamt.

Bei Fragen hilft Ihnen Ihre zuständige Pflegekasse (bei Ihrer Krankenkasse) weiter.

Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation

Rehabilitation soll dazu beitragen, dass ein Kranker so weit wie möglich wieder in den Alltag zurückkehren kann. Es geht darum, die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung zu lindern beziehungsweise zu beseitigen, einer Verschlimmerung vorzubeugen oder auch mit den Folgen einer chronischen Erkrankung leben zu lernen.

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

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

Eine medizinische Rehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen. Die ambulante Rehabilitation findet tagsüber in einer entsprechenden Einrichtung in der Nähe Ihres Wohnortes statt. Abends und nachts können Sie sich zu Hause erholen. Die stationäre Rehabilitation (oft als Kur bezeichnet) dauert mehrere Wochen und findet in einer Rehabilitationsklinik statt.

Ambulant oder
stationär

Rehabilitationskur

**Anschlussheilbehandlung (AHB)/
Anschlussrehabilitation (AR)**

An den Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Operation kann sich direkt oder spätestens zwei Wochen nach der Entlassung eine Anschlussheilbehandlung (AHB)/Anschlussrehabilitation (AR) anschließen. Dafür gibt es spezielle Nachsorgekliniken, die sowohl mit den körperlichen als auch mit den psychischen Problemen von Krebs-Patienten vertraut sind.

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

Schließt sich an den Krankenhausaufenthalt eine ambulante Behandlung, etwa eine Bestrahlung oder Chemotherapie, an, leitet der derzeit behandelnde Arzt die Anschlussheilbehandlung ein, also etwa ein niedergelassener Onkologe oder Radioonkologe. Dann muss die AHB spätestens 14 Tage nach dem letzten Behandlungstermin beginnen.

Für eine stationäre AHB müssen Sie gesundheitlich so weit wiederhergestellt sein, dass Sie sich selbst waschen und auf der Stationsebene herumlaufen können. Außerdem sollten Sie so weit wiederhergestellt sein, dass Sie mit einem öffentlichen Verkehrsmittel zur Reha-Klinik fahren können. Der Aufenthalt dauert meistens drei Wochen, kann aus medizinischen Gründen aber verlängert werden. Neben der stationären AHB werden auch ganztägig ambulante Leistungen angeboten.

Was Sie für eine AHB zuzahlen müssen, hängt vom Kostenträger der Maßnahme ab. Eine Übersicht finden Sie auf den Seiten 36 und 37.

**Onkologische Rehabilitation
(Nach- oder Festigungskur)**

Ist Ihre Erstbehandlung beendet, sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt oder behandelnden Arzt darüber, ob eine Nach- oder Festigungskur sinnvoll ist. Diese Kuren sollen Sie körperlich und seelisch festigen, Ihr Allgemeinbefinden verbessern und Ihnen dabei helfen, in Ihr alltägliches Leben zurückzufinden und Ihren Beruf wieder ausüben zu können. Nach- oder Festigungskuren können stationär oder ambulant durchgeführt werden.

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

In den ersten beiden Jahren nach der Primärbehandlung kann darüber hinaus im Einzelfall eine Kur gewährt werden, wenn die Tumorerkrankung selbst, dadurch bedingte Komplikationen oder Folgen der Behandlung Ihr Befinden erheblich beeinträchtigen. Eine weitere ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme können Sie erst nach vier weiteren Jahren beantragen. Ausnahme: Treten Rückfälle oder Tochtergeschwülste in anderen Körperteilen auf, können Sie – falls medizinisch notwendig – früher eine Kur bekommen.

Allgemeinbefinden
verbessern

Wiederholte Nach-
kuren in vier Jahren
möglich

Kuren selbst
beantragen

Die onkologischen Nachsorgeleistungen kann der Arzt beantragen oder auch der Betroffene selbst. Auf jeden Fall müssen Sie den Antrag selbst unterschreiben. Antragsformulare und weitere Auskünfte erhalten Sie bei den Gemeinsamen Service-Stellen für Rehabilitation, die alle Reha-Träger gemeinsam unterhalten (www.reha-servicestellen.de), bei den wohnortnahen Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, den Krankenkassen sowie den örtlichen Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Er kann Ihnen die für Sie besten Empfehlungen geben.

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

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation:
Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme,
für maximal 14 Tage
Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung

Nach- und Festigungskur:
Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme,
für maximal 42 Tage
Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung

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

Zuzahlungen
Rentenversicherung

Zuzahlungen
Krankenversicherung

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation:
Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme,
für maximal 28 Tage
Ambulant/teilstationär: 10,- €/Behandlungstag,
für maximal 28 Tage

Nach- und Festigungskur:
Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme,
ohne zeitliche Begrenzung
Ambulant/teilstationär: 10,- €/Behandlungstag,
ohne zeitliche Begrenzung

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

Wichtig: Alle Zuzahlungen, die Sie für die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen leisten müssen, werden zu den anderen Zuzahlungen gerechnet und entscheiden darüber, wann Sie die Belastungsgrenze (siehe Seite 22) erreicht haben. Denken Sie also daran, sich entsprechende Belege geben zu lassen.

Auch wenn die Leistung von der Rentenversicherung bezahlt wird, können Sie in bestimmten Fällen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Sie brauchen beispielsweise gar nichts hinzu zu zahlen, wenn Sie pro Monat weniger als 1009,00 Euro verdienen. Um von der Zuzahlungspflicht befreit zu werden, müssen Sie einen Antrag stellen. Die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger können Sie beraten.

Wirtschaftliche Sicherung

Übergangsgeld

Entfällt während der Rehabilitationsmaßnahme die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, erhalten der Versicherte und seine Familie Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger. Darauf haben Sie Anspruch, wenn Sie zuvor Arbeitsentgelt (bei Arbeitnehmern) oder Arbeitseinkommen (bei Selbstständiger) bekommen und Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Haben Sie unmittelbar vorher Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe erhalten, besteht ebenfalls Anspruch. Weitere Informationen zum Übergangsgeld erhalten Sie bei den Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger.

Private Krankenversicherung

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

Rehabilitationssport

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

Die Rehabilitations-Sportgruppen treffen sich regelmäßig. Eine ärztliche Aufsicht ist für Krebsportgruppen nicht notwendig. Erfahrene und speziell ausgebildete Übungsleiter führen das Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining durch. Die Kostenträger (u.a. Krankenkasse, Ren-

Lebensqualität und Selbstbewusstsein verbessern

tenversicherung) übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für Rehabilitationssport in der Regel bis zu 18 Monaten. Der Rehabilitationssport schließt sich unmittelbar an eine Rehabilitationsleistung an. Dazu muss die niedergelassene Ärztin beziehungsweise der Arzt der Rehabilitationseinrichtung den Rehabilitationssport verordnen, (Muster 56). Bitte informieren Sie sich bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Adresse finden Sie auf Seite 63.

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

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

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

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)

Otto-Fleck-Schneise 12
60528 Frankfurt/Main
Telefon: 0 69/6 70 00
E-Mail: office@dosb.de
Internet: www.dosb.de

Deutscher Behindertensportverband e.V.

Friedrich-Alfred-Str. 10
47055 Duisburg
Telefon: 02 03/7 17 41 70
Telefax: 02 03/7 17 41 78
E-Mail: dbs@dbs-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de



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

Berufliche Wiedereingliederung (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

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

[Zurück in den Beruf](#)

liche Kosten erstattet werden, die durch die Beschäftigung eines Krebskranken entstehen können: für technische Arbeitshilfen, für die Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, für Einarbeitungszuschüsse oder interne Eingliederungshilfen. Beratung erhalten Sie bei der Hauptfürsorgestelle, dem Arbeitsamt oder dem Rentenversicherungsträger. Grundsätzlich gilt: „Rehabilitation vor Rente“.

Das bedeutet: Wenn Sie dem beruflichen Alltag noch nicht wieder voll gewachsen sind, können Sie Ihre Tätigkeit vielleicht schrittweise wieder aufnehmen. Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung berät Sie gern. Oder: Falls Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Ihrem bisherigen Beruf nicht mehr arbeiten können und als schwerbehindert anerkannt sind, können Sie möglicherweise umgeschult werden. Im Arbeitsamt wird gemeinsam mit Ihnen überlegt, welche Maßnahmen für Sie am besten geeignet sind. Dabei werden Ihr Gesundheitszustand, Ihre beruflichen Erfahrungen und Ihre Fähigkeiten berücksichtigt.

Wenn Sie Schwierigkeiten mit Ihrem jetzigen Arbeitsverhältnis haben, wenn Ihnen zum Beispiel gekündigt werden soll oder Sie Probleme haben, andere Arbeitsbedingungen zu bekommen, die auf Ihre jetzige Situation zugeschnitten sind, berät und unterstützt Sie die Hauptfürsorgestelle. Auch die Gewerkschaften bieten ihren Mitgliedern Hilfe.

Schwerbehindertenausweis

Bringt Ihre Krebserkrankung eine langfristige Behinderung mit sich, können Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Ausweis für Schwerbehinderte beantragen. Der Ausweis wird in der Regel für längstens fünf Jahre ausgestellt.

Im Antrag müssen Sie Ihre Erkrankung genau erläutern und die Sie behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und Kurkliniken angeben. Weiterhin erklären Sie auf dem Antragsformular, dass Sie die genannten Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Sie brauchen also keine Befundunterlagen oder Dokumente hinzuzufügen. Denn das Versorgungsamt wird diese bei Ihren Ärzten ohnehin anfordern und mit dem Antrag sorgfältig prüfen.

Ein Schwerbehindertenausweis soll Ihnen wenigstens teilweise einen Ausgleich für die Nachteile bringen, die durch die Krankheit entstanden sind. Wie stark Sie beeinträchtigt sind, gibt der Schwerbehindertenausweis im „Grad der Behinderung“ (GdB) wieder. Bei einem Grad der Behinderung ab 50 Prozent stehen Ihnen mehr Urlaubstage zu, und Sie haben auch einen erhöhten Kündigungsschutz am Arbeitsplatz. Unter bestimmten Voraussetzungen gibt es weitere Hilfen wie Steuerermäßigungen, Preisnachlässe im öffentlichen Personenverkehr sowie die Befreiung von Funk- und Fernsehgebühren der GEZ.

GdB = Grad der Behinderung

Als Grundlage für die Festsetzung des Grades der Behinderung dienen dem Versorgungsamt die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht“. Sie können diese im Internet unter www.bmas.de kostenlos einsehen und herunterladen. Bitte nutzen Sie die Suchfunktion. Auskünfte geben auch die zuständigen Versorgungs-, Sozial- und Finanzämter.

Internetadresse

Krebs als Berufskrankheit

Viele Betroffene wissen nicht genau, warum sie an Krebs erkrankt sind. Bei manchen liegt allerdings der Verdacht nahe, dass die Erkrankung mit ihrem Beruf zusammenhängt, wenn sie zum Beispiel mit krebserzeugenden Stoffen wie Asbest gearbeitet haben.

Dann kann es sein, dass die Krankheit als Berufskrankheit anerkannt wird. Dies wiederum ist wichtig für Rehabilitationsmaßnahmen oder finanzielle Entschädigungen.

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

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

Bei der Entscheidung, ob es sich wirklich um eine Berufskrankheit handeln könnte, ist allerdings nicht der Arbeitsplatz selbst entscheidend. Wichtig ist vielmehr, mit welchen bestimmten Stoffen der Arbeitnehmer an seinem Arbeitsplatz in Berührung gekommen ist. Auch

Was ist eine Berufskrankheit?

Internetadresse

wenn es inzwischen zahlreiche Schutzvorschriften am Arbeitsplatz gibt, sind einige Berufe immer noch besonders risikoreich, und zwar Chemieberufe, Schlosser, Bau-, Metall- und Holzberufe, Bergleute, Elektriker, Installateure, Textilberufe, Lager- und Transportberufe, Isolierer, Mineralaufbereiter, Maler und Lackierer, Glas- und Keramikberufe sowie KFZ-Mechaniker. Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht über gesundheitsgefährdende Produktionsverfahren sowie über Arbeitsstoffe, deren krebserzeugende Wirkung am Menschen nachgewiesen wurde.

Besonders belastende Berufe

Stoffe, die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken¹

- 4-Aminobiphenyl
- 4-Aminobiphenyl, Salze der
- Arsenige Säure
- Arsensäure, Salze der
- Arsensäure
- Asbest (2001/59/EG)
- Azo-Farbstoffe (§ 3 Abs. 2 GefStoffV)
- Benzidin (2004/73/EG)
- Benzidin, Salze von
- Benzol (2004/73/EG)
- Bis(chlormethyl)ether (2001/59/EG)
- Bleihydrogenarsenat
- 1,3 Butadien (2001/59/EG)
- n-Butan, enthält ≥ 0,1 % Butadien (2001/59/EG)
- iso-Butan, enthält ≥ 0,1 % Butadien (2001/59/EG)
- Chlormethylmethylether
- 4-Chlor-o-toluidin (2004/73/EG)
- 4-Chlor-o-toluidin, Hydrochlorid (2004/73/EG)
- α-Chlortoluole-Gemisch
- Chromtrioxid (2004/72/EG)
- Cobalt-Lithium-Nickeloxid (2009/2/EG)

- Cobalt-Nickel-Gray-Periklas
- Cobalt-Nickel-Dioxid
- Cobalt-Nickel-Oxid
- Diammoniumnickelhexacyanoferrat (2009/2/EG)
- Diarsenpentaoxid
- Diarsentrioxid
- 2,2'-Dichlordiethylsulfid (TRGS 905 Nr. 4)
- Dinickelhexacyanoferrat (2009/2/EG)
- Dinickeltrioxid (2001/59/EG)
- Erionit
- Kieselsäure, Blei-Nickel-Salz (2009/2/EG)
- Schleime und Schlämme, elektrolytische Kupferaffination, entkupfert, Nickelsulfat (2009/2/EG)
- Schleime und Schlämme, elektrolytische Kupferaffination, entkupfert (2009/2/EG)
- N-Methylbis(2-chlorethyl)amin (TRGS 905 Nr. 4)
- 2-Naphthylamin (2004/73/EG)
- 2-Naphthylamin, Salze von
- Nickelsalze, löslich
- Nickelacetat
- Nickeldioxid (2001/59/EG)
- Nickelmatte, Rösten oder elektrolytische Raffination (s. TRGS 906 Seite 50)
- Nickelmonoxid (2001/59/EG)
- Nickelsulfat
- Nickelsulfid (2001/59/EG)
- Nickelverbindungen, zahlreiche²
- Passivrauchen
- Pyrolyseprodukte aus organischem Material (siehe TRGS 906 Seite 50)
- Triethylarsenat (2004/73/EG)
- Trinickel-bis(arsenat), Nickel(II)-Arsenat (2009/2/EG)
- Trinickel-bis(arsenit) (2009/2/EG)
- Trinickeldisulfid (2001/59/EG)
- Trinickeltetrasulfid (2009/2/EG)

- Vinylchlorid
- Zinkchromate, einschließlich Zinkkaliumchromat

¹ Der Kausalzusammenhang zwischen der Exposition eines Menschen gegenüber dem Stoff und der Entstehung von Krebs ist ausreichend nachgewiesen.

² Eine umfangreiche Liste krebserzeugender Nickelverbindungen finden Sie im Internet unter:
www.dguv.de/bgia/de/fac/kmr/kmr_neue_bezeichnungen.pdf

Quelle: Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsschutz – BGIA, Sankt Augustin. Stand: September 2009

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

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

Schutz durch gesetzliche Regelungen

Internetadresse

Internetadresse

Berufsgenossenschaft

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

¹ Auflistung von Hartholzarten siehe www.dguv.de/bgja

² DIN/EN 481 „Festlegung der Teilchengrößenverteilung zur Messung luftgetragener Partikel“, Brüssel 1993
Quelle: Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsschutz – BGIA, Sankt Augustin. Stand: September 2009

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

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

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

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

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

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

Die Berufsgenossenschaften bieten auch eine telefonische Beratung an:

BG-Infoline (Mo bis Do 8 - 18 Uhr, Fr 8 - 17 Uhr)
Telefon: 0 18 05/18 80 88
(14 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: bg-infoline@vbg.de

Versicherungsleistungen



Wirtschaftliche Sicherung

Lohn-
beziehungsweise
Gehaltsfortzahlung

Wenn Sie berufstätig sind und krank werden, zahlt Ihr Arbeitgeber Ihre vollen Bezüge bis zu sechs Wochen weiter. Durch Tarifverträge sind zum Teil auch längere Lohn- oder Gehaltsfortzahlungen vereinbart. Werden Sie darüber hinaus wegen derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, entfällt der Anspruch. Ausnahme: Sie haben seither mindestens ein halbes Jahr gearbeitet, ohne krank gewesen zu sein, oder die erste Krankmeldung liegt ein Jahr zurück. Sind Sie länger als sechs Wochen krank, wird die Gehaltsfortzahlung vom Krankengeld abgelöst.

Krankengeld

Gesetzliche
Krankenversicherung

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

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des zuvor erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts – und zwar bevor die Steuern und die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abgezogen werden. Das bedeutet: Es sind 70 Prozent des Bruttolohns. Das Krankengeld beträgt allerdings höchstens 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Es wird pro Kalendertag für 30 Tage im Monat gezahlt.

Rechenbeispiel zur Berechnung des Krankengeldes: (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)

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

Daraus folgt: Das Krankengeld beträgt 54,- € täglich

Sind Sie wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig, haben Sie für längstens 78 Wochen in drei Jahren Anspruch auf Krankengeld. In einem neuen Drei-Jahres-Zeitraum haben Sie wegen derselben Krankheit nur dann wieder Anspruch auf Krankengeld, wenn Sie mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind, wenn Sie in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren, zudem erwerbstätig waren oder beim Arbeitsamt zur Vermittlung gemeldet waren.

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

Liegt ein ärztliches Gutachten vor, das besagt, dass Sie in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert sind, kann Ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer ein Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation gestellt wer-

Krankengeld kann
keine Dauerrente sein

den muss. Das gilt auch, wenn Sie die Voraussetzung für den Rentenbezug erfüllen. Stellen Sie innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Dadurch wird sichergestellt, dass rechtzeitig Rehabilitationsmaßnahmen beziehungsweise Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

Privat Versicherte schließen in der Regel mit ihrer Versicherung auch eine Krankentagegeld-Versicherung ab. Die Höhe des Krankentagegeldes wird tariflich vereinbart. Da der Versicherte nach Ablauf der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers die Beiträge zur Renten- und zur privaten Krankenversicherung tragen muss, kann das Krankengeld sein Netto-Einkommen um die entsprechende Summe übersteigen. Auf diese Weise hat er keine finanziellen Einbußen. Höher darf das Krankentagegeld aber nicht sein.

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

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Auch wenn Ihr Kind krank ist und Sie deshalb nicht arbeiten gehen können, zahlen die Krankenkassen Krankengeld.

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

Außerdem darf niemand in Ihrem Haushalt leben, der an Ihrer Stelle das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen könnte, und das Kind muss jünger als zwölf Jahre sein. Pro Kalenderjahr können Versicherte für jedes gesetzlich versicherte Kind Krankengeld für höchstens zehn Arbeitstage (Alleinerziehende 20 Arbeitstage) beanspruchen, insgesamt aber nicht mehr als 25 Arbeitstage je Elternteil (Alleinerziehende maximal 50 Arbeitstage). Hat ein Versicherter bei seinem Arbeitgeber Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit geht dieser dem Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld vor.

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

Erwerbsminderungsrente

Wenn Sie wegen Ihrer Krankheit nur eingeschränkt leistungsfähig sind und nur noch teilweise oder gar nicht mehr erwerbstätig sein können, besteht die Möglichkeit, eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung zu beantragen.

Sie erhalten dann eine volle Erwerbsminderungsrente, wenn Sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – unabhängig vom erlernten Beruf – nur noch weniger als drei Stunden arbeiten können. Wer noch drei bis sechs Stunden arbeiten kann, erhält eine Teil-Rente.

Zu beachten ist, dass Sie im Rahmen der „Restleistungsfähigkeit“ jede Tätigkeit annehmen müssen. Einen so genannten Berufsschutz gibt es nicht mehr. Übergangsregelungen gelten nur für Personen, die vor dem 2.1.1961 geboren sind.

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

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

Volle Erwerbsminderungsrente

Teil-Rente

Kein Berufsschutz

Sie können zur Erwerbsminderungsrente auch in bestimmtem Umfang Geld hinzuverdienen. Wie viel dies sein darf, erfahren Sie bei Ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger.

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

Hinweise für Betroffene im Beamtenverhältnis

Beamte können medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch nehmen. Sofern Sie nicht gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse anspruchsberechtigt sind, können Sie für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (zum Beispiel Krebsnachsorgekuren) im Rahmen der Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder Beihilfe beantragen.

Beamte in der privaten Krankenversicherung haben einen so genannten Beihilfe-Ergänzungstarif. Dadurch entspricht der Versicherungsschutz bei Kuren den Regelungen aller anderen in der privaten Krankenversicherung Versicherten. Das heißt: Die Kurbehandlung ist grundsätzlich nicht eingeschlossen. Einige private Krankenversicherungen übernehmen die Kosten jedoch anteilig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung. Hier erfahren Sie auch, was Ihre private Krankenversicherung zahlt, wenn Sie bereits vor Ihrer Erkrankung einen speziellen Kurtarif abgeschlossen haben.

Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung haben versicherte Personen bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbei-

Auch Beamte erhalten Hilfe

Private Krankenversicherung

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

Immer erst Leistungszusage einholen

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Hilfe bei finanziellen Problemen

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

Internetadresse

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



Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

Telefon: (Mo bis Do 9 - 16 Uhr, Fr 9 - 15 Uhr)
Härtefonds: 02 28/7 29 90-94
Telefax: 02 28/7 29 90-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de/haertefonds.html

Hier erhalten Sie Informationen und Rat

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

Die umfangreiche Datenbank des Informations- und Beratungsdienstes der Deutschen Krebshilfe enthält Adressen, die für Betroffene wichtig sind.

Wichtige Adressen

Diese Adressen können Sie bei der Deutschen Krebshilfe bekommen

- Tumorzentren oder onkologische Schwerpunktkrankenhäuser in Ihrer Nähe, die Ihnen bei medizinischen Fragen weiterhelfen
- Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen an Ihrem Wohnort
- Adressen von Fachkliniken und Kliniken für Krebsnachsorgekuren
- Palliativstationen und Hospize; wenn Sie zum Beispiel Fragen zum Thema Schmerz haben, erhalten sie dort besonders fachkundige Auskunft

Wer Informationen über Krebserkrankungen sucht, findet sie bei der Deutschen Krebshilfe. Ob es um Diagnostik, Therapie und Nachsorge einzelner Krebsarten geht oder um Einzelheiten zu übergeordneten Themen wie Schmerzen, Palliativmedizin oder Sozialleistungen: „Die blauen Ratgeber“ erläutern alles in allgemeinverständlicher Sprache. Zu ausgewählten Themen gibt es auch Patienten-Informationenfilme auf DVD. Die weißen Präventionsfaltblät-

Allgemeinverständliche Informationen

Internetadresse



ter und -broschüren informieren darüber, wie sich das Risiko, an Krebs zu erkranken, weitgehend vermeiden lässt. Sie können alle Drucksachen im Internet unter der Adresse www.krebshilfe.de aufrufen und lesen beziehungsweise per E-Mail, Fax oder Post bestellen.

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

Telefon: (Mo bis Do 9 - 16 Uhr, Fr 9 - 15 Uhr)
Zentrale: 02 28/7 29 90-0
Härtefonds: 02 28/7 29 90-94
Informationsdienst: 02 28/7 29 90-95 (Mo bis Fr 8 - 17 Uhr)
Telefax: 02 28/7 29 90-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Raucher-Hotline



Raucher-Hotline für Krebskranke und deren Angehörige:
Montag bis Freitag von 14 - 18 Uhr
Telefon: 0 62 21/42 42 24
Internet: www.tabakkontrolle.de

Ein Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Krebshilfe und des Deutschen Krebsforschungszentrums.

Dr. Mildred Scheel Akademie

Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter in Krebs-Beratungsstellen, Mitglieder von Krebs-Selbsthilfegruppen, Seelsorger, Psychotherapeuten, Studenten – wer immer täglich mit Krebs und Krebskranken zu tun hat, kann an Seminaren in der Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung teilnehmen. In unmittelbarer Nähe zu den Kölner Universitätskliniken bietet die von der Deutschen Krebshilfe gegründete Weiterbildungsstätte ein vielseitiges Programm an. Dazu gehören Fortbildungen zu ausgewählten Krebsarten sowie zu

Palliativ- und Hospizpflege, Seminare zur Konflikt- und Stressbewältigung, Verarbeitungsstrategien für den Umgang mit der Krankheit und den Kranken, Gesundheitstraining, Trauer- und Sterbebegleitung, Krankheit und Lebensgestaltung sowie Kommunikationstraining.

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

Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung gGmbH

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

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106 - 108
10623 Berlin
Telefon: 0 30/3 22 93 29 0
Telefax: 0 30/3 22 93 29 66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Telefon: 08 00/4 20 30 40 (täglich 8 - 20 Uhr)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Internetadresse



Weitere nützliche Adressen

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Dr. Lida Schneider
 Güntherstr. 4a
 60528 Frankfurt/M.
 Telefon: 0 69/67 72 45 04
 Telefax: 0 69/67 72 45 04
 E-Mail: hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de
 Internet: www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de/index2.html

Neutral und unabhängig informiert die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) Patientinnen und Patienten bei Fragen zum Thema Gesundheit – in bundesweit 22 Beratungsstellen sowie über ein Beratungstelefon.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Littenstraße 10 · 10179 Berlin
 Telefon: 0 800 / 0 11 77 22 (Mo bis Fr 10 - 18 Uhr,
 kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
 Internet: www.unabhaengige-patientenberatung.de

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin
 E-Mail: info@bmg.bund.de
 Internet: www.bmg.bund.de
 Service-Telefon: (Mo bis Do 8 - 18 Uhr, Fr 8 - 12 Uhr)
 0 18 05/99 66-01 Fragen zum Krankenversicherungsschutz für alle
 0 18 05/99 66-02 Fragen zur Krankenversicherung
 0 18 05/99 66-03 Fragen zur Pflegeversicherung
 0 18 05/99 66-09 Fragen zur gesundheitlichen Prävention
 0 18 05/99 66-07 Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service Schreibtelefon
 (14 ct/Min aus dem deutschen Festnetz)

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstraße 2
 10709 Berlin
 Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de
 Service-Telefon: 08 00/10 00 48 00
 (Mo bis Do 7.30 - 19.30 Uhr, Fr 7.30 - 15.30 Uhr)

BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Erzbergerstraße 119
 76133 Karlsruhe
 Telefon: 07 21/81 07-901 und -902
 Telefax: 07 21/81 07-903
 E-Mail: bih@integrationsaemter.de
 Internet: www.integrationsaemter.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Markgrafenstraße 66
 10969 Berlin
 Telefon: 0 30/2 58 00-0
 Telefax: 0 30/2 58 00-218
 E-Mail: info@vzbv.de
 Internet: www.vzbv.de/go
 Service-Telefon: (Mo und Mi 10 - 13 Uhr, Do 14 - 18 Uhr,
 9 ct/Min aus dem deutschen Festnetz)
 0 18 03/770 500-2 Beratung zu Heim- und Pflegedienstverträgen
 0 18 03/770 500-3 Beratung zu alternative Wohnformen

Eine neue Internetseite unterstützt Interessierte und Betroffene bei der Suche nach dem für sie geeigneten Krankenhaus. Die Seite www.weisse-liste.de liefert leicht verständliche Informationen zur Krankenhausqualität und soll Patienten dabei helfen, die für sie richtige Klinik zu finden. Mit einem Suchassistenten kann jeder eine nach seinen Vorstellungen gestaltete Auswahl unter den rund 2.000 deutschen Kliniken treffen. Ferner enthält die Seite

[Internetseite zur
Krankenhaussuche](#)

eine umgangssprachliche Übersetzung von mehr als 4.000 Fachbegriffen. Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Informationen im Internet

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

1. Es muss eindeutig erkennbar sein, wer der Verfasser der Internetseite ist (mit Namen, Position und verantwortlicher Institution).
2. Wenn Forschungsergebnisse zitiert werden, muss die Quelle der Daten (zum Beispiel eine wissenschaftliche Fachzeitschrift) angegeben sein.
3. Diese Quelle muss sich (am besten über einen Link) ansehen beziehungsweise überprüfen lassen.
4. Es muss eindeutig erkennbar sein, ob – und wenn ja, wer – die Internetseite finanziell unterstützt.
5. Es muss eindeutig erkennbar sein, wann die Internetseite aufgebaut und wann sie zuletzt aktualisiert wurde.

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

www.krebsinformationsdienst.de

(KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums)

Qualitätskriterien

Allgemeine medizinische Informationen zu Krebs

www.inkanet.de

(Informationsnetz für Krebs-Patienten und Angehörige)

www.krebs-webweiser.de

(Informationen des Tumorzentrums Freiburg)

www.meb.uni-bonn.de/cancernet/deutsch/

(Informationen des US-amerikanischen Cancernet in Deutsch)

www.patienten-information.de

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

www.krebs-aktuell.de

(Online-Gesundheitsratgeber mit zahlreichen weiterführenden Internetseiten)

www.gesundheitsinformation.de

(Patientenportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

www.medinfo.de

(größter Webkatalog im deutschsprachigen Raum für Medizin und Gesundheit, bietet systematisch geordnete und redaktionell zusammengestellte Links zu ausgewählten Internetquellen)

www.agbkt.de

(Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie)

www.studien.de

(Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft)

www.cancer.gov/cancerinfo

(Amerikanisches National Cancer Institute, aktuelle Informationen; nur in Englisch)

Informationen zu
Leben mit Krebs und
Nebenwirkungen

www.cancer.org

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

www.dapo-ev.de

www.vereinlebenswert.de

www.psychoonkologie.org

(drei Seiten mit Informationen über psychosoziale Beratung)

www.fertiprotekt.de

(Seite des Deutschen Netzwerks für fertilitätserhaltende Maßnahmen bei Chemo- und Strahlentherapien)

www.krebskreis.de

(Onlinetreff für Krebsbetroffene, Angehörige und Freunde mit Informationen zum Thema Bewegung, Sport und Krebs)

www.kinder-krebskranker-eltern.de

(Beratungsstelle Flüsterpost e.V. mit Angeboten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de/index2.html

(Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.)

www.medizin-fuer-kids.de/index.htm

(die Medizinstadt für Kinder im Internet)

www.onko-kids.de

(Informations- und Kommunikationsseiten für krebskranke Kinder und Jugendliche, ihre Geschwister und Familien)

www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

(umfangreiche Hinweise auf Kliniken und Patientenorganisationen, Linktipps und Buchempfehlungen; spezielle Informationen zu Psycho-Onkologie und dem Fatigue-Syndrom)

Informationen zu
Sozialleistungen

www.hospiz.net

(Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V.)

www.unabhaengige-patientenberatung.de

(umfangreiche Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen, Beratung in gesundheitsrechtlichen Fragen und Auskünfte zur Gesundheitsversorgung)

www.deutsche-rentenversicherung.de

(Deutsche Rentenversicherung u.a. mit Informationen zu Rente und Rehabilitation)

www.bmg.bund.de

(Bundesministerium für Gesundheit mit Informationen zu den Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenkassen sowie zu Pflegebedürftigkeit und Pflege)

www.medizinrechts-beratungsnetz.de

(Stiftung Gesundheit in Kiel; sie bietet bundesweit kostenfreie Erstberatungen bei Konflikten zwischen Patienten und Ärzten sowie bei Problemen mit Ihrer Kranken-, Renten- oder Pflegeversicherung)

www.weisse-liste.de

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

www.kbv.de/arztuche/178.html

(Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur Suche nach spezialisierten Ärzten und Psychologen)

www.arztauskunft.de

(Klinik-Datenbank mit rund 24.000 Adressen von mehr als 1.000 Diagnose- und Therapieschwerpunkten)

Arzt- oder Kliniksuche

Noch Fragen?

Vielleicht haben Sie nach dem Lesen der umfangreichen Informationen noch die eine oder andere Frage. Im Folgenden haben wir in Zusammenarbeit mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs, der wir an dieser Stelle herzlich für ihre Unterstützung danken möchten, versucht, die häufigsten Fragen und die dazugehörigen Antworten zusammenzustellen.

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

Sie müssen Zuzahlungen leisten, bis Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Berechnen Sie, welchen Betrag Sie voraussichtlich selbst zahlen müssen (ein Prozent beziehungsweise zwei Prozent des Familien-Bruttoeinkommens abzüglich der Freibeträge [vergleiche Seite 22 ff]). Bei einigen gesetzlichen Krankenkassen und in Apotheken gibt es Faltkarten, in die Zuzahlungen eingetragen werden, die Sie und Ihre Angehörigen bezahlt haben. Sie können aber auch einzelne Quittungen sammeln. Achten Sie darauf, dass Ihre Personalien auf den Belegen vermerkt sind.

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

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

Nein. Lassen Sie sich von jedem selbst gezahlten Betrag eine Quittung geben.

Zuzahlungen

Mein Arzt hat mir ein Medikament verschrieben, dessen Preis unter 5,- Euro liegt. Was bezahle ich?

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

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

Stellen Sie – rechtzeitig – einen entsprechenden Antrag bei Ihrer Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung.

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

Ja. Wenn Ihr Kind oder zumindest eines Ihrer Kinder jünger als 12 Jahre ist oder wenn Sie ein behindertes Kind haben, haben Sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Dies gilt allerdings nur, wenn keine der anderen Personen, die in Ihrem Haushalt leben, diese Aufgaben übernehmen kann (zum Beispiel der Ehemann, weil er berufstätig ist). Den Antrag müssen Sie so früh wie möglich bei Ihrer Krankenkasse stellen.

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

Pflegehilfen

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

Sie können Leistungen der Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, wenn diese Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt hat. Was Sie an Leistungen bekommen, hängt davon ab, wie viel Hilfe Sie benötigen. Anträge stellen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse, die bei Ihrer Krankenkasse eingerichtet wurde oder bei Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung. (siehe auch Seite 27 ff.)

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

Die AHB/AR wird bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse beantragt oder direkt bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt. Die Antragstellung übernimmt der Sozialdienst Ihrer Klinik oder Ihr Arzt. Sprechen Sie sie darauf an.

Wenn ich diesen Antrag stellen muss, bin ich ja noch in der Klinik, habe den Kopf vielleicht auch mit anderen Dingen voll. Kann mir dabei jemand helfen?

Setzen Sie sich mit dem Sozialdienst in Ihrem Krankenhaus in Verbindung, der über alle Einzelheiten informiert ist.

Wie bekomme ich eine Nach- oder Festigungskur?

Die Nach- oder Festigungskur beantragen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse.

Woher weiß ich, dass mir ein Schwerbehindertenausweis zusteht?

Bei Krebserkrankungen wird in den allermeisten Fällen ein Schwerbehindertenausweis genehmigt, weil die Krankheit die normale Lebensführung gefährdet. Wenn Sie sich vor Antragstellung beraten lassen wollen, setzen Sie sich zum Beispiel mit dem Sozialdienst des Krankenhauses in Verbindung, in dem Sie behandelt wurden.

Wie bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?

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

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

Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent Ihres Bruttogehalts aber maximal 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld wird für 30 Tage im Kalendermonat pro Kalendertag gezahlt. Ein Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes finden Sie auf Seite 51.

Wenn Sie eine private Krankentagegeld-Versicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie die tariflich vereinbarte Summe maximal in Höhe Ihres Nettogehaltes.

Wie komme ich an das Krankengeld?

Krankengeld müssen Sie beantragen. Wenn klar ist, dass Sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind, stellen Sie einen Antrag auf Krankengeld bei Ihrer Krankenkasse. Wenn Sie privat versichert sind, beantragen Sie die Zahlung des Krankentagegeldes bei Ihrer Versicherung.

Berufstätigkeit

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

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

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

Informieren Sie sich über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Setzen Sie sich mit Ihrem zuständigen Arbeitsamt, Ihrem Rentenversicherungsträger oder der Hauptfürsorgestelle in Verbindung.

Wo finde ich die für mich zuständige Hauptfürsorgestelle?

Eine Liste der Hauptfürsorgestellen finden Sie im Internet unter www.integrationsaemter.de. Die Kontaktdaten der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen finden Sie auf Seite 63 dieser Broschüre. Sie können sich außerdem bei Ihrer Stadtverwaltung erkundigen oder rufen Sie beim Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe an (Telefonnummer siehe Seite 60).

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

Sofern Sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt haben (siehe Seite 54), wird Ihnen eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Diese können sie auch nur vorübergehend beziehen, wenn Sie zum Beispiel nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben später wieder einem Beruf nachgehen können. Anträge für Rentenzahlungen erhalten Sie bei den Versicherungsämtern der Städte oder Gemeinden, aber auch bei den Krankenkassen. Beim Ausfüllen der Anträge ist man Ihnen behilflich.

Ich bin durch meine Erkrankung in eine finanzielle Notlage geraten: Ich habe krankheitsbedingte Ausgaben, die weder die Krankenkasse noch irgendeine andere Stelle übernimmt, die ich aber auch nicht allein tragen kann. Was soll ich tun?

Stellen Sie einen Antrag an den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der jedes Jahr vielen Betroffenen mit einer einmaligen Zahlung hilft (Adresse siehe Seite 58).

Härtefonds

Literatur/Quellen

„Die neue Gesundheitsversicherung – Das bringt die Gesundheitsreform den Versicherten“, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
www.bmg.bund.de unter Publikationen/Gesundheit

„Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007

„Pflegeversicherung“, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2006

„Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2009
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren (Rehabilitation)

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007

„Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2009
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren (Rehabilitation)

„Mit Rehabilitation wieder fit für den Job“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2009
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren Rehabilitation

„Soziale Informationen 2009“, hrsg. vom Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Bonn 2009
www.frauenselbsthilfe.de/upload/downloads/fsh/broschueren/FSH_SozInfo_2009.pdf

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ einzusehen auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) unter:
www.mdk.de/media/pdf/RL-Reha-2007-12-20.pdf

Lexikon auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
www.mdk.de/lexikon.htm

Sozialgesetzbuch (SGB), einzusehen beim Bundesministerium der Justiz unter: www.gesetze-im-internet.de unter S

Müsch, FH, Berufskrankheiten, Ein medizinisch-juristisches Nachschlagewerk, Stuttgart 2006

Verzeichnis krebserzeugender Tätigkeiten oder Verfahren nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 der Gefahrstoffverordnung (TRGS 906)
 Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsschutz – BGIA, Sankt Augustin 2009

Informationen für Betroffene und Angehörige

Das kostenlose Informationsmaterial der Deutschen Krebshilfe können Sie online unter www.krebshilfe.de oder per Post bzw. Fax bestellen:

Fax-Nr.: 02 28/72 99 0 -11

„Die blauen Ratgeber“ (ISSN 0946-4816)

Nr.	Anzahl	Titel	Nr.	Anzahl	Titel
001	___	Krebs – Wer ist gefährdet?	040	___	Wegweiser zu Sozialleistungen
002	___	Brustkrebs	042	___	Hilfen für Angehörige
003	___	Gebärmutter- und Eierstockkrebs	043	___	TEAMWORK – Die Patienten-Arzt-Beziehung
004	___	Krebs im Kindesalter	046	___	Ernährung bei Krebs
005	___	Hautkrebs	048	___	Bewegung und Sport bei Krebs
006	___	Darmkrebs	049	___	Kinderwunsch und Krebs
007	___	Magenkrebs	050	___	Krebsschmerzen wirksam bekämpfen
008	___	Gehirntumoren	051	___	Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs
009	___	Schilddrüsenkrebs	053	___	Strahlentherapie
010	___	Lungenkrebs	057	___	Palliativmedizin
011	___	Rachen- und Kehlkopfkrebs	060	___	Klinische Studien
012	___	Krebs im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich	230	___	CD Leben Sie wohl – Hörbuch Palliativmedizin
013	___	Speiseröhrenkrebs			
014	___	Bauchspeicheldrüsenkrebs			
015	___	Krebs der Leber und Gallenwege			
016	___	Hodenkrebs			
017	___	Prostatakrebs			
018	___	Blasenkrebs			
019	___	Nierenkrebs			
020	___	Leukämie bei Erwachsenen			
021	___	Hodgkin Lymphom			
022	___	Plasmozytom/Multiples Myelom			

„Die blaue DVD“ (Patienten-Informationenfilme)

203	___	Darmkrebs
208	___	Hodgkin Lymphom
209	___	Prostatakrebs
210	___	Hautkrebs
223	___	Fatigue
226	___	Palliativmedizin

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Informationen zur Krebsvorbeugung und Krebs-Früherkennung

Präventionsratgeber (ISSN 0948-6763)

Nr.	Anzahl	Titel	Nr.	Anzahl	Titel
401	___	Gesund bleiben – Gesunde Lebensweise	441	___	Endlich Aufatmen! – Nichtraucher
402	___	Gesunden Appetit! – Ernährung	442	___	Ein Bild sagt mehr – Mammographie
404	___	Aufatmen – Erfolgreich zum Nichtraucher	443	___	Ein guter Durchblick – Darmspiegelung
405	___	Hirnverbrannt – Jugendliche und Rauchen	444	___	Familienangelegenheit – Erblicher Brustkrebs
406	___	Ihr bester Schutzfaktor – Hautkrebs früh erkennen	445	___	Familiengeschichte – Erblicher Darmkrebs
407	___	Achtung Sonne! – (Kinder-)Haut schützen	446	___	Hautnah betrachten – Hautkrebs-Screening
408	___	Gefahr aus der Röhre – Risiko Solarium	498	___	Fragen Sie nach Ihrem Risiko – Erblicher Brustkrebs
			499	___	Testen Sie Ihr Risiko – Erblicher Darmkrebs
			500	___	Für Ihre Krebsvorsorge – Terminkarte

Präventionsfaltblätter (ISSN 0948-4591)

420	___	Bleib gesund! – Für Jugendliche
421	___	Frei sein, gesund sein, gerne Mädchen sein! – Für Jugendliche
430	___	Ratsam – 10 Regeln gegen den Krebs
431	___	Vorsorge à la Carte – Krebs-Früherkennung
432	___	Frühstarter gewinnen! – Kinder
433	___	Was Frau tun kann – Brustkrebs
434	___	Es liegt in Ihrer Hand – Brust-Selbstuntersuchung
435	___	Durch Dünn & Dick – Darmkrebs
436	___	Sonne ohne Schattenseite – Hautkrebs
437	___	Echt zum Abgewöhnen! – Lungenkrebs
438	___	Was Mann tun kann – Prostatakrebs
439	___	Schritt für Schritt – Bewegung
440	___	Appetit auf Gesundheit – Ernährung

Informationen über die Deutsche Krebshilfe

600	___	Ziele und Erfolge – Imagebroschüre (ISSN 1617-8629)
601	___	Geschäftsbericht (ISSN 1436-0934)
603	___	Magazin Deutsche Krebshilfe (ISSN 0949-8184)
605	___	Gemeinsam gegen den Krebs – Deutsche Krebshilfe
606	___	Kinderkrebs – kein Kinderspiel – Deutsche KinderKrebshilfe
700	___	Ihr letzter Wille – Testamentsbroschüre

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

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

Die Deutsche Krebshilfe ist eine gemeinnützige Organisation, die ihre Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen finanziert. Öffentliche Mittel stehen ihr nicht zur Verfügung. In einer freiwilligen Selbstverpflichtung hat sich die Organisation strenge Regeln auferlegt, die den ordnungsgemäßen, treuhänderischen Umgang mit den Spendengeldern und ethische Grundsätze bei der Spendenacquisition betreffen. Dazu gehört auch, dass alle Informationen der Deutschen Krebshilfe neutral und unabhängig sind.

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

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

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Informationen in dieser Broschüre sollen Ihnen helfen, dass Sie Ihrem Arzt gezielte Fragen über Ihre Erkrankung und zu Ihrer Behandlung stellen können, damit Sie gemeinsam mit ihm über Ihre Behandlung entscheiden können. Wir möchten gerne wissen, ob Sie in diesem Ratgeber alles erfahren haben, was Sie dafür brauchen.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite und schicken Sie uns das Blatt in einem Umschlag zurück.
Vielen Dank!

Aus statistischen Gründen wüssten wir gern:

Ihr Alter: _____

Ihr Geschlecht: _____

Ihren Beruf: _____

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Antwortkarte

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstraße 32

53113 Bonn



Sagen Sie uns Ihre Meinung!

Ich bin Betroffener Angehöriger Interessierter?

Die Broschüre hat meine Fragen beantwortet.

Dabei entspricht:

1 „stimmt vollkommen“

2 „stimmt einigermaßen“

3 „stimmt teilweise“

4 „stimmt kaum“

5 „stimmt überhaupt nicht“

zur Zuzahlungen

zur Belastungsgrenze

zur sozialen Pflegeversicherung

zur Rehabilitation

zur wirtschaftlichen Sicherung

Woher haben Sie die Broschüre bekommen?

- vom Arzt persönlich Bücherregal im Wartezimmer
- Krankenhaus Apotheke
- Angehörige/Freunde Selbsthilfegruppe
- Internetausdruck Hinweis in der Zeitung
- Internetbestellung

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?

- ja nein

040-11/2009

Ich interessiere mich für den Mildred Scheel Kreis, den Förderverein der Deutschen Krebshilfe. (Dafür benötigen wir Ihre Anschrift!)

Name: _____

Straße: _____

(PLZ) Ort: _____



Prof. Dr. Dagmar Schipanski
Präsidentin der
Deutschen Krebshilfe

„Liebe Leserin, lieber Leser,

die Deutsche Krebshilfe hat in den vergangenen Jahren mit ihren vielfältigen Aktivitäten Verantwortung in unserer Gesellschaft übernommen, die beispielgebend ist. Sie hat Forschungen über Krankheitsursachen, Therapie und Diagnose tatkräftig unterstützt und damit unser Wissen über diese bedrohliche Krankheit erweitert. Zugleich wurde von der Deutschen Krebshilfe eine offene Diskussion über die Krankheit Krebs und aller damit verbundenen Aspekte in der Öffentlichkeit geführt. Diese Leistungen ließen sich nur dank der Hilfsbereitschaft vieler Hunderttausender Menschen verwirklichen, die mit ihrem ehrenamtlichen Einsatz, ihren Spenden, Aktionserlösen und Mitgliedsbeiträgen unsere Arbeit erst ermöglichen. Als Präsidentin der Deutschen Krebshilfe möchte ich mich aus ganzem Herzen in den Dienst der Bekämpfung dieser – noch – unbesiegtten Krankheit stellen. Damit auch künftig beraten, geforscht und aufgeklärt werden kann, brauchen wir weiterhin Sie und Ihre wohlwollende Unterstützung der Deutschen Krebshilfe.

Herzlichen Dank.“

Deutsche Krebshilfe Helfen. Forschen. Informieren.

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

Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da.

Rufen Sie uns an:

Zentrale: 02 28/72 99 0-0, Mo - Fr 8 - 17 Uhr
Informationsdienst: 02 28/72 99 0-95, Mo - Fr 8 - 17 Uhr
Härfonds: 02 28/72 99 0-94, Mo - Do 8.30 - 17 Uhr,
Fr 8.30 - 16 Uhr

Oder schreiben Sie uns:

Deutsche Krebshilfe, Buschstraße 32, 53113 Bonn
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe

gegründet von Dr. Mildred Scheel

90 90 93

Sparkasse KölnBonn
BLZ 370 501 98

269 100 000

Dresdner Bank Bonn
BLZ 370 800 40

2 009 090 013

Volksbank Bonn Rhein-Sieg eG
BLZ 380 601 86



**Helfen.
Forschen.
Informieren.**