



Klarheit im Blätterwald

Sozialleistungen bei
Krebserkrankungen



NIEDERSÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.
Königstraße 27, 30175 Hannover
Tel.: 0511 3885262
Fax: 0511 3885343
www.nds-krebsgesellschaft.de
service@nds-krebsgesellschaft.de

Redaktion:

Bettina Hallmann, Sozialberaterin
Dr. Silke Mittmann, Dipl. oec. troph.

Fachliche Beratung:

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Gestaltung:

Broska & Brüggemann Werbeagentur GmbH

Druck: Druckerei Mantow GmbH, Hannover

2. überarbeitete Auflage 2017

Bildnachweis: Titel, Beratungsangebote Krebsgesellschaft, Michael Brüggemann; Vorwort, Daniel George, S.6, Franz Pfluegl - Fotolia.com; S.8 ll., pixel-socke - Fotolia.com; S.8 re, Kzenon - Fotolia.com; S.9 li., Monika Wisniewska - Fotolia.com; S.9 re., alien185 - Fotolia.com; S.10 li., allen185 - Fotolia.com; S.10 re., verca - Fotolia.com; S.11, auremar - Fotolia.com; S.14, Robert Kneschke - Fotolia.com; S.15, drubig-photo - Fotolia.com; S.19 li., Minerva Studio - Fotolia.com; S.19 re., Marco2811 - Fotolia.com; S.21, Photographee.eu - Fotolia.com; S.22, Tyler Olson - Fotolia.com; S.23, contrastwerkstatt - Fotolia.com; S.24, digitalefotografien - Fotolia.com; S.25, torsakarin - Fotolia.com; S.30, M. Schuppich - Fotolia.com; S.32 li., goodluz - Fotolia.com; S.32 re, Kaspars Grinvalds - Fotolia.com; S.33, electriceye - Fotolia.com; S.34 li., Butch - Fotolia.com; S.34 re., carballo - Fotolia.com; S.37, Viacheslav Jakobchuk - Fotolia.com; S.39, JPC-PROD - Fotolia.com; S.41, photophonie - Fotolia.com; S.43, contrastwerkstatt - Fotolia.com; S.44, chagin - Fotolia.com; S.45 li., Coloures-pic - Fotolia.com; S.45 re., Robert Kneschke - Fotolia.com; S.46, zinkevych - Fotolia.com; S.47, Syda Productions - Fotolia.com; S.48, goodluz - Fotolia.com; S.49, Photographee.eu - Fotolia.com; S.50 li., Juice Images - Fotolia.com; S.50 re., Gina Sanders - Fotolia.com; S.51, Andrey Popov - Fotolia.com; S.52 li., cristovao31 - Fotolia.com; S.52 re., kasto - Fotolia.com; S.53, Photographee.eu - Fotolia.com

Hinweise:

Diese Druckschrift ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen oder Abbildungen, bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.

Dieser Ratgeber erläutert die gesetzlichen Regelungen. Er kann jedoch nur eine Orientierungshilfe darstellen, da es immer wieder Sonder- oder Ausnahmeregelungen bzw. aktuelle gesetzliche Änderungen gibt. Wenn Sie sicher gehen möchten, dass eine bestimmte Leistung auch in Ihrem individuellen Fall gezahlt wird, erkundigen Sie sich bei der zuständigen Stelle. Wir haben uns bemüht, den bei Drucklegung geltenden Wissenstand wiederzugeben.

Wir möchten Männer und Frauen in gleicher Weise ansprechen. Wenn wir im Text an manchen Stellen – besonders bei Berufsbezeichnungen – nur die männliche Form verwendet haben, geschah dies ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Liebe Leserin, lieber Leser,




mit der Diagnose Krebs ändert sich das Leben von jetzt auf gleich. Im Krankheitsverlauf treten zahlreiche Probleme auf. Der familiäre und berufliche Alltag ist von vielfältigen

Änderungen betroffen; auch die finanzielle Situation gestaltet sich für die Betroffenen häufig schwieriger.

Im Rahmen einer Tumorerkrankung treten zudem viele Fragen auf. Bei Diagnosestellung drehen sich diese zunächst um Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen. Doch nicht nur medizinische Aspekte sind von Bedeutung. Oft benötigen Betroffene und Angehörige auch psychoonkologische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Darüber hinaus spielen sozialrechtliche und existenzielle Fragen eine sehr wichtige Rolle: Wie beantrage ich eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme? Wo erhalte ich finanzielle Unterstützung? Wie kann ich einen Schwerbehindertenausweis

beantragen? Welche Zuzahlungen muss ich leisten? Unter welchen Voraussetzungen wird mir ein Pflegegrad zugesprochen? In der akuten Phase stehen die Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus als erste Ansprechpartner zur Verfügung. Aber wer hilft danach?

Das Anliegen der Niedersächsischen Krebsgesellschaft ist es, Sie mit Ihren Fragen nicht alleine zu lassen, sondern Sie während einer Krebserkrankung zu begleiten. Diese Broschüre informiert Sie über das Thema Sozialrecht und dessen zahlreiche Regelungen. Sie dient als Hilfestellung bei der Orientierung, auf welche Leistungen Sie in Ihrer Situation Anspruch haben. Gerne geben wir Ihnen bei sozialrechtlichen Fragen auch persönlich, telefonisch oder schriftlich Auskunft. Wir beraten Sie und Ihre Angehörigen kostenfrei.

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Peter N. Meier'. The signature is fluid and cursive, with a large loop at the end.

Dr. med. Peter N. Meier, FASGE

Stellv. Vorsitzender der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V.

**KOSTENFREIE BERATUNGSANGEBOTE
DER NIEDERSÄCHSISCHEN KREBSGE-
SELLSCHAFT**

Onkologische Rehabilitationsberatung

Im Anschluss an eine stationäre Behandlung, eine Chemotherapie und/oder Bestrahlung haben Patienten die Möglichkeit, eine Anschlussheilbehandlung (AHB) in Anspruch zu nehmen. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass nach einer stationären Behandlung nur der Sozialdienst des Krankenhauses eine AHB einleiten kann. Erfolgt zusätzlich eine ambulante Chemo- und / oder Strahlentherapie, kann der behandelnde Arzt eine AHB einleiten, sofern er einem Krankenhaus angegliedert ist. Eine AHB sollte in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss der Primärtherapie angetreten werden.

Innerhalb eines Jahres nach Abschluss der Primärtherapie können die Patienten zusätzlich eine onkologische Nachsorgemaßnahme (Reha) beantragen. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist auf zwei Jahre verlängert werden. Im Fall einer Rehabilitationsmaßnahme nach der Krebsbehandlung unterstützen wir Sie bei der Antragstellung bis zur Weiterleitung an den zuständigen Kostenträger und geben Auskunft über indikationsgerechte Kliniken.

Nachrangig nach anderen leistungsverpflichteten Kostenträgern kann sich die

Niedersächsische Krebsgesellschaft an der Finanzierung der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme beteiligen. Familien mit einem krebskranken Kind können Zuschüsse für die Durchführung gemeinsamer Nachsorgemaßnahmen erhalten, damit auch die gesunden Familienmitglieder an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen können.

In Verbindung mit einer bewilligten onkologischen Rehabilitationsmaßnahme oder auch einer Anschlussheilbehandlung kann die Niedersächsische Krebsgesellschaft unter bestimmten Voraussetzungen eine finanzielle Unterstützung (Bekleidungsbeihilfe) in Höhe von 300 Euro gewähren. Voraussetzungen für die Bewilligung dieser Beihilfe sind nachgewiesene Bedürftigkeit und ein Wohnort in Niedersachsen.



Beraterin:
Bettina Hallmann
Sozialberaterin

Dienstag, Mittwoch und Donnerstag
8.00 bis 15.30 Uhr

Psychoonkologische Beratung

Menschen, die an Krebs erkranken und auch ihre Familien und Freunde empfinden die Diagnose meist als Schock. Sie erfahren die Krankheit oft als tiefen Eingriff in viele Bereiche ihres Lebens. Ihr Arzt bespricht mit ihnen die individuelle medizinische Behandlung und Therapie, doch häufig bleiben darüber hinaus Fragen offen.

Hier setzt das psychoonkologische Beratungsangebot der Niedersächsischen Krebsgesellschaft an. Denn von der Diagnose Krebs ist das körperliche und seelische Befinden ebenso betroffen wie das Verhältnis zu Familie und Freunden. Auch das Berufsleben sowie die persönliche, finanzielle und sozialrechtliche Situation werden dadurch in Mitleidenschaft gezogen.

In dieser Situation bietet die Niedersächsische Krebsgesellschaft allen Betroffenen und ihren Angehörigen professionelle Unterstützung und Begleitung an – in allen Phasen der Erkrankung, in der Nachsorge und darüber hinaus.

Beraterinnen:



Annette Schmidt
Dipl. Soz. Pädagogin
Psychoonkologin WPO

Montag und Donnerstag
8.00 bis 16.00 Uhr



Sabine Hornbostel
Dipl. Soz. Pädagogin
Systemische Therapeutin (SG)

Dienstag und Mittwoch
8.00 bis 16.00 Uhr

1.	Anspruch auf Sozialleistungen	6
2.	Zuzahlungen	7
2.1	Alle Zuzahlungen auf einen Blick	7
2.2	Arznei- und Verbandmittel	8
2.3	Heilmittel	8
2.4	(Pflege-) Hilfsmittel	8
2.5	Fahrtkosten	9
2.6	Ernährungsberatung	10
2.7	Pflegekosten	10
3.	Belastungsgrenzen	13
4.	Soziale Pflegeversicherung	14
4.1	Pflegebedürftigkeit	14
4.2	Häusliche Pflege	19
4.3	Teilstationäre Versorgung und Kurzzeitpflege	20
4.4	Vollstationäre Pflege	22
4.5	Palliativmedizinische Behandlung	23
5.	Schwerbehindertenausweis	24
6.	Wirtschaftliche Sicherung	30
6.1	Kündigung(sschutz)	30
6.2	Entgeldfortzahlungen und Krankengeld	30
6.3	Arbeitslosengeld I/Nahtlosigkeitsregelung	33
6.4	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	34
6.5	Grundsicherung (Wohngeld)	35
6.6	Private Berufsunfähigkeitsversicherung	35
6.7	Regelaltersrente	35

7.	Rehabilitation	38
7.1	Anschlussheilbehandlung (AHB)	38
7.2	Onkologische Rehabilitation	39
7.3	Rehabilitationssport	41
7.4	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	42
7.5	Stufenweise Wiedereingliederung	44
8.	Für Privatversicherte	45
8.1	Behandlung	45
8.2	Zuzahlungen	47
8.3	Private Pflegeversicherung	48
8.4	Wirtschaftliche Sicherung	49
8.5	Rehabilitation	49
9.	Für Selbstständige	50
9.1	Vorsorge treffen	50
9.2	Existenzsicherung	51
9.2.1	Private Berufsunfähigkeit	51
9.2.2	Gesetzliche Rentenversicherung	52
9.2.3	Grundsicherung	52
10.	Krebs als Berufskrankheit	52
11.	Hier finden Sie Hilfe	54
12.	Literaturverzeichnis	57



Sozialleistungen sichern in Zeiten von Krankheit oder Arbeitslosigkeit ein Mindestmaß an wirtschaftlicher Lebensgrundlage. Geld- und Sachleistungen wie Krankengeld, Sozialhilfe, Rehabilitationsmaßnahmen oder Rente zählen zu den Sozialleistungen. Diese staatlichen Hilfen werden dadurch finanziert, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber in die jeweiligen Versicherungen einzahlen.

Eine individuelle Beratung bzgl. der Frage, auf welche Leistungen Sie in Ihrer Situation Anspruch haben, erhalten Sie bei den Beratungsstellen der zuständigen Sozialleistungsträger:

- Krankenkasse
- Deutsche Rentenversicherung
- Sozialamt
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Landessozialamt)
- Integrationsamt
- Agentur für Arbeit

Nehmen Sie als Patient einer gesetzlichen Krankenversicherung eine medizinische Leistung in Anspruch, müssen Sie sich in

einigen Fällen an den Kosten beteiligen. Der Gesetzgeber hat für bestimmte Leistungen eine Zuzahlung festgelegt.

2.1 ALLE ZUZAHLUNGEN AUF EINEN BLICK

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	Zuzahlungshöhe
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbandmittel	10 % des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Heilmittel	10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung
Hilfsmittel	10 % des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Fahrtkosten (von der Krankenkasse genehmigt)	10 % des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Krankenhausbehandlung (vollstationär)	10 € pro Tag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
Häusliche Krankenpflege	10 % je einzelner Leistung plus 10 € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, höchstens 10 €

Sie können sich von der Zuzahlungspflicht für den Rest des Kalenderjahres befreien lassen, sobald Sie die Belastungsgrenze erreicht haben. Diese liegt bei 2 Prozent des

jährlichen Familienbruttoeinkommens bzw. bei 1 Prozent für chronisch Kranke. Weitere Informationen zu den Belastungsgrenzen finden Sie in Kapitel 3.

2.2 ARZNEI- UND VERBANDMITTEL

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe abzüglich der gesetzlich zu leistenden Zuzahlung. Zuzahlungspflichtig sind Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Zuzahlung für vom Arzt auf Kassenrezept verordnete Medikamente bzw. Verbandmittel beträgt 10 Prozent des Preises (mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro).

Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel werden seit dem 01.01.2004 nicht mehr von der Krankenkasse übernommen, und diese Beträge werden auch nicht bei der Belastungsgrenze angerechnet. Bei schweren Erkrankungen wie z. B. Krebs, gibt es allerdings eine Sonderregelung. Gelten nicht verschreibungspflichtige Medikamente als sogenannter Therapiestandard, werden sie ggf. nach Beantragung von Ihrer Krankenkasse bezahlt.



Lassen Sie sich sämtliche Zuzahlungen von der Apotheke, dem Sanitätsfachhandel, der Krankengymnastik o. ä. quittieren. Diese Nachweise sind wichtig, um das Überschreiten der Belastungsgrenze und das Vorliegen eines Härtefalls festzustellen.

2.3 HEILMITTEL



Zu den vom Arzt verordneten Heilmitteln zählen Maßnahmen der physikalischen Therapie wie z. B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainage, Wärmebehandlung, Bewegungstherapie sowie Logopädie und Ergotherapie. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen 10 Prozent der Kosten der jeweiligen Leistung selbst tragen. Darüber hinaus fallen 10 Euro Rezeptgebühr je Verordnung an.

2.4 (PFLEGE-) HILFSMITTEL

Ein Hilfsmittel soll an die Stelle eines nicht mehr funktionstüchtigen Körperorgans treten und dessen beeinträchtigte Funktion erleichtern, ergänzen, ermöglichen oder ganz übernehmen. Hierzu gehören Seh-

und Hörhilfen, Körperersatzstücke wie (Brust-)Prothesen oder orthopädische Hilfsmittel. Sie werden ärztlich mit dem Ziel verordnet, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden zu mildern oder auszugleichen.

Die sogenannten Pflegehilfsmittel sollen die Pflege erleichtern oder zur Linderung von Beschwerden eingesetzt werden. Unterschieden wird hier zwischen „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ wie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Bettschutzeinlagen und Inkontinenzmaterial und technische Hilfsmittel wie Pflegebetten, Rollstühle, Gehwagen, Hebegeräte oder Notrufsysteme.



Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zahlt die Pflegeversicherung einen monatlichen Betrag von maximal 40 Euro für alle fünf Pflegegrade.

Auch bei den Hilfsmitteln muss eine Zuzahlung von 10 Prozent des Abgabe-

preises – mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro geleistet werden. Viele Hilfsmittel für Krebspatienten sind festbetragsgebunden. Das bedeutet, dass die Krankenkasse die Kosten für das Hilfsmittel nur bis zu einem bestimmten Betrag übernimmt. Liegen die Kosten über dem Festbetrag, müssen Sie die Differenz selbst bezahlen. Bitte wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse. Sie ist verpflichtet Ihnen Anbieter zu nennen, die das entsprechende Hilfsmittel zum Festbetrag liefern. Für diese Zuzahlungen gilt ebenfalls eine jährliche Belastungsgrenze.

2.5 FAHRTKOSTEN

Fahrtkosten werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.

Es gibt jedoch Ausnahmen:

- Fahrten zur Dialysebehandlung
- Fahrten zur Bestrahlung und/oder Chemotherapie
- Fahrten von schwerbehinderten Menschen mit den Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos)
- Personen mit Pflegegrad 3 bis 5
- oder wenn eine vergleichbar schwere Erkrankung vorliegt, die über einen längeren Zeitraum ambulant behandelt werden muss

Die Zuzahlung beläuft sich auf 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro pro Fahrt. Die Zuzahlungspflicht besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.



Auch bei Fahrten zu stationären Behandlungen im Krankenhaus müssen Sie sich mit einer Zuzahlung beteiligen.

Wichtig:
Die Fahrten zur ambulanten Behandlung müssen Sie sich vor Inanspruchnahme von Ihrer Krankenkasse genehmigen lassen.

2.6 ERNÄHRUNGSBERATUNG

Bei einer ernährungsabhängigen Erkrankung oder bei medizinischer Notwendigkeit nach ärztlicher Verordnung können Sie eine individuelle Ernährungsberatung bzw. -therapie in Anspruch nehmen. Die Kosten werden in diesen Fällen im Rahmen der Prävention nach § 20 SGB V oder der Therapie nach § 43 SGB V von Ihrer Krankenkasse übernommen. Bei Fragen zu einer individuell geeigneten Thera-

pie können Sie sich an Ernährungsberater in Krankenhäusern, an niedergelassene Oecotrophologen oder an Onkologische Schwerpunktpraxen wenden. Auch einige Krankenkassen bieten Ernährungsberatung an.



2.7 PFLEGEKOSTEN

Stationäre Versorgung

Ihre Krankenhausbehandlung wird von Ihrer Krankenversicherung bezahlt. Sie müssen allerdings 10 Euro pro Tag zuzahlen, jedoch nur für längstens 28 Tage im Kalenderjahr.

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird der Patient von Fachpersonal versorgt. Die Leistungserbringung erfolgt im Haushalt des Patienten, in Wohngemeinschaften oder betreuten Wohneinrichtungen, gegebenenfalls auch in Schulen oder Behindertenwerkstätten.

Neben der Behandlungspflege (medizinische Hilfeleistungen und krankheitsspe-

zifische Pflegemaßnahmen) umfasst dies oft auch die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) sowie die Hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Putzen etc.). Eine häusliche Krankenpflege wird Ihnen grundsätzlich nur gewährt, wenn keine im Haushalt lebende Person die zuvor genannten Tätigkeiten übernehmen kann.

Voraussetzung für die häusliche Krankenpflege ist die ärztliche Verordnung. Die Kosten werden in der Regel von der Krankenversicherung übernommen, daher ist die häusliche Krankenpflege nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“, die von der Pflegeversicherung finanziert wird. Allerdings ist eine Kostenbeteiligung in Höhe von 10 Euro pro Verordnung plus zehn Prozent je einzelner Leistung für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr erforderlich.

Bei der häuslichen Krankenpflege wird zwischen Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege unterschieden.

Krankenhausvermeidungspflege

Voraussetzung ist, dass eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht durchführbar ist (der Patient verweigert z. B. die Einweisung ins Krankenhaus) oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Die Krankenhausvermeidungspflege kann bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall in Anspruch genommen werden. In Ausnahmefällen prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen, ob eine Verlängerung möglich ist. Die Krankenhaus-

vermeidungspflege beinhaltet sowohl die Behandlungs- und Grundpflege als auch die Hauswirtschaftliche Versorgung.

Sicherungspflege

Bei der sogenannten Sicherungspflege soll das ärztliche Behandlungsziel sichergestellt werden, der Arzt kann die Behandlung aber nicht (vollständig) selbst durchführen. Bei der Sicherungspflege ist die zeitliche Begrenzung durch krankenkassenspezifische Regelungen festgelegt. Im Umfang enthalten ist die Behandlungspflege. Die Grundpflege und die Hauswirtschaftliche Versorgung sind jedoch nur Bestandteil der häuslichen Krankenpflege, wenn dies in der Satzung Ihrer Krankenkassen entsprechend festgelegt ist.

Wenden Sie sich an Ihre zuständige Krankenkasse, um die Bedingungen in Ihrem individuellen Fall zu klären.

Haushaltshilfe

Wenn Sie, bedingt durch einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsmaßnahme, den Haushalt nicht mehr selbst führen können, haben Sie als gesetzlich versicherte Person gegebenenfalls Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Voraussetzung dafür ist, dass keine andere im Haushalt lebende Person diese Aufgaben übernehmen kann und ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Hilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und somit auf

Hilfe angewiesen ist. Die Haushaltshilfe übernimmt die notwendigen Tätigkeiten wie das Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen sowie die Kinderbetreuung.

Je nach Situation ist die Haushaltshilfe eine Leistung der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung. Dennoch müssen Sie auch hier eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten pro Kalendertag, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro übernehmen.

Im Rahmen der Haushaltshilfe wird eine sogenannte Sachleistung, also das Bereitstellen der Haushaltskraft, erbracht. In der Regel bestehen Verträge von Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern mit geeigneten Organisationen wie z. B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk), ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen, die Haushaltshilfekräfte zur Erbringung der Haushaltsleistungen stellen. Beachten Sie, dass Sie sich rechtzeitig mit den entsprechenden Organisationen in Verbindung setzen, um eine Haushaltshilfe zu beschaffen. Alternativ können Sie sich auch selbst um eine Haushaltshilfe aus dem eigenen Umfeld bemühen. Dies muss aber zuvor mit dem Leistungserbringer vereinbart und genehmigt werden.

Achtung: Für nahe Angehörige gibt es jedoch keine Kostenerstattung. Als nahe

Angehörige gelten Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Partner (eheliche Gemeinschaft), Partner in lebenspartnerschaftlich ähnlichen Gemeinschaften, Schwägerinnen, Schwager, Geschwister, Kinder, Adoptiv-/Pflegekinder, Schwiegerkinder, Enkelkinder, Pflegekinder des Ehepartners oder Lebenspartners. Für diese Personen können unter Umständen die Fahrtkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden. Erkundigen Sie sich im individuellen Fall bei Ihrer Krankenkasse.



Antragsformulare für eine Haushaltshilfe erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Rentenversicherungsträger. Diese Institutionen stehen Ihnen auch beratend zur Seite. Hilfestellung bei der Beantragung erhalten Sie auch bei einer Krebsberatungsstelle in Ihrer Nähe. Adressen von Beratungsstellen finden Sie auf der Homepage der Niedersächsischen Krebsgesellschaft unter www.nds-krebsgesellschaft.de.

Belastungsgrenzen dienen dazu, Sie vor einer finanziellen Überforderung durch Zuzahlungen zu schützen. Alle Zahlungen des Versicherten und der mit ihm im Haushalt lebenden Angehörigen (dazu zählen Ehe- oder Lebenspartner und familienversicherte Kinder) werden bei der Berechnung berücksichtigt. Hierfür müssen die Zuzahlungsbelege gesammelt werden. Achten Sie darauf, dass Ihre Personalien auf den Belegen vermerkt werden. Die Eigenbeteiligung liegt bei 2 Prozent des jährlichen Familienbruttoeinkommens. Ihre Krankenkasse hilft Ihnen

bei der Berechnung Ihrer individuellen Belastungsgrenze unter der Berücksichtigung von Freibeträgen.

Freibeträge

- Für den ersten Angehörigen: 5.355,00 €
- Für jeden weiteren Angehörigen: 3.570,00 €
- Für jedes familienversicherte Kind: 7.356,00 €

Beispiel

Mann, Alleinverdiener, verheiratet, zwei Kinder

Familienbruttajahreseinkommen:	43.000,00 €
Freibetrag Ehefrau:	5.355,00 €
Kinderfreibetrag (2 x 7.356,00 €):	14.712,00 €

Rechenbasis Bruttoeinkommen:	22.933,00 €
Davon zwei Prozent:	458,66 €

Die Familie muss höchstens 458,66 € an Zuzahlungen leisten.

Bei chronischer Erkrankung beläuft sich die Eigenbeteiligung auf ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Von einer chronischen Erkrankung wird gesprochen, wenn Sie sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden und mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit einen Arzt aufsuchen. Darüber hinaus muss eine der folgenden Bedingungen

erfüllt werden: Es liegt eine Einstufung in Pflegegrad 3 bis 5 vor, oder es besteht eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Erwerbsminderung.

4.1 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Seit dem 01.01.2017 gilt das zweite Pflege-stärkungsgesetz. Demnach sind Personen pflegebedürftig, die „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten 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.“ Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Statt bisher drei Pflegestufen gibt es nun fünf Pflegegrade, die eine differenzierte Einschätzung des notwendigen Pflegeaufwandes ermöglicht. Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich dabei an den noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen und nicht mehr an den benötigten Pflegeminuten. Grundlage für die Beurteilung ist der Grad der Selbstständigkeit der begutachteten Person.



Um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten, müssen Sie bei der Pflegekasse einen schriftlichen Antrag stellen. Das Antragsformular können Sie bei Ihrer Krankenkasse anfordern. Um Leistungen beziehen zu können, müssen Sie in den letzten 10 Jahren mindestens 5 Jahre pflegeversichert gewesen sein. Das Ergebnis über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss innerhalb von 25 Arbeitstagen vorliegen. Die Leistungen werden ab dem Tag der Antragsstellung gewährt.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt eine Pflegebedürftigkeit fest. Bei der Begutachtung sollte die Person, die vorwiegend die Pflege übernimmt sowie ggf. der Betreuer oder Bevollmächtigter anwesend sein. Des Weiteren sollten vorhandene Unterlagen wie Medikamentenpläne, Berichte vom Haus- oder Facharzt sowie Entlassungsberichte von Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen bereitgehalten werden.

Im Rahmen dieser Begutachtung wird dann der Pflegegrad ermittelt.

Folgende sechs Bereiche werden für die Einstufung herangezogen:

- Modul 1 **Mobilität** (10 Prozent): selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

- Modul 2 **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (Modul 2 und 3 ergeben 15 Prozent): örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennen von Personen, Verstehen von Sachverhalten, Beteiligung an Gesprächen
- Modul 3 **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (Modul 2 und 3 ergeben 15 Prozent): nächtliche Unruhe, aggressives Verhalten, Ängste, Wahnvorstellungen, Antriebslosigkeit
- Modul 4 **Selbstversorgung** (40 Prozent): Waschen, Duschen, Zahn- und Mundpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung; Zubereitung von Nahrung
- Modul 5 **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** (20 Prozent): Medikation, Verbandswechsel, Wundversorgung, Arztbesuche
- Modul 6 **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (15 Prozent): Gestaltung des Tagesablaufs, Sich-beschäftigen, Planen von Tätigkeiten, Interaktionen mit anderen Personen

Innerhalb dieser Bereiche wird für jeden Teilaspekt geprüft, wie selbstständig oder unselbstständig die Person ist. Dabei wird unterschieden zwischen selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig, unselbstständig. Für jeden

Einzelaspekt werden gemäß der genannten Kategorien Punkte vergeben, die anschließend noch gewichtet werden. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den sechs Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades mit ein. Basierend auf dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet.



12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 1**

27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 2**

47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 3**

70 bis unter 90 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 4**

90 bis 100 Gesamtpunkte – **Pflegegrad 5**

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit spielt auch eine Rolle, ob die betreffende Person in ihren Alltagskompetenzen eingeschränkt ist, d.h. eine dementielle Erkrankung vorliegt. In den Gutachten bzw. Bescheiden wird eine „PEA“ (= Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz) gesondert ausgewiesen.

Darüber hinaus kann der Gutachter eine grundsätzliche Empfehlung für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel aussprechen. In diesem Fall ist eine ärztliche Verordnung

nicht mehr erforderlich, da diese Empfehlung automatisch mit dem Gutachten an die Pflegekasse übermittelt wird.

Die Personen, bei denen bereits vor dem 01.01.2017 eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, werden ohne erneute Beantragung in das neue System überführt (§ 140 SGB XI). Dabei legt der Gesetzgeber fest, dass durch den Systemwechsel niemand schlechter gestellt werden darf. Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Überleitung in das neue System.

bis 31.12.16	ab 01.01.2017
Nur PEA	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I + PEA	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II + PEA	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III + PEA	Pflegegrad 5

Grundsätzlich hat die häusliche Pflege Vorrang vor der stationären Pflege. Es gibt 3 verschiedene Möglichkeiten, Leistungen in Anspruch zu nehmen.

1. Sachleistung: Monatliche Zahlungen für die Pflegeeinsätze, die durch eine Sozialstation und/oder ambulante Pflegedienste

übernommen werden

2. Geldleistung: Monatliches Pflegegeld für selbst organisierte Pflegekräfte z. B. Angehörige

3. Kombination von Geld- und Sachleistung

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Geldleistung ambulant		316 €	545 €	728 €	901 €
Sachleistung ambulant		689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Leistungsbetrag vollstationär	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5**, die zu Hause leben und dort der Pflege bedürfen, haben laut § 36 Abs. 1 SGB XI Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflege).

Unter **körperbezogenen Pflegemaßnahmen** werden Hilfe und Unterstützung beim Waschen, Duschen oder Baden, bei der Zahnpflege, beim An- und Ausziehen, bei der Zubereitung des Essens und ggf. auch beim Anreichen der Nahrung, bei der Toilettenbenutzung bzw. der Inkontinenzversorgung, beim Positionswechsel im Bett, beim Umsetzen oder bei der Fortbewegung verstanden. Zu den **pflegerischen Betreuungsmaßnahmen** zählen Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, wie z.B. die Hilfe beim Besuch von Verwandten / Freunden, bei Spaziergängen, beim Gang zum Friedhof oder auch Vorlesen. Auch die Unterstützung der Gestaltung des häuslichen Alltags, vor allem

zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen gehört dazu. Beispielsweise sind hiermit Hilfen bei Hobbies und Spielen, Unterstützungsleistungen bei finanziellen und Verwaltungsangelegenheiten oder die bloße Anwesenheit zur Stabilisierung der emotionalen Sicherheit gemeint. **Hilfen bei der Haushaltsführung** sind Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche.

Die genannten Hilfen können zum einen als Sachleistung erbracht werden. Dazu wird mit dem Pflegedienst vereinbart, welche einzelnen Hilfen dieser erbringen soll, die erbrachten Hilfen rechnet der Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen ab. Hierbei wird zu Beginn der Zusammenarbeit beschlossen, ob die Leistungen nach Zeitaufwand abgerechnet oder ob sogenannte Leistungskomplexe geordert werden. Zum anderen können die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung alternativ auch selbst erbracht werden. In diesem Fall

kann der Pflegebedürftige Pflegegeld für selbst beschaffene Hilfen beantragen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Kombination zwischen Geld- und Sachleistung dar. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden, ist der Pflegebedürftige sechs Monate gebunden.

Personen mit Pflegegrad 1 waren bisher nicht im Leistungskatalog der Pflegekassen vorgesehen. Sie können zukünftig nachfolgende niedrighschwellige Leistungen genauso in Anspruch nehmen, wie Personen der Pflegegrade 2 bis 5. Dazu zählen:

- Leistungen der Pflegeberatung
- Beratung in der Häuslichkeit
- Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
- Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
- Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Pflegebedürftige aller 5 Pflegegrade können einen Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro abrufen, der für folgende Leistungen zweckgebunden in Anspruch genommen werden kann:

- Für Kurzzeitpflege
- Für teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)
- Für Leistungen von Ambulanten Pflegediensten
- Für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag

Klären Sie im Vorfeld mit Ihrer Pflegeversicherung welche Leistungserbringer anerkannt sind und ob dessen Kosten auch tatsächlich erstattet werden.

Wird der monatliche Leistungsbetrag nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft, kann der nicht beanspruchte Teil in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Auch eine Übertragung des nicht verwendeten Betrages auf das folgende Kalenderhalbjahr ist möglich. Der Leistungsanspruch verfällt zum 30.06. des Folgejahres.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Wenn ein Pflegebedürftiger zu Hause betreut wird, kann es sinnvoll sein, das Wohnumfeld an die individuellen Belange anzupassen. Für diese wohnumfeldverbessernden Maßnahmen können Sie Leistungen in Höhe von 4.000 Euro pro Maßnahme und Person beantragen. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer Wohnung zusammen, ist der Zuschuss auf maximal 16.000 € pro Wohnung begrenzt.



Sollte eine Pflegesituation akut auftreten und Sie müssen die Pflege eines nahen Angehörigen organisieren und sicherstellen, können Sie sich bis zu 10 Tage von der Arbeit freistellen lassen. In dieser Zeit wird Ihnen „Pflegeunterstützungsgeld“ gewährt; dies wird von der Pflegekasse Ihres Angehörigen übernommen.

Pflegende Angehörige werden zukünftig in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert. Erkundigen Sie sich in Ihrem individuellen Fall bei der Pflegekasse.

4.2 HÄUSLICHE PFLEGE



Bei der häuslichen Pflege übernehmen Angehörige oder auch Freunde die Pflege einer Person, die sich nicht mehr alleine versorgen kann. Hierbei wird der Wunsch des Pflegebedürftigen berücksichtigt, weiterhin in seiner gewohnten Umgebung leben zu können und dort von Angehörigen ggf. mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste betreut zu werden.

Urlaubs- und Krankheitsvertretung/ Ersatzpflege

Wenn die Pflegeperson die häusliche Pflege aufgrund von Erholungsurlaub, Krankheit oder sonstigen Gründen vorübergehend nicht übernehmen kann, trägt die Pflegekasse die Kosten für die Ersatzpflege - auch Verhinderungspflege genannt - für längstens 6 Wochen pro Kalenderjahr. Voraussetzungen für die Beantragung dieser Leistung sind, dass mindestens Pflegegrad 2 vorliegt und dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens 6 Monate in der häuslichen Umgebung versorgt hat.

Seit Änderung des Pflegegesetzes kann der Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. In diesem Fall vermindert sich jedoch die Leistung für die Kurzzeitpflege (siehe 4.3.) um den in Anspruch genommenen Betrag.

Mit Änderung des Gesetzes gilt auch die Regelung, dass bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt wird.

Für ausführliche Informationen in Ihrem individuellen Fall wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Pflegekasse.

Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige, die in einer betreuten Wohngruppe leben und Pflegesachleistungen oder Pflegegeld beziehen, können zusätzlich einen pauschalen Betrag von monatlich 214 Euro in Anspruch nehmen. Voraussetzungen hierfür sind, dass

- mindestens zwei und maximal zwölf Personen in einer Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben, von denen mindestens zwei pflegebedürftig sind
- sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI beziehen
- eine gemeinschaftlich beauftragte Person organisatorische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernimmt

- keine Versorgungsform vorliegt, die einer vollstationären Pflege entspricht; die Bewohner sind dazu aufgefordert, eigene vorhandene Ressourcen zur Alltagsbewältigung einzubringen

Eine gleichzeitige Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags mit Leistungen der Tages- und Nachtpflege können nur dann gewährt werden, wenn durch den MDK nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne die teilstationäre Pflege nicht gewährleistet werden kann.

Für die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe, kann eine Anschubfinanzierung beantragt werden. In diesen Fällen kann bei Pflegegrad 1 bis 5 ein einmaliger Höchstbetrag von 2.500 Euro pro Person oder maximal 10.000 Euro pro Wohngruppe gewährt werden.

4.3 TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG UND KURZZEITPFLEGE

Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Eine teilstationäre Versorgung kann von pflegenden Personen in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege nicht in vollem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies der Unterstützung

oder Stärkung der häuslichen Pflege dient. Voraussetzung hierfür ist die Einstufung in Pflegegrad 2 bis 5.



Tagespflege

Sind die Angehörigen tagsüber berufstätig, werden Pflegebedürftige bei der Tagespflege tagsüber in einer Tagespflegeeinrichtung betreut. Zu den Leistungen gehört dann ein Hol- und Bringdienst der Einrichtung. Die Kosten für die Verpflegung müssen hingegen privat übernommen werden.

Nachtpflege

Kann der Pflegebedürftige tagsüber durch Angehörige oder Bekannte betreut werden und ist der Tag-/Nachtrhythmus z. B. durch eine Demenzerkrankung gestört, so dass die Nachtruhe der pflegenden Person nicht gewährleistet ist, kann der Pflegebedürftige auch nachts in einer Nachtpflegeeinrichtung versorgt werden, so dass die pflegende Person entlastet wird.

Die teilstationäre Tages- und Nachtpflege kann zusätzlich zu ambulanten Pflegesach-

leistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Die Höhe der Leistung der Pflegeversicherung für die teilstationäre Versorgung beträgt monatlich beim Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro, beim Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro, beim Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro und beim Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro. Bei einem Pflegegrad 2 würden dem Pflegebedürftigen sowohl 689 Euro für die ambulante Pflege als Sachleistung als auch 689 Euro für die Tagespflege zustehen.

Im Einzelfall müssen Sie sich diesbezüglich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen.

Kurzzeitpflege

Unter Kurzzeitpflege wird die vorübergehende Pflege einer Person in einer vollstationären Einrichtung verstanden, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege zu Hause nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Dies kann z. B. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen in Anspruch genommen werden. Die Dauer beträgt maximal 4 Wochen pro Kalenderjahr. Während des Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung werden keine weiteren Leistungen der häuslichen Pflege gewährt. Die Höhe der Leistungen beträgt für alle Pflegegrade (2 bis 5) 1.612 Euro pro Jahr.



Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass der im Kalenderjahr noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Der Leistungsbetrag kann maximal verdoppelt werden, d. h. insgesamt stehen 3.224 Euro zur Verfügung. Die Dauer kann von 4 Wochen auf 8 Wochen ausgeweitet werden. Der in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet.

4.4 VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

Ist die Pflege in der häuslichen Umgebung nicht möglich, muss die Unterbringung in einem Pflegeheim erfolgen. Pflegeheime gewährleisten eine kompetente Versorgung rund um die Uhr und verfügen zum Teil über fachliche Spezialisierungen wie z. B. Angebote für Demenzkranke oder angegliederte Palliativstationen.

Die Leistungen für die vollstationäre Pflege müssen Sie bei der zuständigen Pflegekasse beantragen. Beim Pflegegrad 2 erhalten Sie bis zu 770 Euro, beim Pflegegrad 3 bis zu 1.262 Euro, beim Pflegegrad 4 bis zu 1.775 Euro und beim Pflegegrad 5 bis zu 2.005 Euro.

Alle pflegebedürftigen Bewohner (Pflegegrad 2 bis 5) in stationären Einrichtungen müssen einen sogenannten pflegebedingten Eigenanteil (durchschnittlich 580 Euro pro Monat) entrichten. Zudem sind die Kosten für Unterkunft und Versorgung sowie Investitionskosten vom Versicherten selbst zu tragen. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung und Ihr eigenes Einkommen nicht aus, um die Kosten zu decken, können Sie Grundsicherung beim zuständigen Sozialamt beantragen.

Möchten Sie beim Pflegegrad 1 eine vollstationäre Versorgung in Anspruch nehmen, zahlt die Pflegekasse einen Zuschuss von 125 Euro.

Die Preise und die fälligen eigenen Zuzahlungen unterscheiden sich je nach Alten- und Pflegeheim erheblich. Informieren Sie sich daher vor der Wahl einer Einrichtung ausführlich.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Ab dem 01.01.2017 müssen Pflegeeinrichtungen über die nach Art und Schwere notwendige Versorgung hinausgehende Maßnahmen der Betreuung und Aktivierung

ration anbieten. Über den Umfang dieser zusätzlich von den Pflegekassen finanzierten Betreuungsmaßnahmen informiert Sie die jeweilige vollstationäre Einrichtung.

4.5 PALLIATIVMEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Ist eine Krebserkrankung in einem nicht mehr heilbaren, weit fortgeschrittenem Stadium, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Linderung der Symptome, um so möglichst lange eine bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten.



Hilfe in dieser schwierigen Phase leisten ambulante Palliativ- und Hospizdienste sowie stationäre Palliativeinrichtungen und Hospize. Als gesetzlich Versicherter haben Sie einen Anspruch auf eine palliative Versorgung. Diese muss von Ihrem behandelnden Arzt (niedergelassener Arzt oder Klinikarzt) verordnet werden. Auch die Kosten für den Aufenthalt in einem Hospiz werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Eine Liste sämtlicher Einrichtungen finden Sie unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de.

Ambulante Palliativdienste

Eine Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in der häuslichen Umgebung ist möglich, sofern eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist. Ambulante Palliativdienste sind auf palliativmedizinische und palliativpflegerische Bereiche wie z.B. Schmerztherapie oder Symptomkontrolle spezialisiert. Sie arbeiten mit Palliativärzten, Seelsorgern, Psychologen und Sozialpädagogen zusammen und sind in der Regel 24 Stunden am Tag erreichbar.

Palliativstationen

Palliativstationen sind eigenständige Stationen, die in der Regel an ein Krankenhaus angegliedert sind, in seltenen Fällen auch an eine Einrichtung der Altenpflege. Charakteristisch ist, dass die Patienten nur für eine begrenzte Zeit stationär aufgenommen werden. Sobald sich der Zustand stabilisiert hat, werden die Patienten entweder zu Hause oder in einem Hospiz bzw. Pflegeheim weiter versorgt. Auch hier kooperieren die unterschiedlichen Berufsgruppen miteinander, aber auch ehrenamtliche Helfer können in die Betreuung eingebunden sein.

Ambulante Hospizdienste

In der letzten Lebensphase können sich erkrankte Personen und ihre Angehörigen in der gewohnten Umgebung oder auch im Altenpflegeheim bzw. im Krankenhaus durch

durch psychosozial geschulte Menschen betreuen lassen. Im Rahmen dieser Sterbegleitung erhalten Sie Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod, Abschied und Trauer.

Mitarbeiter ambulanter Hospizdienste engagieren sich ehrenamtlich. Kontaktieren Sie bei Bedarf diese Dienste unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Hospize

Kann eine Versorgung des Erkrankten in der häuslichen Umgebung nicht (mehr) gewährleistet werden, besteht die Möglichkeit der Unterbringung in einem stationären Hospiz. Voraussetzungen für die Aufnahme:

- Der Arzt hat die Aufnahme aus medizinischer Sicht begründet.
- Der Patient verfügt über einen Pflegegrad.
- Eine unheilbare Erkrankung muss vorliegen und der Betroffene muss sich in der letzten Lebensphase befinden.

Vor Aufnahme in das Hospiz sollte nach Möglichkeit die Kostenübernahme durch die Krankenkasse geklärt werden.

Beantragung

Als Krebserkrankter können Sie einen Schwerbehindertenausweis beim zuständigen Versorgungsamt beantragen. Die Krankenversicherungen teilen Ihnen im Rahmen ihrer allgemeinen Auskunftspflicht mit, welche Stelle im Einzelfall zuständig ist. Dort können Sie dann ein entsprechendes Antragsformular bekommen. Dieses können Sie sich auch im Internet unter www.versorgungsamter.de/Antragsformulare/Niedersachsen/Antraege_Niedersachsen.htm herunterladen.



Im Antrag erteilen Sie genaue Auskünfte über Ihre Erkrankung und entbinden die behandelnden Ärzte und Kliniken von ihrer Schweigepflicht. So kann das Versorgungsamt die Befundunterlagen direkt bei den Ärzten anfordern und prüfen, welcher Grad

der Behinderung (GdB) Ihnen zugesprochen wird. Maßgeblich ist nicht nur die Grunderkrankung Krebs, sondern auch dauerhafte Funktionseinschränkungen wie Schulter-Arm-Hebeschwäche, Nervenläsionen oder psychische Beeinträchtigungen. Im Falle einer Krebserkrankung wird der Schwerbehindertenausweis für längstens 5 Jahre ausgestellt. Nach Ablauf der Bewilligung erfolgt eine erneute Überprüfung (Folgeantrag).

Als Grundlage für die Festlegung des Grades der Behinderung dienen dem Versorgungsamt die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“. Diese können Sie im Internet unter www.bmas.de kostenlos herunterladen.

Vorteile

Ziel des Schwerbehindertenrechts ist es, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben für behinderte Menschen in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden.

Zu den Vorteilen bei einem Grad der Behinderung ab 50 zählen ein erhöhter Kündigungsschutz und ein Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage. Wenn Sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, sind auch Steuervorteile und Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr möglich. Als schwerbehinderter Mensch können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Altersrente 2 Jahre früher abschlagsfrei beziehen.

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis dienen als Nachweis für besondere Beeinträchtigungen. Das Merkzeichen „G“ bedeutet Gehbehindert, das Merkzeichen „aG“ steht für außergewöhnliche Gehbehinderung. Darüber hinaus gibt es noch „H“ für Hilflos, „Bl“ für Blind und „Gl“ für Gehörlos. Personen mit dem Merkzeichen „G“ haben Recht auf unentgeltliche Beförderung im bundesweiten Personennahverkehr, sofern Sie im Besitz einer gültigen Wertmarke sind (40 Euro pro Kalenderhalbjahr). Alternativ können Sie eine Ermäßigung der KFZ-Steuer geltend machen. Im eingeschränkten Halteverbot und auf Stellplätzen mit Rollstuhlfahrersymbol dürfen Sie nur parken, wenn in Ihrem Ausweis das Merkzeichen „aG“ vermerkt ist. Zudem können Sie sich von der KFZ-Steuer befreien lassen.



Die nachfolgenden Tabellen informieren über die verschiedenen Merkzeichen und die damit verbundenen Vergünstigungen.

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145 - 147 SGB IX)	Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 145 - 147 SGB IX)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 145 - 147 SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)	Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson bei den meisten innerdeutschen Flügen	Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Anerkennung der Kfz-Kosten für behinderungsbedingte Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500,- € (§ 33 EStG)	Unentgeltliche Beförderung von Begleitpersonen blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Internat. Personen- und Gepäcktarif TCV)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag für Empfänger von Blindenhilfe; Ermäßigung des Beitrags bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90: bis zu 8,72 € Vergünstigung monatlich (s. „RF“)
Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung (§ 46 Abs. 1 StVO)		Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuererklärung: 3.700,- € (§ 33b EStG)
		Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung (§ 46 Abs. 1 StVO)
		Gewährung von Blindengeld (Landesblindengeldgesetze)
		In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer

© 2016 beta Institut gemeinnützige GmbH

beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement,
 Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin gemeinnützige GmbH
 Kobelweg 95, 86156 Augsburg – info@beta-institut.de www.beta-institut.de
 Geschäftsführer: Dr. Clemens Troche. Amtsgericht Augsburg HR B 17408

G	GI	H	RF
erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflös	Befreiung vom Rundfunkbeitrag
Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145 - 147 SGB IX) <u>oder</u> Kraftfahrzeugsteuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 145 - 147 SGB IX) <u>oder</u> Kraftfahrzeugsteuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 145 - 147 SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/Monat (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)
Abzugsbetrag für behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70 und dem Merkzeichen „G“: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900,- € (§ 33 EStG)	Telekom Sozialtarif bei GdB von mind. 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat (s. „RF“)	Kraftfahrzeugsteuerbefreiung <u>oder</u> Kraftfahrsteuerermäßigung (§ 3a Abs. 1 bzw. 2 KraftStG)	Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates.
Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 % (§ 30 SGB XII)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag für Taubblinde; Ermäßigung des Beitrags für Gehörlose, die sich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen können (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)	Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 3.700,- € (§ 33b EStG)	
	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Bayern (wenn taubblind)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer (Ortssatzungen über Hundesteuer)	

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

20	50	
Bei entsprechenden Voraussetzungen können Leistungen zur Reha und Teilhabe in Anspruch genommen werden, z.B. Medizinische Reha, Berufliche Reha, Soziale Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (§ 29 Abs. 1 SGB I)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Pflichtversicherung in der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung für behinderte Menschen in Werkstätten (SGB V u. SGB VI)
	Steuerfreibetrag 570 € (§ 33b EStG)	Kfz-Finanzierungshilfen für Berufstätige (z. B. § 20 SchwbAV i. V. m. KfzHV)
30/40		
Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 81, 122 SGB IX)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Kündigungsschutz (§§ 85 ff SGB IX)	
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§ 68 Abs. 3 SGB IX)	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 102 SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 SGB XI: 1.200 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Steuerfreibetrag: GdB 30: 310 € GdB 40: 430 € (§ 33 b EStG)	Freistellung von Mehrarbeit (§ 124 SGB IX)	Ermäßigung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 125 SGB IX)	Wahlweise: Entfernungskostenpauschale: 0,30 €/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder Die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (statt Entfernungspauschale) können geltend gemacht werden, wenn gleichzeitig Merkzeichen B anerkannt ist. (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Um bis zu 5 Jahre vorgezogene Altersrente (§§ 37, 236a SGB VI) bzw Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG)	
	Stundenermäßigungen bei Lehrern: bundeslandabhängig	
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, DTC (Satzungen der Clubs)	

60	80	90	100
Steuerfreibetrag: 720 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.060 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.230 € (§ 33b EStG)	Steuerfreibetrag 1.420 € (§ 33b EStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 SGB XI: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Sozialtarif beim Telefon: Blind, gehörlos oder sprachbehindert + GdB 90: Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat im Rahmen des Sozialtarifs. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
70			
Steuerfreibetrag: 890 € (§ 33b EStG)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)		Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen (§ 13 Abs. 1 Nr. 6 ErbStG)
Wahlweise: Entfernungskostenpauschale: 0,30 €/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder Die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (statt Entfernungspauschale) können geltend gemacht werden. (§ 9 Abs. 2 EStG)	Preisnachlass von verschiedenen Mobilfunkbetreibern		Vorzeitige Verfügung über Bausparkkassen- bzw. Sparbeträge (Wohnungsbau-Prämienengesetz bzw. Vermögensbildungsgesetz)
Abzugsbetrag für Privatfahrten, wenn gleichzeitig Merkzeichen „G“ eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 € (§ 33 EStG)	Abzugsbetrag für Privatfahrten: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 € (§ 33 EStG)		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 Rundfunkbeitragsstaatsvertrag)		

6.1 KÜNDIGUNG(SSCHUTZ)

Im Fall einer Krebserkrankung können Sie vom Arbeitgeber entlassen werden, sofern dieser sich an die gesetzlichen Vorschriften hält. In Kleinbetrieben, in denen maximal 10 Mitarbeiter beschäftigt sind, können Sie jederzeit unter Einhaltung der gesetzlichen oder vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ohne Angabe von Gründen entlassen werden.

Für Betriebe mit mehr als 10 Mitarbeitern gilt das Kündigungsschutzgesetz, d. h. die Kündigung bedarf betriebsbedingten, verhaltensbedingten oder personenbedingten Gründen. Aus Krankheitsgründen (personenbedingter Grund) darf Ihnen gekündigt werden, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. „Negative Gesundheitsprognose“, d. h. es müssen Tatsachen vorliegen, die weitere Erkrankungen im bisherigen Umfang vermuten lassen.
2. Die zu erwartenden Fehlzeiten führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen oder wirtschaftlichen Interessen des Arbeitgebers.
3. Eine Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers ist dem Arbeitgeber aufgrund fehlender alternativer Einsatzmöglichkeiten nicht zuzumuten.

Eine krankheitsbedingte Kündigung ist jedoch nur dann sozial gerechtfertigt, wenn

es sich um häufige Kurzerkrankungen, um eine laut ärztlichem Gutachten lang andauernde Arbeitsunfähigkeit oder um eine dauerhafte krankheitsbedingte Leistungsminderung handelt.

Schwerbehinderte Menschen, bei denen der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt, haben einen besonderen Kündigungsschutz. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Kündigung ist, dass das Integrationsamt der Kündigung zustimmt. Hierfür muss das Beschäftigungsverhältnis seit mindestens sechs Monaten bestehen.

6.2 ENTGELTFORTZAHLUNGEN UND KRANKENGELD



Wenn Sie als Berufstätiger erkranken und damit arbeitsunfähig werden, erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber bis zu 6 Wochen Ihre vollen Bezüge. Werden Sie darüber hinaus wegen derselben Erkrankung erneut arbeitsunfähig, haben Sie keinen Anspruch mehr auf die Entgeltfortzahlung, es sei denn, es liegen zwischen der ersten und der zweiten Phase der Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate. Der Arbeitnehmer hat

gemäß den Anzeige- und Nachweispflichten dem Arbeitsgeber eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, die die Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Wochen, haben Sie als gesetzlich Versicherter Anspruch auf die Zahlung von Krankengeld durch die Krankenkasse. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des Bruttoentgelts. Das Krankengeld beträgt allerdings höchstens 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Es wird pro Kalendertag für 30 Tage im Monat bezahlt.

Beispiel

Monatlich brutto 3.000 €
 $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$
 davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
 davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,03 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,50 €

Der Patient erhält 47,50 € täglich.

Bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit wird für maximal 78 Wochen (abzüglich der 6 Wochen Entgeltfortzahlung) innerhalb von 3 Jahren Krankengeld gezahlt. Ein erneuter Anspruch besteht erst wieder, wenn in der Zwischenzeit für mindestens 6 Monate keine Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit vorliegt und der Antrags-

steller erwerbsfähig oder bei der Agentur für Arbeit zur Vermittlung gemeldet ist.

Ausgeschlossen vom Krankengeldbezug sind:

- Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige
- Bezieher von Leistungen innerhalb beruflicher Rehabilitation
- Bezieher von Grundsicherung, Sozialhilfe (SGB XII), Sozialgeld und Arbeitslosengeld II
- Familienversicherte (Ehegatten und Kinder)

Ebenfalls nicht anspruchsberechtigt sind Personen mit:

- Altersrente
 - Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit aus der Rentenversicherung
 - Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
 - Vorruhestandsgeld
 - In der Freistellungsphase der Altersteilzeitarbeit
 - Entgeltersatzleistungen, wie Übergangsgeld oder Mutterschaftsgeld
- Nach dem Ende des Krankengeldbezugs können Sie entweder wieder einer Be-

schäftigung nachgehen, Arbeitslosengeld bei der Agentur für Arbeit beantragen oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von der Rentenversicherung beziehen. Solange über Ihren Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit noch nicht entschieden ist, können Sie im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung Übergangsweise Arbeitslosengeld I beziehen (siehe Kapitel 6.3).



Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Das Kinderpflege-Krankengeld wird gezahlt, wenn Sie nach ärztlichem Attest wegen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person das erkrankte Kind nicht beaufsichtigen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Keinen Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld haben Sie, wenn Ihr Arbeitgeber Ihnen eine bezahlte Freistellung ermöglicht.



Pro Kalenderjahr können Sie für höchstens 10 Arbeitstage (Alleinerziehende 20) Kinderpflege-Krankengeld in Anspruch nehmen; bei mehr als 2 Kindern erhöht sich der Anspruch auf maximal 25 Tage je Elternteil (Alleinerziehende 50). Die Berechnung erfolgt analog zum Krankengeld für Arbeitnehmer (70 Prozent des beitragspflichtigen regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, höchstens 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts).

Krankengeld bei Bezug von Arbeitslosengeld I oder II

Beziehen Sie Arbeitslosengeld I oder II, erhalten Sie weiterhin Ihre Leistungen, stehen aber der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung. Auch hier muss eine ärztliche Bestätigung vorliegen. Sie haben den gleichen Anspruch an Kinderpflege-Tagen wie Berufstätige. Durch die Krankheitstage Ihres Kindes verlängert sich die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes nicht.

Bestätigt Ihnen ein ärztliches Zeugnis, dass Ihr Kind schwerstkrank ist und nur noch einige Wochen oder Monate zu leben hat,

wird die Befristung der Zahlung von Kinderpflege-Krankengeld aufgrund des „Gesetzes zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder“ aufgehoben. Beziehen Sie Arbeitslosengeld I (ALG I) durch die Agentur für Arbeit, müssen Sie Ihre Erkrankung unverzüglich dort melden. Dauert Ihre Erkrankung länger als 6 Wochen, erhalten Sie bis zu 78 Wochen Leistungen in Form von Krankengeld von Ihrer Krankenkasse. Mit dem Erhalt des Krankengeldes wird der Bezug des ALG I eingestellt. Nach Ablauf der 78 Wochen oder bei vorzeitigem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit müssen Sie sich erneut persönlich vorstellen und einen Antrag auf ALG I stellen. Erhalten Sie Leistungen des Jobcenters, ALG II, werden diese Leistungen ohne Unterbrechung weitergezahlt.

6.3 ARBEITSLOSENGELD I / NAHTLOSIGKEITSREGELUNG

Dauert aufgrund der Schwere der Erkrankung die Phase der Arbeitsunfähigkeit länger als 78 Wochen, können Sie eine Sonderform des Arbeitslosengelds I im Sinne der sogenannten Nahtlosigkeitsregelung gemäß § 145 SGB III beantragen. Diese Nahtlosigkeitsregelung dient dazu, dauerhaft leistungsgeminderte Arbeitnehmer vor Nachteilen zu schützen, die durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Krankenkassen, Renten- und Arbeitslosenversicherung auftreten können. Nach Ausschöpfung des Anspruchs auf Krankengeld (sogenannte Aussteuerung) haben Sie - trotz fehlender

Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt - Anspruch auf Arbeitslosengeld I, bis der Rentenversicherungsträger über Ihren Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entschieden hat. Nachfolgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses, das seit mindestens 6 Monaten aufgrund einer Erkrankung/Behinderung nicht ausgeübt werden konnte; trotz Beschäftigungsverhältnis müssen Sie sich persönlich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos melden.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit
Vor Eintritt der Arbeitslosigkeit muss mindestens 12 Monate lang ein Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 2 Jahre bestanden haben.
- Aufgrund Ihrer verminderten Leistungsfähigkeit sind Sie (voraussichtlich) für mehr als 6 Monate nicht mehr in der Lage, 15 Stunden wöchentlich unter arbeitsmarktüblichen Bedingungen zu arbeiten.

Die Agentur für Arbeit muss Sie unverzüglich auffordern, innerhalb von einem Monat entweder einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen (§ 145 Abs. 2 SGB III). Haben Sie einen Antrag auf Rente wegen verminderter



verminderter Erwerbsfähigkeit beim zuständigen gesetzlichen Rentenversicherungsträger gestellt, können Sie bis zur Entscheidung, ob verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, Arbeitslosengeld I beziehen.

6.4 RENTEN WEGEN VERMINDERTER ERWERBSFÄHIGKEIT



Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen in Ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt, können Sie bei Ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragen.

Um eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu beziehen, müssen folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie müssen mindestens 5 Jahre rentenversichert sein (sogenannte „allgemeine Wartezeit“).
- In den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt worden sein.

Für die Wartezeit werden Ihnen folgende Zeiten angerechnet:

- Beitragszeiten (Pflichtbeitragszeiten, unter bestimmten Voraussetzungen auch Zeiten des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld I und II, Übergangsgeld, Kindererziehungszeiten, Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege, freiwillige Beitragszeiten)
- Ersatzzeiten
- Zeiten aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung
- Zeiten aus Zuschlägen für eine geringfügige Beschäftigung
- Zeiten aus Rentensplitting unter Ehegatten



Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kann in Abhängigkeit vom verbliebenen Restleistungsvermögen als Rente wegen voller oder wegen teilweiser Erwerbsminderung erbracht werden. Eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung** wird Ihnen gewährt, wenn Sie weniger als 3 Stunden täglich arbeiten

können. Sind Sie in der Lage, zwischen 3 und unter 6 Stunden täglich zu arbeiten, erhalten Sie eine **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung**. Maßgebend hierfür ist aber nicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern die Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei positiver Prüfung des Antrags wird die Rente für längstens 3 Jahre gewährt. Danach kann sie wiederholt beantragt werden. Eine Aufhebung der Befristung ist spätestens nach 9 Jahren möglich, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist. In diesem Fall kann auch von Beginn an auf eine Befristung verzichtet und sofort dauerhaft gewährt werden. Die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (siehe Kapitel 6.7) gezahlt.

Weitere Informationen und Hilfestellung bei der Beantragung erhalten Sie in einer Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung beziehungsweise bei einem Versichertenältesten oder einem Versichertenberater.

6.5 GRUNDSICHERUNG (WOHNGELD)

Menschen, deren Einkommen (Altersrente, Rente wegen voller Erwerbsminderung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld) nicht ausreicht, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, können Leistungen zur Grundsicherung beantragen. Voraussetzung für die Gewährung einer Grundsicherung ist eine finanzielle Bedürftigkeit, die durch Offenlegung der wirt-

schaftlichen Verhältnisse nachzuweisen ist.

Personen, die zumindest zum Teil erwerbsfähig sind, können Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II (Hartz IV) bei den örtlich zuständigen Jobcentern beantragen. Personen, bei denen eine volle Erwerbsminderung auf Dauer vorliegt oder die die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht haben, können die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII in Anspruch nehmen.

6.6 PRIVATE BERUFsunFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Sofern Sie privat eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen haben, können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen, ob eventuelle Leistungen Ihrer Versicherung in Anspruch genommen werden können. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungen ist die Feststellung der Berufsunfähigkeit durch ein ärztliches Gutachten. Setzen Sie sich im Einzelfall mit Ihrer Versicherung in Verbindung.

6.7 REGELALTERSRENTE

Sie haben Anspruch auf eine Regelaltersrente, wenn Sie mindestens 5 Jahre lang Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt und die Regelaltersgrenze erreicht haben. Diese Regelaltersgrenze steigt seit 2012 stufenweise von 65 Jahre auf 67 Jahre an. Für vor 1947 Geborene liegt diese bei 65. Wurden Sie zwischen

1947 und 1963 geboren, wird die Regelaltersgrenze stufenweise angehoben (siehe Tabelle). Sind Sie 1964 oder später geboren, liegt sie bei 67 Jahren. Bei der Regelaltersrente gibt es keine Abschläge wegen vorzeitiger Inanspruchnahme.

Geburtsjahr	Regelaltersgrenze
bis 1946	65
1947	65 + 1 Monat
1948	65 + 2 Monate
1949	65 + 3 Monate
1950	65 + 4 Monate
1951	65 + 5 Monate
1952	65 + 6 Monate
1953	65 + 7 Monate
1954	65 + 8 Monate
1955	65 + 9 Monate
1956	65 + 10 Monate
1957	65 + 11 Monate
1958	66
1959	66 + 2 Monate
1960	66 + 4 Monate
1961	66 + 6 Monate
1962	66 + 8 Monate
1963	66 + 10 Monate
ab 1964	67

Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch ein Renteneintrittsalter von 63 Jahren ohne Abschläge möglich. Aber auch hier gibt es eine Anhebung für bestimmte Jahrgänge, ähnlich wie bei der Regelaltersrente, beginnend ab dem Geburtsjahrgang 1953.

Hinzuverdienstgrenzen

Für nähere Informationen, welche gesetzlichen Regelungen in Ihrem individuellen Fall greifen, wenden Sie sich bitte an eine Auskunfts- und Beratungsstelle Ihrer zuständigen Rentenversicherung.

Altersrenten

Haben Sie die Regelaltersgrenze erreicht (siehe Kapitel 6.7), können Sie unbegrenzt hinzuverdienen, ohne ihren Rentenanspruch zu gefährden.

Als Hinzuverdienst werden Arbeitsentgelte, Arbeitseinkommen - das ist der steuerrechtliche Gewinn - und vergleichbares Einkommen (z. B. Vorruhestandsgeld) berücksichtigt. Nicht als Hinzuverdienst gelten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (Witwen- bzw. Witwerrenten), Betriebsrenten, Beamtenpensionen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Zinseinkünfte. Bei Bezug einer Altersvollrente vor Vollendung Ihrer Regelaltersgrenze gilt eine Hinzuverdienstgrenze von 450 Euro pro Monat. Dies betrifft folgende Altersrenten:

- Altersrente für langjährig Versicherte

- Altersrente für schwerbehinderte Menschen
- Altersrente für besonders langjährig Versicherte oder
- Altersrente für besonders langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit
- Altersrente für Frauen



Die Hinzuverdienstgrenze darf zweimal pro Kalenderjahr bis zum doppelten Wert überschritten werden. Als Beispiel: Bei einem regulären monatlichen Verdienst von 450 Euro darf in 2 Monaten bis zu 900 Euro verdient werden, z. B. bei Zahlungen von Urlaubs- oder Weihnachtsgeld oder bei Überstunden.

Teilrenten

Sie können Ihre Altersrente auch als Teilrente beziehen. Die Rente beträgt dann abhängig von Ihrem Hinzuverdienst ein Drittel,

die Hälfte oder zwei Drittel der Vollrente. In diesen Fällen werden die Hinzuverdienstgrenzen individuell berechnet.

Wenden Sie sich in diesen Fällen an Ihren zuständigen Rentenversicherungsträger, um sich über die Höhe des Hinzuverdienstes zu informieren.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Hierbei wird unterschieden zwischen Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung. Bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung dürfen Sie monatlich bis zu 450 Euro hinzuverdienen und zweimal im Jahr bis zu 900 Euro im Monat (vergleichbar zu Altersvollrenten, siehe oben). Bei höherem Hinzuverdienst kann die Rente gegebenenfalls noch als Teilrente in Höhe von drei Vierteln, der Hälfte oder einem Viertel der Vollrente gezahlt werden.

Beziehen Sie Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, liegen die Hinzuverdienstgrenzen höher.

Grundsätzlich gilt: Melden Sie jede Erwerbstätigkeit Ihrem Rentenversicherungsträger und informieren Sie sich **vor Aufnahme** der Beschäftigung über die individuellen Hinzuverdienstgrenzen.

Das Ziel einer Rehabilitation ist es, die körperlichen und seelischen Folgen einer Krebserkrankung zu lindern bzw. zu beseitigen oder zu lernen, mit den langfristigen Folgen einer chronischen Erkrankung zu leben. Hierbei wird zwischen Anschlussheilbehandlung, die den Genesungsprozess fördern soll, und onkologischer Rehabilitation, die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit vermindern oder einer möglichen Erwerbsunfähigkeit vorbeugen soll, unterschieden.

7.1 ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG (AHB)

Die Anschlussheilbehandlung (auch Anschlussrehabilitation genannt) ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bzw. eine ambulante Operation erfolgt. Sie muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung beginnen und kann entweder stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden. Bei der Beantragung der AHB ist Ihnen der Sozialdienst der Klinik behilflich. Findet im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt noch eine ambulante Behandlung statt, z. B. eine Bestrahlung oder Chemotherapie, wird die AHB vom behandelnden Arzt, also einem niedergelassenem Onkologen oder Radiologen, eingeleitet. Voraussetzung hierfür ist, dass die betreffende Praxis an ein Krankenhaus angegliedert ist. Auch in diesem Fall muss die Anschlussheilbehandlung in der Regel 14 Tage nach dem letzten Behandlungstermin beginnen. Eine Anschlussheilbehand-

lung dauert generell 3 Wochen, kann aber um eine Woche verlängert werden, wenn dies aus medizinisch-therapeutischer Sicht vom Arzt oder von der Klinik begründet werden kann. Voraussetzung ist Ihre Rehabilitationsfähigkeit, d. h. Sie müssen soweit belastbar sein, dass Sie an den Therapien im erforderlichen Maß teilnehmen können.

An einer Anschlussheilbehandlung müssen Sie sich finanziell beteiligen. Die Höhe der Zuzahlung ist abhängig vom jeweiligen Kostenträger.

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme für max. 14 Tage
	Ambulant/ teilstationär	Keine Zuzahlung

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme für max. 28 Tage
	Ambulant/ teilstationär	10 € pro Behandlungstag für max. 28 Tage

Während der AHB erhalten Sie weiterhin Krankengeld.

Wird eine Anschlussheilbehandlung nicht innerhalb der oben genannten Frist angetreten, ist eine Beantragung zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

7.2 ONKOLOGISCHE REHABILITATION

Hierbei handelt es sich um stationäre oder ganztägig ambulante Maßnahmen mit einer Dauer von mindestens 3 Wochen. In dieser Zeit steht die Behandlung von Gesundheits- und Funktionsstörungen nach einer Krebserkrankung im Vordergrund. Mit Hilfe gezielter therapeutischer Maßnahmen soll die Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit verbessert werden.

Grundsätzlich übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten für eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitation. In einigen Fällen ist die Krankenversicherung Kostenträger. Die Prüfung der Zuständigkeit erfolgt zwischen den beiden möglichen Kostenträgern.



Kostenträger Rentenversicherung

Bis zum Ablauf eines Jahres nach Beendigung der Primärbehandlung (Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung), können Sie eine onkologische Rehabilitation beantragen. Liegen erhebliche Funktionseinschränkungen vor, kann eine weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahme bis zu 2 Jahre nach Ende der Primärbehandlung beantragt werden. Ein gesetzlicher Anspruch auf die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme besteht nicht. Folgende Zuzahlungen müssen Sie leisten:

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt

Stationäre/ ambulante Rehabilitations- maßnahme	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme für max. 42 Tage
	Ambulant/ teilstationär	Keine Zuzahlung

Befreiung von der Zuzahlungspflicht für eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme

Bei folgenden Voraussetzungen können Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlungspflicht stellen:

- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Personen, die bei Antragsstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bezieher von Übergangsgeld ohne weiteres Einkommen

- Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Bei Leistungen zur beruflichen Reha
- Personen mit monatlichem Netto-Einkommen unter 1.191 Euro

Eine teilweise Befreiung von der Zuzahlung ist möglich bei Personen

- die ein Kind haben (solange Anspruch auf Kindergeld besteht)

oder

- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deswegen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann

oder

- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat

und

- deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet

Bei Antragsstellung in 2017 gelten folgende Nettoeinkommensgrenzen des Versicherten:

Monatliches Nettoeinkommen	Tägliche Zuzahlung
unter 1.191 €	keine Zuzahlung
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	10,00 €

Kostenträger Krankenversicherung

Ist Ihre Krankenversicherung für die Übernahme der Kosten zuständig, sollten Sie zeitnah nach Beendigung der Primärbehandlung einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme stellen. Grundsätzlich können Sie bei diesem Kostenträger nur alle 4 Jahre eine Rehabilitationsmaßnahme unabhängig von Ihrer Diagnose bzw. Ihrer Erkrankung beantragen.

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt

Stationäre/ ambulante Rehabilitations- maßnahme	Stationär	10 € pro Tag der Maßnahme ohne zeitliche Begrenzung
	Ambulant/ teilstationär	10 € pro Behandlungstag ohne zeitliche Begrenzung

Befreiung von der Zuzahlungspflicht für eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme

Eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht ist möglich, wenn Sie Ihre individuelle Belastungsgrenze erreicht haben. In diesem Fall zählen alle Zuzahlungen, die Sie im selben Jahr bereits für Krankenhausaufenthalte oder andere Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Heil-/Hilfsmittel und Medikamente geleistet haben.

Widerspruch/Umstellung

Wurde die gewünschte Leistung abgelehnt, haben Sie das Recht Widerspruch einzulegen. Dieser muss schriftlich oder persönlich in einer Niederlassung des entsprechenden Trägers erfolgen. Achten Sie darauf, sich den Eingang bestätigen zu lassen. Die Frist zur Einlegung des Widerspruchs endet 4 Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers. Sind Sie mit der bewilligten Leistung z. B. der Einrichtung oder dem Ort nicht einverstanden sein, können Sie eine sogenannte Umstellung beantragen.

Unterstützung bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme oder im Fall eines Widerspruchs erhalten Sie bei der Niedersächsischen Krebsgesellschaft oder bei psychosozialen Krebsberatungsstellen. Die Adressen finden Sie auf unserer Homepage unter www.nds-krebsgesellschaft.de.

7.3 REHABILITATIONSSPORT

Zur Ergänzung der anderen Rehabilitationsmaßnahmen wird für Krebspatienten häufig Rehabilitationssport verordnet. Mit diesen bewegungstherapeutischen Übungen sollen die psychische und physische Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraft, Koordination) verbessert werden. Dadurch wird auch die Lebensqualität gesteigert, und die Erfahrungen in der Gruppe stärken das Selbstbewusstsein.



Stellt der behandelnde Arzt in der Rehabilitationseinrichtung die medizinische Notwendigkeit einer Rehabilitationssportmaßnahme fest, stellt er eine entsprechende Verordnung (VD G850) aus. Stimmt Ihr behandelnder Arzt dieser Empfehlung zu, müssen Sie innerhalb von 3 Monaten mit dem Rehabilitationssport beginnen. In diesem Fall werden die Kosten von Ihrem Rentenversicherungsträger übernommen.

Wird der Rehabilitationssport durch Ihren behandelnden Arzt verordnet, ohne dass eine Rehabilitationsmaßnahme vorausgeht, trägt die Krankenkasse die Kosten.

Generell werden die Kosten allerdings nur übernommen, wenn die bewegungstherapeutischen Übungen von Gruppenleitern durchgeführt werden, die über einen Qualifikationsnachweis z. B. als Fachübungsleiter/in „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des Deutschen Behindertensportverbandes verfügen. Damit soll eine fachkundige Überwachung und Anleitung der Gruppen sichergestellt werden.

In Niedersachsen gibt es rund 250 spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge. Die Adressen in Ihrer Nähe können Sie bei Ihrer Krankenkasse oder über die jeweiligen Landessportbünde bzw. die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes erfragen.

Der Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ ist über Sportvereine, Ärzte und die zuständigen Leistungsträger zu beziehen.

Muster 56 unter http://bsberlin.de/tl_files/downloadservice/bildung/Rehasport/Formblatt56.pdf

7.4 LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN (BERUFLICHE REHABILITATION)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dienen dazu, Sie trotz Erkrankung oder Behinderung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zu integrieren und somit einen vorzeitigen Rentenbezug zu vermeiden. Ihre Erwerbsfähigkeit soll durch Maßnahmen wie Umschulungen, berufliche Aus- und Weiterbildung oder auch technische Arbeitshilfen sowie die behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden.

Folgende Leistungen gibt es:

- Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen und Förderung zur Arbeitsaufnahme (z. B. Beratung und Vermittlung)
- Übergangsbeihilfe zur Sicherstellung des Lebensbedarfs bei Aufnahme einer Beschäftigung oder Ausbildung bis zur ersten Gehaltszahlung
- Trainingsmaßnahmen, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen
- Leistungen zur Existenzgründung
- Zuschüsse an Arbeitgeber zur Förderung der Einstellung von schwerbehinderten Menschen

Ergänzende Leistungen:

- Kraftfahrzeughilfe: Zuschüsse zur Anschaffung eines Autos oder einer behindertengerechten Ausstattung
- Fahrtkostenbeihilfe: für tägliche Fahrten zwischen Arbeitsplatz und Wohnung



- Trennungskostenbeihilfe: falls zur Aufnahme einer Beschäftigung eine getrennte Haushaltsführung erforderlich ist
- Ausrüstungsbeihilfe: für Arbeitskleidung und -geräte
- Hilfsmittel: z. B. orthopädische Hilfen, Hörgeräte etc., ggf. bedarf es der Klärung ob Ihre Krankenkasse oder Ihre Rentenversicherung die Kosten trägt
- Technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung: z. B. Sitzhilfen oder Rollstuhlrampen am Arbeitsplatz

- Notwendige Arbeitsassistenz zur Erlangung von Arbeit: Finanzierung einer Assistenzkraft, um die Ausführung der Arbeit zu ermöglichen
- Ausgleichszahlung: Übernahme des Verdienstaufalles einer behinderten Person bzw. dessen Begleitperson aufgrund der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme oder einem Vorstellungsgespräch
- Wohnungshilfe: finanzielle Ausgleichsleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung
- Kinderbetreuungskosten: zur Mitnahme des Kindes zur Bildungsstätte oder anderweitiger Unterbringung des Kindes
- Reisekostenbeihilfe: einmalige Übernahme der Fahrtkosten für den Antritt einer neuen Arbeitsstelle

Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ können Sie während oder direkt im Anschluss an die onkologische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger, der Agentur für Arbeit oder der Berufsgenossenschaft beantragen. Bei diesen Institutionen erhalten Sie auch Hilfestellung bei Fragen zur beruflichen Rehabilitation und der Antragsstellung. Fügen Sie dem Antrag immer eine ärztliche Bescheinigung bei, die nicht nur Diagnose und Therapie aufführt, sondern auch sämtliche Einschränkungen im alltäglichen Leben.

Wichtig:

Bei diesen Leistungen handelt es sich um sogenannte Ermessensleistungen, d. h. die Behörde entscheidet im Einzelfall. Stellen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme für die jeweilige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, bevor Sie die Maßnahme in die Wege leiten.

7.5 STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG NACH § 74 SGB V - §§ 28, 51 ABSATZ 5 SGB IX

Die stufenweise Wiedereingliederung dient dazu, Sie nach längerer Krankheit (mehr als 42 Tage in den letzten 12 Monaten) Schritt für Schritt an eine volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Voraussetzung ist, dass Ihr behandelnder Arzt feststellt, dass Sie Ihre Tätigkeit zumindest zum Teil wieder aufnehmen können. Sie steigen mit einer geringen Stundenzahl ein und erhöhen diese allmählich (z. B. von 4 Stunden auf 6 Stunden, dann auf 8 Stunden pro Tag). Ihr Arbeitgeber und der Kostenträger müssen der von Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt bzw. Betriebsarzt ausgearbeiteten Maßnahme zustimmen. Die Dauer variiert zwischen 6 Wochen und 6 Monaten. Während dieser Zeit gelten Sie als arbeitsunfähig und beziehen weiterhin entweder Krankengeld von Ihrer Krankenkasse oder Übergangsgeld von Ihrem Rentenversicherungsträger bzw. der Berufsgenossenschaft oder der Agentur für Arbeit. Der Arbeitgeber kann freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, dies wird allerdings auf das Krankengeld angerechnet.

Der Zeitraum der Wiedereingliederung wird auf die maximal mögliche Dauer eines Krankengeldbezuges von 78 Wochen angerechnet.



Es kann gegebenenfalls für Sie von Vorteil sein, unter Verrechnung Ihres Urlaubs stundenweise zu arbeiten (z. B. jeweils einen halben Tag Urlaub einen halben Tag arbeiten). Der Vorteil besteht darin, dass Sie das volle Arbeitsentgelt bekommen. Zum anderen wird diese Zeit nicht auf die Dauer des Krankengeldbezuges angerechnet.



Private Krankenversicherungen (PKV) umfassen keinen einheitlichen Leistungskatalog. Ein Vertrag zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer regelt, welche Leistungen der Versicherer erbringt. Bedeutend sind neben dem Vertrag die zugrunde liegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen, der gewählte Tarif und die Tarifbedingungen, die variabel sein können. Im Zuge der Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber jedoch ab dem 01.01.2009 einen sogenannten Basistarif eingeführt. Bei diesem Tarif entspricht der Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei den regulären Tarifen ist jedoch jeweils zu prüfen, ob ein Anspruch auf eine bestimmte Leistung besteht. Grundsätzlich vorgesehen ist die Übernahme von Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls und sonstiger Bedingungen wie Schwangerschaft oder Vorsorgeuntersuchungen. Unter dem Begriff Heilbehandlung wird in diesem Zusammenhang jede

ärztliche Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit bedingt ist und auf die Heilung, Besserung oder Linderung dieser Krankheit abzielt, definiert.

8.1 BEHANDLUNG

Medizinisch notwendige Heilbehandlung

Sofern eine Behandlung medizinisch notwendig ist, werden die Kosten vom Versicherer übernommen. Hierbei orientieren sich die privaten Krankenversicherungen an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, der die Richtlinien für die gesetzliche Krankenversicherung festlegt.



Als Grundlage zur Beurteilung dienen die medizinischen Befunde und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Erkrankung. Neben schulmedizinischen Behandlungen werden auch Methoden der komplementären Medizin erstattet, sofern die Wirkungsweise auf medizinischen Erkenntnissen beruht, sie sich in der Praxis bewährt haben und eine begründbare Aus-

sicht auf Heilung oder Linderung besteht. Wenn Sie nicht wissen, ob Ihr Vertrag eine bestimmte Leistung beinhaltet, informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenversicherung.

Arzneimittel

Die Kosten für die Versorgung mit Arzneimitteln werden von den PKV erstattet, sofern diese von einem Arzt, Zahnarzt oder - je nach Tarif - von einem sonstigen Behandler z. B. Heilpraktiker verordnet wurden und das Arzneimittel aus der Apotheke bezogen wurde.

Hilfsmittel- und Heilmittel

Zu den Hilfsmitteln zählen technische Mittel, die körperliche Behinderungen ausgleichen oder mildern sollen wie z. B. Brillen, Hörgeräte, Perücken, Gehstützen. Welche Hilfsmittel in Ihrem Fall erstattet werden, können Sie Ihrem Vertrag entnehmen. Finden Sie dort keine vollständige Auflistung vor, müssen Sie sich mit Ihrem Versicherer in Verbindung setzen. Möglicherweise gibt es eine Wertbegrenzung für bestimmte Hilfsmittel, d. h. dass Sie die Differenz - sofern das Hilfsmittel teurer ist - selbst zahlen müssen.

Unter Heilmittel werden Anwendungen und Behandlungen wie z. B. Massagen oder Krankengymnastik verstanden, die der Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen. Auch hier können Sie die erstattungsfähigen Heilmittel Ihren

Tarifbestimmungen entnehmen oder bei Ihrer Versicherung erfragen.

Voraussetzung für die Kostenübernahme von Hilfs- und Heilmitteln durch den Versicherer ist die ärztliche Verordnung.



Ambulante Behandlung

Bei der privaten Krankenversicherung gilt das Prinzip der „Vorkasse“, d. h. der Versicherungsnehmer muss die durch Diagnostik und Therapie entstandenen Kosten zunächst selbst tragen. Im Anschluss werden die Kosten durch Vorlage der Originalrechnung beim Versicherer erstattet.

Kostenaufwendige Behandlungen können auch direkt erstattet werden, wenn der Versicherer dem Leistungserbringer (Arzt oder Klinik) dies nach Absprache entsprechend zusichert. Wird eine Kostenübernahme durch den Versicherer abgelehnt, haben Sie die Möglichkeit, die Erstattung vor Gericht zu erstreiten. Bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung kann jedoch eine Schlich-

tungsstelle hinzugezogen werden, die eine außergerichtliche Einigung erwirken kann.

In diesem Fall wenden Sie sich an:
 Versicherungsombudsmann e.V.
 Postfach 080632, 10006 Berlin

oder

Ombudsmann Private Kranken- und
 Pflegeversicherung
 Postfach 060222, 10052 Berlin

Stationäre Behandlung

Wenn der medizinisch erwünschte Effekt nicht durch eine ambulante Behandlung erzielt werden kann, wird eine stationäre Behandlung erstattet. Da stationäre Behandlungen kostenaufwändig sind, entfällt hier in der Regel die Vorkasse. Stattdessen erhält der Versicherungsnehmer eine sogenannte Clinic-Card (Krankenhausausweis), die dem Krankenhaus bei Aufnahme



vorgelegt wird. Die Klinik fordert von der privaten Krankenversicherung eine Kostenübernahmeerklärung an und rechnet die entstandenen Kosten direkt mit der Versicherung ab. Sie haben als Privatversicherter zwar grundsätzlich die freie Krankenhauswahl, zur Sicherheit sollten Sie sich aber die Erstattung in der von Ihnen gewählten Einrichtung von Ihrem Versicherer schriftlich bestätigen lassen.

Wenn Sie bei Ihrem Versicherer eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, bekommen Sie für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung im Krankenhaus einen vereinbarten Geldbetrag. Dieser ist zur Deckung anfallender Gebühren gedacht.

8.2 ZUZAHLUNGEN

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

In der privaten Krankenversicherung gibt es in der Regel keine Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung.

Fahrtkosten

Die Kosten für notwendige Fahrten zu ambulanten oder stationären Gesundheitsdiensten werden von der privaten Krankenversicherung meistens übernommen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung, ob z. B. Kilometerpauschalen mit einer Obergrenze versehen sind.

Krankenhauspflege (Stationäre Versorgung)

Bei der stationären Versorgung müssen Privatversicherte keine Zuzahlung leisten.

Häusliche Krankenpflege

In der Regel übernehmen private Krankenversicherungen die Kosten für die häusliche Krankenpflege.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe wird von den privaten Krankenversicherungen nicht bezahlt.

Palliativmedizinische Behandlung

Ein freiwilliger Zuschuss zu einem Hospizaufenthalt wird in der Regel von der privaten Krankenversicherung übernommen. Erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Versicherung.

8.3 PRIVATE PFLEGEVERSICHERUNG

Als Privatversicherter oder beihilfeberechtigter Person müssen Sie eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter und dem Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für Privatversicherte gibt es seit 2008 eine unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung.

Unter www.compass-pflegeberatung.de oder 0800 101 88 00 können Sie sich von Experten beraten lassen.



Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber definiert Personen als pflegebedürftig, wenn sie „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten 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.“ Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad wird bei der privaten Pflegeversicherung durch die Firma „Medicproof – Gesellschaft für Medizinische Gutachten mbH“ durchgeführt.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.medicproof.de

8.4 WIRTSCHAFTLICHE SICHERUNG

Krankengeld



Normalerweise schließen Privatversicherte auch eine Krankentagegeldversicherung ab. Die Höhe des Krankentagegeldes wird tariflich vereinbart. Nach Ablauf der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber müssen Sie als Versicherter die Beiträge zur Renten- und zur privaten Krankenversicherung tragen. Um keine finanziellen Einbußen zu erleiden, kann das Krankentagegeld Ihr Netto-Einkommen um diese Differenz übersteigen. Wann die Leistung beginnt, ist im Einzelfall festgelegt. Bei Arbeitnehmern wird das Krankentagegeld oft ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Bei Selbstständigen ist ein früherer Beginn der Zahlungen sinnvoll z. B. ab dem 4. oder 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Krankentagegeldzahlungen enden erst, sobald Ihnen Ihr Arzt bescheinigt, dass Sie wieder arbeitsfähig sind.

8.5 REHABILITATION

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung umfassen nicht grundsätzlich eine Rehabilitation. Einige Anbieter beteiligen sich jedoch anteilig an den Kosten. Bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich direkt bei Ihrer Versicherung. Auch wenn Sie vor Ihrer Krebserkrankung einen speziellen „Kurtarif“ abgeschlossen haben, setzen Sie sich frühzeitig mit Ihrer Krankenversicherung in Verbindung, um Ihre individuellen Ansprüche zu erfragen.

Umfasst der Leistungskatalog Ihrer privaten Krankenversicherung eine Rehabilitationsmaßnahme und wird der Antrag dennoch abgelehnt, steht Ihnen das Rechtsmittel des Widerspruchs, wie das bei gesetzlich Versicherten der Fall ist, nicht zur Verfügung. Sie können aber durch ein Anschreiben an die private Krankenversicherung oder private Pflegeversicherung deutlich machen, dass Sie mit der Ablehnung nicht einverstanden sind. Bleibt die Ablehnung nach einer erneuten Prüfung bestehen, können Sie bei Bedarf den Ombudsmann Ihrer Versicherung kontaktieren und gegen die private Krankenversicherung vor dem Zivilgericht bzw. gegen die private Pflegeversicherung vor dem Sozialgericht klagen.

Zu den Selbstständigen zählen Unternehmer, Handwerker oder Angehörige von Kammerberufen wie Ärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte o. ä. Im Fall einer schweren Erkrankung, stehen sie in vielen Bereichen nicht unter dem Schutz des Sozialrechts. Für Selbstständige und Freiberufler besteht keine Pflicht sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Sie können sich entweder freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern oder sich über eine private Krankenversicherung absichern.



Neben medizinischen Fragen stehen für Selbstständige auch vorwiegend Fragen rund um die soziale Absicherung und die Weiterführung des Betriebes im Vordergrund.

9.1 VORSORGE TREFFEN

Gerade für Personen, die selbstständig sind und einen eigenen Betrieb führen, ist es ratsam, frühzeitig für ernste Krankheitsfälle vorzusorgen. Dies betrifft zum einen die Fortführung des Betriebes durch einen

Vertreter während der krankheitsbedingten Abwesenheit, zum anderen muss im Todesfall des Geschäftsinhabers aber auch der Nachlass geregelt werden. Um die Weiterführung des Betriebes sicherzustellen, ist es sinnvoll, einem engen Angehörigen wie Ehe- oder Lebenspartner oder Kindern eine Vollmacht zu erteilen, die es ihm ermöglicht, die notwendigen Schritte einzuleiten. Bei Bedarf sollte ein Vertrauter des Betriebes dem Nachkommen beratend zur Seite stehen.

Generalvollmacht

Klären Sie rechtzeitig mit Ihrem Notar, ob die Ausstellung einer Generalvollmacht für Rechtsgeschäfte ratsam ist. Mit einer solchen Vollmacht werden eine oder mehrere Vertrauenspersonen ermächtigt, den Betreffenden in allen Angelegenheiten, beispielsweise bei Banken und Behörden zu vertreten. In der Regel wird mit einer notariellen Generalvollmacht auch der Erbschein ersetzt, der ansonsten beim Nachlassgericht beantragt werden müsste.



9.2 EXISTENZSICHERUNG

Selbstständige sichern in den meisten Fällen den Lebensunterhalt der Familie und können oft in ihrer beruflichen Position nicht ersetzt werden. Aufgrund dieser Voraussetzungen ist es besonders wichtig, sich frühzeitig um eine finanzielle Absicherung in Krankheitsfällen zu kümmern.

9.2.1 PRIVATE BERUFSUNFÄHIGKEIT

Viele Selbstständige schließen eine private Berufsunfähigkeitsversicherung ab. Bevor ein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann, muss die Berufsunfähigkeit durch ein ärztliches Gutachten festgestellt werden. Eine vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in Folge von Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder einem „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall“ voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen nicht in der Lage ist oder sein wird, seiner zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit weiter nachzugehen. Sind die zuvor

genannten Voraussetzungen nur zu einem gewissen Grad erfüllt, spricht man von einer teilweisen Berufsunfähigkeit. Die Leistung der Versicherung können Sie Ihrem individuell abgeschlossenen Vertrag entnehmen.

Werden Sie im Fall einer Krebserkrankung pflegebedürftig und dauert dieser Zustand ununterbrochen 6 Monate an, wird dies von Beginn als vollständige Berufsunfähigkeit gewertet.

Die Beurteilung privater Versicherungsunternehmen weicht häufig von den Beurteilungskriterien der Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger ab, so dass es oft zu einer gerichtlichen Klärung der Ansprüche kommt. Aus diesem Grund ist es ratsam, frühzeitig eine Rechtsschutzversicherung abzuschließen. Ist absehbar, dass eine Krebserkrankung nicht mehr geheilt werden kann, empfiehlt es sich, Lebensversicherungsverträge auf den Ehepartner oder die Kinder zu übertragen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Steuerberater, ob dies aus steuerlichen Gründen sinnvoll ist.



Angehörige von Kammerberufen sollten nachprüfen, ob Sie eine Ausfallversicherung abgeschlossen haben, die im Krankheitsfall den Betriebsgewinn und die laufenden Kosten wie Löhne und Gehälter, Mieten usw. bis zu 12 Monate abdeckt. Möglicherweise deckt auch eine privat abgeschlossene Tagegeldversicherung diese Leistungen ab. Wenden Sie sich bei Fragen an Ihr Versicherungsunternehmen.

9.2.2 GESETZLICHE RENTEN-VERSICHERUNG

Auch wenn Sie selbstständig sind, haben Sie gegebenenfalls Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern Sie vor Aufnahme oder während Ihrer selbstständigen Tätigkeit Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge gezahlt haben. Lassen Sie daher prüfen, ob ein Rentenbezug (Regelaltersrente, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Rente wegen verminderter Erwerbsminderung) für Sie in Frage kommt.

9.2.3 GRUNDSICHERUNG

Sollten Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung keine ausreichenden Einnahmen bzw. kein Einkommen erwirtschaften und steht Ihnen kein Vermögen zur Deckung Ihres Lebensunterhaltes zur Verfügung, können Sie bis zum Erreichen Ihrer Regelaltersgrenze (siehe Kapitel 6.7) Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II, Hartz IV) oder danach Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) beantragen. Hierzu müssen Sie neben Ihrer Bedürftigkeit nachweisen, dass Sie über keinerlei Vermögen verfügen. Eine selbstgenutzte Eigentumswohnung oder ein selbst genutztes Einfamilienhaus müssen jedoch nicht verkauft werden.



Durch den täglichen Umgang mit krebserregenden Stoffen im Beruf kann eine Krebserkrankung verursacht werden. In diesem Fall kann die Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden. Der Gesetzgeber definiert Berufskrankheiten als Krankheiten, die durch „...besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind...“ (§ 9 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII). Inzwischen sind viele Krankheiten als Berufskrankheit anerkannt.

Eine Übersicht erhalten Sie in der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), zu beziehen über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter www.baua.de. Bei 19 der insgesamt 73 Berufskrankheiten finden sich auch Krebserkrankungen. Krebserkrankungen machen etwa 9 Prozent aller Berufskrankheiten aus.



Besonders gefährdete Berufsgruppen sind beispielsweise Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe, Bergleute, Baustoffhersteller, Keramiker, Chemiarbeiter, Drucker, Metallherzeuger, Schlosser, Mechaniker, Elektriker, Textil- und Bekleidungsberufe, Polsterer, Tischler, Maler oder Lackierer.

Verfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit

Die zuständige Berufsgenossenschaft (BG) muss informiert werden, sofern der Verdacht besteht, dass eine Krebserkrankung beruflich bedingt ist. Die Meldung kann durch den behandelnden Arzt, den Arbeitgeber oder auch durch die erkrankte Person selbst erfolgen. Daraufhin wird ein Anerkennungsverfahren in Gang gesetzt, bei dem zunächst alle relevanten Belastungen während der versicherten Tätigkeit im gesamten Erwerbsleben unter Beteiligung des Antragsstellers, Betriebsarztes und

Sicherheitsbeauftragten ermittelt werden. Die Berufsgenossenschaft gibt daraufhin ein medizinisches Gutachten in Auftrag. Aufgrund des Gutachtens entscheidet die BG dann über die Anerkennung. Im Fall einer Ablehnung kann der Antragssteller Widerspruch einlegen und ggf. vor dem Sozialgericht klagen.

Versicherungsleistungen

Wurde die Krebserkrankung als Berufskrankheit anerkannt, übernimmt die Berufsgenossenschaft die Kosten für die medizinische Betreuung, Medikamente und Heilmittel, Rehabilitation sowie Pflegeleistungen bis hin zu Rentenzahlungen.

Bitte klären Sie die genauen Bestimmungen mit Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft.

Krebsberatungsdienste und Hilfsorganisationen

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Telefon: 030 3229329-0
Fax: 030 3229329-66
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e. V.

Buschestr. 32
53113 Bonn
Telefon: 0228 72990-0
Fax: 0228 72990-11
deutsche@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

KID - Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Telefon: 0 800 420 30 40 (täglich 8 - 20 Uhr)
krebisinformationsdienst@dkfz.de
www.krebisinformationsdienst.de

Deutsche Fatigue-Gesellschaft (DFaG)

Maria-Hilf-Str. 15
50677 Köln
Telefon: 0221 9311596
Fax: 0221 9311597
info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.

Aachener Str. 5
10713 Berlin
Telefon: 030 8200758-0
Fax: 030 8200758-13
dhpv@hospiz.net
www.hospiz.de

Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Die Adressen von Krebsberatungsstellen in Niedersachsen finden Sie unter:
www.nds-krebsgesellschaft.de

Rehabilitationsträger und Rentenversicherungsträger

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)

Solmsstr. 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon: 069 605018-0
Fax: 069 605018-29
www.bar-frankfurt.de

Bundesagentur für Arbeit

Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg
Telefon: 0911 179-0
Fax: 0911 179-2123
www.arbeitsagentur.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastr. 40
10117 Berlin
Telefon: 030 28876380-0
Fax: 030 28876380-8
www.dguv.de

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstr. 2
10709 Berlin
Telefon: 030 865-0
Kostenloses Servicetelefon: 0800 10 00 48 70
Fax: 030 86527240
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Pieperstr. 14-28
44789 Bochum
Telefon: 0234 304-0
Fax: 0234 304-66050
www.deutsche-rentenversicherung-kbs.de

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Lange Weihe 6
30880 Laatzen
Telefon: 0511 829-0
Fax: 0511 829-2635

Kurt-Schumacher-Str. 20
38102 Braunschweig
Telefon: 0531 7006-0
Fax: 0531 7006-425

Kostenloses Servicetelefon: 0800 10 00 4 80 10
Poststelle@drv-bsh.de-mail.de
www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Huntestr. 11
26135 Oldenburg
Telefon: 0441 927-0
Fax: 0441 927-2563

Schwachhauser Heerstr. 32-34
28209 Bremen
Telefon: 0421 3407-0
Fax: 0421 3407-257

Kostenloses Servicetelefon: 0800 10 00 4 80 28
kontakt@drv-oldenburg-bremen.de-mail.de
www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de

Soziale Informationsdienste

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Rente:

030 221911-001

Unfallversicherung/Ehrenamt:

030 221911-002

Arbeitsmarktpolitik und -förderung:

030 221911-003

Arbeitsrecht:

030 221911-004

Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs:

030 221911-005

Infos für Menschen mit Behinderungen:

030 221911-006

Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa:

030 221911-007

Mitarbeiterkapitalbeteiligung:

030 221911-008

Informationen zum Bildungspaket:

030 221911-009

info@bmas.bund.de

www.bmas.de

Gehörlosen- / Hörgeschädigten-Service

info.gehoerlos@bmas.bund.de

Schreibtelefon: 030 221911-016

Fax: 030 221911-017

Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Krankenversicherung: 01805 9966-01

Pflegeversicherung: 01805 9966-02

Service für Gehörlose/Hörgeschädigte

Schreibtelefon: 01805 9966-07

Deaf-Fax: 01805 9966-08

info@bmg.bund.de oder

info.gehoerlos@bmg.bund.de

Patientenbeauftragter Bund

Friedrichstr. 108

10117 Berlin

Patientenrechte: 030 18441-3424

Pflege: 030 18441-3425

Fax: 030 18441-3422

Internet: www.patientenbeauftragter.de

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

Tempelhofer Weg 62

12347 Berlin

Telefon: 030 20253177

Fax: 0800 33221224

Bundesweites Beratungstelefon:

0800 0117722

www.patientenberatung.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Telefon: 0800 2550444

Fax: 030 20458931

www.pkv-ombudsmann.de

Betapharm Arzneimittel GMBH (Hrsg.),
betaListe – Lexikon für Sozialfragen,
8. Ausgabe 2008, Augsburg

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT
(BMG)

Wir stärken die Pflege: Die Pflegestärkungsgesetze – Alle Leistungen zum Nachschlagen,
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen,
11/2016, Berlin

CARITASVERBAND HANNOVER E.V. (Hrsg.),
Krebswegweiser – Für Stadt und Region
Hannover, 2012, Hannover

DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND
Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 – Informationen zum Zweiten
Pflegestärkungsgesetz (PSG II) für Pflegebedürftige und deren Angehörige, Referat
Altenhilfe und Pflege, 11/2016

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
(DGUV) (Hrsg.), Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in Deutschland. Beruflich verursachte Krebserkrankungen – Eine Darstellung der im Zeitraum 1978 bis 2010 anerkannten Berufskrankheiten, 10. überarbeitete und ergänzte Auflage 2012, Berlin

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT E. V. (hrsg.),
Leben mit der Diagnose Krebs – Ein Ratgeber für Patientinnen, Patienten und Angehörige, 5. überarbeitete Auflage 2007,
Frankfurt am Main

Deutsche Krebshilfe E. V. (Hrsg.), Wegweiser
zu Sozialleistungen – Antworten. Hilfen.
Perspektiven, 2012, Bonn

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.),
Das neue Rentenpaket: Fragen und Antworten,
1. Auflage 2014

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.), Die
richtige Altersrente für Sie, 10. Auflage 7/2015

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.),
Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen
hilft, 10. Auflage 8/2015

ROCHE PHARMA AG (Hrsg.), Hilfen für
Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten
Krankenversicherung, Grenzach-Wyhlen

ROCHE PHARMA AG (Hrsg.), Hilfen für
Krebspatienten bei der Rückkehr an den
Arbeitsplatz, 3. Auflage 2014

ROCHE PHARMA AG (Hrsg.), Hilfen für
Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang
mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen
und Behörden, 6. Auflage 2014

ROCHE PHARMA AG (Hrsg.), Selbstständig
und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit
Krankenversicherungen und Behörden,
4. Auflage, Grenzach-Wyhlen

Verbraucherzentrale NRW (Hrsg.), Ihr Recht
auf Reha – Alles über Antragsstellung,
Leistungen und Zahlungen, 1. Auflage 2014,
Düsseldorf

Internetquellen

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

„Krankheit und Pflege“

<http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/BuergerinnenUndBuerger/Arbeitslosigkeit/Arbeitslosengeld/KrankheitPflege/index.htm>

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS)

„Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)“

http://www.budget.bmas.de/DE/StdS/Ausb_Arbeit/ArbPl_sichern/Wiedereingliedern/wiedereingliedern_inhalt.html?nn=277242

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)

„Betreuungs- und Entlastungsleistungen“

<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/betreuungs-und-entlastungsleistungen.html>

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)

„Pflegeleistungen nach Einführung des Pflegestärkungsgesetz 1“

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Pflegeleistungen_BRat_071114.pdf

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)

„Pflegestufen“

<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html>

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)

„Teilstationäre Versorgung – Tages- und Nachtpflege“

http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/tu/tages-und-nachtpflege.html

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)

„Verhinderungspflege/Urlaubsvertretung“

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/urlaubsvertretung-verhinderungspflege.html>

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.)

„Berufskrankheiten – Fragen und Antworten“

URL: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/berufskrankheiten-fragen-undantworten.pdf>

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.

„Rehabilitation – Der Weg zurück in den Alltag“

<http://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine-informationen/rehabilitation-der-weg-zurueck-.html>

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

„Hinzuverdienstgrenzen. Rente und Verdienst – wie das zusammenpasst“

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/01_Rente/04_in_der_rente/02_hinzuverdienstgrenzen/00_hinzuverdienstgrenzen_node.html

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

„Mehr Hinzuverdienst möglich – Rententipp zu Neuerungen im Jahr 2013“

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/rententipp/mehr_hzv_moeglich.html

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG

„Nahtlosigkeitsregelung“

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/08_sozmed_glossar/Functions/Glossar.html?cms_lv2=238976&cms_lv3=216520

Lexikonbeitrag aus SGB Office Professional
„Nahtlosigkeitsregelung“

http://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/nahtlosigkeitsregelung_idesk_PI434_HI1481825.html

VERBRAUCHERZENTRALE NRW

„Die Pflegeversicherung: Alle Leistungen im Überblick – Die Leistungen für Pflegebedürftige“

<http://www.vz-nrw.de/Die-Pflegeversicherung-Alle-Leistungen-im-Ueberblick>

VERBRAUCHERZENTRALE

„Pflege: Das ändert sich zum 01. Januar 2017“

URL: <https://www.verbraucherzentrale.de/pflege-2017>

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft

Der Verein wurde 1950 von niedersächsischen Landespolitikern, Ärzten, Vertretern von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern gegründet. Rund 300 Mitglieder sind heute Träger der Niedersächsischen Krebsgesellschaft, darunter Einzelpersonen, Kommunen und Institutionen wie die Ärztekammer und die Kasernenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Die Niedersächsische Krebsgesellschaft ist Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., der größten wissenschaftlich-onkologischen Fachgesellschaft in Deutschland, die ihren Sitz in Berlin hat.

Die Ziele und Aufgaben der Niedersächsischen Krebsgesellschaft:

- Förderung der Krebsfrüherkennung
- Informationen über Präventionsmöglichkeiten
- Hilfestellung, Beratung und Unterstützung von Krebskranken und ihren Angehörigen
- Unterstützung von Krebselbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen in Niedersachsen
- Förderung von niedersächsischen Forschungsvorhaben

In Niedersachsen erkranken jährlich rund 49.000 Menschen neu an Krebs.

(Quelle: Registerstelle des EKN (Hrsg.), Mai 2016)

Was **NOT**wendig ist ...

*informieren
beraten
forschen
fördern*

*Aktiv gegen Krebs
– seit über 60 Jahren*

Helfen Sie mit!

SPENDENKONTO

Norddeutsche Landesbank Hannover

IBAN DE34 2505 0000 0101 0274 07

BIC NOLADE2HXXX

**NIEDERSÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.**

Königstraße 27
30175 Hannover
Tel. 0511 3885262



www.nds-krebsgesellschaft.de

*Wir sind da – für Menschen
in Niedersachsen*

Niedersächsische Krebsgesellschaft e. V.

Königstraße 27

30175 Hannover

Telefon: 0511 3885262

Telefax: 0511 3885343

service@nds-krebsgesellschaft.de

www.nds-krebsgesellschaft.de

Spendenkonto:

Norddeutsche Landesbank Hannover

IBAN DE34 2505 0000 0101 0274 07

BIC NOLADE2HXXX

