

ONKOLOGIE

Gut zu wissen 

SOZIALRECHT

AMGEN

AKTUALISIERTE
AUSGABE

2026

Gut zu wissen



SOZIALRECHT

INHALT

1 Rund um die gesetzliche Krankenkasse 10

- 1.1 Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten 10
- 1.2 Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung..... 18
- 1.3 Entlassung aus dem Krankenhaus 20
- 1.4 Heilmittel (§ 32 SGB V)..... 23
- 1.5 Hilfsmittel (§ 33 SGB V) 24
- 1.6 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) 27
- 1.7 Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)..... 29
- 1.8 Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad (§ 39c SGB V) 32
- 1.9 Hinweise für privat Versicherte und Beamte 33

2 Rund um die medizinische Rehabilitation..... 34

- 2.1 Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung 38
- 2.2 Onkologische Nachsorgeleistungen:
Nach- oder Festigungskur..... 39

- 2.3 „Klassische“ medizinische Rehabilitation..... 40

- 2.4 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation 41

3 Rund um die Schwerbehinderung 44

- 3.1 Beantragung des Schwerbehindertenausweises..... 44
- 3.2 Grad der Behinderung..... 47
- 3.3 Merkzeichen und Nachteilsausgleiche 50
- 3.4 Weitere Nachteilsausgleiche 54

4 Rund um den Beruf 58

- 4.1 Stufenweise Wiedereingliederung 59
- 4.2 Berufliche Rehabilitation –
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 60
- 4.3 Schwerbehinderung und berufliche
Nachteilsausgleiche 62

5	Rund ums Geld	66
5.1	Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	68
5.2	Krankengeld	69
5.3	Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit – Nahtlosigkeitsregelung (§ 145 SGB III)	71
5.4	Vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen	72
5.5	Erwerbsminderungsrente	73
5.6	Bürgergeld, Grundsicherung und Sozialhilfe	75
5.7	Wohngeld	78
5.8	Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	81
6	Rund um die Pflegeversicherung	82
6.1	Beurteilung der Pflegebedürftigkeit	82
6.2	Pflegegrade	84
6.3	Leistungen der Pflegekasse	85

7	Rund um die Vorsorgemöglichkeiten	88
7.1	Vorsorgevollmacht	90
7.2	Betreuungsverfügung	91
7.3	Patientenverfügung	92
8	Rund um die palliative Versorgung	94
8.1	Palliativversorgung im ambulanten Bereich	95
8.2	Palliativversorgung im stationären Bereich	97
9	Rund um Information & Beratung.....	98
9.1	Selbsthilfe	98
9.2	Verbände und Organisationen	100
9.3	Ämter und Behörden	104
9.4	Weitere Ansprechpartner	105

Im weiteren Text wird aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit die männliche Form gewählt. In jedem Fall sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint und angesprochen.



LIEBE LESERINNEN UND LESER,

die Diagnose Krebs verändert das Leben von dem einen auf den anderen Moment. Nun ist das bisherige Leben aus den Fugen geraten und eine Vielzahl von Fragen ergeben sich. Neben den medizinischen sind dies bei den allermeisten Menschen auch soziale Fragen, die von enormer Bedeutung sind.

Schwierigkeiten in diesem Bereich können zu großen Belastungen führen, kommen sie doch zur medizinischen (Ausnahme-)Situation hinzu und betreffen häufig das gesamte Alltagsleben: Kann ich weiter arbeiten gehen, wer versorgt meine Kinder, was kommt nach dem Krankengeld, werde ich eine Rente erhalten? Diese und viele andere Fragen können sich rund um eine Krebserkrankung ergeben.

Es ist uns ein großes Anliegen, Sie auch bei diesen Themen zu unterstützen. Wir sind davon überzeugt, dass die sozialen Fragen geklärt sein müssen, damit Sie sich ganz auf Ihre Behandlung und Ihre Gesundheit konzentrieren können. Hierfür stellen wir Ihnen mit der vorliegenden Broschüre aktuelle und umfassende Informationen zur Verfügung.

Scheuen Sie sich bitte nicht, Unterstützung, Beratung und Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie sind nur ein kleiner Ausgleich Ihrer Belastungen.

Mit den besten Wünschen für Sie und Ihre Gesundheit,

Ihre Amgen GmbH



RUND UM DIE GESETZLICHE KRANKENKASSE

1.1 ZUZAHLUNGEN UND BEFREIUNGSMÖGLICHKEITEN

Zuzahlungen betreffen alle gesetzlich krankenversicherten Menschen. Als Berechnungsgrundlage für die Höhe Ihrer Zuzahlungen dient Ihr (Familien-)Bruttojahreseinkommen. Allerdings werden Freibeträge/Abschläge für Ihre Familienangehörigen berücksichtigt, die mit Ihnen im selben Haushalt leben. Angerechnet werden all Ihre Zuzahlungen, z. B. für Medikamente, Krankenhausaufenthalte oder Reha-Maßnahmen. Aber auch die Zuzahlungen Ihrer Angehörigen werden einbezogen. Lebt beispielsweise Ihr 19-jähriger Sohn in Ihrem Haushalt und ist er familienversichert, so finden seine Zuzahlungen Berücksichtigung. Macht Ihr 19-jähriger Sohn allerdings eine Ausbildung und hat einen eigenen Krankenversicherungsschutz, so werden seine Zuzahlungen nicht berücksichtigt und auch nicht miteinbezogen.

Nach Erreichen der Belastungsobergrenze stellt Ihnen Ihre Krankenkasse Befreiungsausweise bis zum Jahresende aus.

TIPPS:

- Sammeln Sie alle Zuzahlungsquittungen. Nur so kann die Krankenkasse prüfen, ob Sie Ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht haben.
- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie einen Einmalbetrag am Anfang des Jahres zahlen können, mit dem Sie dann umgehend von den Zuzahlungen befreit sind. Sie ersparen sich damit das Sammeln der Quittungen. Aber Achtung! Sollten Sie weniger Zuzahlungen in diesem Jahr leisten, gibt es beim Einmalbetrag kein Geld zurück.
- **Nach Erreichen der Belastungsgrenze sind alle einberechneten Familienmitglieder befreit! Das gilt auch, wenn Sie in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.**



ZUZAHLUNGEN WERDEN Z. B. IN FOLGENDEN BEREICHEN FÄLLIG:

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z. B. Krankengymnastik oder Ergotherapie)
- Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Inkontinenzhilfen oder Perücken)
- Krankenhausaufenthalte

BELASTUNGSOBERGRENZE

- 2 % der (Familien-)Jahresbruttoeinnahmen generell für alle Versicherten und
- 1 % der (Familien-)Jahresbruttoeinnahmen für schwerwiegend chronisch Kranke



SCHWERWIEGEND CHRONISCH KRANKE (CHRONIKERREGELUNG)

Schwerwiegend chronisch krank sind Sie, wenn Sie seit einem Jahr und länger mindestens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurden (=Dauerbehandlung).

Die Zuzahlungshöhe wird für Sie dann auf ein Prozent des (Familien-) Jahresbruttoeinkommens abgesenkt. Die Absenkung gilt für alle Familienmitglieder, die bei der Berechnung herangezogen wurden.

Neben der Dauerbehandlung müssen Sie zudem eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich (z. B. Arzneimitteltherapie oder Versorgung mit Heilmitteln)
- Erkrankung bedingt einen Grad der Behinderung von mindestens 60 %
- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades III, IV oder V liegt vor

Zum Nachweis legen Sie Ihrer Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung vor. Die Bescheinigung erhalten Sie in der onkologischen Praxis. Diese Regelung gilt auch, wenn Sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen.



BEISPIELRECHNUNG FÜR DIE ZUZAHLUNGEN EINES EHEPAARS MIT 2 KINDERN IM JAHR 2026:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 45.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte
(= erster Haushaltsangehöriger) = 7.119 €

minus Freibetrag für 2 Kinder = 2 x 9.756 € = 19.512 €

Zwischensumme = 26.631 €

$$45.000 \text{ €} - 26.631 \text{ €} = 18.369 \text{ €}$$

Dann je nach festgelegter prozentualer Höhe der Zuzahlungen:

davon 2 % = Belastungsgrenze = 367,38 €

davon 1 % = Belastungsgrenze = 183,69 €

$$19.179 * 2\% = 367,38$$

$$19.179 * 1\% = 183,69$$

INFOS:

Geben Sie in einer Suchmaschine „**Freibetrag Zuzahlungen + Jahreszahl**“ ein, erhalten Sie immer die aktuellen Beträge.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de
> **Richtlinien** > **Chroniker-Richtlinie (§62 SGB V)**



DIE ZUZAHLUNGEN IM EINZELNEN

LEISTUNGEN DER KRANKENKASSE	ZUZAHLUNG	GRENZEN/AUSNAHMEN
Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10 % je Packung	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro monatlich
Heilmittel und häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten, zuzüglich 10 Euro je Verordnung	bei der häuslichen Krankenpflege begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung, ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen	10 Euro pro Tag	bei der Krankenhausbehandlung und der Anschlussheilbehandlung begrenzt auf 28 Tage
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 Euro pro Tag	
Haushaltshilfe und Soziotherapie	10 % der Kosten pro Tag	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro
Fahrtkosten	10 % der Kosten, bei med. verordneten Fahrten	mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro

ARZNEIMITTEL

Wie beschrieben werden bei den Arzneimitteln 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro und nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Medikaments als Zuzahlung (auch „Rezeptgebühr“ genannt) fällig. Darüber hinaus gibt es folgende Besonderheiten:

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Aufgrund des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) entscheidet der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), dass bestimmte Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit werden können.

Eine Übersicht finden Sie auf der Internetseite des Spitzenverbandes **www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung**. Sie wird 14-tägig aktualisiert.

Zudem können Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern Preisrabatte aushandeln. Diese Medikamente können dann ganz oder zur Hälfte zuzahlungsfrei sein.



GUT ZU WISSEN:

- In keinem Fall müssen Sie mehr als den tatsächlichen Preis bezahlen.
- Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von den Zuzahlungen befreit. Ausnahmen: Zahnersatz und Fahrkosten.

■ Festbeträge

Krankenkassen zahlen nicht automatisch jeden Preis für ein Arzneimittel, vielmehr werden Festbeträge bestimmt. Das sind Höchstbeträge, die die gesetzlichen Krankenkassen für die Erstattung von Arzneimittelpreisen übernehmen.

Die Zuzahlung richtet sich nach dem Festbetrag. Medikamente, die 30 % unter dem Festbetrag liegen, können von der Zuzahlung befreit werden. Liegt der Preis des Medikaments über dem Festbetrag, so muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst bezahlen.

In der Summe zahlen Sie dann die Zuzahlung und die Mehrkosten für das Medikament. Den Differenzbetrag müssen Sie auch dann bezahlen, wenn Sie zuzahlungsbefreit sind.

■ Ausnahmen bei schwerwiegenden Erkrankungen

Sollten Sie im Rahmen Ihrer Krebsbehandlung nicht verschreibungspflichtige Medikamente benötigen, können Sie diese Arzneimittel auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern sie nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind.

Die verschreibungsfähigen Ausnahmen werden in der Anlage 1 zur Arzneimittel-Richtlinie festgelegt. Sie können dies unter www.g-ba.de > **Richtlinien** > **Arzneimittel-Richtlinie** > **Anlage 1: OTC-Übersicht** nachlesen.

■ Aut-idem-Regelung

Stellt Ihr Arzt Ihnen ein Rezept aus, schreibt er darauf das Medikament oder den Wirkstoff. Auf jedem Kassenrezept befindet sich das Aut-idem-Feld. Lässt der Arzt dieses Feld frei, bedeutet das, dass der Apotheker Ihnen ein Medikament mit dem gleichen Wirkstoff geben darf. Die Auswahl in der Apotheke hängt dann von möglichen Rabattverträgen Ihrer Krankenkasse, von den Kosten des einzelnen Medikamentes etc. ab. Kreuzt Ihr Arzt das Feld Aut-idem an (z. B. bei Unverträglichkeit gegen Begleitsubstanzen) und begründet dies, so darf Ihnen Ihr Apotheker kein anderes Medikament ausgeben.

Weitere Informationen hierzu erhalten Sie in der Anlage 7 zur Arzneimittel-Richtlinie (nachzulesen unter www.g-ba.de > **Richtlinien** > **Arzneimittel-Richtlinie** > **Anlage 7: Aut idem**).



INFOS:

Das Thema Zuzahlungen hat sich in den letzten Jahren immer weiter verkompliziert. Zudem unterliegt es ständigen Veränderungen.

Informationen erhalten Sie

- bei Ihrem Arzt, gerade wenn es um die Umstellung auf ein anderes Medikament mit demselben Wirkstoff geht,
- bei Ihrer Apotheke,
- bei Ihrer Krankenkasse.



TIPPS:

- Manche Krankenkassen fordern für die Fahrten zur Chemotherapie oder zur Bestrahlung im Rahmen der Serienbehandlung nur für die erste und die letzte Fahrt eine Zuzahlung. Diese Regelung ist zwar eigentlich aufgehoben, wird von manchen Kassen aber noch angewandt.
- Für die Kostenerstattung bei Krankenfahrten benötigen Sie zum einen Fahrscheine oder Quittungen als Nachweis und eine Anwesenheitsbescheinigung Ihrer ärztlichen Praxis.
- Das Praxispersonal unterstützt Sie beim Thema Transport.

1.2 FAHRTKOSTEN ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG

Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse und werden nur noch in ganz besonderen Ausnahmefällen übernommen.

Dabei müssen Hin- und Rückfahrt separat beurteilt werden. Zudem muss die nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung angefahren werden.

Sie haben zwar freie Arztwahl, doch die Mehrkosten bei den Fahrten zu einer weiter entfernten Einrichtung müssen Sie unter Umständen selbst tragen.

Als Ausnahmefälle sind die Fahrten zu folgenden Behandlungen explizit benannt:

- Onkologische Strahlentherapie
- Parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/ parenterale onkologische Chemotherapie
- Dialysebehandlung

Außerdem können für Menschen, die schwer in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung übernommen werden.

Zu dieser Personengruppe zählen Sie, wenn Sie

- einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG (außergewöhnlich gehbehindert), BI (blind) oder H (hilflos) besitzen oder
- in Pflegegrad III (hier ist zusätzlich die Feststellung der besonderen Einschränkung der Mobilität erforderlich), IV oder V eingestuft sind oder
- wenn eine ärztliche Bescheinigung über vergleichbar schwere Beeinträchtigungen vorliegt.



INFO:

Schwer mobilitätseingeschränkte Menschen benötigen keine Vorabgenehmigung der Krankenkasse. Das heißt, die Krankenfahrten gelten automatisch als genehmigt. Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Privat-PKW, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Krankenwagenfahrten zählen nicht dazu. Wenn auch die Vorabgenehmigung entfällt, so brauchen Sie dennoch eine ärztliche Verordnung und Sie müssen die Zuzahlungen leisten.

1.3 ENTLASSUNG AUS DEM KRANKENHAUS

Um eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten sind Krankenhäuser verpflichtet, ein sogenanntes Entlassmanagement anzubieten. Das bedeutet konkret, dass schon im Krankenhaus geprüft wird, ob und wenn ja, welche Unterstützung Sie zu Hause benötigen und dass die dafür notwendigen Schritte bereits hier eingeleitet werden.

Dies stellt eine große Entlastung für Betroffene dar und soll Versorgungslücken im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung verhindern. Dem Entlassmanagement müssen Sie schriftlich zustimmen.

Zum Entlassmanagement können beispielsweise folgende Bestandteile gehören:

- Entlassplan (Darstellung des Bedarfs an Medikamenten, Therapie, Haushaltshilfe, Pflege etc.)
- Medikamentenplan
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für maximal 7 Tage
- Mitgabe von Arzneimittel in kleinen Packungsgrößen (oder Rezept)
- Verordnungen für Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Verordnung für häusliche Krankenpflege
- Bescheinigung der Notwendigkeit von Kurzzeitpflege (auch ohne Pflegegrad!)

HINWEIS:

Das Entlassmanagement gilt auch für Rehabilitationskliniken





1.4 HEILMITTEL (§ 32 SGB V)

Zu den Heilmitteln gehören Behandlungsmethoden wie z. B. Massagen, Krankengymnastik, Wärme- und Kältetherapie, Beckenbodentraining und Lymphdrainage.

Um die Beschwerden im Rahmen einer Krebserkrankung zu lindern, können Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.

In der Heilmittel-Richtlinie legt der Gemeinsame Bundesausschuss u. a. fest, welche Heilmittel verordnungsfähig sind, bei welchen Erkrankungen ein langfristiger Behandlungsbedarf besteht und in welchem Umfang verordnet werden darf.



INFOS:



- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de > **Richtlinien** > **Heilmittel-Richtlinie**.
- In der dazugehörigen Patienteninformation können Sie die Details zur langfristigen Heilmittelbehandlung nachlesen. Dies gilt beispielsweise für Menschen die an Brustkrebs oder Prostatakrebs erkrankt sind: www.g-ba.de > **Richtlinien** > **Heilmittel-Richtlinie** > **Patienteninformation** Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs.



1.5 HILFSMITTEL (§ 33 SGB V)

Durch die Krebserkrankung kann es notwendig werden, dass Sie zur Unterstützung Ihrer Genesung oder zum Ausgleich von Einschränkungen Hilfsmittel benötigen.

Hilfsmittel, die im Rahmen einer Krebserkrankung von Nöten sein können, sind beispielsweise:

- Prothesen
- Perücken
- Inkontinenzhilfen, z. B. Hilfsmittel zum Training der Beckenbodenmuskulatur
- Rollstühle
- Hilfen zur Kompressionstherapie, z. B. Kompressionsstrümpfe
- Stomaartikel
- Ernährungssonden



Damit die Krankenkasse ein Hilfsmittel bezahlt, muss dieses im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet sein. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, dass Sie sich bei Ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie freiwillig ein Hilfsmittel erstattet.

Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dieses Hilfsmittel nicht von der freiwilligen Erstattung ausgeschlossen hat. Vorgesehen ist auch die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels, z. B. bei Krücken, Rollstühlen oder Krankenbetten.

Der Anspruch auf ein Hilfsmittel umfasst auch

- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels,
- notwendige Änderungen,
- die Wartung und
- eine Ersatzbeschaffung.



INFOS:

- Sie finden das Hilfsmittelverzeichnis der Kranken- und Pflegekassen auf der Seite des GKV-Spitzenverbands: www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Hilfsmittelverzeichnis.
- Eine übersichtliche Auflistung aller Hilfsmittel finden Sie bei Rehadat unter www.rehadat-hilfsmittel.de. Unter „Ablauf und Finanzierung“ finden Sie wertvolle Tipps für Ihr Vorgehen!
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verordnung von Hilfsmitteln eine Richtlinie erlassen, die Sie hier einsehen können: www.g-ba.de > Richtlinien > Hilfsmittel-Richtlinie.
- Gute Unterstützung und detailliertes Wissen bieten Sanitätshäuser an.

Für eine ganze Reihe von Hilfsmitteln werden Festbeträge bestimmt. Die Krankenkassen erstatten dann nur bis zu diesem Betrag. Wählen Sie ein Hilfsmittel, das über dem Festbetrag liegt, müssen Sie die Differenz selbst tragen.

Auf jeden Fall muss die Krankenkasse Ihnen einen Anbieter nennen, der das Hilfsmittel zum Festbetrag liefert. Dabei erfolgt die Versorgung i. d. R. durch Vertragspartner der Krankenkassen.

Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse, über wen Sie ein Hilfsmittel beziehen müssen und fragen Sie vor Ort zur Sicherheit immer noch einmal nach, ob die Kosten der Verordnung höher sind als der Festbetrag.

TIPP:

Nicht nur die Krankenkassen kommen als Kostenträger in Frage. Je nach Hilfe und Einsatzbereich können auch die Pflegeversicherung, die Unfallversicherung, das Sozialamt, die Rentenversicherung oder die Arbeitslosenversicherung zuständig sein.



1.6 HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE (§ 37 SGB V)

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass Sie vorübergehend Hilfe bei der täglichen Versorgung benötigen und Fachpersonal dies sicherstellt.

Neben der medizinischen Versorgung kann die häusliche Krankenpflege auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt umfassen.

Voraussetzung hierfür ist, dass keine Person in Ihrem Haushalt Ihre Versorgung im erforderlichen Umfang leisten kann, z. B. weil Ihr Partner berufstätig ist.

Häusliche Krankenpflege kann in den folgenden Fällen verordnet werden:

- Wenn eine Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden bzw. verkürzt wird oder wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich wäre, aber nicht ausführbar ist (Krankenhausvermeidungs- oder verkürzungspflege).
- Wenn eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung vorliegt, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation. Hierzu würde beispielsweise auch zählen, wenn starke Beeinträchtigungen nach der Chemotherapie auftreten (Unterstützungspflege).
- Wenn die häusliche Krankenpflege die ärztliche Behandlung sichert, z. B. durch die Gabe von Injektionen (Sicherungspflege).

Die Vermeidungs- und die Unterstützungspflege werden für vier Wochen je Krankheitsfall gewährt. In begründeten Ausnahmefällen und nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst kann Ihre Krankenkasse die häusliche Krankenpflege auch für einen längeren Zeitraum bewilligen.

Für die Sicherungspflege ist im Gesetz keine zeitliche Begrenzung angegeben. Die Dauer kann aber durch die Satzung der Krankenkasse begrenzt sein.

Um eine geeignete Pflegeperson zu finden, helfen Ihnen Ihre Krankenkasse, Wohlfahrtsverbände und Sozialstationen.

Es ist auch möglich, sich selbst eine Pflegekraft zu besorgen und die Kosten mit der Krankenkasse abzurechnen. Holen Sie sich hierfür aber unbedingt im Vorfeld die Kostenzusage Ihrer Krankenkasse ein.

TIPP:

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verwechseln!



1.7 HAUSHALTSHILFE (§ 38 SGB V)

Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person ins Krankenhaus muss oder danach, wenn die Person den Haushalt krankheitsbedingt nicht führen kann.

Wichtig: Nicht in jedem Fall müssen Kinder im Haushalt leben!

Die gesetzlichen Krankenkassen können eine Haushaltshilfe aus folgenden Gründen genehmigen:

- Für maximal 26 Wochen, wenn ein Kind im Haushalt lebt, dass das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (manche Krankenkassen erhöhen durch ihre Satzung auf das 14. Lebensjahr) oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- Für maximal vier Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer Rehabilitation.



Voraussetzung ist zunächst, dass Sie selbst den Haushalt im Vorfeld tatsächlich geführt und im Wesentlichen selbst erledigt haben.

Die weitere Voraussetzung ist, dass keine im Haushalt lebende Person diesen fortführen kann. Dabei kommt es nicht auf Volljährigkeit an, auch größere Kinder können hier in Frage kommen.

Allerdings ist kein Haushaltsangehöriger verpflichtet, sich von Schule, Ausbildung oder Beruf beurlauben zu lassen, um die Weiterführung des Haushalts zu gewährleisten.

Bei der Suche nach einer geeigneten Haushaltshilfe sind Ihnen Ihre Krankenkasse, die Träger der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, AWO, Deutsches Rotes Kreuz), ambulante Pflegedienste und Sozialstationen behilflich.

Sie können sich die Haushaltshilfe auch selbst besorgen, dann sollten Sie sich aber unbedingt vorher die Genehmigung der Krankenkasse einholen und den Leistungsumfang klären.

Helfen Ihnen Familienangehörige bis zum zweiten Grad, z. B. Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Großeltern oder Geschwister, werden lediglich die Fahrtkosten und gegebenenfalls der Verdienstaufschlag erstattet.

Die Kosten dürfen aber nicht höher sein als die Kosten, die entstanden wären, wenn eine nicht verwandte Person die Aufgabe übernommen hätte.

Die Erstattung ist eine Ermessensleistung der Krankenkasse und sollte deshalb unbedingt vor Inanspruchnahme geklärt werden.



TIPPS:

- Leben Kinder in Ihrem Haushalt und die Krankenkasse hat Ihren Antrag abgelehnt, Ihr Anspruch ist ausgelaufen oder die gesamte Beantragung dauert zu lange, dann können Sie sich auch an das zuständige Jugendamt wenden und hier Unterstützung beantragen. Die meisten Familien berichten, dass Sie hier gute Erfahrungen gemacht haben.
- Im Rahmen einer medizinischen oder einer beruflichen Rehabilitation können die Kosten für eine Haushaltshilfe auch von der Rentenversicherung übernommen werden, falls diese der Kostenträger der Reha ist.

1.8 KURZZEITPFLEGE OHNE PFLEGEGRAD (§ 39 C SGB V)

Sollten Sie kurzzeitig pflegebedürftig sein und keinen Pflegegrad haben oder erhalten, da es sich um eine kurzfristige schlechte Phase handelt, können Sie Kurzzeitpflege als Übergangspflege in Anspruch nehmen.

Dabei handelt es sich um eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse.

Die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad kommt z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt in Frage, wenn die ambulante Versorgung zu Hause noch nicht ausreichend ist. Mit dieser Möglichkeit wurde eine weitere Versorgungslücke geschlossen.

Die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad kann für längstens acht Wochen pro Kalenderjahr bei Ihrer Krankenkasse beantragt werden. Neben dieser Begrenzung gibt es auch eine finanzielle Grenze, denn pro Jahr stellt die Krankenkasse hierfür 1.854 Euro zur Verfügung.

Sind die acht Wochen nicht ausreichend, sollte über den Sozialdienst der Pflegeeinrichtung Kontakt mit der Krankenkasse aufgenommen werden, ob ausnahmsweise eine Verlängerung möglich ist.

Falls keine Besserung eintritt, sollten Sie zudem überlegen, ob Sie einen Pflegegrad beantragen. Auch hierzu informiert Sie der Sozialdienst vor Ort.

TIPP:

Die sogenannten Hotelkosten (Wohnen und Verpflegung) und einen Betrag für die Investitionskosten der Pflegeeinrichtung müssen Sie selbst tragen. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen Unterstützung durch das Sozialamt erhalten.



1.9 HINWEISE FÜR PRIVATVERSICHERTE UND BEAMTE

Im Rahmen dieser Broschüre werden die Regelungen für gesetzlich krankenversicherte Menschen dargestellt. Da im Bereich der privaten Krankenversicherungen Vertragsfreiheit besteht, gibt es hier kein Gesetz, das als Grundlage herangezogen werden kann. Vielmehr bildet der individuelle Vertrag und die allgemeinen Versicherungsbedingungen die Anspruchsgrundlage.

Eine Ausnahme bildet der sog. Basistarif, der im Leistungsumfang verbindlich und mit den gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar ist.

Auch die Darstellung der Beihilfebestimmungen für Beamte ist im Rahmen der Broschüre nicht möglich, da es ein einheitliches Beihilferecht in Deutschland nicht gibt.

Viele Bundesländer orientieren sich zwar an den Vorschriften des Bundes, dennoch bestehen teilweise erhebliche Abweichungen.

Daher sollte im Vorfeld von finanziell größeren Maßnahmen immer eine Genehmigung der zuständigen Behörde eingeholt werden.

INFO:

Die Verbraucherzentralen und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) beraten sowohl gesetzlich als auch privat Krankenversicherte. Bei Fragen rund um das Thema Pflege hilft privat Versicherten die Compass Pflegeberatung.

Hier können Sie die Vorschriften und Verordnungen des Bundes und der Länder nachlesen:
<http://www.die-beihilfe.de/vorschriften-zur-beihilfe-in-bund-und-laendern>





RUND UM DIE MEDIZINISCHE REHABILITATION



INFOS:

- Beratung erhalten Sie beim Sozialdienst des Krankenhauses, den Krebsberatungsstellen, Ihrer Krankenkasse, der Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung und der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB).
- Beantragt werden Reha-Leistungen beim jeweils zuständigen Reha-Träger. Aber keine Sorge: Die Behörden müssen sich rasch untereinander über die Zuständigkeit einigen, falls der Antrag einmal falsch eingegangen ist. In den meisten Fällen sind die Krankenkasse oder die Rentenversicherung Kostenträger, aber auch andere Träger können zuständig sein.

Um Ihre Rückkehr in den Alltag bestmöglich zu unterstützen, haben Sie Anspruch auf Rehabilitationsleistungen.

Die Rehabilitation (Reha) ist ein wichtiger Baustein, um die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung, der Behandlung und der Nebenwirkungen abzufedern und auszugleichen. Dabei gibt es Reha-Angebote, die direkt nach Abschluss der Akutbehandlung angeboten werden und solche, die später beantragt werden können. Reha-Maßnahmen werden nicht automatisch eingeleitet, sie müssen von Ihnen und/oder Ihrem Arzt beantragt werden.

FOLGENDE REHA-LEISTUNGSBEREICHE STEHEN IHNEN ZUR VERFÜGUNG:

- Medizinische Reha-Leistungen
- Berufliche Reha-Leistungen
- Ergänzende Leistungen (ehemals unterhaltssichernde Leistungen)
- Leistungen zur sozialen Teilhabe (ehemals Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft)

TIPPS:

Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf Ihren Urlaub angerechnet werden!

Zwei Argumente können Sie als erste Begründungen für eine Reha heranziehen:

Reha vor Rente:

Das heißt durch die Reha soll der Renteneintritt möglichst verhindert oder verzögert werden.

Reha vor Pflege:

Das heißt durch die Reha soll Pflegebedürftigkeit möglichst verhindert oder verzögert werden.



Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen zählen z. B.

- die Anschlussrehabilitation (AR) oder auch Anschlussheilbehandlungen (AHB),
- die Nach- und Festigungskuren für an Krebs erkrankte Menschen,
- die „klassischen“ Rehabilitationsmaßnahmen und
- die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe „Rund um den Beruf“).

Alle Angebote können sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden.



TIPP:

Nach § 8 SGB IX haben Sie ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl einer konkreten Reha-Einrichtung, die der Kostenträger berücksichtigen sollte.

Haben Sie sich eine zugelassene Reha-Klinik ausgesucht, die für Ihre Erkrankung zertifiziert ist und deren Kosten nicht höher ausfallen als bei den Vertragseinrichtungen Ihres Kostenträgers, sollten Sie auf jeden Fall Widerspruch einlegen, falls Sie eine Ablehnung erhalten.

2.1 ANSCHLUSSREHABILITATION/ ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG

Die Anschlussrehabilitation (Anschluss-Reha) oder auch Anschlussheilbehandlung (AHB) schließt sich unmittelbar nach Abschluss der eigentlichen Tumorthherapie an.

Die meisten Menschen sind zunächst nicht in der Lage, nahtlos in Ihren Alltag zurückzukehren. Die körperliche Leistungsfähigkeit ist oft noch beeinträchtigt und viele Betroffene haben auch mit psychischen Schwierigkeiten und Ängsten zu kämpfen.

Um Sie dann bestmöglich zu unterstützen, kann eine Anschluss-Reha beantragt werden. Bei einem Krankenhausaufenthalt kümmert sich der Sozialdienst der Klinik um die Beantragung. Dieser kennt sich bestens mit den Antragsformularen aus.

Falls der Sozialdienst nicht unaufgefordert auf Sie zukommt, wenden Sie sich bitte unbedingt während Ihres stationären Aufenthaltes selbst dorthin, sodass alle Anträge rechtzeitig auf den Weg gebracht werden.

Nach Bestrahlung oder Chemotherapie kann entweder ebenfalls der Kliniksozialdienst oder aber die zuständige Arztpraxis die Antragsformulare ausfüllen.

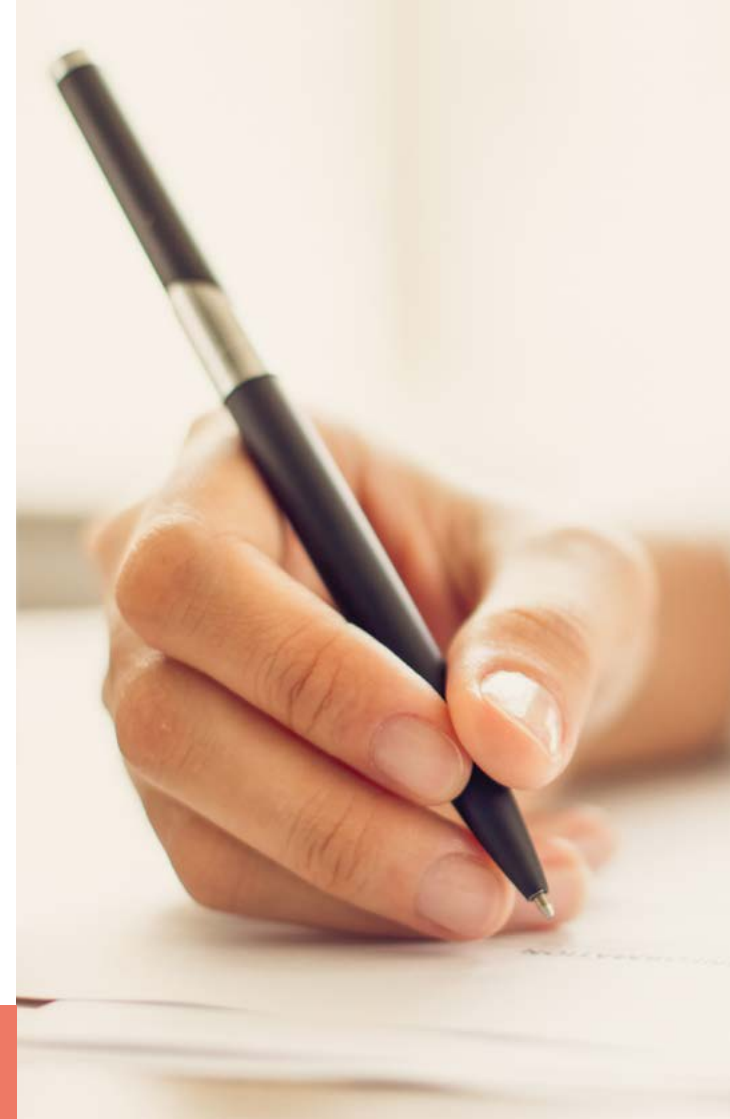
Bei Unklarheiten können Sie sich auch an die Reha-Klinik wenden, in die Sie gerne möchten, auch dort erhalten Sie Unterstützung.

In der Regel dauert die Anschluss-Reha drei Wochen. Bei Bedarf kann ein Verlängerungsantrag gestellt werden.

2.2 ONKOLOGISCHE NACHSORGE- LEISTUNGEN: NACH- ODER FESTIGUNGSKUR

Bis zum Ablauf eines Jahres nach der Primärbehandlung kann eine Nach- oder Festigungskur bewilligt werden. Meist dauert diese Reha drei Wochen. Eine Verlängerung ist bei entsprechender Notwendigkeit möglich.

Sollten erhebliche Funktionsstörungen aufgrund der Erkrankung selbst oder als Folge der notwendigen Therapien oder anderweitiger Komplikationen auftreten, können in begründeten Einzelfällen auch bis zum Ablauf von zwei Jahren Rehabilitationsleistungen erbracht werden.



2.3 „KLASSISCHE“ MEDIZINISCHE REHABILITATION

Nach den oben beschriebenen Reha-Leistungen können Sie bei Bedarf nach Ablauf von vier Jahren erneut Rehabilitationsleistungen beantragen. Droht beim Abwarten der Vierjahresfrist eine Verschlechterung, kann selbstverständlich schon vorher ein neuer Antrag gestellt werden. Dies gilt auch für einen Rückfall oder wenn eine andere schwere Erkrankung auftritt.

TIPP:

Die Angebote der medizinischen Reha-Leistungen sind vielfältig und die zur Verfügung stehenden Maßnahmen hängen unter anderem vom jeweiligen Kostenträger ab. So bietet beispielsweise die Rentenversicherung die medizinisch-beruflich orientierte Reha (MBOR) an. Hier wird neben der Erkrankung in besonderem Maße die berufliche Situation der Rehabilitanden in den Mittelpunkt der Reha gestellt. Daneben gibt es über die Rentenver-

sicherung verschiedene Nachsorgeprogramme, die den Erfolg einer Reha-Maßnahme absichern und festigen sollen. Hierzu zählt z. B. IRENA, die intensive Rehabilitationsnachsorge.

Um alle Möglichkeiten auszuloten und bestmögliche Unterstützung zu erhalten, wenden Sie sich an Ihren Kostenträger und die weiteren Beratungsstellen, die zu Beginn des Kapitels aufgeführt sind.



2.4 ERGÄNZENDE LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION

ÜBERGANGSGELD/KRANKENGELD

Auch während einer Reha-Maßnahme haben Sie Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Ihren Arbeitgeber. Ist dieser Anspruch aufgebraucht, können Sie Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Krankengeld von der Krankenkasse erhalten.

Falls Sie arbeitslos gemeldet sind, erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes. Als Empfänger des Bürgergeldes erhalten Sie weiterhin diese Leistung.

HAUSHALTSHILFE

Falls Sie ein Kind unter 12 Jahren haben oder ein Kind mit einer Behinderung, können Sie für die Dauer der Reha-Maßnahme eine Haushaltshilfe beantragen, wenn keine andere Person in Ihrem Haushalt diesen fortführen kann.



WEITERE ERGÄNZENDE LEISTUNGEN

Um die Ziele einer Reha-Maßnahme zu erreichen und abzusichern, sind weitere ergänzende Leistungen möglich.

- Reise- und Fahrtkosten
- Kinderbetreuungskosten
- Patientenschulungsmaßnahmen
- Reha-Sport und Funktionstraining

Funktionstraining und Reha-Sport sind ergänzende Rehabilitationsleistungen.

Sie werden überwiegend von der Rentenversicherung und den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Aber auch die Unfallversicherung und die Arbeitsagenturen können als Träger in Betracht kommen.

Die Maßnahmen werden Ihnen von Ihrem Arzt verordnet. Grundlage der Leistungsgewährung ist eine Rahmenvereinbarung zwischen den Reha-Trägern, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, verschiedenen Patientenvereinigungen und anderen.

- Für die Rentenversicherung gilt:
Rehasport oder Funktionstraining werden in der Regel für 6 Monate, bei medizinischer Notwendigkeit für bis zu 12 Monate genehmigt.
- Für die gesetzlichen Krankenkassen gilt:
Reha-Sport: in der Regel 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei besonderen Beeinträchtigungen, die Ihr Arzt näher beschreiben muss, bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
Funktionstraining: in der Regel 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Mobilität und der Beweglichkeit bis zu 24 Monate.
Danach muss Ihr Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

INFO:

In Deutschland gibt es spezielle Sportgruppen für krebserkrankte Menschen. Die Adresse der nächstgelegenen Gruppe erfahren Sie über den jeweiligen Landessportbund oder über die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes.





RUND UM DIE SCHWERBEHINDERUNG

3.1 BEANTRAGUNG DES SCHWERBEHINDERTENAUSWEISES

Aufgrund Ihrer Krebserkrankung können Sie beim zuständigen Versorgungsamt beziehungsweise der nach Landesrecht zuständigen Behörde einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft stellen. Die jeweilige Adresse erfragen Sie bitte beim Bürgeramt Ihrer Stadt oder der Gemeindeverwaltung.



TIPP:

Den Antrag erhalten Sie beim zuständigen Versorgungsamt, oft aber auch bei den Bürgerämtern. Außerdem stehen Ihnen die Formulare im Internet zum Download zur Verfügung.



INFO:

Suchen Sie im Internet nach „Schwerbehinderung + Ihr Bundesland“. So gelangen Sie direkt zu den Antragsformularen und weiteren hilfreichen Informationen.

Als schwerbehindert gilt man ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50. Nach erfolgreicher Anerkennung wird Ihnen vom Versorgungsamt der Schwerbehindertenausweis ausgestellt.

Bei der Beurteilung orientiert sich das Versorgungsamt an den Kriterien, die im Leitfaden „**Versorgungsmedizinische Grundsätze**“ festgelegt sind. Hier können Sie nachlesen, welchen GdB Ihre Erkrankung nach sich zieht.

Mit dem Schwerbehindertenausweis sollen Nachteile, die die Erkrankung und die notwendigen Therapien mit sich bringen, ausgeglichen werden.

So erhalten Sie beispielsweise einen erhöhten Kündigungsschutz, haben Anspruch auf Zusatzurlaub und können Steuererleichterungen geltend machen. Aber auch für Menschen, die nicht berufstätig sind, bietet der Schwerbehindertenausweis eine ganze Reihe von Vergünstigungen oder besser von Nachteilsausgleichen.

Stellen Sie auf jeden Fall beim Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung, um Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen zu können. Fügen Sie Ihrem Antrag ein Passbild, aktuelle Arztberichte und andere Bescheide bezüglich Ihrer Erkrankung oder Behinderung bei. Benennen Sie alle Ärzte, die Auskünfte über Ihre Erkrankung(en) geben können. Führen Sie zudem alle Erkrankungen und Beschwerden auf, auch solche, die nicht mit der Krebserkrankung zusammenhängen.

3.2 GRAD DER BEHINDERUNG

Bei einer aktuellen Krebserkrankung wird immer ein Schwerbehindertenstatus anerkannt.

Im Folgenden sehen Sie beispielhaft den Grad der Behinderung (GdB) für verschiedene Krebserkrankungen. Die aufgeführten Grade stellen Anhaltspunkte dar, in jedem Fall ist dem Einzelfall Rechnung zu tragen. Dies zeigt sich auch in den Beurteilungsspannen.

TIPP:

Stellen Sie einen Veränderungs- oder Verschlimmerungsantrag, sobald sich an Ihrer gesundheitlichen Situation etwas verändert. Dies kann sowohl den GdB erhöhen als auch ein Merkzeichen nach sich ziehen.



BESCHREIBUNG	GDB
Nach Entfernung maligner Darmtumoren ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.	
GdB während einer Heilungsbewährung von zwei Jahren nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 oder von lokalisierten Darmkarzinoiden	50
Mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	70 – 80
GdB während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren	wenigstens 80
Mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)	100
Nach Entfernung eines bösartigen Brusttumors ist eine 5-jährige Heilungsbewährung abzuwarten. GdB während dieser Zeit	
Bei Entfernung im Stadium (T1 – 2) pN0 M0	50
Bei Entfernung im Stadium (T 1 – 2) pN1 M0	60
In höheren Stadien	wenigstens 80
Nach Entfernung eines Carcinoma in situ in der Brustdrüse ist in den ersten zwei Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.	50

BESCHREIBUNG	GDB
Chronische lymphatische Leukämie und andere generalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome	
Mit geringen Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine wesentliche Progredienz)	30 – 40
Mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)	50 – 70
Mit starken Auswirkungen, starke Progredienz (z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, rezidivierende Infektionen, starke Milzvergrößerung)	80 – 100
Lokalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome	
Nach Vollremission für die Dauer von 3 Jahren Heilungsbewährung	50
Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome	
Bis zum Ende der Intensivtherapie	100
Nach Vollremission für die Dauer von 3 Jahren Heilungsbewährung	80

INFO:

Der Begriff Heilungsbewährung beschreibt den Zeitraum nach einer Behandlung, in dem abgewartet wird, ob es zu einem Rückfall kommt. Nach Ablauf der Heilungsbewährung ist der GdB neu zu bewerten.



3.3 MERKZEICHEN UND NACHTEILSAUSGLEICHE

Der Schwerbehindertenausweis garantiert Vergünstigungen und Rechte für behinderte Menschen. Neben dem Grad der Behinderung können Sie unter Umständen bestimmte Merkzeichen beantragen, die Ihnen weitere Nachteilsausgleiche ermöglichen.

MERKZEICHEN	NACHTEILSAUSGLEICHE
G/GI (gehbehindert/gehörlos)	Ermäßigung für Bus und Bahn* oder Kfz-Steuerermäßigung 50 %
aG (außergewöhnlich gehbehindert)	Ermäßigung für Bus und Bahn* und Kfz-steuerfrei
h/BI (hilflos/blind)	Freifahrt in Bus und Bahn* und Kfz-steuerfrei
B (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)	Begleitperson fährt in Bus und Bahn kostenfrei mit
aG/BI (außergewöhnlich gehbehindert/blind)	Parkerleichterungen**/Behindertenparkplätze
BI (blind)	Blindengeld
RF/BI/GI (Ermäßigung von der Rundfunk- und Fernsehgebühr/blind/gehörlos)	Ermäßigung von Rundfunk- und Fernsehgebühren und Telefonermäßigung

* Die Ermäßigung (einmalige Zahlung von 104 €/Jahr) bzw. Freifahrt bezieht sich auf die Verkehrsmittel im öffentlichen Nahverkehr.
** Auch das Merkzeichen G zieht in Verbindung mit dem Merkzeichen B unter bestimmten Voraussetzungen Parkerleichterungen nach sich.
Nähere Informationen erhalten Sie bei der zuständigen Straßenverkehrsbehörde.



TIPP:

- Falls Sie Sozialhilfe, Grundsicherung oder Bürgergeld beziehen und zu dem Personenkreis gehören, der vergünstigt Bus und Bahn benutzen kann, werden Sie von den 91 Euro befreit.
- Außerdem entfallen die ermäßigten Rundfunk- und Fernsehgebühren, wenn Sie das entsprechende Merkzeichen RF im Ausweis eingetragen haben und zum o. g. Personenkreis gehören.

STEUERVERGÜNSTIGUNGEN

Die Belastungen durch eine Behinderung werden auch im Rahmen der Steuergesetze berücksichtigt. So haben behinderte Menschen Anspruch auf Behindertenpauschbeträge. Diese mindern das zu versteuernde Einkommen um mindestens 384 Euro und höchstens 7.400 Euro. Anstelle des Pauschbetrages können Sie höhere Aufwendungen auch durch Einzelnachweise in voller Höhe geltend machen. Das ist sinnvoll, wenn Ihre behinderungsbedingten Ausgaben höher sind als der jeweilige Pauschbetrag.



STEUERPAUSCHBETRÄGE

Die Höhe des Steuerpauschbetrages richtet sich nach dem Grad der Behinderung. Folgende Pauschbeträge können gewährt werden:

GDB	PAUSCHBETRAG IN EURO
20	384 €
30	620 €
40	860 €
50	1.140 €
60	1.440 €
70	1.780 €
80	2.120 €
90	2.460 €
100	2.840 €
Merkzeichen H (hilflos), Bl (blind) oder TbI (taubblind)	7.400 €

Es braucht für die Inanspruchnahme der Steuerpauschbeträge keine weiteren Zusatzvoraussetzungen.

Zusätzlich können Sie unter Umständen behinderungsbedingte Fahrtkosten in Form einer Pauschale geltend machen. Dies gilt für folgende Personenkreise:

- Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 oder mit einem Grad der Behinderung von mindestens 70 und dem Merkzeichen "G" erhalten, unter Abzug der zumutbaren Belastung, einen Fahrtkostenpauschbetrag in Höhe von 900 Euro.
- Menschen mit Merkzeichen "aG", "Bl", "TbI" oder "H", erhalten, unter Abzug der zumutbaren Belastung, einen Fahrtkostenpauschbetrag von 4.500 Euro.

TIPP:

Der Pauschbetrag kann auch auf den Ehepartner übertragen oder rückwirkend geltend gemacht werden.



INFO:

Informationen erteilen die Versorgungsämter und die Finanzämter.



3.4 WEITERE NACHTEILSAUSGLEICHE

Automobilclubs

Manche Automobilclubs gewähren schwerbehinderten Menschen Beitragsnachlässe.

Bahnfahrten

Ab einem GdB von 70 können Sie zum Beispiel die Bahncard 50 zum halben Preis erwerben. Es gibt weitere Nachteilsausgleiche. Auskunft erteilt die Deutsche Bahn.

Berufstätigkeit

Die Nachteilsausgleiche im Beruf sind im Kapitel „Rund um den Beruf“ aufgeführt.

Ermäßigungen

Bei verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen (Kino, Theater u.a.) gibt es die Möglichkeit, ermäßigte Eintrittskarten zu erhalten.

Euroschlüssel für behindertengerechte Toiletten

Dieser Schlüssel wird an Menschen ausgehändigt, die auf behindertengerechte Toiletten angewiesen sind. Hierzu gehören beispielsweise Stomaträger, außergewöhnlich Gehbehinderte und viele andere. Den Schlüssel erhält man für einen Unkostenbeitrag von 39,90 Euro. Bezug über www.cbf-da.de.

Nachlass beim Autokauf

Einige Autohersteller gewähren schwerbehinderten Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einen Preisnachlass beim Autokauf. Informationen erhalten Sie im Internet („Autokauf & Schwerbehinderung“) oder bei den Automobilclubs.

Parkerleichterung

Eine Ausnahmegenehmigung für Parkerleichterungen wird schwerbehinderten Menschen mit den zuerkannten Merkzeichen aG und/oder BI bewilligt.

Zudem gibt es unter bestimmten Voraussetzungen auch einen Ausweis für Parkerleichterungen, wenn Sie die Merkzeichen „G“ und „B“ im Schwerbehindertenausweis haben.



INFO:

- Die Parkausweise unterscheiden sich in Art und Umfang der gewährten Parkerleichterungen.
- Weitere Informationen erhalten Sie bei den Straßenverkehrsbehörden und Versorgungsämtern.



Schule und Studium

Auch in der Schule und während des Studiums können Sie eine Reihe von Nachteilsausgleichen in Anspruch nehmen. So können beispielsweise Leistungen in Teilleistungen gesplittet, Prüfungstermine mitbestimmt oder Anwesenheitsverpflichtungen geändert werden. Zudem gibt es im Rahmen von Härtefallregelungen Ausnahmen beim Studienort und den Zugangsvoraussetzungen. Das Deutsche Studentenwerk stellt ein umfassendes Handbuch zum Thema „Studium & Behinderung“ zur Verfügung.

Sitzplatz

Es besteht ein Recht auf einen Sitzplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Skipass

Mancherorts gibt es beim Skipass vergünstigte Angebote für schwerbehinderte Menschen.

Wohnen

Als schwerbehinderter Mensch haben Sie einen besonderen Schutz vor Wohnungskündigung, falls die Kündigung eine unzumutbare Härte für Sie bedeuten würde.

Wohnberechtigungsschein

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf Anerkennung eines dringenden Wohnbedarfs, wenn sie nicht mit entsprechenden Räumlichkeiten ausgestattet sind.

Die Vergabe von Wohnberechtigungsscheinen ist von Einkommensgrenzen abhängig, wobei Schwerbehinderten ein Freibetrag angerechnet wird. Die Höhe ist je nach Bundesland unterschiedlich und abhängig vom Grad der Behinderung.

Wohngeld

Schwerbehinderten Menschen wird laut Wohngeldgesetz ein Freibetrag bei der Berechnung eingeräumt. Dieser beträgt 1.800 Euro bei einem GdB von 100 oder bei einem GdB ab 50, plus anerkannter Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege oder Kurzzeitpflege.

INFO:

Weitere Informationen erhalten Sie beim örtlichen Amt für Wohnungswesen.





RUND UM DEN BERUF

Eine Krebserkrankung greift in alle Lebensbereiche ein und so ist natürlich auch die Berufstätigkeit davon betroffen. Das beginnt mit der Frage, ob man seine Arbeitsaufgaben noch bewältigen kann und geht über zur Unsicherheit, ob der Arbeitsplatz sicher ist und wie Arbeitgeber und Kollegen reagieren werden.

Für viele Menschen ist dann nicht klar, wie sie nach der akuten Behandlungsphase gut an die Arbeitsstelle zurückkehren können, ob eine Neuorientierung notwendig sein wird oder ob sie vielleicht teilweise oder sogar umfassend nicht mehr arbeiten können. An dieser Stelle sollen Hilfestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

UM IHRE BERUFSTÄTIGKEIT ZU ERHALTEN BZW. IHNEN DEN WIEDEREINSTIEG ZU ERLEICHTERN ZEIGT DAS KAPITEL FOLGENDE HILFEN AUF:

- Stufenweise Wiedereingliederung
- Berufliche Rehabilitation – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Berufliche Nachteilsausgleiche aufgrund einer anerkannten Schwerbehinderung
- Begleitende Hilfen im Arbeitsleben

4.1 STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG

Bei der Stufenweisen Wiedereingliederung, auch „Hamburger Modell“ genannt, werden Sie nach längerer Erkrankung und bei noch eingeschränkter Leistungsfähigkeit nach und nach wieder an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Sie ist eine **Leistung der medizinischen Rehabilitation**.

Voraussetzung zur Durchführung ist Ihr Einverständnis und das Ihres Arbeitgebers. Allerdings haben schwerbehinderte Menschen einen rechtlichen Anspruch auf die Stufenweise Wiedereingliederung.

Während der Wiedereingliederung sind Sie **weiterhin krankgeschrieben** und erhalten Übergangs- oder Krankengeld. Manche Arbeitgeber zahlen in dieser Zeit freiwillig eine (Teil-)Vergütung.

In der Regel dauert die Wiedereingliederung zwischen sechs Wochen und sechs Monaten. Ausnahmen darüber hinaus sind möglich.

TIPP:

Die Stufenweise Wiedereingliederung muss beantragt werden. Formulare erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis.



INFO:

Weiterführende und vertiefende Informationen zur Stufenweisen Wiedereingliederung erhalten Sie auf der Seite von Betanet: www.betanet.de/stufenweise-wiedereingliederung.html

4.2 BERUFLICHE REHABILITATION – LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

Sollte Ihre Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen gefährdet oder ohne Unterstützung nicht (mehr) möglich sein, können Sie **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** beantragen.

Das ist der sozialrechtlich korrekte Begriff für die beruflichen Reha-Leistungen. Hiermit sind alle Reha-Maßnahmen gemeint, die Menschen gewährt werden, um ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Berufstätigkeit zu sichern.

Im Rahmen einer beruflichen Reha wird geprüft, welche Umgestaltungen des Arbeitsplatzes, welche Veränderungen der Tätigkeit oder auch welche Neuorientierungen

stattfinden müssen, um die Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise zu erhalten.

Zu den verschiedenen Arten der beruflichen Reha zählen vor allem die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, berufliche Anpassungen, Aus- und Weiterbildung, der Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit und die Zuschüsse an Arbeitgeber zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft.

Zuständig sind die Rehabilitationsträger. Dazu gehören die Arbeitsagenturen, die Rentenversicherung oder die Berufsgenossenschaften. Dort werden Sie ausführlich beraten.

BEISPIELHAFT SEIEN HIER EINIGE LEISTUNGEN DARGESTELLT:

■ Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

- Beratung und Vermittlung
- Arbeitsassistenten
- Kraftfahrzeughilfe
- Mobilitätshilfen
- Stehpulte und höhenverstellbare Schreibtische

■ Berufliche Bildungsmaßnahmen

- Ausbildung
- Weiterbildung (z. B. Umschulung oder Fortbildung)
- Integrationsmaßnahmen

■ Leistungen an Arbeitgeber

- Zuschuss zur Probebeschäftigung
- Zuschuss zur betrieblichen Weiterbildung
- Zuschuss zur behinderungsgerechten Ausstattung

■ Ergänzende Leistungen

- Übergangsgeld
- Reisekosten
- Haushaltshilfe

TIPP:

Beschäftigte mit anerkannter Schwerbehinderung oder Gleichstellung haben Anspruch auf eine behinderungsgerechte Arbeitsplatzausstattung. Der technische Beratungsdienst des Integrations- bzw. Inklusionsamtes berät und unterstützt Sie.



4.3 SCHWERBEHINDERUNG UND BERUFLICHE NACHTEILSAUSGLEICHE

Der Schwerbehindertenausweis eröffnet Ihnen zum einen den besonderen Kündigungsschutz im Berufsleben und zum anderen eine Reihe von Entlastungsmöglichkeiten. Zudem besteht die Möglichkeit von integrativen Maßnahmen am Arbeitsplatz.

INFO:

Für die Beratung von schwerbehinderten Menschen im Arbeitsleben sind die Integrations- und Inklusionsämter in Zusammenarbeit mit den Integrations- und Inklusionsfachdiensten zuständig. Sie finden das für Sie zuständige Amt unter: www.integrationsaemter.de > **Kontakt** > Postleitzahl des Arbeitsplatzes eingeben



DIE FOLGENDEN NACHTEILSAUSGLEICHE STEHEN IHNEN ZUR VERFÜGUNG:

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben

Die „Begleitenden Hilfen“ im Arbeitsleben sind Aufgabe der Integrations- und Inklusionsämter. Mit den Integrations- und Inklusionsfachdiensten bieten sie eine umfassende Beratung für schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber an.

INFO:

Begleitende Hilfen werden von den Integrations- und Inklusionsämtern gewährt, um die soziale Stellung und die Wettbewerbsfähigkeit von schwerbehinderten Arbeitnehmern zu sichern, Probleme zu beseitigen (z. B. technische oder organisatorische Schwierigkeiten) und Arbeitsplätze durch Sach- und Geldleistungen an Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu verbessern bzw. zu erhalten.

DIE FOLGENDE TABELLE LISTET BEISPIELHAFT EINIGE HILFEN AUF:

BEGLEITENDE HILFEN IM ARBEITSLEBEN	
Finanzielle Leistungen für den Arbeitnehmer	Finanzielle Leistungen für den Arbeitgeber
KRAFTFAHRZEUG-HILFEN Beschaffung eines Kfz Behinderungsbedingte Zusatzausstattung Fahrerlaubnis	Zuschuss zur Ausbildungsvergütung Zuschuss zu den Lohnkosten Einstellungszuschuss bei Neugründung Behinderungsge-rechte Einrichtung
WOHNUNGSHILFEN Beschaffung Anpassung Umzug	Leistungen bei außergewöhnlicher Belastung Schaffung neuer Arbeitsplätze



Befreiung von Mehrarbeit

Als anerkannt schwerbehinderter Mensch sind Sie auf Ihr Verlangen von der Mehrarbeit freizustellen. Mehrarbeit ist die Arbeit, die werktäglich über die gesetzliche Arbeitszeit von acht Stunden hinausgeht.

Besonderer Kündigungsschutz

Ab sechsmonatiger Betriebszugehörigkeit steht Ihnen aufgrund Ihres Schwerbehindertenstatus ein erhöhter Kündigungsschutz zu.

Ihnen darf nur gekündigt werden, wenn Ihr Arbeitgeber zuvor das zuständige Integrations- oder Inklusionsamt informiert und dessen Zustimmung eingeholt hat. Ohne die Zustimmung der Behörde ist die Kündigung unwirksam. Der besondere Kündigungsschutz gilt auch in Kleinbetrieben!

Ermäßigung der Pflichtstunden für Lehrer

Als Lehrer erhalten Sie mit anerkannter Schwerbehinderteneigenschaft eine Ermäßigung Ihrer Schulpflichtstunden. Die genauen Bestimmungen sind durch die jeweiligen Landesgesetze geregelt.

Fahrten zur Arbeitsstätte

Liegt ein GdB ab 50 und das Merkzeichen „G“ oder „aG“ oder ein GdB ab 70 vor, können Sie Fahrtkosten zur Arbeit im Rahmen Ihrer Steuererklärung auf zwei Arten geltend machen: entweder mit der sogenannten Pendlerpauschale oder durch Ansatz der tatsächlichen Fahrtkosten nach Reisekostengrundsätzen. Am besten stellen Sie die Ergebnisse beider Varianten gegenüber und treffen dann Ihre Entscheidung. Meist ist die Abrechnung der tatsächlich entstandenen Aufwendungen

vorteilhafter, doch gilt es im Einzelfall genau zu rechnen. Wählen Sie die Pauschale, können Sie, auch Unfallkosten oder Beschädigungen, die während der Fahrt zur Arbeit entstehen, als Werbungskosten geltend machen. Bei Ansatz der tatsächlichen Kosten können Sie auch Parkgebühren an der Arbeitsstätte als Werbungskosten geltend machen.

Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte

Schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch auf Teilzeitarbeit, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art und Schwere der Behinderung notwendig ist.

Zusatzurlaub

Aufgrund der Schwerbehinderteneigenschaft steht Ihnen ein Zusatzurlaub von in der Regel fünf bezahlten Urlaubstagen pro Jahr zu.



RUND UMS GELD

Fragen, die viele Menschen im Umfeld einer Krebserkrankung sehr bedrängen, sind finanzieller Art. Von was lebe ich/leben wir, wenn ich aufgrund der Erkrankung nicht mehr arbeiten kann?

Im Folgenden ist die zeitliche Abfolge der finanziellen Leistungen aufgeführt, danach werden die Leistungen detailliert dargestellt.



Wenn die Erkrankung diagnostiziert wird und Sie mit dem Beginn der Behandlung krankgeschrieben sind, können Sie, wenn die jeweiligen Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind, im Verlauf folgende Geldmittel erhalten bzw. beantragen:

- Lohnfortzahlung (bis zu 6 Wochen)
- Krankengeld (maximal 78 Wochen)
- Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit – „Nahtlosigkeitsregelung“ (je nach Arbeitslosengeldanspruch)
- Erwerbsminderungsrente (bei Anspruch) oder
- Existenzsichernde Leistungen (Grundsicherung, Bürgergeld oder Sozialhilfe bei Bedürftigkeit)

5.1 ENTGELTFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL

Für dieselbe Erkrankung erhalten Sie sechs Wochen Lohnfortzahlung von Ihrem Arbeitgeber.

TIPP:

Erkranken Sie in den ersten vier Wochen bei einer neuen Arbeitsstelle, so greift die Lohnfortzahlung noch nicht. In diesem Fall zahlt Ihr Arbeitgeber die tatsächlich gearbeiteten Tage und Sie haben im Anschluss Anspruch auf Krankengeld über Ihre gesetzliche Krankenkasse.



5.2 KRANKENGELD

Die Krankenkasse zahlt Krankengeld

- bei Arbeitsunfähigkeit,
- nach Ablauf der Lohnfortzahlung,
- für längstens 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren

wegen derselben Erkrankung.

TIPPS:

- Die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, 78 Wochen Krankengeld zu zahlen!

Stellt sich nach einem ärztlichen Gutachten heraus, dass Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse Sie auffordern, innerhalb von 10 Wochen einen Rehabilitationsantrag zu stellen.

Kommen Sie dieser Aufforderung nicht nach, ruht Ihr Anspruch auf Krankengeld.

Besonders wichtig: Ein Reha-Antrag wird automatisch zum Rentenanspruch umgedeutet, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit nicht mehr hergestellt werden kann.

- Zeiten der Lohnfortzahlung und Zeiten in denen Sie Übergangsgeld erhalten, weil Sie z. B. in Reha sind, werden auf die 78 Wochen Krankengeldbezug angerechnet. Das bedeutet, dass sich der tatsächliche Bezug von Krankengeld um diese Zeiten verkürzt.





5.3 ARBEITSLOSENGELD BEI ARBEITS- UNFÄHIGKEIT – „NAHTLOSIGKEITS- REGELUNG“ (§ 145 SGB III)

Ist Ihr Anspruch auf Krankengeld aufgebraucht, können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit arbeitslos melden, obwohl Sie weiterhin krank sind und obwohl Sie einen Arbeitsplatz haben (§ 145 SGB III). Die sogenannte Nahtlosigkeitsregelung wurde geschaffen, um sicherzustellen, dass Menschen nicht aus den sozialen Sicherungssystemen herausfallen.

Anspruch auf diese Form des Arbeitslosengeldes nach § 145 SGB III hat,

- wer keinen Anspruch (mehr) auf Krankengeld hat und
- noch keine Rentenzahlung erhält, auch wenn das Arbeitsverhältnis fortbesteht.



TIPPS:

- Dieses Arbeitslosengeld wird – genau wie das Krankengeld – mit der Rentennachzahlung verrechnet.
- Der Arbeitsplatz sollte keinesfalls gekündigt werden, da dieser gegebenenfalls (z. B. bei Bewilligung einer Zeitrente) erhalten bleiben muss.



INFO:

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit.

5.4 VORGEZOGENE ALTERSRENTE FÜR SCHWERBEHINDERTE MENSCHEN

Als schwerbehinderter Mensch haben Sie Anspruch auf eine vorgezogene Altersrente. Diese abschlagsfreie Rente wird seit 2015 schrittweise vom 63. auf das 65. Lebensjahr angehoben.

Außerdem können Sie entscheiden, dass Sie noch früher, dann allerdings mit Abschlägen, in Altersrente gehen. Die Altersgrenze hierfür wird von 60 Jahre auf 62 Jahre angehoben. Für jeden Monat, den Sie vorzeitig in Rente gehen, wird Ihnen 0,3 Prozent von Ihrer Rente abgezogen. Dadurch kann sich ein maximaler Abschlag von 10,8 % ergeben. Zugleich muss für die vorgezogene Altersrente eine Wartezeit von 35 Jahren erfüllt und die jeweilige Altersgrenze des Jahrgangs erreicht sein.

TIPPS:

Wenn Sie diese Regelung in Anspruch nehmen und Ihre Schwerbehinderung während des Rentenbezugs aberkannt wird, bleibt der Rentenanspruch weiter bestehen.

Seit 01.01.2023 entfallen die Hinzuverdienstgrenze bei vorgezogenen Altersrenten. Das bedeutet, dass Sie unbegrenzt zu Ihrer Rente hinzuverdienen können.



INFO:

Auskünfte erteilen die Rentenberatungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Thema Rente.



5.5 ERWERBSMINDERUNGSRENTE (EM-RENTE)

Ist es Ihnen aufgrund Ihrer Erkrankung nicht möglich, weiter berufstätig zu sein, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei der Rentenversicherung beantragen.

Die EM-Rente richtet sich nach Ihrem gesundheitlichen Leistungsvermögen:

- Liegt Ihre Arbeitsfähigkeit unter drei Stunden/Tag, besteht ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.
- Liegt Ihre Arbeitsfähigkeit bei drei bis unter sechs Stunden/Tag, besteht ein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.
- Liegt Ihre Arbeitsfähigkeit bei sechs Stunden/Tag und darüber, besteht kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente.

TIPP:

Eine EM-Rente wird in der Regel „auf Zeit“ gewährt. Liegen die gesundheitlichen Voraussetzungen für die EM-Rente nicht mehr vor (z. B. nach einer erfolgreichen Krebsbehandlung), kann die Rente – nach vorheriger Anhörung – entzogen werden.

TIPP:

Die jährlichen Hinzuverdienstgrenzen für EM-Renten wurden zum 01.01.2026 erhöht. Sie orientieren sich an der monatlichen Bezugsgröße und betragen beispielsweise für eine volle EM-Rente im Jahr 2026 20.763,75 Euro.. Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Rentenversicherung über die Höhe Ihres rentenunschädlichen Hinzuverdienstes.



Ihre Leistungsfähigkeit wird in der Regel durch ein medizinisches Gutachten beurteilt. Neben den gesundheitlichen Voraussetzungen müssen zusätzlich bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen für den Erhalt der Rente vorliegen:

- **Allgemeine Wartezeit**
(= Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.
- **Drei Jahre Pflichtversicherungszeit in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung.**

Dabei richtet sich die Bewilligung der EM-Rente danach, ob Sie einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können. Es ist also nicht von Belang, ob Sie Ihren erlernten Beruf noch ausüben können. Diesen Berufsschutz müssen Sie privat absichern. Ausnahmen gibt es für Menschen, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind.

TIPPS:



- Sind Sie vor dem 2. Januar 1961 geboren, gibt es für Sie nach wie vor einen Berufsschutz. Sie erhalten eine halbe EM-Rente, wenn Sie krankheitsbedingt Ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können.
- Wenn Sie das Alter für die Regelaltersrente erreichen, wird Ihre EM-Rente in eine Regelaltersrente umgewandelt.
- Wenn Ihre EM-Rente unter dem Existenzminimum liegt, können Sie ergänzend Grundsicherungsleistungen beantragen. Liegt sie knapp darüber, kommen eventuell Wohngeld und/oder der Kinderzuschlag als staatliche Zuschüsse in Betracht. Erkundigen Sie sich bitte bei der Wohngeldbehörde oder der Familienkasse.

INFO:

Nutzen Sie die Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung.



5.6 BÜRGERGELD, GRUNDSICHERUNG UND SOZIALHILFE

Nicht selten geraten Menschen durch eine Krebserkrankung in finanzielle Not. Das hängt mit den krankheitsbedingten Mehrausgaben und den finanziellen Einbußen beim Einkommen zusammen.

Sollten auch Sie davon betroffen sein, dann können Sie unter Umständen eine der drei im folgenden vorgestellten Leistungen beantragen. Diese greifen, wenn alle anderen Sicherungssysteme nicht helfen und der Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann.

Welche der drei Hilfearten Ihnen zusteht, hängt von Ihrem Alter und Ihrer Erwerbsfähigkeit ab.

Folgende Leistungsarten stehen zur Verfügung:

- Bürgergeld
- Sozialhilfe (hier: Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung

Allen gemein ist, dass sie nur im Falle von Bedürftigkeit geleistet werden. Das bedeutet, dass man die Leistung nur erhält, wenn z. B. die Rente oder das Gehalt für den Lebensunterhalt nicht ausreichen. Die Zuordnung erfolgt über das Kriterium der Erwerbsfähigkeit, wie die folgende Übersicht verdeutlicht.

WER ERHÄLT WELCHE LEISTUNG?

Sozialhilfe/Hilfe zum Lebensunterhalt	Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung	Bürgergeld
Zeitweise voll erwerbsgeminderte Menschen (befristete EM-Rente)	■ Ältere Menschen ab der Altersgrenze für die Regelaltersrente ■ Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen (unbefristete EM-Rente)	Erwerbsfähige Personen ab dem 15. Lebensjahr bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente ■ Erwerbstätige Menschen (Aufstockung) ■ Arbeitslose Menschen ■ Teilweise erwerbsgeminderte Menschen (3–6 h Arbeitsfähigkeit/Tag)
ZUSTÄNDIG IST DAS SOZIALAMT	ZUSTÄNDIG IST DAS SOZIALAMT	ZUSTÄNDIG IST DAS JOBCENTER



TIPP:

Schildern Sie den Mitarbeitern der zuständigen Leistungsbehörde immer Ihre individuelle Gesamtsituation. Eventuell können Sie Mehrbedarfe, Sonderbedarfe oder Einmalleistungen beantragen.

Wenn Sie mit Ihrem Einkommen knapp über den Grundsicherungsleistungen liegen, kommen vielleicht Wohngeld und/oder der Kinderzuschlag als staatliche Zuschüsse für Sie in Frage. Sie beantragen diese Leistungen bei den Wohngeldbehörden und den Familienkassen.

BEISPIELRECHNUNG FÜR EINE ALLEINSTEHENDE PERSON:

Eine alleinstehende Person erhält 2026 in allen drei Leistungsarten 563 Euro
(= Regelsatz für eine alleinstehende Person) + Kosten der Unterkunft + Heizung.

Bei der Berechnung des Anspruchs werden das eigene Einkommen (und Vermögen) sowie das des Ehegatten bzw. Lebenspartners angerechnet. Hierbei werden unterschiedliche Freibeträge berücksichtigt.

Der weitere Unterhaltsrückgriff auf andere Angehörige (z.B. erwachsene Kinder) erfolgt erst, wenn diese mehr als 100.000 Euro/Jahr verdienen.

(Freibetrag Angehörige: 100.000/Jahr).



INFO:

Nutzen Sie die Informationsmöglichkeiten der Sozialämter und Jobcenter.

5.7 WOHNELD

Wenn Sie mit Ihrem Einkommen über den Grundsicherungsleistungen liegen, kommt vielleicht Wohngeld als staatlicher Zuschuss für Sie in Frage.

Sie können Wohngeld entweder als Mietzuschuss erhalten, wenn Sie Mieter einer Wohnung sind oder als Lastenzuschuss, wenn Sie Eigentümer eines Hauses oder einer Wohnung sind. Voraussetzung ist, dass Sie den Wohnraum selbst bewohnen.

Die Höhe des Wohngeldes ist abhängig von der Anzahl der Bewohner, deren Gesamteinkommen und der Höhe der zuschussfähigen Miete oder Belastung. Wohngeld wird in der Regel für 12 Monate gewährt. Achten Sie darauf, dass Sie den Neuantrag rechtzeitig stellen.



Für schwerbehinderte Menschen wird bei der Berechnung des Jahreseinkommens ein Freibetrag von 1.800 Euro abgezogen, wenn

- ein Grad der Behinderung von 100 vorliegt oder
- ein Grad der Behinderung von mindestens 50 vorliegt und Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitiger häuslicher Pflege oder teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege.



INFO:

Ihre Stadt- oder Gemeindeverwaltung nennt Ihnen die für Sie zuständige Stelle bzw. die zuständige Wohngeldbehörde.



5.8 HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

Wie auch an anderer Stelle schon beschrieben, kann eine Krebserkrankung dazu führen, dass man unverschuldet in finanzielle Not gerät.

Schnell und unbürokratisch hilft der Härtefonds der Deutschen Krebshilfe weiter. Auch einige Landeskrebsgesellschaften haben einen entsprechenden Härtefonds eingerichtet.

Die Höhe der Unterstützung ist begrenzt und wird in der Regel einmal gewährt. Mit einem Formular können Betroffene den Antrag stellen und zugleich ihre Bedürftigkeit nachweisen.



INFO:

Hier finden Sie den Antrag der Deutschen Krebshilfe und weiterführende Informationen:
<https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/finanzielle-hilfe-unserhaertefonds/>



RUND UM DIE PFLEGEVERSICHERUNG

Im Rahmen der Pflegeversicherung gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat krankenversicherten Menschen. Wer gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Es gilt der Leitsatz: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung, d.h. Sie sind dort pflegeversichert, wo Sie krankenversichert sind.

Die Leistungen der Pflegeversicherung können Sie in Anspruch nehmen, wenn Sie voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr lang gepflegt werden müssen.

Im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden Sie alle wichtigen Regelungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung.

6.1 BEURTEILUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIG- KEIT

Die Pflegebedürftigkeit wird von der Pflegekasse festgestellt. Hierfür beauftragt sie den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter.

Diese Feststellung ist die zwingende Voraussetzung, um Leistungen zu erhalten. Eingestuft wird in 5 Pflegegrade, die sich aus dem Grad der Selbstständigkeit ergeben.

WER IST PFLEGEBEDÜRFTIG?

Pflegebedürftig sind Menschen, die auf Dauer (mindestens sechs Monate) gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Es muss sich um Personen handeln, die

- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder
- gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Wer pflegebedürftig ist, wird von der Pflegekasse unterstützt. Die Höhe der Leistungen hängt von dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und dem zuerkannten Pflegegrad ab.



6.2 PFLEGEGRAD

GUT ZU WISSEN



Pflegegrade:

Es gibt fünf Pflegegrade, die vom Grad der Selbstständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen abhängen.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung



TIPP:

Viele Menschen mit einer geringen Pflegebedürftigkeit bekommen den Pflegegrad 1 zuerkannt. Auch wenn der Pflegegrad 1 kein vollwertiger Pflegegrad mit allen Leistungen ist, ermöglicht er dennoch einige finanzielle Zuschüsse und Vorteile.

6.3 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE

PFLEGE-GRAD	PFLEGE-GELD Monatlich (Pflege durch Angehörige)	PFLEGESACH-LEISTUNG Monatlich (Pflege durch einen Pflegedienst)	TAGES- UND NACHTPFLEGE Monatlich	GEMEINSAMER JAHRESBETRAG FÜR VERHINDERUNGS- UND KURZZEITPFLEGE Auch stundenweise Inanspruchnahme möglich	VOLL-STATIONÄRE PFLEGE Monatlich
1	-	-	-	-	-
2	347 €	796 €	720 €	3.539 €	805 €
3	599 €	1.497 €	1.357 €	3.539 €	1.319 €
4	800 €	1.859 €	1.685 €	3.539 €	1.855 €
5	990 €	2.299 €	2.085 €	3.539 €	2.096 €

Weitere Leistungen der Pflegekasse bei häuslicher Pflege:

- **Pflegehilfsmittel**

Pflegehilfsmittel können direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Sie sollen die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder die Selbstständigkeit fördern. Hierzu zählen auch technische Hilfen, wie ein Hausnotrufsystem oder Wohnumfeldverbesserungen, sprich Umbaumaßnahmen (hierfür stehen bis zu 4.180 € zur Verfügung).

- **Pflegehilfsmittel zum Verbrauch**

Hierzu gehören beispielsweise Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder saugende Bettschutzeinlagen. Die Pflegekasse übernimmt bis zu 42 € pro Monat.

- **Ersatz- oder Verhinderungspflege durch nahe Angehörige (1. und 2. Grades)**

Ab Pflegegrad 2 besteht ein Anspruch für bis zu 8 Wochen pro Jahr. Die Leistung beträgt das Zweifache des jeweiligen Pflegegeldes. Das entspricht z. B. 694 € im Pflegegrad 2 und 1.685 € im Pflegegrad 5.

- **Entlastungsbetrag bei Versorgung in der Häuslichkeit**

Zur Entlastung Angehöriger und Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger stehen in allen Pflegegraden 131 € monatlich zur Verfügung.

- Zudem gibt es verschiedene **Leistungen an Ihre Angehörigen**, wenn diese die Pflege übernehmen.



INFOS:



- Nutzen Sie die Informationsangebote der Pflegekassen, der Pflegestützpunkte und das Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema Pflege.
- Broschüren können Sie beim Bundesgesundheitsministerium bestellen oder direkt herunterladen:
www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Alle Publikationen > Pflege.



RUND UM DIE VORSORGEDOKUMENTE

Jeder Mensch kann in eine Lebenssituation geraten, in der er vorübergehend oder auf Dauer keine eigenständigen Entscheidungen mehr treffen kann.

Das kann aufgrund von Krankheit eintreten, aber auch durch einen Unfall oder im Alter könnte die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigt werden.

Stehen dann rechtsverbindliche Entscheidungen oder Erklärungen an, braucht es jemanden, der an Ihrer Stelle bestimmt, oder aber ein Dokument, in dem Sie festgelegt haben, wie nun gehandelt werden soll.

Denn: volljährige Menschen haben auf Dauer keinen Vertreter. Wenn Sie verheiratet sind, darf Ihre Ehefrau oder Ihr Ehemann zwar 6 Monate lang für Sie entscheiden, doch gilt dies ausschließlich in Gesundheitsangelegenheiten (sog. Notvertretungsrecht) und nur für den begrenzten Zeitraum. Leben Sie ohne Trauschein mit jemanden zusammen gilt das Notvertretungsrecht nicht. Das wiederum bedeutet, dass Sie überlegen sollten, wen Sie für den Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit bevollmächtigen möchten, da sonst entweder

sofort oder spätestens nach 6 Monaten (bei zusammenlebenden verheirateten Paaren) über das Betreuungsgericht ein gesetzlicher Betreuer eingesetzt wird.

Zur Wahrung Ihres Selbstbestimmungsrechts stehen Ihnen die nachfolgenden drei Dokumente zur Verfügung.



INFO:

Auf der Internetseite des Bundesjustizministeriums (www.bmj.de) können Sie im Bereich "Service" und dann "Broschüren und Infomaterial" für alle drei hier vorgestellten Vorsorgedokumente einen Vordruck herunterladen.

Außerdem halten viele Städte und Gemeinden, aber auch Hospizvereine und andere Organisationen Vordrucke bereit.



TIPP

- Sie können Ihre Patientenverfügung zusammen mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registrieren lassen.
- Zur Absicherung Ihrer Dokumente können Sie diese für 5 bis 10 Euro bei einer Behörde beglaubigen lassen.

7.1 VORSORGEVOLLMACHT

Mit Hilfe einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen.

Je nach Festlegung können Sie einen anderen Menschen umfassend bevollmächtigen oder in abgegrenzten Bereichen.

Allerdings reicht eine Generalvollmacht nach dem Motto „Ich bevollmächtige meinen Ehemann für alle meine Angelegenheiten.“ nicht aus. Achten Sie unbedingt darauf, dass bestimmte Angelegenheiten explizit aufgeführt sind (z.B. ärztliche Maßnahmen oder Vertretung in gerichtlichen Verfahren).

Sollten Sie hier keine differenzierte Darstellung verwenden, bekommen Sie in den nicht benannten Aufgabenfeldern einen gesetzlichen Betreuer zugeordnet. Das kann dann Ihr Angehöriger sein (soll es

eigentlich auch), muss es aber nicht unbedingt. Darüber hinaus wird empfohlen, dass die Vollmacht über den Tod hinaus gültig ist, so dass Ihr Bevollmächtigter handlungsfähig bleibt.

Außerdem empfiehlt es sich, eine Vollmacht Ihrer Bank beizufügen, da die meisten Banken nur ihre bankeigenen Vordrucke akzeptieren.

Die Vorsorgevollmacht sollte schriftlich vorliegen und von Ihnen unterschrieben sein. Auch Ihr Bevollmächtigter sollte unterschreiben. Eine notarielle Beurkundung ist nicht vorgeschrieben, wird aber von Behörden unter Umständen verlangt. Bei Grundstücksgeschäften ist die notarielle Beurkundung der Vollmacht allerdings verpflichtend.

Bedenken Sie bitte, dass Ihre Vollmachtsurkunde im Fall der Fälle auch auffindbar ist und dass vor allem Ihr Bevollmächtigter im Ernstfall Zugriff darauf hat. Entweder händigen Sie ihm diese schon im Vorfeld aus oder aber Sie stellen sicher, dass alle Beteiligten wissen, wo die Vollmacht zu finden ist.

7.2 BETREUUNGSVERFÜGUNG

Mit einer Betreuungsverfügung sagen Sie dem Betreuungsrichter, wen er als Betreuer für Sie einsetzen soll, wenn Sie selbst entscheidungs- und handlungsunfähig sind.

In der Verfügung können Sie auch festlegen, wer auf gar keinen Fall zu Ihrem Betreuer benannt werden soll. Daneben können Sie bezüglich der Betreuungsführung individuelle Wünsche festhalten. Einen Betreuer brauchen Sie nicht, wenn Sie jemanden bevollmächtigt haben.

Formal wird auch hier empfohlen, dass die Betreuungsverfügung schriftlich verfasst wird und dass Sie sie eigenhändig unterschreiben. Eine notarielle Beurkundung ist nicht nötig, eine behördliche Beglaubigung ist empfehlenswert.



7.3 PATIENTENVERFÜGUNG

Eine Patientenverfügung verfassen Sie, um Ihre medizinischen Behandlungswünsche für den Fall zu dokumentieren, dass Sie sich selbst nicht äußern können. Zusätzlich können Sie eine Person benennen, die Ihre niedergelegten Wünsche vertritt.

Erstellen Sie eine möglichst individuelle und persönliche Patientenverfügung, in der Sie auch Ihre Wertvorstellungen festhalten. Dabei ist das gedankliche Vorwegnehmen solcher Situationen und die Auseinandersetzung mit den existenziellen Fragen sicherlich nicht immer einfach, macht aber auch die Tragweite des Festgelegten deutlich.

TIPP:

Ihre Patientenverfügung können Sie jederzeit widerrufen oder abändern.



Eine Patientenverfügung ist umso aussagekräftiger,

- **je verständlicher und nachvollziehbarer Sie Ihre Wünsche formulieren.**

Sprechen Sie Ihre Patientenverfügung mit Ihrem Arzt durch, um sicherzustellen, dass Ihre Behandler wissen, was Sie gemeint haben. Sinnvoll ist hierfür, dass Sie neben der reinen Ankreuzvariante eine ausformulierte Darstellung Ihrer Wertvorstellungen beifügen.

- **je aktueller sie ist.**

Denn umso deutlicher wird auch, dass das Dokument Ihren gegenwärtigen Willen widerspiegelt. Die zeitliche Nähe wird vom Gesetz nicht verlangt, macht es aber allen Beteiligten leichter. Sie erreichen Aktualität, indem Sie das Dokument alle zwei Jahre erneut überprüfen und unterschreiben.

- **je konkreter Sie Ihre Verfügung auf die vorliegende Erkrankung und deren möglichen Verlauf beziehen.**

Im Verlauf Ihrer Krebserkrankung können Sie mit Ihrem Arzt die mögliche Weiterentwicklung besprechen. Sie können dann der Patientenverfügung eine Ergänzung hinzufügen, in der Sie mit ärztlicher Unterstützung Ihre Diagnose(n) aufführen, Ihre aktuelle Behandlung und Medikation dokumentieren und Ihre Wünsche bei auftretenden Komplikationen festhalten.

Formal wird auch bei der Patientenverfügung empfohlen, diese schriftlich zu verfassen und eigenhändig zu unterschreiben. Außerdem sollte ein Zeuge unterschreiben. Erneuern Sie die Unterschriften alle ein bis zwei Jahre, um aufzuzeigen, dass Sie weiterhin am Inhalt festhalten. Eine notarielle Beurkundung ist nicht notwendig.



INFO:

Einen Vordruck für die Ergänzung im Fall einer schweren Erkrankung finden Sie, indem Sie in eine Internetsuchmaschine die Stichworte „Ergänzung Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit“ eingeben. Damit können Sie noch zielgerichteter Ihre Wünsche festhalten.



RUND UM DIE PALLIATIVE VERSORGUNG

Auch wenn eine Krebserkrankung nicht mehr heilbar ist, können viele Betroffene noch über einen langen Zeitraum ein gutes und selbstbestimmtes Leben führen.

Wenn deutlich wird, dass die Lebenserwartung des betroffenen Menschen begrenzt ist, setzt die palliative Versorgung ein und das Behandlungsziel verändert sich.

Im Vordergrund stehen nun die Linderung der Symptome und die Lebensqualität – nicht die Verlängerung der Überlebenszeit.

In der Palliativversorgung geht es um Zuwendung und Unterstützung, um Linderung von Schmerzen und belastenden Auswirkungen. Dabei steht der betroffene Mensch mit seinen ganz individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen im Mittelpunkt. Die Palliativmedizin umfasst auch die Sterbe- und Trauerbegleitung, ist aber nicht darauf begrenzt.



INFO:

Adressen zur Palliativversorgung finden Sie im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung:
www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

8.1 PALLIATIVVERSORGUNG IM AMBULANTEN BEREICH

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die ambulante Palliativversorgung wird durch ambulante Dienste abgedeckt. Sie übernehmen die medizinische und pflegerische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der häuslichen Umgebung und sind rund um die Uhr erreichbar. Die ambulanten Palliativdienste ergänzen die örtlichen Pflegedienste und Sozialstationen.

Ambulante Hospizdienste

Neben den professionellen Diensten ist der ambulante Hospizdienst ein ehrenamtliches Angebot, das schwer kranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen unterstützend und begleitend zur Seite steht.

Nach einer intensiven Ausbildung stehen die ehrenamtlichen Hospizbegleiter den Betroffenen zu Hause, aber auch in stationären Einrichtungen zur Verfügung.

Die Helfer besuchen die Menschen regelmäßig, bringen Zeit, Ruhe und ein offenes Ohr mit, entlasten und unterstützen die Kranken und Ihre Angehörigen. Sie begleiten durch die Trauer und stellen sich ganz auf die gegebene Situation und die Bedürfnisse der Menschen ein.

Die Begleitung setzt aber nicht erst ein, wenn das Sterben absehbar ist. Vielmehr kann der ambulante Hospizdienst auch schon zu einem früheren Zeitpunkt eingeschaltet werden, z. B. als Gesprächspartner in der Auseinandersetzung um Krankheit, Schmerz, Abschied, Tod und Trauer.



Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn sie aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung eine begrenzte Lebenserwartung haben und einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen.

Ein besonderer Bedarf besteht dann, wenn ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt und spezielle palliative Kenntnisse zur Versorgung erforderlich sind. Dies sind z. B. starke Luftnot, ausgeprägte Schmerzsymptomatik oder eine ausgeprägte psychiatrische Symptomatik.

Die SAPV steht den Betroffenen rund um die Uhr als Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft zur Verfügung. Sollte sich die Situation wieder verändern, kann die SAPV auch beendet werden und zu einem späteren Zeitpunkt wiedereinsetzen. Zur SAPV müssen keine Zuzahlungen geleistet werden.

TIPP:

Die SAPV kann ergänzend auch in einem Pflegeheim erbracht werden.



INFO:

Informationen erhalten Sie in dem auf Seite 94 genannten Wegweiser zur Hospiz- und Palliativversorgung, bei Ihrer Krankenkasse, den ambulanten Hospizdiensten oder der Palliativstation im Krankenhaus.



8.2 PALLIATIVVERSORGUNG IM STATIONÄREN BEREICH

Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind Einrichtungen, die schwerst- kranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase umfassend, d. h. medizinisch, pflegerisch, sozial und, wenn gewünscht, auch spirituell begleiten und betreuen. Die Kosten werden von den Krankenkassen, den Pflegekassen und den Hospizträgern getragen. Patienten müssen nichts zuzahlen.

Palliativstationen

In den Krankenhäusern sind Palliativstationen Abteilungen, auf denen die körperlichen Beschwerden von schwerstkranken Menschen behandelt werden. Zudem werden Patienten durch eine Vielzahl von psychosozialen Angeboten unterstützt (z. B. Sozialdienst, Ernährungsberatung, Seelsorge, Kunsttherapie). Die Aufnahme erfolgt meist für einen begrenzten Zeitraum. Die weitere Versorgung wird vor der Entlassung durch den Sozialdienst in Absprache mit den Angehörigen organisiert. Hat sich der akute Zustand stabilisiert, können die meisten Patienten nach Hause zurückkehren oder sie werden in einem Hospiz weiterversorgt.

INFO:

Krankenhäuser in denen es keine Palliativstation gibt, haben meist einen palliativen Konsiliardienst, der die Betroffenen auf der jeweiligen Station, in Zusammenarbeit mit dem Team vor Ort, betreut.





RUND UM INFORMATION & BERATUNG

9.1 SELBSTHILFE

Es gibt eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbänden im Bereich der onkologischen Erkrankungen. Diese halten häufig hervorragende sozialrechtliche Informationen bereit.

Sollte die örtliche Gruppe nicht weiterwissen, sind vor allem die Bundesverbände mit ihrer großen Expertise wertvolle Ansprechpartner.

Sie finden eine passende Selbsthilfegruppe, indem Sie "Selbsthilfe plus Ihre Erkrankung" in einer Internet-suchmaschine eingeben, z. B. Selbsthilfe Darmkrebs.



9.2 VERBÄNDE UND ORGANISATIONEN

Allgemeine Sozialberatungsstellen

„Rund-um-Beratung“ in sozialen Fragen. Eruiieren von Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Antragsstellung. Meist in kirchlicher Trägerschaft.

Suchmaschine:
Allgemeine Sozialberatung + Städtename eingeben

compass private pflegeberatung GmbH

Pflegeberatung für Menschen, die privat versichert sind.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

Kostenloses Beratungstelefon: 0800 101 88 00

Tel.: 0221 / 93332 0

Mail: info@compass-pflegeberatung.de

Web: www.compass-pflegeberatung.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin

Tel.: 030 / 32 29 32 90

Mail: service@krebsgesellschaft.de

Web: www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe und Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Buschstr. 32
53113 Bonn

Tel.: 0228 / 7 29 90 – 0

Mail: deutsche@krebshilfe.de

Web: www.krebshilfe.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.

Aachener Straße 5
10713 Berlin

Tel.: 030 / 820 075 80

Mail: info@dhpv.de

Web: www.dhpv.de

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die EUTBs unterstützen und beraten Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige unentgeltlich zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe.

Web: www.teilhabeberatung.de

Infonetz Krebs

Telefonische sozialrechtliche Beratung
montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Tel.: 0800 / 80 70 88 77

Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de

Web: www.infonetz-krebs.de

Krebsberatungsstellen

Beratungsstellen für onkologisch erkrankte Menschen zu sozialrechtlichen und psycho-onkologischen Fragen.

Suchmaschine:

Krebsberatungsstelle + Städtename
oder

Krebsinformationsdienst

Krebsinformationsdienst

Tel: 0800 / 420 30 40
Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Web: www.krebsinformationsdienst.de

Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte sind wohnortnahe Anlaufstellen, die beraten, unterstützen und bei der Organisation der Pflege behilflich sind.

Suchmaschine:

Pflegestützpunkt + Ort eingeben

oder

Anruf Pflegekasse (Krankenkasse) und zuständigen
Pflegestützpunkt erfragen

Sozialverbände

SoVD und VdK sind eingetragene Vereine, die ihren Mitgliedern in Sozialrechtsfragen weiterhelfen und sie auch juristisch unterstützen. Die nächstliegende Vertretung können Sie direkt bei der Bundesgeschäftsstelle erfragen oder im Internet finden:

Sozialverband Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Tel.: 030 / 72 62 22-0
Mail: kontakt@sovd.de
Web: www.sovd.de

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Linienstraße 131
10115 Berlin
Tel.: 030 / 92 10 580-0
Mail: kontakt@vdk.de
Web: www.vdk.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Beratung in gesundheitlichen und
gesundheitsrechtlichen Fragen.

Tel.: 0800 011 77 22
www.patientenberatung.de



9.3 ÄMTER UND BEHÖRDEN

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Fragen zur gesetzlichen Rente:
030 / 221 911 001

Fragen zum Arbeitsrecht:
030 / 221 911 004

Fragen zu Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:
030 / 221 911 005

Fragen und Infos für Menschen mit Behinderungen:
030 / 221 911 006

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Gesundheit

Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung:
030 / 340 606 601

Fragen zur gesetzlichen Pflegeversicherung:
030 / 340 606 602

Deutsche Rentenversicherung Bund

Kostenloses Servicetelefon: 0800 / 1000 48 00

Web: www.deutsche-rentenversicherung.de

Integrations- und Inklusionsämter & Fachdienste

Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben und ergänzende Fachdienste.

Web: www.integrationsaemter.de
> Kontakt
> Postleitzahl des Arbeitsortes eingeben



9.4 WEITERE ANSPRECHPARTNER

- Agentur für Arbeit
- Amt für Wohnungswesen
- Betreuungsgericht (Unterabteilung beim Amtsgericht), Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine
- Finanzamt
- Krankenkassen
- Sozialämter (Kommunaler Sozialer Dienst)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Versorgungsamt/Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben
- Verbraucherzentralen
- Wohnberatungsstellen

**Text: Nicole Scherhag; Supervisorin (DGSv) & Diplom Sozialpädagogin; 55291 Saulheim;
www.supervision-scherhag.de**

Bildnachweise: Titel: © simonapilolla-istockphoto.com; S. 8, S. 89: © skynesher-istockphoto.com; S. 12/13: © golero-istockphoto.com; S. 17: © Sam Edwards-istockphoto.com; S. 21: © YakobchukOlena-istockphoto.com; S.22 © javi_indy-istockphoto.com; S 24: © Slavica-istockphoto.com; S. 26, S. 68: © KatarzynaBialasiewicz-istockphoto.com; S. 28/29, S. 44/45, S. 83, S. 95:© Halfpoint-istockphoto.com; S. 30: © Daisy-Daisy-istockphoto.com; S. 36/37: © fotostorm-istockphoto.com; S. 39: © MangoStar_Studio-istockphoto.com; S. 41: © FG Trade-istockphoto.com; S. 43, S. 51: © PeopleImages-istockphoto.com; S. 47: © AIMSTOCK-istockphoto.com; S. 53: © fanjianhua-istockphoto.com; S. 55: © Connel_Design-istockphoto.com; S. 56: © demaerre-istockphoto.com; S. 62/63: © Portra-istockphoto.com; S. 64: © simpson33-istockphoto.com; S 66/67: © lolostock-istockphoto.com; S. 70: © BartekSzewczyk-istockphoto.com; S. 78/79: © FollowTheFlow-istockphoto.com; S. 80: © mediaphotos-istockphoto.com; S. 86/87: © Pornpak Khunatorn-istockphoto.com; S. 91: © HRAUN-istockphoto.com; S. 98/99: © shapecharge-istockphoto.com; S. 103: © Sitthiphong-istockphoto.com; S. 105: © GlobalStock-istockphoto.com

Diese Broschüre ist auch digital
erhältlich und steht hier für Sie
zum Download bereit:



Impressum

Herausgeber

Ein Service der Amgen GmbH

Riesstraße 24

80992 München

www.amgen.de

MedInfo-Hotline 0800 / 264 36 44

Medizinisch-wissenschaftliche Produktanfragen täglich
von 8.00 bis 18.00 Uhr oder online auf medinfo.amgen.de



AMGEN