Die blauen Ratgeber

SOZIAL LEISTUNGEN BEI KREBS

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: 0228 72990-0
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

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

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

Text und Redaktion
Sandra von dem Hagen, Stiftung Deutsche Krebshilfe
Dr. Désirée Maßberg, Stiftung Deutsche Krebshilfe
Gabriela Wolff-Bosio, Stiftung Deutsche Krebshilfe
Beate Gimbel, INFONETZ KREBS, Stiftung Deutsche Krebshilfe
Gisela Trapp, INFONETZ KREBS, Stiftung Deutsche Krebshilfe
Erzsebet Endlein, INFONETZ KREBS, Stiftung Deutsche Krebshilfe

Stand 07 / 2026
ISSN 0946-4816
040 0000

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

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

INHALT

VORWORT 5

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN 8

LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG 10
Arznei- und Verbandmittel 10
Heilmittel 12
Hilfsmittel 12
Fahrkosten 14
Krankengeld 15
Stationäre Krankenhausaufenthalte 15
Entlassmanagement 15
Übergangspflege 16
Haushaltshilfe 17
Häusliche Krankenpflege (SGB V Leistungen) 19
Lindernde *(palliativmedizinische)* Behandlung 21
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 22
Hospizpflege 23
Kryokonservierung bei Kinderwunsch 24

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG 26
Krankengeld 27
Aussteuerung / Nahtlosigkeitsregelung 31
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 32
Mitwirkungspflichten 33
Erwerbsminderungsrente 33

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG 36
Pflegebedürftigkeit 38
Leistungen für häusliche Pflege 43
Pflegegeld 44
Pflegesachleistungen 45
Leistungen für pflegende Angehörige 46
Pflegezeitgesetz 47
Leistungen für (teil-)stationäre Pflege 52
Steuerliche Erleichterung bei schwerer Pflegebedürftigkeit 54

REHABILITATION 56
Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschluss-rehabilitation (AR) 57
Onkologische Rehabilitation 58
Rehabilitationsmaßnahmen für krebskranke Menschen 58
Teilstationäre *(ambulante)* Rehabilitation 59
Rückkehr an den Arbeitsplatz – Berufliche Wieder-eingliederung 63
Rehabilitationssport 65

SCHWERBEHINDERUNG 68
Antragstellung 69
Wie wird der Grad der Behinderung festgestellt? 71
Der Schwerbehindertenausweis 72
Nachteilsausgleiche für Schwerbehinderte 73
Steuervergünstigungen / Behindertenpauschbetrag 73
Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz 75
Euroschlüssel für Behinderten-WC 78
Öffentliche Verkehrsmittel 80
Rundfunk- / Telefon- / Internetgebühren 81
Junge Menschen mit Krebs 81

BELASTUNGSGRENZEN UND ZUZAHLUNGEN 82
Belastungsgrenzen 83
Voraussetzungen für verminderte Belastungsgrenze (1 % des jährlichen Brutto-Jahreseinkommens) 83
Zuzahlungen auf einen Blick 88

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT 90

HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS 93

PRIVATE VERSICHERUNG 95
Der Basistarif 96
Die Beiträge im Basistarif 97
Der Standardtarif 100
Die Beiträge im Standardtarif 100
Der Notlagentarif 102

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE 104

HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT 106
Informationen im Internet 116

ABKÜRZUNGEN 122

NOCH FRAGEN? 123

QUELLENANGABEN 132

INFORMIEREN SIE SICH 135

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG 140

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

bewältigen, und wünschen Ihnen alles Gute. Darüber hinaus helfen Ihnen die Mitarbeiter der Deutschen Krebshilfe auch gerne persönlich weiter. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, rufen Sie uns an!

Ihre
Deutsche Krebshilfe und
Deutsche Krebsgesellschaft

In eigener Sache

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

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

> Internetadresse

Alle Informationsmaterialien der Deutschen Krebshilfe stehen Online in der Infothek der Deutschen Krebshilfe zur Verfügung. Sie können die Materialien dort als PDF herunterladen oder kostenfrei als Broschüre bestellen. Nutzen Sie dazu den folgenden Link www.krebshilfe.de/infomaterial.

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN

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

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

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

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

Sozialleistungsträger sind zum Beispiel

- Ihre Krankenkasse / -versicherung
- Der Rentenversicherungsträger
- Das Sozialamt
- Das zuständige Amt für Schwerbehindertenangelegenheiten
- Die Bundesagentur für Arbeit

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

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

LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

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 infrage kommen.

Übersteigt der Preis eines rezeptpflichtigen Medikaments jedoch den Festbetrag, müssen die Patienten die Mehrkosten (Differenzbetrag) sowie die Zuzahlung entsprechend selbst tragen. Versicherte, die von der Zuzahlung befreit sind, müssen den Differenzbetrag selbst zahlen.

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

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

Sonderregelung

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 hierzu Ihren Arzt oder Ihren Apotheker. Sie können sich die Liste der verordnungsfähigen rezeptfreien Arzneimittel *(OTC-Ausnahmeliste)* auch im Internet unter www.g-ba.de/themen/arzneimittel/ herunterladen.

> Internetadresse

Heilmittel

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

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

Langfristiger Heilmittelbedarf

Schwer chronisch Kranke, die aufgrund einer dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigung langfristig Physiotherapie, Sprach- oder Ergotherapie sowie Lymphdrainage benötigen (langfristiger Heilmittelbedarf), können sich diese Behandlungen von ihrem Arzt verordnen lassen.

Hilfsmittel

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

Für Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent des Abgabepreises zu, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Bei Hilfsmitteln, die verbraucht werden – etwa Windeln bei Inkontinenz – müssen Sie zehn Prozent des Packungspreises selbst bezahlen,

aber nicht mehr als zehn Euro pro Monat. Auch für diese Zuzahlungen gilt die jährliche Belastungsgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab Seite 83 dieser Broschüre.

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

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

Fahrkosten

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur in wenigen Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Dazu gehören: Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie, zur Dialyse und Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen [aG] für außergewöhnliche Gehbehinderung, [Bl] für blind oder [H] für hilflos). Auch wenn Sie Pflegegrad 3 (in Kombination mit einer dauerhaften Mobilitätseinschränkung), 4 oder 5 haben, werden die Fahrkosten übernommen. Außerdem ist eine Kostenübernahme möglich, wenn ein vergleichbarer Ausnahmefall vorliegt. Das bedeutet, es wurde weder ein Merkzeichen noch ein Pflegegrad festgestellt, es liegt aber eine vergleichbare Beeinträchtigung vor und es ist eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum notwendig.

Auf jeden Fall muss die Krankenkasse die Fahrten zuvor genehmigen. Sie selbst müssen sich an den Kosten beteiligen: mit zehn Prozent, mindestens aber mit fünf Euro, höchstens mit zehn Euro pro Fahrt. Liegen die Kosten für eine Fahrt unter fünf Euro, brauchen Sie nur den wirklich entstandenen Preis zu bezahlen.

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

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

Private Krankenversicherung

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

Krankengeld

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

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

Stationäre Krankenhausaufenthalte

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

Private Krankenversicherung

Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Entlassmanagement

Damit Sie nach Ihrem voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt lückenlos weiter versorgt werden, sind die Krankenhäuser seit Oktober 2017 verpflichtet, für Patienten, die gesetzlich versichert sind, ein sogenanntes Entlassmanagement zu organisieren.

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

Zum Entlassmanagement gehören

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

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

Übergangspflege

Kann im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die individuell erforderliche Anschlussversorgung (bspw. im eigenen Haushalt, in einer Rehaeinrichtung oder eine ambulante oder stationäre (Kurzzeit-)Pflege) nicht sichergestellt werden? Dann kann das Krankenhaus unter bestimmten Voraussetzungen eine Übergangspflege bis zu zehn Tagen erbringen.

Wenden Sie sich bei Bedarf an Ihre Krankenversicherung oder direkt an das Krankenhaus.

Diese Leistungen können Sie bei der Krankenkasse beantragen

Was	Für wie lange	Das benötigen Sie
Haushaltshilfe	• Bis zu 26 Wochen (mit Kindern) • Bis zu 4 Wochen (ohne Kinder)	• Bescheinigung über Grund, Umfang und Dauer (Erforderlichkeitsbescheinigung)
Häusliche Krankenpflege mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung	Bis zu vier Wochen	• Verordnung durch die Fachärzte des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagements • Anschließende Verschreibung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt ist möglich
Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege	Bis zu acht Wochen	• Beantragung bei Ihrer Pflegekasse bzw. Krankenkasse (sofern noch kein Pflegegrad vorliegt)

Haushaltshilfe

Wenn Sie wegen Ihrer Erkrankung oder deren Therapie (etwa Chemotherapie) und besonders nach einem (ambulanten) Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation Ihren Haushalt nicht weiterführen können, haben Sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe (bis zu vier Wochen), wenn Sie gesetzlich versichert sind.

Sie haben Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn

- Keine andere in Ihrem Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann
- Zu Beginn dieser Zeit in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder das behindert und somit auf Hilfe angewiesen ist.
- Kein Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach SGB XI vorliegt.

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch in anderen Fällen eine Haushaltshilfe vorsehen. Sie kann dabei Dauer und Umfang der Leistung bestimmen. Fragen Sie für genauere Informationen daher direkt Ihre Krankenkasse.

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

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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

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

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

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

Private Krankenversicherung

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

Haushaltshilfe und Reha

Unter den zuvor genannten Voraussetzungen können Sie auch während einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme eine Haushaltshilfe in Anspruch nehmen. In diesem Fall trägt die Deutsche Rentenversicherung die Kosten dafür. In diesem Rahmen ist es unter Umständen möglich, Kinder unter zwölf Jahren als Begleitperson mit in die Reha zu nehmen.

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

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

Häusliche Krankenpflege (SGB V Leistungen)

Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die häusliche Krankenpflege: wenn eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist oder wenn ein Krankenhausaufenthalt durch eine Versorgung zu Hause verkürzt oder vermieden werden kann. Spezielle Pflegedienste (zum

Beispiel Sozialstationen), die Ihnen die Krankenkasse, der Arzt oder das Krankenhaus vermitteln kann, übernehmen dann Ihre Versorgung. Kann die Krankenkasse Ihnen keine Pflegekraft stellen, können Sie sich selbst darum kümmern. Die Kosten werden Ihnen in angemessener Höhe erstattet. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht bis zu vier Wochen, in Ausnahmefällen auch länger.

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

Zur häuslichen Krankenpflege gehören

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

Die Krankenkasse übernimmt allerdings keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung mehr, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetztes sind. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Leistungen der Pflegeversicherung“ ab Seite 36 dieser Broschüre.

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

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

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

Private Krankenversicherung

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

Lindernde *(palliativmedizinische)* Behandlung

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

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

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

Ratgeber Palliativmedizin
Patientenleitlinie

Ausführliche Erläuterungen zur palliativmedizinischen Behandlung finden Sie in der Broschüre „Palliativmedizin – Die blauen Ratgeber 57“ der Deutschen Krebshilfe sowie in der Patientenleitlinie Palliativmedizin. Beides können Sie bei der Deutschen Krebshilfe kostenlos bestellen (Bestellformular ab Seite 135) oder herunterladen (www.krebshilfe.de/infomaterial).

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

Wenn Sie palliativmedizinische Betreuung brauchen – ob stationär oder ambulant –, sprechen Sie zunächst Ihren Hausarzt oder Ihren behandelnden Onkologen an. Viele Ärzte arbeiten eng mit einem ambulanten palliativmedizinischen Netz zusammen. Unterstützung bieten auch die ambulanten Hospizdienste an, die bei Ihnen in der Region vorhanden sind. Sie erhalten die Adressen bei Ihrer Krankenkasse, von Ihrem (Haus-) Arzt, im Internet

Internetadressen

über das PalliativPortal unter www.palliativ-portal.de oder über den Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

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

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

Hospizpflege

Stationäre Hospizpflege

In Hospizen werden Schwerstkranke mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung sowie sterbende Menschen betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich, aber eine Betreuung zu Hause nicht (mehr) möglich ist. Schwerpunktmäßig werden die Symptome der Erkrankung überwacht und die Beschwerden gelindert. Darüber hinaus geht es um die pflegerische, psychosoziale sowie spirituelle Betreuung des Menschen. Das Personal in einem Hospiz setzt sich aus hauptamtlichen professionell ausgebildeten sowie ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen, die in speziellen sogenannten Befähigungskursen auf ihre Aufgaben vorbereitet werden. Die ärztliche Betreuung übernehmen palliativmedizinisch ausgebildete niedergelassene Ärzte.

Ambulante Hospizdienste

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

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

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

Private Krankenversicherung

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

Kryokonservierung bei Kinderwunsch

Je nach Krebsart und Behandlung können auch die Organe und Zellen in Mitleidenschaft gezogen werden, die eine Frau benötigt, um schwanger zu werden und ein Kind austragen zu können. Bei Männern kann die Fähigkeit, ein Kind zu zeugen, beeinträchtigt werden.

Für bestimmte Maßnahmen, mit denen Sie später Ihre Familienplanung umsetzen können, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen seit dem 1. Juli 2021 die Kosten. Dies betrifft das Einfrieren und Lagern von Ei- beziehungsweise Samenzellen (*Kryokonservierung*). Diese Leistungen stehen Frauen bis 40 Jahren und Männern bis 50 Jahren zu. Noch minderjährige Betroffene benötigen eine Zustimmungserklärung der Erziehungsberechtigten.

Hinweis: Soll später mit den eingefrorenen Zellen eine künstliche Befruchtung erfolgen, übernehmen die Krankenkassen die Hälfte der Kosten – allerdings nur für verheiratete Paare.

> Internetadresse

Ausführliche Informationen zum Thema Kinderwunsch und Krebs sowie Adressen und Ansprechpartner finden Sie unter www.fertiprotekt.com sowie in der Broschüre „Kinderwunsch – Die blauen Ratgeber 49“ der Deutschen Krebshilfe.

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG

Eine Krebserkrankung kann zu Verdienstausfällen 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, wenn das Arbeitsverhältnis zuvor mindestens vier Wochen ununterbrochen bestanden hat (Entgeltfortzahlung). Diese sechs Wochen werden nach Kalendertagen gerechnet; es sind also höchstens 42 Kalendertage. In manchen Tarifverträgen sind zum Teil auch längere Lohn- oder Gehaltsfortzahlungen vereinbart.

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

Ein erneuter Anspruch auf Entgeltfortzahlung entsteht

- wenn Sie mindestens sechs Monate lang arbeitsfähig waren oder
- wenn seit der ersten Krankschreibung aufgrund dieser Erkrankung mindestens zwölf Monate vergangen sind

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

Auch wer einen Minijob (603,00 Euro – der Betrag orientiert sich am Mindestlohn von 13,90 Euro pro Stunde im Jahr 2026) hat, hat nach vier Wochen Beschäftigungszeit einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Krankengeld

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

Da für Minijobs keine Krankenversicherungsbeiträge erhoben werden, führen sie auch nicht zu einem Anspruch auf Krankengeld.

Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)		
Monatliches Bruttoentgelt	3.000,00 €	3.000,00 €: 30 Kalendertage = 100,00 € Davon 70 % = 70,00 €
Monatliches Nettoentgelt	1.800,00 €	1.800,00 €: 30 Kalendertage = 60,00 € Davon 90 % = 54,00 €
	Daraus folgt: Das Krankengeld beträgt 54,00 € täglich	

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der anderen drei genannten Versicherungen.

> Internetadresse

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

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

Wenn Sie erkranken, beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit eine sogenannte Blockfrist von drei Jahren. Innerhalb dieser Jahre haben Sie für längstens 78 Wochen Anspruch auf Krankengeld. Darin enthalten sind auch die sechs Wochen Entgeltfortzahlung. Nach drei Jahren beginnt eine neue Blockfrist.

Wenn Sie die 78 Wochen der ersten Blockfrist voll ausgeschöpft haben, entsteht aufgrund derselben Erkrankung ein neuer Anspruch auf Krankengeld,

- wenn Sie mindestens sechs Monate arbeitsfähig waren und
- erwerbstätig waren oder bei der Agentur für Arbeit arbeitssuchend gemeldet waren.

Wichtig: Kommt zu Ihrer Krebsdiagnose eine weitere Erkrankung dazu, verlängert dies nicht die Bezugsdauer des Krankengeldes. Eine neue Erkrankung bewirkt eine neue Drei-Jahres-Frist.

Das Krankengeld wird nicht gezahlt, wenn Sie vorrangige Leistungen oder Lohnersatzleistungen bekommen (zum Beispiel Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld), wenn Sie sich nicht arbeitsunfähig gemeldet und wenn Sie Elternzeit genommen haben.

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

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

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

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

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung soll automatisch von dem behandelnden Arzt über ein elektronisches Verfahren (elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, eAU) an die Krankenkasse übermittelt werden. Dies gilt auch für die Übermittlung der AU-Bescheinigung an den Arbeitgeber. Der Abruf der elektronischen AU bei den gesetzlichen Krankenkassen ist für den Arbeitgeber verpflichtend.

Antrag rechtzeitig stellen

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

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

Private Krankenversicherung

Auch privat Versicherte haben in der Regel die Möglichkeit, mit ihrer Versicherung eine Krankentagegeldversicherung abzuschließen. Dessen Höhe wird tariflich vereinbart. Da der Versicherte nach Ablauf der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers die Beiträge zur Renten- und zur privaten Krankenversicherung

selbst tragen muss, kann das Krankengeld sein Nettoeinkommen um die entsprechende Summe übersteigen. Auf diese Weise hat er keine finanziellen Einbußen. Höher darf das Krankentagegeld aber nicht sein.

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

Aussteuerung / Nahtlosigkeitsregelung

Endet das Krankengeld nach 78 Wochen, wird das als *Aussteuerung* bezeichnet. Hat ein Arbeitnehmer in der Folge keinen Anspruch auf Krankengeld mehr, ist aber weiterhin arbeitsunfähig, deutet vieles darauf hin, dass ihm die Erwerbsunfähigkeit droht. Hat der Rentenversicherungsträger aber noch keine verminderte Erwerbsfähigkeit festgestellt, ergibt sich für den betroffenen Arbeitnehmer eine Lücke im sozialen Netz. Denn ihm fehlt in einem solchen Fall nicht nur ein gesichertes Einkommen (in Form des Krankengeldes), die Aussteuerung kann außerdem Auswirkungen auf den Krankenversicherungsschutz haben.

Diese Lücke kann durch das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit ALG I geschlossen werden. Diese Sonderform des Arbeitslosengelds bildet eine Brücke zur nachfolgenden Leistung und wird deshalb auch Nahtlosigkeitsregelung genannt. Der Anspruch besteht so lange, bis über die Frage der verminderten

Erwerbsfähigkeit entschieden wird. Die Beiträge für die Krankenversicherung übernimmt in dieser Zeit das Arbeitsamt.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

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

Wichtig: Um dieses Krankengeld zu erhalten, benötigen Sie eine ärztliche Bescheinigung, die bestätigen muss, dass Sie Ihr Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen und deshalb der Arbeit fernbleiben müssen.

Außerdem darf niemand in Ihrem Haushalt leben, der an Ihrer Stelle das Kind versorgen könnte, und das Kind muss jünger als zwölf Jahre sein.

Für das Jahr 2026 gilt: Versicherte können pro Kalenderjahr für jedes gesetzlich versicherte Kind Kinderkrankengeld für höchstens 15 Arbeitstage (Alleinerziehende 30 Arbeitstage) beanspruchen. Bei mehreren Kindern ist der Anspruch auf insgesamt 35 Arbeitstage je Elternteil begrenzt (Alleinerziehende maximal 70 Arbeitstage). Hat ein Versicherter bei seinem Arbeitgeber Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit, geht dieser dem Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld vor.

Wie hoch das Kinderkrankengeld ist, hat der Gesetzgeber festgelegt (§ 45 Abs. 2 SGB V): Es beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, darf aber 70 Prozent der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten. Informationen zum derzeitigen Tageshöchstsatz erhalten Sie zum Beispiel bei Ihrer Krankenkasse.

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

Mitwirkungspflichten

Wenn Sie Sozialleistungen beziehen, sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet (§§ 60 bis 67 SGB I). Um Krankengeld zu erhalten, müssen Sie zum Beispiel wahrheitsgemäße Angaben zu Ihrem Einkommen machen, Ihre Krankmeldung rechtzeitig vorlegen und sich um deren fristgerechte Verlängerung kümmern.

Die Mitwirkungspflicht hat aber Grenzen. So sind Sie beispielsweise nicht verpflichtet, ärztliche Befunde an Ihre Krankenkasse zu senden oder pauschal einer Entbindung von der Schweigepflicht zuzustimmen, damit Unterlagen eingeholt oder weitergeleitet werden können. Die Weitergabe von medizinischen Unterlagen an Leistungsträger hat der Gesetzgeber klar geregelt. Nur in begründeten Ausnahmefällen bedarf es zusätzlicher Einwilligungen. (§ 275 Abs 1b Satz 3 SGB V).

Wenn Sie hinsichtlich Ihrer Mitwirkungspflichten unsicher sind, lassen Sie sich beraten (etwa bei Krebsberatungsstellen oder dem INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe).

Erwerbsminderungsrente

Wenn Sie wegen Ihrer Krankheit nur eingeschränkt leistungsfähig sind und nur noch teilweise oder gar nicht mehr berufstätig sein können, besteht die Möglichkeit, eine Rente wegen Erwerbsminderung zu beantragen (§43 Abs. 1 Satz 2 beziehungsweise Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Die Rente kann als Voll- oder Teilrente gewährt werden. Darüber entscheidet der Rentenversicherungsträger. Sie erhalten dann eine volle Erwerbsminderungsrente,

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

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

Sollten Sie keine Teilzeitbeschäftigung finden, erhalten Sie die volle Erwerbsminderungsrente. Es muss allerdings erwiesen sein, dass die Erwerbsminderung nicht durch eine Rehabilitationsmaßnahme behoben werden kann. Damit Sie die Rente bekommen, müssen Sie eine Versicherungszeit von mindestens 60 Kalendermonaten nachweisen können und innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt haben.

Auf die Versicherungszeit können verschiedene Zeiten angerechnet werden, unter anderen

- Kindererziehungszeiten
- Wehrdienst
- Anerkanntes freiwilliges soziales Jahr

Fragen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger nach.

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

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

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

Arbeiten auf Probe

Sie können für ein halbes Jahr auf Probe arbeiten. So können Sie herausfinden, wie viel Arbeit Sie sich zumuten können oder ob Sie dauerhaft in den Beruf zurückkehren können.

Dabei gilt:

- Die Rente wird in der Zeit des Probearbeitens weitergezahlt.
- Je nach Höhe des Einkommens wird dieses auf die Rente angerechnet.
- Schlägt das Arbeiten auf Probe fehl, wird die Rente unverändert weitergezahlt. Ein neuer Antrag ist nicht nötig.
- Wenn Sie nach der Probe wieder in Vollzeit arbeiten können, entfällt die Erwerbsminderungsrente. Die bereits gezahlte Rente wird nicht zurückgefordert.
- Wenn Sie nach der Probe in Teilzeit arbeiten, wird weiterhin eine teilweise Rente gezahlt.

LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

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

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

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

Pflegekassen müssen die frühzeitige Beratung der Antragsteller sicherstellen und innerhalb von zwei Wochen einen Beratungstermin anbieten. Dazu gehört auch, dass ein konkreter Ansprechpartner genannt wird.

Private Krankenversicherung

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

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

> Internetadresse

Pflegebahr

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

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

Bundesministerium für Gesundheit
Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
Telefon: 030 3406066-02
(Mo bis Mi 8 – 16 Uhr, Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)

> Internetadresse

Sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte finden weitere Beratung bei den Pflegestützpunkten: www.zqp.de/beratung-pflege/

Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber beschreibt, wer pflegebedürftig ist:

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

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

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

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

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

Beurteilung von Fähigkeiten und Grad der Selbstständigkeit in sechs Modulen

Mobilität	Wie sieht es mit der körperlichen Beweglichkeit aus? Kann die betroffene Person zum Beispiel allein aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen?
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Dieser Bereich umfasst das Verstehen und Reden: Kann sich die Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für die Angehörigen belastend sind. Auch wenn Abwehrreaktionen bei pflegerischen Maßnahmen bestehen, wird dies hier berücksichtigt.
Selbstversorgung	Kann sich die Person selbstständig waschen, anziehen, die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?
Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung	Der MD klärt, ob die betroffene Person zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen oder den Blutzucker eigenständig messen kann, ob sie mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder einem Rollator zurechtkommt und einen Arzt aufsuchen kann.
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Kann die Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten?

Gewichtung der Module

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

Die Einteilung erfolgt in fünf Pflegegrade

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

Haben Sie früher bereits eine Pflegestufe erhalten, sind Sie zum 1. Januar 2017 automatisch in einen Pflegegrad übergeleitet worden. Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit“ unter

> **Internetadresse** https://md-bund.de.

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

Leistungen für häusliche Pflege

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

Entlastungsbetrag für alle Pflegegrade

Unabhängig davon, welchen Pflegegrad Sie haben: Alle Pflegebedürftigen, die ambulant gepflegt werden, erhalten einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 Euro monatlich. Dieser Betrag ist allerdings zweckgebunden: Sie können damit Kosten begleichen, die Ihnen für eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege entstehen, für eine Kurzzeitpflege oder für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes. Allerdings darf der Betrag bei den Pflegegraden 2 bis 5 nicht für die Selbstversorgung eingesetzt werden, also zum Beispiel für Lebensmittel oder Bekleidung.

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

Haben Sie geringere Kosten als 131,00 Euro pro Monat, für die Sie den Entlastungsbetrag verwenden können, dann können die nicht vollständig ausgeschöpften Beträge in die Folgemonate oder in das darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden.

Pflegegeld

Wer zu Hause von Angehörigen oder Bekannten gepflegt wird, erhält Pflegegeld. Damit gewährleistet ist, dass Sie angemessen versorgt werden, müssen in bestimmten Abständen Beratungsbesuche von Pflegefachkräften stattfinden:

- Pflegegrad 2 und 3 alle sechs Monate
- Pflegegrad 4 und 5 alle drei Monate

Bei Pflegegrad 1 haben Pflegebedürftige Anspruch auf halbjährliche Besuche, diese sind aber nicht zwingend.

Pflegegeld je Kalendermonat

	Beratungsbesuche	Pflegegeld	Entlastungsbetrag
Pflegegrad 1	Halbjährlich	–	131,00 €
Pflegegrad 2	Halbjährlich	347,00 €	131,00 €
Pflegegrad 3	Halbjährlich	599,00 €	131,00 €
Pflegegrad 4	Vierteljährlich	800,00 €	131,00 €
Pflegegrad 5	Vierteljährlich	990,00 €	131,00 €

In Bayern können Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 außerdem das Landespflegegeld in Höhe von 500,00 Euro pro Jahr beantragen. Mehr Informationen hierzu finden Sie im Internet unter www.landespflegegeld.bayern.de.

> Internetadresse

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.

Ambulante Pflegedienste können zusätzlich zu ihren üblichen auch gezielt Betreuungsleistungen anbieten.

Pflegesachleistung je Kalendermonat

Pflegegrad 1	–	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	Bis zu 796,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 3	Bis zu 1.497,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 4	Bis zu 1.859,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 5	Bis zu 2.299,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)

Leistungen für pflegende Angehörige

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

Voraussetzungen (müssen alle erfüllt sein)

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

Leistungen

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

Pflegezeitgesetz

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

Möglichkeiten des Pflegezeitgesetzes

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	Müssen Sie kurzfristig die Pflege eines nahen Angehörigen sicherstellen, können Sie, unabhängig von der Betriebsgröße, bis zu zehn Tage eine Auszeit vom Beruf nehmen; für diese Zeit zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld. Es wird so berechnet wie das Krankengeld, das bei Erkrankung eines Kindes gezahlt wird. Seit Januar 2024 kann pro Kalenderjahr eine Auszeit von bis zu zehn Tagen je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden. Die Auszeit ist dann nicht mehr auf einmalig zehn Tage beschränkt.
Pflegezeit	Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ermöglicht Arbeitnehmern, bis zu sechs Monate in ihrem Beruf zu pausieren, wenn sie einen nahen Angehörigen zu Hause pflegen möchten. Einen Anspruch auf Pflegezeit haben Sie jedoch erst ab einer Betriebsgröße von über 15 Mitarbeitern.
Familienpflegezeit	Außerdem können Sie ihre Arbeitszeit für längstens zwei Jahre auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden verringern. Die damit verbundenen Einkommensverluste können Sie bei Bedarf über ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben abfedern. Einen Anspruch auf diese Familienpflegezeit haben Sie ab einer Betriebsgröße von mehr als 25 Mitarbeitern.

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

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

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

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

Das müssen Sie bei Ihrem Antrag beachten

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

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

Vorzeitiges Beenden der Pflegezeit

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

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

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

Ab Pflegegrad 2 übernimmt die Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen auch die Versicherungsbeiträge zur Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung. 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. Sie können die Verhinderungspflege tageweise oder stundenweise in Anspruch nehmen. Wenn Sie die Verhinderungspflege weniger als acht Stunden täglich nutzen, wird diese nicht auf das Pflegegeld angerechnet.

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

> Internetadresse

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. Für die Kurzzeitpflege müssen Sie einen Antrag an die Pflegekasse stellen. Hat der Pflegebedürftige noch keinen Pflegegrad, ist die Krankenkasse zuständig.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Ab Pflegegrad 2 gibt es einen Gesamtleistungsbetrag für beide Pflegeformen, den Anspruchsberechtigte flexibel für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einsetzen können. Die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege beträgt 3.539 € pro Jahr. Die bisherigen unterschiedlichen Übertragungsregelungen zwischen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege entfallen.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Wer hat Anspruch?	Pflegegrad 2 – 5
Was zahlt die Pflegekasse?	Max. 3.539,00 € pro Jahr (gemeinsamer Jahresbetrag für beide Pflegeformen)
Wer pflegt?	
• Verhinderungspflege / Ersatzpflege	• Ambulanter Pflegedienst / professionelle Pflegeperson • Entfernte Verwandte / Nachbar • Angehörige 2. Grades / in häuslicher Gemeinschaft lebend
• Kurzzeitpflege	• Stationäre Pflege

Pflegende Angehörige sollen unterstützt werden: So wird zum Beispiel die Hälfte des Pflegegeldes auch dann weitergezahlt, wenn der Pflegebedürftige in Kurzzeit- oder Verhinderungspflege untergebracht ist.

Entlastungsbetrag

Zusätzlich zu den eben beschriebenen Leistungen können Pflegebedürftige, die ambulant gepflegt werden, einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von 131,00 Euro in Anspruch nehmen. Damit können sie zum Beispiel die hauswirtschaftliche Versorgung oder alltägliche Herausforderungen bei der Organisation des Alltags verbessern. Dieser Entlastungsbetrag gilt für alle Pflegegrade.

Reha für Angehörige

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

Leistungen für (teil-)stationäre Pflege

Stationäre Pflege

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

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).

Leistungen für vollstationäre Pflege 2025

Pflegegrad 1	–	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	805,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 3	1.319,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 4	1.855,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 5	2.096,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)

Der Eigenanteil für Pflegeleistungen, den Sie selbst übernehmen müssen, ist für jeden Pflegegrad gleich. Wie bei der häuslichen Pflege muss der Versicherte Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Durch den seit Januar 2022 möglichen Leistungszuschlag zu den Pflegekosten (bei Pflegegrad 2 bis 5), der mit der Dauer der stationären Pflege steigt, verringert sich der persönliche Eigenanteil. Je länger Pflegebedürftige in einem Pflegeheim leben, desto höher ist der Zuschuss. Der Leistungszuschlag muss nicht beantragt werden.

Zuschuss zu den Pflegekosten abhängig von der Dauer in der Pflegeeinrichtung

Im ersten Jahr	15 %
Ab 12 Monaten	30 %
Ab 24 Monaten	50 %
Ab 36 Monaten	75 %

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

Teilstationäre Pflege

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

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

Leistungen für teilstationäre Tages- und Nachtpflege je Kalendermonat		
Pflegegrad 1	–	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 2	721,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 3	1.357,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 4	1.685,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)
Pflegegrad 5	2.085,00 €	131,00 € (Entlastungsbetrag)

> Internetadresse

Informationen zum Pflegestärkungsgesetz (PSG) II finden Sie auf der Internetseite www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege.html des Bundesministeriums für Gesundheit.

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

Steuerliche Erleichterung bei schwerer Pflegebedürftigkeit

Für Menschen mit Behinderung, für Hinterbliebene und Pflegepersonen regelt das Einkommenssteuergesetz in seinem § 33 bestimmte Pauschbeträge, die Ihnen steuerliche Vorteile bringen können. Die Höhe des Pflegepauschbetrages richtet sich nach dem festgestellten Pflegegrad.

Private Pflegepersonen können den Pflegepauschbetrag bei der Einkommenssteuererklärung geltend machen. So ist es nicht nötig, außergewöhnliche Belastungen einzeln zu belegen. Durch den Pflegepauschbetrag werden die Kosten der pflegenden Person abgegolten (etwa Fahrkosten, Pflegekleidung, ...).

Pflegepauschbetrag	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	600,00 €
Pflegegrad 3	1.100,00 €
Pflegegrad 4 und 5	1.800,00 €

Voraussetzungen

- unentgeltliche Pflegeleistung
- Pflege muss entweder in der Wohnung des Hilfsbedürftigen oder in der Wohnung der pflegenden Person stattfinden

Die Auswahl gilt einheitlich für ein Kalenderjahr.

> Internetadresse

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

REHABILITATION

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

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

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

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

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

Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR)

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

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

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

Wichtig: Die AHB sollte zeitnah nach dem Ende der Akutbehandlung erfolgen – je nach Behandlung und Kostenträger können zwei bis zehn Wochen dazwischenliegen.

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

drei Wochen, kann aus medizinischen Gründen aber verlängert werden. Neben der stationären AHB werden auch ganztägig ambulante Leistungen angeboten.

Onkologische Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen für krebskranke Menschen

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

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

Eine Rehabilitationsmaßnahme für Krebspatienten kann als AHB direkt im Anschluss an die Primärbehandlung oder als onkologische Reha spätestens bis zum Ende des ersten Jahres nach der Erstbehandlung erfolgen. Ist Ihre Erstbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) abgeschlossen, können Sie bis zum Ablauf eines Jahres Leistungen zur onkologischen Rehabilitation beanspruchen. Unter bestimmten Umständen kann auch innerhalb von zwei Jahren nach der Erstbehandlung eine (erneute) Rehabilitation stattfinden. Eine weitere ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme können Sie erst nach vier weiteren Jahren beantragen. Ausnahme: Treten Rückfälle oder Tochtergeschwülste in anderen Körperteilen auf, können Sie – falls medizinisch notwendig – früher eine Rehabilitation bekommen.

Teilstationäre *(ambulante)* Rehabilitation

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

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

> Internetadresse

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

> Internetadresse

Hinweis: Krebserkrankte mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen können sich an die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande NRW wenden, welche die medizinische Rehabilitation organisieren. Sie finden diese im Internet unter www.arge-krebsnw.de

Wie viel Sie zu den Rehabilitationsmaßnahmen zuzahlen 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	Maximal 10,00 Euro / Tag der Maßnahme, für maximal 14 Tage pro Kalenderjahr
	Ambulant / teilstationär	Keine Zuzahlung
Stationäre / ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	Stationär	Maximal 10,00 Euro / Tag der Maßnahme, für maximal 42 Tage pro Kalenderjahr Der Aufnahmetag und der Entlassungstag gelten bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag
	Ambulant / teilstationär	Keine Zuzahlung

Zuzahlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung zahlt

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

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

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

Wichtig: Wenn Ihre onkologische Rehabilitationsmaßnahme von der gesetzlichen Krankenkasse getragen wird, werden dafür geleistete Zuzahlungen zu den anderen Zuzahlungen der Krankenkassenleistungen gerechnet. Dies entscheidet darüber, wann Sie die Belastungsgrenze (siehe Seite 83) 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 zuzahlen, wenn Sie pro Monat unter 1.499,00 Euro Nettoerwerbseinkommen / Erwerbsersatzeinkommen haben. Um von der Zuzahlungspflicht befreit zu werden, müssen Sie einen

Antrag stellen. Die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger können Sie beraten.

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

Wer hat Anspruch auf Übergangsgeld?

- Versicherte, die vor der Erkrankung Arbeitsentgelt beziehungsweise Arbeitseinkommen bezogen und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben.
- Versicherte, die Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, Grundsicherungsgeld (früher: Bürgergeld) oder Mutterschaftsgeld bezogen haben. Dabei müssen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sein.
- Versicherte, die infolge eines Versicherungsfalls der Unfallversicherung Leistungen zur beruflichen Reha erhalten.

Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld ist das letzte Nettoarbeitsentgelt. Davon erhält der Betroffene 68 Prozent, Betroffene mit Kindern erhalten 75 Prozent.

Berechnungsgrundlage bei freiwillig Versicherten sind 80 % des Einkommens, das den Zahlungen der Beiträge im letzten Kalenderjahr zugrunde lag.

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

Private Krankenversicherung

Ob Sie Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme durch Ihre private Krankenversicherung haben, hängt von Ihrem individuell gewählten Versicherungstarif ab. Prüfen Sie dies in Ihren Versicherungsunterlagen oder wenden Sie sich an Ihre private Krankenversicherung. Hier erfahren Sie auch, was Ihre private Krankenversicherung zahlt, wenn Sie bereits vor Ihrer Erkrankung einen speziellen Kurtarif abgeschlossen haben.

Haushaltshilfe bei Reha

Sie können während einer medizinischen oder beruflichen Reha auch eine Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragen. Nähre Informationen hierzu finden Sie auf Seite 19.

Rückkehr an den Arbeitsplatz – Berufliche Wiedereingliederung

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Für viele Betroffene ist es wichtig, möglichst bald wieder berufstätig sein zu können. Wenn die eigene Krankheits- und Behandlungssituation es zulässt, kann es hilfreich sein, den Kontakt zum Arbeitgeber und den Kollegen zu halten.

Zur Vorbereitung der Rückkehr ist ein Gesprächs im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach § 167 Sozialgesetzbuch IX sinnvoll. Arbeitgeber sind zur Durchführung solcher Gespräche unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet.

Hamburger Modell

Wenn Sie sich nach dem Ende der Akutbehandlung oder der Rehabilitationsmaßnahme dem beruflichen Alltag noch nicht wieder voll gewachsen fühlen, können Sie Ihre Tätigkeit vielleicht schrittweise wieder aufnehmen (Hamburger Modell). Sie sind während dieser Zeit weiter krankgeschrieben. Wie lange die stufenweise Wiedereingliederung dauert, hängt von Ihrer persönlichen Situation und auch von den Anforderungen Ihres Arbeitsplatzes ab. Welche Möglichkeiten es gibt und was für Sie sinnvoll, wünschenswert und umsetzbar ist, wird in enger

Abstimmung zwischen Ihnen, Ihrem behandelnden Arzt, Ihrem Arbeitgeber und Ihrer Krankenkasse oder Ihrer Rentenversicherung festgelegt. In der Regel dauert eine solche Maßnahme zwischen sechs Wochen und sechs Monaten. Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung beraten Sie gern.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Unter dem Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ werden weitere Maßnahmen zusammengefasst, die Betroffenen die Rückkehr an den Arbeitsplatz und in den Beruf erleichtern oder wieder ermöglichen sollen. Zusammen mit Rehabilitationsberatern, Psychologen der Agentur für Arbeit und / oder des Rentenversicherungsträgers können entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Dabei bedeutet „Teilhabe am Arbeitsleben“ oder „berufliche Rehabilitation“ nicht nur das Erlernen eines neuen Berufes.

Auch berufliche Aus- und Weiterbildung können dazu beitragen, den Arbeitsplatz zu sichern. Außerdem können dem Arbeitgeber zusätzliche Kosten erstattet werden, die vielleicht durch die Beschäftigung eines Krebskranken entstehen: für technische Arbeitshilfen, für die Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, für Einarbeitungszuschüsse oder interne Eingliederungshilfen. Voraussetzung für eine Kostenerstattung ist ein Schwerbehindertenausweis des Erkrankten (§ 90 SGB III). Beratung erhalten Sie bei dem Integrations- bzw. Inklusionsamt, dem Arbeitsamt oder dem Rentenversicherungsträger. Grundsätzlich findet die Begutachtung unter dem Aspekt „Rehabilitation vor Rente“ statt.

Falls Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Ihrem bisherigen Beruf nicht mehr arbeiten können und als schwerbehindert anerkannt sind, können Sie möglicherweise umgeschult werden. Bei Ihrer zuständigen Rentenversicherung oder Agentur für Arbeit überlegt man gemeinsam mit Ihnen, 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, Arbeitsbedingungen zu bekommen, die auf Ihre jetzige Situation zugeschnitten sind, berät und unterstützt Sie das Integrations- bzw. Inklusionsamt. Auch die Gewerkschaften bieten ihren Mitgliedern Hilfe.

Rehabilitationssport

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

Die Rehabilitations-Sportgruppen treffen sich regelmäßig. Eine ärztliche Aufsicht ist für Krebssportgruppen nicht notwendig. Erfahrene und speziell ausgebildete Übungsleiter führen das Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining durch. Die Kostenträger, wie die Krankenkasse oder die Rentenversicherung, übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für Rehabilitationssport. Die Kostenübernahme erfolgt in der Regel bis zu zwölf beziehungsweise 18 Monaten. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Krankenkasse auch bis zu 36 Monaten Rehabilitationssport genehmigen. Ihr Arzt kann Ihnen den Rehasport verordnen (Muster 56 – Verschreibung von Rehabilitationssport, gilt für gesetzlich Versicherte). Wenn Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich an den entsprechenden Kostenträger.

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

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, über die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes oder beim Netzwerk OnkoAktiv.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) e. V.
Otto-Fleck-Schneise 12
60528 Frankfurt / Main
Telefon: 069 6700-0
Telefax: 069 6700-906
E-Mail: office@dosb.de
Internet: www.dosb.de

Deutscher Behindertensportverband (DBS) e. V.
Tulpenweg 2 – 4
50226 Frechen-Buschbell
Telefon: 02234 6000-0
Telefax: 02234 6000-150
E-Mail: info@dbs-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de

Netzwerk OnkoAktiv
Im Neuenheimer Feld 460
69120 Heidelberg
Telefon: 06221 565918
Telefax: 06221 567109
E-Mail: onkoaktiv@nct-heidelberg.de
Internet: www.netzwerk-onkoaktiv.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 ab Seite 135).

SCHWERBEHINDERUNG

In Deutschland leben etwa 10,4 Millionen Menschen mit einer anerkannten Behinderung, davon sind mehr als 7,9 Millionen schwerbehindert. Eine Behinderung ist im Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) definiert. Wer an Krebs erkrankt ist, kann einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Dieser soll – wenigstens teilweise – einen Ausgleich für die Nachteile bringen, die durch die Krankheit entstanden sind.

Wenn Sie an Krebs erkrankt sind, können Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Die Feststellung der Schwerbehinderung ist auf die Zeit der Heilungsbewährung befristet. Die daraus resultierenden Nachteilsausgleiche hängen vom Grad der Behinderung (GdB) ab. Bei zusätzlicher Anerkennung von Merkzeichen (G, aG, B, BL, GL, RF, TBI) können weitere Vergünstigungen beansprucht werden.

Mögliche Vergünstigungen / Nachteilsausgleiche

- Besonderer Kündigungsschutz am Arbeitsplatz
- Anspruch auf Zusatzurlaub
- Früherer Beginn des Renten- bzw. Pensionsbezuges
- Unterstützung bei der Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes
- Niedrigere Eintrittspreise in öffentlichen Einrichtungen wie Museen oder Schwimmbädern
- Verschiedene Steuererleichterungen
- Geringere Mitgliedsbeiträge in bestimmten Verbänden und Vereinen wie etwa ADAC

> Internetadresse

Antragstellung

Sie können den Antrag früh stellen, also zum Beispiel, nachdem sie operiert wurden oder ihre erste Behandlungsphase abgeschlossen ist, aber selbstverständlich auch später. Der Antrag kann auch rückwirkend gestellt werden, wenn die Behinderung zu einem früheren Zeitpunkt vorlag und dadurch ein Nachteilsausgleich (zum Beispiel bezüglich Rundfunkgebühren, Kündigung etc.) erreicht werden kann (siehe Seite 81). Zunächst genügt ein formloser Antrag beim zuständigen Träger beziehungsweise dem für Sie zuständigen Amt. Welches Amt für Sie zuständig ist, finden Sie unter www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/schwerbehindertenausweis/versorgungsamt.php.

Hinweis: Der Antrag auf Schwerbehinderung wird mit der Antragstellung wirksam. Der Anspruch auf Zusatzurlaub muss jedoch zusätzlich beim Arbeitgeber geltend gemacht werden. Der besondere Kündigungsschutz greift nur dann, wenn der Antrag auf Schwerbehinderung mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung gestellt wurde. Lassen Sie sich daher bei Bedarf den Antragseingang schriftlich vom zuständigen Amt bestätigen.

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

Wichtig: Damit der GdB richtig beurteilt werden kann, sollten Sie alle Erkrankungen und Beschwerden auflisten, die

- Zu Funktionseinschränkungen führen beziehungsweise
- Sie daran hindern, am Alltag teilzunehmen (Beeinträchtigungen der Teilhabe).

Laut Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) gilt: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

GdB = Grad der Behinderung

Wie stark Sie beeinträchtigt sind, gibt der Grad der Behinderung (GdB) an (mehr hierzu auf Seite 71). Der Grad der Behinderung bezieht sich darauf, wie sich eine Behinderung auf die Teilhabe in allen Lebensbereichen auswirkt, nicht nur im Erwerbsleben. Ab einem GdB von 50 ist eine Schwerbehinderung gegeben.

Eine gewisse Zeit nach Ihrem Antrag erhalten Sie einen Bescheid, in dem Ihr GdB festgesetzt wird. Erwerbstätige müssen den Bescheid innerhalb von drei Wochen erhalten. Ist für die Entscheidung ein Gutachten notwendig, endet die Frist zwei Wochen, nachdem das Gutachten vorliegt. Für nicht-Erwerbstätige darf die Bearbeitung maximal sechs Monate dauern, solange keine sachlichen Gründe für eine Überschreitung dieser Frist vorliegen.

Für den Fall, dass Sie mit dem Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats dagegen Einspruch einlegen.

Hat Ihre Einstufung einen GdB von weniger als 50, aber mindestens 30 ergeben, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen mit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden (§ 2 Abs. 3 SGB IX). Genaueres kann Ihnen die für Sie zuständige Bundesagentur für Arbeit erläutern.

Wie wird der Grad der Behinderung festgestellt?

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

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

> Internetadresse

www.versorgungsmedizinische-grundsaetze.de finden Sie dazu nähere Informationen.

Heilungsbewährung

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

Ist die Zeit der Heilungsbewährung vorbei und sind während dieser Zeit keine Rückfälle oder Neuerkrankungen aufgetreten, wird der GdB heruntergesetzt. Sollte sich Ihre Krebserkrankung

verschlechtert haben oder ist bei Ihnen eine neue Krankheit aufgetreten, können Sie mithilfe der vorhandenen Arztberichte einen Antrag auf Verschlimmerung stellen, damit Sie nicht ungerechtfertigt zurückgestuft werden.

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

Der Schwerbehindertenausweis

Grüner Ausweis

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

Grün-oranger Ausweis

Oder Sie bekommen einen grün-orangefarbenen Freifahrtausweis. Dann sind Sie zum einen als schwerbehinderte Person anerkannt; zusätzlich berechtigt Sie dieser Ausweis, den öffentlichen Personenverkehr unentgeltlich zu nutzen (siehe Seite 80).

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

Mögliche Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis

- G — Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit
- aG — Außergewöhnliche Gehbehinderung
- H — Hilflosigkeit
- Bl — Blindheit
- Gl — Gehörlosigkeit

- TBl — Taubblindheit
- B — Begleitperson
- RF — Rundfunk/Fernsehen
- 1 Kl — 1. Klasse

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

> Internetadresse

Nachteilsausgleiche für Schwerbehinderte

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

Steuervergünstigungen / Behindertenpauschbetrag

Behinderte können bei ihrer Steuererklärung unter „Außergewöhnlichen Belastungen“ einen Pauschbetrag geltend machen, der das zu versteuernde Einkommen mindert. Je nach GdB liegt dieser Betrag zwischen 384,00 Euro und bis zu 7.400,00 Euro pro Jahr. Ändert sich Ihr GdB im Laufe eines Kalenderjahres, richtet sich der Pauschbetrag nach dem höchsten GdB des Jahres.

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

Behindertenpauschbetrag

Grad der Behinderung (GdB)	Pauschale (Euro pro Jahr)
20	384,00 €
30	620,00 €
40	860,00 €
50	1.140,00 €
60	1.440,00 €
70	1.780,00 €
80	2.120,00 €
90	2.460,00 €
100	2.840,00 €
Hilflos oder blind (Merkzeichen „H“ oder „Bl“)	7.400,00 €

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

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

> Internetadresse

Die Pauschalen können Sie entweder in Ihre Lohnsteuerkarte eintragen lassen oder im Rahmen Ihrer Lohn- beziehungsweise Einkommensteuererklärung geltend machen. Weitere Informationen zu steuerlichen Vergünstigungen können Sie bei Ihrem Finanzamt erfragen oder hier nachlesen: www.familienratgeber.de/rechte-leistungen/schwerbehinderung/steuer-freibetraege.

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

Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz

Behinderte Menschen haben an ihrem Arbeitsplatz besondere Bedingungen, die allerdings nicht mit besonderen Rechten verwechselt werden sollten. Sie sind auch nicht verpflichtet, Ihrem Arbeitgeber mitzuteilen, dass Sie schwerbehindert sind; aber es ist sinnvoll, ihn darüber zu informieren, denn nur dann können Ihnen die Nachteilsausgleiche zugutekommen.

Besonderer Kündigungsschutz

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

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

Rente
Ab GdB 50 ist eine frühere Altersrente möglich, abhängig von Versicherungszeit und Lebensalter.

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

Steuerermäßigung für Fahrkosten

GdB	Was können Sie geltend machen?
GdB ab 50 und Gehbehinderung (Ausweismerkzeichen G) oder GdB ab 70	Höhere Entfernungkostenpauschale bzw. höherer Geltungsbetrag für den Arbeitsweg
GdB von wenigstens 70 und Gehbehinderung (Ausweismerkzeichen G) oder GdB von wenigstens 80	Fahrkosten Pauschbetrag: 900 €
Außergewöhnlich Gehbehinderte, Blinde und Hilflose (Ausweismerkzeichen aG, Bl, TBl und H)	Fahrkosten Pauschbetrag: 4.500 €
GdB von wenigstens 50 aber weniger als 70	Nur Fahrten, die wegen der Behinderung notwendig sind, z. B. Fahrten zur Apotheke oder Massage mit entsprechendem Nachweis (Fahrtenbuch)

Wer kein eigenes Kraftfahrzeug besitzt, kann in angemessenem Umfang auch Kosten für ein Taxi geltend machen.

Kraftfahrzeugsteuer

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

Schwerbehinderte mit den Merkzeichen G und Gl können sich zwischen folgenden Möglichkeiten entscheiden

- Reduzierung der Kraftfahrzeugsteuer um 50 Prozent oder
- Kostenlose Nutzung des Nahverkehrs (nachdem sie eine Wertmarke erworben haben: 91,00 Euro pro Jahr beziehungsweise 46,00 Euro pro Halbjahr)

Um die Befreiung beziehungsweise Reduzierung zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei der zuständigen Kraftfahrzeugsteuerstelle des Finanzamts unter Vorlage des Schwerbehindertenausweises stellen.

Parkerleichterung

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

Wer einen orangefarbenen Parkausweis hat, zum Beispiel Stomaträger mit doppelten Stoma und einem GdB von mindestens 70, hat zahlreiche Möglichkeiten, Parkerleichterungen / Parkberechtigungen zu nutzen.

Dazu gehören zum Beispiel

- Mit Parkscheibe im eingeschränkten Halteverbot und im Zonenhaltverbot bis zu drei Stunden
- Kostenlos und zeitlich unbegrenzt an Parkuhren und Parkscheinautomaten
- Auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden
- In verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern

Sonstige Ermäßigungen

Schwerbehinderte zahlen bei Automobilclubs häufig einen ermäßigten Tarif.

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

Bund behinderter Auto-Besitzer e. V. (BbAB)
Ahornstr. 2
66450 Bexbach
Telefon: 06826 5782
Telefax: 06826 510428
E-Mail: mail@bbab.de
Internet: www.bbab.de

Euroschlüssel für Behinderten-WC

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

Der Euroschlüssel passt

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

Wer kann den Euroschlüssel bekommen?

- Menschen mit GbB von mindestens 70 und Merkzeichen G
- Menschen mit aG, B, H oder Bl
- Unabhängig vom GdB
  - Schwer / außergewöhnlich Gehbehinderte
  - Rollstuhlfahrer
  - Stomaträger
  - Blinde Menschen
  - Schwerbehinderte Menschen, die hilfsbedürftig sind und gegebenenfalls eine Hilfsperson brauchen

Den Euroschlüssel erhalten Sie an einer der im Folgenden genannten Stellen.

CBF-Darmstadt e. V.
Pallaswiesenstraße 123 a
64293 Darmstadt
Telefon: 06151 81220
E-Mail: info@cbf-darmstadt.de
Internet: www.cbf-da.de/leistungen/euroschluessel

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK)
Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Telefon: 06294 4281-0
E-Mail: info@bsk-ev.org
Internet: www.bsk-ev.org/informieren/der-euro-wc-schluessel

Öffentliche Verkehrsmittel

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

Vergünstigungen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (GdB mindestens 50)

Merkzeichen	Vergünstigungen
G, aG, Gl	Nach Erwerb einer Wertmarke in Höhe von 91,00 Euro pro Jahr bzw. 46,00 Euro pro Halbjahr ist eine unentgeltliche Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs möglich (Straßenbahnen, Omnibusse, U- und S-Bahnen, evtl. in den Verkehrsverbund einbezogene Bahnen sowie Nahverkehrszüge der Deutschen Bahn und Schiffe wie zum Beispiel Fähren). Die Marke wird auf den Schwerbehindertenausweis geklebt.
H, Bl	Unentgeltliche Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wie oben, die Wertmarke gibt es in diesem Fall kostenlos.
B	Begleitperson kann kostenfrei im öffentlichen Personenverkehr mitfahren, da eine Wertmarke der zu begleitenden Person vorliegt.

Deutsche Bahn

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

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

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

Mobilitätszentrale
Telefon: 030 65212888
E-Mail: msz@deutschebahn.de
Internet: www.bahn.de/service/individuelle-reise/barrierefrei

Rundfunk- / Telefon- / Internetgebühren

Personen mit dem Merkzeichen RF zahlen zudem ermäßigte Rundfunkgebühren (6,12 €, nach Antrag). Außerdem bieten einige Telefon- und Internetdienstleister Ermäßigungen an.

Junge Menschen mit Krebs

Die Schwerbehinderung kann unter Umständen auch bei zulassungsbeschränkten Studiengängen berücksichtigt werden. Hierzu ist ein Sonderantrag bei der Bewerbung um einen Studienplatz nötig (Hochschule, hochschulstart.de, ...).

> Internetadresse

Weitere Informationen zur Antragsstellung auf Verbesserung der Durchschnittsnote / Wartezeit finden Sie beim Studentenwerk: Antrag auf Verbesserung der Durchschnittsnote / Wartezeit | Deutsches Studentenwerk (studentenwerke.de)

> Ratgeber Du bist jung und hast Krebs

Weitere Informationen zu jungen Menschen mit Krebs finden Sie in der Broschüre „Du bist jung und hast Krebs – Die blauen Ratgeber 44“, die Sie kostenlos bei der Deutschen Krebshilfe bestellen können (Bestellformular ab Seite 135).

BELASTUNGSGRENZEN UND ZUZAHLUNGEN

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

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

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

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

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

Ab dem 18. Geburtstag müssen Sie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung stellen. Einen Antrag auf Erstattung der Zuzahlungen können Sie bis zu vier Jahre rückwirkend stellen.

Übrigens: Wenn Sie wissen möchten, was Ihre Behandlung beim Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus kostet, können Sie sich von der entsprechenden Stelle eine Patientenquittung ausstellen lassen. Darauf wird in verständlicher Form erläutert, welche Leistungen zu welchen Kosten erbracht wurden. Diese Quittung können Sie nach jeder Behandlung oder auch einmal pro Quartal verlangen. Für die Quartalsquittung berechnet Ihnen der Arzt oder das Krankenhaus einen Euro Bearbeitungsgebühr und eventuelle Portokosten.

Belastungsgrenzen

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

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.

Voraussetzungen für verminderte Belastungsgrenze (1 % des jährlichen Brutto-Jahreseinkommens)

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

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

Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein

- Es liegt Pflegegrad 3 oder höher vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung von 60 vor oder die Erwerbsfähigkeit ist um mindestens 60 % gemindert.
- Die betroffene Person muss 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.

Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) teilnehmen, können je nach Vereinbarung ihrer Krankenkasse für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von Zuzahlungsvergünstigungen profitieren.

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

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

Präventionspass

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

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.

Ihre persönliche Belastungsgrenze können Sie selbst ermitteln.

Freibeträge 2026

Für Ihren Ehepartner bzw. eingetragenen Lebenspartner (oder für den 1. Angehörigen)	7.119,00 €
Für jedes familienversicherte Kind	9.756,00 €

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

Beispiel: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze

Verheirateter Alleinverdiener mit 3 Kindern, Bruttoeinkommen 40.000,00 €

Bruttoeinkommen	40.000,00 €
Freibetrag Ehefrau	– 7.119,00 €
Kinderfreibetrag (3 x 9.756,00 €)	– 29.268,00 €
Rechenbasis Bruttoeinkommen	3.613,00 €
Davon 2 %	72,26 €

Die Familie muss also höchstens 72,26 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.

Bonusprogramm

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 Kosten für Zusatzleistungen erstattet bekommen. Außerdem können sie manchmal zwischen verschiedenen Beitragstarifen wählen. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, was diese Ihnen anbieten kann.

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	**Für alle Zuzahlungen gilt** • Nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres (2 % des Familienbruttoeinkommens, 1 % für schwerwiegend chronisch Kranke) • Kinder unter 18 Jahren* * Dies gilt nicht für Fahrten zu ambulanten Behandlungen.
Heilmittel (z. B. Physio-, Ergotherapie, Logopädie oder / und Ernährungstherapie)	10 % der Kosten + 10,00 € je Verordnung	
Hilfsmittel zum Verbrauch (z. B. Einlagen, Sonden, Spritzen)	10 % je Packung und max. 10,00 € im Monat	
Andere Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Rollstühle, Kompressionsstrümpfe, Haarersatz)	10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten* *Für bestimmte Hilfsmittel gelten einheitliche Festbeträge. Der Differenzbetrag muss vom Versicherten getragen werden.	
Fahrkosten (von der Krankenkasse genehmigt) • Zu und von stationären Behandlungen • Zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen (z. B. Chemo- / Strahlentherapie) • Bei Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen • Bei Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder vergleichbar schweren Erkrankungen • Bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen aG, Bl oder H)		
Krankenhausbehandlung (vollstationär)	10,00 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Häusliche Krankenpflege	10 % je einzelner Leistung + 10,00 € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Onkologische Rehabilitationsmaßnahmen Stationär / teilstationär / ambulant	Abhängig vom Kostenträger siehe Seite 60	
Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)	Abhängig vom Kostenträger siehe Seite 60	
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €	

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT

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

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

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 nachweisen, dass diese 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 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.

> **Internetadresse**

Ein Verzeichnis der Stoffe, die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken, finden Sie beim Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) unter publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3517.

> **Internetadresse**

Eine Liste der Berufskrankheiten finden Sie bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis-kompakt/F3.pdf?__blob=publicationFile&v=16.

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

> **Internetadresse**

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

> **Internetadresse**

und Unfallkassen finden Sie im Internet unter www.dguv.de.

Meldepflicht

Besteht der Verdacht, dass eine Krebserkrankung beruflich bedingt ist, muss dies der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet werden. Diese 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.

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 Bundesamt für Soziale Sicherung 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 infrage kommt, erfragen Sie direkt bei Ihrer Berufsgenossenschaft.

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung bieten über eine Infoline auch eine telefonische Beratung an:
Telefon: 0800 6050404 (Infoline Mo bis Fr 8 – 18 Uhr)
(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: info@dguv.de

HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS

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

Die Regelungen für beihilfeberechtigte Beamte sind in den Beihilfevorschriften des Bundes verankert und werden auf Landesebene unterschiedlich umgesetzt. Ausführliche Informationen zur Beihilfe allgemein und zur länderspezifischen Umsetzung

> Internetadresse

finden Sie auf folgender Homepage www.die-beihilfe.de.

Beispiel: Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Grundsätzlich sind stationäre Rehabilitationsmaßnahmen beihilfefähig, wenn die Einrichtungen entsprechende Bedingungen erfüllen. Die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme muss in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung erfolgen, die unter ärztlicher Leitung steht, sowie über das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen, um diese besonderen therapeutischen Maßnahmen zu erhalten / anzuwenden, verfügt. Das Bundesverwaltungsamt bietet Antworten auf die wichtigsten Fragen rund um die Antragstellung und

> Internetadresse

Umsetzung im Internet unter www.bva.bund.de/DE/Services/Bundesbedienstete/Gesundheit-Vorsorge/Beihilfe/7_Themen/Rehamassnahmen/rehamassnahmen_node.html.

Sind Sie in der privaten Krankenversicherung, haben Sie einen sogenannten Beihilfeergänzungstarif. Damit gelten für Sie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen die Regelungen aller

anderen privat Versicherten. Die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung ist vom Umfang des jeweiligen Vertrags abhängig.

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

Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert, können die Kosten für eine stationäre Rehabilitation von Ihrer Krankenkasse übernommen werden. Andernfalls besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder Beihilfe dafür zu beantragen.

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

PRIVATE VERSICHERUNG

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

Zum Versichertenkreis der privaten Versicherung zählen beispielsweise Beamte, Selbstständige und Freiberufler. Aber auch Angestellte können sich auf eigenen Wunsch privat versichern.

Zu Versicherungsbeginn kann der Leistungsumfang selbst ausgewählt werden. Ein Tarifwechsel ist gesetzlich garantiert, sodass auch nach Vertragsabschluss Anpassungen an die individuellen Bedürfnisse möglich sind.

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

er von einem Teil des Beitrags Altersrückstellungen anlegt und diese verzinst. Soweit die Bedingungen bei normalen Verträgen in der PKV.

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

Der Basistarif

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

Die Leistungen im Basistarif sind denen der gesetzlichen Krankenversicherungen vergleichbar.

Wer kann sich versichern?

- Wer seinen Vertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen hat, kann jederzeit von seinem aktuellen in den Basistarif wechseln. Er kann auch das Versicherungsunternehmen wechseln, eventuelle Altersrückstellungen kann er mitnehmen.
- Wer seinen Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen hat, kann sich unter bestimmten Voraussetzungen privat versichern lassen:
  - Alter mindestens 55 Jahre oder
  - Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung / nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder
  - Hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts
- Wer freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, kann innerhalb der ersten sechs Monate noch wechseln.
- Wer noch gar nicht versichert ist, seinen Wohnsitz in Deutschland hat und eigentlich der PKV zuzuordnen ist (zum Beispiel Selbstständige); er darf aber keine Sozialhilfe erhalten.

Die Beiträge im Basistarif

Die privaten Krankenversicherer berechnen die Beiträge für den Basistarif genauso wie für andere normale Tarife. Da aber für die Versicherten im Basistarif keine Risikozuschläge genommen werden dürfen, legen die Unternehmen die entstehenden Mehrkosten auf alle ihre Versicherten um. Auf diese Weise können zwar auch schwer kranke Menschen in die PKV aufgenommen werden, dafür müssen junge, gesunde Versicherte allerdings in der Regel schon den Höchstbeitrag bezahlen. Dieser entspricht dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen. 2026 liegt dieser Betrag bei rund 1.017,00 Euro. Erhält der Versicherte Sozialhilfe, verringert sich sein Beitrag auf die Hälfte des Höchstsatzes. Kann er diesen Betrag immer noch nicht aufbringen, gibt entweder die Bundesagentur für Arbeit oder das Sozialamt so viel dazu, dass der Versicherte nicht mehr hilfebedürftig ist.

Arbeitgeberzuschuss

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

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

Den Selbstbehalt erfragen Sie bitte direkt bei der zuständigen Krankenversicherung.

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

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

Das ist im Basistarif versichert

- Ambulante ärztliche Leistungen und Früherkennungsuntersuchungen durch Ärzte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte)
- Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Vertragsärzte
- Zahnersatz zu 50 bis 65 Prozent, kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten unter 18 Jahren bei erheblichen Problemen beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent
- Allgemeine Krankenhausleistungen in öffentlichen Krankenhäusern
- Psychotherapeutische Behandlungen bis zu einem individuell festgelegten Höchstbetrag
- Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel sowie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses), die von einem Vertragsarzt verschrieben wurden, mit Zuzahlung von jeweils sechs Euro (ab 18 Jahren)
- Heilmittel nach Verordnung durch einen Vertragsarzt mit einer Zuzahlung von zwei Euro je Heilmittel und zehn Euro je Verordnung (ab 18 Jahren)
- Hilfsmittel nach Verordnung durch einen Vertragsarzt mit einer Zuzahlung von acht Euro je Heilmittel beziehungsweise zehn Euro für den Monatsbedarf je Verordnung (ab 18 Jahren)
- Krankentagegeld ab dem 43. Tag. Es wird für höchstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt und beträgt höchstens 70 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2026: 69.750,00 Euro) und höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens

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

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

Der Standardtarif

Für einen Tarifwechsel in den Standardtarif müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie müssen vor dem 1. Januar 2009 in die private Krankenversicherung eingetreten sein.
- Sie müssen mindestens zehn Jahre versichert sein.

Wenn Sie diese Grundvoraussetzungen erfüllen, gilt außerdem

- Ab 65 Jahren können Sie ohne weitere Bedingungen in den Standardtarif wechseln.
- Ab mindestens 55 Jahren können Sie wechseln, wenn Ihr Grundeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. 2026 liegt diese Grenze bei 69.750 Euro pro Jahr.
- Unter 55 Jahren können Sie in den Standardtarif wechseln, wenn Sie Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (bei Beamten Ruhegehalt) beziehen und diese die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. 2026 liegt diese Grenze bei 69.750 Euro pro Jahr.

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

Die Beiträge im Standardtarif

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

Arbeitgeberzuschuss

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

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

Das ist im Standardtarif versichert

- Ambulante ärztliche Leistungen
- Früherkennungsuntersuchungen

Zahnbehandlungen und gezielte Vorsorgeuntersuchungen

- Einfacher Zahnersatz zu 65 Prozent, kieferorthopädische Behandlungen bei erheblichen Problemen beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent
- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Erstattungsfähige Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel im Rahmen des gewählten Tarifs

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

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

Der Notlagentarif

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

Jede private Krankenversicherung kalkuliert einen einheitlichen Betrag für den Notlagentarif. Hierbei werden die Versicherungsdauer sowie die gebildeten Altersrückstellungen berücksichtigt. Der Beitrag wird individuell berechnet und liegt unter dem Basistarif.

Das ist im Notlagentarif versichert

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

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

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

Bundesministerium für Gesundheit
Bürgertelefon zur Krankenversicherung
Telefon: 030 3406066-01
(Mo bis Mi 8 – 16 Uhr, Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Telefon: 030 20458966
Internet: www.pkv.de

Ab Seite 116 finden Sie zudem einige hilfreiche Internetadressen, unter denen Sie weitere Informationen bekommen.

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

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

Bei einer Krebserkrankung gerät das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen völlig aus den Fugen. Anstelle von Lebensmut und Sicherheit treten oft Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Hinzu kommen nicht selten große finanzielle Sorgen, beispielsweise wenn Krebspatienten ihren Beruf nicht mehr in vollem Umfang ausüben können. Der Härtefonds der Deutschen Krebshilfe hilft Krebspatienten und ihren Familien, die durch die Erkrankung in finanzielle Not geraten sind. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten diese eine einmalige Zahlung und müssen das Geld nicht zurückzahlen.

Auch für an Krebs erkrankte Kinder ist es möglich, einen Antrag zu stellen – wenn die Eltern zum Beispiel Krankentagegeld erhalten und nicht mehr ausreichend ihren Beruf ausüben können.

Sie können über die Zahlung aus dem Härtefonds frei verfügen. Es ist Ihre persönliche Entscheidung, wofür Sie die finanzielle Unterstützung ausgeben.

Das Antragsformular und weitere Informationen erhalten Sie bei der Deutschen Krebshilfe:

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32	Postfach 1467
53113 Bonn	53004 Bonn
Härtefonds:	0228 72990-94
Telefax:	0228 72990-11
E-Mail:	haertefonds@krebshilfe.de
Internet:	www.krebshilfe.de/haertefonds

Für Ihre persönlichen Fragen rund um weitere Themen wie Leben mit Krebs, Krebstherapie, Soziale Absicherung oder Krebsprävention können Sie sich gerne an das INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe wenden:
Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr kostenfrei unter
Tel.: 0800 80708877
oder per E-Mail an krebshilfe@infonetz-krebs.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 (Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe) beantwortet Ihnen in allen Phasen der Erkrankung Ihre persönlichen Fragen nach dem aktuellen Stand von Medizin und Wissenschaft. Wir helfen Ihnen, themenbezogene Anlaufstellen zu finden. Und vor allem nehmen wir uns Zeit für Sie.

Die Mitarbeiter des INFONETZ KREBS stehen Ihnen bei allen Ihren Fragen, die Sie zum Thema Krebs haben, zur Seite. Wir bieten Ihnen Informationen in allgemeinverständlicher Sprache.

So möchten wir eine Basis schaffen, damit Sie vor Ort Ihren weiteren Weg gut informiert und selbstbestimmt gehen können. Sie erreichen uns per Telefon, E-Mail oder Brief.

Beratungsthemen INFONETZ KREBS

Krebs erkennen und behandeln

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

Leben mit Krebs

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

Soziale Absicherung

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

Krebsprävention

- Allgemeine Krebsrisikofaktoren
- Möglichkeiten der Krebsprävention

Krebsfrüherkennung

- Gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
- Informierte Entscheidung

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

Hilfe bei finanziellen Problemen

Manchmal kommen zu den gesundheitlichen Sorgen eines Krebskranken noch finanzielle Probleme – zum Beispiel, wenn ein berufstätiges Familienmitglied aufgrund einer Krebserkrankung statt des vollen Gehalts zeitweise nur Krankengeld erhält oder wenn durch die Krankheit Kosten entstehen, die der Betroffene selbst tragen 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

> Internetadresse

unter www.krebshilfe.de/haertefonds.

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

Die Präventionsfaltblätter und -broschüren der Deutschen Krebshilfe informieren darüber, wie sich das Risiko, an Krebs zu erkranken, verringern lässt.

> Internetadresse

Sämtliche Informationsmaterialien finden Sie im Internet unter www.krebshilfe.de/infomaterial. Sie können diese auch per E-Mail, Fax oder über den Postweg kostenlos bestellen.

Spots auf YouTube

Spots und Videos der Deutschen Krebshilfe zu verschiedenen Themen gibt es auf YouTube unter

> Internetadresse

www.youtube.com/user/deutschekrebshilfe.

> Adresse

Stiftung Deutsche Krebshilfe
Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn
Zentrale: 0228 72990-0 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
Telefax: 0228 72990-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Ihre persönliche Beratung INFONETZ KREBS
Telefon: 0800 80708877 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
E-Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de
Internet: www.infonetz-krebs.de

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe
Telefon: 0228 72990-94
(Mo bis Fr 8 – 12 Uhr und 14 – 16 Uhr)
E-Mail: haertefonds@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de/haertefonds

Dr. Mildred Scheel Akademie

Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter in Krebsberatungsstellen, Mitglieder von Krebsselbsthilfegruppen, Seelsorger, Psychotherapeuten, Studenten – wer 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
50937 Köln
Telefon: 0221 944049-0
Telefax: 0221 944049-44
E-Mail: msa@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de/akademie

Kontakte zu Selbsthilfegruppen

Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. (HKSH)
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 0228 33889-540
Telefax: 0228 33889-560
E-Mail: info@hausderkrebsselbsthilfe.de
Internet: www.hausderkrebsselbsthilfe.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Telefon: 030 31018960
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de

Weitere nützliche Adressen

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 030 3229329-0
Telefax: 030 3229329-55
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst des
Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg
Telefon: 0800 4203040 (täglich 8 – 20 Uhr, kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Kompetenznetz Komplementärmedizin in der Onkologie (KOKON)
Klinik für Strahlentherapie und Spezielle Onkologie
Klaus-Bahlsen-Zentrum für Integrative Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Internet: www.kompetenznetz-kokon.de

Arbeitsgemeinschaft internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 030 3229329-33
E-Mail: aio@krebsgesellschaft.de
Internet: www.aio-portal.de

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.
Arnstädter Weg 3
65931 Frankfurt am Main
Telefon: 069 47892071
E-Mail: info@hkke.org
Internet: www.hkke.org

Patientenbeauftragte/r der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
Telefon: 030 18441-1067
Telefax: 030 18441-4499
E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de
Internet: www.patientenbeauftragter.de

Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28a
22765 Hamburg
Telefon: 040 809087-0
Telefax: 040 809087-555
E-Mail: info@stiftung-gesundheit.de
Internet: www.stiftung-gesundheit.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Linienstraße 131
10115 Berlin
Telefon: 030 9210580-0
Telefax: 030 9210580-110
E-Mail: kontakt@vdk.de
Internet: www.vdk.de

Sozialverband SoVD Deutschland e. V.
Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Telefon: 030 726222-0
Telefax: 030 726222-311
E-Mail: kontakt@sovd.de
Internet: www.sovd.de

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
Mauerstraße 53
10117 Berlin
Telefon: 030 221911006
(Mo bis Do 8 – 17 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)
E-Mail: buero@behindertenbeauftragter.de
Internet: www.behindertenbeauftragter.de

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V.
Brehmstraße 5 – 7
40239 Düsseldorf
Telefon: 0211 64004-0
Telefax.: 0211 64004-20
E-Mail: info@bvkm.de
Internet: www.bvkm.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.
Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin
Telefon: 030 25800-0
Telefax: 030 25800-518
E-Mail: info@vzbv.de
Internet: www.vzbv.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen (BAGP)
Astallerstraße 14
80339 München
Telefon: 089 76755131
(erreichbar Di bis Do 13 – 14 Uhr)
E-Mail: mail@bagp.de
Internet: www.bagp.de

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstraße 45
10117 Berlin
E-Mail: info@zqp.de
Internet: www.zqp.de

Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Telefon: 0800 4555500
(Mo bis Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 14 Uhr)
Internet: www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/spezielle-hilfe-und-unterstuetzung

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
Kontaktformular: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/kontakt/kontaktformular.html
Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de
Bürgertelefon (Mo bis Mi 8 – 16 Uhr, Do 8 – 18 Uhr, Fr 8 – 12 Uhr)
030 3406066-01 Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 3406066-02 Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-03 Bürgertelefon zur gesundheitl. Prävention

Vergabe von Arztterminen

Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle
Bundesweit einheitliche Notdienstnummer
Telefon: 116 117 (24 Stunden / 7 Tage)
Internet: www.116117.de

GKV – Spitzenverband gesetzliche Krankenversicherung auf Bundesebene
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

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

Deutsche Rentenversicherung
Kostenloses Servicetelefon: 0800 10004800
(Mo bis Do 7.30 – 19 Uhr, Fr 8 – 15.30 Uhr)
E-Mail: drv@drv-bund.de
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Rentenversicherungsträger in Deutschland
www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Beratung-und-Kontakt/Kontakt/Anschriften-Uebersicht/anschriften_uebersicht_detail.html

Informationen im Internet

Betroffene und Angehörige informieren sich gerne 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.junge-erwachsene-mit-krebs.de
Umfangreiche Informationen zu Krebs und Hilfsangebote der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

www.krebsinformationsdienst.de
KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg

www.krebsgesellschaft.de
Umfangreiche Informationen der Deutschen Krebsgesellschaft für Ärzte, Betroffene und medizinische Fachkräfte

www.inkanet.de
Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige

www.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.kompetenznetz-kokon.de
Kompetenznetz Komplementärmedizin in der Onkologie – KOKON

Informationen zu Patientenrechten

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

www.bmjv.de
Hier finden Sie einen Ratgeber für Patientenrechte

www.patienten-rechte-gesetz.de

Informationen zu Leben mit Krebs und Nebenwirkungen

www.dapo-ev.de
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V.; diese Seiten enthalten unter anderem Adressen von Psychotherapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern und -pädagogen, Seelsorgern, Supervisoren und Angehörigen weiterer Berufsgruppen, die in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. mitwirken.

www.psycho-onkologie.net/finder/suche.html
Beratungsportal für Krebsbetroffene, mit Suchfunktion nach Angeboten und Orten

www.vereinlebenswert.de und **www.pso-ag.org**
Seiten mit Informationen über psychosoziale Beratung

www.dg-andrologie.de
Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA), Schwerpunkt männliche Fertilität

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

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

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

www.activeoncokids.org
Netzwerk für Sport- und Bewegung für krebskranke Kinder und Kinder nach einer Krebserkrankung sowie deren Angehörige

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 e. V.

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

www.vdoe.de und **www.vdoe.de/vdoe-expertensuche**
BerufsVerband Oecotrophologie 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.

Sozialrechtliche Informationen und Sozialleistungen

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

www.bagp.de
Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiatoren; mit Liste von Beratungseinrichtungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden.

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

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

www.vdk.de und **www.sovd.de**
Sozialpolitische Interessenvertretung

www.schwerbehindertenausweis.de/nachteilsausgleich-suche
Suche nach Nachteilsausgleichen, die für Ihren Grad der Behinderung und für Ihre Merkzeichen zutreffen

www.teilhabeberatung.de
In Fragen zur Teilhabe unterstützt Sie die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB).

Arzt- und Kliniksuche

www.oncomap.de
Internetseite mit Adressen der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Krebszentren; mit Suchfunktion

gesund.bund.de
Unterstützt Interessierte und Patienten bei der Suche nach dem für sie geeigneten Krankenhaus

www.zqp.de
Zentrum für Qualität in der Pflege; mit Suchfunktion nach Pflegestützpunkten.

arztsuche.116117.de
Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Suche nach in Praxen niedergelassenen spezialisierten Ärzten und Psychotherapeuten

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

www.arbeitskreis-gesundheit.de
Gemeinnütziger Zusammenschluss von Kliniken verschiedener Fachrichtungen; Homepage mit Verzeichnis von Rehakliniken

ABKÜRZUNGEN

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

NOCH FRAGEN?

Vielleicht haben Sie nach dem Lesen dieser umfangreichen Informationen noch die eine oder andere Frage. Im Folgenden haben wir häufig gestellte Fragen zum Thema Sozialleistungen bei Krebs für Sie beantwortet.

Ich werde vermutlich im Laufe eines Jahres die Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen überschreiten. Kann ich mich von den Zuzahlungen befreien lassen?

Damit auch Versicherte mit einem geringen Einkommen medizinische Leistungen in vollem Umfang erhalten, gibt es eine sogenannte Belastungsgrenze. Diese wird unterschiedlich berechnet:

- Bei chronisch Kranken beträgt die Berechnungsgrundlage ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.
- Für alle anderen liegt die Berechnungsgrundlage bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.

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

Nähert sich die Summe der von Ihnen geleisteten Zuzahlungen der Belastungsgrenze, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

Dort werden Sie beraten und erhalten gegebenenfalls auch eine Bescheinigung, dass Sie für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreit sind. (Kapitel Belastungsgrenzen und Zuzahlungen, Seite 82)

Kann ich nur Belege von Zuzahlungen, die mit meiner Krebserkrankung zusammenhängen, geltend machen?
Nein, die Belastungsgrenze gilt unabhängig von der Erkrankung. Lassen Sie sich von jedem selbst gezahlten Betrag eine Quittung geben (Arzneimittel, Hilfsmittel, Fahrkosten, u.a.). (Kapitel Belastungsgrenzen und Zuzahlungen, Seite 82)

Mein Arzt hat mir ein Medikament verschrieben, dessen Preis unter fünf Euro liegt. Was bezahle ich?
In diesem Fall zahlen Sie nur den reinen Medikamentenpreis. Handelt es sich um ein Medikament, für das ein Festbetrag festgelegt wurde, und liegt der Preis des Medikaments 30 Prozent unter diesem Festbetrag, müssen Sie keine Zuzahlung leisten. (Kapitel Belastungsgrenzen und Zuzahlungen, Seite 82)

Ich benötige nach meiner Krankenhausentlassung häusliche Krankenpflege durch Fachkräfte. Was muss ich machen, um sie zu bekommen?
Die Krankenkasse kann unter bestimmten Voraussetzungen und bei vorliegender ärztlicher Verordnung häusliche Krankenpflege bewilligen. Stellen Sie – vor der Entlassung – einen entsprechenden Antrag bei Ihrer Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung. Der Sozialdienst des Krankenhauses kann Sie hierbei unterstützen. (Kapitel Häusliche Krankenpflege (SGB V Leistungen), Seite 19)

Ich lebe alleine, habe keinen Pflegegrad und kann aufgrund meiner schweren Erkrankung meinen Haushalt nicht alleine führen. Wie kann ich Unterstützung bekommen?
Wenn keine weitere Person im Haushalt lebt, die diesen übernehmen kann, können Sie aufgrund schwerer Erkrankung oder Verschlimmerung der Erkrankung eine Haushaltshilfe für maximal vier Wochen beantragen (§38 SGB V).

Ihr behandelnder Arzt muss diese Notwendigkeit bescheinigen. Mit dieser Bescheinigung sollten Sie den Antrag möglichst früh bei Ihrer Krankenkasse stellen. (Kapitel Leistungen GKV der Krankenversicherung / Haushaltshilfe, Seite 63)

Ich lebe alleine, habe keinen Pflegegrad und kann aufgrund meiner schweren Erkrankung mein Kind / meine Kinder nicht alleine versorgen. Bekomme ich eine Haushaltshilfe?
Sie haben Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn keine weitere Person im Haushalt lebt, welche das Kind / die Kinder versorgen kann und wenn einer der folgenden Punkte zutrifft (SGB V §38 Abs. 1):

- Ihr Kind beziehungsweise eines Ihrer Kinder ist jünger als 12 Jahre oder
- Es lebt ein behindertes Kind im Haushalt

Die Haushaltshilfe können Sie bei Ihrer zuständigen Krankenkasse beantragen, wenn Sie vorher eine ärztliche Verordnung dafür bekommen haben. (Kapitel Leistungen der Krankenversicherung, Seite 10)

Ich bin nach meiner Therapie pflegebedürftig. Wie bekomme ich Hilfe?
Sie können Leistungen der Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, wenn Ihr Pflegebedarf dauerhaft (mindestens sechs Monate) ist und Ihre Pflegebedürftigkeit

festgestellt wurde. Was Sie an Leistungen bekommen, hängt davon ab, wie viel Hilfe Sie benötigen. Anträge stellen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse, die bei Ihrer Krankenkasse eingerichtet wurde oder bei Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung (siehe auch ab Seite 36). Beratungen hierzu und bei weiteren Fragen bieten die Pflegestützpunkte: www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb

Der Zustand meines Angehörigen hat sich verschlechtert. Ich muss mich um die Organisation von Hilfsdiensten kümmern. Besteht die Möglichkeit, dass ich bei der Arbeit dafür frei bekomme?
Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ermöglicht Arbeitnehmern, wenn das Fernbleiben aufgrund einer akut aufgetretenen Pflegesituation oder zur Organisation bedarfsgerechter Pflege eines Angehörigen von Nöten ist, eine Freistellung im Beruf. (Kapitel Leistungen der Pflegeversicherung / Pflegezeitgesetz, Seite 47)

Wo muss ich den Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) stellen?
In der Regel erfolgt die Antragstellung auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) durch den Sozialdienst der Klinik oder durch den behandelnden Arzt, der die medizinische Notwendigkeit bescheinigt.

Die unterschiedlichen Kostenträger für eine Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) (Kranken-, Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung) klären die Zuständigkeit unter sich und leiten Ihren Antrag gegebenenfalls an die verantwortliche Stelle weiter. Sie werden selbstverständlich darüber informiert. (Kapitel Rehabilitation, Seite 56)

Wie viele Rehabilitationsmaßnahmen kann ich in Anspruch nehmen?
Ist Ihre Erstbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) abgeschlossen, können Sie bis zum Ablauf eines Jahres Leistungen zur onkologischen Rehabilitation beanspruchen. Unter bestimmten Umständen kann auch innerhalb von zwei Jahren nach der Erstbehandlung eine (erneute) Rehabilitation stattfinden. Eine weitere ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme können Sie erst nach vier weiteren Jahren beantragen. Ausnahme: Treten Rückfälle oder Tochtergeschwülste in anderen Körperteilen auf, können Sie – falls medizinisch notwendig – früher eine Rehabilitation bekommen. (Kapitel Rehabilitation, Seite 56)

Woher weiß ich, dass mir ein Schwerbehindertenausweis zusteht?
Bei Krebserkrankungen wird in den allermeisten Fällen ein Schwerbehindertenausweis genehmigt, weil gesundheitliche Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen durch die Erkrankungen und Therapien vorliegen können. Sie können beim zuständigen Amt einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen. Der medizinische Dienst des zuständigen Amtes prüft den Grad der Behinderung (GdB). Wenn Sie sich vor Antragstellung beraten lassen wollen, setzen Sie sich zum Beispiel mit dem Sozialdienst des Krankenhauses in Verbindung, in dem Sie behandelt werden oder wenden sich als ambulant behandelter Patient beispielsweise an eine Krebsberatungsstelle (Adressen ab Seite 106). (Kapitel Schwerbehinderung, Seite 68)

Wie bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?
Anträge gibt es bei den Gemeinde-, Stadt- oder Kreisverwaltungen, die Ihnen auch die Anschrift des für Sie zuständigen Amtes geben können. Dort reichen Sie den ausgefüllten Antrag ein. Hierfür benötigen Sie ein aktuelles Passbild. In dem Antrag soll-

ten Sie nicht nur Ihre Krebserkrankung angeben, aufgrund derer Sie jetzt den Antrag stellen, sondern auch alle anderen, länger andauernden Krankheiten und Beschwerden. Unter „länger andauernd" ist ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zu verstehen. (Kapitel Schwerbehinderung, Seite 68)

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?
Als gesetzlich Versicherter erhalten Sie 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 27.

Wenn Sie eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie die tariflich vereinbarte Summe maximal in Höhe Ihres Nettogehalts. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Krankengeld, Seite 28)

Wie komme ich an das Krankengeld?
Wenn feststeht, dass Sie länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind und die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber beendet ist, stellen Sie einen Antrag auf Krankengeld bei Ihrer Krankenkasse. Als privat Versicherter beantragen Sie die Zahlung des Krankentagegeldes bei Ihrer Versicherung. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Krankengeld, Seite 27)

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 (einschließlich Entgeltfortzahlung) 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 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 Rentenantrag 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 (Kapitel Erwerbsminderungsrente, Seite 33). Rentenbeginn ist in der Regel der Zeitpunkt des Rehabilitationsantrages. Bereits gezahltes Krankengeld wird mit der Rente verrechnet. Krankengeld ist häufig höher als die Erwerbsminderungsrente, die Differenz muss allerdings nicht zurückgezahlt werden.

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 (jünger als zwölf Jahre) Krankengeld, und zwar bis zu 15 Arbeitstage pro Kalenderjahr. Sind beide Elternteile berufstätig, können maximal 30 Arbeitstage geltend gemacht werden. Um das Krankengeld zu bekommen, benötigen Sie eine ärztliche Bescheinigung. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Krankengeld, Seite 27)

Ich habe aufgrund meiner Erkrankung Probleme, in meinen alten Beruf zurückzukehren, möchte aber auf jeden Fall wieder arbeiten. Was kann ich tun?
Informieren Sie sich über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Setzen Sie sich mit Ihrem zuständigen Arbeitsamt, Ihrem Rentenversicherungsträger oder dem Integrations- bzw. Inklusionsamt in Verbindung. Ist die Ausübung Ihres alten Berufes aufgrund der Erkrankung nicht möglich, kann im Rahmen der beruflichen Rehabilitation eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben trotz gesundheitlicher Einschränkungen und / oder Behinderung in Anspruch genommen werden. Maßnahmen der beruflichen Reha werden von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht, oft sind dies aber das Arbeitsamt, die gesetzliche Rentenversicherung oder das Integrations- bzw. Inklusionsamt. Adressen finden Sie hier: www.bih.de/integrationsaemter/kontakt/. (Kapitel Rehabilitation / Berufliche Wiedereingliederung, Seite 63)

Die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) unterstützt Sie in allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe: www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb

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 33 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. (Kapitel Wirtschaftliche Sicherung / Erwerbsminderungsrente, Seite 33)

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?
Sollten Sie eine Förderung aus dem Härtefonds unseres Hauses noch nicht in Anspruch genommen haben, besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf eine einmalige einkommensabhängige und zweckungebundene finanzielle Unterstützung zu stellen. Dieser Unterstützungsfonds wurde gezielt für Krebsbetroffene in Notsituationen eingerichtet (Kapitel Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, Seite 104).

QUELLENANGABEN

Zur Erstellung dieser Broschüre wurden die nachstehend aufgeführten Informationsquellen herangezogen:

- **Ratgeber Krankenversicherung**, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2025
- **Soziale Informationen**, hrsg. Frauenselbsthilfe Krebs e. V. – Bundesverband, Bonn 2025
- **Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**, www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/gkv_grundprinzipien.jsp
- **Die Pflegestärkungsgesetze**, www.bundesgesundheitsministerium.de
- **Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance**, Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, 20. Auflage (4/2025)
- **Mit Rehabilitation wieder fit für den Job**, Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, 19. Auflage (8/2025)
- 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 2023
- **Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**, Gesetzliche Krankenversicherung
- **Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)**, Arbeitsförderung
- **Versorgungs-Medizin-Verordnung – Versorgungsmedizinische Grundsätze**, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bonn 2026
- **Merkblatt langfristiger Heilmittelbehandlungen**, hrsg. vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Berlin 2023
- **Klarheit im Blätterwald-Sozialleistungen bei Krebserkrankungen**, hrsg. von der Niedersächsischen Krebsgesellschaft, Hannover 2022
- **Nachteilsausgleiche, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen**, www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/schwerbehinderung/schwerbehinderung.html
- **Nachteilsausgleiche, Bundesarbeitsgemeinschaft der Inklusionsämter und Hilfen der Sozialen Entschädigung (BIH) e. V.**, www.bih.de/integrationsaemter/medien-und-publikationen/fachlexikon/detail/nachteilsausgleiche/
- **Haushaltshilfe, Deutsche Rentenversicherung**, www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Warum-Reha/haushaltshilfe
- **Pauschbeträge für behinderte Menschen, Hinterbliebene und Pflegepersonen, Einkommensteuergesetz (EStG) § 33b**, www.gesetze-im-internet.de/estg/__33b.html
- **Entlassmanagement, GKV-Spitzenverband**, www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp
- **Schwerbehindertenverordnung**, www.gesetze-im-internet.de/schwbawv/index.html
- **Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes** (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV), www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html
- **7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland:** Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2024
- **Änderungen durch das Gesetz zur Erhöhung der Behinderten-Pauschbeträge:** www.bundesfinanzministerium.de
- **Einkommensteuergesetz (EStG), § 33b Pauschbeträge für Menschen mit Behinderungen, Hinterbliebene und Pflegepersonen**: www.gesetzte-im-internet.de

Für Ihre Notizen

INFORMIEREN SIE SICH

Das folgende kostenlose Informationsmaterial können Sie bestellen.

Deutsche Krebshilfe
Buschstr. 32
53113 Bonn

Telefon: 0228 72990-0
Telefax: 0228 72990-11
E-Mail: bestellungen@krebshilfe.de

Informationen für Betroffene und Angehörige

Die blauen Ratgeber (ISSN 0946-4816)

__ 001 Ihr Krebsrisiko – Sind Sie gefährdet?
__ 002 Brustkrebs
__ 003 Krebs der Gebärmutter
__ 004 Krebs der Eierstöcke
__ 005 Hautkrebs
__ 006 Darmkrebs
__ 007 Magenkrebs
__ 008 Gehirntumoren
__ 009 Krebs der Schilddrüse
__ 010 Lungenkrebs
__ 011 Krebs im Rachen und Kehlkopf
__ 012 Krebs im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
__ 013 Krebs der Speiseröhre
__ 014 Krebs der Bauchspeicheldrüse
__ 015 Leberkrebs
__ 016 Hodenkrebs
__ 017 Prostatakrebs
__ 018 Blasenkrebs
__ 019 Nierenkrebs
__ 021 Hodgkin-Lymphom
__ 022 Multiples Myelom / Plasmozytom
__ 023 Chronische lymphatische Leukämie
__ 024 Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
__ 025 Krebs der Gallenwege und Gallenblase
__ 040 Sozialleistungen bei Krebs
__ 041 Krebswörterbuch
__ 042 Hilfen für Angehörige
__ 043 Patienten und Ärzte als Partner
__ 044 Du bist jung und hast Krebs
__ 046 Ernährung bei Krebs
__ 048 Bewegung und Sport bei Krebs
__ 049 Kinderwunsch und Krebs
__ 050 Schmerzen bei Krebs
__ 051 Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs
__ 053 Strahlentherapie
__ 057 Palliativmedizin
__ 060 Klinische Studien

Sonstiges

__ 080 Nachsorgekalender
__ 100 Programm der Dr. Mildred Scheel Akademie
__ 101 INFONETZ KREBS – Ihre persönliche Beratung
__ 140 Hilfe in finanzieller Notlage – Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Gesundheits- / Patientenleitlinien

Gesundheitsleitlinien

__ 170 Prävention von Hautkrebs

Patientenleitlinien

__ 159 Rachenkrebs
__ 161 Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)
__ 162 Operation bei Krebs der Verdauungsorgane
__ 163 Nicht-kleinzelliger Lungenkrebs
__ 164 Kleinzelliger Lungenkrebs
__ 165 Krebs der Gallenwege und Gallenblase
__ 166 Follikuläres Lymphom
__ 167 Analkrebs
__ 168 Peniskrebs
__ 169 Multiples Myelom
__ 171 Plattenepithelkarzinom der Haut und Vorstufen
__ 172 Weichgewebesarkome bei Erwachsenen
__ 173 Gebärmutterkörperkrebs
__ 174 Supportive Therapie
__ 175 Psychoonkologie
__ 176 Speiseröhrenkrebs
__ 177 Nierenkrebs I – früh und lokal fortgeschritten
__ 178 Nierenkrebs II – metastasiert
__ 179 Blasenkrebs
__ 180 Gebärmutterhalskrebs
__ 181 Chronische lymphatische Leukämie
__ 182 Brustkrebs im frühen Stadium
__ 183 Prostatakrebs I – Lokal begrenzt
__ 184 Prostatakrebs II – Lokal fortgeschritten und metastasiert
__ 185 Hodenkrebs
__ 186 Metastasierter Brustkrebs
__ 189 Morbus Hodgkin
__ 190 Mundhöhlenkrebs
__ 191 Melanom
__ 192 Eierstockkrebs
__ 193 Leberkrebs
__ 194 Darmkrebs im frühen Stadium
__ 195 Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium
__ 196 Bauchspeicheldrüsenkrebs
__ 198 Palliativmedizin
__ 199 Komplementärmedizin
__ 187 Früherkennung von Prostatakrebs

Informationen zur Krebsfrüherkennung

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

Name:

Straße:

PLZ | Ort:

Informationen zur Krebsprävention

Präventionsratgeber (ISSN 0948-6763)

__ 402 Gesunden Appetit! – Vielseitig essen – Gesund leben
__ 403 Schritt für Schritt – Mehr Bewegung – Weniger Krebsrisiko
__ 407 Sommer. Sonne. Schattenspiele. – Gut behütet vor UV-Strahlung
__ 408 Ins rechte Licht gerückt – Krebsrisikofaktor Solarium

Präventionsfaltblätter (ISSN 1613-4591)

__ 411 Prozentrechnung – Weniger Alkohol – Mehr Gesundheit
__ 412 Leichter leben – Übergewicht reduzieren – Krebsrisiko senken
__ 413 Pikst kurz, schützt lang – HPV- und Hepatitis-B-Impfung für Kinder
__ 430 10 Tipps gegen Krebs – Sich und anderen Gutes tun
__ 432 Kindergesundheit – Gut geschützt von Anfang an
__ 433 Aktiv gegen Brustkrebs – Selbst ist die Frau
__ 435 Aktiv gegen Darmkrebs – Selbst bewusst vorbeugen
__ 436 Sommer. Sonne. Schattenspiele. – Gut behütet vor UV-Strahlung
__ 437 Aktiv gegen Lungenkrebs – Bewusst Luft holen
__ 439 Schritt für Schritt – Mehr Bewegung – Weniger Krebsrisiko
__ 440 Gesunden Appetit! – Vielseitig essen – Gesund leben
__ 441 Richtig aufatmen – Geschafft – Endlich Nichtraucher
__ 442 Clever in Sonne und Schatten – Gut geschützt vor UV-Strahlen
__ 447 Ins rechte Licht gerückt – Krebsrisikofaktor Solarium

Checklisten „Clever in Sonne und Schatten“

__ 494 UV-Schutz für Eltern von Kleinkindern
__ 495 UV-Schutz für Grundschüler
__ 521 UV-Schutz für Sportler
__ 522 UV-Schutz für Trainer

Informationen über die Deutsche Krebshilfe

__ 601 Geschäftsbericht (ISSN 1436-0934)
__ 603 Magazin Deutsche Krebshilfe (ISSN 0949-8184)

Name:

Straße:

PLZ | Ort:

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

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

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

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

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dieser Broschüre möchten wir Sie informieren und Ihre Fragen beantworten. Ihre Meinung ist uns wichtig!

Füllen Sie dazu bitte den Bewertungsbogen aus und lassen Sie uns die Antwortkarte zukommen (entweder per Post an die genannte Adresse oder per E-Mail an patienteninformation@krebshilfe.de). Teilen Sie uns auch gerne mit, ob die Informationen für Sie relevant waren oder ob Ihnen Inhalte gefehlt haben.

Ihr Feedback wird von uns in anonymisierter Form für statistische Auswertungen genutzt. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?

○ Ja ○ Nein

Beruf: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____

Deutsche Krebshilfe
Buschstraße 32

53113 Bonn

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG

Ich bin

○ Betroffen ○ Angehörig / Zugehörig ○ Interessiert

So bewerte ich die Informationen dieser Broschüre

☺ 😐 ☹ Allgemeinverständlicher Text

☺ 😐 ☹ Leistungen Krankenversicherung / Pflegeversicherung

☺ 😐 ☹ Wirtschaftliche Sicherung

☺ 😐 ☹ Rehabilitation

☺ 😐 ☹ Schwerbehinderung

☺ 😐 ☹ Belastungsgrenzen / Zuzahlungen

☺ 😐 ☹ Berufskrankheit

☺ 😐 ☹ Beamtenverhältnis / Private Versicherung

☺ 😐 ☹ Anlaufstellen / Weitere Informationen

Bitte kreuzen Sie an.

Ich habe die Broschüre bekommen

○ Vom Arzt persönlich ○ Wartezimmer
○ Krankenhaus ○ Apotheke
○ Angehörige / Zugehörige ○ Selbsthilfegruppe
○ Internetausdruck ○ Deutsche Krebshilfe

Anmerkungen / Anregungen

040 v109 07/26

Deutsche Krebshilfe
MILDRED-SCHEEL-FÖRDERKREIS

DER KAMPF GEGEN
KREBS
IST EIN DAUER
AUFTRAG

www.mildred-scheel-foerderkreis.de

Machen Sie mit und werden Sie Förderer

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

Helfen Sie mit, den Mildred-Scheel-Förderkreis zu einer großen Bürgerbewegung zu machen. Für das Leben – gegen den Krebs!

© Deutsche Krebshilfe, Getty Images/E+/kupicoo, pressmaster-Fotolia

Schon mit einer monatlichen Spende ab 5 Euro

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

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

Für Ihr Engagement bedanken wir uns schon jetzt von Herzen.

Bitte ausfüllen, abtrennen und an uns zurücksenden!

JA, ich werde Förderer im Mildred-Scheel-Förderkreis und unterstütze die Arbeit der Deutschen Krebshilfe regelmäßig

ab (Monat/Jahr) _____ / _____

mit einer **monatlichen** Spende von

☐ 5 Euro ☐ 10 Euro ☐ 20 Euro

☐ _____ Euro (Betrag Ihrer Wahl).

Vorname/Name (Kontoinhaber)

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Kreditinstitut

BIC

D E

IBAN

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

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

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE80ZZZ00001556446

Meine regelmäßige Hilfe kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

Ort, Datum und Unterschrift

5002092G

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

QR-Code scannen und regelmäßig spenden

Bitte einsenden oder online anmelden unter www.krebshilfe.de/dauerspende

HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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

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

Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da.
Deutsche Krebshilfe
Buschstr. 32
53113 Bonn

Telefon: 0228 72990-0
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

INFONETZ KREBS
WISSEN SCHAFFT MUT
Ihre persönliche Beratung
Mo bis Fr 8 – 17 Uhr
0800 80708877
kostenfrei

„Es sind nicht die großen Worte, die in der Gemeinschaft Grundsätzliches bewegen: Es sind die vielen kleinen Taten der Einzelnen."

Dr. Mildred Scheel

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

Spendenkonto

Kreissparkasse Köln
IBAN DE65 3705 0299 0000 9191 91
BIC COKSDE33XXX

ISSN 0946-4816

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.