

FSH
Bundesverband e.V.



**Frauenselbsthilfe
Krebs**
mutig bunt aktiv



Soziale Informationen

Ein Leitfaden der Frauenselbsthilfe Krebs

Impressum

Herausgeber:

Frauenselbsthilfe Krebs
Bundesverband e. V.

Verantwortlich i.S.d.P.:

Hedy Kerek-Bodden

Redaktion:

Caroline Mohr

Gesamtherstellung:

metropolmedia Häßl OHG

Stand: März 2022

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

die Diagnose Krebs trifft die meisten Menschen völlig unvorbereitet. Unerwartet befinden Sie oder ein naher Angehöriger sich in einer Situation, der Sie hilflos, ja ohnmächtig gegenüberstehen. Viele Fragen und Probleme tauchen auf, die sich nicht mit der bisherigen Alltagserfahrung beantworten und lösen lassen. Sowohl das reine Krankheitsgeschehen als auch die Welt der Medizin und das Versorgungs- und Gesundheitssystem scheinen womöglich zunächst undurchschaubar.

Die Mitglieder der Frauenselbsthilfe Krebs kennen die auftretenden Fragestellungen aus eigenem Erleben. Wir wissen, welche Informationen notwendig, hilfreich und ermutigend sind, denn wir sind alle selbst an Krebs erkrankt und haben unseren eigenen Weg für einen guten Umgang mit unserer Erkrankung gefunden. Dazu hat nicht zuletzt das Wissen über die vielfältigen sozialen Leistungen beigetragen, die unser System für einen an Krebs erkrankten Menschen bereithält.

In diesem Leitfaden haben wir wichtige und hilfreiche Informationen zusammengestellt, die für Menschen mit einer Krebserkrankung von Bedeutung sind und das Leben und den Alltag mit der Erkrankung erleichtern.

Wir hoffen, dass wir Ihnen damit die Unterstützung und Orientierung bieten, die Sie benötigen, um Ihren Weg durch den Dschungel der Verordnungen, Richtlinien und Regelungen des sozialen Systems zu finden.

Mit den besten Wünschen für eine gute Zeit

Ihre



Hedy Kerek-Bodden
Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe Krebs

Über uns – die Frauenselbsthilfe Krebs

Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) ist eine der ältesten und größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. 1976 wurde sie in Mannheim gegründet. Heute ist die FSH in zehn Landesverbänden organisiert mit einem dichten Netz an regionalen Gruppen, in denen mehr als 20.000 Betroffene – die meisten von ihnen mit Brustkrebs oder einer gynäkologischen Krebserkrankung – Rat und Hilfe finden.

Das Leitmotiv unserer Arbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Als Menschen mit einer Krebserkrankung unterstützen wir andere Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Dabei liegt unser Schwerpunkt auf Brustkrebs und gynäkologischen Krebserkrankungen.

Hier finden Sie das



[Leitbild der Frauenselbsthilfe Krebs](#)

Unsere Gruppen/ unser Forum

In unseren Gruppen begleiten wir Betroffene nach dem Schock der Diagnose, während der Therapien und auch danach, wenn es gilt, wieder in den Alltag zurückzukehren. Die Gespräche mit Gleichbetroffenen in den Gruppen ergänzen die Informationen der Ärztin oder des Arztes, machen sie verständlicher und helfen darüber hinaus, Wege zum Umgang mit den Therapien und deren Nebenwirkungen zu finden. Neben dem Erfahrungsaustausch hat in vielen Gruppen die Wissensvermittlung, z.B. durch Vorträge von Experten, einen hohen Stellenwert. Außerdem werden oft gemeinsame Aktivitäten angeboten, wie Gymnastik, Schwimmen, Walken oder kreatives Gestalten, die dazu beitragen sollen, eigene Wege im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgeerscheinungen zu finden. Die Teilnahme an unseren Gruppentreffen steht auch Angehörigen offen. Sie ist unverbindlich und kostenfrei.



[Gruppen in Ihrer Nähe](#)

Eine weitere Möglichkeit, mit anderen Betroffenen oder Angehörigen in Kontakt zu kommen und sich auszutauschen, bietet unser moderiertes Forum im Internet. Dort gelten dieselben Beratungsgrundsätze wie in unseren Gruppen.



Unsere Qualifikation

Damit unsere Laienberatung zeitgemäß, qualifiziert und entsprechend den Erfordernissen unseres Gesundheitssystems ist, durchlaufen die Gruppenleitungsteams und die Forumsmoderatorinnen eine mehrstufige Qualifizierung, die sie auf ihre Aufgaben vorbereitet und bei deren Erfüllung begleitet.

Unsere Finanzierung

Unabhängigkeit und Neutralität sind die besonderen Merkmale der FSH. Daher werden Spenden oder Sponsoring-Angebote von Wirtschaftsunternehmen aus dem Gesundheitsbereich und insbesondere von der Pharmaindustrie nicht angenommen. Wir finanzieren uns im Wesentlichen durch:

- die Förderung der Deutschen Krebshilfe
- die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen
- die Unterstützung der öffentlichen Hand (Kommunen)
- in geringfügigem Maße Spenden

Scheuen Sie sich nicht,

eine unserer Gruppen aufzusuchen. Sie werden dort Menschen begegnen, die trotz ihrer Erkrankung nach vorne schauen und sich ihre Lebensqualität erhalten möchten. Finden Sie heraus, wie gut es tut, wenn jemand sagt:

„Deine Gedanken und Sorgen hatte oder habe ich auch. Lass uns lernen, damit umzugehen.“

Inhaltsverzeichnis

I. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises	11
1. Rechtsgrundlagen	11
2. Beantragung des Schwerbehindertenausweises	13
3. Feststellung der Behinderung (Grad der Behinderung)	13
3.1 Heilungsbewährung	14
3.2 Bewertung des Grades der Behinderung (GdB)	14
4. Nachteilsausgleiche (Vergünstigungen)	17
4.1 Pauschbeträge für behinderte Menschen (Steuervergünstigungen)	17
4.2 Nachteilsausgleiche bei der PKW-Nutzung	19
4.3 Nachteilsausgleiche bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs	21
4.4 Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz	23
4.5 Sonstige Nachteilsausgleiche	25
4.6 Steuerliche Erleichterung bei Schwerpflegebedürftigkeit	26
5. Muster für Anträge auf Schwerbehinderung und Widerspruchsschreiben	27
5.1 Antrag auf Schwerbehinderung nach SGB IX	27
5.2 Tipps zur Antragsstellung	28
5.3 Änderungen des Feststellungsbescheides	28
5.4 Widerspruch gegen den Feststellungsbescheid	28
II. Patientenrechte	32
1. Patientenrechtegesetz	32
2. Möglichkeiten für Beschwerden über Behandlungsfehler	33
3. Patientenverfügung	35
4. Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung	36
III. Angebote des Gesundheitssystems	39
1. Gesetzliche Krebsfrüherkennung	39
1.1 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Frauen	39
1.2 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer	40
2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	41
2.1 Hilfsmittel (z. B. Brustprothesen und Perücken)	41
2.2 Heilmittel (z. B. Lymphdrainage)	43

3. Weitere Leistungen der Krankenkassen	44
3.1 Krankengeld (§§ 44, 46 - 51 SGB V)	44
3.2 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)	46
3.3 Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)	46
3.4 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	46
3.5 Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (AAPV und SAPV - 37b SGB V)	47
3.6 Hospizpflege (§ 39 a SGB V)	48
3.7 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	48
4. Psychoonkologische Unterstützung	49
5. Organzentren	50
6. Disease-Management-Programm Brustkrebs	51
7. Klinische Studien	52
IV. Rund ums Geld	54
1. Zuzahlungen und Gebühren im Überblick	54
1.1 Festbeträge für Arzneimittel	55
1.2 Zuzahlungsbefreite Arzneimittel	56
2. Belastungsgrenzen	56
2.1 Absenkung der Belastungsgrenze – Chronikerregelung (§ 62 SGB V)	57
3. Leistungen, die die GKV nur teilweise übernimmt	58
3.1 Fahrtkosten	58
3.2 Künstliche Befruchtung	60
3.3 Arzneimitteltherapie außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use)	61
3.4 Zahnersatz	62
4. Leistungen, die die GKV nicht übernimmt	62
4.1 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate)	62
4.2 Weitere Leistungen, die die GKV nicht übernimmt	63
V. Pflegeversicherung	64
1. Pflegegrade und Einstufung	64
2. Häusliche Pflege	65
2.1 Tages- und Nachtpflege	66
2.2 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	67
2.3 Kurzzeitpflege	67
3. Pflege im Heim/stationäre Pflege	68
4. Soziale Absicherung der Pflegeperson	68

VI. Rehabilitation	69
1. Medizinische Rehabilitation	69
1.1 Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR) – §§ 40 Abs. 6 SGB V, 32 Abs. 1 SGB VI	69
1.2 Stationäre Nach- und Festigungs- sowie Rehabilitationskuren für an Krebs erkrankte Menschen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)	70
1.3 Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation	71
1.4 Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rehabilitations- maßnahme	71
1.5 Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme	72
1.6 Umgang mit der Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation	73
1.7 Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation	74
1.8 Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation	75
1.9 Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen	75
1.10 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	76
1.11 Haushaltshilfe	77
1.12 Wahl der Rehabilitationseinrichtung	77
1.13 Ablehnung eines Antrages	77
2. Berufliche Rehabilitation	78
2.1 Berufliches Eingliederungsmanagement (BEM)	78
2.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	79
2.3 Hamburger Modell	79
3. Nicht medizinische Rehabilitationsangebote	80
3.1 Angebote der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe Krebs	80
3.2 Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitation	81
VII. Rentengewährung	83
1. Altersrenten	83
1.1 Regelaltersrente (§§ 35, 235 SGB VI)	83
1.2 Altersrente für langjährig Versicherte (§§ 36, 236 SGB VI)	83
1.3 Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI)	84
1.4 Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§§ 37, 236a SGB VI)	84
2. Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit (§ 43 SGB VI)	85
3. Hinzuverdienst bei vorzeitigen Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten (§§ 34, 96a SGB VI)	86
3.1 Hinzuverdienstgrenze für eine vorzeitige Altersrente	87
3.2 Hinzuverdienstgrenzen für eine Altersteilrente	87

VIII. Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung, Sozialgeld	88
1. <i>Arbeitslosengeld I nach einer befristeten Rente</i>	88
2. <i>Grundsicherung und Sozialhilfe</i>	89
2.1 Arbeitslosengeld II	89
2.2 Sozialgeld	90
IX. Hinweise für Patientinnen und Patienten im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte	91
1. <i>Regelungen für Beamte und Selbstständige</i>	91
2. <i>Bei Schwerbehinderung aus der Privaten zurück in die Gesetzliche Krankenversicherung</i>	92
X. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe	95
Hilfreiche Adressen und Informationen	96
Wichtige Internetadressen auf einen Blick	99
Die FSH-KrebsApp	100
Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe Krebs	101
Hinweis in eigener Sache	101
Die Landesverbände und Netzwerke der Frauenselbsthilfe Krebs	102

Abkürzungen:

AHB	=	Anschlussheilbehandlung
ALG II	=	Arbeitslosengeld II
AR	=	Anschlussrehabilitation
BSG	=	Bundessozialgericht
BSHG	=	Bundessozialhilfegesetz
DGS	=	Deutsche Gesellschaft für Senologie
DKG	=	Deutsche Krebsgesellschaft
DMP	=	Disease Management Programm
EStG	=	Einkommensteuergesetz
G-BA	=	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	=	Grad der Behinderung
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	=	Individuelle Gesundheitsleistung
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MLD	=	Manuelle Lymphdrainage
Reha	=	Rehabilitation
SAPV	=	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	=	Sozialgesetzbuch
SoVD	=	Sozialverband Deutschland e. V.
VdK	=	Sozialverband

Gender-Hinweis

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde von uns die männliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Es mögen sich bitte alle Menschen angesprochen fühlen.

I. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises

Menschen mit einer Krebserkrankung wird in der Regel nach Diagnose und Akutbehandlung fünf Jahre lang ein Schwerbehindertenausweis gewährt, um einige der durch die Erkrankung, die notwendigen Therapien und deren Folgen entstehenden Nachteile auszugleichen. Sowohl für Berufstätige als auch für nicht Berufstätige bietet der Schwerbehindertenausweis wichtige Erleichterungen. Der Ausgleich geschieht durch Vergünstigungen auf mehreren Ebenen und ist nicht zuletzt abhängig von dem festgestellten Grad der Behinderung (GdB).

Zu den Vergünstigungen zählen zum Beispiel:

- erhöhter Kündigungsschutz für Arbeitnehmer
- Hilfen zur Erhaltung bzw. Erlangung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, z. B. technische Hilfen oder Lohnkostenzuschüsse
- Überstundenbefreiung (auf Wunsch)
- Anspruch auf Zusatzurlaub von fünf Tagen pro Jahr bei einer 5-Tage-Arbeitswoche
- diverse Steuererleichterungen
- Beschleunigung des Eintritts des Renten- bzw. Pensionsbezuges
- evtl. früherer Renteneintritt (abschlagsfrei)
- bevorzugte Abfertigung bei Behörden
- von Fall zu Fall Vergünstigungen bei der Benutzung von Bädern und Museen etc.
- evtl. ermäßigte Mitgliedsbeiträge in Verbänden und Vereinen

1. Rechtsgrundlagen

Es gibt vier Umschreibungen von Behinderung:

- „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand

abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

- Als schwerbehinderte Menschen gelten Personen, deren Grad der Behinderung (GdB) nicht nur vorübergehend mindestens 50 beträgt.
- Der GdB bezieht sich auf die Auswirkungen einer Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, also die Teilhabe in allen Lebensbereichen und nicht nur im Erwerbsleben (§ 69 Abs. 1 SGB IX). Behinderte mit einem GdB von weniger als 50, jedoch mindestens 30 können auf Antrag unter gewissen Voraussetzungen „gleichgestellt“ werden (§ 2 Abs. 2 SGB IX); zum Beispiel wenn infolge einer Behinderung ohne die Gleichstellung kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder erhalten werden kann.
- Erwerbsminderung: Teilweise (bzw. voll) erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs (bzw. drei) Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 Satz 2 bzw. Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

Bei mehreren, sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtwirkung maßgebend (§ 69 Abs. 3 SGB IX).

2. Beantragung des Schwerbehindertenausweises

Der Schwerbehindertenausweis kann sofort nach der Krebsoperation, nach Abschluss der Akutbehandlung oder auch zu einem späteren Zeitpunkt beim zuständigen Versorgungsamt beantragt werden. Es ist zu empfehlen, dem Antrag vorhandene Arztberichte, z.B. den Entlassungsbericht des Krankenhauses, beizufügen. Das Versorgungsamt ist berechtigt, Gutachten von den im Antrag genannten behandelnden Ärzten anzufordern.

Im Antrag sind alle Erkrankungen und Beschwerden, die zu einer Behinderung geführt haben, anzugeben, auch die Erkrankungen, die nicht mit der Krebserkrankung in Zusammenhang stehen. Bei Vorliegen mehrerer Behinderungen wird nicht aufaddiert, sondern das Zusammenwirken dieser Behinderungen bewertet. Das Antragsverfahren endet mit dem Bescheid der Festsetzung des GdB.

Den Schwerbehindertenausweis gibt es in zwei Ausführungen: Der „grüne“ Ausweis bescheinigt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den

Grad der Behinderung und die gesundheitlichen Merkmale. Den „grün-orangefarbenen Freifahrtausweis“ erhalten schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr in Anspruch nehmen können.

Der Ausweis wird heute im Scheckkarten-Format ausgestellt. Die alten Ausweise behalten ihre Gültigkeit bis zu ihrem regulären Ablaufdatum.

Beim Auftreten von neuen Erkrankungen bzw. Behinderungen kann Antrag auf „Verschlimmerung“ und damit Erhöhung des GdB gestellt werden. Hierfür gibt es beim Versorgungsamt besondere Antragsformulare.

3. Feststellung der Behinderung (Grad der Behinderung)

Der Grad der Behinderung (GdB) und der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Irrtümlich wird GdB oft in Prozent gesprochen. Es heißt jedoch schlicht: „Ich habe einen GdB von 50.“

Die Kriterien für die Bestimmung des GdB und des GdS sind in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ festgelegt. Sie werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache bezogen ist.

Der GdB und der GdS (früher: Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE) werden durch ärztliche Gutachter bemessen. Für die Eintragung im Schwerbehindertenausweis wird ein Gesamt-GdB ermittelt.

Eine Behinderung ab einem GdB von 50 gilt als Schwerbehinderung. In diesem Fall kann ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden. Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30 können unter bestimmten Voraussetzungen mit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden.

Menschen mit einer Krebserkrankung wird, wie bereits erläutert, in der Regel nach Diagnose und Akutbehandlung fünf Jahre lang ein Schwerbehindertenausweis gewährt. Ohne Krankheitsrückfall erfolgt nach spätestens fünf Jahren, der sogenannten Heilungsbewährung, eine Rückstufung des Grades der Behinderung (GdB) oder eine Aberkennung der Schwerbehinderung.

3.1 Heilungsbewährung

Bei Gesundheitsstörungen, die zu Rückfällen neigen, wird eine Zeit des Abwartens von zwei bis fünf Jahren, die sogenannte Heilungsbewährung, eingeräumt. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation oder eine andere Primärtherapie (z.B. Bestrahlung) als beseitigt angesehen werden kann. Eine zusätzliche Therapie hat keinen Einfluss auf den Beginn der Heilungsbewährung. Bei einer Krebserkrankung wird im Zeitraum der Heilungsbewährung der GdB höher bewertet, als er sich aus der vorliegenden Behinderung ergibt.

Nach Ablauf der Zeit der „Heilungsbewährung“ wird der GdB herabgesetzt, sofern während dieser Zeit keine Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen aufgetreten sind. Es wird dann nur noch der Organverlust bewertet.

Um eine ungerechtfertigte Rückstufung zu vermeiden, sollten eventuell aufgetretene Rezidive, Neu- oder Wiedererkrankungen sowie in der Zwischenzeit aufgetretene andere Erkrankungen dem Versorgungsamt mit den beigefügten Arztberichten mitgeteilt werden. Auch von evtl. aufgetretenen Folgeschäden muss dem Versorgungsamt Kenntnis gegeben werden.

Wird eine Rückstufung als ungerecht erachtet, kann Widerspruch eingelegt werden.

3.2 Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) / Grades der Schädigungsfolgen (GdS)

Die Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) erfolgt über die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), bzw. die darin enthaltenen Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Dieses Werk enthält eine Liste von medizinischen Befunden/Krankheiten, denen jeweils ein GdB/GdS zugewiesen ist. Sie können dort die aktuellen geltenden Bewertungen zu den GdB finden. Außerdem stehen dort auch ausführliche und sehr gut verständliche allgemeine Erläuterungen zum Thema.

 [Versorgungsmedizin-Verordnung](#)

Hier ein paar Beispiele aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen:

Weibliche Geschlechtsorgane

Verlust der Brust (Mastektomie) GdB/GdS

Einseitig	30
Beidseitig	40
Segment- oder Quadrantenresektion der Brust	0 – 20

Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust

mit Prothese je nach Ergebnis (z. B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie)

nach Mastektomie GdB/GdS

einseitig	10 – 30
beidseitig	20 – 40

nach subkutaner Mastektomie GdB/GdS

einseitig	10 – 20
beidseitig	20 – 30

Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommt ein geringerer GdS in Betracht.

Verlust der Brust (Mastektomie) nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

	GdB/GdS
bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN0 M0	50
bei Entfernung im Stadium (T1 bis T2) pN1 M0	60
in höheren Stadien	wenigstens 80

Bedingen die Folgen der Operation und gegebenenfalls anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdS von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdS entsprechend höher zu bewerten.

Nach Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse ist in den ersten zwei Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Der GdS beträgt während dieser Zeit 50.

Verlust der Gebärmutter und/oder Sterilität nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors

Nach Entfernung eines malignen Gebärmuttertumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Heilungsbewährung von zwei Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung eines Zervixtumors im Stadium T1a N0 M0	50
nach Entfernung eines Korpustumors im Frühstadium (Grading G1, Infiltration höchstens des inneren Drittels des Myometrium)	50

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung eines Zervixtumors	
im Stadium (T1b bis T2a) N0 M0	50
im Stadium T2b N0 M0	60
in höheren Stadien	80

nach Entfernung eines Korpustumors	GdB/GdS
im Stadium T1 N0 M0 (Grading ab G2, Infiltration über das innere Drittel des Myometrium hinaus)	50
im Stadium T2 N0 M0	60
in höheren Stadien	80

Verlust eines Eierstockes nach Entfernung eines malignen Tumors

Nach Entfernung eines malignen Eierstocktumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0	50
in anderen Stadien	80

Beseitigung eines malignen Scheidentumors

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Beseitigung im Stadium T1 N0 M0	60
in höheren Stadien	80

Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtsteile

Heilungsbewährung von fünf Jahren	GdB/GdS
nach Entfernung im Stadium (T1 bis T2) N0 M0	50
sonst	80

4. Nachteilsausgleiche (Vergünstigungen)

Ob es um steuerrechtliche Vergünstigungen, besondere Kündigungsschutzregeln im Arbeitsleben oder die sogenannte Freifahrt im Nahverkehr geht: Für Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis gibt es sogenannte Nachteilsausgleiche, über die wir Ihnen im Folgenden einen kurzen Überblick geben möchten.

Wenn Sie sich ausführlicher informieren möchten, finden Sie hier die vom Sozialverband Deutschland herausgegebene Broschüre

 [Nachteilsausgleiche für Menschen mit Behinderungen](#)

4.1 Pauschbeträge für behinderte Menschen (Steuervergünstigungen)

Menschen mit Behinderungen werden von den Finanzbehörden Steuervergünstigungen anhand der entsprechenden Nachweise (Schwerbehindertenausweis, Feststellungsbescheid des Versorgungsamts, Bescheid der Pflegekasse) gewährt. Oft erfolgt die steuerliche Entlastung anhand von Pauschalen, z. B. für Fahrtkosten, die Betreuung eines Kindes mit Behinderung oder die Pflege eines Angehörigen. Die Pauschalen werden in der Regel im Zuge der jährlichen Steuererklärung vom gesamten Einkommen abgezogen und mindern somit das zu versteuernde Einkommen. Der Behinderten-Pauschbetrag kann alternativ auch monatlich bei der Lohnsteuer berücksichtigt werden. Die Abzüge sind teilweise auf Eltern oder Angehörige übertragbar.

Der Behindertenpauschbetrag mindert das zu versteuernde Einkommen je nach Grad der Behinderung. Er muss über die Steuererklärung beantragt werden. Die Angaben machen Sie im Mantelbogen unter den außergewöhnlichen Belastungen.

Die Pauschbeträge sind 2020 das erste Mal seit 45 Jahren vom Gesetzgeber erhöht und dann auch gleich verdoppelt worden. Jetzt gelten folgende Pauschbeträge:

Pauschbeträge seit 2021

GdB	Pauschbetrag
20	384 Euro
30	620 Euro
40	860 Euro
50	1.140 Euro
60	1.440 Euro

GdB	Pauschbetrag
70	1.780 Euro
80	2.120 Euro
90	2.460 Euro
100	2.840 Euro

Anstatt den Behindertenpauschbetrag zu nutzen, können Sie höhere Aufwendungen, die Ihnen wegen der Behinderung entstehen, auch einzeln nachweisen und in voller Höhe als außergewöhnliche Belastungen allgemeiner Art geltend machen. Dieses Vorgehen ist jedoch nur sinnvoll, wenn die Aufwendungen per Einzelnachweis höher sind als der jeweilige Pauschbetrag.

Behinderten Menschen mit einem GdB von weniger als 50, jedoch mehr als 20 steht der entsprechende Pauschbetrag nur unter folgenden weiteren Voraussetzungen zu:

- a. wenn wegen der Behinderung ein gesetzlicher Anspruch auf Rente (z. B. Unfallrente, nicht aber aus der gesetzlichen Rentenversicherung) oder andere laufende Bezüge besteht.
- b. wenn die Körperbehinderung zu einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat.
- c. wenn die Körperbehinderung auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

Die Steuerfreibeträge sind bei Zusammenveranlagung von der Hausfrau auf den Ehemann und vom Hausmann auf die Ehefrau übertragbar. Bei rückwirkender Feststellung des GdB kann der Steuererminderbetrag, der sich aus der normalen Veranlagung des Steuerpflichtigen ohne die Berücksichtigung der Körperbehinderung ergibt, rückwirkend erlassen oder erstattet werden.

Schwerbehinderte (GdB >50) und Hilflose (Merkzeichen H) können die Aufwendungen für die Beschäftigung einer Haushaltshilfe bis zu einem be-

stimmten Betrag jährlich als außergewöhnliche Belastung geltend machen, wenn entweder

- der/die Steuerpflichtige,
- der Ehegatte, die Ehegattin,
- ein zum Haushalt gehörendes Kind oder
- eine andere zum Haushalt gehörende, unterhaltende Person, für die eine steuerliche Ermäßigung wegen Unterhaltsleistungen gewährt wird, schwer behindert oder hilflos ist.

Es ist zu beachten, dass die Haushaltshilfe im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig ist, auch wenn sie nur stundenweise regelmäßig arbeitet. Zur Lohnsteuerpflicht gibt das zuständige Finanzamt Auskunft.

4.2 Nachteilsausgleiche bei der PKW-Nutzung

Steuerermäßigung für Fahrtkosten

Anstelle des aufwändigen Einzelnachweises für behinderungsbedingte Fahrtkosten, sind 2021 Pauschbeträge eingeführt worden: Einen Pauschbetrag von 900 € können alle Personen mit einem GdB von 80 oder mit einem GdB von 70 und zusätzlich dem Merkzeichen G geltend machen; 4.500 € alle Personen mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H. Damit sollen die durch die Behinderung veranlassten Aufwendungen für unvermeidbare Fahrten abgegolten werden.

Die gesetzliche Regelung findet sich in § 33 Abs. 2a EStG (Einkommenssteuergesetz). Über diese Fahrtkosten-Pauschale hinaus sind keine weiteren behinderungsbedingten Fahrtkosten als außergewöhnliche Belastung berücksichtigungsfähig.

Kraftfahrzeugsteuer – Ermäßigung und Befreiung

Von der Kraftfahrzeugsteuer befreit sind Personenkraftwagen oder Kraftäder, die für Behinderte zugelassen sind, die in Folge einer nicht nur vorübergehenden Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr außergewöhnlich beeinträchtigt sind (Merkzeichen aG), für Blinde (Merkzeichen Bl) oder Hilflose (Merkzeichen H) und für Schwerkriegsbeschädigte unter bestimmten Voraussetzungen.

Das Fahrzeug muss auf den behinderten Menschen, der auch geschäftsunfähig sein kann, zugelassen sein. Es kann jeweils nur ein Fahrzeug für

die Ermäßigung/Befreiung angemeldet werden. Das Fahrzeug darf nur für den Transport bzw. die Haushaltsführung des Behinderten genutzt werden.

Eine Kraftfahrzeugsteuer-Ermäßigung um 50 Prozent erhalten Schwerbehinderte mit Merkzeichen G, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind. Die Steuervergünstigung muss schriftlich beim zuständigen Hauptzollamt beantragt werden. Voraussetzung: Sie verzichten dafür auf das Recht zur unentgeltlichen öffentlichen Beförderung. Ein Wechsel von einer Ermäßigung zur anderen ist jederzeit möglich.

Beitragsermäßigung für Automobilclubs

Der ADAC gewährt schwerbehinderten Menschen eine Beitragsermäßigung von 25 Prozent, bezogen auf den Standardtarif. Dies gilt auch für andere Automobilclubs. Der ADAC bietet zudem hilfreiche Informationen an in seinem

 [Ratgeber zur Mobilität für Menschen mit Behinderung](#)

Behinderten-Rabatt beim Autokauf

Wer im Besitz eines Schwerbehindertenausweises ist, kann beim Neuwagenkauf spezielle Rabatte nutzen. Weiterführende Informationen zum Thema finden Sie beim

 [Bund behinderter Auto-Besitzer](#)

Zu beachten ist sind folgende Punkte:

- Beim jeweiligen Fahrzeug muss es sich um einen Neuwagen handeln.
- Der mit dem Behindertenrabatt erworbene Wagen muss auf eine Person mit Behinderung zugelassen werden.
- Der Rabatt wird vom Listenpreis des Fahrzeugs gewährt, also nicht vom eventuellen Hauspreis.

Parkerleichterung

Menschen mit besonderen Schwerbehinderungen können einen „Parkausweis für Behinderte“ (blauer Parkausweis) erhalten. Voraussetzung: Im Schwerbehindertenausweis ist das Merkzeichen aG, d.h. außergewöhnliche Gehbehinderung, vermerkt. Dieser Ausweis räumt dem Inhaber besondere Parkrechte im öffentlichen Verkehrsraum ein. Die Ausnahme-genehmigung ist in der Regel fünf Jahre gültig und wird in allen Staaten Europas anerkannt.

Auch schwerbehinderten Menschen, die nicht außergewöhnlich gehbehindert sind, werden Parkerleichterungen gewährt. Den orangefarbenen Parkausweis erhalten u.a. Stomaträger mit doppelten Stoma und einem GdB von mindestens 70. Er berechtigt nicht zum Parken auf allgemeinen Behindertenstellplätzen (Rollstuhlfahrersymbol), sondern – sofern in zumutbarer Entfernung keine andere Parkmöglichkeit besteht – u.a.:

- im eingeschränkten Halteverbot und im Zonenhaltverbot bis zu drei Stunden mit Parkscheibe,
- ohne Gebühr und zeitliche Begrenzung an Parkuhren und Parkscheinautomaten,
- auf Parkplätzen für Anwohner bis zu drei Stunden,
- in verkehrsberuhigten Bereichen außerhalb der gekennzeichneten Flächen, ohne den durchgehenden Verkehr zu behindern.

4.3 Nachteilsausgleiche bei der Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs

Schwerbehinderte mit einem GdB von mind. 50 und Merkzeichen G bzw. aG, deren Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr auf Grund ihrer Behinderung erheblich bzw. außergewöhnlich beeinträchtigt ist, sowie Gehörlose können die öffentlichen Verkehrsmittel (Straßenbahnen, Omnibusse, U- und S-Bahnen und u. U. in den Verkehrsverbund einbezogene Bahnen) unentgeltlich benutzen. Voraussetzung ist der Erwerb einer Wertmarke von 80 € pro Jahr, die auf dem Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis aufgebracht und vom Versorgungsamt ausgegeben wird. Der Betrag kann in zwei Raten gezahlt werden. Dieser Personenkreis kann die unentgeltliche Beförderung mit der Deutschen Bahn in allen Zügen des Nahverkehrs – Regionalbahn (RB), Regionalexpress (RE) und Interregio-Express (IRE) in der zweiten Klasse – ebenfalls in Anspruch nehmen.

Folgender Personenkreis erhält die Wertmarke kostenlos vom Versorgungsamt: Blinde und Hilflose sowie Schwerkriegsbeschädigte unter bestimmten Voraussetzungen; außerdem Schwerbehinderte, die Arbeitslosengeld II oder laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt des Bundesversorgungsgesetzes erhalten.

Personen mit den Merkzeichen aG, H oder Bl können sowohl die Beförderung im Personenverkehr mit der Wertmarke als auch die KFZ-Steuerbefreiung von 50 Prozent in Anspruch nehmen.

Bei Schwerbehinderten mit Merkzeichen B und/oder Bl wird die Begleitperson unentgeltlich ohne km-Begrenzung im öffentlichen Personenverkehr (DB und andere Betreiber öffentlichen Personenverkehrs) befördert.

Deutsche Bahn

Die Deutsche Bahn gewährt für Schwerbehinderte unter bestimmten Voraussetzungen verschiedene Vergünstigungen z. B.:

- Bahncard 50 und 25 zum ermäßigten Preis bei einem GdB von mindestens 70
- unentgeltliche Beförderung von Rollstühlen
- unentgeltliche Platzreservierungen bei Merkzeichen B
- Bereitstellen von Parkplätzen an Bahnhöfen

In allen Nahverkehrszügen der Bahn gilt die bundesweit einheitliche Regelung, dass freifahrtberechtigte schwerbehinderte Menschen (grün-roter Schwerbehindertenausweis) keine Tickets mehr benötigen, egal wie weit sie fahren.

Nähere Auskünfte erhalten Sie in der

 [Mobilitätsservice-Zentrale/Telefon](#)

Die Kabinenbahnen und Sessellifte in Österreich können mit dem Schwerbehindertenausweis zu einem verbilligten Preis genutzt werden. Bitte erkundigen Sie sich an der Kasse.

4.4 Nachteilsausgleiche am Arbeitsplatz

Kündigungsschutz

Für Schwerbehinderte, d. h. für Menschen mit einem GdB von mind. 50, besteht erweiterter Kündigungsschutz (gilt auch, wenn ein Arbeitnehmer mit einem GdB von mind. 30 von der Agentur für Arbeit einem Schwerbehinderten gleichgestellt wird). Bevor die Kündigung ausgesprochen werden kann, muss die Zustimmung des Integrationsamtes vorliegen. Das Kündigungsschutzgesetz gilt nur nach sechsmonatiger ununterbrochener Betriebszugehörigkeit.

Der erweiterte Kündigungsschutz kommt Arbeitnehmern nur dann zugute, wenn der Antrag auf Schwerbehinderung mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung gestellt worden ist. Der Schutz gilt dann zunächst, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht über den Antrag entschieden worden ist.

Es besteht keine Verpflichtung den Schwerbehindertenausweis beim Arbeitgeber vorzulegen. Der erhöhte Kündigungsschutz gilt auch ohne Vorlage des Ausweises, mit folgender Einschränkung: Hat der Arbeitgeber nach Ablauf einer sechsmonatigen Betriebszugehörigkeit vor Aussprechen der Kündigung nachgefragt, ob eine Schwerbehinderung vorliegt, und der Angestellte hat darauf nicht wahrheitsgemäß geantwortet, ist die Kündigung auch ohne Einschalten des Integrationsamtes wirksam. Bei einer Neueinstellung ist es generell ratsam mitzuteilen, dass man schwerbehindert ist.

Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Menschen ab einem GdB von 50 haben Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Kalenderjahr. Verteilt sich die regelmäßige Arbeitszeit des schwerbehinderten Menschen auf mehr oder weniger als fünf Arbeitstage in der Kalenderwoche, erhöht oder vermindert sich der Zusatzurlaub entsprechend. Soweit tarifliche, betriebliche oder sonstige Urlaubsregelungen für schwerbehinderte Menschen einen längeren Zusatzurlaub vorsehen, bleiben sie unberührt. Diese Regelung gilt auch bei geringfügiger Beschäftigung.

Besteht die Schwerbehinderteneigenschaft nicht während des gesamten Kalenderjahres, so hat der schwerbehinderte Mensch für jeden vollen Monat der im Beschäftigungsverhältnis vorliegenden Schwerbehinderteneigenschaft einen Anspruch auf ein Zwölftel des Zusatzurlaubs. Bruchteile

von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden. Der so ermittelte Zusatzurlaub ist dem Erholungsurlaub hinzuzurechnen. Endet die Beschäftigung erst in der zweiten Jahreshälfte, haben Beschäftigte den vollen (Jahres-)Anspruch auf Zusatzurlaub.

Ermäßigung der Pflichtstunden für Lehrer

Lehrerinnen und Lehrer erhalten als Schwerbehinderte eine Ermäßigung der Pflichtstunden. Diese Ermäßigung ist in den verschiedenen Bundesländern durch Landesrecht geregelt. Die Anzahl der ermäßigten Stunden richtet sich nach der Höhe des GdB und dem Gesundheitszustand des Lehrers. Anträge sind an das zuständige Oberschulamt oder Regierungspräsidium zu richten.

Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte

Das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter bestimmt, dass Schwerbehinderte einen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung haben. Dieser Anspruch besteht, wenn die kürzere Arbeitszeit aufgrund der Art und Schwere der Behinderung notwendig ist. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen bietet weiterführende Informationen zum Thema.

Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung

Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen

Ist der Schwerbehindertenausweis abgelaufen, kann bei der Agentur für Arbeit ein Antrag auf Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen gestellt werden, sofern der GdB weniger als 50, aber mindestens 30 beträgt. Mit einer Gleichstellung erlangt man grundsätzlich den gleichen „Status“ wie schwerbehinderte Menschen, das bedeutet:

- besonderen Kündigungsschutz,
- besondere Einstellungs-/Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber durch Lohnkostenzuschüsse sowie Berücksichtigung bei der Beschäftigungspflicht,
- Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
- Betreuung durch spezielle Fachdienste.

Zusatzurlaub, unentgeltliche Beförderung und besondere Altersrente umfasst diese Regelung nicht.

Gleichgestellt werden können Personen

- mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 30 oder 40 (nachgewiesen durch einen Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes),
- mit einem Wohnsitz oder einer Beschäftigung im Geltungsbereich des SGB IX,
- die infolge ihrer Behinderung einen geeigneten Arbeitsplatz (im Sinne von § 73 SGB IX) nicht erlangen oder nicht behalten können.

Den Antrag auf Gleichstellung können Sie hier anfordern:



Weitere Informationen zu diesem Thema erhalten Sie bei der Bundesagentur für Arbeit unter der kostenfreien Servicetelefonnummer 0800 45555 00.

4.5 Sonstige Nachteilsausgleiche

Befreiung vom Rundfunkbeitrag

Menschen mit einem andauernden GdB von mindestens 80 und dem Merkzeichen RF können eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrags beantragen. Sie zahlen dann nur ein Drittel des regulären Beitrags.

Dem Antrag muss der Bewilligungsbescheid oder Schwerbehindertenausweis in beglaubigter Kopie beigelegt werden. Auch die von einer Behörde oder dem Versorgungsamt ausgefertigte „Bescheinigung zur Vorlage bei der Behörde“ mit den entsprechenden Leistungsdaten wird akzeptiert. Weiterführende Informationen finden Sie hier:



Ermäßigung der Telefongebühren

Sind die Voraussetzungen der Rundfunkbeitragsbefreiung erfüllt (s.o.), besteht in der Regel auch Anspruch auf Ermäßigung der Kosten für Telefon-Neuanschlüsse sowie für Gesprächseinheiten, wenn Sie einen Festnetzanschluss bei der Deutschen Telekom haben. Infos dazu finden Sie hier:

Einige Mobilfunkbetreiber bieten vergünstigte Tarife für schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80 an.

Wohngeld

Wohngeld ist eine Sozialleistung für Menschen, die aufgrund ihres geringen Einkommens einen Zuschuss zur Miete oder zu den Kosten selbst genutzten Wohneigentums benötigen.

Bei der Berechnung der Anspruchsberechtigung wird das Jahreseinkommen aller Haushaltsmitglieder ermittelt. Dieses wird unter Umständen um pauschale Beträge gekürzt. Darüber hinaus können in bestimmten Fällen Freibeträge vom Einkommen abgezogen werden.

So erhalten Schwerbehinderte oder pflegebedürftige Menschen als Nachteilsausgleich einen Freibetrag von 1.800 Euro (Stand 2022), wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- ein GdB von 100
- ein GdB von 50 - 90 UND häusliche oder teilstationäre Pflege/Kurzzeitpflege

Auskünfte erteilen die Wohngeldstellen der Gemeinden.

4.6 Steuerliche Erleichterung bei Schwerpflegebedürftigkeit

Wenn nahe Angehörige einen Schwerpflegebedürftigen in der eigenen oder in dessen Wohnung pflegen, können sie in ihrer Steuererklärung dafür einen Pauschbetrag geltend machen. Der Pflege-Pauschbetrag soll in erster Linie die nicht bezifferbaren Aufwendungen des Pflegenden für die persönliche Pflege abdecken. Der Pflege-Pauschbetrag wurde im Jahr 2020 erstmals nach vielen Jahren auf 1.800 Euro pro Kalenderjahr angehoben und damit nahezu verdoppelt. Zudem wird zukünftig bei dem Pflegegrad 2 ein Pflege-Pauschbetrag von 600 Euro und bei dem Pflegegrad 3 ein Pflege-Pauschbetrag von 1.100 Euro gewährt. Damit der Pauschbetrag bewilligt wird, muss dieser in der Steuererklärung als „Außergewöhnliche Belastung“ geltend gemacht werden. Nachweise, beispielsweise für Fahrtkosten, sind nicht nötig.

Wer höhere Ausgaben für die Pflege hat, kann auf den Pauschbetrag verzichten und die Kosten im Einzelnen nachweisen. Allerdings wird dann ein Selbstbehalt, die sogenannte zumutbare Belastung, abgezogen.

5. Muster für Anträge auf Schwerbehinderung und Widerspruchsschreiben

Wie bereits oben geschildert, kann der Schwerbehindertenausweis sofort nach der Krebsoperation, nach Abschluss der Akutbehandlung oder auch zu einem späteren Zeitpunkt beim zuständigen Versorgungsamt beantragt werden.

Im Antrag sind alle Erkrankungen und Beschwerden, die zu der Behinderung geführt haben, anzugeben; auch die Erkrankungen, die nicht mit der Krebserkrankung in Zusammenhang stehen. Bei Vorliegen mehrerer Behinderungen wird nicht aufaddiert, sondern das Zusammenwirken dieser Behinderungen bewertet.

Es ist zu empfehlen, dem Antrag direkt vorhandene Arztberichte, z. B. den Entlassungsbericht des Krankenhauses, beizufügen.

Das Versorgungsamt ist berechtigt, Gutachten von den im Antrag genannten Ärzten anzufordern.

Das Antragsverfahren endet mit der Festsetzung des Grades der Behinderung und dem entsprechenden Festsetzungsbescheid.

5.1 Antrag auf Schwerbehinderung nach SGB IX

Den Antrag auf Schwerbehinderung stellen Sie bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt. Auf der Website „einfach-teilhaben.de“, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bereitgestellt wird, finden Sie die



[Antragsformulare der Versorgungsämter aller Bundesländer](#)

Wer den Anspruch auf Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub direkt geltend machen möchte, der sollte beim Versorgungsamt darum bitten, den Eingang des formlosen Antrags zu bestätigen. Das reicht aus, um den Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch zu nehmen, wenn der Antrag auf Schwerbehinderung mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung gestellt worden ist. Der Schutz gilt dann zunächst, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht über den Antrag entschieden worden ist.

5.2 Tipps zur Antragsstellung

1. Geben Sie nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen (z.B. Gleichgewichtsprobleme aufgrund einer Polyneuropathie) und Begleiterscheinungen (z.B. deutliche Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, Fatigue usw.) an.
2. Listen Sie Kliniken und Ärzte auf, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind.
3. Sprechen Sie die Antragstellung mit dem behandelnden Arzt ab. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
4. Reichen Sie bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit ein, z.B. Krankenhausentlassungsbericht, Reha-Bericht, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
5. Fügen Sie ein möglichst aktuelles (Pass-)Foto an.

5.3 Änderungen des Feststellungsbescheides

Das Auftreten von Rezidiven (Wiedererkrankungen) sowie anderen Erkrankungen sollte dem Versorgungsamt mitgeteilt werden. Auch über eventuell aufgetretene Folgeschäden sollte das Versorgungsamt informiert werden. Hierfür gibt es beim Versorgungsamt ein besonderes Antragsformular, das dort angefordert oder im Internet heruntergeladen werden kann.

Auf der Website „einfach-teilhaben.de“ finden Sie auch das für Ihr Bundesland passende Formular für den



5.4 Widerspruch gegen den Feststellungsbescheid

Sollte Ihrem Antrag auf Schwerbehinderung nicht stattgegeben werden, können Sie oder eine von Ihnen bevollmächtigte Person innerhalb eines Monats nach der Bekanntgabe Widerspruch gegen den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes einlegen.

Nach einem Widerspruch kann es sinnvoll sein, sich Unterstützung durch eine Schwerbehindertenvertretung, einen Sozialverband oder einen Fach-

anwalt zu holen, denn es besteht die Möglichkeit, dass eine Klage vor dem Sozialgericht notwendig wird.

Damit Sie die Frist für den Widerspruch einhalten, sollten Sie sich möglichst frühzeitig beim Versorgungsamt melden. Ein Frist wahrendes Widerspruchsschreiben könnte z.B. so aussehen:

Marina Müller

*Warendorfer Str. 26
12345 Musterstadt*

*Landratsamt – Versorgungsamt
Von-Steuben-Str. 10
12345 Musterstadt*

Musterstadt, den ...

Gegen Ihren Bescheid vom GZ: erhebe ich hiermit

Widerspruch.

Schriftliche Begründung folgt.

Gleichzeitig beantrage ich, mir alle ärztlichen Zeugnisse und Gutachten, die Grundlage für Ihren Bescheid waren, in Fotokopie zu übersenden (einschließlich der abschließenden Stellungnahme des versorgungsärztlichen Dienstes).

Marina Müller

Ein ausführliches Widerspruchsschreiben könnte z. B. so aussehen:

Marina Müller

Warendorfer Str. 26
12345 Musterstadt

An das
Versorgungsamt – Landratsamt
Von-Steuben-Str. 10
12345 Musterstadt

Musterstadt, den ...

Betr.: Ihren Bescheid vom _____
Aktenzeichen: _____

Bezug: Widerspruch vom _____

Meinen Widerspruch vom _____ begründe ich wie folgt:

Folgende Gesundheitsstörungen, die ich in meinem Antrag vom _____
aufgeführt hatte, sind in dem angefochtenen Bescheid nicht berücksichtigt worden:
(hier die Aufzählung dieser Gesundheitsstörungen einsetzen).

Ich bitte, hierzu noch den Arzt, Dr. _____ / das Krankenhaus _____
zu befragen.

und/oder

In meinem Antrag hatte ich zu Auskunftszwecken Dr. _____ / das
Krankenhaus _____ benannt. Leider haben Sie eine entsprechende Auskunft
nicht eingeholt, so dass Sie bei Ihrer Entscheidung von unvollständigen Informationen aus-
gegangen sind.

und/oder

In der Auskunft vom _____ über meinen Gesundheitszustand
hat Dr. _____ / das Krankenhaus _____ auch die folgende Be-
handlung: **(hier die Krankheitsbezeichnung einsetzen).**
bezeichnet, die Sie bei Ihrer Entscheidung nicht berücksichtigt haben.

und/oder

Sowohl mein behandelnder Arzt als auch ich sind der Meinung, dass aufgrund der Art und Schwere der Behinderung der Grad der Behinderung mit _____ erheblich zu niedrig bemessen worden ist. Darüber hinaus bin ich ebenso wie mein behandelnder Arzt der Auffassung, dass aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen die Voraussetzungen des Merkzeichens (z. B. G, aG, RF, B, H, BI) vorliegen.

und/oder

Der angefochtene Bescheid hat die Schwere meiner Behinderung nicht ausreichend gewürdigt. Meine Behinderung belastet mich in besonderem Umfang in nachfolgend geschilderter Weise:

(– hier folgt eine kurze Darstellung des besonderen persönlichen Betroffenseins –)

und/oder

Meine Behinderung ist am _____^(Tag) . _____^(Monat) . _____^(Jahr) eingetreten. Den Grad der Behinderung/das Merkzeichen (z. B. G, aG, H, Gl ...) bitte ich deshalb rückwirkend von diesem Zeitpunkt an zu bescheinigen.

(Tag) (Monat) (Jahr)

Schlussformulierung:

Ich beantrage daher, den angefochtenen Bescheid aufzuheben / zu ändern und erneut über die Höhe des Grades der Behinderung / die Feststellung eines Merkzeichens zu entscheiden. Zu einer fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung in Ihrer versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle oder durch einen anderen Gutachter bin ich gerne bereit.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

II. Patientenrechte

1. Patientenrechtegesetz

Im Patientenrechtegesetz (PRG) sind die Patientenrechte gebündelt, die zuvor (bis 2013) in verschiedenen Erlassen, Richtlinien und Gesetzestexten verstreut waren. Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen sehr informativen und übersichtlichen Ratgeber zum Thema erstellt:



Hier haben wir die Kernpunkte für Sie zusammengefasst.

Behandlungsvertrag

Behandler (Ärzte, Physiotherapeuten usw.) und Patient schließen einen Vertrag miteinander, dessen Ausgestaltung im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 630a–630h) geregelt ist. Dieser Vertrag wird nicht zwangsläufig schriftlich geschlossen. Beim Hausarzt geben Sie z.B. zu erkennen, dass Sie behandelt werden möchten, indem Sie in seine Praxis kommen. Durch den Behandlungsvertrag wird der Behandelnde zur Leistung der versprochenen Behandlung, der Patient (bzw. seine Krankenkasse) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Ein „Behandlungserfolg“ ist damit nicht verbunden. Die Maßnahmen müssen jedoch zeigen, dass der Behandler um den Behandlungserfolg bemüht ist. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen.

Informationspflichten

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausmediziner müssen ihre Patienten umfassend und verständlich über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und beabsichtigte Therapien unterrichten. Vor einer Behandlung – Notfälle ausgenommen – sind in einem persönlichen Gespräch Nutzen und Risiken zu erläutern. Überdies müssen Ärzte ihre Patienten über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aufklären, bevor sie eine solche Maßnahme einsetzen, und auch über die Möglichkeit, dass sie Anspruch darauf haben, eine Zweitmeinung einzuholen. Die Kosten für IGeL werden von den Krankenkassen nicht übernommen, sie müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Patientenakte

Patienten haben ein Recht auf Akteneinsicht und auf Abschriften aus der Patientenakte. Die Akten müssen vom behandelnden Arzt vollständig und sorgfältig geführt werden. Kommt es zum Streitfall, gilt eine nicht dokumentierte Behandlung als nicht erfolgt.

Beweisführung bei Behandlungsfehlern

Grundsätzlich muss der Patient beweisen, dass es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist. Lediglich bei „groben“ Behandlungsfehlern liegt die Beweislast beim Arzt. In diesem Fall muss dieser darlegen, dass bzw. warum seine Behandlung korrekt war. Handelt es sich um keinen „groben“ Behandlungsfehler, muss allerdings noch immer der Patient beweisen, dass es zu einem Behandlungsfehler gekommen ist. Bei Verdacht auf Behandlungsfehler sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu unterstützen – zum Beispiel durch Gutachten.

Kostenübernahme durch Krankenkassen: Verkürzte Entscheidungsfristen

Kassenkassen sind verpflichtet, innerhalb von drei Wochen über einen Antrag auf Kostenübernahme (etwa für ein neues Hörgerät) zu entscheiden. Wird nicht innerhalb dieser Frist entschieden – oder innerhalb von fünf Wochen, wenn ein medizinisches Gutachten eingeholt wird –, können Versicherte sich das Hilfs- oder Heilmittel selbst organisieren und erhalten die entstandenen Kosten zurück.

2. Möglichkeiten für Beschwerden über Behandlungsfehler

Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte unter medizinischen und juristischen Aspekten beraten lassen. Im Einzelnen können folgende Wege besprochen werden:

- **Wenn möglich, das Gespräch suchen:** Das direkte Gespräch sollte der erste Schritt sein, wenn ein Patient glaubt, etwas sei mit seiner Behandlung nicht in Ordnung. Für kritische Nachfragen sind die meisten Mediziner durchaus offen. Wenn ein Gespräch keine Lösung bringt, dann gibt es an vielen Kliniken heute auch eine Ombudsstelle oder einen Patientenvertreter, dem man sein Anliegen schildern kann.

- **Schlichtungsstellen helfen kostenlos:** Wenn das Gespräch nicht weiterhilft, empfiehlt es sich, Kontakt zur Schlichtungsstelle der zuständigen Landesärztekammer aufzunehmen. Informationen dazu finden Sie hier:



Adressen der Schlichtungsstellen aller kassenärztlichen Vereinigungen

In einem formlosen Schreiben muss der Sachverhalt kurz geschildert werden. Dafür ist es nicht notwendig, chronologische Details anzuführen oder Unterlagen vorzulegen. Falls das Schreiben die Beschwerde nicht klar genug macht, kommt eine Rückfrage. Genügen die Patienten-Argumente, wendet sich die Schlichtungsstelle direkt an den behandelnden Arzt oder die Klinik und fordert die Patientenakte an. Der Betroffene muss sich also nicht um alle Dokumente selbst kümmern. Die Teilnahme am Schlichtungsverfahren ist freiwillig und das Ergebnis der Schlichtung nicht bindend.

- **Gesetzliche Krankenkassen beraten und unterstützen:** Verweigert ein Arzt die Kooperation mit der Schlichtungsstelle, sollte sich der Patient an seine Krankenkasse wenden. Dort übernimmt der medizinische Dienst den Fall. Die Krankenkassen helfen gern, denn es ist in ihrem Interesse, den Verursacher für mögliche weitere Behandlungskosten zu finden und für die Übernahme dieser Kosten heranzuziehen.
- **Der Rechtsweg ist lang und teuer:** Gelingt keine Einigung, sehen sich Arzt/Klinik und Patient/Krankenkasse vor Gericht wieder. Den Rechtsweg kann ein Betroffener natürlich von vornherein selbst beschreiten. Dann muss er aber Anwalts-, Gutachter- und Gerichtskosten selbst tragen. Und da sich heikle Verfahren über Jahre hinziehen können, stellt das ein extremes finanzielles Risiko dar.
- **Patientenberatungs- oder -bewerscherdestellen/Verbraucherberatung:** Patienten können sich auch an Patientenberatungs- oder Patientenbeschwerdestellen wenden. Außerdem bieten Verbraucherzentralen Beratungen an. Diese Organisationen haben im Bereich der Patientenbeschwerden und der erfolgreichen Durchsetzung von Patientenrechten viel Erfahrung.

3. Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich im Voraus für den Fall einer eigenen Entscheidungsunfähigkeit Ihren Willen bezüglich der Art und Weise einer ärztlichen Behandlung niederlegen. Verlieren Sie dann tatsächlich Ihre Entscheidungsfähigkeit, kann mit Hilfe der Patientenverfügung auf Ihren Willen hinsichtlich einer in Betracht kommenden ärztlichen Maßnahme geschlossen werden. Auf diese Weise können Sie trotz einer Entscheidungsunfähigkeit Einfluss auf Ihre ärztliche Behandlung nehmen und damit Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich dann verbindlich, wenn durch sie der Wille des Patienten bezüglich einer ärztlichen Maßnahme eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Im Gesetz heißt es dazu: Treffen die Festlegungen in einer Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu, sind sowohl der Arzt als auch der Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigter) daran gebunden.

Eine Patientenverfügung ist umso hilfreicher für Ärzte und Angehörige, je zeitnaher und konkret krankheitsbezogener sie formuliert wird. Deshalb ist es empfehlenswert – auch wenn das Gesetz es nicht vorschreibt – eine einmal niedergelegte Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen und bei schwerer Erkrankung zu überprüfen und zu aktualisieren.

Die mittlerweile weit verbreiteten Patientenverfügungs-Formulare, auf denen Sie nur ankreuzen müssen, was Ihnen sinnvoll erscheint, sind mit Vorsicht zu genießen. Die Formulierungen, die in solchen Formularen gewählt werden, sind häufig zu pauschal. Im ungünstigsten Fall wird dann angenommen, dass keinerlei medizinische Hilfe gewünscht ist – unabhängig von der konkreten Situation. Deshalb sollte auf pauschalierende Formulierungen möglichst verzichtet und stattdessen eine sehr individuelle, ganz persönliche Verfügung verfasst werden. Die Mühe, die der Prozess des Erstellens erfordert, kann dazu beitragen, dass Sie sich der Tragweite des Verfügten stärker bewusst werden.

Selbstverständlich kann die Patientenverfügung von Ihnen jederzeit geändert oder widerrufen werden.

Hilfreiche Informationen bietet auch die Broschüre des Bundesjustizministeriums:



4. Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung

Jeder kann durch Unfall, Krankheit oder Alter in die Lage kommen, wichtige Angelegenheiten seines Lebens nicht mehr selbstverantwortlich regeln zu können. In der Regel werden Ihnen Ihre Angehörigen im Ernstfall beistehen. Wenn jedoch rechtsverbindliche Erklärungen oder Entscheidungen gefordert sind, dürfen Ehegatte oder Kinder Sie nicht gesetzlich vertreten. In unserem Recht haben nur Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern ein umfassendes Sorgerecht und damit die Befugnis zur Entscheidung und Vertretung in allen Angelegenheiten.

Für einen Volljährigen können Angehörige daher nur in zwei Fällen entscheiden oder Erklärungen abgeben: Entweder aufgrund einer rechtsgeschäftlichen Vollmacht oder als gerichtlich bestellter Betreuer. Aus diesem Grund ist es sinnvoll eine Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung zu erstellen.

Mit einer Vorsorgevollmacht benennen Sie eine Person Ihres Vertrauens, die alle Angelegenheiten regelt, wenn Sie dazu nicht mehr selbst in der Lage sind. Das kann der Ehepartner, ein naher Verwandter oder ein guter Freund sein. Wer auch immer bestimmt wird, ist mit dem Original der Vollmacht im Falle eines Falles sofort handlungsfähig.

Eine Betreuungsverfügung verfolgt im Grunde das gleiche Ziel: Auch hier wird ein Betreuer festgelegt. Der Unterschied besteht darin, dass das Vormundschaftsgericht ihn offiziell bestellt und kontrolliert. Bei der einen wie der anderen Variante wird großes Vertrauen in den Benannten gesetzt. Eine Vollmacht sollte daher nicht leichtfertig erteilt werden. Daher ist es ratsam, sich zunächst mit folgenden Fragen zu befassen:

- Wer kann sich um meine persönlichen Wünsche und Bedürfnisse kümmern?
- Wer kann mein Vermögen verwalten?
- Wem kann ich meine Bankgeschäfte anvertrauen?
- Wer kann für mich nötige ambulante Hilfen organisieren?
- Wer kann für mich einen Platz in einem Senioren- oder Pflegeheim suchen?
- Wer kann meine Wohnung oder meinen Telefonanschluss kündigen?
- Wer kann sich darum kümmern, wie ich ärztlich versorgt werde?
- Wem kann ich es zumuten, bei Operationen und medizinischen Maßnahmen für mich zu entscheiden?

Dies sind nur einige von vielen Gesichtspunkten, die zu bedenken sind.

Eine Vollmacht zur Vorsorge gibt – je nach ihrem Umfang – dem Bevollmächtigten sehr weitreichende Befugnisse. Deshalb ist die wichtigste Voraussetzung Ihr Vertrauen zu der Person, die Sie womöglich bis zu Ihrem Lebensende mit dieser Vollmacht ausstatten wollen. Dies wird in der Regel ein Angehöriger oder eine Ihnen sonst sehr nahestehende Person sein. Auch bei der Bevollmächtigung einer Vertrauensperson müssen Sie nicht auf Vorkehrungen gegen Missbrauch verzichten (z.B. Kontroll- bzw. Widerrufrecht für einen Dritten oder Bestellung mehrerer Bevollmächtigter). Es ist sinnvoll, die gewünschten Bevollmächtigten bereits bei der Abfassung der Vollmacht mit einzubeziehen.

Das Bundesjustizministerium bietet auch hierzu sehr hilfreiche Informationen:

Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung

Wichtiger Hinweis: Die Patientenverfügung sowie die Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung können nur dann greifen, wenn Ihre Angehörigen darüber Bescheid wissen. Daher ist es sinnvoll, eine entsprechende Hinweiskarte immer bei sich zu führen.

Hinweiskarte im Scheckkartenformat

Tritt dieser Fall ein, bitte ich, umgehend mit der von mir bevollmächtigten Person ① / Ärztin oder Arzt meines Vertrauens ②* Kontakt aufzunehmen.
* Bitte Nichtzutreffendes streichen

① Name Tel.
.....
Anschrift

② Name Tel.
.....
Anschrift

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, habe ich,
..... geb.
.....
wohnhaft.....
.....
.....
vorsorglich eine Vollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung* erstellt.
* Bitte Nichtzutreffendes streichen

Außerdem sollten Sie dafür Sorge tragen, dass Patientenverfügung sowie Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung im Fall des Falles auch

gefunden werden. Sie sollten bei den persönlichen Unterlagen, bei Angehörigen oder Freunden, beim Hausarzt, beim Bevollmächtigten oder einer anderen Vertrauensperson aufbewahrt werden.

III. Angebote des Gesundheitssystems

1. Gesetzliche Krebsfrüherkennung

Im Rahmen des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms werden verschiedene Untersuchungen angeboten. Auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums finden Sie eine ausführliche Beschreibung der von der Krankenkasse bezahlten



Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Hier haben wir die wichtigsten Informationen für Sie zusammengestellt:

1.1 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Frauen

Ab 20 Jahre

- eine gezielte Anamnese, d. h. eine Erhebung des Gesundheitszustandes, z. B. durch Fragen nach Blutungsstörungen, Ausfluss und familiärer Vorbelastung
- jährlich eine Untersuchung des inneren und äußeren Genitals und eine Abstrichuntersuchung von Gebärmuttermund und -hals (Pap-Abstrich)

ab 30 Jahre

- jährlich eine Tastuntersuchung der Brüste und der Achselhöhlen und eine Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust

ab 35 Jahre

- jährlich eine Tastuntersuchung der Brüste und der Achselhöhlen
- alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung bestehend aus einem HPV-Test und einer Untersuchung der Gebärmutterhalszellen

Hier finden Sie weiterführende Informationen zum



Gebärmutterhals-Screening-Programm

- alle zwei Jahre eine Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Hier finden Sie weiterführende Informationen zum



ab 50 - 54 Jahre

- jährlich ein immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhl zur Darmkrebs-Früherkennung

ab 55 Jahre

- zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren oder alle zwei Jahre ein immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhl

Hier finden Sie weiterführende Informationen zum



von 50 bis 69 Jahre

- **Mammographie-Screening** – Das ist eine Röntgenreihenuntersuchung der Brust, die alle zwei Jahre mit persönlicher Einladung erfolgt. Sie wird für „symptomlose“ Frauen im Alter von 50–69 Jahren (erhöhtes Brustkrebsrisiko) in speziellen Screening-Einheiten unter qualitätsgesicherten Bedingungen angeboten. Es erfolgt immer eine Doppelbefundung aller Mammographien durch zwei qualifizierte Ärzte. Das Praxispersonal ist besonders geschult und an die Geräte und deren ständige Kontrolle werden besondere Qualitätsanforderungen gestellt.

Hier finden Sie weiterführende Informationen zum



1.2 Gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer

Ab 35 Jahre

- alle zwei Jahre eine Ganzkörper-Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Link zum Programm s.o.)

ab 45 Jahre

- jährlich eine Abtastung der Prostata und der äußeren Genitalien sowie der Lymphknoten in der Leiste

ab 50 - 54 Jahre

- jährlich ein immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhl oder zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren (Link zum Programm s.o.)

ab 55 Jahre

- falls keine Darmspiegelung erfolgt ist alle zwei Jahre ein Test auf verborgenes Blut im Stuhl

Weiterführende Informationen zu den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beim Mann, finden sich in den oben angegebenen Verlinkungen.

2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

2.1 Hilfsmittel (z. B. Brustprothesen und Perücken)

Medizinische Hilfsmittel, die jeder kennt, sind beispielsweise: Rollstühle, Gehhilfen, Prothesen, Kunstaugen, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte oder Seh- und Hörhilfen.

Menschen mit einer Krebserkrankung bekommen von der Krankenkasse z. B. die folgenden Hilfsmittel erstattet:

- Brustprothesen
- Perücken
- Hilfen zur Kompressionstherapie bei Lymphödemgefährdung oder bestehendem Lymphödem, z. B. Kompressionsbestrumpfung
- Stoma-Artikel bei einem künstlichen Darmausgang
- Inkontinenzhilfen

Die Kosten für diese Hilfsmittel werden von den Krankenkassen übernommen, wenn sie erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V). Der Anspruch umfasst nicht nur das Hilfsmittel selbst, sondern auch eine notwendige Änderung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch.

Für Hilfsmittel gibt es sogenannte Festbeträge, die regeln, welche Summe von der Krankenkasse erstattet wird. Versicherte sollten daher vor dem Erwerb eines Hilfsmittels nachfragen, ob die Kosten für das ausgesuchte Produkt, z. B. eine Perücke, höher sind als der Festbetrag. Ist dies der Fall, muss die Differenz selbst bezahlt werden. Die Krankenkasse ist jedoch verpflichtet, Anbieter zu nennen, die das verordnete Hilfsmittel zum Festbetrag liefern.

Der Spitzenverband der Krankenkassen hat eine Onlineversion des Hilfsmittelverzeichnisses entwickelt, in dem Sie gezielt nach Hilfsmitteln suchen können:



Privatversicherte Patientinnen sollten die Kostenübernahme vor dem Kauf von Hilfsmitteln mit ihrer Krankenkasse besprechen.

Kostenübernahme und Zuzahlungen bei der Brustprothetik

Zur Korrektur der Körpersymmetrie kann nach einer Brustamputation eine Brustprothese samt prothesengerechtem Spezialbüstenhalter und ggf. auch Badeanzug erforderlich sein. Die Kosten für eine Brustprothese werden, wenn ein Rezept vorliegt, von der Krankenkasse übernommen. Bei den Spezial-BHs und dem Spezialbadeanzug beteiligt sich die Krankenkasse mit einem Zuschuss, der je nach Krankenkasse variieren kann. Da auch die Abwicklung des Verfahrens bei jeder Kasse anders ist, raten wir, sich vorher dort zu informieren.

Erstversorgung nach Brustamputation:

- eine Erstversorgungsprothese (Stoffprothese mit Wattefüllung) und Zuschuss zu einem Erstversorgungs-BH
- Erstversorgung nach brusterhaltender Operation: Zuschuss zu einem Kompressions-BH

Erstausstattung:

- eine Silikon-Vollprothese (nach Brustamputation) oder ein Silikon-Ausgleichsteil (nach brusterhaltender Operation – BET)
- Zuschuss zu zwei Spezial-Büstenhaltern als Prothesenhalterung bzw. zum Einlegen des Ausgleichsteils
- Zuschuss zu einem Spezial-Badeanzug mit Prothesenhalterung

Regelmäßig:

- jährlich ein Zuschuss zu zwei prothesengerechten Spezialbüstenhaltern
- alle zwei Jahre eine neue Silikon-Vollprothese (nach Brustamputation) oder ein Silikon-Ausgleichsteil (nach BET)
- alle zwei bis drei Jahre Zuschuss zu einem Spezial-Badeanzug.

In der Regel leisten die Krankenkassen außerdem Ersatz bei Funktionsverlust einer Haft-Prothese, bei Veränderung des Körpergewichts (Zu- bzw. Abnahme der verbliebenen Brust) oder bei Beschädigung der Prothese.

Perücken bei Haarverlust durch Chemotherapie

Bei Haarausfall aufgrund einer Chemotherapie übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Perücke oder zahlen zumindest einen Zuschuss. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Die Höhe des Zuschusses ist je nach Krankenkasse unterschiedlich. Vor Anfertigung oder Kauf einer Perücke ist es ratsam, bei der Krankenkasse nachzufragen, bis zu welcher Höhe die Kosten übernommen werden.

Einige Krankenkassen übernehmen bei dem Verzicht auf eine Perücke auch die Kosten für eine andere Kopfbedeckung.

2.2 Heilmittel (z. B. Lymphdrainage)

Heilmittel sind beispielsweise Massagen, Lymphdrainage, medizinische Bäder oder Krankengymnastik. Die Heilmittel müssen für den Therapieerfolg notwendig sein und vom Arzt verordnet werden. Das ist der Fall, wenn Heilmittel eine Krankheit oder die mit ihr verbundenen Beschwerden lindern, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen könnte, beseitigen oder Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern.

In der sogenannten Heilmittel-Richtlinie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellt wird, ist die Verordnung von Heilmitteln geregelt. Bestandteil der Richtlinie ist ein Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen (Heilmittelkatalog), eine Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf und eine Liste der nicht verordnungsfähigen Heilmittel:



Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Bei der Behandlung von Lymphödemen sind zwei unterschiedliche Verordnungsgruppen beteiligt: Dies sind zum einen die Hilfsmittel (z.B. Kompressionsbestrumpfung) und zum anderen die Heilmittel (Manuelle Lymphdrainage).

Je nach Indikation (rechtfertigender Grund) ist eine MLD gemäß der Heilmittel-Richtlinie folgendermaßen verordnungsfähig:

- MLD-30 Minuten (Teilbehandlung) bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zur Behandlung eines Körperteils
- MLD-45 Minuten (Großbehandlung) bei Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen
- MLD-60 Minuten (Ganzbehandlung) bei schwergradigen Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen

Der Indikationsschlüssel für das Lymphödem lautet LY. Zusätzlich kann ein lymphologischer Kompressionsverband (LKV) verordnet werden. Auf dem Rezept steht dann beispielsweise: MLD 45 + LKV. Auch Heilmittel wie Wärmetherapie und/oder Übungsbehandlung mit der Kompression können verordnet werden. Diese Heilmittel haben eine eigene Spalte auf der Verordnung. Auch die Therapiefrequenz wird auf dem Rezept eingetragen. Dabei handelt es sich um eine ärztliche Empfehlung. Änderungen können von der Therapeutin/dem Therapeuten nach Rücksprache mit der Ärztin/dem Arzt erfolgen.

Weiterführende Informationen zum Thema finden Sie in unserer Broschüre



3. Weitere Leistungen der Krankenkassen

3.1 Krankengeld (§§ 44, 46 – 51 SGB V)

Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Versicherte vom Arbeitgeber in der Regel sechs Wochen lang weiterhin ihr Arbeitsentgelt. Anschließend zahlt die Krankenkasse das sogenannte Krankengeld. Es beträgt 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze (4.827,50 Euro im Monat; Stand 2022), jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts.

Krankengeld wird von der Krankenkasse gewährt für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, jedoch längstens für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Zeiten der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber werden bei der Berechnung der 78 Wochen angerechnet. Nach Ablauf von drei Jahren entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung.

Geht die Krankenkasse davon aus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, so kann sie ihn – noch während Krankengeld bezahlt wird – mit einer Frist von zehn Wochen dazu auffordern, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, so endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Auch bei Erreichen der Voraussetzungen für einen Rentenbezug oder Ähnlichem endet die Krankengeldzahlung.

Während einer Rehabilitationsmaßnahme besteht unter Umständen der Krankengeldanspruch fort. Wird die Heilbehandlung durch einen Rentenversicherungsträger durchgeführt, wird Übergangsgeld gezahlt. Krankengeld und Übergangsgeld sind sogenannte Entgeltersatzleistungen.

Wichtig: Eine lückenlose Krankschreibung ist sehr wichtig! Jede neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss lückenlos an die bisherige anschließen, damit Sie den vollen Krankengeldanspruch nicht verlieren. Ihr Arzt muss Sie spätestens am nächsten Werktag nach Ihrem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erneut krankschreiben. Jede Lücke hat finanzielle Folgen. Sie erhalten für die fehlenden Tage entweder kein Krankengeld oder können im schlimmsten Fall sogar Ihren Anspruch vollständig verlieren. Ärzte im Krankenhaus dürfen Sie übrigens sieben Tage länger krankschreiben, als Ihr Aufenthalt dauert, damit Sie in Ruhe einen Termin bei einem niedergelassenen Arzt vereinbaren können.

Anspruch auf Krankengeld bei Selbstständigen

Die Berufsgruppe der Selbstständigen hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung in Form von gesetzlichem Krankengeld. Um als Selbstständiger Anspruch auf gesetzliches Krankengeld von einer Krankenkasse zu erhalten, ist es möglich, sich freiwillig gesetzlich zu versichern. In Woche 1-6 besteht kein Anspruch auf Krankengeld. In Woche 7-78 können Selbstständige durch den Abschluss einer freiwilligen gesetzlichen Versicherung mit einer Lohnfortzahlung ab der 7. Woche bei Krankheit oder Unfall rechnen. Diese beträgt 70 Prozent des Arbeitseinkommens, max. 112,88 pro Tag (Stand 2022).

3.2 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)

Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem sogenannten „Hamburger Modell“ soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern. Während der Maßnahme erhält der Arbeitnehmer weiterhin Kranken- bzw. Übergangsgeld.

Siehe hierzu Kapitel VI 2.3.

3.3 Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V)

Haushaltshilfe wird gewährt, wenn der Versicherte oder der Ehepartner wegen der Teilnahme an einer onkologischen Reha-Maßnahme außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht und ihm die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Krankenkassen können außerdem Haushaltshilfe gewähren, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

3.4 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht durchführbar ist oder der Krankenhausaufenthalt durch häusliche Krankenpflege vermieden werden kann. Häusliche Krankenpflege kann auch dann erfolgen, wenn dadurch eine vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus möglich ist oder wenn sie zur Sicherung der ärztlichen Behandlung notwendig ist.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht in jedem Fall nur dann, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Kann die Krankenkasse keine fachlich ausgebildete Pflegekraft stellen, so hat sie die Kosten für eine selbst beschaffte Kraft, die in Krankenpflege ausgebildet ist, in angemessener Höhe zu erstatten.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht grundsätzlich für vier Wochen je Krankheitsfall, in begründeten Ausnahmefällen auch länger.

Ausführliche Informationen dazu, wie häusliche Krankenpflege organisiert wird, hat der Krebsinformationsdienst zusammengestellt:



3.5 Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (AAPV und SAPV – § 37b SGB V)

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von schwerstkranken und sterbenden Menschen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Ziel ist es, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und Symptome zu lindern. Die AAPV kann sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer professionellen Einrichtung stattfinden.

Die AAPV ist eine Basisversorgung und wird von Haus- bzw. Fachärzten sowie dem ambulanten Pflegedienst mit palliativmedizinischer Grundqualifikation erbracht. Geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter können ebenfalls eingebunden werden.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand deutlich, sollten die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen nicht zögern, über den Hausarzt die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zu beantragen. SAPV umfasst eine 24-Stunden-Bereitschaft eines Teams mit Palliativmedizinern und qualifizierten Pflegekräften, die telefonisch erreichbar sind und auch zu jeder Tageszeit Hausbesuche machen können.

Der Übergang von der AAPV zur SAPV gelingt gut, wenn sich die behandelnden Haus- und Fachärzte direkt mit den SAPV-Teams in Verbindung setzen.

SAPV-Teams finden Sie hier:



3.6 Hospizpflege (§ 39 a SGB V)

Menschen, die an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, können in einem stationären Hospiz aufgenommen werden, wenn kein Bedarf an kurativer Krankenhausbehandlung vorliegt und keine Möglichkeit zur ambulanten Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten besteht.

Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist eine ärztliche Verordnung mit der Diagnose und einer Aussage zur Notwendigkeit der Pflege in einem Hospiz. Aufgrund dieser Verordnung wird ein entsprechender Antrag bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt. In der Regel sollte vor der Aufnahme in ein Hospiz eine Kostenübernahme-Erklärung der Kasse vorliegen. Antragsformulare sind beim Hospiz oder bei der Kasse erhältlich.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter Anrechnung der Leistungen der Pflegekasse 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Der Anteil der Pflegekasse richtet sich nach der Pflegestufe des Versicherten und wird in gleicher Höhe wie die Leistung bei vollstationärer Pflege gezahlt. Der Hospizträger leistet einen Anteil von 5 Prozent des Tagessatzes.

Adressen von Hospizen finden Sie z. B. bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:



[Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin/Stationäre Hospize](#)

Außerdem fördern die gesetzlichen Krankenkassen ambulante Hospizdienste, die Sterbebegleitung im Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen oder in ähnlichen Einrichtungen erbringen.



[Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin/Ambulante Hospizdienste](#)

3.7 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Pflegende Angehörige haben die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit zu reduzieren und den Lohnausfall über einen längeren Zeitpunkt zu strecken (Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf/FPfZG).

Das Gesetz sieht vor, dass Arbeitnehmer unter bestimmten Voraussetzungen für maximal zwei Jahre ihre Wochenarbeitszeit auf 15 Stunden reduzieren können, wenn sie einen nahen Angehörigen pflegen. Während

Pflegezeit/Familienpflegezeit gilt für den Beschäftigten Kündigungsschutz. Der Pflegende ist gesetzlich renten-, arbeitslosen- und unfallversichert.

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sind zum einen ein Nachweis der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufenbescheid) des Angehörigen; zum anderen muss der Pflegende ein naher Angehöriger des zu Pflegenden sein. Außerdem muss die Pflege in häuslicher Umgebung (also in der Wohnung des zu Pflegenden oder in der Wohnung des Pflegenden) stattfinden.

Bei unerwartetem Eintritt einer akuten Pflegesituation müssen berufstätige Familienmitglieder zügig reagieren können, um die pflegerische Versorgung des betroffenen Angehörigen sicherzustellen. Dafür räumt das Pflegezeitgesetz Beschäftigten das Recht ein, in solchen Krisensituationen bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um diese Versorgung sicherzustellen oder die Pflege zu organisieren. Sie erhalten in dieser Zeit ein Pflegeunterstützungsgeld.

Ausführliche Informationen zu den Möglichkeiten, Pflege und Beruf zu vereinbaren, bietet das Bundesgesundheitsministerium:

 [Informationen zum Anspruch auf Pflegezeit](#)

4. Psychoonkologische Unterstützung

Psychoonkologische Angebote können in verschiedenen Einrichtungen und in allen Phasen der Erkrankung – sei es nach Diagnosestellung, während der Therapie, nach der Therapie, beim Wiedereinstieg in den Alltag oder bei einem Rückfall – in Anspruch genommen werden.

Wer während der medizinischen Behandlung keine psychologische Unterstützung angeboten bekommt, sollte nachfragen. Menschen mit einer Krebserkrankung haben ein Recht auf diese Leistung und sollten dieses auch einfordern. Die Kosten für die psychoonkologische Beratung übernehmen in der Regel die Krankenkassen.

Eine Adress-Datenbank, die die Suche nach einem Therapeuten in Wohnortnähe erleichtert, findet sich beim Krebsinformationsdienst (KID):

 [Wegweiser Psychoonkologie KID](#)

Aufgeführt werden psychotherapeutisch arbeitende Psychoonkologen mit einer anerkannten Weiterbildung in der Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Krebserkrankung.

Eine erste Anlaufstelle, Ergänzung oder Alternative zu einer psychoonkologischen Betreuung können auch psychosoziale Krebsberatungsstellen sein:

Psychosoziale Krebsberatungsstellen vor Ort

Bis zu einem Termin bei einer Psychoonkologin kann die Wartezeit manchmal lang sein. Hilfreiche Ansprechpartnerinnen finden Sie dann in einer

Selbsthilfegruppe der FSH vor Ort

Oder schauen Sie vorbei in unserem

FSH-Internetforum

Auch telefonisch bietet die FSH psychosoziale Unterstützung an:

Telefonberatung:

Tel.: 0228 / 33889402

Montag bis Donnerstag: 8.00 - 15.00 Uhr

Freitag: 9.00 - 12.00 Uhr

5. Organzentren

In ganz Deutschland gibt es zertifizierte Organzentren und zertifizierte onkologische Zentren. Diese Zentren bündeln das Know-how und die Erfahrung der an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen. Dort können Sie eine Behandlung nach bestem Stand medizinischen Wissens (evidenzbasiert, leitliniengerecht) während des gesamten Behandlungsverlaufs erwarten.

Um Organzentrum zu werden, müssen Krankenhäuser ein Zertifizierungsverfahren durchlaufen. Außerdem müssen sie jährlich bei einer Begutachtung vor Ort nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen an die Behandlung der Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen.

Die Basis der zertifizierten Zentren stellen die „Organkrebszentren“ dar, in denen häufige Tumorarten wie Brustkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs

behandelt werden. Zentren, in denen mehrere Tumorerkrankungen unter einem Dach betreut werden, heißen „Onkologische Zentren“. Bei sogenannten „Onkologischen Spitzenzentren“ liegt der Schwerpunkt neben der Patientenversorgung auf Forschung und Lehre.

Die Anforderungen werden in interdisziplinären Kommissionen erarbeitet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Das gesamte Zertifizierungssystem wird durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut. Die Frauen-selbsthilfe Krebs ist in den Zertifizierungskommissionen für Brustzentren, Gynäkologische und Onkologische Zentren beteiligt.

Auf folgender Seite können Sie mittels einer detaillierten Suchmaske ein passendes, zertifiziertes Organzentrum in Ihrer Nähe finden:

 [OncoMap der Deutschen Krebsgesellschaft](#)

6. Disease-Management-Programm Brustkrebs

Gesetzlich Versicherte mit bestimmten chronischen Erkrankungen haben die Möglichkeit, sich im Rahmen eines Disease Management Programms (DMP) behandeln zu lassen. Auch für Brustkrebs gibt es ein DMP. Die strukturierten Programme sollen die Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten koordinieren.

Wenn Sie sich in das DMP Brustkrebs einschreiben, erklären Sie sich dazu bereit, aktiv an der Behandlung bzw. Nachsorge mitzuarbeiten, indem sie z.B. regelmäßig alle drei oder sechs Monate einen Arzt aufsuchen. Alle teilnehmenden Fachleute – also Ärzte, Mitarbeiter von Kliniken und Reha-Einrichtungen, Pflegekräfte oder Anbieter von Schulungen – verpflichten sich, die vorgegebenen Qualitätskriterien und Behandlungspläne einzuhalten.

Ausführliche Informationen zum Thema Disease Management Programme finden Sie hier:

 [Disease-Management-Programme](#)

Was das DMP Brustkrebs im Einzelnen für Ihre persönliche Situation beinhaltet und wie Sie sich dazu anmelden können, erfahren Sie bei den behandelnden Ärzten und bei Ihrer Krankenkasse.

7. Klinische Studien

Für Menschen mit einer Krebserkrankung bietet die Teilnahme an einer klinischen Studie die Chance, eine bisher noch nicht allgemein zugängliche Behandlungsmöglichkeit zu erhalten. Darüber hinaus werden die Teilnehmenden besonders intensiv betreut, engmaschig überwacht und nach Methoden behandelt, die alle Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllen.

Neben einem möglichen Nutzen kann eine Studienteilnahme auch Nachteile mit sich bringen, da nicht alle möglichen Wirkungen oder Nebenwirkungen der neuen Behandlungsmethode bekannt sind. Durch die engmaschigen Kontrollen werden negative Konsequenzen einer Therapie jedoch sehr frühzeitig erkannt. Es gibt Stopp-Signale, die einen sofortigen Studienabbruch bedeuten. So wird das Risiko negativer Auswirkungen minimiert. Die Möglichkeit eines Schadens ist sehr gering. Im schlimmsten Fall tritt keine Wirkung ein.

Andererseits können die erforderlichen engmaschigen Kontrolluntersuchungen und eventuell lange Anfahrtswege belastend sein. Wichtig ist daher, dass Sie sich vor der Studieneinschreibung gut über Nutzen, Risiken und die Anforderungen, die die Teilnahme mit sich bringt, aufklären lassen, damit Sie informiert entscheiden können.

Um an einer Studie teilnehmen zu können, müssen Sie bestimmte Zugangsvoraussetzungen erfüllen. Es müssen beispielsweise genügend Hinweise dafür vorliegen, dass Ihnen der neue Wirkstoff möglicherweise nutzt und das Risiko im individuellen Fall vertretbar ist. Für viele Studien gelten zudem bestimmte Einschlusskriterien. So können zum Beispiel spezielle Tumor-Arten und Krankheitsstadien, ein bestimmtes Lebensalter oder vorausgegangene Behandlungen Voraussetzung für die Teilnahme sein. Manchmal sind auch Ausschlusskriterien definiert, bei deren Vorliegen eine Teilnahme nicht möglich ist.

In der Regel wird der Arzt, der Ihren Krankheitsverlauf am besten kennt, dies für Sie prüfen und geeignete Studien empfehlen oder anbieten.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist kostenlos und grundsätzlich freiwillig. Es ist jederzeit möglich, aus persönlichen Gründen die Studie wieder zu verlassen, ohne Nachteile bei der weiteren Behandlung befürchten zu müssen.

Studien werden nach internationalen Qualitätsstandards geplant, von erfahrenem, qualifiziertem Personal durchgeführt und von unabhängigen Gremien überprüft.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema finden Sie bei der Deutschen Krebshilfe:



Blauer Ratgeber Nr. 60 „Klinische Studien“

Ein sehr hilfreiches Informationsblatt hat der Krebsinformationsdienst erstellt:



Klinische Studien: Was muss ich wissen?

IV. Rund ums Geld

1. Zuzahlungen und Gebühren


Grundsätzlich gilt:

Bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Sie vom Arzt ein Rezept erhalten, wird eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten erhoben. Unabhängig von der zehn-Prozent-Regelung beträgt die Zuzahlung mindestens fünf Euro. Nach oben ist der Betrag auf höchstens zehn Euro begrenzt. Wenn die Kosten unter fünf Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt.

Achtung: Die Zuzahlung gilt pro Medikament, Heil- oder Hilfsmittel, nicht pro Rezept.

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit, ausgenommen sind die in Ausnahmefällen genehmigten Fahrten.

Krankenkassenleistung	Zuzahlung
Arzneimittel und Verbandsmittel	10 % vom Abgabepreis; mindestens 5,- €, höchstens 10,- €
Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis; mindestens 5,- €, höchstens 10,- €; keinesfalls mehr als die Kosten des Mittels
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt)	10 % je Packung und max. 10,- € im Monat
Heilmittel	10 % der Kosten und zusätzlich 10,- € je Verordnung
Fahrtkosten	Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden von der Krankenkasse grundsätzlich nicht übernommen. Nur in besonderen Ausnahmefällen darf die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung Fahrtkosten übernehmen. In diesen Fällen ist, wie auch bei Fahrten zu einer stationären Behandlung, eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5,- € und höchsten 10,- € je Fahrt zu leisten.

Vollstationäre Krankenhausbehandlung	10,- € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr. Keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung. Es bleibt bei einer maximalen Belastung von 280,- €, auch bei mehrmaligen Krankenhausaufenthalten wegen unterschiedlicher Erkrankungen.
Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10,- € je Kalendertag für max. 42 Tage im Kalenderjahr.
Anschlussrehabilitation	10,- € je Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr Zuzahlungen, die für einen stationären Krankenhausaufenthalt oder eine andere Rehabilitation im laufenden Kalenderjahr bereits bezahlt wurden, werden angerechnet.
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter	10,- € je Kalendertag
Haushaltshilfe	10 % der Kosten, mindestens 5,- €, höchstens 10,- € je Kalendertag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten für die ersten 28 Leistungstage im Kalenderjahr und zusätzlich 10,- € je Verordnung
Zahnersatz	Ausführliche Informationen finden Sie hier:  Festzuschüsse zum Zahnersatz

1.1 Festbeträge für Arzneimittel

Das Verfahren der Festbeträge soll der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln dienen. Übersteigt der Preis eines Arzneimittels einen bestimmten, vorher festgelegten Betrag, so muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen.

Ärzte sind bei Verordnung eines Medikamentes, das oberhalb des Festbetrages liegt, verpflichtet, den Patienten darüber zu informieren. Der Arzt hat jedoch auch zu prüfen, ob ein preisgünstigeres Präparat mit den gleichen Wirkstoffen zur Verfügung steht und verordnet werden kann. Wenn der Preis

eines Medikamentes 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt, entfällt die Zuzahlung komplett.

Die vom Spitzenverband der Krankenkassen erstellten Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel werden vierteljährlich aktualisiert und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht:

Aktuelle Festbeträge

1.2 Zuzahlungsbefreite Arzneimittel

Bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel und Arzneimittelwirkstoffe sind von der Zuzahlung befreit (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz/AVWG). Eine Übersicht finden Sie hier:

Zuzahlungsbefreite Arzneimittel

Weiterhin können Medikamente von Arzneimittelherstellern, mit denen die Krankenkassen einen Rabattvertrag geschlossen haben, ganz oder teilweise zuzahlungsfrei sein. Ärzte, Apotheker und Krankenkassen erteilen hierzu detaillierte Auskünfte.

2. Belastungsgrenzen

Für Zuzahlungen gelten bestimmte Belastungsgrenzen. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte mehr leisten müssen, als es ihre finanziellen Mittel erlauben.

Die persönliche Belastungsgrenze für Erwachsene beträgt je Kalenderjahr zwei Prozent der gesamten jährlichen Bruttoeinnahmen aller zum Haushalt gehörigen Personen. Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge und den Freibetrag für den Ehepartner. Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Grundlage für die Belastungsgrenze.

Wichtig! Sammeln Sie im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung unbedingt alle Belege! Ärzte, Apotheker, Therapeuten oder Kliniken müssen den Patienten Quittungen über geleistete Zuzahlungen ausstellen. Zuzahlungen sind auch steuerlich absetzbar.

Wer seine persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, erhält von der Krankenkasse eine entsprechende Bescheinigung und muss für den Rest des Jahres keine Zuzahlung mehr leisten.

Eine Möglichkeit, anhand Ihrer Einkommens- und Familiensituation den Betrag zu berechnen, den Sie jährlich maximal an Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen entrichten müssen, finden Sie hier:



2.1 Absenkung der Belastungsgrenze – Chronikerregelung (§ 62 SGB V)

Eine Absenkung der Belastungsgrenze von zwei auf ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens ist möglich, wenn der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet (Chronikerregelung).

Eine Krankheit gilt als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird – also eine Dauerbehandlung notwendig macht. Außerdem muss eines der folgenden drei Merkmale erfüllt sein:

1. eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5
2. ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder ein Grad der Schädigung (GdS) von mindestens 60,
3. die Notwendigkeit einer andauernden medizinischen Versorgung. Das kann eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung sein, eine Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Für die Abrechnung der Zuzahlungen mit den Krankenkassen gilt grundsätzlich das Kalenderjahr. Versicherten, die im laufenden Kalenderjahr ihre Belastungsgrenzen erreicht haben, wird auf Antrag von ihrer Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres eine Befreiung ausgestellt.

Wichtig! Zum Nachweis, dass Sie die Belastungsgrenze erreicht haben, ist es erforderlich, dass Sie alle Belege über Zuzahlungen während des ganzen Kalenderjahres sammeln!

Außerdem ist für die Inanspruchnahme der verminderten Belastungsgrenze eine Bescheinigung des Arztes notwendig, dass Sie sich mit ihm über die weitere Therapie verständigt und therapiegerecht verhalten haben. Das Ausstellen der Bescheinigung darf nur verweigert werden, wenn Sie ausdrücklich erklären, sich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin zu tun gedenken.

Wichtig! Ab den Geburtsjahrgängen 1987 (Frauen) oder 1962 (Männer) gilt Folgendes: Voraussetzung für die Absenkung der Belastungsgrenze ist dann, dass Sie sich von einem Arzt über die Vor- und Nachteile der empfohlenen Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs haben beraten lassen. Die Beratung erfolgt merkblattgestützt nach internationalen Empfehlungen. Sie soll die Berechtigten befähigen, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennungsmaßnahme zu treffen. Eine Teilnahme an den Früherkennungsprogrammen ist nicht zwingend.

Die Beratung wird in einen Präventionspass eingetragen. Sie soll zeitnah nach Erreichen des Anspruchsalters, längstens jedoch in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn des jeweiligen Anspruchsalters wahrgenommen werden. Aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Stichtage gilt diese Regelung für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche Versicherte jeweils beim Erreichen des Anspruchsalters für die jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen. Ihre Krankenkasse wird Sie über die Einzelheiten informieren.

3. Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung nur teilweise übernimmt

3.1 Fahrtkosten

Fahrten zur Krankenbehandlung, deren Kosten übernommen werden, sind im Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V) abschließend aufgezählt. Darunter fallen beispielsweise Fahrten zu stationären Leistungen, Rettungsfahrten zum Krankenhaus oder Krankentransporte. Die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur übernommen, wenn es sich um eine ambulante Krankenhausbehandlung, eine ambulante Operation oder

eine vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus handelt und dadurch eine an sich gebotene stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.

Sonstige Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen werden von den Krankenkassen nur in den folgenden Fällen übernommen:

- Fahrten zur Dialysebehandlung;
- Fahrten zur Chemo- und zur Strahlentherapie;
- Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), Bl (blind) oder H (hilflos);
- Fahrten von Patienten mit dem Pflegegrad 3 und zusätzlicher dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung sowie Pflegegrad 4 und 5 oder mit vergleichbar schweren Erkrankungen, die über längere Zeit ambulant behandelt werden müssen.

Die Zuzahlung zu den Fahrtkosten beträgt 10 Prozent der Fahrtkosten, mindestens 5,00 €, jedoch maximal 10,00 € pro Fahrt. Dies gilt auch für Fahrten von Personen unter 18 Jahren.

Bei genehmigten Fahrten mit dem eigenen PKW werden nach dem Bundesreisekostengesetz je 0,30 €/max. 150 € (Stand 2022) erstattet, für Mitfahrer ist keine Abrechnung möglich.

Wichtig: Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse übernommen. Die meisten Krankenkassen verlangen, dass die zwingende medizinische Notwendigkeit der Hin- und Rückfahrt sowie des Beförderungsmittels vom Arzt begründet wird. Wenn also die Fahrt zur Krankenbehandlung aus medizinischen Gründen nur mit Taxi oder Mietwagen möglich ist, dann muss dies vom behandelnden Arzt schriftlich bestätigt werden. Vordrucke dazu sind in der Regel in Arztpraxen vorhanden.

Wer einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, Bl oder H oder einen Pflegegrad zugewiesen bekommen hat (3 mit dauerhaft eingeschränkter Mobilität, 4 oder 5), für den gelten die Krankenfahrten „automatisch“ als genehmigt. Das bedeutet: Die Fahrtkosten müssen nicht mehr vorab von der Kasse genehmigt werden. Es ist jedoch nach wie vor eine ärztliche Verordnung für die Krankenfahrten erforderlich und es muss ein Eigenanteil erbracht werden.

Es werden nur die Fahrtkosten bis zur nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsstätte und zurück übernommen, es sei denn, es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernten Ort.

Für die Kostenerstattung müssen vorgelegt werden:

- alle Fahrscheine/Fahrausweise und
- die Bestätigung der Klinik/Reha-Klinik, des Arztes oder Therapeuten, dass und zu welchem Zweck die Behandlung stattgefunden hat.

Zuzahlung bei Behandlungsserie

Auch bei Fahrten im Zusammenhang mit einer onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie-Behandlung müssen die festgelegten Zuzahlungen geleistet werden. Diese fallen also nicht nur für die erste und letzte Fahrt einer Behandlungsserie an, sondern werden für jede einzelne Fahrt erhoben, wobei Hin- wie auch die Rückfahrt als Einzelfahrt gelten. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass Krankenkassen individuell anders zugunsten des Patienten entscheiden.

Die geltenden Regeln für die Verordnung von Rettungsfahrten, Krankentransporten und Krankenfahrten finden Sie in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erstellten



3.2 Künstliche Befruchtung

Die gute Nachricht vorweg: Menschen mit einer Krebserkrankung haben die Möglichkeit, vor der anstehenden Behandlung Spermien oder Eizellen einfrieren zu lassen. So können sie später auch dann noch Kinder bekommen, wenn die Therapie die Fruchtbarkeit beeinträchtigt hat. Die Kosten für die Entnahme, das Einfrieren und das Lagern, die sogenannte Kryokonservierung übernimmt die Krankenkasse für gesetzlich Versicherte. Die Kostenübernahme steht Frauen bis zu einem Alter von 40 Jahren und Männern bis 50 Jahren zu.

Maßnahmen, die von der GKV erstattet werden

- Beratung durch einen Spezialisten für Fruchtbarkeitsmedizin
- Bei Frauen: Laboruntersuchungen auf Infektionen (innerhalb von drei Monaten vor der Zellentnahme), hormonelle Stimulationsbehandlung (ab

18 Jahren), Bestimmung der Hormonspiegel, Ultraschalluntersuchungen, Eizellentnahme

- Bei Männern: Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung der Spermien bei Männern und Jungen ab der Pubertät und, falls erforderlich, die Entnahme von Hodengewebe zur Gewinnung von Spermien
- Kryokonservierung inklusive Lagerung der Eizellen oder Spermien

Ausführliche Informationen zum Thema finden sich hier:



Kostenübernahme Kryokonservierung

Nicht übernommen werden derzeit (Stand: März 2022) die Kosten für die Entnahme und das Lagern von Eierstockgewebe.

Kostenübernahme für die Befruchtung

Die späteren Kosten für das Herbeiführen einer Schwangerschaft mit Hilfe der eingefrorenen Ei- oder Samenzellen übernimmt die GKV zu 50 Prozent. Der Gesetzgeber setzt jedoch voraus, dass eine entsprechende medizinische Notwendigkeit und eine Erfolgsaussicht bestehen. Das betroffene Paar muss verheiratet sein. Außerdem gelten Altersgrenzen. Eine künstliche Befruchtung wird erst ab einem Alter von 25 Jahren erstattet und nur bis zum 40. Lebensjahr bei Frauen beziehungsweise dem 50. Lebensjahr bei Männern. Auch sind nur drei Versuche vorgesehen. Betroffene, die die Voraussetzungen nicht erfüllen, müssen unter Umständen selbst für die Kosten aufkommen.

Unverheiratete bekommen keinen Zuschuss von der Krankenkasse. Sie können die Kosten für eine künstliche Befruchtung jedoch als außerordentliche Belastung steuerlich geltend machen.

Auch gleichgeschlechtliche Ehepaare haben keinen Anspruch auf einen Kassen-Zuschuss für eine künstliche Befruchtung (Urteil des Bundessozialgerichts November 2021/ Az. B1 KR 7/21 R).

3.3 Arzneimitteltherapie außerhalb der Zulassung (Off-label-use)

Gibt es für die aktuelle Krankheitssituation in Deutschland keine zugelassenen Arzneimittel oder kommen die zugelassenen Therapien aus medizinischen Gründen nicht infrage, haben Ärzte die Möglichkeit, Arzneimittel zu verwenden, die in Deutschland für eine andere Krankheit oder Krankheits-

situation zugelassen sind. Diese Anwendung wird auch Off-Label-Use genannt. Das bedeutet sinngemäß „nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch“. Gemeint ist damit, dass ein Arzneimittel gegen eine Krankheit eingesetzt wird, für die es von den Zulassungsbehörden keine Genehmigung hat.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die Kosten für eine Behandlung mit Medikamenten außerhalb ihrer Zulassung zu übernehmen. Die Kostenübernahme muss daher vom behandelnden Arzt oder dem Patienten vor Beginn der Behandlung beantragt werden. Dabei muss der Arzt die Behandlung medizinisch gut begründen.

Aus der Begründung muss sich insbesondere ergeben,

- dass keine andere Behandlungsmöglichkeit besteht,
- dass das Arzneimittel schon ausreichend getestet ist und die Aussicht besteht, dass es sich positiv auf den Gesundheitszustand des Patienten auswirkt.

Beim Krebsinformationsdienst finden Sie ausführliche Informationen zum

 **Off-Label-Use**

3.4 Zahnersatz

Für Zahnersatz gibt es ein sogenanntes Festzuschuss-System. Darin ist geregelt, welchen Zuschuss die gesetzlichen Krankenkassen für den jeweilig geplanten Zahnersatz zahlen. Wer regelmäßig zur Vorsorge geht und dies im Bonusheft eintragen lässt, bekommt einen höheren Zuschuss (Bonus-Malus-Regelung).

Für Menschen mit wenig Geld gibt es eine Härtefallregelung.

 **Festzuschüsse zum Zahnersatz**

4. Leistungen, die die GKV nicht übernimmt

4.1 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Präparate)

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, sogenannte OTC-Präparate (over the counter = engl. über den Tresen) werden von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) grundsätzlich nicht erstattet. Dazu zählen z. B. Arz-

neimittel gegen Erkältungen und Halsschmerzen, Abführmittel und Medikamente gegen Reisekrankheit.

Ausnahmen:

- Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr
- Verordnungen für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren
- Verordnungen für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn die Arzneimittel zum Therapiestandard gehören
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die für die Behandlung von schweren Erkrankungen wie z. B. von Krebs als Therapiestandard gelten, sind in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden, z. B. Mistelpräparate in der palliativen Therapie.

Eine aktuelle Übersicht zu den Ausnahmen finden Sie beim Gemeinsamen Bundesausschuss:

Ausnahmen bei Therapiestandard

4.2 Weitere Leistungen, die die GKV nicht übernimmt

Lifestyle-Präparate

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (zum Beispiel Potenzmittel, Diätpräparate, Appetitzügler, Wachstumsmittel), werden nicht erstattet.

Sehhilfen – Brillen

Die Krankenkassen beteiligen sich grundsätzlich nicht an den Kosten für Sehhilfen. Ausnahme: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren und schwerst sehbeeinträchtigte Menschen.

Sterbegeld – Entbindungsgeld

Beide Leistungen sind aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2004 gestrichen.

Sterilisation

Eine Sterilisation wird von der Krankenkasse nur bezahlt, wenn sie medizinisch notwendig ist. Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung vom Versicherten selbst finanziert werden.

V. Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung gibt es seit 1995. Die Beitragszahlung erfolgt an die Pflegekasse als selbstständige Einrichtung bei der Krankenkasse, bei der der Versicherte pflichtversichert ist. Der Beitrag wird – wie bei den Sozialabgaben – von Lohn, Gehalt oder Rente einbehalten und an die zuständige Pflegekasse abgeführt. Privatversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Es besteht die Möglichkeit, sich die privat abgeschlossene Pflegeversicherung monatlich vom Gesetzgeber mit fünf Euro bezuschussen zu lassen. Um diese Förderung zu erhalten, muss der Versicherte mindestens zehn Euro im Monat einzahlen. Beantragt wird die Förderung vom jeweiligen Versicherungsunternehmen.

Gesicherte, aktuelle und gut verständliche Informationen zu allen Aspekten der Pflege bietet die Website des Bundesgesundheitsministeriums:



Online-Ratgeber Pflege

Eine gute Übersicht über die Leistungen, die Sie für die Pflege beantragen können bietet die Verbraucherzentrale:



Pflegeleistungen

Hier folgen die zentralen Informationen in aller Kürze:

1. Pflegegrade und Einstufung

Die Pflegegrade

Es gibt fünf Pflegegrade, die sich daran orientieren, wie selbstständig jemand seinen Alltag meistern kann. Der Gutachter schaut sich die Fähigkeiten einer Person in verschiedenen Lebensbereichen an. Es wird danach gefragt, was ein Mensch noch selbst kann und wobei er Hilfe benötigt. Berücksichtigt werden dabei nicht mehr nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch geistige oder psychische Einschränkungen.

Je höher der Pflegegrad, desto höher die Leistungen, die die Pflegebedürftigen erhalten.

- **PG 1** – geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
- **PG 2** – erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten

- **PG 3** – schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
- **PG 4** – schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
- **PG 5** – schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand kann jederzeit ein Antrag auf eine neue Begutachtung und Höherstufung gestellt werden.

Vorgehen bei „falscher“ Einstufung bzw. Ablehnung

Falls Sie mit der Einstufung oder Ablehnung nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Wird der Widerspruch abgewiesen, kann Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Wichtig ist hierbei, dass die in den Bescheiden/Mitteilungen enthaltenen Fristen für den Widerspruch oder für eine Klage beachtet und eingehalten werden. Ein Widerspruch ist formlos möglich. Es empfiehlt sich jedoch, den Widerspruch schriftlich unter Angaben von Gründen bei der gesetzlichen Pflegekasse bzw. dem Träger der privaten Pflegeversicherung einzulegen.

2. Häusliche Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Mensch zu Hause erhält. Es gibt zwei Möglichkeiten, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Entweder gewährt Ihnen die Pflegekasse die entsprechende Sachleistung (Bezahlung der Pflegeeinsätze von ambulanten Diensten und Sozialstationen) oder Sie erhalten Pflegegeld, mit dem Sie selbst die Pflege durch geeignete Kräfte sicherstellen. Es gibt auch die Möglichkeit, Geld- und Sachleistungen zu kombinieren. Die Entscheidung hierfür muss für mindestens sechs Monate getroffen werden.

Pflegegeld

Pflegegeld ist für Versicherte gedacht, die zuhause von Angehörigen, Freunden oder Bekannten ehrenamtlich gepflegt werden.

Der Bezug von Pflegegeld bei häuslicher Pflege ist an eine verpflichtende Pflegeberatung geknüpft. Die entsprechenden Termine muss der Pflegebedürftige oder die Angehörigen unaufgefordert vereinbaren, und zwar bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Bei Pflegegrad 1 kann halbjährlich eine Beratung vereinbart werden, ist jedoch nicht vorgeschrieben.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

Pflegegeld/Leistungen

Pflegesachleistungen (Pflegedienst)

Die Pflegeversicherung übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 die Kosten für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung bis zu einem gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag (pro Monat). Diese Leistungen werden als ambulante Pflegesachleistungen bezeichnet. Sie werden von zugelassenen ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten erbracht, die ihre Leistungen direkt mit der Pflegekasse bzw. dem Kostenträger abrechnen. Zusätzlich gibt es bei den Pflegesachleistungen eigene Sätze für die voll- und teilstationäre Pflege/Versorgung.

Entlastungsbetrag

Alle Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1 bis 5) können monatlich einen sogenannten Entlastungsbetrag von 125 € (Stand 2022) in Anspruch nehmen. Dieser Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger bzw. zur Förderung der Selbstständigkeit im Alltag gedacht (z.B. Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, ambulante Betreuungsdienste).

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

Pflegesachleistungen/maximale Leistungen

2.1 Tages- und Nachtpflege

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Darin enthalten sind auch die Kosten der morgendlichen und abendlichen Hol- und Bringdienste der Einrichtungen. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden.

Gewährt wird teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

 [Tages- und Nachtpflege/Leistungen](#)

2.2 Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Urlaubs- und Krankheitsvertretung)

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Diese sogenannte Verhinderungspflege kann etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden oder nahe Angehörige erfolgen.

Eine Ersatzpflege ist bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr möglich. Außerdem können bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege **zusätzlich für Verhinderungspflege** ausgegeben werden. Die Leistungen der Verhinderungspflege stehen Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 zu.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

 [Verhinderungspflege/Leistungen](#)

2.3 Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung.

Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5. Der Leistungszeitraum ist auf acht Wochen festgesetzt. Personen mit Pflegegrad 1 können sich Kosten der Kurzzeitpflege über den Anspruch auf Entlastungsleistungen erstatten lassen.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

 [Kurzzeitpflege/Leistungen](#)

3. Pflege im Heim/stationäre Pflege

Auch Pflegebedürftige, die in einem Pflegeheim leben, erhalten je nach Pflegegrad Leistungen der Pflegeversicherung.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

 [Stationäre Pflege/Leistungen](#)

4. Soziale Absicherung der Pflegeperson

Wer pflegebedürftige Angehörige in häuslicher Umgebung pflegt, hat Anspruch auf Rentenbeiträge. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Pflegebedürftige hat mindestens den Pflegegrad 2.
- Die Pflegeperson wendet mindestens 10 Stunden in der Woche über mehr als zwei Monate für Pflege auf und erhält für ihre Leistung keine Vergütung.
- Die zehn Stunden sind auf mindestens zwei Tage verteilt.
- Die Pflegeperson arbeitet nicht mehr als 30 Stunden in der Woche.

Es besteht die Möglichkeit, die erforderlichen zehn Stunden zu erreichen, indem die Pflegezeit bei mehreren Pflegebedürftigen addiert wird.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum Thema

 [Soziale Absicherung/Leistungen](#)

VI. Rehabilitation

Die Diagnose „Krebs“ ist für die meisten Menschen ein Schock, der seelisch, körperlich und sozial verarbeitet werden muss. Zu der sehr belastenden psychischen Situation kommen Therapien, die unterschiedliche Auswirkungen und Folgestörungen mit sich bringen können. In dieser Situation ist es häufig empfehlenswert, eine onkologische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Im folgenden Kapitel erläutern wir die unterschiedlichen Rehabilitationsformen und Ihre Leistungsansprüche.

Die Frauenselbsthilfe Krebs hat eine Broschüre zum Thema „Rehabilitation nach Brustkrebs“ erstellt, die Sie dabei unterstützen soll, Ihre persönlichen Ziele für die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme zu klären. Wir informieren Sie über vorhandene Unterstützungsangebote und stellen Ihnen konkrete Fragen zu Ihrer gegenwärtigen Situation, um Ihnen die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erleichtern.



[Broschüre „Rehabilitation nach Brustkrebs“](#)

Die Broschüre können Sie sich auch kostenfrei zusenden lassen:



[Bestellformular](#)

1. Medizinische Rehabilitation

1.1 Anschlussheilbehandlung (AHB) / Anschlussrehabilitation (AR)

§§ 40 Abs. 6 SGB V, 32 Abs. 1 SGB VI

Unmittelbar an die stationäre Behandlung schließt sich die Anschlussheilbehandlung (AHB), auch Anschlussrehabilitation (AR) genannt, an. Das ist eine ganztägige ambulante oder stationäre Leistung, die dazu dient, den Behandlungserfolg zu sichern und in einer speziell dafür zugelassenen Reha-Klinik/ambulanten Einrichtung erbracht wird.

Die AHB muss von Ihnen beantragt werden, solange Sie sich zur Behandlung im Krankenhaus bzw. in der Strahlentherapie befinden. Die behandelnden Ärzte stellen die Erforderlichkeit fest. Der Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt Sie bei der Antragstellung und leitet die AHB/AR in Abstimmung mit Ihnen, dem Kostenträger und der aufnehmenden Rehabilitationsklinik ein.

Bei Patienten mit einer Krebserkrankung wird die AHB in der Regel nach Abschluss der Primärtherapie, d.h. Operation und Strahlentherapie sowie der daran anschließenden Chemotherapie, eingeleitet. Eine Chemotherapie kann ggf. auch während der AHB noch weitergeführt werden. Meist erfolgt die Maßnahme über einen Zeitraum von drei Wochen. Sie kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert werden.

Wichtig! Eine AHB muss innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Akutbehandlung (Operation und ggf. Bestrahlung) angetreten werden. In besonderen Fällen ist eine Fristverlängerung auf vier Wochen möglich, z. B. bei Bestrahlungen im Hals-Kopfbereich.

In Kürze:

- Antrag durch Akutklinik (Sozialdienst/Arzt) noch während der laufenden Therapie
- Beginn innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach abgeschlossener ambulanter Strahlenbehandlung
- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechender Indikation möglich

1.2 Stationäre Nach- und Festigungs- sowie Rehabilitationskuren für an Krebs erkrankte Menschen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)

Im Unterschied zur Anschlussheilbehandlung erfolgt eine Nach- oder Festigungskur nicht direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Sie kann bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt werden und muss dann auch in diesem Zeitraum durchgeführt werden. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Erstbehandlung Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Meist erfolgt die Nach- oder Festigungskur über einen Zeitraum von drei Wochen. Die Maßnahme kann jedoch bei Notwendigkeit verlängert oder auch verkürzt werden.

Danach können erneute ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erst nach Ablauf von weiteren vier Jahren beantragt und durchgeführt werden. Falls es zu einem Rückfall kommen sollte oder andere schwere

Erkrankungen eintreten, ist eine entsprechende RehaMaßnahme auch früher möglich.

In Kürze:

- Antrag durch Hausarzt/Patientin bei Rentenversicherungsträger/
Krankenkasse
- Antragstellung innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss der
Akutbehandlung
- Wiederholung bei medizinischem Bedarf möglich
- Dauer: in der Regel drei Wochen, Verlängerung bei entsprechender
Indikation möglich

Fahrtkosten werden nur nach vorheriger Genehmigung vom Rehabilita-
tionsträger übernommen.

1.3 Teilstationäre (ambulante) Rehabilitation

Die Rentenversicherungsträger bieten auch teilstationäre Reha-Maßnahmen an. Dies bedeutet, dass die Patientin/der Patient während der Therapiezeiten eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung aufsucht und die Abende und die therapiefreien Wochenenden zu Hause verbringt. Diese teilstationäre Rehabilitation kann anstelle einer stationären Reha-Maßnahme oder zu deren Verkürzung durchgeführt werden.

Zu einer teilstationären Heilbehandlung der Rentenversicherung muss keine Zuzahlung geleistet werden.

1.4 Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rehabilitations- maßnahme

Grundsätzlich gilt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen erforderlich sein, vom Arzt verordnet und vom Kostenträger genehmigt werden muss.

Wenn Sie eine Rehabilitationsmaßnahme antreten wollen, müssen Sie in der Lage sein, die dort zum Einsatz kommenden Maßnahmen durchzuführen und aktiv zu unterstützen. Das setzt voraus, dass

- die Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung und die ggf. daran anschließende Bestrahlung abgeschlossen sind,

- Sie in der Lage sind, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen (Gehfähigkeit),
- Sie selbsthilfefähig sind, das heißt ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.

Ausnahmen bestehen für Patientinnen mit speziellen Körperbehinderungen.

1.5 Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitationsmaßnahme kann entweder formlos oder mit einem speziellen Antragsformular beantragt werden.

Das erforderliche Formular „Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“ gibt es für Erwerbstätige bei der Rentenversicherung:

Reha-Antragsstellung

Nicht-Erwerbstätige stellen den Antrag bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse, den Versicherungsämtern oder bei der Kommune. In Nordrhein-Westfalen ist für Menschen mit einer Krebserkrankung die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung „Arge NRW“ zuständig (Ausnahme: Patienten mit Anspruch auf beamtenrechtliche Versorgung).

Beim Ausfüllen des Antrags helfen die Krankenkassen und die Rentenberatungsstellen.

Zu einem Antrag gehört immer ein Gutachten des behandelnden Arztes. Wichtig ist, dass Ihr Arzt so ausführlich wie möglich Ihren tatsächlichen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand beschreibt und die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme eingehend begründet. Sie können auch Kopien von Krankenhausberichten mitschicken.

Falls notwendig, können Sie Ihrem Antrag einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung beifügen. Formulare halten Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen und Rentenversicherungsanstalten bereit.

Auf der Website „einfach-teilhaben.de“ wird Schritt für Schritt ausführlich der Prozess beschrieben:

Wie beantrage ich eine Reha?

Kostenträger

Wenn Sie im erwerbsfähigen Alter sind und durch Ihre Krankheit die Erwerbsfähigkeit bedroht ist oder Verminderung der Erwerbsfähigkeit droht, dann ist in der Regel die Deutsche Rentenversicherung der zuständige Kostenträger.

Um einen Antrag beim Rentenversicherungsträger stellen zu können, müssen Sie bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen. Bitte informieren Sie sich bei der Deutschen Rentenversicherung, ob Sie die Voraussetzung erfüllen. Falls nicht, übernimmt in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine Rehabilitationsmaßnahme. Das ist zum Beispiel bei Rentnern der Fall.

Bei **Beamten**, Ehefrauen von Beamten und Beamtenwitwen tragen die Krankenkasse und die Beihilfe-Kasse die Kosten der Nach- und Festigungskuren. Diese werden in beihilfefähigen Reha-Einrichtungen durchgeführt.

Sozialhilfeempfänger, für die keine Versicherung zuständig ist, können die Reha-Maßnahme über das Sozialamt beantragen.

Für **Privatversicherte** gilt: Ob die private Krankenversicherung die Kosten übernimmt, ist vom Umfang des jeweiligen Vertrags abhängig. Bitte überprüfen Sie als Privatpatient Ihren Versicherungsschutz auf die Ihnen zustehenden Leistungen. In der Regel müssen Privatversicherte einen Teil der entstehenden Kosten vorstrecken.

1.6 Umgang mit der Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation

Häufig werden Menschen mit einer Krebserkrankung von ihrer Krankenkasse bereits in einer frühen Behandlungsphase aufgefordert, bei der Rentenversicherung einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Der Grund für dieses Vorgehen: Die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen soll durch die Rentenversicherung geprüft werden. Wenn die Betroffenen nicht mehr nur vorübergehend arbeitsunfähig sind, sondern längerfristig bzw. dauerhaft erwerbsgemindert, haben sie keinen Anspruch mehr auf Krankengeld. Die Prüfung durch die Rentenversicherung kann also erhebliche Folgen für Ihre berufliche Zukunft und finanzielle Absicherung haben.

Die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) hat einen Ratgeber herausgegeben, in dem Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie mit

der Aufforderung der Krankenkasse ein guter Umgang gefunden werden kann. Die Broschüre richtet sich zwar zentral an Beraterinnen und Berater in den Krebsberatungsstellen. Doch auch für Sie als Betroffene kann die Broschüre zur Information dienen.



Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen

1.7 Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation

Als Arbeitnehmer haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung einen Anspruch auf Fortzahlung Ihres Entgelts, der im Allgemeinen sechs Wochen beträgt. Ist dieser Anspruch bereits ganz oder teilweise verbraucht, so zahlt der Rentenversicherungsträger auf Antrag Übergangsgeld für die Dauer der Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Dazu müssen Sie unmittelbar vor dem Beginn der Rehabilitation oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben. Auch wenn Sie Krankengeld beziehen, können Sie während der Reha-Maßnahme ein Übergangsgeld erhalten, wenn Sie zuvor rentenversicherungspflichtig waren.

Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kinder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch 75 Prozent. Sind Sie selbständig tätig beziehungsweise freiwillig Versicherter, so wird das Übergangsgeld nicht aus dem letzten Nettoarbeitsentgelt, sondern aus 80 Prozent des Einkommens ermittelt, das den vor Beginn der Leistungen für das letzte Kalenderjahr gezahlten Beiträgen zugrunde liegt.

Erhalten Sie während des Bezuges von Übergangsgeld Arbeitsentgelt oder erzielen Sie Arbeitseinkommen, so werden diese Einkünfte auf das Übergangsgeld angerechnet. Waren Sie unmittelbar vor der Rehabilitationsleistung arbeitslos, erhalten Sie (unter bestimmten Voraussetzungen) Übergangsgeld in Höhe des zuvor gezahlten Arbeitslosengeldes. Empfänger von Arbeitslosengeld II werden die Leistungen vom Träger der Grundversicherung weitergezahlt.

Weitere Informationen zum Übergangsgeld erhalten Sie bei den Beratungsstellen der Rentenkassen oder auf der Website der Deutschen Rentenversicherung:

 [Übergangsgeld/Formulare](#)

1.8 Ansprechpartner zum Thema Rehabilitation

Für Ihre Fragen zu Reha-Leistungen und die Rückkehr an den Arbeitsplatz stehen Ihnen verschiedene Ansprechpartner zur Verfügung, u.a. die Deutsche Rentenversicherung, Ihre Krankenkasse, das Sozialamt und die Agentur für Arbeit. Auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) finden Sie alle Ansprechpartner übersichtlich aufgelistet und verlinkt:

 [Adressverzeichnis wichtiger Ansprechpartner](#)

Auch die Krebsberatungsstellen informieren über das Thema Rehabilitation:

 [Krebsberatungsstellen vor Ort](#)

1.9 Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen

Zuzahlungen zu Anschlussheilbehandlungen

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung** und erfolgt die Anschlussheilbehandlung stationär, begrenzt sich die Zuzahlung auf 14 Tage im Kalenderjahr. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen bei stationärer Behandlung an den Rentenversicherungsträger und bei Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse werden angerechnet.

Ist der Kostenträger die Krankenkasse, ist die Dauer der Eigenbeteiligung auf insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse werden angerechnet. Die Zuzahlungen zählen zur Berechnung der Belastungsgrenze von zwei bzw. einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen dazu – gegebenenfalls kommt also eine Zuzahlungsbefreiung in Frage.

Ist die Anschlussheilbehandlung eine Leistung der Berufsgenossenschaft, ist keine Zuzahlung fällig.

Zuzahlungen zu stationären/ambulanten Reha-Maßnahmen

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, müssen Sie für ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen in der Regel zuzahlen. Die Zuzahlung beträgt 10,- € pro Tag und ist in der Regel auf 42 Tage befristet.

Innerhalb des Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlungen werden nicht angerechnet. Eine Zuzahlungsminderung/-befreiung ist möglich, wenn die Belastungsgrenze von zwei bzw. einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen erreicht ist (siehe Kapitel IV. 2).

Ist der Kostenträger für die Reha-Maßnahme die **Rentenversicherung**, ist die Zuzahlung für längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Bereits geleistete Zuzahlungen im selben Kalenderjahr für ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen sowie für Krankenhausbehandlungen werden angerechnet. Grundsätzlich ist die Zuzahlung bei der gesetzlichen Rentenversicherung von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig. So können sich viele Patienten auf Antrag ganz oder teilweise davon befreien lassen. Informationen dazu finden sich hier:

Zuzahlungen / Wer zahlt was?

Ist der Kostenträger die **Berufsgenossenschaft**, ist keine Zuzahlung fällig.

1.10 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Für kranke und erholungsbedürftige Mütter und Väter (falls gewünscht gemeinsam mit ihren Kindern) bieten die Krankenkassen in speziellen Kliniken Kuren zur Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitskraft an.

Mit Kind kann die Reha durchgeführt werden, wenn

- Mutter bzw. Vater rehabedürftig ist und eine Trennung vom Kind nicht zumutbar ist,
- das Kind während der Reha von Mutter bzw. Vater nicht betreut werden kann.

Diese Form der Rehabilitation kann nur in dafür geeigneten Einrichtungen vorgenommen werden. Voraussetzung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem die Notwendigkeit für diese Maßnahme hervorgeht. Die Reha-Maßnahme dauert in der Regel drei Wochen.

Mutter/Vater-Kindkuren sind Pflichtleistungen der Krankenkassen. Es gelten die üblichen Zuzahlungsbestimmungen. Eine Befreiung im Rahmen der Sozialklausel ist möglich.

Weiterführende Informationen bietet das



1.11 Haushaltshilfe

Eine Reha sollte nicht daran scheitern, weil ein Kind im Haushalt lebt, das sonst unversorgt zurückbliebe. Daher besteht die Möglichkeit, für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe einzustellen. Welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen und welche Leistungen erstattet werden, erfahren Sie hier:



1.12 Wahl der Rehabilitationseinrichtung

Sie können eine zugelassene und für Ihre Erkrankung zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen, wenn die Kosten nicht höher sind als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse oder der Rentenversicherung. Andernfalls müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen.

Die Krankenkasse/Rentenversicherung hat die berechtigten Wünsche des Versicherten zu berücksichtigen. Dazu gehören die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse des Versicherten.

Sind Sie mit der Auswahl der Einrichtung durch den Träger nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen. Kommt man Ihrem Wunsch nicht nach, so muss die Krankenkasse/Rentenversicherung begründen, warum die von ihr ausgewählte Klinik besser geeignet ist, die Rehabilitationsleistung zu erbringen. Daher haben Widersprüche in solchen Fällen häufig Aussicht auf Erfolg.

1.13 Ablehnung eines Antrages

Bei einer Ablehnung des Reha-Antrages durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger kann innerhalb eines Monats Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid bei dem entsprechenden Kostenträger

eingelegt werden. Wichtig ist hier eine fundierte und ausführliche ärztliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit durch den attestierenden Arzt.

Der Rehabilitationsträger muss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages feststellen, ob er oder ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist. Die Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf muss der zuständige Träger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang treffen.

Der Sozialverband Deutschland (VdK) bietet für seine Mitglieder in diesen und anderen Fällen eine Rechtsberatung an. Die Mitgliedschaft beim VdK ist einfach zu erwerben und könnte sich lohnen:



2. Berufliche Rehabilitation

Nach einer längeren Krankheits- und Behandlungsphase ist die Rückkehr in den Beruf oft nicht leicht. Deshalb stehen Arbeitnehmern – unabhängig von der medizinischen Rehabilitation – verschiedene Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung.

Mögliche Ansprechpartner bei Fragen zur beruflichen Rehabilitation sind u.a. die Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, das Integrationsamt, aber auch die Schwerbehindertenvertretung oder die Personalverwaltung beim Arbeitgeber.

2.1 Berufliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Arbeitgeber sind verpflichtet, Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (kurz: BEM) anzubieten. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber klären muss, „wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.“ Wie diese Klärung im Detail auszusehen hat, wird vom Gesetzgeber nicht vorgegeben (§ 167 Absatz 2 SGB IX). In jedem Betrieb und in jeder Dienststelle sind angemessene individuelle Lösungen zu finden. Werks- oder Betriebsarzt sollen hinzugezogen werden, wenn dies erforderlich ist.

Das BEM ist ein Angebot, das vor Arbeitslosigkeit oder Frühverrentung schützen kann. Im Laufe des Verfahrens kann zum Beispiel eine angemessene Beschäftigungsmöglichkeit entdeckt werden. Zum BEM gezwungen werden, können die Beschäftigten nicht. Die Teilnahme ist immer freiwillig.

2.2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der Gesetzgeber hat für Menschen mit Behinderung oder solchen, die von Behinderung bedroht sind, eine Reihe von Vorgaben geschaffen, damit sie auch weiterhin ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend dauerhaft am Arbeitsleben teilnehmen können (SGB IX, § 49 ff) .

Damit soll sichergestellt werden, dass diese Menschen die Möglichkeit haben, weiterzuarbeiten, am gleichen Arbeitsplatz, im gleichen Beruf oder in einem neuen Beruf. Dafür sind verschiedene Unterstützungsleistungen vorgesehen, z. B. technische Veränderung des Arbeitsplatzes oder technische Arbeitshilfen, Weiterbildungen, Ausbildungen, Zuschüsse an den Arbeitgeber.

Wenn Sie im Erwerbsleben stehen und eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, wird dort bereits geprüft, ob krankheits- oder behandlungsbedingte Funktions- oder Fähigkeitsstörungen vorliegen, die zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Leistungsminde- rung führen und eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes, berufliche Verände- rung oder gar Neuorientierung/Umschulung erforderlich machen.

Ausführliche Informationen finden Sie u.a. bei der Bundesarbeitsgemein- schaft für Rehabilitation:



2.3 Hamburger Modell

Die stufenweise Wiedereingliederung nach dem sogenannten „Hamburger Modell“ soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krank- heit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und den Über- gang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern.

Wenn es medizinisch vertretbar ist, kann nach einer gewissen Krank- heitsdauer die Berufstätigkeit stufenweise wieder aufgenommen werden.

Voraussetzung zu dieser stufenweisen Wiedereingliederung ist das Einverständnis und das Zusammenwirken aller Beteiligten. Dies sind neben dem Patienten der Arzt sowie die Krankenkasse oder der gesetzliche Rentenversicherungsträger. Der Arzt muss die medizinischen Voraussetzungen feststellen und bescheinigen. Die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger müssen gemeinsam mit dem Arbeitgeber die finanzielle Abwicklung übernehmen.

Der Beschäftigte ist während der Maßnahme weiterhin krankgeschrieben. Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig von den individuellen gesundheitlichen Anforderungen, die an den Beschäftigten gestellt werden. In der Regel dauert sie sechs Wochen bis sechs Monate. „In der Regel“ heißt aber auch, dass Ausnahmen möglich sind. Arbeitnehmer und Arbeitgeber können die stufenweise Wiedereingliederung durch Erklärung gegenüber dem anderen Partner sofort beenden.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Sie erfolgt im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme. Beim Hamburger Modell erhält der Arbeitnehmer keine Bezahlung oder ein Gehalt für seine Arbeitsleistung. Vielmehr zahlt die Krankenkasse während dieser Zeit weiterhin Krankengeld (max. 78 Wochen insgesamt) bzw. die Rentenversicherung Übergangsgeld.

Hier finden Sie ausführliche Informationen zum

 [Hamburger Modell](#)

3. Nicht medizinische Rehabilitationsangebote

3.1 Angebote der Selbsthilfe am Beispiel der Frauenselbsthilfe Krebs

Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) unterstützt Betroffene, die vorhandenen, eigenen Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Die Organisation verfügt bundesweit über ein dichtes Netz an Selbsthilfegruppen, in denen ca. 20.000 Menschen mit einer Krebserkrankung nach dem Motto „Auffangen, Informieren, Begleiten“ betreut werden. Die FSH

- begleitet Menschen mit einer Krebserkrankung psychosozial durch menschliche Zuwendung in Einzelgesprächen und Aussprache in Selbsthilfegruppen.

- hilft Betroffenen dabei, die Angst vor weiteren Untersuchungen und Behandlungen zu überwinden. In den Gruppen wird Hoffnung vermittelt durch persönliche Erfahrung und eigenes Erleben.
- macht Vorschläge zur Stärkung der Widerstandskraft. In den Gruppen werden z. B. Vorträge von Fachleuten aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens angeboten, u. a. zu Ernährung, Bewegung.
- hilft die Lebensqualität zu verbessern durch Hilfe zur Selbsthilfe, Überwindung von Isolation, Förderung der Kreativität.
- informiert über soziale Hilfen, Versicherungs- und Schwerbehindertenrecht (Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation, Pflegeversicherung, Renten u. v. a. m.).
- vertritt die Interessen von Menschen mit einer Krebserkrankung sozial- und gesundheitspolitisch.

Wenn Sie sich mit anderen Betroffenen austauschen möchten, können Sie hier recherchieren

 [FSH-Selbsthilfegruppe vor Ort](#)

Oder kommen Sie in das

 [FSH-Forum im Internet](#)

3.2. Sport in der Krebsnachsorge als Rehabilitation

Ergänzend zu medizinischer und psychosozialer Betreuung stärken nach einer Krebsoperation Bewegung und Sport die Leistungsfähigkeit, geben Kraft, Beweglichkeit und Selbstbewusstsein. Es gibt verschiedene Angebote für Sport nach einer Krebstherapie. Bevor Sie auf die Suche gehen, sollten Sie mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen, welche Angebote für Sie sinnvoll sind. Auch ob Rentenversicherung oder Krankenkasse die Kosten übernehmen, hängt von der Art des Angebots ab. Daher ist es wichtig, dass Sie vor Beginn eines Trainings bei Ihrer Krankenkasse nachfragen, welche Kosten sie erstattet.

Wo es Reha-Sportangebote bei Ihnen vor Ort gibt, können Sie z.B. bei Ihrer Krankenkasse oder Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Außerdem gibt es

in Sportvereinen häufig Reha-Sportgruppen, die Angebote speziell für Menschen nach einer Krebserkrankung machen.

Informationen zu Reha-Sport nach Krebs und die Kostenübernahme finden Sie hier:



Sport nach Krebs: Kostenübernahme

Auch unabhängig von offiziellen Reha-Sportangeboten können Sie in Eigenregie viel für sich tun. Hilfreiche Informationen bietet zum Beispiel der Krebsinformationsdienst:



Bewegung und Sport: Tipps für Krebspatienten

Und auch eine Broschüre der Deutschen Krebshilfe bietet Unterstützung:



Bewegung und Sport bei Krebs

VII. Rentengewährung

1. Altersrenten

Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung können verschiedene Altersrenten in Anspruch nehmen, für die es unterschiedliche Zugangsbedingungen gibt. Dazu gehören das Erreichen eines entsprechenden Lebensalters, eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) und gegebenenfalls noch weitere Voraussetzungen.



Informationen zu den Mindestversicherungszeiten (Wartezeiten)

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Altersrenten dargestellt.

1.1 Regelaltersrente (§§ 35, 235 SGB VI)

Versicherte können eine Regelaltersrente erhalten, wenn sie:

- die Regelaltersgrenze erreicht und
- die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Die Regelaltersgrenze für Versicherte ab dem Geburtsjahr 1947 wird stufenweise vom 65. auf das 67. Lebensjahr angehoben. Versicherte, die 1964 oder später geboren wurden, erhalten diese Rente dann ab dem 67. Lebensjahr.

Zur allgemeinen Wartezeit zählen Beitragszeiten und Ersatzzeiten. Wenn der Antrag rechtzeitig gestellt wurde, wird die Altersrente ab dem Monat gezahlt, zu dessen Beginn alle Voraussetzungen erfüllt sind.

1.2 Altersrente für langjährig Versicherte (§§ 36, 236 SGB VI)

Versicherte, die vor dem Jahr 1949 geboren sind, können die Altersrente ohne Abschläge in Anspruch nehmen, wenn sie die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Für Versicherte mit den Geburtsjahren 1949 bis 1963 wird die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Rente stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben.

Für Versicherte ab Geburtsjahr 1964 liegt sie dann bei 67 Jahren. Wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, also eine Wartezeit von

35 Jahren, vorliegen, kann diese Rente bereits mit 63 ausgezahlt werden, dann jedoch mit Abschlägen.

Zur Wartezeit von 35 Jahren zählen alle



1.3 Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI)

Diese Rente bietet Versicherten, die die Wartezeit von 45 Jahren und mehr erfüllt haben, die Möglichkeit, auch weiterhin mit 65 eine abschlagsfreie Rente zu erhalten.

Für besonders langjährig Versicherte, die zu den Jahrgängen 1953 bis 1963 gehören, wird die Altersgrenze schrittweise von 63 auf 65 Jahre angehoben.

Zur Wartezeit von 45 Jahren zählen Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit, Berücksichtigungs- und Ersatzzeiten.

1.4 Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§§ 37, 236a SGB VI)

Menschen mit einer Schwerbehinderung (GdB von mindestens 50) können früher in Rente gehen als nicht schwerbehinderte Menschen. Ohne Abschläge können sie die sogenannte Altersrente für schwerbehinderte Menschen in Anspruch nehmen, wenn sie:

- das maßgebende Alter erreicht haben
- vor Beginn der Rente als schwerbehindert (GdB von mindestens 50) anerkannt sind und
- die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Für Versicherte mit dem Geburtsjahr 1952 bis 1963 wird die Altersgrenze für eine abschlagsfreie Rente stufenweise auf das 65. Lebensjahr angehoben. Für Versicherte ab Geburtsjahr 1964 liegt sie bei 65.

Wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann diese Rente bereits mit 60 ausgezahlt werden, dann jedoch mit Abschlägen. Ab Geburtsjahr 1964 kann die Rente frühestens mit 62 beansprucht werden.

Detaillierte Informationen finden Sie hier:



2. Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit (§ 43 SGB VI)

Renten wegen Erwerbsminderung haben die Aufgabe, Einkommen zu ersetzen, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten eingeschränkt oder ganz weggefallen ist. Sollten Sie nicht in der Lage sein, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, prüft Ihr Rentenversicherungsträger, ob ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung besteht. Wenn Sie zwar mehr als drei Stunden, aber weniger als sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können, besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Sie beträgt die Hälfte der Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Zusätzlich müssen folgende versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen:

- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens drei Jahre an Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit liegen und
- die allgemeine Wartezeit muss erfüllt sein.

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente errechnet sich unter anderem aus den Rentenansprüchen, die Sie im Laufe Ihres Erwerbslebens erworben haben. Zur Berechnung der Höhe einer Erwerbsminderungsrente wird ein fiktives Renteneintrittsalter herangezogen und damit ermittelt, wie sich die Rentenansprüche bei gleichbleibender Berufstätigkeit entwickelt hätten. Die Zurechnungszeit beginnt jeweils mit dem Eintritt in die Erwerbsminderungsrente und endet mit dem gesetzlichen Renteneintrittsalter. Die Zurechnungszeiten hat der Gesetzgeber eingeführt, um – teilweise extrem – niedrige Renten zu vermeiden, wenn die Krankheit oder Behinderung bereits sehr früh eintritt. Mit den Zurechnungszeiten werden die bisher erreichten rentenrechtlichen Zeiten aufgestockt.

Die Zurechnungszeit ist im Januar 2019 auf das Alter von 65 Jahren und 8 Monaten angehoben worden. Für Menschen, die bereits eine Erwerbs-

minderungsrente beziehen, endet sie jedoch nach wie vor im Alter von 62 Jahren und drei Monaten.

Beginnt Ihre Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab dem 1. Januar 2020, verlängert sich die Zurechnungszeit in einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2030 schrittweise bis zum 67. Lebensjahr, höchstens jedoch bis zum Erreichen der individuellen Regelaltersgrenze.

Wird die Rente vor der jeweils maßgeblichen Altersgrenze in Anspruch genommen, müssen Rentenabschläge in Kauf genommen werden.

Erwerbsminderungsrenten sind in der Regel auf drei Jahre befristet. danach wird der Anspruch erneut überprüft. Grundsätzlich gilt vor dem Erreichen der Altersgrenze: "Reha geht vor Rente".

Detaillierte Informationen zum Thema finden sich hier:

 [Erwerbsminderungsrente](#)

3. Hinzuverdienst bei vorzeitigen Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten (§§ 34, 96a SGB VI)

Bei Bezug einer vorzeitigen Altersrente (vor Erreichen der Regelaltersgrenze) oder einer Erwerbsminderungsrente darf bis zu gewissen Grenzen hinzu verdient werden. Überschreitet der Hinzuverdienst diese Grenzen, wird die Rente nur noch zu einem bestimmten Teil oder gar nicht mehr geleistet.

Nach Erreichen der Regelaltersgrenze kann der/die Berechtigte ohne Einschränkungen hinzuverdienen.

Vor Erreichen der Regelaltersgrenze muss bei Rentenbezug, egal ob vorzeitige Altersrente oder Erwerbsminderungsrente, jede Erwerbstätigkeit beim Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Dort erfahren Sie auch, ob Ihr Verdienst die Grenze einhält oder überschreitet und wie sich das ggf. auf Ihren Rentenbezug auswirkt.

Die Deutsche Rentenversicherung informiert ausführlich über die

 [Hinzuverdienstmöglichkeiten](#)

Im Folgenden haben wir die wesentlichen Informationen für Sie zusammengefasst.

3.1 Hinzuverdienstgrenze für eine vorzeitige Altersrente

Bei einem Hinzuverdienst von max. 450 € monatlich wird die vorzeitige Altersrente bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze in voller Höhe gezahlt.

Hinweis: Für die Jahre 2021 und 2022 wurden die Hinzuverdienstgrenzen deutlich angehoben:



Corona-bedingte Änderungen für 2021/2022

3.2 Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Erwerbsminderung

Bei den Erwerbsminderungsrenten wird der Hinzuverdienst seit Juli 2017 stufenlos angerechnet. Es gibt Unterschiede je nachdem, ob Sie eine Rente wegen voller oder wegen teilweiser Erwerbsminderung beziehen.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Wenn Sie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, gilt für Sie die Hinzuverdienstgrenze 6.300 € jährlich. Was Sie darüber hinaus verdienen, wird zu 40 Prozent auf die Rente angerechnet.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Bei der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird die jährliche Hinzuverdienstgrenze individuell berechnet. Sie orientiert sich – vereinfacht gesagt – an Ihrem höchsten Einkommen der vergangenen 15 Jahre. Der Verdienst, der über dieser Grenze liegt, wird zu 40 Prozent auf die Rente angerechnet.

VIII. Arbeitslosengeld I und II, Grundsicherung, Sozialgeld

1. Arbeitslosengeld I nach einer befristeten Rente

Das Arbeitslosengeld I ist eine Versicherungsleistung und wird von dem zuletzt erzielten Einkommen berechnet. Anspruch auf Arbeitslosengeld I kann auch nach einer befristeten Rente entstehen. Hier ist zu beachten, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine fiktive Bemessung erfolgen kann (§ 132 SGB III). Dies ist dann der Fall, wenn in einem Bemessungsrahmen von zwei Jahren keine 150 Tage Lohn- oder Gehaltszahlungen festgestellt werden können. Das trifft im Wesentlichen auf Arbeitslosigkeit nach Elternzeit und Auslaufen einer vollen Erwerbsminderungsrente zu.

Das fiktive Entgelt wird nach der beruflichen Qualifikation festgestellt. Eingeteilt wird es in vier Stufen:

- Hochschul- / Fachhochschulausbildung (Qualifikationsgruppe 1)
- Fachschulabschluss oder ein vergleichbarer Abschluss (Qualifikationsgruppe 2)
- Abgeschlossene Ausbildung in einem Ausbildungsberuf (Qualifikationsgruppe 3)
- Keine Ausbildung (Qualifikationsgruppe 4)

Das jeweilige Bemessungsentgelt ist das gerundete Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorangegangenen Kalenderjahr durch 420 geteilt.

Übersicht zur Anspruchsdauer Arbeitslosengeld I:

Die Anspruchsdauer bei Arbeitslosengeld I halbiert sich nach Anzahl der Monate, in denen ein Versicherungspflichtverhältnis vorgelegen hat. Der Anspruch beginnt bei einem Versicherungspflichtverhältnis von insgesamt mindestens zwölf Monaten und beträgt dann sechs Monate. Versicherte, die jünger als 50 Jahre sind, können höchstens 12 Monate lang Arbeitslosengeld erhalten, sofern sie zuvor 24 Monate oder länger versicherungspflichtig waren.

Für Arbeitslose nach Vollendung des 50. Lebensjahres gilt eine verlängerte Bezugsdauer. Bei 30 Monaten versicherungspflichtiger Tätigkeit haben sie

Anspruch auf 15 Monate Arbeitslosengeld I. Ab 36 Monaten Tätigkeit können sie 18 Monate lang Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben. Ab 58 Jahren und 48 Monaten Beitragszahlung besteht ein Anspruch auf 24 Monate Arbeitslosengeld.

2. Grundsicherung und Sozialhilfe

Grundsicherungsleistungen gibt es als



Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
(§§ 41 - 46b SGB XII)



Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 - 40 SGB XII)



Arbeitslosengeld II (ALG II)/Sozialgeld

Arbeitslosengeld II und Sozialgeld werden umgangssprachlich – wenn auch nicht korrekt – als „Hartz IV“ bezeichnet.

Eine Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bietet ausführliche Informationen zur:



Grundsicherung für Arbeitsuchende

2.1 Arbeitslosengeld II

Eines der grundsätzlichen Ziele der Hartz-IV-Reform bestand in der Zusammenführung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe zum „Arbeitslosengeld II“. Die Leistungen setzen sich aus dem pauschalisierten Regelbedarf und den Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen. Der Regelbedarf wird vom Bund und die Unterkunfts- sowie Heizkosten von der Kommune bzw. dem Landkreis per Verordnung bestimmt.

Informationen zum pauschalisierten Regelbedarf finden Sie hier:



Aktuelle Regelsätze

Zusätzliche Leistungen

Zu den Kosten von Miete bzw. Unterkunft und Heizkosten können zusätzliche Leistungen beantragt werden, zum Beispiel für Erstausstattung mit Kleidung, Möbeln und Haushaltsgeräten, Beiträge zur gesetzlichen/privaten Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Mehrbedarf für Schwangerschaft, Mehrbedarf für Alleinerziehung oder Behinderung, Mehrbedarf für krankheitsbedingte Ernährung und für Klassenfahrten. Alle Leistungen werden nur nach Antrag gewährt.

Es gibt viele Möglichkeiten der Hilfe – bitte wenden Sie sich an Ihr zuständiges Sozialamt. Hier finden Sie eine Übersicht (samt Kontaktdaten):



Sozialämter in Deutschland

Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Pflegebedürftige, blinde und hilflose Personen können Hilfe zur Pflege beanspruchen, wenn Einkommen bzw. Vermögen zu gering sind, um den für die Pflege anfallenden Eigenanteil zu erbringen. Die Gewährung erfolgt unter Berücksichtigung von Einkommensgrenzen. Die Pflegebedürftigkeit muss nachgewiesen sein (Pflegegrad) und die Leistungen anderer Versicherungen (z. B. Pflegeversicherung) dürfen die Kosten für die Pflege nicht bzw. nicht vollständig abdecken. Beratung und Antragstellung beim zuständigen Sozialamt.

2.2 Sozialgeld

Sozialgeld erhalten Angehörige von ALG-II-Empfängern, die selbst nicht erwerbsfähig sind. Das Sozialgeld soll das Existenzminimum dieser Personen sichern.

Das Sozialgeld umfasst:

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts,
- Leistungen für Mehrbedarf beim Lebensunterhalt,
- Leistungen für Unterkunft und Heizung sowie
- Gewährung eines Darlehens, wenn ein unabweisbarer Bedarf im Einzelfall eintritt.

IX. Hinweise für Patientinnen und Patienten im Beamtenverhältnis und für Privatversicherte

1. Regelungen für Beamte und Selbstständige

Regelungen, die für Beamte gelten:

Ein einheitliches Beihilferecht für Beamte gibt es in Deutschland nicht, da das Beihilferecht Ländersache ist. Zwar orientieren sich viele Länder an den Beihilfavorschriften des Bundes, dennoch bestehen hinsichtlich der Beihilfe teilweise erhebliche Abweichungen. Daher sollte in jedem Fall vor größeren Maßnahmen zunächst eine Genehmigung der zuständigen Behörde eingeholt werden.

- Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich beihilfefähig, ausgeschlossen sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie z.B. Schnupfen-, Schmerz- und Hustenmittel, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel, Arzneimittel gegen Reisekrankheit, Nahrungsergänzungsmittel, soweit es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind beihilfefähig.
- Die Leistungen zur häuslichen Krankenpflege erfolgen in der Regel entsprechend denen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Beamte können Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger nicht in Anspruch nehmen. Sie können jedoch z.B. Krebsnachsorgemaßnahmen im Rahmen der Beihilfavorschriften beim Bund oder bei den Ländern beantragen.



Beihilfavorschriften bzw. Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder

Regelungen, die für Privatversicherte gelten:

- Privatversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Beitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand.

- In einer privaten Vollversicherung ist die Reha-Behandlung grundsätzlich nicht eingeschlossen. Es gibt jedoch spezielle Reha-Tarife.
- Privatversicherte Personen haben 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 Rehakliniken erfüllen diese Bedingungen. Informieren Sie sich bei der entsprechenden Klinik und holen Sie sich in jedem Fall vorher die Zusage der Krankenversicherung ein, dass diese die Kosten übernimmt.

2. Bei Schwerbehinderung aus der privaten zurück in die gesetzliche Krankenversicherung

Viele Menschen mit gutem Einkommen reizt in jungen Jahren der Wechsel in die PKV. Da dort die Beiträge jährlich ansteigen und im Alter sehr hoch sein können, ist diese Form der Krankenversicherung nur für Personen geeignet, die langfristig mit einem sehr guten Einkommen rechnen. Eine Krebsdiagnose kann diese Berechnung allerdings schnell auf den Kopf stellen.

Sonderkündigungsrecht bei Schwerbehinderung

Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber einen Weg geschaffen, um PKV-Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit zu bieten, in die GKV zurückzukehren. Grundlage dieser Möglichkeit ist Paragraph 9 Abs. 1 Nummer 4 des 5. Sozialgesetzbuchs (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Der Paragraph definiert ein sogenanntes Sonderkündigungsrecht in der PKV. Wer aufgrund einer plötzlichen Schwerbehinderung (Grad der Behinderung von mindestens 50) einen Schwerbehindertenausweis beantragt hat und nur noch über ein geringes Einkommen verfügt, kann dieses Recht in Anspruch nehmen.

Das Sonderrecht zur Rückkehr in die GKV gilt jedoch nur für drei Monate ab Feststellung der Schwerbehinderung und ist nur unter bestimmten weiteren Voraussetzungen möglich. Dazu gehört, dass ein Verwandter ersten Grades (Vater, Mutter, Ehepartner/-partnerin oder Partner/Partnerin einer eingetragenen Lebensgemeinschaft) in den vergangenen fünf Jahren mindestens drei Jahre lang Mitglied in der GKV gewesen ist (siehe auch § 2 Abs. 2 SGB IX).

Altersgrenzen für Rückkehrer

Außerdem gibt es eine weitere gravierende Einschränkung beim Sonderrecht zur Rückkehr. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Satzungen Höchstaltersgrenzen für Rückkehrer festlegen dürfen. Bei den meisten Kassen ist dies eine Altersgrenze von 45 Jahren.

Egal ob nun eine Schwerbehinderung vorliegt oder nicht: Ab 55 Jahren gibt es weder für Angestellte noch für Selbstständige ein Zurück in die GKV. Diese Grenze hat der Gesetzgeber bewusst gewählt, da er verhindern möchte, dass Versicherte die Vorteile der PKV in jungen Jahren mitnehmen und im Alter dann von den Leistungen der GKV profitieren, in die sie nicht oder nur kurze Zeit eingezahlt haben.

Rückkehr für Geringverdiener über die Familienversicherung

Wer die Altersgrenze überschritten hat, die eine Rückkehr in die GKV erlaubt, dem bietet die PKV den Wechsel in entweder einen Standardtarif, Basistarif oder Notlagentarif an. Für diese Tarifoptionen müssen jedoch bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Hier sollten Sie mit Ihrem Versicherer klären, welche Möglichkeiten für Sie bestehen. Informationen finden sich auch auf der Website des Bundesverbandes der Privaten Krankenversicherungen:



Sollte keine der Optionen für Sie in Frage kommen, besteht ggf. noch die Möglichkeit, über die Familienversicherung wieder Mitglied in der GKV zu werden. Hierfür gibt es keine Altersgrenze. Die kostenlose Familienversicherung ist jedoch an bestimmte Auflagen geknüpft: So darf Ihr eigenes Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreiten. Stand 2021 ist lediglich ein Verdienst von 553,33 Euro im Monat (Einkommensgrenze in der Familienversicherung + Werbungskostenpauschale) oder ein Minijob – mit einem Einkommen von dann höchstens 450 Euro im Monat erlaubt.

Besteht keine Möglichkeit in die Familienversicherung zurückzukehren, bleibt nichts anderes übrig, als sich an das Sozialamt zu wenden. In diesem Fall muss der Staat einspringen.

Rückkehrmöglichkeiten für Angestellte ohne Schwerbehinderung

Für Angestellte, die jünger als 55 Jahre sind, ist die Rückkehr in die GKV relativ einfach. Hier ist die Voraussetzung ausschließlich, dass das Gehalt unter der sogenannten Jahresarbeitsentgeltgrenze von 64.350 Euro (Stand 2021) liegt. Wenn das Gehalt darüber liegt, können Angestellte ihren Arbeitgeber bitten, das Gehalt zu senken. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten, z.B. Gehaltsbestände ins nächste Jahr zu schieben oder Teile des Gehalts in eine betriebliche Altersversorgung umzuwandeln. Nach der Rückkehr in die GKV kann das Gehalt wieder angehoben werden. Man gilt dann als „freiwillig Versicherter“.

Rückkehrmöglichkeiten für Selbständige ohne Schwerbehinderung

Selbstständige haben grundsätzlich kein Recht in die GKV zurückzukehren. Doch auch für sie bestehen Möglichkeiten. Wer eine eigene Firma leitet, kann sich von dieser anstellen lassen. Voraussetzung ist auch hier ein Gehalt unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Selbstständige ohne eigene Firma können sich eine Anstellung suchen und nebenberuflich in der selbstständigen Tätigkeit weiterarbeiten. Das sollte allerdings nicht nur zum Schein erfolgen. Die GKV prüft das nach. Es besteht auch die Möglichkeit, sich für ein Jahr arbeitslos zu melden. Voraussetzung: eine freiwillige Arbeitslosenversicherung. Wer wieder in die GKV aufgenommen wurde, kann später auch wieder hauptberuflich selbstständig tätig sein und als freiwillig Versicherter in der GKV versichert bleiben.

Hier finden Sie weiterführende Informationen zum Thema



Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung

X. Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Bei dem Umgang mit sozialen Problemen unterstützt – neben den zuvor genannten Einrichtungen – auch die Deutsche Krebshilfe.

Der Härtefonds hilft Menschen mit einer Krebserkrankung und ihren Angehörigen schnell und unbürokratisch, wenn sie durch ihre Erkrankung unverschuldet in eine finanzielle Notlage geraten sind. Die finanzielle Unterstützung ist in der Höhe begrenzt und wird in der Regel nur einmal gewährt. Damit die Gelder wirklich denen zugute kommen, die sie am dringendsten benötigen, sind die Zuwendungen an Familieneinkommensgrenzen gebunden. Ein einfaches Antragsformular dient der raschen Abwicklung der Anträge und soll zugleich den Nachweis der Bedürftigkeit erbringen.



Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Hilfreiche Adressen und Informationen

Bundesärztekammer

Telefon: 030 / 40 04 56-0

www.baek.de

Deutsche Gesellschaft für Senologie

Telefon: 030 / 514 88 33 45

www.senologie.org

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

www.krebsgesellschaft.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe – Infonetz Krebs

Telefon: 0800 / 80 70 88 77 (kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

Montag bis Freitag von 8:00–17:00 Uhr

www.infonetz-krebs.de

www.krebshilfe.de

Deutsches Krebsforschungszentrum – Krebsinformationsdienst

Telefon: 0800 / 4 20 30 40 (kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

täglich von 8:00 - 20:00 Uhr

www.krebsinformationsdienst.de

www.dkfz.de

Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Stefan Schwartze

Telefon: 030 / 18-441-3424

www.patientenbeauftragter.de

SoVD – Sozialverband Deutschland

Telefon: 030 / 72 62 22-0

www.sovd.de

Stiftung Gesundheit

Telefon: 040 / 80 90 87-0

www.stiftung-gesundheit.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist eine gemeinnützige Einrichtung, die kostenfrei zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen berät und informiert.

Deutsch: 0800 / 0 11 77 22 (Montag bis Freitag 8:00 - 18:00 Uhr)

Türkisch: 0800 / 0 11 77 23 (Montag bis Freitag 8:00 - 18:00 Uhr)

Russisch: 0800 / 0 11 77 24 (Montag bis Freitag 8:00 - 18:00 Uhr)

Arabisch: 0800 / 33 22 12 25 (Di. von 11:00 - 13:00 Uhr,
Do. von 17:00 - 18:00 Uhr)

www.patientenberatung.de

VdK Sozialverband

Telefon: 030 / 9 21 05 80-0

www.vdk.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Telefon: 030 / 2 58 00-0

www.vzbv.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Telefon: 0221 / 89 92-0

www.infodienst.bzga.de

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband vertritt auf Bundesebene die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung:

www.gkv-spitzenverband.de.

Die einzelnen Verbände finden Sie hier:

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

Die Bürgertelefone des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Mit Beratungstelefonen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das BMG allen Bürgerinnen und Bürgern eine unabhängige Anlaufstelle für Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem.

Alle Nummern finden Sie hier:

 [Bürgertelefon des BMG](#)

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)

Mit Beratungstelefonen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das BMAS allen Bürgerinnen und Bürgern eine unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Sozialsystem.

 [Bürgertelefon des BMAS](#)

Deutsche Rentenversicherung

Servicetelefon: 0800 1000 4800 (kostenlos)

von Mo-Do 7:30 - 19:30 Uhr, Fr. 7:30 - 15:30 Uhr

 [Kontaktformular](#)

www.deutsche-rentenversicherung.de

Fragen rund um das Thema Rente und Rehabilitation beantworten Ihnen Experten am kostenlosen Servicetelefon 0800 / 1000 480 70, Montag bis Donnerstag: 7:30–19:30 Uhr, Freitag: 7:30–15:30 Uhr.

Wichtige Internetadressen auf einen Blick

Internetseiten mit qualitätsgesicherten Informationen zum Thema Krebs und Gesundheitsversorgung, die auch für Betroffene und Angehörige zugänglich und allgemein verständlich sind, finden Sie hier:

www.aezq.de

www.bmg.bund.de

www.bundesaerztekammer.de

www.cancer.org (nur in englischer Sprache)

www.dkfz.de

www.facebook.com/frauenselbsthilfe

www.frauengesundheitsportal.de

www.frauenselbsthilfe.de

www.gesundheitsinformation.de

www.infonetz-krebs.de

www.iqwig.de

www.krebsgesellschaft.de

www.krebshilfe.de

www.krebsinformationsdienst.de

www.nachsorge-ist-vorsorge.de

www.patienten-information.de

www.stiftung-gesundheit.de

www.washabich.de

www.wissenwaswirkt.org

Die FSH-KrebsApp

Wer die Diagnose Krebs erhält, der hat meist viele Fragen. Im Internet ist heute eine Fülle an Informationen zum Thema vorhanden. Doch gerade durch diese Fülle ist es häufig schwierig, sich zurechtzufinden, d.h. gute von schlechten und relevante von irrelevanten Informationen zu unterscheiden. Die FSH-KrebsApp hilft Ihnen dabei, sich im Dschungel der Angebote zu orientieren.

Wir haben für Sie zum Beispiel gute Beratungsangebote zu den folgenden Bereichen zusammengestellt:

- Erfahrungsaustausch und Unterstützung
- Beratung zu medizinischen Themen
- Beratung zu sozialen Themen
- Experten/Krankenhäuser finden
- Beratung bei Fragen zu Reha-Maßnahmen

In der Rubrik „Infothek“ finden Sie zudem qualitätsgesicherte Informationsangebote zu den folgenden Themenbereichen:

- Behandlungsleitlinien
- Geld und mehr
- Lymphdrainage
- Hilfsmittel (z.B. Perücken)
- Rehabilitation
- Schwerbehindertenausweis

Für Android-Smartphones finden Sie die KrebsApp im Google Playstore; und für iPhones steht sie im App-Store zur Verfügung.

Vorteil einer App

Eine App fürs Smartphone bietet den Vorteil, auch unterwegs, z.B. im Wartezimmer, schnell auf wichtige Informationen zugreifen zu können. Zudem ist bei einer App keine Datenübertragungen erforderlich, so dass begrenzte Datenflattrates geschont werden. Außerdem wird weniger Energie verbraucht, als bei der Nutzung des Internetbrowsers, so dass der Handy-Akku länger hält.

Informationsmaterial der Frauenselbsthilfe Krebs

In der Bundesgeschäftsstelle der Frauenselbsthilfe Krebs können u. a. folgende weitere Informationsmaterialien bestellt werden (Kontaktadresse siehe Rückseite) und stehen im Internet zum Download bereit:



Bestellformular

- E-Book/PDF „Soziale Informationen“ (jährlich aktualisiert)
- Broschüre „Brustamputation - Wie geht es weiter?“
- Broschüre „Rehabilitation bei Brustkrebs“
- Broschüre „Krebs und Lymphödem“
- Broschüre „Krebs und Sexualität“
- Orientierungshilfe „Brustkrebs – Was nun?“
- Orientierungshilfe „Frauen mit einer Krebserkrankung und ihre Kinder“
- Orientierungshilfe „Eierstockkrebs“
- Magazin „perspektive“ (kostenfrei abonnierbar)

Hinweis in eigener Sache

Die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte übernehmen wir nicht. Als juristisch verbindlich können ausschließlich die originalen Gesetzestexte, Verordnungen und Richtlinien dienen. Sollten Ihnen Fehler auffallen, freuen wir uns über einen Hinweis.

Ihr Bundesvorstand der Frauenselbsthilfe Krebs

Die Landesverbände und Netzwerke der Frauenselbsthilfe Krebs

Landesverband Baden-Württemberg/Bayern e. V.

Christa Hasenbrink
Telefon: 0 75 53 – 918 48 44
kontakt-bw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Berlin/Brandenburg e. V.

Uta Büchner
Telefon: 03 38 41 – 3 51 47
kontakt-be-bb@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Hessen e. V.

Angela Beck
kontakt-he@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern/Schleswig-Holstein e. V.

Sabine Kirton
Telefon: 03 83 78 – 2 29 78
kontakt-mv-sh@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Niedersachsen/Bremen/Hamburg e. V.

Heide Lakemann
Telefon: 0 42 03 – 70 98 44
kontakt-ni-hb-hh@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.

Gisela Schwesig
Telefon: 02 11 – 34 17 09
kontakt-nrw@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e. V.

Dr. Sylvia Brathuhn
Telefon: 0 26 31 – 35 23 71
kontakt-rp-sl@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen e. V.

Isolde Tanneberger
Telefon: 0 35 25 – 525 90 25
kontakt-sn@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.

Elke Naujokat

Telefon/Fax: 035387 – 43103

kontakt-st@frauenselbsthilfe.de

Landesverband Thüringen e. V.

Marion Astner

Telefon: 03641 – 2380954

kontakt-th@frauenselbsthilfe.de

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e. V.

Peter Jurmeister

Telefon: 07232 – 79463

p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net

www.brustkrebs-beim-mann.de

NetzwerkStatt Krebs

mail@netzwerkstattkrebs.de

www.netzwerkstattkrebs.de

Die Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) ist eine der größten und ältesten Krebs-Selbsthilfeorganisationen Deutschlands. Sie verfügt bundesweit über ein dichtes Netz an regionalen Gruppen, über ein moderiertes Forum im Internet, eine Telefonberatung und über Netzwerkangebote für Männer mit Brustkrebs sowie für junge, an Krebs erkrankte Menschen. Alle Angebote stehen auch Angehörigen offen. Die Teilnahme an den Gruppentreffen ist unverbindlich und kostenfrei.



Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Frauenselbsthilfe Krebs
Thomas-Mann-Straße 40,
53111 Bonn

Telefon 0228 - 3 3889-400
kontakt@frauenselbsthilfe.de
www.frauenselbsthilfe.de
www.facebook.com/frauenselbsthilfe

Unter Schirmherrschaft und mit finanzieller
Förderung der Deutschen Krebshilfe



Deutsche Krebshilfe
HILFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.