Wegweiser zu Sozial-leistungen

Die blauen Ratgeber 40

Herausgeber:
Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstraße 32
53113 Bonn

Fachliche Beratung:
Redaktionsbüro Gesundheit
Eine Service-Einrichtung des Bundesministeriums für Gesundheit
Burgstraße 27
10178 Berlin

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg

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

Text und Redaktion:
Isabell-Annett Beckmann, Deutsche Krebshilfe
Nadine Luckas, Deutsche Krebshilfe

Stand 7/2007
ISSN 0946-4816
Art.-Nr. 040

Wegweiser zu Sozial-leistungen

Informationen und Hinweise

Inhalt

Vorwort 5

Anspruch auf Sozialleistungen 7

Zuzahlungen 9
Praxisgebühr 9
Arznei- und Verbandmittel 10
Heilmittel 12
Hilfsmittel 12
Fahrtkosten 14
Pflegekosten 15
Krankenhauspflege *(Stationäre Versorgung)* 15
Häusliche Krankenpflege 15
Haushaltshilfe 17
Lindernde Pflege Schwerstkranker *(Palliativtherapie)* 18
Zuzahlungen auf einen Blick 20

Belastungsgrenzen 22

Soziale Pflegeversicherung 27
Pflegebedürftigkeit 27
Leistungen für häusliche Pflege 30
Leistungen für stationäre Pflege 31

Rehabilitation 33
Medizinische Rehabilitation 33
Anschlussheilbehandlung (AHB)/ Anschlussrehabilitation (AR) 34
Onkologische Rehabilitation *(Nach- oder Festigungskur)* 35
Rehabilitationssport und Funktionstraining 38

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(Berufliche Rehabilitation) 40

Schwerbehindertenausweis 42

Wirtschaftliche Sicherung 44
Krankengeld 44
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 47
Erwerbsminderungsrente 48

Hinweise für Patienten im Beamtenverhältnis 50

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe 52

Hier erhalten Sie Informationen und Rat 53
Informationen im Internet 57

Noch Fragen? 61

Literatur/Quellen 67

Informieren Sie sich 69
Informationen für Betroffene und Angehörige 69

Fragebogen 71

Eine Bitte in eigener Sache:
Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre eine Hilfe für den Umgang mit Ihrer neuen Lebenssituation geben konnten. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns hierzu eine Rückmeldung geben würden. Am Ende dieses Ratgebers finden Sie einen Fragebogen, mit dem wir von Ihnen erfahren möchten, ob die Broschüre die von Ihnen benötigten Informationen tatsächlich vermitteln konnte. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns diesen Fragebogen gelegentlich zuschicken würden.
Vielen Dank.

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

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

Keine falsche Scham bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte

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

Überwinden Sie diese Gefühle! Konzentrieren Sie Ihren Willen und Ihre Kräfte darauf, gesund zu werden und ma-

chen Sie sich vor allem eines klar: Es geht bei diesen Hilfsmaßnahmen nicht um Almosen, sondern um Leistungen, auf die Sie einen Anspruch haben. Leistungen, die Ihnen helfen werden, so schnell wie möglich Ihr gewohntes Leben wieder aufzunehmen.

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

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

Alle sozialrechtlichen Angebote sollen Sie dabei unterstützen, so gut wie möglich in Ihren Alltag zurückzukehren. Diese Broschüre gibt Ihnen einen ersten Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten. Wir hoffen, dass wir Sie mit diesem Ratgeber dabei unterstützen können, das Leben mit Ihrer Erkrankung zu bewältigen und wünschen Ihnen alles Gute. Darüber hinaus stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Krebshilfe für weiter gehende Fragen gern zur Verfügung. Rufen Sie uns an!

Ihre
Deutsche Krebshilfe

Anspruch auf Sozialleistungen

Sozialleistungen ist der Oberbegriff für alle Geld- und Sachleistungen, die Menschen überwiegend vom Staat erhalten: zum Beispiel Krankengeld, Sozialhilfe, Rente oder Kuren. Sie sorgen dafür, dass Menschen trotz Krankheit oder Arbeitslosigkeit ein Mindestmaß an wirtschaftlicher Lebensgrundlage haben. Sozialleistungen werden überwiegend dadurch finanziert, dass Versicherte und Arbeitgeber Beiträge in die jeweiligen Versicherungen einzahlen.

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

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

- Ihre Krankenkasse
- den Rentenversicherungsträger
- das Sozialamt
- das Versorgungsamt oder
- die Arbeitsagentur

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

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

Zuzahlungen

Alle medizinischen Leistungen, die für die Behandlung Ihrer Krankheit erforderlich sind, werden von den Kostenträgern, also in der Regel den Krankenkassen, bezahlt. Sie müssen jedoch einen bestimmten Betrag selbst übernehmen.

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

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

Es gibt eine Höchstgrenze

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

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

Praxisgebühr

Lassen Sie sich überweisen

Jedes Mal, wenn Sie in einem Quartal zum ersten Mal zum Arzt gehen, müssen Sie eine Praxisgebühr bezahlen. Sie beträgt 10,– Euro. Jede weitere Behandlung bei diesem Arzt im gleichen Vierteljahr ist kostenfrei. Wenn Sie zu einem anderen Arzt gehen (zum Beispiel zu einem Facharzt), benötigen Sie von Ihrem „Erstarzt“ eine Über-

weisung. Dann brauchen Sie bei dem zweiten Arzt keine Praxisgebühr zu entrichten. Fehlt diese Überweisung, müssen Sie erneut 10,– Euro Praxisgebühr bezahlen.

Wer also immer erst zum (Haus-)Arzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von 10,– Euro nur einmal im Quartal zahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind.

Die Praxisgebühr entfällt bei Vorsorgeuntersuchungen (zum Beispiel zur Krebs-Früherkennung), bei Schutzimpfungen und bei der Schwangerenvorsorge. Auch der halbjährliche Kontrollbesuch beim Zahnarzt ist gebührenfrei.

Patientenquittung

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Keine Zuzahlung bei preisgünstigen Medikamenten

Für besonders preisgünstige Medikamente brauchen Sie seit dem 1. Juli 2006 keine Zuzahlungen mehr zu leisten: Wenn mehrere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff auf dem Markt sind, dürfen die Krankenkassen dafür so genannte Festbeträge festlegen, die sie voll erstatten. Die Zuzahlung entfällt dann, wenn der Preis 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt. Fragen Sie Ihren Arzt, welche zuzahlungsfreien Medikamente für Sie in Frage kommen.

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden nicht von der Krankenkasse bezahlt

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

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

Sonderregelung bei Therapiestandard

Auch für schwere Erkrankungen wie Krebs gibt es bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine Sonderregelung: Wenn sie als so genannter Therapiestandard gelten, werden sie von der Krankenkasse bezahlt. Die Liste der Medikamente, die dazu gehören, wird fortlaufend ergänzt. Fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Apotheker. Sie können sich die Liste der verordnungsfähigen

Internetadresse

rezeptfreien Arzneimittel (OTC-Ausnahmeliste) auch im Internet unter www.die-gesundheitsreform.de bei „Häufig nachgefragt“ ansehen.

Heilmittel

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

Alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen zehn Prozent der Kosten für jede Anwendung selbst tragen. Dazu kommen 10,– Euro je Verordnung, die Sie in der Arztpraxis bezahlen müssen. Diese Zuzahlungsregelung gilt auch für Massagen, Bäder und Krankengymnastik, die in ärztlichen Praxen durchgeführt werden.

Hilfsmittel

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

Für Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent des Abgabepreises zu, mindestens jedoch 5,– Euro und höchstens 10,– Euro. Bei Hilfsmitteln, die verbraucht werden – etwa Einlagen oder Windeln bei Inkontinenz – müssen Sie zehn Prozent des Packungspreises selbst bezahlen, aber nicht

mehr als 10,– Euro pro Monat. Auch für diese Zuzahlungen gilt die jährliche Belastungsgrenze. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab Seite 22 dieser Broschüre.

Bei bestehenden Festbeträgen zahlt die Krankenkasse nur diese

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

Mit der Mehrwertsteuererhöhung am 1. Januar 2007 traten neue Festbeträge für Hilfsmittel in Kraft. Hilfsmittel mit Festbetrag sind zum Beispiel: Stomaartikel, Inkontinenzhilfen und Hilfen zur Kompressionstherapie.

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

Private Krankenversicherung

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

Privat Versicherte können allerdings mit ihrer Krankenversicherung einen so genannten Selbstbehalt vereinbaren. Das bedeutet: Pro Jahr bezahlen sie die Kosten für medizinische Behandlung, Arzneimittel und so weiter bis zu einer bestimmten Summe selbst. Alles, was darüber hinausgeht, übernimmt die Krankenversicherung.

Fahrtkosten

Ambulante Behandlung

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

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

Stationäre Behandlung

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

Verlegung

Die Krankenkassen übernehmen die gesamten Fahrtkosten, wenn ein Patient aus medizinischen Gründen von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt werden muss.

Private Krankenversicherung

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

Pflegekosten

Krankenhauspflege *(Stationäre Versorgung)*

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

Private Krankenversicherung

Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Häusliche Krankenpflege

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

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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

Zur häuslichen Krankenpflege gehören die so genannte Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung), die Grundpflege (zum Beispiel Körperpflege) und die hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Essen zubereiten). Die Krankenkasse übernimmt allerdings keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung mehr, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetztes sind. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Soziale Pflegeversicherung" ab Seite 27 dieser Broschüre.

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

Auch an den Kosten für die häusliche Krankenpflege müssen Sie sich beteiligen, und zwar mit 10,– Euro pro Verordnung plus zehn Prozent je einzelner Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Haben Sie schon Zuzahlungen für Tage im Krankenhaus geleistet, werden diese angerechnet.

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

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

Private Krankenversicherung

Haushaltshilfe

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

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

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

Pflegekraft oder Kostenübernahme

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

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

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

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen zahlen grundsätzlich keine Haushaltshilfe.

Lindernde Pflege Schwerstkranker *(Palliativtherapie)*

Insbesondere wenn die Heilung eines Krebskranken oder eine wirksame Tumorbehandlung nicht mehr möglich ist, weil die Erkrankung schon zu weit fortgeschritten ist, kommt der lindernden Behandlung *(Palliativtherapie)* besondere Bedeutung zu. Dazu gehört auch die Psycho-Onkologie.

Ziel der palliativen Therapie ist es, unheilbar Kranke ganzheitlich so zu behandeln, dass sie die verbleibende Lebensspanne als lebenswert empfinden.

Bei der palliativen Behandlung eines Tumorpatienten stehen im Vordergrund: die Besserung der Lebensqualität, die Behandlung lokaler Komplikationen durch den wachsenden Tumor, die Schmerztherapie sowie eine auf den einzelnen Patienten und die jeweilige Situation ausgerichtete psycho-soziale Beratung oder Betreuung etwa im Rahmen von Selbsthilfegruppen oder speziellen psychosozialen Einrichtungen.

Ausführliche Informationen zur Palliativmedizin enthält die Broschüre „Palliativmedizin – Die blauen Ratgeber 57" (Bestelladresse Seite 54).

Gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzlich Krankenversicherte haben seit dem 1. April 2007 einen Anspruch auf ambulante Palliativversorgung. Reicht die ambulante ärztliche Versorgung nicht aus, werden so genannte *Palliative Care Teams* tätig. Sie bestehen aus Ärzten und Pflegern und stehen dem Kranken und seiner Familie bei Bedarf rund um die Uhr zur Seite.

Die Palliativversorgung muss von einem Krankenhausarzt verordnet werden.

Hospizaufenthalt

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen übernehmen zumindest anteilig auch die Kosten für einen Aufenthalt in einem Hospiz. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Private Krankenversicherung

Private Krankenversicherungen haben Palliativ- oder Hospizleistungen meist nicht vorgesehen. Dennoch zahlen private Krankenversicherer oft freiwillige Zuschüsse zu einem Hospizaufenthalt. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer privaten Krankenversicherung.

Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	Zuzahlungshöhe	Befreiungsmöglichkeiten
Arztbesuch	10,– € Praxisgebühr (*)	
Arzneimittel und Verbandmittel (nur verschreibungspflichtige)	10 % des Preises, mindestens 5,– €, höchstens 10,– €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	• nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres (2 % des Familien-Bruttoeinkommens; 1 % für chronisch Kranke) • Kinder unter 18 Jahren
Heilmittel (zum Beispiel Massagen, Krankengymnastik) auch bei Abgabe in der Arztpraxis	10 % der Kosten plus 10,– € je Verordnung	
Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie)	10 % des Preises, mindestens 5,– €, höchstens 10,– €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	
Fahrkosten (von der Krankenkasse genehmigt) • zu und von stationären Behandlungen • zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen (zum Beispiel Chemo- oder Strahlentherapie) • bei Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen		
Krankenhausbehandlung	10,– € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Häusliche Krankenpflege	10 % je einzelner Leistung plus 10,– € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	10,– € pro Kalendertag für unbegrenzte Dauer	
Anschlussrehabilitation (AR)/ Anschlussheilbehandlung (AHB)	10,– € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag mindestens 5,– €, höchstens 10,– €	

(*)
Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

Belastungsgrenzen

Zuzahlungen der Versicherten sind notwendig, damit die Krankenversicherung bezahlbar bleibt. Aber niemand soll dadurch finanziell überfordert werden. Deshalb gibt es Belastungsgrenzen: Werden sie überschritten, brauchen Sie für den Rest des Kalenderjahres keine weiteren Zuzahlungen mehr zu leisten.

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

Sie müssen höchstens zwei Prozent des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens an Zuzahlungen aufwenden.

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

Definition „schwer chronisch krank"

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

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

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

Voraussichtlich ab 1.1. 2008: verpflichtende Beratung

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

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen die gestzlich empfohlenen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen. Sie brauchen dafür auch keine Praxisgebühr zu bezahlen.

Einen Überblick über diese Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen finden Sie auf der Internetseite des Redaktionsbüros Gesundheit, einer Service-Einrichtung des Bundesministeriums für Gesundheit: www.die-gesundheitsreform.de unter „Vorsorgeuntersuchungen".

Präventionspass

Ihre Krankenkasse ist ab dem 1. Januar 2008 verpflichtet, Sie zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu informieren. Außerdem erhalten Sie einen Präventionspass, in dem alle Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, an denen Sie teilgenommen haben, notiert werden.

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

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

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

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

Freibeträge 2007

● für jeden Erwachsenen (z.B. für Sie selbst und Ihren Ehepartner)	4.410,– €
● für jedes Kind	3.648,– €

Diese Freibeträge werden vom Familien-Bruttoeinkommen abgezogen. So ist der zumutbare Eigenanteil je nach Familiengröße unterschiedlich.

Beispiel: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze:

verheirateter Alleinverdiener mit drei Kindern
Bruttoeinkommen 25.000,00 Euro

Bruttoeinkommen	25.000,00 €
Freibetrag Ehefrau	- 4.410,00 €
Kinderfreibetrag (3 x 3.648,00 €)	- 10.944,00 €
Rechenbasis Bruttoeinkommen	9.646,00 €
davon 2 %	192,92 €

Die Familie muss also höchstens 192,92 Euro an Zuzahlungen leisten.

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

Sammeln Sie alle Zuzahlungsbelege während eines Kalenderjahres. In Apotheken gibt es auch Hefte, in denen die Zuzahlungen quittiert werden können.

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

Bonusprogramme

Abschließend noch ein Hinweis: Die meisten gesetzlichen Krankenkassen bieten Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Zum Beispiel für die

regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen (Einen Überblick über diese Untersuchungen finden Sie auf der Internetseite **www.die-gesundheitsreform.de** unter „Vorsorgeuntersuchungen"). Versicherten können zum Beispiel Zuzahlungen ermäßigt oder die Praxisgebühr erstattet bekommen. Außerdem können Sie manchmal zwischen verschiedenen Beitragstarifen wählen. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, was Sie Ihnen anbieten kann.

Internetadresse

Soziale Pflegeversicherung

Kranke oder behinderte Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen können und deshalb im Alltag dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind, erhalten Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung, zum Beispiel: Pflegesachleistungen bei der häuslichen Pflege, Pflegegeld oder Beiträge zu den pflegerischen Aufwendungen bei stationärer Pflege. Diese Leistungen erbringen die so genannten Pflegekassen. Dies sind selbstständige Einrichtungen der Krankenkasse, bei der ein Versicherter pflichtversichert ist. Er finanziert die Pflegekasse mit seinem Beitrag – genau wie er die Kranken- oder Rentenversicherung über seinen Lohn, sein Gehalt oder seine Rente finanziert.

Private Krankenversicherung

Privatversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Beitrag richtet sich nach dem Alter und dem Gesundheitszustand beim Abschluss der Versicherung. Wenn der Versicherte bereits fünf Jahre lang pflegeversichert ist, darf der Beitrag nicht höher sein als der höchste Beitrag der sozialen Pflegeversicherung. Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Pflegebedürftigkeit

Der Gesetzgeber beschreibt, wer pflegebedürftig ist:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens

auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen."

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

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

Internetadresse

Private Krankenversicherung

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

Internetadresse

Tätigkeiten, die beurteilt werden:

- **Körperpflege:** Waschen, Duschen, Baden, Zahn- und Mundpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung
- **Ernährung:** das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung
- **Mobilität:** selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

- **hauswirtschaftliche Versorgung:** Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Heizen

Es gibt drei Stufen der Pflegebedürftigkeit:

- **Pflegestufe I – erheblich pflegebedürftig**
  mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei 2 oder mehr Verrichtungen aus den oben genannten Bereichen, im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten pflegerische Hilfe
- **Pflegestufe II – schwer pflegebedürftig**
  mindestens dreimal täglich Hilfebedarf bei 3 Verrichtungen zu verschiedenen Tageszeiten, im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden, davon mindestens zwei Stunden pflegerische Hilfe
- **Pflegestufe III – schwerst pflegebedürftig**
  Hilfebedarf rund um die Uhr auch nachts, im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden, davon mindestens vier Stunden pflegerische Hilfe
- **Härtefall**
  Die Pflegekassen können in besonderen Einzelfällen Pflegebedürftige der Stufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt

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

Antrag auf Pflegeleistungen

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

Leistungen für häusliche Pflege

Sachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem

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

Leistungen für häusliche Pflege

Sachleistung (ambulante Pflegedienste):

- Pflegestufe I bis zu 384,– € pro Monat
- Pflegestufe II bis zu 921,– € pro Monat
- Pflegestufe III bis zu 1.432,– € pro Monat
- Härtefälle bis zu 1.918,– € pro Monat

Geldleistung (private Pflegeperson):

- Pflegestufe I bis zu 205,– € pro Monat
- Pflegestufe II bis zu 410,– € pro Monat
- Pflegestufe III bis zu 665,– € pro Monat

Pflegevertretung

Unter Umständen zahlt die Pflegekasse für die private Pflegeperson die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung; zusätzlich ist sie während ihres Pflegeeinsatzes unfallversichert. Ist die Pflegeperson zum Beispiel krank oder hat Urlaub und kann deshalb die Pflege nicht übernehmen, zahlt die Pflegekasse eine Vertretung: bis zu vier Wochen im Jahr im Gesamtwert von bis zu 1.432,– Euro. Das ist besonders wichtig, wenn Sie Ihren Angehörigen selbst pflegen. Für weitere Informationen wenden Sie sich an Ihre Kranken- beziehungsweise Pflegekasse.

Leistungen für stationäre Pflege

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

Leistungen für stationäre Pflege

● Pflegestufe I	bis zu	1.023,– € pro Monat
● Pflegestufe II	bis zu	1.279,– € pro Monat
● Pflegestufe III	bis zu	1.432,– € pro Monat
● Härtefälle	bis zu	1.688,– € pro Monat

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

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

Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation

Rehabilitation soll dazu beitragen, dass ein Kranker so weit wie möglich wieder in den Alltag zurückkehren kann. Es geht darum, die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung zu lindern beziehungsweise zu beseitigen, einer Verschlimmerung vorzubeugen oder auch mit den Folgen einer chronischen Erkrankung leben zu lernen.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt insbesondere der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Die Rehabilitation gehört ebenso zur Behandlung einer Krankheit wie die Therapie durch den niedergelassenen Arzt und die Behandlung im Krankenhaus.

Seit dem 1. April 2007 müssen die gesetzlichen Krankenkassen die medizinische Rehabilitation bezahlen. Versicherte haben einen Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Reha-Maßnahmen. Es gilt der Grundsatz: „Rehabilitation vor Pflege“.

Ambulant oder stationär

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

Anschlussheilbehandlung (AHB)/ Anschlussrehabilitation (AR)

Rehabilitationskur

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

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

Schließt sich an den Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung an, leitet Ihr niedergelassener Radiologe die Anschlussheilbehandlung ein. Dann muss die AHB spätestens 14 Tagen nach dem letzten Bestrahlungstermin beginnen.

Für eine staionäre AHB müssen Sie gesundheitlich so weit wiederhergestellt sein, dass Sie sich selbst waschen und auf der Stationsebene herumlaufen können. Außerdem sollten Sie so weit wiederhergestellt sein, dass Sie mit einem öffentlichen Verkehrsmittel zur Reha-Klinik fahren können. Der Aufenthalt dauert meistens drei Wochen, kann aus medizinischen Gründen aber verlängert werden. Neben der stationären AHB werden auch ganztägig ambulante Leistungen angeboten.

Was Sie für eine AHB zuzahlen müssen, hängt vom Kostenträger der Maßnahme ab. Eine Übersicht finden Sie auf den Seiten 36 und 37.

Onkologische Rehabilitation *(Nach- oder Festigungskur)*

Allgemeinbefinden verbessern

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

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

Wiederholte Nachkuren in vier Jahren möglich

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

Kuren selbst beantragen

Die onkologischen Nachsorgeleistungen kann der Arzt oder der Betroffene selbst beantragen. Auf jeden Fall müssen Sie den Antrag selbst unterschreiben. Antragsformulare und weitere Auskünfte erhalten Sie bei den Gemeinsamen Service-Stellen für Rehabilitation, die alle Reha-Träger gemeinsam unterhalten, bei den wohnortnahen Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, den Krankenkassen sowie den örtlichen Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Er kann Ihnen die für Sie besten Empfehlungen geben.

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

Zuzahlungen Rentenversicherung

Zuzahlungen, wenn die Rentenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation:

Stationär:	10,– €/Tag der Maßnahme, für maximal 14 Tage
Ambulant/teilstationär:	keine Zuzahlung

Nach- und Festigungskur:

Stationär:	10,– €/Tag der Maßnahme, für maximal 42 Tage
Ambulant/teilstationär:	keine Zuzahlung

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

Zuzahlungen Krankenversicherung

Zuzahlungen, wenn die Krankenversicherung zahlt

Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation:

Stationär:	10,– €/Tag der Maßnahme, für maximal 28 Tage
Ambulant/teilstationär:	10,– €/Behandlungstag, für maximal 28 Tage

Nach- und Festigungskur:

Stationär:	10,– €/Tag der Maßnahme, ohne zeitliche Begrenzung
Ambulant/teilstationär:	10,– €/Behandlungstag, ohne zeitliche Begrenzung

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

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

Auch wenn die Leistung von der Rentenversicherung bezahlt wird, können Sie in bestimmten Fällen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Auskünfte darüber erteilen die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger.

Wirtschaftliche Sicherung

Übergangsgeld

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

Private Krankenversicherung

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

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Lebensqualität und Selbstbewusstsein verbessern

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

Unter ärztlicher Aufsicht

Die Rehabilitations-Sportgruppen treffen sich regelmäßig unter ärztlicher Aufsicht. Erfahrene Übungsleiter führen das Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining durch. Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten für Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu

6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten Die Krankenkassen übernehmen beim Rehabilitationssport in der Regel 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten und das Funktionstraining für 12 Monate. Wichtig ist auch hier, dass Ihr Arzt den Sport verordnet. Wird während einer der zuvor genannten Reha-Leistungen festgestellt, dass medizinischer Rehabilitationssport sinnvoll und notwendig ist, erscheint diese Empfehlung im Abschlussbericht. Stimmt Ihr behandelnder Arzt dem zu, muss der Reha-Sport innerhalb von drei Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

In der Bundesrepublik gibt es derzeit etwa 550 spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge. Die Adresse der Gruppe, die Ihrem Wohnort am nächsten ist, erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse, über die jeweiligen Landessportbünde oder über die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes.

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

Deutscher Behindertensportverband e.V.
Friedrich-Alfred-Str. 10
47055 Duisburg
Telefon: 02 03/7 17 41 70
Telefax: 02 03/7 17 41 78
E-Mail: dbs@dbs-npc.de
Internet: www.dbs-npc.de

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben *(Berufliche Rehabilitation)*

Zurück in den Beruf

Für viele Betroffene ist es wichtig, möglichst bald wieder berufstätig sein zu können. Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sollen den Betroffenen wieder vollständig in Arbeit, Beruf und Gesellschaft eingliedern. Zusammen mit den Rehabilitationsberatern, Psychologen des Arbeitsamtes und/ oder des Rentenversicherungsträgers können Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingeleitet werden. Dabei bedeutet „Teilhabe am Arbeitsleben“ oder „berufliche Rehabilitation“ nicht nur das Erlernen eines neuen Berufes. Auch berufliche Aus- und Weiterbildung können dazu beitragen, den Arbeitsplatz zu sichern. Außerdem können dem Arbeitgeber zusätzliche Kosten erstattet werden, die durch die Beschäftigung eines Krebskranken entstehen können: für technische Arbeitshilfen, für die Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, für Einarbeitungszuschüsse oder interne Eingliederungshilfen. Beratung erhalten Sie bei der Hauptfürsorgestelle, dem Arbeitsamt oder dem Rentenversicherungsträger. Grundsätzlich gilt: „Rehabilitation vor Rente“.

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

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

Schwerbehindertenausweis

Bringt Ihre Krebserkrankung eine langfristige Behinderung mit sich, können Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Ausweis für Schwerbehinderte beantragen. Der Ausweis wird in der Regel für längstens fünf Jahre ausgestellt.

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

GdB = Grad der Behinderung

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

Als Grundlage für die Festsetzung des Grades der Behinderung dienen dem Versorgungsamt die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im

sozialen Entschädigungsrecht und im schwerbehindertenrecht“. Sie können diese im Internet unter **www.bmas.bund.de** kostenlos einsehen und herunterladen. Bitte nutzen Sie die Suchfunktion. Auskünfte geben auch die zuständigen Versorgungs-, Sozial- und Finanzämter.

Internetadresse

Wirtschaftliche Sicherung

Lohn- beziehungsweise Gehaltsfortzahlung

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

Krankengeld

Gesetzliche Krankenversicherung

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

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des zuvor erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts – und zwar bevor die Steuern und die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abgezogen werden. Das bedeutet: Es sind 70 Prozent des Bruttolohns. Das Krankengeld beträgt allerdings höchstens 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Es wird pro Kalendertag für 30 Tage im Monat gezahlt.

Rechenbeispiel zur Berechnung des Krankengeldes: (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)

Monatliches Bruttoentgelt	3.000,– €
3.000,– € : 30 Kalendertage =	100,– €
Davon 70 % =	70,– €
Monatliches Nettoentgelt	1.800,– €
1.800,– € : 30 Kalendertage =	60,– €
Davon 90 % =	54,– €

Folgt: Das Krankengeld beträgt 54,- € täglich

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

Krankengeld kann keine Dauerrente sein

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

Liegt ein ärztliches Gutachten vor, das besagt, dass Sie in ihrer Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert sind, kann Ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer ein Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation gestellt wer-

den muss. Das gilt auch, wenn Sie die Voraussetzung für den Rentenbezug erfüllen. Stellen Sie innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Dadurch wird sichergestellt, dass rechtzeitig Rehabilitationsmaßnahmen beziehungsweise Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

Private Krankenversicherung

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

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

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

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

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

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

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

Erwerbsminderungsrente

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

Volle Erwerbsminderungsrente

Teil-Rente

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

Kein Berufsschutz

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

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

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

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

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

Hinweise für Patienten im Beamtenverhältnis

Auch Beamte erhalten Hilfe

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

Private Krankenversicherung

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

Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung haben versicherte Personen bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass diese unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten. Viele Kurkliniken erfüllen diese Bedingungen. Informieren Sie sich bei der entsprechenden Klinik und holen Sie in jedem Fall vorher die Zusage der Krankenversicherung ein, dass diese die Kosten übernimmt. Seit einigen Jahren erkennen die meisten privaten Krankenversicherer an, dass eine stationäre Heilmaßnahme im Rahmen der Gesamttherapie notwendig ist.

Immer erst Leistungszusage einholen

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Hilfe bei finanziellen Problemen

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

Internetadresse

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

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

Telefon: (Mo bis Do 9 - 16 Uhr, Fr 9 - 15 Uhr)
Härtefonds: 02 28/7 29 90-94
Telefax: 02 28/7 29 90-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de/haertefonds.html

Hier erhalten Sie Informationen und Rat

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

Wichtige Adressen

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

Diese Adressen können Sie bei der Deutschen Krebshilfe bekommen:

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

Allgemeinverständliche Informationen

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

Internetadresse

Krebs zu erkranken, weitgehend vermeiden lässt. Sie können alle Drucksachen im Internet unter der Adresse www.krebshilfe.de aufrufen und lesen beziehungsweise per E-Mail, Fax oder Post bestellen.

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstraße 32 Postfach 1467
53113 Bonn 53004 Bonn

Telefon: (Mo bis Do 9 - 16 Uhr, Fr 9 - 15 Uhr)
Zentrale: 02 28/7 29 90-0
Härtefonds: 02 28/7 29 90-94
Informationsdienst: 02 28/7 29 90-95 (Mo bis Fr 8 - 17 Uhr)
Telefax: 02 28/7 29 90-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Raucher-Hotline

Krebskranke und deren Angehörige, die mit dem Rauchen aufhören möchten, aber es allein nicht schaffen, können werktags zwischen 14 und 18 Uhr die Raucher-Hotline der Deutschen Krebshilfe und des Deutschen Krebsforschungszentrums anrufen. Dort können sie sich zwischen zwei Möglichkeiten der telefonischen Beratung entscheiden. Entweder für ein einmaliges Gespräch: dabei geht es zum Beispiel um die Vorgeschichte des Anrufers *(Anamnese)*, um seine Beweggründe, es können konkrete Maßnahmen zum Rauchstopp geplant und Durchhaltemöglichkeiten besprochen werden. Oder wer möchte, kann Folgeanrufe vereinbaren: Um einen Rückfall zu vermeiden, geht es dabei um Fortschritte, schwierige Situationen sowie Entzugssymptome.

Montag bis Freitag von 14 - 18 Uhr
Telefon: 0 62 21/42 42 24
Internet: www.tabakkontrolle.de

Dr. Mildred Scheel Akademie

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

Internetadresse

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

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

Weitere nützliche Adressen

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Steinlestr. 6
60596 Frankfurt/M.
Telefon: 0 69/63 00 96-0
Telefax: 0 69/63 00 96-66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums
Telefon: 08 00/4 20 30 40 (täglich 8 - 20 Uhr, aus dem deutschen Festnetz kostenlos)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.
Dr. Lida Schneider
Güntherstr. 4a
60528 Frankfurt/M.
Telefon: 0 69/67 72 45 04
Telefax: 0 69/67 72 45 04
E-Mail: hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de
Internet: www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
E-Mail: info@bmg.bund.de
Internet: www.bmg.bund.de
Service-Telefon: (Mo bis Do 8 - 18 Uhr, Fr 8 - 12 Uhr)
0 18 05/99 66-01 Fragen zum Krankenversicherungsschutz für alle
0 18 05/99 66-02 Fragen zur Krankenversicherung
0 18 05/99 66-03 Fragen zur Pflegeversicherung
0 18 05/99 66-09 Fragen zur gesundheitlichen Prävention
0 18 05/99 66-07 Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service Schreibtelefon
(14 ct/Min aus dem deutschen Festnetz)

Deutsche Rentenversicherung
Ruhrstraße 2 · 10709 Berlin
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de
Service-Telefon: 08 00/10 00 48 00
(Mo bis Do 7.30 - 19.30 Uhr, Fr 7.30 - 15.30 Uhr, aus dem deutschen Festnetz kostenlos)

BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
Erzbergerstraße 119
76133 Karlsruhe
Telefon: 07 21/81 07-901 und -902
Telefax: 07 21/81 07-903
E-Mail: bih@integrationsaemter.de
Internet: www.integrationsaemter.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)
Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
Telefon: 0 30/2 58 00-0
Telefax: 0 30/2 58 00-218
E-Mail: info@vzbv.de
Internet: www.vzbv.de
Service-Telefon: (Mo und Mi 10 - 13 Uhr, Do 14 - 18 Uhr, 9 ct/Min aus dem deutschen Festnetz)
0 18 03/770 500-2 Beratung zu Heim- und Pflegedienstverträgen
0 18 03/770 500-3 Beratung zu alternative Wohnformen

Informationen im Internet

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

Qualitätskriterien

1. Es muss eindeutig erkennbar sein, wer der Verfasser der Internetseite ist (mit Namen, Position und verantwortlicher Institution).

2. Wenn Forschungsergebnisse zitiert werden, muss die Quelle der Daten (zum Beispiel eine wissenschaftliche Fachzeitschrift) angegeben sein.
3. Diese Quelle muss sich (am besten über einen Link) ansehen beziehungsweise überprüfen lassen.
4. Es muss eindeutig erkennbar sein, ob – und wenn ja, wer die Internetseite finanziell unterstützt.
5. Es muss eindeutig erkennbar sein, wann die Internetseite aufgebaut und wann sie zuletzt aktualisiert wurde.

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

Über Suchmaschinen innerhalb dieser Websites lassen sich auch Fragen zu Therapiestudien beantworten. Besonders umfangreich, allerdings nur in englischer Sprache vorhanden, ist die Liste der Therapiestudien des Amerikanischen National Cancer Institutes (NCI); sie gibt einen guten Überblick über Substanzen, die in der klinischen Erprobung sind.

Internetadressen

www.cancer.gov/cancerinfo
(Seite des amerikanischen National Cancer Institute, aktuelle Informationen; nur in Englisch)

www.cancer.org
(Adresse der American Cancer Society, aktuelle, umfangreiche Informationen zu einzelnen Krebsarten und ihren Behandlungsmöglichkeiten; nur in Englisch)

www.gesundheit-aktuell.de/krebs-aktuell.html
(Online-Gesundheitsratgeber mit zahlreichen weiterführenden Internetseiten)

www.gesundheitsinformation.de
(Patientenportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

www.inkanet.de
(Informationsnetz für Krebs-Patienten und Angehörige)

www.krebsinfo.de
(Informationen des Tumorzentrums München)

www.krebs-webweiser.de
(Informationen des Tumorzentrums Freiburg)

www.meb.uni-bonn.de/cancernet/deutsch
(Informationen des US-amerikanischen Cancernet in Deutsch)

www.studien.de
(Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft)

www.agbkt.de
(Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapien)

www.unabhaengige-patientenberatung.de
(umfangreiche Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen, Beratung in gesundheitlichen Fragen und Auskünfte zur Gesundheitsversorgung)

www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de
(umfangreiche Hinweise auf Kliniken und Patientenorganisationen, Linktipps und Buchempfehlungen; spezielle Informationen zu Psychoonkologie und dem Fatigue-Syndrom)

www.bmg.bund.de
www.die-gesundheitsreform.de
(Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit mit Informationen zu den Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenkassen sowie zu Pflegebedürftigkeit und Pflege)

www.medinfo.de
(größter Webkatalog im deutschsprachigen Raum für Medizin und Gesundheit; bietet systematisch geordnete und redaktionell zusammengestellte Links zu ausgewählten Internetquellen)

www.kbv.de/arztsuche/178.html
(Datenbank der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur Suche nach spezialisierten Ärzten und Psychologen)

www.arztauskunft.de
(Klinik-Datenbank mit rund 24.000 Adressen von mehr als 1.000 Diagnose- und Therapieschwerpunkten)

www.vereinlebenswert.de
www.psychoonkologie.org
www.dapo-ev.de
(drei Seiten mit Informationen über psycho-soziale Beratung)

www.medizinrechts-beratungsnetz.de
(Stiftung Gesundheit in Kiel; sie bietet bundesweit kostenfreie Erstberatungen bei Konflikten zwischen Patienten und Ärzten sowie bei Problemen mit Ihrer Kranken-, Renten- oder Pflegeversicherung)

Noch Fragen?

Vielleicht haben Sie nach dem Lesen der umfangreichen Informationen noch die eine oder andere Frage. Im Folgenden haben wir in Zusammenarbeit mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs, der wir an dieser Stelle herzlich für ihre Unterstützung danken möchten, versucht, die häufigsten Fragen und die dazugehörigen Antworten zusammenzustellen.

Zuzahlungen

Ich werde vermutlich im Laufe eines Jahres die Belastungsgrenze überschreiten. Worauf muss ich achten?
Sie müssen Zuzahlungen leisten, bis Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Berechnen Sie, welchen Betrag Sie voraussichtlich selbst zahlen müssen (ein Prozent beziehungsweise zwei Prozent des Familien-Bruttoeinkommens abzüglich der Freibeträge [vergleiche Seite 22 ff]). Bei einigen gesetzlichen Krankenkassen und in Apotheken gibt es Faltkarten, in die Zuzahlungen eingetragen werden, die Sie und Ihre Angehörigen bezahlt haben. Sie können aber auch einzelne Quittungen sammeln.

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

Kann ich nur Belege von Zuzahlungen, die mit meiner Krebserkrankung zusammenhängen, geltend machen?
Nein. Lassen Sie sich von jedem selbst gezahlten Betrag eine Quittung geben.

Mein Arzt hat mir ein Medikament verschrieben, dessen Preis unter 5,– Euro liegt. Was bezahle ich?
In diesem Fall zahlen Sie nur den reinen Medikamentenpreis. Handelt es sich um ein Medikament, für das ein Festbetrag festgelegt wurde, und liegt der Preis des Medikaments 30 Prozent unter diesem Festbetrag, müssen Sie keine Zuzahlung leisten.

Pflegehilfen

Ich benötige nach meiner Krankenhausentlassung häusliche Pflege. Was muss ich machen, um sie zu bekommen?
Stellen Sie – rechtzeitig – einen entsprechenden Antrag bei Ihrer Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung.

Ich kann während meines Krankenhausaufenthaltes (während meiner Kur/nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) meinen Haushalt, das heißt vor allem mein Kind/meine Kinder, nicht allein versorgen. Bekomme ich Hilfe?
Ja. Wenn Ihr Kind oder zumindest eines Ihrer Kinder jünger als 12 Jahre ist oder wenn Sie ein behindertes Kind haben, haben Sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Dies gilt allerdings nur, wenn keine der anderen Personen, die in Ihrem Haushalt leben, diese Aufgaben übernehmen kann (zum Beispiel der Ehemann, weil er berufstätig ist). Den Antrag müssen Sie so früh wie möglich bei Ihrer Krankenkasse stellen.

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

Ich bin nach meiner Therapie pflegebedürftig. Wie bekomme ich Hilfe?
Sie können Leistungen der Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, wenn diese Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt hat. Was Sie an Leistungen bekommen, hängt davon ab, wie viel Hilfe Sie benötigen. Anträge stellen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse, die bei Ihrer Krankenkasse eingerichtet wurde oder bei Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung. (siehe auch Seite 27 ff.)

Kuren

Wo muss ich den Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB)/Anschlussrehabilitation (AR) stellen?
Die AHB/AR wird bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse beantragt oder direkt bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt. Die Antragstellung übernimmt der Sozialdienst Ihrer Klinik oder Ihr Arzt.

Wenn ich diesen Antrag stellen muss, bin ich ja noch in der Klinik, habe den Kopf vielleicht auch mit anderen Dingen voll. Kann mir dabei jemand helfen?
Setzen Sie sich mit dem Sozialdienst in Ihrem Krankenhaus in Verbindung, der über alle Einzelheiten informiert ist.

Wie bekomme ich eine Nach- oder Festigungskur?
Die Nach- oder Festigungskur beantragen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse oder direkt bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt.

Schwerbehindertenausweis

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

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

Krankengeld

Ich bin aufgrund meiner Erkrankung seit Wochen krankgeschrieben. Jetzt geht die Zeit der Lohnfortzahlung durch meinen Arbeitgeber zu Ende. Wer kommt nun für meinen Unterhalt auf?
Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent Ihres Bruttogehalts aber maximal 90 Prozent des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld wird für 30 Tage im Kalendermonat pro Kalendertag gezahlt. Ein Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes finden Sie auf Seite 45.

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

Wie komme ich an das Krankengeld?
Wenn Ihr Arbeitgeber die Lohnfortzahlung einstellt, weil die entsprechende Frist abgelaufen ist, wird Ihnen von Ihrer Krankenkasse automatisch ein Antrag auf Krankengeldzahlung zugeschickt. Wenn Sie privat versichert sind, beantragen Sie die Zahlung des Krankentagegeldes bei Ihrer Versicherung.

Berufstätigkeit

Ich bin berufstätig, möchte mein an Krebs erkranktes Kind während der akuten Behandlungsphase aber nicht allein lassen. Wenn ich dafür unbezahlten Urlaub nehmen muss, fehlt das Geld für den Lebensunterhalt. Gibt es eine andere Möglichkeit?
Ja, zumindest für einen gewissen Zeitraum. Die Krankenkasse zahlt Ihnen für die Betreuung des erkrankten Kindes Krankengeld, und zwar bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr. Sind beide Elternteile berufstätig, können maximal 20 Arbeitstage geltend gemacht werden. Um das Krankengeld zu bekommen, benötigen Sie eine ärztliche Bescheinigung.

Ich habe aufgrund meiner Erkrankung Probleme, in meinen alten Beruf zurückzukehren, möchte aber auf jeden Fall wieder arbeiten. Was kann ich tun?
Informieren Sie sich über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Setzen Sie sich mit Ihrem zuständigen Arbeitsamt, Ihrem Rentenversicherungsträger oder der Hauptfürsorgestelle in Verbindung.

Wo finde ich die für mich zuständige Hauptfürsorgestelle?
Eine Liste der Hauptfürsorgestellen finden Sie im Internet unter www.integrationsaemter.de. Die Kontaktdaten der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen finden Sie auf Seite 57 dieser Broschüre. Sie können sich außerdem bei Ihrer Stadtverwaltung erkundigen oder rufen Sie beim Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe an (Telefonnummer siehe Seite 54).

Ich werde aufgrund meiner Erkrankung meinen erlernten Beruf nie wieder ausüben können beziehungsweise überhaupt nicht mehr berufstätig sein können. Wie soll ich meinen Unterhalt nun finanzieren?

Sofern Sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt haben (siehe Seite 48), wird Ihnen eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Diese können sie auch nur vorübergehend beziehen, wenn Sie zum Beispiel nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben später wieder einem Beruf nachgehen können. Anträge für Rentenzahlungen erhalten Sie bei den Versicherungsämtern der Städte oder Gemeinden, aber auch bei den Krankenkassen. Beim Ausfüllen der Anträge ist man Ihnen behilflich.

Härtefonds

Ich bin durch meine Erkrankung in eine finanzielle Notlage geraten: Ich habe krankheitsbedingte Ausgaben, die weder die Krankenkasse noch irgendeine andere Stelle übernimmt, die ich aber auch nicht allein tragen kann. Was soll ich tun?
Stellen Sie einen Antrag an den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der jedes Jahr vielen Betroffenen mit einer einmaligen Zahlung hilft (Adresse siehe Seite 52).

Literatur/Quellen

„Die neue Gesundheitsversicherung – Das bringt die Gesundheitsreform den Versicherten“, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
www.diegesundheitsreform.de/presse/publikationen/pdf/broschuere_gesundheitsreform_2007.pdf

„Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung“, hrsg. von Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
www.bmg.bund.de unter Publikationen/Gesundheit

„Pflegeversicherung“, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2006
www.bmg.bund.de unter Publikationen/Pflege

„Onkologische Rehabilitation“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2006
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren Rehabilitation

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren Rehabilitation

„Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2007
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren Rehabilitation

„Mit Rehabilitation wieder fit für den Job“, hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2006
www.deutsche-rentenversicherung.de unter Formulare und Publikationen/Info-Broschüren/Übersicht Info-Broschüren Rehabilitation

„Soziale Informationen 2007“, hrsg. vom Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V., Bonn 2007
www.frauenselbsthilfe.de/front_single/pdf/FSH-SozInfo_2007.pdf

„Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 1. April 2004“ einzusehen auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) unter:
www.mdk.de/media/pdf/RL_Rehabilitation_2004.pdf

Lexikon auf der Homepage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
www.mdk.de/lexikon.htm

Glossar zur Gesundheitsreform auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit
www.die-gesundheitsreform.de/glossar/index.html

Sozialgesetzbuch (SGB), einzusehen beim Bundesministerium der Justiz unter:
www.gesetze-im-internet.de unter S

Informieren Sie sich

Informationen für Betroffene und Angehörige

„Die blauen Ratgeber“ (ISSN 0946-4816)
001 Krebs – Wer ist gefährdet?
002 Brustkrebs
003 Gebärmutter- und Eierstockkrebs
004 Krebs im Kindesalter
005 Hautkrebs
006 Darmkrebs
007 Magenkrebs
008 Gehirntumoren
009 Schilddrüsenkrebs
010 Lungenkrebs
011 Rachen- und Kehlkopfkrebs
012 Krebs im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
013 Speiseröhrenkrebs
014 Bauchspeicheldrüsenkrebs
015 Krebs der Leber und Gallenwege
016 Hodenkrebs
017 Prostatakrebs
018 Blasenkrebs
019 Nierenkrebs
020 Leukämie bei Erwachsenen
021 Morbus Hodgkin
022 Plasmozytom/Multiples Myelom
042 Hilfen für Angehörige
043 TEAMWORK. Die Patienten-Arzt-Beziehung
046 Ernährung bei Krebs
050 Krebsschmerzen wirksam bekämpfen
051 Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs
053 Strahlentherapie
057 Palliativmedizin
060 Klinische Studien

Wie alle Schriften der Deutschen Krebshilfe wird auch diese Broschüre von Spezialisten auf ihre inhaltliche Richtigkeit überprüft und jährlich aktualisiert. Sie richtet sich in erster Linie an medizinische Laien und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

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

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Deutsche Krebshilfe sieht eine ihrer Hauptaufgaben in der Information und Aufklärung von Krebsbetroffenen und ihren Angehörigen. Nachdem Sie diesen blauen Ratgeber gelesen haben, möchten wir deshalb gern von Ihnen erfahren, ob Ihre Fragen beantwortet werden konnten und ob Sie zusätzliche Wünsche haben.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite und schicken Sie uns das Blatt in einem Umschlag zurück.

Vielen Dank.

Aus statistischen Gründen wüssten wir gern:

Ihr Alter: _____

Ihr Geschlecht: _____

Ihren Beruf: _____

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Antwortkarte

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstraße 32

53113 Bonn

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Welchen Ratgeber haben Sie gelesen? _____

Sind Sie
☐ Betroffener ☐ Angehöriger ☐ Interessierter?

Hat die Broschüre Ihre Fragen beantwortet?
☐ sehr gut ☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ unzureichend

Ist der Text allgemeinverständlich?
☐ sehr gut ☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ unzureichend

Sollte der Ratgeber zusätzliche Informationen enthalten (welche)
_____

Wo und von wem haben Sie diesen Ratgeber erhalten?
☐ Klinik ☐ Arzt ☐ Bücherregal im Wartezimmer
☐ Selbsthilfegruppe ☐ Angehörige/Freunde
☐ Hinweis in der Presse ☐ Internetbestellung

Sonstige: _____

Von wie vielen Personen ist die Broschüre gelesen worden?
☐ 1 ☐ 2 - 4 ☐ mehr als 4

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?
☐ ja ☐ nein

oder haben Sie Wünsche/Anregungen?
_____

040-07/2007

☐ Ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft im Mildred Scheel Kreis, dem Förderverein der Deutschen Krebshilfe.
(Dafür benötigen wir Ihre Anschrift!)

Name: _____

Straße: _____

(PLZ) Ort: _____

Prof. Dr. Dagmar Schipanski
Präsidentin der
Deutschen Krebshilfe

„Liebe Leserin, lieber Leser,

die Deutsche Krebshilfe hat in den vergangenen Jahren mit ihren vielfältigen Aktivitäten Verantwortung in unserer Gesellschaft übernommen, die beispielgebend ist. Sie hat Forschungen über Krankheitsursachen, Therapie und Diagnose tatkräftig unterstützt und damit unser Wissen über diese bedrohliche Krankheit erweitert. Zugleich wurde von der Deutschen Krebshilfe eine offene Diskussion über die Krankheit Krebs und aller damit verbundenen Aspekte in der Öffentlichkeit geführt. Diese Leistungen ließen sich nur dank der Hilfsbereitschaft vieler Hunderttausender Menschen verwirklichen, die mit ihrem ehrenamtlichen Einsatz, ihren Spenden, Aktionserlösen und Mitgliedsbeiträgen unsere Arbeit erst ermöglichen. Als Präsidentin der Deutschen Krebshilfe möchte ich mich aus ganzem Herzen in den Dienst der Bekämpfung dieser – noch – unbesiegten Krankheit stellen. Damit auch künftig beraten, geforscht und aufgeklärt werden kann, brauchen wir weiterhin Sie und Ihre wohlwollende Unterstützung der Deutschen Krebshilfe.

Herzlichen Dank.“

Deutsche Krebshilfe
Helfen. Forschen. Informieren.

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

Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da.

Rufen Sie uns an:
Zentrale: 02 28/72 99 0-0, Mo - Fr 8 - 17 Uhr
Informationsdienst: 02 28/72 99 0-95, Mo - Fr 8 - 17 Uhr
Härtefonds: 02 28/72 99 0-94, Mo - Do 8.30 - 17 Uhr, Fr 8.30 - 16 Uhr

Oder schreiben Sie uns:
Deutsche Krebshilfe, Buschstraße 32, 53113 Bonn
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe

gegründet von Dr. Mildred Scheel

90 90 93
Sparkasse KölnBonn
BLZ 370 501 98

269 100 000
Dresdner Bank Bonn
BLZ 370 800 40

2 009 090 013
Volksbank Bonn Rhein-Sieg eG
BLZ 380 601 86

DEUTSCHE KREBSHILFE

Helfen.
Forschen.
Informieren.

ISSN 0946-4816