

IHR WEG: SOZIALLEISTUNGEN FÜR MENSCHEN MIT KREBS

Auf den Punkt gebracht





Gendergerechte Sprache:

Dieser Text schließt prinzipiell alle Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird jedoch nur eine Geschlechtsform verwendet – welche das ist, liegt im Ermessen derjenigen, die den Text verfasst haben.

INHALT

1

Medizinische
Versorgung

2

Rehabilitation

3

Finanzielle
Absicherung

4

Schwerbehinderten-
ausweis

5

Pflegerische
Versorgung

Vorwort

5

Ihr Weg – Ihre Möglichkeiten

6

Medizinische Versorgung – vielfältig und umfassend

8

Rehabilitation – Brücke in den Alltag

22

Finanzielle Absicherung – bei Ausfall des Einkommens

30

Schwerbehindertenausweis – Ausgleich der Nachteile

42

Pflegerische Versorgung – falls notwendig

50



**DIE MENSCHEN, DENEN WIR
EINE STÜTZE SIND,
GEBEN UNS DEN HALT IM LEBEN.**

Freifrau Marie von Ebner-Eschenbach
Schriftstellerin 1830–1916



LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wie sehr eine Krebsdiagnose einen aus der Bahn werfen kann, weiß wirklich nur, wer es schon einmal erleben musste. Alles erscheint plötzlich in einem ganz anderen Licht, muss neu gedacht und geplant werden.

Vielleicht schaffen Sie es trotzdem, Ihren Alltag noch lange aufrecht zu erhalten. Bleiben in Ihrem Job, behalten Ihr soziales Leben bei und benötigen wenig Unterstützung von außen. Möglicherweise müssen Sie aber auch Ihr bisher geführtes Leben in neue Bahnen lenken, Ihre Arbeitstätigkeit zeitweise aufgeben und sind auf Hilfe Ihrer Angehörigen oder offizieller Stellen angewiesen.

Welche Hilfen Sie in Anspruch nehmen können, was dies im Einzelnen bedeutet und wer dafür zuständig ist, das ist Thema der vorliegenden Broschüre. Diese hätte ein Buch werden können, wenn alle Details, Einzelregelungen oder Paragraphen aufgenommen

worden wären. Nur: Nicht jeder hat die Zeit, Kraft oder Muße, sich mit einem teilweise schwer überschaubaren Regelwerk auseinanderzusetzen.

Auf den Punkt gebracht – so sind die Informationen für Sie aufbereitet. Die wichtigsten Fakten, verständlich und dennoch knapp dargestellt. Für die Wissbegierigen, die mehr erfahren möchten, gibt es eine Fülle an weiterführenden Internetadressen. Die weniger Lesehungrigen, die sich eher in einem Gespräch wohlfühlen als im Computer, finden die Kontaktdaten kompetenter Beratungsstellen.

Nach dem Motto „Ihr Weg – Ihre Möglichkeiten“ soll diese Broschüre eine Art Begleiter zum wiederholten Nach- oder Weiterlesen sein.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

IHR WEG - IHRE MÖGLICHKEITEN



Sie erhalten erste Therapien
in der Klinik/ambulant



Sie werden aus der Klinik
entlassen



Sie möchten wieder
arbeiten gehen



Sie sind nicht mehr
berufstätig bzw. können
nicht mehr arbeiten



Sie benötigen Pflege,
palliativmedizinische
Versorgung oder möchten
in ein Hospiz

Grundversorgung durch Leistungen der gesetzlichen/privaten

Krankenversicherung ist in allen Situationen sichergestellt!

Neben Kostenübernahme der
Therapie, Medikamente etc.:

- Hilfsmittel
- Heilmittel
- Befreiung von Zuzahlungen

Lassen Sie sich vom Sozialdienst
der Klinik beraten!

- Entlassmanagement durch Klinik
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Anschlussheilbehandlung
- Entgeltfortzahlung/Krankengeld

- Schwerbehindertenausweis
- Berufliche Reha
- Eventuell Wiedereinstieg nach „Hamburger Modell“
- Gespräch mit Arbeitgeber über Eingliederungszuschüsse

- Entgeltfortzahlung (bis zu 6 Wochen)
- Krankengeld (maximal 78 Wochen)
- Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit
- Erwerbsminderungsrente
- Existenzsichernde Leistungen

- Pflegegrad beantragen
- Pflege zu Hause
- Pflege im Heim
- Palliativpflege in Klinik oder Hospiz

KEINE LUST ZU LESEN? – PERSÖNLICHE BERATUNG GIBT ES HIER:

Sie möchten nicht viel lesen? Fühlen sich im Moment durch Ihre Erkrankung zu erschöpft, belastet oder können sich nicht gut konzentrieren? Dann finden Sie hier Angebote für eine kostenlose Beratung.

Krankenkassen

Ihre Krankenkasse ist für Sie der wichtigste Ansprechpartner, wenn Sie Fragen zu den Leistungen haben. Über das Internet finden Sie in der Regel die entsprechenden Kontaktdaten, wenn Sie „Beratung + Name Ihrer Kasse“ eingeben.

Krebsberatungsstellen

Hier erhalten Sie und Ihre Angehörigen Auskünfte zu sozialrechtlichen und anderen Fragestellungen.

ÜBER DEN KREBSINFORMATIONSDIENST
KÖNNEN SIE BERATUNGSSTELLEN
IN IHRER NÄHE FINDEN:



Bürgertelefon zur Krankenversicherung:

Für alle Informationen rund um die Gesetzliche Krankenversicherung hat das Bundesgesundheitsministerium ein Bürgertelefon eingerichtet:

030 340 60 66 – 01

Mo – Do 8:00 – 18:00 Uhr, Fr 8:00 – 12:00 Uhr

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die UPD ist eine gemeinnützige Einrichtung und berät kostenlos unter:

0800 0 11 77 22

Mo und Di 9:00 – 12:00 Uhr und 14:30 – 17:00 Uhr

Mi 9:00 Uhr – 14:00 Uhr

Do 09:00 – 12:00 Uhr und 14:00 – 18:00 Uhr

Fr 09:30 – 14:00 Uhr

EINBLICK IN DAS BERATUNGSSPEKTRUM:



Sozialverband VdK

Der Sozialverband bietet seinen Mitgliedern Unterstützung bei Anträgen und Rechtsberatung an.

FINDEN SIE HIER BERATUNGSSTELLEN
IN IHRER NÄHE:



MEDIZINISCHE VERSORGUNG – vielfältig und umfassend

In der Phase rund um Diagnose und Therapie steht für Sie im Vordergrund, gesund zu werden oder Ihre Krebserkrankung möglichst gut in den Griff zu bekommen. Das wird nicht nur in der Anfangszeit Ihrer Krebserkrankung ein Thema sein, sondern auch in der Rehabilitation oder Nachsorge.

Ihre Krankenversicherung ist in all diesen Phasen erster Ansprechpartner für Sie, wenn es um Leistungen rund um die medizinische Versorgung geht. Vieles läuft automatisch im Hintergrund, ohne dass Sie sich kümmern müssen, und ist Ihnen bekannt. Andere Leistungen kennen Sie vielleicht noch nicht, und doch können diese möglicherweise wichtig werden.

Sie sind umfassend versorgt

Manche Krebstherapien sind kurz und effektiv, andere sind langfristig angelegt. Viele Betroffene benötigen langfristige Heilmittelbehandlung, oft ein Leben lang. Und alle Menschen mit einer Krebserkrankung müssen regelmäßig zur Kontrolle. Alles das – Untersuchungen, Behandlungen und Nachsorge – deckt Ihre gesetzliche Krankenversicherung ab.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten von ihrer Krankenkasse nicht nur ambulante und stationäre Behandlung sowie Arzneimittel, es bestehen auch Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege und sogar die Finanzierung einer Haushaltshilfe hinzukommen.



Tipp: Wenn Sie privat krankenversichert sind: Informieren Sie sich über die Details Ihres individuellen Vertrages. Darüber hinaus können Sie sich über Verbraucherzentralen und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) beraten lassen.

Ihr Anspruch auf Hilfsmittel

Hilfsmittel sollen den Erfolg Ihrer Behandlung sichern und krankheitsbedingte Einschränkungen ausgleichen. Das können beispielsweise **Brustprothesen, Perücken, Stomaartikel, Desinfektionsmittel, Gehhilfen oder Rollstühle** sein.

Wenn Sie ein Hilfsmittel benötigen, muss dieses grundsätzlich zunächst einmal vom behandelnden Arzt verordnet werden. Eine Orientierungshilfe für den Arzt ist dabei das Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen.

Hier finden Sie die Online-Version des Hilfsmittelverzeichnisses:



Tipp: Im Einzelfall können Ihnen auch Hilfsmittel verordnet werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, wenn diese den Erfolg Ihrer Behandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen können.

Ihr Weg zum passenden Hilfsmittel

Ihr behandelnder Arzt verordnet das Hilfsmittel, das Sie aktuell benötigen. Mit dieser Verordnung erhalten Sie das Hilfsmittel im Sanitätshaus, in der Apotheke oder direkt von Ihrer Krankenkasse. Teilweise vereinbaren die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Festbeträge für bestimmte Hilfsmittel. Gehen die Kosten im Einzelfall über diese Festbeträge hinaus, so müssen Sie die Differenz selbst tragen. Diese Zusatzkosten können Sie vermeiden: Die Krankenkassen geben Informationen darüber, wo Sie das verordnete Hilfsmittel ohne die sogenannte Aufzahlung erhalten. Falls notwendig, wird das Hilfsmittel auf Sie angepasst und Sie werden angeleitet, wie Sie es selbst einsetzen. Der Arzt sollte prüfen, ob das Mittel für Sie geeignet ist und den angestrebten Erfolg bringt.

Tipp: Ihr Ansprechpartner für Reparaturen oder Ersatzteile ist der jeweilige Leistungserbringer. Schafft dieser keine zeitnahe Abhilfe, bitten Sie Ihre Krankenkasse um Klärung.

Ihr Anspruch auf Heilmittel

Es braucht ein Rundum-Paket, um gesund zu werden oder mit einer Erkrankung gut zurechtzukommen. Die sogenannten Heilmittel helfen dabei. Dies sind ärztlich verordnete Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern sollen, also beispielsweise **Physiotherapie oder Ergotherapie**.

Im Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses der gesetzlichen Krankenkassen (G-BA) wird aufgeführt, welche Heilmittel bei bestimmten Erkrankungen erstattet werden. Darüber hinaus werden Therapieziele und die in der Regel zu verordnende Anzahl an Behandlungen festgelegt. Reicht diese aus Sicht Ihres Arztes nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, sind weitere Verordnungen möglich.

Hier finden Sie weitere Informationen zu den Heilmittelrichtlinien:



Tipp: Eine Krebserkrankung bringt manchmal funktionelle Schädigungen mit sich, die einen langfristigen Heilmittelbedarf haben. Ihr Arzt kann in solchen Fällen bestimmte Heilmittel ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse für mindestens ein Jahr oder länger verordnen. Um welche Fälle es sich dabei handelt, ist ebenfalls im Heilmittelkatalog festgelegt.





Wenn Sie häusliche Krankenpflege benötigen

Im Laufe Ihrer Erkrankung kann es Phasen geben, in denen Sie vorübergehend auf pflegerische Hilfe angewiesen sind. So zum Beispiel direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach Beendigung der Chemotherapie.

In einem solchen Fall können Sie sich von Ihrem behandelnden Arzt die häusliche Krankenpflege verordnen und von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen.

Voraussetzungen für eine Verordnung sind:

- Ein stationärer Aufenthalt kann durch die häusliche Krankenpflege vermieden bzw. verkürzt werden (sogenannte Krankenhausvermeidungspflege)

oder

- das Ergebnis der ambulanten ärztlichen Behandlung wird durch die Pflege gesichert (Sicherungspflege)

oder



- die Versorgung bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung derselben wird dadurch gewährleistet (Unterstützungspflege)

und

- im Haushalt des Betroffenen lebt keine Person, die eine Versorgung im erforderlichen Umfang leisten kann.

Die Vermeidungs- und die Unterstützungspflege werden in der Regel für vier Wochen je Krankheitsfall gewährt, können jedoch auch verlängert werden. Die Sicherungspflege hingegen ist nicht auf einen Zeitraum von vier Wochen beschränkt.

Eine Haushaltshilfe zu Ihrer Unterstützung

Sie können Ihren Haushalt aufgrund Ihrer Erkrankung, den Nebenwirkungen der Therapie oder nach einem Krankenhausaufenthalt vorläufig nicht selbst weiterführen?

Dann haben Sie unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf eine Haushaltshilfe:

- Keine andere in Ihrem Haushalt lebende Person kann den Haushalt führen (dazu zählen auch ältere Kinder).
- In Ihrem Haushalt lebt ein Kind, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder das behindert ist.
- Sie haben keinen Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5.

Die Haushaltshilfe wird genehmigt für:

- maximal vier Wochen, wenn keine Kinder im Haushalt versorgt werden müssen.
- maximal 26 Wochen, wenn ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes Kind bei Ihnen leben.

Grundsätzlich wird die Haushaltshilfe im Wege einer sogenannten Sachleistung gewährt, also dadurch, dass die Krankenkasse eine Haushaltshilfe stellt.

Tipp: Möchten Sie Ihre Haushaltshilfe selbst beschaffen, ist eine vorherige (!) Antragstellung bei der Krankenkasse erforderlich. Versäumen Sie dies, besteht die Gefahr, dass Sie die Kosten der Haushaltshilfe selbst tragen müssen.



So wird Ihre Entlassung geregelt

Wenn Sie im Lauf Ihrer Behandlung voll- oder teilstationär im Krankenhaus waren, kann die Umstellung auf den neuen Alltag zur Herausforderung werden. Das Entlassmanagement soll diesen Übergang erleichtern und die medizinische und pflegerische Anschlussversorgung nahtlos gewährleisten. Alle Informationen, die für die weitere Versorgung nötig sind, werden Ihnen mitgeteilt.

Die Klinik hat zudem weitere Pflichten: Sie muss den weiterbehandelnden Arzt über die anstehende Entlassung und die aktuelle Medikation informieren. Wichtiger Informationsbaustein ist der schriftliche Entlassplan. Kliniken – auch Reha-Kliniken – sind verpflichtet, das Entlassmanagement zu organisieren.

Welche Leistungen das Entlassmanagement beinhaltet, können Sie hier nachlesen:





Zuzahlungen und wie Sie sich davon befreien lassen können

Die gesetzlichen Krankenkassen erwarten von jedem Versicherten über 18 Jahren, dass er einen kleinen Teil der Leistungen in Form von Zuzahlungen selbst übernimmt. Diese betreffen die Kosten für Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalte, Medikamente, Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel.

Als allgemeine Regel gilt:

- Die Zuzahlungen betragen 10 Prozent der Kosten, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €.
- Liegen die Kosten unterhalb von 5 €, muss nur dieser Betrag bezahlt werden.
- Die Zuzahlung zu vollstationärer Krankenhausbehandlung, ambulanter und stationärer Reha beträgt 10 € pro Kalendertag.
- Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten. Dazu kommen 10 € pro Verordnung.

Damit bei den Zuzahlungen niemand finanziell überfordert wird, gibt es eine Belastungsgrenze. Diese liegt für Patienten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, bei allen anderen Patienten liegt sie bei zwei Prozent.

Voraussetzungen für eine Befreiung

Nachweis einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung

Hierfür benötigen Sie eine Bescheinigung des behandelnden Arztes darüber, dass Sie seit mindestens einem Jahr aufgrund Ihrer Erkrankung bei ihm in Dauerbehandlung sind, d. h. ihn mindestens einmal pro Quartal deswegen konsultieren.

Zusätzlich muss noch eines der folgenden Kriterien auf Sie zutreffen:

- Ihnen wurde Pflegegrad 3 oder 4 zuerkannt oder
- Sie haben eine Schwerbehinderung von 60 oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent oder
- Sie benötigen dauerhafte medizinische Versorgung.

Berechnung der Belastungsgrenze

Wollen Sie die Zuzahlungsbefreiung beantragen, müssen Sie nachweisen, dass Sie während des laufenden Kalenderjahres **wenigstens ein Prozent (1 %) des jährlichen Bruttoeinkommens der Familie** für Zuzahlungen ausgegeben haben. Sammeln Sie daher am besten alle diesbezüglichen Quittungen für das Jahr.

Für die Ermittlung der Belastungsgrenze wird das Einkommen aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienmitglieder zusammengezählt. Auch Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung oder andere Einkünfte müssen dazugerechnet werden. Das bedeutet gleichzeitig, dass Sie Ihre Zuzahlungen und die Ihrer Angehörigen, die gemeinsam mit Ihnen in einem Haushalt leben, zusammenrechnen können.



Beispielrechnung: Belastungsgrenze bei chronischer Krankheit

Ehepaar mit 2 Kindern

Jährliche Bruttoeinnahmen: 52.000 €

abzüglich Freibetrag für Ehepartner = 6.741 €

abzüglich Freibetrag für 2 Kinder = 19.080 € (2 x 9.540 €)

Als Berechnungsbasis verbleibt:

$$52.000 - 6.741 - 19.080 = 26.179 \text{ €}$$

Davon 1 Prozent: 261,79 €

Das bedeutet, dass die Familie höchstens 261,79 € pro Jahr an Zuzahlungen leisten muss.



Tipp: Zuzahlungsrechner helfen bei der Berechnung Ihrer jährlichen Belastungsgrenze. Angeboten werden sie auf den Websites verschiedener gesetzlicher Krankenkassen.



Stefanie R.
Patientin mit Brustkrebs

Es hat mir persönlich sehr geholfen, dass ich wegen meines Lymphödems im Arm einen sogenannten „langfristigen Heilmittelbedarf“ habe. Das bedeutet, dass ich ohne Probleme immer wieder ein Rezept für Physiotherapie bei meiner Ärztin bestellen kann. Es ist für mich ein richtig gutes Gefühl, nicht ständig einen neuen Termin ausmachen oder um weitere Behandlungen betteln zu müssen.

KEINE LUST ZU LESEN? – PERSÖNLICHE BERATUNG GIBT ES HIER:



Sie möchten nicht viel lesen? Fühlen sich im Moment durch Ihre Erkrankung zu erschöpft, belastet oder können sich nicht gut konzentrieren? Dann finden Sie hier Angebote für eine kostenlose Beratung.

Sozialdienst der behandelnden Klinik

Jedes Krankenhaus hat einen eigenen Sozialdienst, der Sie und Ihre Angehörigen vor Entlassung z. B. zu möglichen Reha-, Nachsorge- oder Pflegemaßnahmen und deren Beantragung beraten kann. Bitten Sie noch während Ihres Klinikaufenthaltes um einen Beratungstermin.

Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung

Beratung in allen Fragen der Rehabilitation.
Kostenloses Servicetelefon:

0800 1000 4800

Mo – Do 08:00 – 19:00 Uhr, Fr 08:00 – 15:00 Uhr

EIN VERZEICHNIS DER BERATER
FINDEN SIE HIER:



Krebsberatungsstellen

Hier erhalten Sie und Ihre Angehörigen Auskünfte zu sozialrechtlichen und anderen Fragestellungen.

ÜBER DEN KREBSINFORMATIONSDIENST
KÖNNEN SIE BERATUNGSTELLEN
IN IHRER NÄHE FINDEN:



Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Beratungsangebot zu Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit (drohender) Behinderung.

INFO UND BERATUNGSANGEBOTE
IN IHRER NÄHE:



Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die UPD ist eine gemeinnützige Einrichtung und berät kostenlos unter:

0800 0 11 77 22

Mo und Di 9:00 – 12:00 Uhr und 14:30 – 17:00 Uhr

Mi 9:00 Uhr – 14:00 Uhr

Do 09:00 – 12:00 Uhr und 14:00 – 18:00 Uhr

Fr 09:30 – 14:00 Uhr

EINBLICK IN DAS BERATUNGSSPEKTRUM:



REHABILITATION - Brücke in den Alltag

Nach der akuten medizinischen Versorgung – ob ambulant oder stationär – sehen Sie sich sicherlich nach Ihrem selbstbestimmten Alltag im eigenen Zuhause und vielleicht auch nach dem geregelten Job. Damit dieser Übergang in die neue Normalität gelingt, stehen Ihnen verschiedene Arten der Rehabilitation – kurz Reha – zu, die auf Ihren individuellen Bedarf abgestimmt werden können. Die wichtigsten stellen wir Ihnen hier vor.

Die deutsche Rentenversicherung bietet online ein umfassendes Informationspaket an:



Medizinische Rehabilitation – ambulant oder stationär

Nicht nur die Krebserkrankung selbst, auch die verschiedenen Phasen der Therapie können sich auf Ihre körperliche und seelische Belastbarkeit auswirken. Eine medizinische Rehabilitation soll dabei helfen, diese Folgen auszugleichen und Basis für den Wiedereinstieg in den Alltag sein. Die medizinische Reha kann direkt im Anschluss an die Behandlung stattfinden (Anschlussrehabilitation) oder auch zu einem späteren Zeitpunkt (onkologische Reha). Meistens dauert ein Reha-Aufenthalt drei Wochen, bei Bedarf kann er verlängert werden. Nach vier Jahren können Sie erneut eine Reha beantragen.

Tipp: Nicht immer läuft alles nach Plan. Bei einem Rückfall, einer Verschlechterung oder einer schweren Erkrankung wird häufig auch vor Ablauf der vier Jahre eine neue Reha bewilligt.

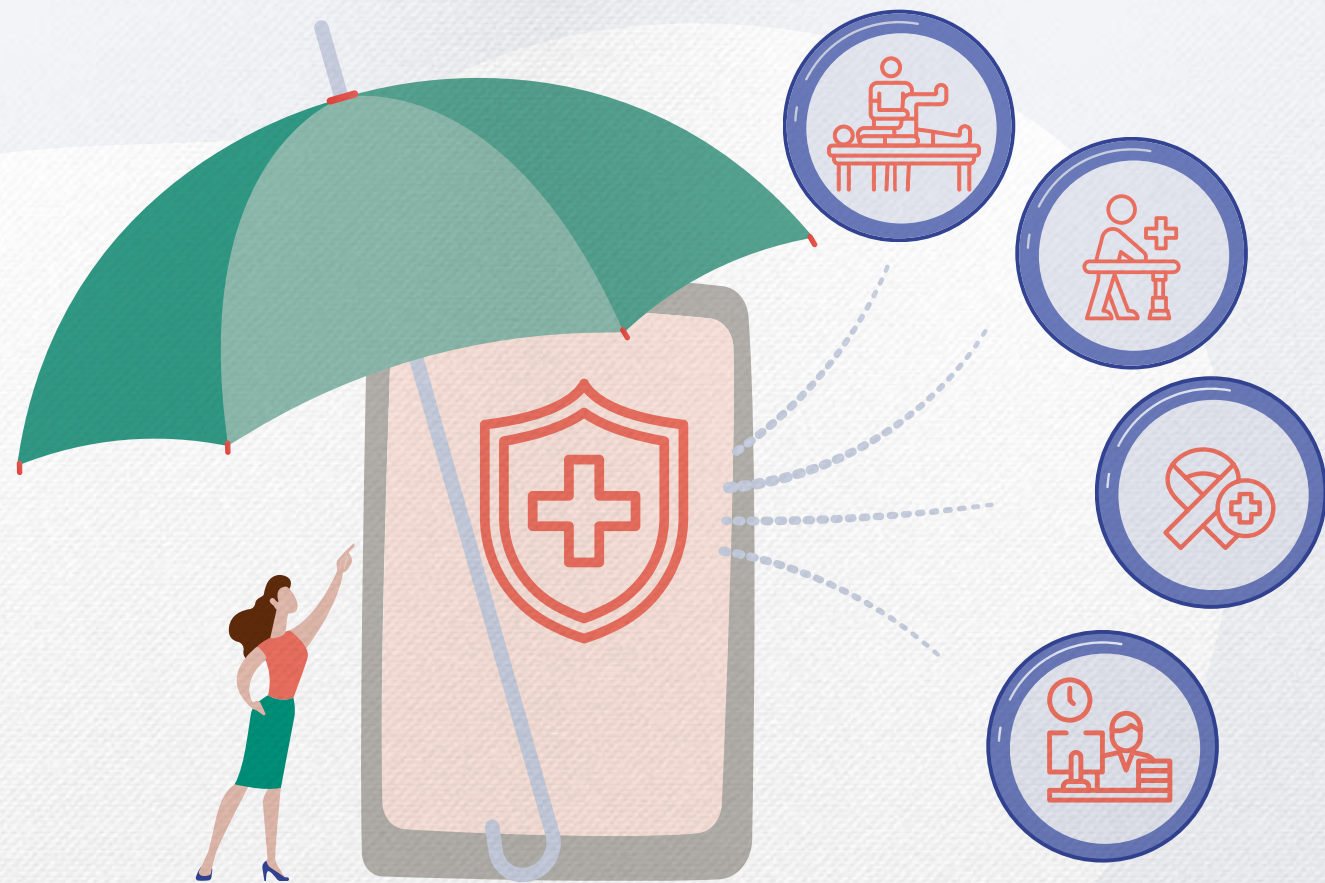
In einer medizinischen Reha kümmert sich unter ärztlicher Leitung ein Team der verschiedensten Fachrichtungen um Ihre Gesundheit. Das umfasst neben den medizinischen Aspekten unter anderem auch Fitness, Ernährung, Psychoonkologie und sozialrechtliche Themen.

Die Maßnahme findet entweder ambulant in der Nähe Ihres Wohnortes oder stationär in einer Reha-Einrichtung statt. Die ambulante Form hat grundsätzlich Vorrang vor der stationären.

Tipp: Reha-Kliniken bieten verschiedene Schwerpunkte an, die auf Ihre Krebsart abgestimmt sind. Sie können hier Ihr Wunsch- und Wahlrecht geltendmachen.

Mehr Info zu Wunsch- und Wahlrecht gibt es hier:





Die Anschlussrehabilitation

Wer eine ambulante Operation oder einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hat, kann **spätestens zwei Wochen nach der Entlassung** eine Anschlussrehabilitation, früher als Anschlussheilbehandlung bezeichnet, beginnen.

Vor der Anschlussreha sollte jedoch die Erstbehandlung wie z. B. Operation, Strahlentherapie oder Chemotherapie abgeschlossen sein. Eine weiterführende medikamentöse Therapie können Sie auch in der Reha-Klinik fortsetzen. Besprechen Sie vorher Ihre diesbezüglichen Wünsche mit der Klinik.

Tipp: Informationen und Unterstützung zur Stellung des Antrages auf eine Anschlussrehabilitation geben die sozialen Dienste des Krankenhauses. Falls der Sozialdienst nicht auf Sie zukommt, fragen Sie danach.

Die onkologische Reha

Die onkologische Reha soll die körperlichen und seelischen Folgen der Tumorerkrankung mildern oder beseitigen. Da Krebserkrankungen und deren jeweilige Therapien unterschiedlich verlaufen, treten auch individuelle Einschränkungen oder Folgestörungen auf. Deshalb wird die onkologische Reha genau auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt.

Sie können diese **innerhalb eines Jahres nach der ersten Tumorbehandlung** beantragen und antreten. Wichtig ist, dass die (stationäre) Erstbehandlung abgeschlossen ist. Verschlimmert sich Ihr Gesundheitszustand oder treten Komplikationen im Rahmen der Therapie auf, kann sich dieser Zeitraum auf zwei Jahre verlängern.

Berufliche Rehabilitation zur besseren Teilhabe

Eine weitere Form der Rehabilitationsleistung ist der Versuch, betroffene Menschen wieder in den beruflichen Alltag zu integrieren und ihre Erwerbsfähigkeit zumindest teilweise zu sichern. Heute werden diese Maßnahmen auch häufig als „**Teilhabe am Arbeitsleben**“ bezeichnet. Vielfältige Maßnahmen sollen dies unterstützen: Anfechten von Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, über die Berufsvorbereitung, die berufliche Anpassung und Weiterbildung, die Gewährung von Gründungszuschüssen, hin zu medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen.

Auch der Arbeitgeber hat etwas davon: Unter bestimmten Voraussetzungen kann er Eingliederungszuschüsse von den Rehabilitationsträgern erhalten. Damit kann beispielsweise eine Probebeschäftigung durchgeführt oder ein Arbeitsplatz barrierefrei gestaltet werden.

Weitere Informationen
zur Teilhabe am Arbeitsleben:



Das Hamburger Modell

Eine Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ist das „Hamburger Modell“. Dabei soll Ihnen **Schritt für Schritt der Wiedereinstieg ins Berufsleben** erleichtert werden. Schon während der Reha prüfen die Ärzte der Reha-Einrichtung, ob dieses Modell für Sie infrage kommen könnte.

In Abstimmung mit Ihrem Arbeitgeber, Ihren behandelnden Ärzten und Ihnen wird eine Art Stufenplan erstellt. Dieser Plan legt fest, mit welcher Anzahl an Wochenstunden und in welchen Aufgabengebieten Sie mit der Arbeit beginnen und wie Sie sich langsam auf die volle Arbeitszeit steigern können. Während der Maßnahme wird der Stufenplan immer wieder überprüft, sodass auch die Möglichkeit besteht, das Tempo zwischendurch herunterzufahren. In der Regel dauert die Wiedereingliederung zwischen sechs Wochen und sechs Monaten.



Brigitte R.

Patientin mit
Multiplem Myelom

Für mich am wichtigsten war der Tipp vom Kliniksozialdienst, dass es neuerdings sogar ein Formular der Rentenversicherung gibt, auf dem ich angeben kann, in welche Reha-Klinik ich möchte. Man darf bis zu drei Wunschklinien angeben und muss auch nicht erklären, warum. Für mich war eine Reha-Klinik in der Nähe meiner Familie ganz wichtig – damit ich Besuch bekomme. Die habe ich als erste Wahl aufgeschrieben. Und es hat geklappt! Das Ganze wird „Wunsch- und Wahlrecht“ genannt, das Formular hat die Nummer G0100!

Hier habe ich den Antrag
heruntergeladen:



KEINE LUST ZU LESEN? – PERSÖNLICHE BERATUNG GIBT ES HIER:

Sie möchten nicht viel lesen? Fühlen sich im Moment durch Ihre Erkrankung zu erschöpft, belastet oder können sich nicht gut konzentrieren? Dann finden Sie hier Angebote für eine kostenlose Beratung.

Krebsberatungsstellen

Hier erhalten Sie und Ihre Angehörigen Auskünfte zu sozialrechtlichen und anderen Fragestellungen.

ÜBER DEN KREBSINFORMATIONSDIENST
KÖNNEN SIE BERATUNGSSTELLEN
IN IHRER NÄHE FINDEN:



Die Agentur für Arbeit

Ihr Ansprechpartner für finanzielle Absicherung bei Berufsunfähigkeit.

SUCHPORTAL FÜR ANSPRECHPARTNER
IN IHRER NÄHE:



Sozialverband VdK

Der Sozialverband bietet seinen Mitgliedern Unterstützung bei Anträgen und Rechtsberatung an.

FINDEN SIE HIER BERATUNGSSTELLEN
IN IHRER NÄHE:



Deutsche Rentenversicherung

Beratung zu allen Rentenfragen bekommen Sie über das kostenlose Servicetelefon der Rentenversicherung:

0800 1000 4800

Mo – Do 08:00 – 19:00 Uhr, Fr 08:00 – 15:00 Uhr

Versichertenälteste und -berater der Deutschen Rentenversicherung

Diese beraten ehrenamtlich und kompetent aus der Perspektive der Betroffenen. Sie helfen bei Anträgen und suchen die richtigen Ansprechpartner.

FINDEN SIE HIER BERATUNGSSTELLEN
VOR ORT:



FINANZIELLE ABSICHERUNG -

bei Ausfall des Einkommens

Aufgrund Ihrer Krebserkrankung und der damit verbundenen Therapien können Sie häufig Ihrer Erwerbstätigkeit für eine Weile nicht mehr nachgehen. Teilweise entstehen längere Ausfallzeiten oder es sammeln sich mehrere kurze Fehlzeiten an. Bestehen keine Ansprüche mehr gegen Ihren Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, ist es für Sie von besonderer Relevanz, wie Ihre finanzielle Situation abgesichert werden kann.

Es ist nicht immer einfach, den Überblick über die verschiedenen finanziellen Absicherungsmöglichkeiten im Krankheitsfall zu behalten. Darüber hinaus können sich die Leistungen und Ansprechpartner im Verlauf der Krebserkrankung ändern.

Im folgenden Kapitel sind daher die wichtigsten finanziellen Leistungen und deren Zugangsvoraussetzungen erklärt.

Eine kleine Übersicht

Folgende Entgeltersatzleistungen können Sie im Verlauf Ihrer durch die Erkrankung bedingten Arbeitsunfähigkeit beantragen – für alle gelten bestimmte Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen:

1. Entgeltfortzahlung (bis zu 6 Wochen)
2. Krankengeld (maximal 78 Wochen)
3. Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit – die „Nahtlosigkeitsregelung“
4. Erwerbsminderungsrente
5. Existenzsichernde Leistungen

1. Entgeltfortzahlung

Ihr Arbeitgeber muss Ihr Gehalt sechs Wochen, d. h. **42 Tage lang**, weiterzahlen, wenn Sie sich krankmelden. Diesen Anspruch haben Sie innerhalb von 12 Monaten am Stück oder bei mehrfacher Krankschreibung aufgrund derselben Erkrankung – in einem solchen Fall werden die Krankheitstage zusammengezählt.

Sind Sie länger krank als diese 42 Tage, wird Ihr Arbeitgeber von der Entgeltfortzahlung freigestellt. Danach übernimmt Ihre Krankenkasse Ihre finanzielle Absicherung in Form des Krankengeldes.



2. Krankengeld

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt sind. Der Anspruch richtet sich gegen die jeweilige Krankenkasse.

Diese zwei wichtigen Voraussetzungen müssen Sie erfüllen:

- eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Krankengeldanspruch
- eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit mit ärztlicher Bescheinigung

Tipp: Sprechen Sie mit Ihrer Krankenversicherung! Diese gibt im Rahmen ihrer Auskunfts- und Beratungspflicht weitere Auskünfte, u. a. auch nähere Informationen zur Berechnung des Krankengeldes.

Das sind die Eckpunkte zum Bezug von Krankengeld:

- Das Krankengeld wird maximal für eine Dauer von 78 Wochen im Zeitraum von drei Jahren gezahlt.
- Ein erneuter Anspruch auf Krankengeld entsteht erst nach Ablauf einer Blockfrist von drei Jahren, wenn Sie in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig und erwerbstätig waren bzw. der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.
- Tritt während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer dadurch nicht verlängert.
- Das Krankengeld wird in Höhe von 70 Prozent des zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielten beitragspflichtigen Entgelts gezahlt. Das Gesetz sieht allerdings detaillierte Berechnungsregelungen zur Ermittlung der konkreten Höhe des Krankengeldes vor.

Tipp: Werden Sie von Ihrer Krankenversicherung aufgefordert, einen Reha-Antrag zu stellen, müssen Sie dieser Aufforderung nachkommen, sonst ruht Ihr Anspruch auf Krankengeld.





Tipp: Selbst wenn Ihr Arbeitsverhältnis noch nicht gekündigt ist, haben Sie einen Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Nahtlosigkeitsregelung. Kündigen Sie Ihren Arbeitsplatz daher auch dann nicht, wenn Sie Zahlungen erhalten.



3. Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit – die „Nahtlosigkeitsregelung“

Wenn Sie länger als 78 Wochen arbeitsunfähig sind, werden Sie ein Schreiben Ihrer Krankenversicherung erhalten mit dem Hinweis, dass sie ausgesteuert werden. Und das, obwohl Sie vielleicht nach wie vor nicht arbeitsfähig sind. Damit Sie nun nicht ohne finanzielle Absicherung dastehen, gibt es die sogenannte **Nahtlosigkeitsregelung**, die eine Brücke zur nächsten Leistung darstellen soll. Da Sie üblicherweise dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen müssen, um Arbeitslosengeld zu beziehen, handelt es sich hier um eine Sonderform des Arbeitslosengeldes.

Dieses wird gezahlt, wenn:

- bei Ihnen eine Minderung der Leistungsfähigkeit auf unter 15 Stunden wöchentlich für mehr als sechs Monate besteht,
- Sie Ihre Anwartschaftszeit erfüllt und
- sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben.

Mit dieser Sonderform des Arbeitslosengeldes soll der Zeitraum überbrückt werden, bis geklärt ist, ob eine andere Leistung, beispielsweise eine Erwerbsminderungsrente, gezahlt wird.

Ausführliche Informationen zur Nahtlosigkeitsregelung finden Sie auch hier:



4. Erwerbsminderungsrente

Sie haben, bedingt durch die Folgen Ihrer Erkrankung oder der Therapien, das Gefühl, nicht mehr arbeiten gehen zu können? Dann kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente für Sie die Lösung sein.

Eine **teilweise Erwerbsminderung** liegt vor, wenn Sie nicht mehr als sechs Stunden täglich arbeiten können – und zwar in jeder zumutbaren Tätigkeit, nicht nur in der bisher ausgeführten.

Eine **volle Erwerbsminderung** ist dann gegeben, wenn weniger als drei Stunden Arbeit täglich möglich sind. Meist wird sie befristet bewilligt.

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet, kann jedoch verlängert werden.

Informationen zur Beantragung einer Rente finden Sie hier:



Diese Voraussetzungen müssen Sie erfüllen:

- Sie haben die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht (Renteneintrittsalter 67 Jahre für alle Geburtsjahrgänge ab 1964, davor 65 Jahre).
- Versicherungszeit: In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt worden sein.
- Die Mindestversicherungszeit in der Rentenversicherung von fünf Jahren muss erfüllt sein, diese wird Wartezeit genannt.
- Sie können nicht mehr länger als sechs Stunden am Tag arbeiten (drei Stunden für volle Erwerbsminderung).
- Ihre Arbeitsfähigkeit kann auch durch eine Reha nicht mehr wiederhergestellt werden.
- Es liegt eine medizinische Notwendigkeit vor.
- Ihre Arbeitsunfähigkeit hat ein Gutachter bestätigt.
- Sie haben einen Antrag eingereicht.

Tipp: Bezieher von Erwerbsminderungsrenten dürfen hinzuverdienen. Die Hinzuverdienstgrenze bei voller Erwerbsminderungsrente ist gestiegen. Sie orientiert sich an Ihrem höchsten Jahreseinkommen der letzten 15 Jahre. Entscheidend ist, dass Sie die Arbeitszeit von drei bzw. sechs Stunden täglich nicht überschreiten.

Ausführliche Informationen zur Erwerbsminderungsrente finden Sie auch hier:



5. Existenzsichernde Leistungen

Von der Arbeit in die Rente – nicht immer fließen die Lebensabschnitte problemlos ineinander. Manchmal reißen zeitliche oder finanzielle Lücken ein Loch in das eigene soziale Netz.

Sollten Sie Ihren Lebensunterhalt nicht mehr decken können, etwa weil die Erwerbsminderungsrente nicht bewilligt wird oder das Kranken- oder Arbeitslosengeld zu niedrig sind, haben Sie die Möglichkeit, weitere Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Diese drei Leistungsarten gibt es:

- **Bürgergeld** für erwerbsfähige Personen, zur Aufstockung bei erwerbstätigen Menschen, bei arbeitslosen Personen oder teilweise erwerbsgeminderten Menschen.
- **Sozialhilfe** (hier: Hilfe zum Lebensunterhalt) für zeitweise voll erwerbsgeminderte Menschen (befristete Erwerbsminderungsrente).
- **Grundsicherung** im Alter und bei dauerhafter voller Erwerbsminderung.



Alle drei Leistungen werden nur im Falle von Bedürftigkeit geleistet. Das bedeutet, dass Sie die Leistung nur erhalten, wenn beispielsweise Rente oder Gehalt für den Lebensunterhalt nicht ausreichen. Die Zuordnung erfolgt über das Kriterium der Erwerbsfähigkeit.

Da Lebenssituationen und Diagnosen individuell sind, wird oft einzeln entschieden. Um Ihren Anspruch zu klären, werden Sie von den Leistungsträgern auf Ihre Mitwirkungspflicht hingewiesen. Das bedeutet, dass Sie die Leistungen nicht automatisch erhalten, sondern Belege für Ihre Berechtigung einreichen müssen.

Tipp: Entspricht der Bescheid nicht Ihren berechtigten Erwartungen, sollten Sie Widerspruch einlegen.



Renate Z.

Patientin mit metastasiertem Brustkrebs

Für mich war es echt wichtig, dass es die Nahtlosigkeitsregelung gab. Mir war irgendwann klar, dass ich vermutlich nie wieder voll in meinem Job arbeiten kann. Ich habe dann einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt. Da war die Frist für mein Krankengeld noch nicht abgelaufen. Als ich aber den Aussteuerungsbescheid von der Kasse bekommen habe, war ich echt in Panik. Mir hatte ja auch niemand gesagt, dass ich mich rechtzeitig beim Arbeitsamt melden soll, bevor die 78 Wochen vorbei sind ... Eine ehrenamtliche Rentenberaterin hat mir dann geholfen, sodass ich endlich wieder Geld zum Leben hatte. Der Rentenantrag wurde übrigens erst neun Wochen danach genehmigt ...

KEINE LUST ZU LESEN? – PERSÖNLICHE BERATUNG GIBT ES HIER:

Sie möchten nicht viel lesen? Fühlen sich im Moment durch Ihre Erkrankung zu erschöpft, belastet oder können sich nicht gut konzentrieren? Dann finden Sie hier Angebote für eine kostenlose Beratung.



Krebsberatungsstellen

Hier erhalten Sie und Ihre Angehörigen Auskünfte zu sozialrechtlichen und anderen Fragestellungen.

ÜBER DEN KREBSINFORMATIONSDIENST
KÖNNEN SIE BERATUNGSSTELLEN
IN IHRER NÄHE FINDEN:



Info-Telefon für Menschen mit Behinderung

Hier können Sie direkt alle Fragen zum Leben mit Behinderung bzw. Schwerbehindertenausweis stellen:

030 221 911 006

Mo – Do 8:00 – 17:00 Uhr, Fr 8:00 – 12:00

Sozialverband VdK

Der Sozialverband bietet seinen Mitgliedern Unterstützung bei Anträgen und Rechtsberatung an.

FINDEN SIE HIER BERATUNGSSTELLEN
IN IHRER NÄHE:



Integrationsämter

Integrationsämter informieren Menschen mit Schwerbehinderung u. a. zu Leistungen zur sozialen Teilhabe.

FINDEN SIE HIER DAS FÜR SIE ZUSTÄNDIGE
INTEGRATIONSAMT:



SCHWER-BEHINDERTEN-AUSWEIS -

Ausgleich der Nachteile

Manche Menschen mit einer Krebserkrankung spüren nach einer Erholungs- bzw. Reha-Phase kaum Beeinträchtigungen im Alltag. Bei anderen sind verschiedene körperliche Funktionen stark eingeschränkt, was sich auf viele Bereiche des täglichen Lebens auswirken kann. Egal, in welcher Situation Sie sich befinden: Alle Krebspatienten können einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Dieser soll – soweit möglich – einen gewissen Ausgleich für die Nachteile bieten, die mit einer solchen Erkrankung einhergehen.

Der Schwerbehindertenausweis – ein kleiner grüner Ausweis im Scheckkartenformat – kann zu einem erhöhten Kündigungsschutz führen, Ihnen einen früheren Renteneintritt ermöglichen, einen steuerlichen Ausgleich bieten oder Sie vergünstigt ins Schwimmbad bringen. Der auf dem Ausweis vermerkte „Grad der Behinderung“, abgekürzt GdB, ist dabei maßgeblich.

Ausführliche Informationen
zum Thema Schwerbehinderung
finden Sie auch hier:



Der GdB als Maßstab

Über den Grad der Behinderung wird eingeschätzt, wie stark sich gesundheitliche Beeinträchtigungen auf die körperlichen, seelischen und sozialen Fähigkeiten eines Menschen auswirken. Der GdB wird in Zehnerschritten (20 bis 100) gestaffelt. Als schwerbehindert gilt, wer einen GdB von mindestens 50 hat. Wird nur ein GdB von 30 zuerkannt, kann eine Gleichstellung beantragt werden.

Die seltener verwendete Abkürzung GdS, die für „Grad der Schädigungsfolgen“ steht, wird genau wie der GdB bewertet. Bei beiden geht es nicht um die Art der Erkrankung, sondern um die Beeinträchtigung, die sie im jeweiligen Fall auslöst. Da sich dies auch verbessern oder verschlimmern kann, sind GdB und GdS häufig zeitlich befristet und werden nach einer Frist überprüft. Der GdB wird von einem ärztlichen Gutachter bemessen.

Besonderheit bei Krebserkrankungen

In den meisten Fällen ist eine bestätigte Erstdiagnose Krebs ausreichend, um einen GdB von 50 zu erhalten. Dieser GdB bleibt in der Regel für fünf Jahre – der sogenannten **Heilungsbewährung** – bestehen. Treten in dieser Zeit keine Rückfälle oder Neuerkrankungen auf, wird der GdB wieder zurückgestuft. Ein Widerspruch gegen eine Rückstufung ist jedoch immer möglich.

Einen Anhaltspunkt, wie Ihre Krebserkrankung und die jeweilige Phase einzuordnen ist, geben die versorgungsmedizinischen Grundsätze, umgangssprachlich GdB-Tabelle genannt.

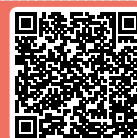
Hier können Sie
einen Blick in die GdB-Tabelle werfen:



Merkzeichen als Nachweis

Die im Ausweis aufgeführten Merkzeichen stehen für besondere gesundheitliche Einschränkungen, an die bestimmte **Nachteilsausgleiche** wie z. B. Ermäßigungen für Bus und Bahn, Kfz-Steuer oder Parkerleichterungen gekoppelt sind.

Eine detaillierte Übersicht
der Merkzeichen finden Sie hier:



GdB bietet Nachteilsausgleiche

Nicht nur der Verlauf jeder Krankheit ist individuell, auch die Folgen, die sie mit sich bringt. Deshalb umfasst der Nachteilsausgleich durch den GdB unterschiedliche Bereiche. In folgenden Bereichen gleicht der GdB Nachteile aus:

Steuerrecht

Sie tragen eine außergewöhnliche Belastung, dies würdigt das Steuerrecht. In der Steuererklärung können Sie je nach Höhe des GdB Pauschbeträge geltend machen. Unter bestimmten Voraussetzungen, wie eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, wird sogar eine Kfz-Steuerermäßigung gewährt. Dann muss das Merkzeichen „G“ vorliegen.

Tipp: Der Pauschbetrag wird immer in voller Höhe für das gesamte Jahr gewährt. Ändert sich der GdB, wird für das gesamte Jahr der höhere GdB angesetzt.

Kündigungsschutz

Menschen mit einem GdB ab 50 oder ihnen gleichgestellte genießen nach sechs Monaten Betriebszugehörigkeit einen besonderen Kündigungsschutz. Das bedeutet, dass ein Arbeitgeber weder ordentlich noch außerordentlich ohne Zustimmung des Integrationsamtes kündigen darf. Ohne dessen Zustimmung ist eine Kündigung unwirksam.

Zusatzurlaub

Ab einem GdB von mindestens 50 stehen Schwerbehinderten mit einem Vollzeitjob fünf zusätzliche freie Tage im Jahr zu. Verteilt sich die Arbeitszeit auf mehr oder weniger als fünf Arbeitstage pro Kalenderwoche wird die Zahl so angepasst, dass es einer freien Woche entspricht.



Behinderungsgerechte Beschäftigung

Ihr Arbeitgeber muss dafür sorgen, dass sie gut arbeiten können. Das bedeutet für Menschen mit einem GdB von 50, dass der individuelle Arbeitsplatz eventuell bestehenden besonderen Anforderungen entsprechend ausgestattet sein muss. Allerdings besteht dieser Anspruch nicht, wenn die Maßnahmen für den Arbeitgeber unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden sind.

Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Hier eine Rezeptgebühr, dort eine Eigenleistung, eine Krankheit kostet Geld. Das Krankenversicherungsrecht gleicht einige Nachteile aus. Wer einen GdB von mindestens 60 hat, für den sinkt die Belastungsgrenze bei Zuzahlungen oder diese fallen sogar ganz weg.

Recht der gesetzlichen Rentenversicherung

Das Renteneintrittsalter kann für Menschen mit Schwerbehinderung vorgezogen werden. Ausschlaggebend ist, dass im Moment der Antragstellung ein GdB von mindestens 50 vorliegt. Dann kann die Rente zwei Jahre früher als regulär starten oder mit Abschlag sogar noch früher.

Sozialhilfe- und Wohngeldrecht

Das Sozialhilferecht berücksichtigt teilweise Mehrbedarfe, die durch die Krankheit entstehen.



Die Beantragung

Beantragt wird dieser Ausweis mit den entsprechenden relevanten Unterlagen bei den zuständigen Stellen. Je nach Gemeinde und Bundesland kann das ein Versorgungsamt oder das Landratsamt sein.

Je nach Schwere der Behinderung und Prognose ist der Ausweis befristet oder unbefristet ausgestellt. Eine Überprüfung kann den bisherigen GdB verändern. Sie selbst können einen Veränderungs- oder Verschlimmerungsantrag stellen, wenn sich Ihre Gesundheitssituation verändert hat.

Hier finden Sie weitere Informationen und Antragsformulare für alle Bundesländer:



Stefan M.

Patient mit Tumor am Kehlkopf

Ich habe lange darüber nachgedacht, ob ich mit meinen 35 Jahren wirklich einen Schwerbehindertenausweis beantragen soll. Trotz meiner Kehlkopf-Op und Einsatz einer Stimmprothese fühle ich mich nicht „schwer behindert“. Ich wollte mir auch nicht nachsagen lassen, dass ich „Vorteile“ für mich in Anspruch nehme. Für mich zählte dann aber doch – gerade weil ich wieder voll im Beruf stehe – der erhöhte Kündigungsschutz, der Mehrurlaub und auch die Möglichkeit, früher in Rente gehen zu können. Und es geht hier auch nicht um unrechtmäßige Vorteile, sondern um einen Ausgleich der Nachteile, die durch die Folgen der OP für mich entstanden sind.

Kurze Rede, langer Sinn: Es lohnt sich immer, den Ausweis zu beantragen!

KEINE LUST ZU LESEN? – PERSÖNLICHE BERATUNG GIBT ES HIER:



Sie möchten nicht viel lesen? Fühlen sich im Moment durch Ihre Erkrankung zu erschöpft, belastet oder können sich nicht gut konzentrieren? Dann finden Sie hier Angebote für eine kostenlose Beratung.

Pflegekasse

Die Pflegekasse Ihrer Krankenkasse ist für Sie wichtigster Ansprechpartner, wenn Sie Fragen zu den Leistungen haben.

Über das Internet finden Sie in der Regel die entsprechenden Kontaktdaten, wenn Sie „Pflegeberatung + Name Ihrer Kasse“ eingeben.

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Für alle Informationen rund um die Pflegeversicherung hat das Bundesgesundheitsministerium ein Bürgertelefon eingerichtet:

030 340 60 66 – 02

Mo – Mi 8:00 – 16:00 Uhr, Do 8:00 – 18:00
Fr 8:00 – 12:00 Uhr

WEITERE INFORMATIONEN ZUM
BÜRGERTELEFON:



Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

In der Datenbank „Beratung zur Pflege“ können Sie kostenlos nach Beratungsstellen in Ihrer Nähe suchen.

DATENBANK BERATUNG ZUR PFLEGE:



Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums

Das Pflegetelefon soll pflegenden Angehörigen ganz konkrete Hilfe leisten:

030 201 79 131

Mo – Do 9:00 – 16:00 Uhr

WEITERE INFORMATIONEN ZUM PFLEGE-
TELEFON UND ZUM THEMA PFLEGE:



PFLEGERISCHE VERSORGUNG - falls notwendig

Während Ihrer Krankheit durchlaufen Sie Höhen und Tiefen. In diesen verschiedenen Phasen mit und ohne Therapie benötigen Sie vermutlich gelegentlich oder dauerhaft Unterstützung. Partner und Familienmitglieder können dies bis zu einem gewissen Grad auffangen, aber in manchen Phasen ist professionelle Pflege nötig.

Doch wann ist der Punkt erreicht? Wann ist man pflegebedürftig und berechtigt, Leistungen in Anspruch zu nehmen?

Wenn die benötigte Pflege über die akute und zeitlich begrenzte Versorgung nach einem Klinikaufenthalt hinausgeht und eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, dann wird die Pflegekasse Ihr Partner. Jeder gesetzlich Krankenversicherte ist zugleich auch Mitglied der Pflegeversicherung. Sie kümmert sich sowohl um ambulante Pflege in Ihrem Zuhause als auch um stationäre Pflege, das schließt die Palliativpflege ein.

Pflegebedürftigkeit feststellen

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit umfasst nicht nur körperliche, sondern auch kognitive, psychische und gesundheitliche Aspekte. Wer in diesen Bereichen dauerhaft bzw. mindestens für sechs Monate beeinträchtigt ist, der kann einen **Pflegegrad** beantragen.

Den Antrag stellen Sie schriftlich oder auch telefonisch direkt bei Ihrer Pflegekasse. Diese wird mit Ihnen einen Termin für ein persönliches Gespräch vereinbaren, in dem der Medizinische Dienst (MD) oder ein unabhängiger Gutachter Ihre Pflegebedürftigkeit einschätzt.

Weitere Informationen, Broschüren,
Musterformulare etc. bietet:



Sie suchen nach einem geeigneten
Pflegeangebot? Der Pflegelotse
unterstützt Sie dabei:



Einteilung in fünf Pflegegrade

Die Kriterien zur Beurteilung des Pflegegrads sind im sogenannten Begutachtungsinstrument festgelegt. Im Zentrum steht immer die Frage, wie stark die individuelle Selbstständigkeit beeinträchtigt ist und damit die eigenständige Bewältigung des Alltags.

Sechs Lebensbereiche stehen im Mittelpunkt der Beurteilung:

- Mobilität
- geistige und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Ergebnis der Begutachtung ist die Festsetzung des Pflegegrades. Es gibt fünf Pflegegrade von Pflegegrad 1 mit geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bis zu Grad 5 mit schwersten Beeinträchtigungen, die besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung stellen.



Das sind die Leistungen

Mit einem Pflegegrad haben Sie Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse, das umfasst Pflege, Betreuung und Hilfsmittel. Vielleicht müssen Sie nur ein paar Stolperfallen im Haus beseitigen, vielleicht aber auch Ihre Wohnung barrierefrei umbauen oder Sie benötigen Hilfsmittel, um sich gut bewegen zu können. Manchmal ist auch Hilfe beim Waschen, Anziehen oder bei der Versorgung mit Medikamenten erforderlich. Die Leistungen der Pflegekasse springen je nach Situation und Bedürfnissen bei häuslicher und stationärer Pflege im Heim oder in alternativen Wohnformen ein. Auch die Pflegenden sind berücksichtigt.

Häusliche Pflege

Zu den Sachleistungen in der ambulanten Pflege gehören unter anderem die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen. Lassen Sie sich durch den Begriff Sachleistungen nicht verwirren. Dieser umfasst nicht nur Dinge, sondern auch Hilfen durch Personen, die durch ambulante Pflegedienste erbracht werden.

Wenn ambulante Pflegedienste die häusliche Pflege übernehmen, tragen die Pflegekassen die Kosten bis zum vorgesehenen Höchstbetrag. Der Pflegegrad bestimmt die Höhe der monatlichen Sachleistungen. Dabei stellen Sie selbst die gewünschten und nötigen Leistungen wie aus einem Baukasten zusammen. Was über dem bewilligten Budget liegt, müssen Sie selbst zahlen.

Ihre Pflege ist dadurch maßgeschneidert, ein individuelles Konzept für die jeweiligen Bedürfnisse, das auch die pflegenden Angehörigen einbezieht. Eine der Komponenten ist, dass statt der Sachleistung auch ein Pflegegeld bezogen werden kann. Dies wird an die pflegende Person weitergeleitet. Außerdem können Pflegegeld und Sachleistungen kombiniert werden.

PFLEGEGRAD	PFLEGEGELD Monatlich Pflege durch Angehörige	PFLEGESACHLEISTUNG Monatlich Pflege durch einen Pflegedienst
1	-	-
2	347 €	796 €
3	599 €	1.497 €
4	800 €	1.859 €
5	990 €	2.299 €

Bei häuslicher Pflege übernimmt die Pflegekasse diese Leistungen:

- Pflegehilfsmittel, um die Selbstständigkeit zu erhalten, wie Hausnotrufsystem oder Zuschüsse zum barrierefreien Umbau der Wohnung, sogenannte wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (bis zu 4.180 Euro).
- Pflegemittel zum Verbrauch (bis zu 42 Euro im Monat) wie Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe.
- Verhinderungspflege oder Ersatzpflege. Wenn pflegende Angehörige eine Auszeit brauchen, können sie vorübergehend vertreten werden.
- Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege zur Ergänzung der häuslichen Pflege.
- Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, über 131 Euro im Monat in allen Pflegegraden.
- Soziale Sicherung der Pflegeperson, auch gesetzliche Unfallversicherung.

Pflegezeit

Pflege ist eine große Herausforderung für Angehörige, emotional und organisatorisch. Dies würdigt das **Pflegezeitgesetz**.

Tritt eine **Pflegesituation akut** auf, kann ein naher Angehöriger bis zu zehn Tage von der Arbeit freigestellt werden. Das ermöglicht Familien, bei kurzfristig eintretendem Pflegebedarf die Pflege in häuslicher Umgebung zu organisieren.

Übernehmen Angehörige die Pflege in der häuslichen Umgebung, besteht ein Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit für die Dauer von **bis zu sechs Monaten**.

Die sogenannte **Familienpflegezeit** bietet die Möglichkeit, die Arbeitszeit für **bis zu zwei Jahre** auf bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren.

Freistellungen, die über 10 Tage hinausgehen, sind abhängig von der Betriebsgröße.

Tipp: Lassen Sie sich von Ihrer Kasse zum Thema „Pflegeunterstützungsgeld“ bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung des pflegenden Angehörigen beraten. Bei länger andauernder Pflegezeit können auch zinslose Darlehen gewährt werden.



Leistungen der stationären Pflege

Wenn der Umzug in ein Pflegeheim ansteht, stellt sich die Frage nach den Kosten. Die Pflegeversicherung übernimmt in der stationären Pflege die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die medizinische Behandlungspflege und die Betreuung. Dazu kommt der Eigenanteil, der von den Bewohnern selbst zu zahlen ist. Dieser deckt die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ab, die sogenannten Hotelkosten.

Die Pflegekassen beteiligen sich mit einem Leistungszuschlag an den Kosten für die vollstationäre Pflege. Dadurch soll der Eigenanteil für Menschen in vollstationärer Pflege verringert und sie damit finanziell entlastet werden.

Die Höhe des Zuschusses ist abhängig von der Anzahl der Jahre, die der Bewohner bereits im Pflegeheim lebt. Ihre Pflegekasse kann Sie hierüber informieren.

Tipp: Der Eigenanteil kann im Einzelfall und auf Antrag vom Sozialamt übernommen werden.

Pflegegrad	Sachleistung stationär
Pflegegrad 1	Zuschuss von 131 €
Pflegegrad 2	805 €
Pflegegrad 3	1.319 €
Pflegegrad 4	1.855 €
Pflegegrad 5	2.096 €

Palliativpflege in Krankenhaus oder Hospiz

Palliative Versorgung heißt nicht Lebensverlängerung um jeden Preis. Vielmehr stehen der Erhalt der Lebensqualität, persönliche Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen im Vordergrund.

Für welche Einrichtung der palliativen Versorgung Sie sich entscheiden möchten, hängt von Ihrer ganz persönlichen Situation ab. Sie können wählen, ob Sie im eigenen Zuhause versorgt werden, auf einer Palliativstation eines Krankenhauses oder im Hospiz.

Die Betreuung ist umfassend: medizinisch, pflegerisch, sozial und auf Wunsch auch spirituell. Krankenversicherungen, Pflegekassen und Hospizträger arbeiten Hand in Hand.

Die Kosten für Palliativpflege werden mit entsprechender ärztlicher Verordnung von den Krankenkassen übernommen. Die Krankenkasse erbringt die Leistungen für die medizinische Versorgung und die Pflegekasse für eine notwendige weitere Unterstützung, beispielsweise durch ambulante Palliativpflege.

Weitere Informationen und Entscheidungshilfen finden Sie hier:



Judith S.
Freundin

Meine beste Freundin ist an Eierstockkrebs erkrankt. Viel zu jung, mit 59. Sie ist allein-erziehend. Ihr Sohn ist erst 17 und vollkommen überfordert mit allem. Ich wollte mich für sie erkundigen, welche Möglichkeiten es gibt, dass sie Zuhause gepflegt wird, für eine bestimmte Zeit zumindest. Irgendwie bin ich mit den ganzen Infos im Internet nicht klargekommen. Es war so wahnsinnig viel, manchmal in Anwaltsdeutsch, ich habe irgendwann abgeschaltet. Meine Bekannte erzählte mir, dass es im Nachbarort einen Pflegestützpunkt gibt, wo man persönlich beraten wird. Da bin ich dann hin und habe mich zwei Stunden lang mit einer Mitarbeiterin unterhalten können. Sie hat mir wirklich weitergeholfen, sodass ich einiges für meine kranke Freundin in die Wege leiten konnte.

**NOTIEREN SIE
HIER IHRE FRAGEN
FÜR DAS NÄCHSTE
BERATUNGS-
GESPRÄCH**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Herausgeber

klarigo –
Verlag für Patientenkommunikation oHG
Bergstraße 106 a
64319 Pfungstadt
www.klarigo.eu

Idee, Konzeption und Text

klarigo – Patricia Martin, Kim Zulauf

Die klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG ist bestrebt, vollständige, aktuelle und inhaltlich zutreffende Informationen in dieser Broschüre zusammenzustellen. Gleichwohl kann keinerlei Gewähr für die Vollständigkeit, Aktualität oder inhaltliche Richtigkeit der dargestellten Informationen übernommen werden. Sollten Sie Fragen zu medizinischen oder gesundheitlichen Aspekten haben, die in der vorliegenden Broschüre thematisiert werden, oder auf Basis der in der vorliegenden Broschüre enthaltenen Informationen medizinisch oder gesundheitlich relevante Entscheidungen treffen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder eine sonstige hierfür qualifizierte Auskunftsstelle. Sofern über Quellenangaben oder Empfehlungen für weiterführende Informationen auf andere Druckwerke, Internetseiten oder sonstige Informationsquellen verwiesen wird, haftet die klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG in keiner Weise für dortige Darstellungen. Diese Broschüre oder Auszüge dieser Broschüre dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung des Verlages in irgendeiner Form mit elektronischen oder mechanischen Mitteln reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Alle Rechte vorbehalten.

Diese Broschüre wurde mit Unterstützung von GlaxoSmithKline erstellt. GlaxoSmithKline hat keinerlei Einfluss auf den Inhalt der Broschüre genommen.

© klarigo – Verlag für Patientenkommunikation oHG, Pfungstadt, 2. Auflage, 03/2025



**EINE GUTE INFORMATION
BEDEUTET NICHT NUR,
EINEN SCHRITT WEITER
KOMMEN, SONDERN SCHON
DEN HALBEN WEG HINTER
SICH HABEN.**



Julian Nasiri



NP-DE-AOU-WCNT-230043 493010PD006B 03/2025