

40

Die blauen Ratgeber

WEGWEISER ZU SOZIAL LEISTUNGEN

ANTWORTEN. HILFEN. PERSPEKTIVEN.



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

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

Herausgeber

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

Fachliche Beratung

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, Stiftung Deutsche Krebshilfe

Stand 4 / 2018

ISSN 0946-4816
040 0018

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

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

INHALT

VORWORT 4

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN 7

ZUZÄHLUNGEN 9

Arznei- und Verbandmittel 10

Heilmittel 11

Hilfsmittel 12

Fahrtkosten 13

Pflegekosten 14

Krankenhauspflege (*Stationäre Versorgung*) 14

Hospizpflege 15

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 16

Häusliche Krankenpflege 16

Haushaltshilfe 18

Lindernde (*palliativmedizinische*) Behandlung 19

Zuzahlungen auf einen Blick 21

BELASTUNGSGRENZEN 23

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG 28

Pflegebedürftigkeit 29

Leistungen für häusliche Pflege 34

Pflegegeld 35

Pflegesachleistungen 35

Leistungen für pflegende Angehörige 36

Leistungen für (teil-)stationäre Pflege 38

REHABILITATION 41

Anschlussheilbehandlung (AHB) /Anschlussrehabilitation (AR) 42

Onkologische Rehabilitation 43

Rehabilitationssport 47

Berufliche Wiedereingliederung
(Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) 49

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS 51

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT 53

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG 63

Krankengeld 63

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 66

Erwerbsminderungsrente 66

HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS 68

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE 70

HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT 71

Informationen im Internet 79

NOCH FRAGEN? 85

QUELLENANGABEN 92

INFORMIEREN SIE SICH 95

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG 100

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

Wenn Sie an Krebs erkrankt sind und vielleicht für längere Zeit nicht berufstätig sein können, ist es wichtig zu wissen, auf welche Sozialleistungen Sie einen Anspruch haben. 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 Arbeitslosengeld II-Empfänger (Hartz IV-Empfänger) haben Sie für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf alle medizinischen Leistungen, die erforderlich sind. Dies gilt für die Behandlung bei Ihrem Arzt und für die Krankenhausbehandlung.

Diese Broschüre erläutert die gesetzlichen Regelungen, wie sie im Augenblick gelten. Immer wieder gibt es 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 / -versicherung 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 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 Mög-

lichkeiten. 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 und
Deutsche Krebsgesellschaft**

In eigener Sache

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre helfen können. Bitte geben Sie uns Rückmeldung, ob uns das auch wirklich gelungen ist. Auf diese Weise können wir den Ratgeber immer weiter verbessern. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, den Sie am Ende der Broschüre finden. Vielen Dank!

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

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN

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

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

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

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

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

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

Sie müssen bei allen Leistungen zehn Prozent der Kosten selbst tragen – mindestens jedoch 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro. Liegen die Kosten unter 5,00 Euro, zahlen Sie den tatsächlichen Preis.

Es gibt eine Höchstgrenze

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 23 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.

Patientenquittung

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 1,00 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 5,00 und höchstens 10,00 Euro. Keinesfalls darf die Zuzahlung höher sein als der eigentliche Preis des Medikaments oder Verbandmittels.

Beispiel: Ihr Arzt hat Ihnen Tabletten verschrieben, die 80,00 Euro kosten. Hierfür zahlen Sie 8,00 Euro (gleich zehn Prozent) zu. Bei einem sehr teuren Medikament für 160,00 Euro zahlen Sie nur 10,00 Euro, denn die Zuzahlung ist auf höchstens 10,00 Euro begrenzt. Bei einer Salbe für 14,00 Euro müssen Sie 5,00 Euro entrichten (mindestens 5,00 Euro Zuzahlung).

Keine Zuzahlung bei preisgünstigen Medikamenten

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

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

Sonderregelung bei Therapiestandard

> Internetadresse

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

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

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

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 10,00 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 den Hilfsmitteln zählen Prothesen (zum Beispiel Brustprothesen), prothesengerechte Badeanzüge, Hörgeräte, Sprechhilfen, Gehhilfen, Rollstühle, Artikel zur Stomaversorgung und Perücken. Damit die Krankenkasse die Kosten (bis auf die von Ihnen zu leistende Zuzahlung) übernimmt, muss Ihr Arzt sie verordnen.

Für Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent des Abgabepreises zu, mindestens jedoch 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro. Bei Hilfsmitteln, die verbraucht werden – etwa Windeln bei Inkontinenz – müssen Sie zehn Prozent des Packungspreises selbst bezahlen, aber nicht mehr als 10,00 Euro pro Monat. Auch für diese Zuzahlungen gilt die jährliche Belastungsgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab Seite 23 dieser Broschüre.

Bei bestehenden Festbeträgen zahlt die Krankenkasse nur diese

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

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

Private Krankenversicherung

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

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

Fahrtkosten

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden nur in wenigen Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Dazu gehören: Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie, zur Dialyse und Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Kennzeichen [aG] für außergewöhnliche Gehbehinderung, [Bl] für blind oder [H] für hilflos). Auch wenn Sie Pflegegrad 3, 4 oder 5 (ebenso Versicherte mit Pflegestufe 2 bis 31.12.2016 und Überleitung in Pflegegrad 3 ab 1.1.2017) haben oder Ihre Erkrankung vergleichbar schwer ist und über längere Zeit ambulant behandelt werden muss, werden die 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 mit 5,00 Euro, höchstens

* 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 10,00 Euro pro Fahrt. Liegen die Kosten für eine Fahrt unter 5,00 Euro, brauchen Sie nur den wirklich entstandenen Preis zu bezahlen.

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

Stationäre Behandlung

Auch an den Fahrten ins Krankenhaus und zurück, an Rettungsfahrten oder Krankentransporten müssen Sie sich mit zehn Prozent der Kosten beteiligen. Hier gelten ebenso die Mindestgrenze von 5,00 Euro und die Höchstgrenze von 10,00 Euro. Oder, wenn sie niedriger sind, die tatsächlich entstandenen Kosten.

Private Kranken- versicherung

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 10,00 Euro pro Tag zuzahlen, und zwar für längstens 28 Tage in einem Kalenderjahr. Kinder unter 18 Jahren brauchen nichts zu zahlen.

Private Kranken- versicherung

Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Hospizpflege

In Hospizen werden Schwerstkranke mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung sowie sterbende Menschen betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich, aber eine Betreuung zu Hause nicht möglich ist.

Stationäre Hospizpflege

Für die Aufnahme in ein Hospiz ist eine ärztliche Verordnung notwendig, die die Diagnose enthält und belegt, dass die Pflege in einem Hospiz erforderlich ist. Mit dieser Verordnung können Sie bei Ihrer Kranken- oder Pflegekasse einen Antrag stellen. Idealerweise sollte die Kasse eine Kostenübernahme bestätigt haben, bevor der Kranke im Hospiz aufgenommen wird. Antragsformulare erhalten Sie direkt bei den Hospizen oder bei Ihrer Kranken- / Pflegekasse.

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

Ambulante Hospizdienste

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

Der ambulante Hospiz- und Palliativpflegedienst übernimmt die palliativpflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit den

behandelnden Ärzten und steht bei Bedarf auch für die sogenannte Grundpflege – dazu gehören zum Beispiel Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern des Kranken – zur Verfügung. Angehörige erhalten durch diese Dienste vor allem Unterstützung bei palliativpflegerischen Maßnahmen. Der Dienst muss rund um die Uhr erreichbar sein. Um die Qualität dieser Dienste zu sichern, hat der Gesetzgeber bestimmte Rahmenbedingungen vorgegeben.

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

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Schwerstkranke mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, die besonderen Versorgungsbedarf haben und bis zu ihrem Tod zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung bleiben möchten, haben in ihrer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Auch diese Leistung muss der behandelnde Arzt verordnen. Die schwerkranken Menschen werden unter anderem ärztlich, pflegerisch und psychologisch betreut.

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 können, übernehmen dann Ihre Versorgung. Kann die Krankenkasse Ihnen keine Pflegekraft

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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 sogenannte 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 28 dieser Broschüre.

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

Auch an den Kosten für die häusliche Krankenpflege müssen Sie sich beteiligen, und zwar mit 10,00 Euro pro Verordnung plus zehn Prozent je einzelner Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Häusliche Krankenpflege kann im Haushalt des Versicherten erfolgen, in Wohngemeinschaften oder in betreuten Wohneinrichtungen, unter bestimmten Voraussetzungen auch in der

Schule oder in Behindertenwerkstätten. Einen Anspruch haben auch Menschen ohne festen Wohnsitz (beispielsweise in Obdachlosenheimen, Männerwohnheimen oder Frauenhäusern). Kein Anspruch besteht in stationären Einrichtungen.

Private Krankenversicherung

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

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 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 5,00 Euro, höchstens aber 10,00 Euro.

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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 Verschwägte bis zum 2. Grad können unter Umständen die Fahrtkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

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

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

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen zahlen eine Haushaltshilfe abhängig vom individuell abgeschlossenen Vertrag.

Lindernde (*palliativmedizinische*) Behandlung

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

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

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

> Ratgeber Palliativmedizin > Patienteninformationsfilm

Ausführliche Erläuterungen zur palliativmedizinischen Behandlung finden Sie in der Broschüre „Palliativmedizin – Die blauen Ratgeber 57“ und im Patienteninformationsfilm auf DVD „Palliativmedizin“ der Deutschen Krebshilfe. Beides können Sie kostenlos bestellen.

Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen	Zuzahlungshöhe	Befreiungsmöglichkeiten
Arzneimittel und Verbandmittel (nur verschreibungspflichtige)	10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik) auch bei der Abgabe in der Praxis	10 % der Kosten + 10,00 € je Verordnung	
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt, etwa Einlagen, Sonden, Spritzen)	10 % je Packung und max. 10,00 € im Monat	
Andere Hilfsmittel	10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres (2 % des Familien-Bruttoeinkommens; 1 % für chronisch Kranke) • Kinder unter 18 Jahren*
Fahrtkosten (von der Krankenkasse genehmigt) <ul style="list-style-type: none"> • Zu und von stationären Behandlungen • Zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen (z.B. Chemo- / Strahlentherapie) • Bei Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen • Bei Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder vergleichbar schweren Erkrankungen • Bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen aG, Bl oder H) 		
Krankenhausbehandlung (vollstationär)	10,00 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Häusliche Krankenpflege	10 % je einzelner Leistung plus 10,00 € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter	10,00 € pro Kalendertag für unbegrenzte Dauer	
Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)	10,00 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €	

* Dies gilt nicht für Fahrten zu ambulanten Behandlungen.

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

Gesetzliche Krankenversicherung

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

Hospizaufenthalt

Menschen, deren Erkrankung unheilbar und weit fortgeschritten ist, können bei Bedarf in einem stationären Hospiz aufgenommen werden. Der Arzt muss diesen Aufenthalt verordnen und dessen Notwendigkeit bestätigen. Damit wird ein Antrag bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt. Am besten ist es, wenn die Kostenübernahme der Kasse vor der Aufnahme in das Hospiz vorliegt. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen 90 Prozent der Kosten (Leistungen der Pflegekasse werden angerechnet), bei Kinderhospizen 95 Prozent. Den fehlenden Anteil leistet der Hospizträger selbst.

Es gibt auch ambulante Hospizdienste, die die sterbenden Menschen zu Hause oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreuen. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern auch diese Dienste. Bitte erfragen Sie die Einzelheiten dazu bei Ihrer Krankenkasse.

Private Krankenversicherung

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

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.

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

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

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

Definition „schwer chronisch krank“

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 ärztlich behandelt wird. Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Der Kranke hat den Pflegegrad 3 oder höher.
- Er ist zu mindestens 60 Prozent schwerbehindert oder erwerbsgemindert.

- Er muss dauerhaft medizinisch versorgt werden. Ohne diese Versorgung würde sich die Krankheit lebensbedrohlich verschlimmern, die Lebenserwartung oder die Lebensqualität verringern. Diese Einschätzung kann nur ein Arzt vornehmen.

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

Außerdem gilt eine weitere Regelung: Frauen, die nach dem 1. April 1987, und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren 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 Familienbruttoeinkommens gelten. Die Beratung soll erfolgen, wenn Sie das Anspruchsalter für die jeweilige Krebsfrüherkennungsuntersuchung erreicht haben.

[Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen die gesetzlich empfohlenen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen.](#)

Präventionspass

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

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

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

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

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

Freibeträge 2018

• Für Ihren Ehepartner (oder bei Alleinerziehenden für das erste Kind)	5.481,00 €
• Für jeden weiteren Angehörigen und den eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartner	3.654,00 €
• Für jedes familienversicherte Kind	7.428,00 €

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

Beispiel: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze

Verheirateter Alleinverdiener mit drei Kindern, Bruttoeinkommen 40.000,00 Euro

Bruttoeinkommen	40.000,00 €
Freibetrag Ehefrau	- 5.481,00 €
Kinderfreibetrag (3 x 7.428,00 €)	- 22.284,00 €
<hr/>	
Rechenbasis Bruttoeinkommen	12.235,00 €
davon 2 %	244,70 €

Die Familie muss also höchstens 244,70 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

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

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

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

Private Krankenversicherung

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 Basis-tarif der privaten Krankenversicherung gilt diese Beitragsbegrenzung von Beginn an. Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

> Internetadresse

Seit 2013 können privat Versicherte vom Gesetzgeber 5,00 Euro Zuschuss zu ihrer privaten Pflegeversicherung bekommen. Dafür müssen sie jedoch selbst monatlich mindestens 10,00 Euro Beitrag bezahlen. Die Förderung muss das Versicherungsunternehmen beantragen.

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

Pflegebedürftigkeit

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

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

den körperlichen auch geistige und psychische Beeinträchtigungen. Durch diese Änderungen erhalten nun auch Menschen, die bisher benachteiligt waren, Leistungen der Pflegeversicherung.

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

Beurteilung von Fähigkeiten und Grad der Selbstständigkeit in sechs Modulen

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

Selbstversorgung Kann sich die Person selbstständig waschen, anziehen, die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?

Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung Der MDK klärt, ob die betroffene Person zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen, den Blutzucker eigenständig messen, ob sie mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder einem Rollator zu-rechtkommt und einen Arzt aufsuchen kann.

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Kann die Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten?

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

Gewichtung der Module

Modul 1	Mobilität	10 %
Modul 2 oder Modul 3	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15 % (höherer Wert fließt ein)
Modul 4	Selbstversorgung	40 %

Modul 5	Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung	20 %
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

Die Einteilung erfolgt in fünf Pflegegrade

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

Haben Sie bereits eine Pflegestufe erhalten, sind Sie zum 1. Januar 2017 automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet worden.

Private Krankenversicherung

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

> Internetadresse

www.medicproof.de.

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.

Pflegeneuaustrichtungsgesetz

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

Die wichtigsten Regelungen des PNG

- Ambulante Pflegedienste können zusätzlich zu ihren üblichen auch gezielt Betreuungsleistungen anbieten.
- Die Leistungen für Demenzkranke werden bei der ambulanten Versorgung erhöht.
- Die Leistungen, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Anspruch nehmen wollen, können gemeinsam mit den Pflegediensten besser nach den jeweiligen Bedürfnissen zusammengestellt werden. Dabei besteht die Wahl zwischen den verrichtungsbezogenen Leistungen und der Entscheidung für bestimmte Zeitvolumen.
- Pflegenden Angehörige sollen unterstützt werden: So wird zum Beispiel die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt, wenn der Pflegebedürftige in Kurzzeit- oder Verhinderungspflege untergebracht ist.

- Um Pfl egetätigkeit rentenversicherungsrechtlich abzusichern, sind mindestens 14 Stunden pro Woche erforderlich. Diese können nun durch die Pflege von zwei oder mehr Personen erreicht werden.
- Pflegekassen müssen die frühzeitige Beratung der Antragsteller sicherstellen und einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen anbieten. Dazu gehört auch, dass ein konkreter Ansprechpartner genannt wird.
- Die Begutachtung für die Zuordnung zu einem Pflegegrad hat innerhalb von vier Wochen zu erfolgen. Geschieht dies nicht, muss die Pflegekasse dem Versicherten drei Gutachter nennen, die anstelle des Medizinischen Dienstes die Einordnung vornehmen.
- Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten und ihre Angehörigen über die Leistungen allgemeinverständlich aufzuklären.
- Der Staat bezuschusst künftig die private Pflegevorsorge mit 60,00 Euro pro Jahr. Die Versicherungsunternehmen dürfen keine Antragsteller aus gesundheitlichen Gründen ablehnen. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Leistungen für häusliche Pflege

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

Leistungen der Pflegekasse sind, hängt davon ab, wie sehr Sie pflegebedürftig sind.

Pflegegeld

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

Pflegegeld 2018 je Kalendermonat

	Beratungsbesuche	Pflegegeld*
Pflegegrad 1	halbjährlich	–
Pflegegrad 2	halbjährlich	316,00 Euro
Pflegegrad 3	halbjährlich	545,00 Euro
Pflegegrad 4	vierteljährlich	728,00 Euro
Pflegegrad 5	vierteljährlich	901,00 Euro

* + 125,00 Euro Entlastungsbetrag / Monat in allen Pflegegraden (siehe Seite 38)

Pflegesachleistungen

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

Pflegesachleistung 2018 je Kalendermonat

Pflegegrad 1		125,00 Euro (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	bis zu	689,00 Euro*
Pflegegrad 3	bis zu	1.298,00 Euro*
Pflegegrad 4	bis zu	1.612,00 Euro*
Pflegegrad 5	bis zu	1.995,00 Euro*

* + 125,00 Euro Entlastungsbetrag / Monat (siehe Seite 38)

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Voraussetzungen

- Pflege eines Bedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause
- Private Pflege für mindestens 10 Stunden pro Woche
- Regelmäßig an mindestens 2 Tagen pro Woche

Leistungen

- Bei Erwerbstätigkeit von weniger als 30 Stunden pro Woche zahlt die Pflegeversicherung Beiträge in die Rentenversicherung.
- Die Pflegeperson ist beitragsfrei unfallversichert.
- Die Pflegeversicherung zahlt für eine Pflegeperson, die ihren Beruf aufgibt, um pflegebedürftige Angehörige zu versorgen, Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, solange die Pflegetätigkeit andauert.

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ermöglicht Arbeitnehmern, dass sie bis zu sechs Monate in ihrem Beruf pausieren können, wenn sie einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen möchten. Außerdem können sie ihre Arbeitszeit für längstens zwei Jahre auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden verringern. Die damit verbundenen Einkommensverluste können sie bei Bedarf über ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben abfedern. Müssen Sie kurzfristig die Pflege eines nahen Angehörigen sicherstellen, können Sie bis zu zehn Tage eine Auszeit vom Beruf nehmen; für diese Zeit zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld.

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

Verhinderungs- / Ersatzpflege

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

Übernimmt ein ambulanter Pflegedienst die Versorgung oder eine professionelle Pflegeperson, wird diese von der Pflegekasse mit bis zu 1.612,00 Euro vergütet. Für die Ersatzpflege durch entferntere Verwandte, nicht mit dem Pflegebedürftigen Verschwägerter oder Nachbarn können ebenfalls maximal 1.612,00 Euro in Anspruch genommen werden. Übernehmen nahe Angehörige bis zum zweiten Grad oder Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, die Ersatzpflege, richtet sich der Anspruch nach der Höhe des Pflegegeldes und beträgt höchstens das 1,5-fache des Betrages für

den jeweilige Pflegegrad (Beispiel: Der Pflegebedürftige wurde dem Pflegegrad 3 zugeordnet und erhält 545,00 Euro Pflegegeld. Dann stehen für die Ersatzpflege höchstens 817,50 Euro zur Verfügung.) Kann die Pflegeperson Fahrtkosten oder Verdienstausfall nachweisen, erhöht sich der Betrag auf bis zu 1.612,00 Euro.

Kurzzeitpflege

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

Entlastungsbetrag

Zusätzlich zu den eben beschriebenen Leistungen können Pflegebedürftige, die ambulant gepflegt werden, einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 Euro in Anspruch nehmen. Damit können sie zum Beispiel die hauswirtschaftliche Versorgung oder alltägliche Herausforderungen bei der Organisation des Alltags verbessern. Dieser Entlastungsbetrag gilt für alle Pflegegrade.

Leistungen für (teil-)stationäre Pflege

Stationäre Pflege

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

Vollstationäre Pflege

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

Pflegesachleistung 2018 je Kalendermonat

Pflegegrad 1	125,00 Euro (Zuschuss)
Pflegegrad 2	770,00 Euro
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro

Neu seit dem 1. Januar 2017 ist, dass der Eigenanteil für Pflegeleistungen, den Sie selbst übernehmen müssen, nun für jeden Pflegegrad gleich ist (bisher stieg der Betrag mit für jede Pflegestufe an). 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.

Teilstationäre Pflege

Ist eine vollstationäre Pflege nicht erforderlich, aber soll oder muss die häusliche Pflege ergänzt werden, können Sie teilstationäre Leistungen – etwa Pflege, soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege und die erforderlichen Hin- und

Rückfahrten – in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen. Die Kosten für die Verpflegung in dieser Zeit müssen Sie privat übernehmen.

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

Leistungen für stationäre Tages- und Nachtpflege

Pflegegrad 1 125,00 € pro Monat (Entlastungsbetrag)

Pflegegrad 2 689,00 € pro Monat*

Pflegegrad 3 1.298,00 € pro Monat*

Pflegegrad 4 1.612,00 € pro Monat*

Pflegegrad 5 1.995,00 € pro Monat*

* + 125,00 Euro Entlastungsbetrag / Monat (siehe Seite 38)

► Internetadresse

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

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

REHABILITATION

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

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

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

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

Ambulant oder stationär

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

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

Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR)

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

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

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

Wichtig: Die AHB muss innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung (Operation, Bestrahlung) angetreten werden. In besonderen Fällen kann diese Frist auf vier Wochen verlängert werden.

Für eine stationäre AHB müssen Sie gesundheitlich so weit wiederhergestellt sein, dass Sie sich selbst waschen und auf der Stationsebene herumlaufen können. Außerdem sollten Sie grundsätzlich in der Lage sein, mit einem öffentlichen Verkehrs-

mittel zur Reha-Klinik fahren zu können. Der Aufenthalt dauert meistens drei Wochen, kann aus medizinischen Gründen aber verlängert werden. Neben der stationären AHB werden auch ganztägig ambulante Leistungen angeboten.

Was Sie für eine AHB zuzahlen müssen, hängt vom Kostenträger der Maßnahme ab. Eine Übersicht finden Sie auf Seite 45.

Onkologische Rehabilitation

Stationäre Nach- und Festigungskuren / Rehabilitationskuren für krebserkrankte Menschen

Ist Ihre Erstbehandlung beendet, sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt oder behandelnden Arzt darüber, ob eine onkologische Rehabilitation für Sie sinnvoll ist. Diese 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. Rehabilitationsmaßnahmen können stationär oder ambulant durchgeführt werden.

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

In den ersten beiden Jahren nach der Primärbehandlung kann darüber hinaus im Einzelfall eine onkologische Rehabilitation 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

Allgemeinbefinden verbessern

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

Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation

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

Kuren selbst beantragen

Die onkologischen Nachsorgeleistungen kann der Arzt beantragen oder auch der Betroffene selbst. Auf jeden Fall müssen Sie den Antrag selbst unterschreiben. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei den Gemeinsamen Servicestellen 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.

> Internetadresse

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

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

Bei Berufsgenossenschaften ist keine Zuzahlung fällig.

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt*

Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation	Stationär	10,00 € / Tag der Maßnahme, für maximal 14 Tage
	Ambulant / teilstationär	keine Zuzahlung
Stationäre / ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	Stationär	10,00 € / Tag der Maßnahme, für maximal 42 Tage
	Ambulant / teilstationär	keine Zuzahlung

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt*

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

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

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

Wichtig: Alle Zuzahlungen, die Sie für die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen leisten müssen, werden zu den anderen Zuzahlungen gerechnet und entscheiden darüber, wann Sie die Belastungsgrenze (siehe Seite 23) 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 1.191,00 Euro (Nettoerwerbseinkommen / Erwerbssatzeinkommen) verdienen. Um von der Zuzahlungspflicht befreit zu werden, müssen Sie einen Antrag stellen. Die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger können Sie beraten.

Wirtschaftliche Sicherung

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 Selbstständigen) 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 Kranken- versicherung

Bei der privaten Krankenversicherung ist die Rehabilitation grundsätzlich nicht eingeschlossen. Einige Anbieter übernehmen die Kosten jedoch anteilig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung. Hier erfahren Sie auch, was Ihre private

Krankenversicherung zahlt, wenn Sie bereits vor Ihrer Erkrankung einen speziellen Kurtarif abgeschlossen haben.

Rehabilitationssport

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

Die Rehabilitationssportgruppen treffen sich regelmäßig. Eine ärztliche Aufsicht ist für Krebs-Sportgruppen nicht notwendig. Erfahrene und speziell ausgebildete Übungsleiter führen das Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining durch. Die Kostenträger (u.a. Krankenkasse, Rentenversicherung) 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 der niedergelassene Arzt der Rehabilitationseinrichtung den Rehabilitationssport verordnen (Muster 56). Bitte informieren Sie sich bei der Deutschen Rentenversicherung. Die Adresse finden Sie auf Seite 78.

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.

Lebensqualität und Selbstbewusstsein verbessern

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 Fachübungsleiter „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des Deutschen Behindertensportverbandes, vorweisen können. So soll eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen gewährleistet werden.

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

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)

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.

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

> Ratgeber Bewegung und Sport bei Krebs

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

Berufliche Wiedereingliederung (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Zurück in den Beruf

Für viele Betroffene ist es wichtig, möglichst bald wieder berufstätig sein zu können. Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sollen den Betroffenen wieder vollständig in Arbeit, Beruf und Gesellschaft eingliedern. Zusammen mit den Rehabilitationsberatern, Psychologen der Agentur für Arbeit und / oder des Rentenversicherungsträgers können 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 zusätzliche 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“.

„Hamburger Modell“

Das bedeutet: Wenn Sie dem beruflichen Alltag noch nicht wieder voll gewachsen sind, können Sie Ihre Tätigkeit vielleicht schrittweise wieder aufnehmen („Hamburger Modell“). Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung beraten 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.

Sie sind während dieser Zeit weiter krankgeschrieben. Wie lange die stufenweise Wiedereingliederung dauert, hängt von Ihrer persönlichen Situation und auch von den Anforderungen Ihres Arbeitsplatzes ab. In der Regel dauert eine solche Maßnahme zwischen sechs Wochen und sechs Monaten.

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Krebskranke können einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Dieser soll – wenigstens teilweise – einen Ausgleich für die Nachteile bringen, die durch die Krankheit entstanden sind.

Im Fall einer Krebserkrankung 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 jährlich mehr Urlaubstage zu, auf Wunsch können Sie von Überstunden befreit werden, 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 (bei Merkzeichen RF).

GdB = Grad der Behinderung

> Internetadresse

Als Grundlage für die Festsetzung des Grades der Behinderung dienen dem Versorgungsamt die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. 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.

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT

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

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

Was ist eine Berufskrankheit?

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

> Internetadresse

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

Besonders belastende Berufe

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

Stoffe, die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken¹

Stoffbezeichnung	EG-Nummer
4-Aminobiphenyl	202-177-1
4-Aminobiphenyl, Salze von	–
Arsenige Säure	–
Arsensäure (790 / 2009)	231-901-9
Arsensäure, Salze, soweit nicht in der Liste namentlich benannt (790 / 2009)	–
Asbest	–
Azo-Farbstoffe (§ 3 Abs. 2 GefStoffV)	–
Benzidin	202-199-1
Benzidin, Salze von	–
Benzol	200-753-7
Bis(chlormethyl)ether (790 / 2009)	208-832-8
Bleihydrogenarsenat	232-064-2
1,3 Butadien	203-450-8
n-Butan, enthält ≥0,1% Butadien	203-448-7
iso-Butan, enthält ≥0,1% Butadien	200-857-2
Chlormethylmethylether	203-480-1

Stoffbezeichnung	EG-Nummer
4-Chlor-o-toluidin	202-441-6
4-Chlor-o-toluidin, Hydrochlorid	221-627-8
α-Chlortoluole-Gemisch	–
Chromtrioxid	215-607-8
Cobalt-Lithium-Nickeloxid (790 / 2009)	442-750-5
Cobalt-Nickel-Gray-Periklas	269-051-6
C.I. Pigment schwarz 25; C.I. 77332	–
Cobalt-Nickel-Dioxid	261-346-8
Cobalt-Nickel-Oxid (790 / 2009)	–
Diammoniumnickelhexacyanoferrat (790 / 2009)	–
Diarsenpentaoxid	215-116-9
Diarsentrioxid	215-481-4
2,2'-Dichlor-diethylsulfid (TRGS 905 Nr. 4)	–
Dinickelhexacyanoferrat (790 / 2009)	238-946-3
Dinickeltrioxid (790 / 2009)	215-217-8
Erionit	–
Kieselsäure, Blei-Nickel-Salz (790 / 2009)	–
Schleime und Schlämme, elektrolytische Kupferaffination, entkupfert, Nickelsulfat (790 / 2009)	295-859-3
Schleime und Schlämme, elektrolytische Kupferaffination, entkupfert (790 / 2009)	305-433-1
N-Methylbis(2-chlorethyl)amin (TRGS 905 Nr. 4)	200-120-5
2-Naphthylamin	202-080-4
2-Naphthylamin, Salze von	–
Dialuminium-Nickeltetraoxid;	234-454-8
Nickel-Titantrioxid;	234-825-4
Nickel-Titanoxid;	235-752-0
Nickel-Divanadiumhexaoxid;	257-970-5
Kobalt-Dimolybdän-Nickeloctaoxid;	268-169-5
Nickel-Zirkontrioxid;	274-755-1
Molybdän-Nickeltetraoxid;	238-034-5
Nickel-Wolframtetraoxid;	238-032-4
Olivin, Nickel grün;	271-112-7

Stoffbezeichnung	EG-Nummer
Lithium-Nickel-dioxid;	–
Molybdän-Nickeloxid (790 / 2009)	–
Nickel-Barium-Titan-Primel-Periderit; C.I. Pigment gelb 157; C.I. 77900 (790 / 2009)	271-853-6
Nickel-bis(4-cyclohexylbutyrat) (790 / 2009)	223-463-2
Nickel-bis(sulfamidat; Nickelsulfamat (790 / 2009)	237-396-1
Nickel-bis(tetrafluorborat) (790 / 2009)	238-753-4
Nickelborid (NiB);	234-493-0
Dinickelborid;	234-494-6
Trinickelborid;	234-495-1
Nickelborid;	235-723-2
Dinickelsilicid;	235-033-1
Nickeldisilicid;	235-379-3
Dinickelphosphid;	234-828-0
Nickel-Borphosphid (790 / 2009)	–
Nickelcarbonat (790 / 2009);	222-068-2
Kohlensäure, Nickelsalz	240-408-8
Nickelchromat (790 / 2009)	238-766-5
Nickeldi(acetat);	206-761-7
Nickelacetat (790 / 2009)	239-086-1
Nickeldiarsenid;	235-103-1
Nickelarsenid (790 / 2009)	248-169-1
Nickeldibenzoat (790 / 2009)	209-046-8
Nickeldichlorat;	267-897-0
Nickeldobromat;	238-596-1
Ethylhydrogensulfat, Nickel(II)-Salz (790 / 2009)	275-897-7
Nickeldichlorid (790 / 2009)	231-743-0
Nickeldichromat (790 / 2009)	239-646-5
Nickeldicyanid (790 / 2009)	209-160-8
Nickeldifluorid;	233-071-3
Nickeldibromid;	236-665-0
Nickeldijodid;	236-666-6
Nickel-Kalium-Fluorid (790 / 2009)	–

Stoffbezeichnung	EG-Nummer
Nickeldiformat;	222-101-0
Ameisensäure, Nickelsalz;	239-946-6
Ameisensäure, Kupfer-Nickel-Salz (790 / 2009)	268-755-0
Nickeldihydroxid (790 / 2009)	235-008-5
	234-348-1
Nickeldikalium-bis(sulfat);	237-563-9
Nickeldiammonium-bis(sulfat, Diammoniumnickel-bis(sulfat) (790 / 2009)	239-793-2
Nickeldilactat (790 / 2009)	–
Nickeldinitrat;	236-068-5
Salpetersäure, Nickelsalz (790 / 2009)	238-076-4
Nickeldioxid (790 / 2009)	234-823-3
Nickeldiperchlorat; Perchlorsäure; Nickel(II)-Salz (790 / 2009)	237-124-1
Nickeldithiocyanat (790 / 2009)	237-205-1
Nickelhexafluorsilikat (790 / 2009)	247-430-7
Nickelhydrogenphosphat;	238-278-2
Nickel-bis(dihydrogenphosphat);	242-522-3
Trinickel-bis(orthophosphat);	233-844-5
Dinickeldiphosphat;	238-426-6
Nickel-bis(phosphinat);	238-511-8
Nickelphosphinat;	252-840-4
Phosphorsäure, Calcium-Nickel-Salz;	–
Diphosphorsäure, Nickel(II)-Salz (790 / 2009)	–
Nickel-Kalium-Fluorid, siehe Nickeldifluorid	–
Nickelmatte sowie Rösten oer elektrolytische Raffination von (790 / 2009, siehe auch TRGS 906)	–
Nickelmonooxid (790 / 2009);	215-215-7
Nickeloxid;	234-323-5
Bunsenit	–
Nickel(II)-octanoat (790 / 2009)	225-656-7
Nickeloxalat;	208-933-7
Oxalsäure, Nickelsalz (790 / 2009)	243-867-2

Stoffbezeichnung	EG-Nummer
Nickelselenat (790 / 2009)	239-125-2
Nickelselenid (790 / 2009)	215-216-2
Nickel(II)-Selenit (790 / 2009)	233-263-7
Nickel(II)-Silikat;	244-578-4
Dinickelorthosilikat;	237-411-1
Nickelsilikat (3:4);	250-788-7
Kieselsäure, Nickelsalz;	253-461-7
Trihydrogenhydroxy-bis[orthosilikato(4)]trinickelat(3-) (790 / 2009)	235-688-3
Nickel(II)-stearat;	218-744-1
Nickel(II)-octadecanoat (790 / 2009)	232-104-9
Nickelsulfat (790 / 2009)	240-841-2
Nickelsulfid (790 / 2009);	234-349-7
Nickelsulfid;	
Millerit	
Nickel(II)-sulfid;	231-827-7
Nickel-Tellurtrioxid;	239-967-0
Nickel-tellurtetraoxid;	239-974-9
Molybdän-Nickelhydroxidoxidphosphat (790 / 2009)	268-585-7
Nickeltellurid (790 / 2009)	235-260-6
Nickel(II)-trifluoracetat;	240-235-8
Nickel(II)-propionat;	222-102-6
Nickel-bis(benzolsulfonat);	254-642-3
Nickel(II)-hydrogencitrat;	242-533-3
Zitronensäure, Ammonium-Nickel-Salz;	242-161-1
Zitronensäure, Nickelsalz;	245-119-0
Nickel-bis(2-ethylhexanoat);	224-699-9
2-Ethylhexansäure, Nickelsalz;	231-480-1
Dimethylhexansäure, Nickelsalz;	301-323-2
Nickel(II)-isooctanoat;	249-555-2
Nickelisooctanoat;	248-585-3
Nickel-bis(isononanoat);	284-349-6
Nickel(II)-neonanoat;	300-094-6
Nickel(II)-isodecanoat;	287-468-1

Stoffbezeichnung	EG-Nummer
Nickel(II)-neodecanoat;	287-469-7
Neodecansäure, Nickelsalz;	257-447-1
Nickel(II)-neoundecanoat;	300-093-0
Bis(D-gluconato-O1,O2)nickel;	276-205-6
Nickel-3,5-bis(tert-butyl)-4-hydroxybenzoat(1:2);	258-051-1
Nickel(II)-palmitat;	237-138-8
(2-Ethylhexanoato-O)(isononanoato-O)nickel;	287-470-2
(Isononanoato-O)(isooctanoato-O)nickel;	287-471-8
(Isooctanoato-O)(neodecanoato-O)nickel;	284-347-5
(2-Ethylhexanoato-O)(isodecanoato-O)nickel;	284-351-7
(2-Ethylhexanoato-O)(neodecanoato-O)nickel;	285-698-7
(Isodecanoato-O)(isooctanoato-O)nickel;	285-909-2
(Isodecanoato-O)(isononanoato-O)nickel;	284-348-0
(Isononanoato-O)(neodecanoato-O)nickel;	287-592-6
Fettsäuren, C6-19-verzweigt, Nickelsalze;	294-302-1
Fettsäuren, C8-18 und C18-ungesättigt, Nickelsalze;	283-972-0
2,7-Naphthalendisulfonsäure, Nickel(II)-Salz (790/2009)	–
Nickeltriurandecaoxid (790 / 2009)	239-876-6
Nickel-Zinn-Trioxid; Nickelstannat (790 / 2009)	234-824-9
Passivrauchen	–
Pyrolyseprodukte aus organischem Material, siehe auch namentlich genannte (siehe unter TRGS 906)	–
Triethylarsenat	427-700-2
Trinickel-bis(arsenat), Nickel(II)-Arsenat (790 / 2009)	236-771-7
Trinickel-bis(arsenit) (790 / 2009)	–
Trinickeldisulfid (790 / 2009)	234-829-6
Trinickeltetrasulfid (790 / 2009)	–
Vinylchlorid	200-831-0
Zinkchromate, einschließlich Zinkkaliumchromat	–

¹ Ein Stoff wird anhand epidemiologischer und / oder Tierversuchsdaten als karzinogen der Kategorie 1 eingestuft. Die Einstufung eines Stoffes kann weiter differenziert werden. In der obenstehenden Liste sind nur Stoffe der Unterkategorie 1A „Stoffe, die bekanntermaßen beim Menschen karzinogen sind“ aufgeführt; die Einstufung erfolgt überwiegend aufgrund von Nachweisen

beim Menschen (H350 „Kann Krebs erzeugen“ oder H350i „Kann beim Einatmen Krebs erzeugen“). Eine komplette Liste aller als krebserzeugend, erbgutverändernd oder fortpflanzungsgefährdend bewerteter Stoffe finden Sie auf der Internetseite <http://www.dguv.de/dguv/ifa/Fachinfos/KMR-Liste/index.jsp>

Quelle: Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin. Stand: Februar 2016

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

- Herstellung von Auramin
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte krebserzeugenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen ausgesetzt sind, die in Pyrolyseprodukten aus organischem Material (z.B. Steinkohlenruß, Steinkohlenteer oder Steinkohlenteerpech) vorhanden sein können. Es ist zulässig, als Bezugssubstanz für Pyrolyseprodukte mit krebserzeugenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen den Stoff Benzol[a]pyren zu wählen
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte Staub, Rauch oder Nebel beim Rösten oder bei der elektrolytischen Raffination von Nickelmatte ausgesetzt sind
- Starke-Säure-Verfahren bei der Herstellung von Isopropylalkohol
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte Hartholzstäuben¹ ausgesetzt sind
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte in Bereichen arbeiten, in denen Dieselmotoremissionen freigesetzt werden
- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte alveolengängigen² Stäuben aus kristallinem Siliciumdioxid in Form von Quarz oder Cristobalit ausgesetzt sind (ausgenommen Steinkohlengrubenstaub)

¹ Auflistung von Hartholzarten siehe www.dguv.de/bgia/de/fac/kmr/kmr_neue_bezeichnungen.pdf

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

Quelle: Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin. Stand: Februar 2016

Schutz durch gesetzliche Regelungen

> Internetadresse

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

Berufsgenossenschaft

Besteht der Verdacht, dass eine Krebserkrankung beruflich bedingt ist, muss dies der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet werden. Sie wird ein Anerkennungsverfahren in Gang setzen. Nach §193 beziehungsweise §202 Sozialgesetzbuch VII besteht Anzeigepflicht für (Betriebs-)Ärzte und Unternehmer! Meist wird dies der behandelnde Arzt tun; die Meldung können aber auch die Krankenkasse oder der Erkrankte formlos selbst vornehmen. Das Personalbüro Ihres Unternehmens weiß, welche Berufsgenossenschaft zuständig ist. Wenn es Probleme gibt, kann die Meldung aber auch an den Landesgewerbearzt erfolgen, der dann alles Weitere veranlasst.

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

Versicherungsleistungen

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

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

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

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

E-Mail: info@dguv.de

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG

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

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

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.

Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)

Monatliches Bruttoentgelt	3.000,00 €	3.000,00 € : 30 Kalendertage = 100,00 € Davon 70 % = 70,00 €
Monatliches Nettoentgelt	1.800,00 €	1.800,00 € : 30 Kalendertage = 60,00 € Davon 90 % = 54,00 €
Daraus folgt: Das Krankengeld beträgt 54,00 € täglich		

► Internetadresse

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

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.

Krankengeld kann keine Dauerrente sein

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

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 werden 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 Rentenanspruchsverfahren eingeleitet werden.

Private Krankenversicherung

Privat Versicherte schließen in der Regel mit ihrer Versicherung auch eine Krankentagegeldversicherung 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 Nettoeinkommen um die entsprechende Summe übersteigen. Auf diese Weise hat er keine finanziellen Einbußen. Höher darf das Krankentagegeld aber nicht sein.

Wann die Leistungen der Versicherung beginnen, kann individuell festgelegt werden. Bei Arbeitnehmern fangen die Zahlungen meistens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit an. Zahlt der Arbeitgeber den Lohn noch länger, können die Versicherungsleistungen später 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 Krankentagegeldzahlungen 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

Volle 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

Teilrente

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

Kein Berufsschutz

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

Sollten Sie keine Teilzeitbeschäftigung finden, erhalten Sie die volle Erwerbsminderungsrente. Es muss allerdings erwiesen sein, dass die Erwerbsminderung nicht durch eine Rehabilitationsmaßnahme behoben werden kann. 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.

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

Auch Beamte haben Ansprüche auf Sozialleistungen. Für sie gelten jedoch andere Bestimmungen als für gesetzliche Versicherte.

Auch Beamte erhalten Hilfe

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 Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder Beihilfe beantragen.

Private Krankenversicherung

Beamte in der privaten Krankenversicherung haben einen sogenannten 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 ausrei-

Immer erst Leistungszusage einholen

chende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten. Viele Kurkliniken erfüllen diese Bedingungen. Informieren Sie sich bei der entsprechenden Klinik und holen Sie in jedem Fall vorher die Zusage der Krankenversicherung ein, dass diese die Kosten übernimmt. Seit einigen Jahren erkennen die meisten privaten Krankenversicherer an, dass eine stationäre Heilmaßnahme im Rahmen der Gesamttherapie notwendig ist.

Die Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder finden Sie im Internet unter: www.die-beihilfe.de/beihilfevorschriften.

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

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

Hilfe bei finanziellen Problemen

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

> Internetadresse

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

> Adresse

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32 Postfach 1467
 53113 Bonn 53004 Bonn
 Härtefonds: 02 28 / 7 29 90-94 (Mo bis Do 9 – 16 Uhr,
 Fr 9 – 15 Uhr)
 Telefax: 02 28 / 7 29 90-11
 E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT

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

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



Beratungsthemen INFONETZ KREBS

Krebs erkennen und behandeln

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

Leben mit Krebs

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

Soziale Absicherung

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

Krebsprävention

- Allgemeine Krebsrisikofaktoren
- Möglichkeiten der Krebsprävention

Krebsfrüherkennung

- Gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
- Informierte Entscheidung

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

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

Hilfe bei finanziellen Problemen

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

> Internetadresse

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

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.

Allgemeinverständliche Informationen

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

> Internetadresse

> **Spots auf
YouTube**

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

> **Adresse**

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

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

Ihre persönliche Beratung INFONETZ KREBS

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

**Dr. Mildred Scheel
Akademie**

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

> **Internetadresse**

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

> **Adresse**

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

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

**Weitere nützliche
Adressen**

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

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

**KID – Krebsinformationsdienst des
Deutschen Krebsforschungszentrums**

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

Arbeitsgruppe Integrative Onkologie

Medizinische Klinik 5 – Schwerpunkt Onkologie / Hämatologie
Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg

Telefon: 09 11 / 398 - 3056
Telefax: 09 11 / 398 - 2724
E-Mail: agio@klinikum-nuernberg.de
Internet: www.agbkt.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

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

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Dr. Ralf Brauksiepe
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Telefon: 0 30 / 184 41-3420
Telefax: 0 30 / 184 41-3422
Internet: www.patientenbeauftragter.de

Stiftung Gesundheit

Behringstr. 28a
22765 Hamburg
Telefon: 0 40 / 80 90 87
Internet: www.stiftung-gesundheit.de

VdK Sozialverband

Wurzerstraße 2 - 4
53175 Bonn
Telefon: 02 28 / 820 93-0
E-Mail: kontakt@vdk.de
Internet: www.vdk.de

SoVD – Sozialverband Deutschland

Kurfürstenstraße 131/2
10785 Berlin
Telefon: 0 30 / 26 39 10-3
Internet: www.sovd.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
Telefon: 0 30 / 258 00-0
Telefax: 0 30 / 258 00-218
E-Mail: info@vzbv.de
Internet: www.vzbv.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen

Auenstraße 31
80469 München
Telefon: 0 89 / 76 75 51 31 (erreichbar Mo bis Do 13 – 14 Uhr)
Internet: www.patienten-information.de

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

MedizinRecht.de

Gartenstraße 79
60596 Frankfurt a.M.
Telefon: 0 69 / 430 59-600
Telefax: 0 69 / 430 59-565
Internet: www.medizinrecht.de

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

E-Mail: info@bmg.bund.deInternet: www.bmg.bund.de

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

0 30 / 340 60 66 - 01 Bürgertelefon zur Krankenversicherung

0 30 / 340 60 66 - 02 Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

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

GKV-Spitzenverband**> Internetadresse**

Seit 2008 vertritt der GKV-Spitzenverband auf Bundesebene die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung:
www.gkv-spitzenverband.de.

Die einzelnen Verbände des GKV-Spitzenverbandes

- vdek-Verband der Ersatzkassen: www.vdek.com
- AOK-Bundesverband: www.aok-bv.de
- BKK-Bundesverband: www.bkk.de
- BARMER GEK: www.barmer-gek.de
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen: www.lsv.de
- IKK-Bundesverband: www.ikk.de
- Knappschaft: www.knappschaft.de

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstraße 2

10709 Berlin

Telefon: 0 30 / 865 - 0

E-Mail: drv@drv-bund.deInternet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Fragen rund um das Thema Rente beantworten Ihnen die Experten am kostenlosen Servicetelefon: 0 800 / 10 00 48 00 70
 (Mo bis Do 7.30 – 19.30 Uhr, Fr 7.30 – 15.30 Uhr)

Internetseite zur Krankenhaussuche

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 nach seinen Vorstellungen unter den rund 2.000 deutschen Kliniken suchen. Ferner enthält die Seite eine umgangssprachliche Übersetzung von mehr als 4.000 Fachbegriffen.

Informationen im Internet

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

Anforderungen an Internetseiten

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

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

Medizinische Informationen zu Krebs

www.krebsinformationsdienst.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

www.inkanet.de

Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige

www.patienten-information.de

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

www.gesundheitsinformation.de

Patientenportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

www.medinfo.de

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

www.laborlexikon.de

Online-Lexikon mit ausführlichen, allgemeinverständlichen Erklärungen von Laborwerten

www.agbkt.de

Arbeitsgruppe Integrative Onkologie

www.cancer.gov/cancerinfo

Amerikanisches National Cancer Institute; nur in Englisch

Informationen zu Patienten- rechten

Informationen zu Leben mit Krebs und Neben- wirkungen

www.cancer.org

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

www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html

www.kbv.de/html/patientenrechte.php

Informationen zu Patientenrechten

www.dapo-ev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie
Diese Seiten enthalten unter anderem ein Verzeichnis bundesweiter Einrichtungen und Angebote der Interessengemeinschaft „IG Kinder krebskranker Eltern“

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

Seiten mit Informationen über psychosoziale Beratung

www.fertiprotekt.com

Netzwerk für fertilitätserhaltende Maßnahmen

www.dkms-life.de

Kosmetikseminare für Krebspatientinnen

www.bvz-info.de

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

www.spffk.de

Seite des „Solidarpakts der Friseure für Krebs- und Alopeziepatienten“, der sich als Interessengemeinschaft für Betroffene beim Thema medizinische Zweithaarversorgung versteht; mit Adressen von SPFFK-Kompetenzzentren

www.kinder-krebskranker-eltern.de

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

www.hkke.org

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

www.medizin-fuer-kids.de

Die Medizinstadt für Kinder im Internet

www.onkokids.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 Psychoonkologie und dem Fatigue-Syndrom

**Palliativmedizin
und Hospize****www.dgpalliativmedizin.de**

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

www.dhpv.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

www.deutscher-kinderhospizverein.de

Deutscher Kinderhospizverein e. V.

www.bundesverband-kinderhospiz.de

Bundesverband Kinderhospiz e. V.

**Informationen
zur Ernährung****www.dge.de**

Deutsche Gesellschaft für Ernährung

**Informationen zu
Sozialleistungen****www.was-wir-essen.de**

aid infodienst Verbraucherschutz Ernährung Landwirtschaft e. V.

www.vdoe.de und **https://www.vdoe.de/expertenpool.html**

Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE)

www.vdd.de

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. Auf diesen Seiten finden Ratsuchende Adressen von gut ausgebildeten und erfahrenen Ernährungstherapeuten und -beratern in der Nähe des Wohnortes.

www.deutsche-rentenversicherung-bund.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

Medizinrechtsanwälte e. V.; bundesweit kostenfreie Erstberatungen bei Konflikten zwischen Patienten und Ärzten sowie bei Problemen mit Kranken-, Renten- oder Pflegeversicherung

**Arzt- und
Kliniksuche****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/arzt suche/

Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Suche nach spezialisierten Ärzten und Psychotherapeuten

www.arzt-auskunft.de

Klinikdatenbank mit rund 24.000 Adressen von mehr als 1.000 Diagnose- und Therapieschwerpunkten

www.arbeitskreis-gesundheit.de

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

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, häufigsten Fragen und die dazugehörigen Antworten zusammenzustellen.

Zuzahlungen

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

Sie müssen Zuzahlungen leisten, bis Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Berechnen Sie, welchen Betrag Sie voraussichtlich selbst zahlen müssen (ein Prozent beziehungsweise zwei Prozent des Familienbruttoeinkommens abzüglich der Freibeträge [vergleiche Seite 23 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.

Pflegehilfen

Mein Arzt hat mir ein Medikament verschrieben, dessen Preis unter 5,00 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 Rehabilitation / nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) meinen Haushalt, das heißt vor allem mein Kind / meine Kinder, nicht allein versorgen. Bekomme ich Hilfe?

Ja. Wenn Ihr Kind oder zumindest eines Ihrer Kinder jünger als zwölf Jahre ist oder wenn 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.

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

Sie können Leistungen der Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, wenn diese Ihre Pflegebedürftig-

keit 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 28 ff.)

Kuren

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 onkologische Rehabilitation?

Die onkologische Rehabilitation beantragen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse.

Schwerbehindertenausweis

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.

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

Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent Ihres Bruttogehalts aber maximal 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld wird für 30 Tage im Kalendermonat pro Kalendertag gezahlt. Ein Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes finden Sie auf Seite 64.

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 sechs 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.

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

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

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

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

Falls Sie alle Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, können Sie eine Erwerbsminderungsrente erhalten (siehe Seite XX), Rentenbeginn ist in der Regel der Zeitpunkt des Rehabilitationsantrages. Bereits gezahltes Krankengeld wird mit der Rente verrechnet.

net. Krankengeld ist häufig höher als die Erwerbsminderungsrente, die Differenz muss allerdings nicht zurückgezahlt werden.

Berufstätigkeit

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

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

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. Sie können sich außerdem bei Ihrer Stadtverwaltung erkundigen oder rufen Sie beim INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe an (Telefonnummer siehe Seite 74).

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 66 f.), wird Ihnen eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Diese können Sie auch nur vorübergehend beziehen, wenn Sie zum Beispiel nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben später wieder einem Beruf nachgehen können. Anträge für Rentenzahlungen erhalten Sie bei den Versicherungsämtern der Städte oder Gemeinden, aber auch bei den Krankenkassen. Beim Ausfüllen der Anträge ist man Ihnen behilflich.

Härtefonds

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

Stellen Sie einen Antrag an den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der jedes Jahr vielen Betroffenen mit einer einmaligen Zahlung hilft (Adresse siehe Seite 74).

Wir danken der Frauenselbsthilfe nach Krebs herzlich für ihre Unterstützung.

QUELLENANGABEN

Zur Erstellung dieser Broschüre wurden die nachstehend aufgeführten Informationsquellen herangezogen*:

- **„Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“**, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2018
- **„Soziale Informationen 2018“**, hrsg. vom Bundesverband der Frauensebsthilfe nach Krebs e.V., Bonn 2016, www.frauensebsthilfe.de
- **<https://www.krankenkassen.de>**
Agentur für Verbraucherkommunikation „Euro-Informationen“ in Berlin
- **https://www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/krankensversicherung_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp**
Der GKV-Spitzenverband
- **Die Pflegestärkungsgesetze**
www.bundesgesundheitsministerium.de
- **Medizinische Rehabilitation**
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
- **Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance**
Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, 13. Auflage (4/2018)
- **Mit Rehabilitation wieder fit für den Job**
Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, 12. Auflage (8/2017)
- **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), Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin 2016
- **Liste der karzinogenen, keimzellmutagenen und reproduktionstoxischen Stoffe (KMR-Stoffe)**, Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin 2016

* Diese Quellen sind nicht als weiterführende Literatur für Betroffene gedacht, sondern dienen als Nachweis des wissenschaftlich abgesicherten Inhalts des Ratgebers.

Gesundheits- / Patientenleitlinien**Gesundheitsleitlinien**

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

Patientenleitlinien

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

Informationen zur Krebsfrüherkennung

- | | |
|---|---|
| — 425 Gebärmutterhalskrebs erkennen | — 499 Testen Sie Ihr Risiko –
Erblicher Darmkrebs |
| — 426 Brustkrebs erkennen | — 500 Früherkennung auf einen Blick –
Ihre persönliche Terminkarte |
| — 427 Hautkrebs erkennen | |
| — 428 Prostatakrebs erkennen | |
| — 429 Darmkrebs erkennen | |
| — 431 Informieren. Nachdenken. Entscheiden. –
Gesetzliche Krebsfrüherkennung | |

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Informationen zur Krebsprävention**Präventionsratgeber (ISSN 0948-6763)**

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

Präventionsfaltblätter (ISSN 1613-4591)

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

Informationen über die Deutsche Krebshilfe

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

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

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

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

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

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

Allgemeiner Hinweis zum Datenschutz

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

Die von Ihnen übermittelten Adressdaten verarbeiten wir nach Art. 6 (a;f) DSGVO für die von Ihnen gewünschten Informationen. Falls Sie sich für unseren Mildred-Scheel-Förderkreis näher interessieren oder Sie möchten unseren Newsletter abonnieren, können Sie in Zukunft der Zusendung per Mail unter datenschutz@krebshilfe.de, mit Angabe Ihrer vollständigen Adresse, jederzeit widersprechen.

Weitere Informationen u. a. zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen und Beschwerden erhalten Sie unter www.krebshilfe.de/datenschutz. Die Antworten auf die am Ende unserer Broschüre gestellten Fragen werden von uns in anonymisierter Form für statistische Auswertungen genutzt.

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

Deutsche Krebshilfe
Buschstraße 32

53113 Bonn

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?

Ja Nein

Beruf: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG

Die Broschüre hat meine Fragen beantwortet

- Zu Zuzahlungen
 1 2 3 4 5
- Zur Belastungsgrenze
 1 2 3 4 5
- Zur sozialen Pflegeversicherung
 1 2 3 4 5
- Zur Rehabilitation
 1 2 3 4 5
- Zur wirtschaftlichen Sicherung
 1 2 3 4 5
- Der Text ist allgemeinverständlich
 1 2 3 4 5

- 1 stimmt vollkommen
3 stimmt teilweise
5 stimmt nicht
- 2 stimmt einigermaßen
4 stimmt kaum

- Ich interessiere mich für den Mildred-Scheel-Förderkreis.
(Dafür benötigen wir Ihre Anschrift.)
- Bitte senden Sie mir den kostenlosen Newsletter der Deutschen Krebshilfe zu.
(Dafür benötigen wir Ihre E-Mailadresse.)

Ich bin

- Betroffener Angehöriger Interessierter

Ich habe die Broschüre bekommen

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

Das hat mir in der Broschüre gefehlt

040 0048

Name:

Straße:

PLZ | Ort:

E-Mail:



Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da.

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

HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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

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

Spendenkonten

Kreissparkasse Köln

IBAN DE65 3705 0299 0000 9191 91

BIC COKSDE33XXX

Commerzbank AG

IBAN DE45 3804 0007 0123 4400 00

BIC COBADEFFXXX

Volksbank Köln Bonn eG

IBAN DE64 3806 0186 1974 4000 10

BIC GENODED1BRS

ISSN 0946-4816



Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.