

40

Die blauen Ratgeber

WEGWEISER ZU SOZIAL LEISTUNGEN

ANTWORTEN. HILFEN. PERSPEKTIVEN.



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

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

Herausgeber

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

Fachliche Beratung

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Friedrichstraße 191
10117 Berlin

Text und Redaktion

Isabell-Annett Beckmann, Deutsche Krebshilfe

Stand 4 / 2014

ISSN 0946-4816
Art.-Nr. 040 0044



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

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

INHALT

VORWORT 4

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN 7

ZUZÄHLUNGEN 9

Praxisgebühr 9

Arznei- und Verbandmittel 10

Heilmittel 12

Hilfsmittel 12

Fahrtkosten 14

Pflegekosten 15

 Krankenhauspflege (*Stationäre Versorgung*) 15

 Häusliche Krankenpflege 15

 Haushaltshilfe 16

 Lindernde (*palliativmedizinische*) Behandlung 18

Zuzahlungen auf einen Blick 20

BELASTUNGSGRENZEN 22

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG 27

Pflegebedürftigkeit 28

Leistungen für häusliche Pflege 31

Leistungen für (teil-)stationäre Pflege 34

REHABILITATION 37

Anschlussrehabilitation (AR) /

Anschlussheilbehandlung (AHB) 38

Onkologische Rehabilitation 39

Rehabilitationssport 42

Berufliche Wiedereingliederung

(Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) 44

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS 46

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT 48

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG 54

Krankengeld 54

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 57

Erwerbsminderungsrente 57

HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS 59

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE 61

HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT 62

Informationen im Internet 67

NOCH FRAGEN? 73

QUELLENANGABEN 79

INFORMIEREN SIE SICH 81

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG 84

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

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

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

Sie gezahlt wird, fragen Sie deshalb direkt bei Ihrer Krankenkasse / -versicherung nach.

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

Überwinden Sie diese Gefühle! Konzentrieren Sie Ihren Willen und Ihre Kräfte darauf, gesund zu werden und machen Sie sich vor allem eines klar: Es geht bei diesen Hilfsmaßnahmen nicht um Almosen, sondern um Leistungen, auf die Sie einen Anspruch haben. Leistungen, die Ihnen helfen werden, so schnell wie möglich Ihr gewohntes Leben wieder aufzunehmen.

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

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

Alle sozialrechtlichen Angebote sollen Sie dabei unterstützen, so gut wie möglich in Ihren Alltag zurückzukehren. Diese Broschüre gibt Ihnen einen ersten Überblick über die verschiedenen Mög-

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

**Ihre
Deutsche Krebshilfe und
Deutsche Krebsgesellschaft**

Eine Bitte in eigener Sache

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

ANSPRUCH AUF SOZIALLEISTUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

ZUZAHLUNGEN

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

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

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

Es gibt eine Höchstgrenze

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

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

Praxisgebühr

Seit dem 1. Januar 2013 brauchen Sie keine Praxisgebühr mehr zu bezahlen.

Patientenquittung

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Keine Zuzahlung bei preisgünstigen Medikamenten

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

Seit dem 1. Januar 2009 gibt es neue Festbeträge für bestimmte, verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Krankenkassen zahlen dabei nicht mehr den von den Pharmaherstellern festgesetzten Einzelpreis eines Medikaments, sondern erstatten lediglich den Betrag, der für eine Gruppe von vergleichbaren Präparaten festgelegt wurde. Übersteigt der Preis eines rezeptpflichtigen Medikaments diesen Festbetrag, müssen die Patienten die Mehrkosten selbst tragen. Davon sind auch diejenigen Versicherten betroffen, die von der Zuzahlung befreit sind.

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

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

Sonderregelung bei Therapiestandard

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

> Internetadresse

Heilmittel

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

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

Hilfsmittel

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

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

Bei bestehenden Festbeträgen zahlt die Krankenkasse nur diese

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

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

Private Krankenversicherung

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

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

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

Fahrtkosten

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

Auf jeden Fall muss die Krankenkasse die Fahrten aber zuvor genehmigen. Sie selbst müssen sich an den Kosten beteiligen: mit zehn Prozent, mindestens aber mit 5,- Euro, höchstens mit 10,- Euro pro Fahrt. Liegen die Kosten für eine Fahrt unter 5,- Euro, brauchen Sie nur den wirklich entstandenen Preis zu bezahlen.

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

Stationäre Behandlung

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

Private Kranken- versicherung

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

Pflegekosten

Krankenhauspflege (*Stationäre Versorgung*)

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

Private Kranken- versicherung

Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Häusliche Krankenpflege

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

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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

Zur häuslichen Krankenpflege gehören die sogenannte Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung), die Grundpflege (zum Beispiel Körperpflege) und die hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Essen zubereiten). Die Krankenkasse übernimmt allerdings keine Grundpflege und hauswirtschaft-

liche Versorgung mehr, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Soziale Pflegeversicherung“ ab Seite 27 dieser Broschüre.

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

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

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

Private Krankenversicherung

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

Haushaltshilfe

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

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein: Keine andere im Haushalt lebende Person kann die Aufgaben übernehmen und zu Beginn dieser Zeit lebt ein Kind in Ihrem Haushalt, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder das behindert und somit auf Hilfe angewiesen ist. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch in anderen Fällen eine Haushaltshilfe vorsehen. Sie kann dabei Dauer und Umfang der Leistung bestimmen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

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

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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

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

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

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen zahlen grundsätzlich keine Haushaltshilfe.

Lindernde (*palliativmedizinische*) Behandlung

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

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

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

➤ **Ratgeber
Palliativmedizin
Patienten-
informationsfilm**

Ausführliche Erläuterungen zur palliativmedizinischen Behandlung finden Sie in der Broschüre „Palliativmedizin – Die blauen Ratgeber 57“ und im Patienteninformationsfilm auf DVD „Palliativmedizin“ der Deutschen Krebshilfe. Beides können Sie kostenlos bestellen (Adresse Seite 63).

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

Gesetzliche Krankenversicherung

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

Hospizaufenthalt

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

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

Private Krankenversicherung

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

Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen

Arzneimittel und Verbandmittel (nur verschreibungspflichtige)

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

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

Andere Hilfsmittel

Fahrtkosten (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

Krankenhausbehandlung (vollstationär)

Häusliche Krankenpflege

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)

Haushaltshilfe

Zuzahlungshöhe

Befreiungsmöglichkeiten

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

10 % der Kosten + 10,- € je Verordnung

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

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

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

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

10,- € pro Kalendertag für unbegrenzte Dauer

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

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

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

* Dies gilt nicht für Fahrten zu ambulanten Behandlungen.

BELASTUNGSGRENZEN

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

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

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

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

Definition „schwer chronisch krank“

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

- Der Kranke hat die Pflegestufe 2 oder 3.
- Er ist zu mindestens 60 Prozent schwerbehindert oder erwerbsgemindert.

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

Die verminderte Belastungsgrenze ist seit dem 1. Januar 2008 darüber hinaus an eine Voraussetzung geknüpft: Die Patientin oder der Patient muss sich im Fall einer chronischen Erkrankung am Behandlungsprozess beteiligen und seinerseits vermeiden, dass sich die Krankheit verschlimmert und Folgeerkrankungen entstehen. Dies kann beispielsweise durch die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) erfolgen. Diese strukturellen Behandlungsprogramme werden für bestimmte Erkrankungen – zum Beispiel für Brustkrebs – angeboten.

Seit 1.1.2008: verpflichtende Beratung

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

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

Präventionspass

Ihre Krankenkasse ist seit dem 1. Januar 2008 verpflichtet, Sie zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu informieren. Außerdem erhalten Sie einen Präventionspass, in dem alle Beratungsgespräche, Vor-

sorge- und Früherkennungsuntersuchungen, an denen Sie teilgenommen haben, notiert werden.

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

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

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

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

Freibeträge 2014

- | | |
|--|------------|
| • Für Ihren Ehepartner (oder bei Alleinerziehenden für das erste Kind) | 4.977,00 € |
| • Für jeden weiteren Angehörigen | 3.318,00 € |
| • Für jedes familienversicherte Kind | 7.008,00 € |

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

Beispiel: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze

Verheirateter Alleinverdiener mit drei Kindern, Bruttoeinkommen 35.000,- Euro

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Bruttoeinkommen | 35.000,00 € |
| Freibetrag Ehefrau | - 4.977,00 € |
| Kinderfreibetrag (3 x 7.008,- €) | - 21.024,00 € |
| <hr/> | |
| Rechenbasis Bruttoeinkommen | 8.999,00 € |
| davon 2 % | 179,98 € |

Die Familie muss also höchstens 179,98 Euro an Zuzahlungen leisten.

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

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

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

Bonusprogramme

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

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

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

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

Private Krankenversicherung

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

In Folge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008 wurde für privat Versicherte die unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung durch COMPASS initiiert. Die Pflegeexperten beraten privat Versicherte und ihre Angehörigen bun-

> Internetadresse

desweit zu allen Fragen der Pflegebedürftigkeit. COMPASS kann kostenlos unter 0800 / 101 88 00 erreicht werden. Unter www.compass-pflegeberatung.de finden Sie im Internet weitere Informationen.

Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber beschreibt, wer pflegebedürftig ist:

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

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

In einfachen Worten: Wer sich auf längere Sicht nicht mehr allein versorgen kann, ist pflegebedürftig. Ob Sie pflegebedürftig sind, stellt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) fest. Dazu wird ein Termin mit Ihnen vereinbart. Der Medizinische Dienst beurteilt wie stark Ihre Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist (in der Tabelle auf Seite 29 finden Sie eine Übersicht, was alles dazugehört). Welche der drei Pflegestufen Sie bekommen, richtet sich danach, wie sehr Sie pflegebedürftig sind. Weitere Informationen über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und das Begutachtungsverfahren finden Sie im Internet unter www.mdk.de.

> Internetadresse**Private Krankenversicherung**

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

> Internetadresse**Tätigkeiten, die beurteilt werden**

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahn- und Mundpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
- Ernährung: das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung
- Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen

Stufen der Pflegebedürftigkeit**Pflegestufe I – erheblich pflegebedürftig**

Mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei zwei oder mehr Verrichtungen aus den oben genannten Bereichen, im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten pflegerische Hilfe

Pflegestufe II – schwer pflegebedürftig

Mindestens dreimal täglich Hilfebedarf bei drei Verrichtungen zu verschiedenen Tageszeiten, im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden, davon mindestens zwei Stunden pflegerische Hilfe

Pflegestufe III – schwerst pflegebedürftig

Hilfebedarf rund um die Uhr auch nachts, im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden, davon mindestens vier Stunden pflegerische Hilfe

Härtefall

Die Pflegekassen können in besonderen Einzelfällen Pflegebedürftige der Stufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt

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

Antrag auf Pflegeleistungen

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

Pflegeneuaustrichtungsgesetz

Seit dem 1. Januar 2013 ist das Pflegeneuaustrichtungsgesetz (PNG) in Kraft, das pflegebedürftigen Menschen mehr Selbständigkeit geben soll.

Die wichtigsten Regelungen des PNG

- Ambulante Pflegedienste können zusätzlich zu ihren üblichen auch gezielt Betreuungsleistungen anbieten.
- Die Leistungen für Demenzkranke werden bei der ambulanten Versorgung erhöht.
- Die Leistungen, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Anspruch nehmen wollen, können gemeinsam mit den Pflegediensten besser nach den jeweiligen Bedürfnissen zusammengestellt werden. Dabei besteht die Wahl zwischen den verrichtungsbezogenen Leistungen und der Entscheidung für bestimmte Zeitvolumen.

- Pflegenden Angehörige sollen unterstützt werden: So wird zum Beispiel die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt, wenn der Pflegebedürftige in Kurzzeit- oder Verhinderungspflege (vergleiche Seite 34) untergebracht ist.
- Um Pflegetätigkeit rentenversicherungsrechtlich abzusichern (vergleiche Seite 34), sind mindestens 14 Stunden pro Woche erforderlich. Diese können nun durch die Pflege von zwei oder mehr Personen erreicht werden.
- Pflegekassen müssen die frühzeitige Beratung der Antragsteller sicherstellen und einen Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen anbieten. Dazu gehört auch, dass ein konkreter Ansprechpartner genannt wird.
- Die Begutachtung für die Zuordnung zu einer Pflegestufe hat innerhalb von vier Wochen zu erfolgen. Geschieht dies nicht, muss die Pflegekasse dem Versicherten drei Gutachter nennen, die anstelle des Medizinischen Dienstes die Einordnung vornehmen.
- Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten und ihre Angehörigen über die Leistungen allgemeinverständlich aufzuklären.
- Der Staat bezuschusst künftig die private Pflegevorsorge mit 60,- Euro pro Jahr. Die Versicherungsunternehmen dürfen keine Antragsteller aus gesundheitlichen Gründen ablehnen. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Leistungen für häusliche Pflege

Diese Leistungen sollen Ihre Pflege zu Hause verbessern. Grundsätzlich haben Sie drei Möglichkeiten, Leistungen für häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Entweder gewährt Ihnen die Pflegekasse Sachleistungen, das heißt sie bezahlt Pflegeeinsätze durch ambulante Dienste und Sozialstationen. Oder sie zahlt Ihnen stattdessen Pflegegeld. In diesem Fall kümmern Sie

sich selbst in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang um die Pflege oder eine geeignete Pflegeperson. Es ist auch eine Kombination von Sach- und Geldleistung möglich. Wie hoch die Leistungen der Pflegekasse sind, hängt davon ab, wie sehr Sie pflegebedürftig sind.

Für den Fall, dass Sie zwar noch nicht Pflegestufe I zugeordnet wurden, Sie sich im Alltag aber nur erheblich eingeschränkt versorgen können, haben Sie dennoch Anspruch auf Betreuungsleistungen. Man spricht in diesem Fall von der Pflegestufe 0.

Leistungen für häusliche Pflege

| | | | |
|---|-------------------|--------|---------------------|
| Sachleistung (ambulante Pflegedienste) | • Pflegestufe 0 | bis zu | 225,- € pro Monat |
| | • Pflegestufe I | bis zu | 450,- € pro Monat |
| | • Pflegestufe II | bis zu | 1.100,- € pro Monat |
| | • Pflegestufe III | bis zu | 1.550,- € pro Monat |
| | • Härtefälle | bis zu | 1.918,- € pro Monat |
| Geldleistung (private Pflege- person) | • Pflegestufe 0 | bis zu | 120,- € pro Monat |
| | • Pflegestufe I | bis zu | 235,- € pro Monat |
| | • Pflegestufe II | bis zu | 440,- € pro Monat |
| | • Pflegestufe III | bis zu | 700,- € pro Monat |

Leistungen gibt es auch, wenn der Pflegebedürftige zu Hause wohnt und tagsüber oder auch nachts teilweise in einer Einrichtung betreut wird.

Leistungen für häusliche Pflege bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*

| | | |
|--------------------------|--------|---------------------|
| Pflegestufe I | bis zu | 665,- € pro Monat |
| Pflegestufe II | bis zu | 1.250,- € pro Monat |
| Geldleistungen I | bis zu | 305,- € pro Monat |
| Geldleistungen II | bis zu | 525,- € pro Monat |

* geistige Defizite

Seit 2012 erhalten Sie zusätzlich bis zu 50 Prozent Pflegegeld- oder Pflegesachleistung.

Unter Umständen zahlt die Pflegekasse für die private Pflegeperson die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung.

Voraussetzungen für Rentenversicherungszahlungen

- Die Pflegeperson darf die Pflege nicht erwerbsmäßig ausüben.
- Sie darf zusätzlich nicht mehr als 30 Stunden pro Woche regelmäßig erwerbstätig sein.
- Sie darf keine Altersrente beziehen.
- Sie muss Pflege für mindestens 14 Stunden pro Woche übernehmen.

Die Pflegeperson ist während ihres Pflegeeinsatzes unfallversichert

Pflegevertretung Auch Pflegende können krank werden oder brauchen Urlaub und können in diesem Zeitraum die Pflege nicht übernehmen. In diesen Fällen zahlt die Pflegekasse eine Vertretung. Das ist besonders wichtig, wenn Sie Ihren Angehörigen selbst pflegen.

Verhinderungspflege Bei der sogenannten Verhinderungspflege wird die Pflegeperson während ihres Urlaubs oder bei Erkrankung durch eine andere ersetzt. Allerdings muss der Pflegefall bereits seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Ersatzpflege Die Ersatzpflege kann für höchstens vier Wochen pro Kalenderjahr gewährt werden und wird von der Pflegekasse mit bis zu 1.550,- Euro vergütet. Diese Aufgabe können Verwandte oder Verschwägerter bis zum zweiten Grad übernehmen.

Kurzzeitpflege Für vier Wochen im Kalenderjahr und bis zu 1.550,- Euro wird auch die Kurzzeitpflege gewährt. Der Pflegebedürftige kann in einer stationären Kurzzeitpflegeeinrichtung untergebracht werden; wichtig ist dabei, dass zwischen dieser Einrichtung und der Pflegekasse ein entsprechender Vertrag besteht.

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.

Leistungen für stationäre Pflege

| | | |
|------------------------|--------|---------------------|
| Pflegestufe I | bis zu | 1.023,- € pro Monat |
| Pflegestufe II | bis zu | 1.279,- € pro Monat |
| Pflegestufe III | bis zu | 1.550,- € pro Monat |
| Härtefälle | bis zu | 1.918,- € pro Monat |

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

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.

Leistungen für teilstationäre Pflege

| | | |
|------------------------|--------|---------------------|
| Pflegestufe 0 | bis zu | 225,- € pro Monat |
| Pflegestufe I | bis zu | 450,- € pro Monat |
| Pflegestufe II | bis zu | 1.100,- € pro Monat |
| Pflegestufe III | bis zu | 1.550,- € pro Monat |

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

REHABILITATION

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

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

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

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

Ambulant oder stationär

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

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

Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)

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

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

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

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

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

Was Sie für eine AHB zuzahlen müssen, hängt vom Kostenträger der Maßnahme ab. Eine Übersicht finden Sie auf den Seiten 40 und 41.

Onkologische Rehabilitation

Allgemeinbefinden verbessern

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

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

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

Kuren selbst beantragen

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

► Internetadresse

Das Antragspaket und alle wichtigen Formulare können Sie im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de herunterladen.

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

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt*

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

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

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt*

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation | Stationär | 10,- € / Tag der Maßnahme, für maximal 28 Tage |
| | Ambulant / teilstationär | 10,- € / Behandlungstag, für maximal 28 Tage |
| Stationäre / ambulante Rehabilitationsmaßnahmen | Stationär | 10,- € / Tag der Maßnahme, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung** |
| | Ambulant / teilstationär | 10,- € / Behandlungstag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung** |

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

** Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse, ob für Sie eventuell eine verminderte Zuzahlung in Frage kommt.

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

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

Auch wenn die Leistung von der Rentenversicherung bezahlt wird, können Sie in bestimmten Fällen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Sie brauchen beispielsweise gar nichts hinzu zu zahlen, wenn Sie pro Monat weniger als 1.107,- Euro (Nettoerwerbseinkommen / Erwerbserstatzeinkommen) verdienen. Um von der Zuzahlungspflicht befreit zu werden,

müssen Sie einen Antrag stellen. Die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger können Sie beraten.

Wirtschaftliche Sicherung

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

Übergangsgeld

Private Kranken- versicherung

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

Rehabilitationssport

Lebensqualität und Selbstbewusstsein verbessern

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

Die Rehabilitationssportgruppen treffen sich regelmäßig. Eine ärztliche Aufsicht ist für Krebs-Sportgruppen nicht notwendig. Erfahrene und speziell ausgebildete Übungsleiter führen das

Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining durch. Die Kostenträger (u.a. Krankenkasse, Rentenversicherung) übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für Rehabilitationssport in der Regel bis zu 18 Monaten. Der Rehabilitationssport schließt sich unmittelbar an eine Rehabilitationsleistung an. Dazu muss die niedergelassene Ärztin beziehungsweise der Arzt der Rehabilitationseinrichtung den Rehabilitationssport verordnen (Muster 56). Bitte informieren Sie sich bei der Deutschen Rentenversicherung. Die Adresse finden Sie auf Seite 67.

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

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

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

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)

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

Deutscher Behindertensportverband e.V.

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

► **Ratgeber
Bewegung und
Sport bei Krebs**

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

**Berufliche Wiedereingliederung
(Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)**

Zurück in den Beruf

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

**„Hamburger
Modell“**

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

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

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

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

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

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

Im Fall einer Krebserkrankung können Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Ausweis für Schwerbehinderte beantragen. Der Ausweis wird in der Regel für längstens fünf Jahre ausgestellt.

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

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

GdB = Grad der Behinderung

➤ **Internetadresse**

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

KREBS ALS BERUFSKRANKHEIT

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

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

Was ist eine Berufskrankheit?

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

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

► Internetadresse

Bei der Entscheidung, ob es sich wirklich um eine Berufskrankheit handeln könnte, ist allerdings nicht der Arbeitsplatz selbst entscheidend. Wichtig ist vielmehr, mit welchen bestimmten

Besonders belastende Berufe

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

Stoffe, die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken¹

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

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

- Trinickeldisulfid (2001 / 59 / EG)
- Trinickeltetrasulfid (2009 / 2 / EG)
- Vinylchlorid
- Zinkchromate, einschließlich Zinkkaliumchromat

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

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

Quelle: Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin. Stand: Januar 2010

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

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

- Tätigkeiten oder Verfahren, bei denen Beschäftigte alveolen-gängigen² Stäuben aus kristallinem Siliciumdioxid in Form von Quarz oder Cristobalit ausgesetzt sind (ausgenommen Steinkohlengrubenstaub)

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

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

Quelle: Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin. Stand: Januar 2010

Schutz durch gesetzliche Regelungen

> Internetadresse

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

> Internetadresse

Berufsgenossenschaft

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

kann die Meldung aber auch an den Landesgewerbearzt erfolgen, der dann alles Weitere veranlasst.

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

Versicherungsleistungen

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

[Was unter welchen Voraussetzungen für Sie in Frage kommt, erfragen Sie direkt bei Ihrer Berufsgenossenschaft.](#)

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

Telefon: 0800 / 60 50 404 (Infoline Mo bis Fr 8 – 18 Uhr)
(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
E-Mail: info@dguv.de

WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG

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

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

Krankengeld

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

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des zuvor erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts – und zwar bevor die Steuern und die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abgezogen werden. Das bedeutet: Es sind 70 Prozent des Bruttolohns. Das Krankengeld beträgt allerdings höchstens 90 Prozent

des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Es wird pro Kalendertag für 30 Tage im Monat gezahlt.

Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)

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

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

Krankengeld kann keine Dauerrente sein

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

Liegt ein ärztliches Gutachten vor, das besagt, dass Sie in Ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert sind, kann

Ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer ein Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation gestellt werden muss. Das gilt auch, wenn Sie die Voraussetzung für den Rentenbezug erfüllen. Stellen Sie innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Dadurch wird sichergestellt, dass rechtzeitig Rehabilitationsmaßnahmen beziehungsweise Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

Private Krankenversicherung

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

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

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

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

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

Volle Erwerbsminderungsrente

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

Teilrente

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

Kein Berufsschutz

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

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

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

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

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

HINWEISE FÜR BETROFFENE IM BEAMTENVERHÄLTNIS

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

Auch Beamte erhalten Hilfe

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

Private Krankenversicherung

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

Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung haben versicherte Personen bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausrei-

Immer erst Leistungszusage einholen

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

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

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

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

Hilfe bei finanziellen Problemen

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

> Internetadresse

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

> Adresse

Deutsche Krebshilfe e.V.

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

HIER ERHALTEN SIE INFORMATIONEN UND RAT

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

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

Der Informations- und Beratungsdienst hilft

Diese Adressen können Sie bei der Deutschen Krebshilfe bekommen

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

Allgemein-verständliche Informationen

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

> Internetadresse

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

> Internetadresse Mediathek

Unter www.krebshilfe.tv oder unter www.krebshilfe.de/mediathek.html können die TV-Beiträge aus der Magazinsendung „in vivo“ sowie Ausschnitte aus den Patienteninformationsfilmen direkt online abgespielt werden – ähnlich wie auf YouTube. Die Beiträge sind thematisch sortiert. Auch über eine Suchfunktion können einzelne Beiträge zu bestimmten Themen direkt gefunden werden.

> Adresse

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

Zentrale: 02 28 / 7 29 90 - 0 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
Härtefonds: 02 28 / 7 29 90 - 94
(Mo bis Do 8.30 – 17 Uhr, Fr 8.30 – 16 Uhr)
Informationsdienst: 02 28 / 7 29 90 - 95 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)
Telefax: 02 28 / 7 29 90 - 11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Rauchertelefon

Rauchertelefon für Krebsbetroffene und deren Angehörige

Telefon: 0 62 21 / 42 42 24 (Mo bis Fr 14 – 17 Uhr)
Internet: www.dkfz.de/tabakkontrolle/rauchertelefon.html

Ein Gemeinschaftsprojekt der Deutschen Krebshilfe und des Deutschen Krebsforschungszentrums.

Dr. Mildred Scheel Akademie

Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter in Krebsberatungsstellen, Mitglieder von Krebs-Selbsthilfegruppen, Seelsorger, Psychotherapeuten, Studenten – wer immer täglich mit Krebs und Krebskranken zu tun hat, kann an Seminaren in der Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung teilnehmen. In unmittelbarer Nähe zu den Kölner Universitätskliniken bietet die von der Deutschen Krebshilfe gegründete Weiterbildungsstätte ein vielseitiges Programm an. Dazu gehören Fortbildungen zu ausgewählten Krebsarten sowie zu Palliativ- und Hospizpflege, Seminare zur Konflikt- und Stressbewältigung, Verarbeitungsstrategien für den Umgang mit der Krankheit und den Kranken, Gesundheitstraining, Trauer- und Sterbebegleitung, Krankheit und Lebensgestaltung sowie Kommunikationstraining.

> Internetadresse

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

> Adresse

**Dr. Mildred Scheel Akademie
für Forschung und Bildung gGmbH**
Kerpener Straße 62
50924 Köln
Telefon: 02 21 / 94 40 49 - 0
Telefax: 02 21 / 94 40 49 - 44
E-Mail: msa@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de/akademie

Weitere nützliche Adressen**Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie**

5. Medizinische Klinik
Institut für Medizinische Onkologie, Hämatologie
und Knochenmarktransplantation
Klinikum Nürnberg Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90491 Nürnberg
Telefon: 09 11 / 398-3056 (Mo bis Fr 9 – 12 Uhr und 14 – 16 Uhr)
Telefax: 09 11 / 398-3522
E-Mail: agbkt@klinikum-nuernberg.de
Internet: www.agbkt.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

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

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

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

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Dr. Lida Schneider
Güntherstraße 4a
60528 Frankfurt am Main
Telefon: 0 69 / 67 72 45 04
Telefax: 0 69 / 67 72 45 04
E-Mail: hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de
Internet: www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

Neutral und unabhängig informiert die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) Patientinnen und Patienten in bundesweit 22 Beratungsstellen sowie über ein Beratungstelefon.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Littenstraße 10

10179 Berlin

Telefon: 0800 / 0 11 77 22 (Mo bis Fr 10 – 18 Uhr, Do – 20 Uhr, kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Internet: www.upd-online.de

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

E-Mail: info@bmg.bund.de

Internet: www.bmg.bund.de

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

030 / 340 60 66 - 01 Bürgertelefon zur Krankenversicherung

030 / 340 60 66 - 02 Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

030 / 340 60 66 - 03 Bürgertelefon zur gesundheitl. Prävention

GKV-Spitzenverband

> Internetadresse

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

Die einzelnen Verbände des GKV-Spitzenverbandes

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

Internetseite zur Krankenhaussuche

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstraße 8

10709 Berlin

Telefon: 0 30 / 86 52 28 01

E-Mail: redaktion@drv-bund.de

Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de

Fragen um das Thema Rente beantworten Ihnen die Experten am kostenlosen Servicetelefon: 0 800 / 1000 48 00 70 (Mo – Do 7.30 – 19.30 Uhr, Fr 7.30 – 15.30 Uhr)

Die Seite www.weisse-liste.de liefert leicht verständliche Informationen zur Krankenhausqualität und soll Patienten dabei helfen, die für sie richtige Klinik zu finden. Mit einem Suchassistenten kann jeder nach seinen Vorstellungen unter den rund 2.000 deutschen Kliniken suchen. Ferner enthält die Seite eine umgangssprachliche Übersetzung von mehr als 4.000 Fachbegriffen.

Informationen im Internet

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

Anforderungen an Internetseiten

- Der Verfasser der Internetseite muss eindeutig erkennbar sein (Name, Position, Institution).
- Wenn Forschungsergebnisse zitiert werden, muss die Quelle (z.B. eine wissenschaftliche Fachzeitschrift) angegeben sein.

- Diese Quelle muss sich (am besten über einen Link) ansehen beziehungsweise überprüfen lassen.
- Es muss eindeutig erkennbar sein, ob die Internetseite finanziell unterstützt wird und – wenn ja – durch wen.
- Es muss eindeutig erkennbar sein, wann die Internetseite aufgebaut und wann sie zuletzt aktualisiert wurde.

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

Allgemeine medizinische Informationen zu Krebs

www.krebsinformationsdienst.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

www.inkanet.de

Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige

www.krebs-webweiser.de

Informationen des Tumorzentrums Freiburg

www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/deutsch/

Informationen des US-amerikanischen Cancernet in Deutsch

www.patienten-information.de

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

www.krebs-aktuell.de

Online-Gesundheitsratgeber mit zahlreichen weiterführenden Internetseiten

www.gesundheitsinformation.de

Patientenportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

www.medinfo.de

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

www.laborlexikon.de

Online-Lexikon mit ausführlichen Erklärungen von Laborwerten

www.agbkt.de

Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie

www.studien.de

Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft

www.cancer.gov/cancerinfo

Amerikanisches National Cancer Institute; nur in Englisch

www.cancer.org

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

www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte

www.kbv.de/patienteninformation/103.html

www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.49

Informationen zu Patientenrechten

Informationen zu Patientenrechten

Informationen zu Leben mit Krebs und Nebenwirkungen

www.dapo-ev.de

www.vereinlebenswert.de

www.pso-ag.de

Seiten mit Informationen über psychosoziale Beratung

www.fertiprotekt.de

Seite des Deutschen Netzwerks für fertilitätserhaltende Maßnahmen bei Chemo- und Strahlentherapie

www.krebskreis.de

OnlineTreff für Krebsbetroffene, Angehörige und Freunde mit Informationen zum Thema Bewegung, Sport und Krebs

www.vdoe.de, www.vdoe.de/expertenpool.html**www.vdd.de**

Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE) und Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.

Auf diesen Seiten finden Ratsuchende Adressen von gut ausgebildeten und erfahrenen Ernährungstherapeuten und -beratern in der Nähe des Wohnortes.

www.bvz-info.de

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

www.spffk.de

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

www.kinder-krebskranker-eltern.de

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

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

www.medizin-fuer-kids.de

Die Medizinstadt für Kinder im Internet

www.onkokids.de

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

www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Umfangreiche Hinweise auf Kliniken und Patientenorganisationen, Linktipps und Buchempfehlungen; spezielle Informationen zu Psychoonkologie und dem Fatigue-Syndrom

www.dgpalliativmedizin.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

www.hospiz.net

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

www.deutscher-kinderhospizverein.de

Deutscher Kinderhospizverein e.V.

www.bundesverband-kinderhospiz.de

Bundesverband Kinderhospiz e.V.

www.upd-online.de

Umfangreiche Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen, Beratung in gesundheitsrechtlichen Fragen und Auskünfte zur Gesundheitsversorgung

www.deutsche-rentenversicherung.de

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

Informationen zu Palliativmedizin und Hospizen

Informationen zu Sozialleistungen

www.bmg.bund.de

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

www.medizinrechts-beratungsnetz.de

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

**Arzt- und
Kliniksuche****www.weisse-liste.de**

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

www.kbv.de/arztsuche/

Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Suche nach spezialisierten Ärzten und Psychotherapeuten

www.arzt-auskunft.de

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

www.arbeitskreis-gesundheit.de

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

NOCH FRAGEN?

Vielleicht haben Sie nach dem Lesen der umfangreichen Informationen noch die eine oder andere Frage. Im Folgenden haben wir in Zusammenarbeit mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs, häufigsten Fragen und die dazugehörigen Antworten zusammenzustellen.

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

Sie müssen Zuzahlungen leisten, bis Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Berechnen Sie, welchen Betrag Sie voraussichtlich selbst zahlen müssen (ein Prozent beziehungsweise zwei Prozent des Familienbruttoeinkommens abzüglich der Freibeträge [vergleiche Seite 24 ff.]). Bei einigen gesetzlichen Krankenkassen und in Apotheken gibt es Faltkarten, in die Zuzahlungen eingetragen werden, die Sie und Ihre Angehörigen bezahlt haben. Sie können aber auch einzelne Quittungen sammeln. Achten Sie darauf, dass Ihre Personalien auf den Belegen vermerkt sind.

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

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

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

Pflegehilfen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kuren

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

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

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

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

Wie bekomme ich eine onkologische Rehabilitation?

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

Schwerbehindertenausweis

Woher weiß ich, dass mir ein Schwerbehindertenausweis zusteht?

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

Wie bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?

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

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

Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent Ihres Bruttogehalts aber maximal 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld wird für 30 Tage im Kalendermonat pro Kalendertag gezahlt. Ein Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes finden Sie auf Seite 55.

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

Wie komme ich an das Krankengeld?

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

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

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

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

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

Wo finde ich die für mich zuständige Hauptfürsorgestelle?

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

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 57 f.), wird Ihnen eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Diese können sie auch nur vorübergehend beziehen, wenn Sie zum Beispiel nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-

leben später wieder einem Beruf nachgehen können. Anträge für Rentenzahlungen erhalten Sie bei den Versicherungsämtern der Städte oder Gemeinden, aber auch bei den Krankenkassen. Beim Ausfüllen der Anträge ist man Ihnen behilflich.

Härtefonds

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

Stellen Sie einen Antrag an den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der jedes Jahr vielen Betroffenen mit einer einmaligen Zahlung hilft (Adresse siehe Seite 61).

Wir danken der Frauenselbsthilfe nach Krebs herzlich für ihre Unterstützung.

QUELLENANGABEN

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

- **„Die neue Gesundheitsversicherung – Das bringt die Gesundheitsreform den Versicherten“**, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
- **„Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“**, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
- **„Pflegeversicherung“**, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2006
- **„Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“**, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 5. Auflage, Berlin 2010; www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen / Info-Broschüren / Übersicht Info-Broschüren (Rehabilitation)
- **„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“**, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
- **„Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“**, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2009; www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen / Info-Broschüren / Übersicht Info-Broschüren (Rehabilitation)
- **„Mit Rehabilitation wieder fit für den Job“**, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2009; www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen / Info-Broschüren / Übersicht Info-Broschüren Rehabilitation
- **„Soziale Informationen 2014“**, hrsg. vom Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Bonn 2013, www.frauenselbsthilfe.de/upload/publikationen/broschueren/2013-Soziale-Informationen.pdf
- **„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“** einzusehen auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) unter: www.mdk.de/media/pdf/RL-Reha-2007-12-20.pdf

- **Lexikon auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)**, www.mdk.de/lexikon.htm
- **Sozialgesetzbuch (SGB)**, einzusehen beim Bundesministerium der Justiz unter: www.gesetze-im-internet.de unter S
- Müsch, FH, Berufskrankheiten, **Ein medizinisch-juristisches Nachschlagewerk**, Stuttgart 2006
- **Verzeichnis krebserzeugender Tätigkeiten oder Verfahren** nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 der Gefahrstoffverordnung (TRGS 906), Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IFA, Sankt Augustin 2010

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

INFORMIEREN SIE SICH

Das folgende kostenlose Informationsmaterial können Sie bestellen.

Informationen für Betroffenen und Angehörige

Die blauen Ratgeber (ISSN 0946-4816)

- | | |
|--|---|
| — 001 Ihr Krebsrisiko – Sind Sie gefährdet? | — 043 Patienten und Ärzte als Partner |
| — 002 Brustkrebs | — 046 Ernährung bei Krebs |
| — 003 Krebs der Gebärmutter und Eierstöcke | — 048 Bewegung und Sport bei Krebs |
| — 004 Krebs bei Kindern | — 049 Kinderwunsch und Krebs |
| — 005 Hautkrebs | — 050 Schmerzen bei Krebs |
| — 006 Darmkrebs | — 051 Fatigue. Chronische Müdigkeit bei Krebs |
| — 007 Magenkrebs | — 053 Strahlentherapie |
| — 008 Gehirntumoren | — 057 Palliativmedizin |
| — 009 Krebs der Schilddrüse | — 060 Klinische Studien |
| — 010 Lungenkrebs | |
| — 011 Krebs im Rachen und Kehlkopf | Die blaue DVD (Patienteninformationsfilme) |
| — 012 Krebs im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich | — 202 Brustkrebs |
| — 013 Krebs der Speiseröhre | — 203 Darmkrebs |
| — 014 Krebs der Bauchspeicheldrüse | — 206 Krebs bei Kindern |
| — 015 Krebs der Leber und Gallenwege | — 208 Hodgkin-Lymphom |
| — 016 Hodenkrebs | — 209 Prostatakrebs |
| — 017 Prostatakrebs | — 210 Hautkrebs |
| — 018 Blasenkrebs | — 219 Strahlentherapie |
| — 019 Nierenkrebs | — 223 Fatigue |
| — 020 Leukämie bei Erwachsenen | — 226 Palliativmedizin |
| — 021 Hodgkin-Lymphom | — 230 Leben Sie wohl. Hörbuch Palliativmedizin |
| — 022 Plasmozytom / Multiples Myelom | |
| — 040 Wegweiser zu Sozialleistungen | — 100 Programm der Dr. Mildred Scheel Akademie |
| — 041 Krebswörterbuch | |
| — 042 Hilfen für Angehörige | |

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

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

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

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).

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstraße 32

53113 Bonn

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

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?

Ja Nein

Beruf: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG

Die Broschüre hat meine Fragen beantwortet

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

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

Ich bin

- Betroffener Angehöriger Interessierter

Ich habe die Broschüre bekommen

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

Das hat mir in der Broschüre gefehlt

040 0044

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

Name: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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

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

Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da.

Rufen Sie uns an:

Zentrale: 02 28 / 7 29 90 - 0 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)

Informationsdienst: 02 28 / 7 29 90 - 95 (Mo bis Fr 8 – 17 Uhr)

Härtfonds: 02 28 / 7 29 90 - 94 (Mo bis Do 8.30 – 17 Uhr, Fr 8.30 – 16 Uhr)

Oder schreiben Sie uns:

Deutsche Krebshilfe, Buschstraße 32, 53113 Bonn

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

Spendenkonto 82 82 82
Kreissparkasse Köln
IBAN DE23 3705 0299 0000 8282 82
BIC COKSDE 33

Commerzbank AG
IBAN DE52 3708 0040 0269 1000 00
BIC DRESDEFF 370

Volksbank Bonn Rhein-Sieg eG
IBAN DE43 3806 0186 2009 0900 13
BIC GENODED 1 BRS



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.