



Sozialrecht und Brustkrebs





Inhaltsverzeichnis

1 Grundsätzliches: Anträge stellen, Widerspruch & Klageverfahren	6
2 Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Befreiungsmöglichkeiten	7
2.1 Zuzahlungen	7
2.2 Befreiung von Zuzahlungen und Chroniker-Regelung	8
2.3 Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen	9
3 Rehabilitation	17
3.1 Medizinische Rehabilitation	17
3.2 Berufliche Rehabilitation – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	19
4 Schwerbehinderung	21
4.1 Feststellung der Behinderung – der Antrag	21
4.2 Grad der Behinderung (GdB)	22
4.3 Merkzeichen und Nachteilsausgleiche	23
4.4 Nachteilsausgleiche	24
5 Lohnersatzleistungen	29
5.1 Krankengeld	29
5.2 Nahtlosigkeitsregelung (§ 145 SGB III)	30
5.3 Existenzsichernde Leistungen – Sozialhilfe, Grundsicherung und Bürgergeld	30
6 Erwerbsminderungsrente (EM-Rente)	32
7 Pflegeversicherung	35
7.1 Pflegebedürftigkeit	35
7.2 Pflegegrade und Pflegeleistungen	35
7.3 Leistungen bei häuslicher Pflege	36
7.4 Leistungen bei teilstationärer Pflege	36
7.5 Leistungen bei stationärer Pflege	37
8 Palliative Versorgung	38
8.1 Die Möglichkeiten der Palliativversorgung	38
9 Vorsorgedokumente – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung	41
9.1 Patientenverfügung	42
9.2 Vorsorgevollmacht	43
9.3 Betreuungsverfügung	43
Informations- und Beratungsangebote	44



Einleitung

Liebe Patientinnen*, liebe Angehörige,

mit der Diagnose metastasierter Brustkrebs ist Ihr Leben wahrscheinlich aus den Fugen geraten und die Diagnose belastet Sie. Die meisten Frauen berichten von Ängsten und Unsicherheit, denn nichts ist mehr so wie es war. Wieder werden Ihre Kräfte und Ihr Durchhaltevermögen gefordert, um mit der Erkrankung zu leben, die Therapien zu bewältigen und dabei auch noch Ihren Alltag so gut wie möglich zu meistern. **Fragen über Fragen** türmen sich auf und die Suche nach Lösungen fordert Sie und Ihre Angehörigen in einem besonderen Maß, und manchmal überfordert Sie die Situation vermutlich auch.

Vielleicht leben Sie aber auch schon seit längerem mit der fortgeschrittenen Erkrankung und können dank der medizinischen Entwicklung und moderner Therapien ein Leben mit guter Lebensqualität führen. Dann kann die **Organisation von Hilfe und Unterstützung im Alltag**, und eventuell auch im Berufsleben, wichtig sein. Oder aber Sie leben in der Situation, dass das Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr aufgehalten werden kann und Sie palliativ versorgt werden. Dann sind vielleicht Leistungen der Pflegekasse, finanzielle Fragen sowie Versorgungsfragen zu klären.

Bei aller Unterschiedlichkeit gibt es in diesen Lebenssituationen **Gemeinsamkeiten**: Immer wird eine Vielzahl an Fragen aufgeworfen, die weit über die medizinische Behandlung hinausgehen. Für die meisten Frauen wird der Umgang mit der Situation leichter, wenn die **sozialen Angelegenheiten geklärt und geregelt** sind und sie wissen, welche Angebote sie in Anspruch nehmen können. **Hierbei möchten wir Ihnen helfen und Sie unterstützen.**

Diese Broschüre soll Ihnen Orientierung im Behördenschwermel bieten und Antworten geben. Zudem soll sie Ihnen helfen, die sozialen Auswirkungen der Erkrankung besser zu bewältigen und die Belastungen ein wenig zu erleichtern. Wir zeigen Ihnen auf, was Ihnen zusteht, welche Rechte Sie haben und wo Sie weitergehende Informationen und – falls nötig – Beratung erhalten.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr Lilly-Team

* In den allermeisten Fällen erkranken Frauen an Brustkrebs, aber auch Männer können betroffen sein. Aufgrund der Verteilung und aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit haben wir uns im Rahmen der Broschüre für die weibliche Ansprache entschieden. Gleichzeitig sind erkrankte Männer auf jeden Fall auch angesprochen und gemeint.

1 Grundsätzliches: Anträge stellen, Widerspruch & Klageverfahren

Um Ihre Rechte durchzusetzen und Leistungen zu erhalten, benötigt es in fast allen Bereichen einen **formalen Vorgang**. Dieser ist immer gleich, egal ob Sie sich an die Krankenkasse, das Versorgungsamt oder die Rentenversicherung wenden.

1. **Antrag**
↓
Im ersten Schritt stellen Sie bei der jeweiligen Behörde oder auch gesetzlichen Krankenkassen einen **Antrag**.
2. **Bescheid**
↓
Nun folgt der Bescheid der zuständigen Behörde. Wird Ihrem Antrag stattgegeben, ist der Vorgang hier beendet.
3. **Widerspruch**
↓
Wurde Ihr Antrag ganz oder in Teilen abgelehnt, können Sie gegen diesen Bescheid innerhalb eines Monats **Widerspruch** einlegen. Das Widerspruchsverfahren ist kostenfrei.
4. **Widerspruchsbescheid**
↓
Die Behörde erlässt dann einen Widerspruchsbescheid, der entweder Ihrem ursprünglichen Antrag stattgibt oder diesen erneut ablehnt.
5. **Klage beim Sozialgericht**
↓
Sollten Sie mit dieser Ablehnung nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats **Klage** beim Sozialgericht einreichen. Das Verfahren dort ist gerichtskostenfrei.



Wichtig! Nicht immer entscheiden Behörden richtig und der Widerspruch oder auch die Klage können sich lohnen. Kämpfen Sie für Ihre Rechte! Sollte Ihnen dies in Ihrer aktuellen Situation gesundheitlich oder psychisch nicht möglich sein, holen Sie sich Unterstützung. Entsprechende Anlaufstellen finden Sie im hinteren Teil der Broschüre.



Hinweis: Fristwährend reicht es aus, wenn Sie innerhalb eines Monats formlos Widerspruch einlegen. Eine Begründung können Sie nachreichen.

2 Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Befreiungsmöglichkeiten



Hinweis: Im Folgenden werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen dargestellt. Da im Bereich der privaten Krankenversicherungen Vertragsfreiheit besteht, gibt es hier kein Gesetz als Grundlage. Vielmehr bilden der individuelle Vertrag und die allgemeinen Versicherungsbedingungen die Anspruchsgrundlage. Eine Ausnahme bildet der sog. Basistarif, der im Leistungsumfang verbindlich und mit dem der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar ist.

2.1 Zuzahlungen

Alle Patientinnen und Patienten müssen Zuzahlungen leisten, eine vollständige Befreiung gibt es nicht mehr. Dabei sind die Zuzahlungen aber gedeckelt. Die Krankenkasse errechnet anhand des (Familien-) Bruttojahreseinkommens die Höhe der zu leistenden Eigenbeteiligung (s. Kapitel 2.2). Hierbei werden **Freibeträge/ Abschläge für die im selben Haushalt lebenden Familienangehörigen** berücksichtigt. Angerechnet werden alle Zuzahlungen, die von den einberechneten Familienmitgliedern in einem Kalenderjahr erbracht werden. Für die Befreiung müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse stellen.



Wichtig! Viele Krankenkassen bieten ihren Versicherten an, dass sie zu Beginn des Jahres ihre Zuzahlungen mit einem Einmalbetrag begleichen, so dass sie dann umgehend befreit sind. Sie sparen sich damit das Sammeln der Quittungen. Allerdings erhalten Sie am Ende des Jahres kein Geld zurück, wenn der Einmalbetrag Ihre tatsächlichen Zuzahlungen übersteigt.



Zuzahlungen werden beispielsweise für folgende Leistungen fällig:

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z. B. Lymphdrainage oder Physiotherapie)
- Hilfsmittel (z. B. Brustprothesen oder Rollstühle)
- Medizinische Rehabilitation
- Häusliche Krankenpflege
- Fahrtkosten

Nehmen Sie eine der o. g. Leistungen in Anspruch, müssen Sie **jeweils 10 % der Leistungen als Zuzahlung** aufwenden, allerdings nicht mehr als 10 Euro und nicht weniger als 5 Euro. Sollte eine Leistung weniger als 5 Euro kosten, zahlen Sie den tatsächlichen Preis. Zudem gibt es zeitliche Begrenzungen. So ist beispielsweise die Zuzahlung zu stationären Aufenthalten auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.



Hinweis: Benötigen Sie im Rahmen Ihrer Behandlung nicht verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Abführmittel, Paracetamol oder Mistelpräparate), so können Sie diese Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse erhalten, sofern sie nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Nachlesen können Sie die verschreibungsfähigen Ausnahmen in der Anlage 1 zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de > Richtlinien > Arzneimittel-Richtlinie > Anlage I: OTC-Übersicht.

2.2 Befreiung von Zuzahlungen und Chroniker-Regelung

Wie bereits erwähnt, gibt es **Belastungsobergrenzen** für die Zuzahlungen. Diese liegen pro Jahr bei

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



Wichtig! Wenn Sie von den Zuzahlungen befreit sind, gilt dies auch für alle einberechneten Familienmitglieder, sofern diese gesetzlich krankenversichert sind, und zwar auch dann, wenn sie in unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind.

Schwerwiegend chronisch Kranke – Chronikerregelung

Als schwerwiegend chronisch krank gelten Sie, wenn Sie sich wegen derselben Erkrankung mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal in ärztlicher Dauerbehandlung befinden.

Zudem muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Es besteht eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5. **Oder:**
- Die Erkrankung begründet einen Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 %. **Oder:**
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

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

2.3 Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Im Folgenden werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen aufgezeigt, die für Ihre spezielle Situation von Bedeutung sein können. Dabei haben wir eine **Auswahl** getroffen, so dass dies keinen abschließenden Katalog darstellt. Das Krankengeld (Kapitel 5.1) und die palliative Versorgung (Kapitel 8) finden Sie aus Ordnungsgründen in anderen Abschnitten der Broschüre.

2.3.1 Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung nur noch in ganz besonderen Ausnahmefällen und **nach vorheriger** Genehmigung. Dabei werden Hin- und Rückfahrt separat beurteilt und es muss die nächstgelegene Behandlungseinrichtung angefahren werden.

Die Kosten werden übernommen, wenn es sich um eine Fahrt

- zur vor- und nachstationären Behandlung handelt **oder**
- zu einer ambulanten Operation und den damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen handelt. Dies gilt aber nur, wenn dadurch eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird.

Als erstattungsfähige Ausnahmefälle sind die ambulanten Fahrten zu folgenden Behandlungen explizit benannt:

- Fahrten zur parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/parenteralen onkologischen Chemotherapie
- Fahrten zur onkologischen Strahlentherapie
- Fahrten zur Dialysebehandlung

Außerdem werden die Fahrtkosten für Menschen übernommen, die schwer in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Für sie entfällt die Vorabgenehmigungspflicht. Zu dieser Gruppe gehören Sie, wenn Sie

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

2.3.2 Heilmittel (§ 32 SGB V)

Zu den Heilmitteln gehören Behandlungsmethoden wie z. B. Massagen, Krankengymnastik, Wärme- und Kältetherapie oder Lymphdrainage. Grundsätzlich können Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.

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

Info: Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:
www.g-ba.de > Richtlinien > Heilmittel-Richtlinie.

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Von besonderer Bedeutung im Rahmen einer Brustkrebserkrankung ist die manuelle Lymphdrainage (MLD), da je nach Befund ein, mehrere oder unter Umständen auch alle Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt werden. Um das Lymphsystem anzuregen, wird mit dieser **speziellen Massagetechnik der Abfluss überschüssiger Gewebeflüssigkeit gefördert**.

Seit 2021 wird die MLD nach der neuen Heilmittel-Richtlinie verordnet. Je nach Indikation ist sie folgendermaßen verordnungsfähig:

- MLD-30 Minuten (Teilbehandlung) bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zu 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. Seit Januar 2021 kann auch der lymphologische Kompressionsverband (LKV) verordnet werden. Die Verordnung auf dem Rezept lautet dann beispielsweise folgendermaßen: MLD 60 oder MLD 60+LKV.

Als zusätzliche Heilmittel können Wärmetherapie und/oder Übungsbehandlung mit der Kompression verordnet werden. Diese Heilmittel haben eine eigene Spalte auf der Verordnung. Zudem muss die Therapiefrequenz auf dem Rezept eingetragen werden. Dabei handelt es sich um eine ärztliche Empfehlung, die aber nach Rücksprache durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten geändert werden kann.

Weiterhin gibt es für jede Verordnung Höchstmengen. Diese dürfen nur in Ausnahmefällen überschritten werden – etwa bei langfristigem Heilmittelbedarf oder bei einem besonderen Verordnungsbedarf. Alle Lymphödeme ab dem Stadium II sowie alle Lymphödeme nach Krebserkrankungen erfüllen die Kriterien für den langfristigen Heilmittelbedarf.

In der Heilmittel-Richtlinie werden die Erkrankungen aufgeführt, für die ein langfristiger Heilmittelbedarf oder besonderer Verordnungsbedarf gilt. Wenn eine Diagnose dort gelistet ist, findet **keine Budgetbelastung** für die Ärztin oder den Arzt statt und es können von Beginn an mehr als sechs Verordnungen erfolgen. Die Diagnoselisten werden jährlich aktualisiert und können auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de eingesehen werden.

Info: Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen: www.g-ba.de > Richtlinien > Heilmittel-Richtlinie > Patienteninformation
Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs.

2.3.3 Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Hilfsmittel sind medizinische Sachleistungen. Hierzu zählen beispielsweise Rollstühle, Seh- und Hörhilfen, Inkontinenz- und Stomaartikel, Inhalationsgeräte oder Prothesen.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen ein Hilfsmittel, wenn es dazu dient

- den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern **oder**
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen **oder**
- eine Behinderung auszugleichen.

Der Anspruch auf ein Hilfsmittel umfasst auch die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels, notwendige Änderungen, die Wartung und die Ersatzbeschaffung.

Damit die Krankenkasse ein Hilfsmittel bezahlt, muss dieses im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet sein. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, dass Sie sich bei Ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie **freiwillig ein Hilfsmittel erstattet**. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dieses Hilfsmittel nicht von der freiwilligen Erstattung ausgeschlossen hat. Vorgesehen ist auch die leihweise Überlassung von Hilfsmitteln, z. B. bei Krücken, Rollstühlen oder Krankbetten.

Info: Hilfsmittelverzeichnis der Kranken- und Pflegekassen:
<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>

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

Auf jeden Fall muss die Krankenkasse Ihnen einen Anbieter nennen, der das **Hilfsmittel zum Festbetrag** liefert. Dabei erfolgt die Versorgung i. d. R. durch Vertragspartner der Krankenkassen. Erkundigen Sie sich bitte, über wen Sie ein Hilfsmittel beziehen müssen und fragen Sie vor Ort immer nach, ob die **Kosten der Verordnung höher sind als der Festbetrag**.

Häufig benötigte Hilfsmittel im Rahmen der metastasierten Brustkrebskrankung sind:

- **Brustprothesen**

Als Anhaltspunkte können folgende Leistungen gelten:

- Zur Erstversorgung nach Brustamputation eine Erstversorgungsprothese und ein Erstversorgungs-BH

Im Anschluss

- Als Erstausrüstung eine Vollprothese nach Brustamputation oder ein Silikon-Ausgleichsteil nach brusterhaltender Operation
- Zuschuss zu zwei Spezial-BHs (ca. 40 Euro) als Prothesenhalterung bzw. zum Einlegen des Ausgleichsteils
- Meist Zuschuss zu einem Spezialbadeanzug (ca. 50 Euro)

Im Anschluss

- Jährlicher Zuschuss zu zwei prothesengerechten Spezial-BHs
- Alle zwei Jahre eine neue Vollprothese oder ein Ausgleichsteil
- Alle zwei bis drei Jahre Zuschuss zu einem Spezialbadeanzug

Normalerweise leisten die Krankenkassen Ersatz bei Funktionsverlust einer Haftprothese, wenn sich Ihr Körpergewicht verändert oder bei Beschädigung der Prothese.

- **Perücken**

Sozialrechtlich zählen Perücken auch zu Hilfsmitteln. Bei krankheitsbedingtem Haarausfall übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Perücke oder zahlen zumindest einen Zuschuss. Falls Sie sich

für eine Perücke entscheiden, lassen Sie sich vor der Anfertigung einen Kostenvoranschlag erstellen und fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, bis zu welcher Höhe die Kosten übernommen werden. Die Regelungen sind hier sehr unterschiedlich.

- **Hilfen zur Kompressionstherapie**

Zu den Hilfen der Kompressionstherapie zählen beispielsweise Kompressionsstrümpfe für Arme und/oder Beine. Dabei gibt es zwei Arten von Strümpfen: rund gestrickte und flach gestrickte. Bei Lymphödem sind flachgestrickte Strümpfe notwendig.

Bei normaler Beanspruchung gewährleisten Kompressionsstrümpfe eine Wirksamkeit von sechs Monaten, was die Notwendigkeit von zwei Verordnungen pro Jahr begründet. Da die Kompressionsstrümpfe in der Regel täglich getragen werden sollen, ist zu Beginn aus hygienischen Gründen eine Versorgung mit zwei Paaren von Nöten. Im weiteren Verlauf sind **zwei Verordnungen pro Jahr** mit jeweils einem Paar Strümpfen möglich. Manche Krankenkassen gewähren hier auch wieder zwei Paar, zumal sich die Notwendigkeit des täglichen Tragens nicht verändert. Im Rahmen der Nach- und Wechselversorgung besteht u. U. eine weitere Möglichkeit der Verordnung, für den Fall, dass Ihre Krankenkasse nach der Erstausrüstung nur ein Paar genehmigt.

2.3.4 Häusliche Krankenpflege



Wichtig! Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nicht mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verwechseln. Zur Pflegeversicherung s. Kapitel 7.

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass Sie vorübergehend Hilfe bei der täglichen Versorgung benötigen und Fachpersonal dies sicherstellt. Neben Ihrer medizinischen Versorgung kann die häusliche Krankenpflege auch die **Unterstützung bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und im Haushalt** umfassen. Voraussetzung hierfür ist, dass keine Person in Ihrem Haushalt Ihre Versorgung im erforderlichen Umfang leisten kann, z. B. weil Ihre Partnerin oder Ihr Partner berufstätig ist.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

- eine Krankenhausbehandlung vermieden, verkürzt oder erforderlich, aber nicht ausführbar ist (Krankenhausvermeidungspflege) **oder**
- sie die ärztliche Behandlung sichert (Sicherungspflege).

Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst:

- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung

Die Sicherungspflege umfasst:

- Behandlungspflege
- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur, wenn dies in der Satzung Ihrer Krankenkasse vorgesehen ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt

Info: Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:
www.g-ba.de > Richtlinien > Häusliche Krankenpflege-Richtlinie.

Krebspatientinnen benötigen meist die Krankenhausvermeidungspflege. Diese Leistung wird für 4 Wochen je Krankheitsfall gewährt. In begründeten Ausnahmefällen und nach Begutachtung durch den medizinischen Dienst kann Ihre Krankenkasse die häusliche Krankenpflege auch für einen längeren Zeitraum bewilligen.

Um eine geeignete Pflegeperson zu finden, helfen die Krankenkassen, vor allem aber auch Pflegestützpunkte, Wohlfahrtsverbände und Sozialstationen. Es ist auch möglich, sich selbst eine Pflegekraft zu besorgen und die Kosten mit der Krankenkasse abzurechnen. Holen Sie sich hierfür aber im Vorfeld unbedingt eine Kostenzusage Ihrer Krankenkasse ein.



Hinweis: Schon im Krankenhaus kann Ihnen eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege ausgestellt werden, wenn Sie im Anschluss an die Krankenhausbehandlung notwendig ist.

2.3.5 Haushaltshilfe

Früher konnten Haushaltshilfen nur im Zusammenhang mit der Versorgung von Kindern verordnet werden. Dies hat sich geändert! Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person ins Krankenhaus muss oder danach, wenn sie den **Haushalt krankheitsbedingt nicht führen** kann.



Die gesetzlichen Krankenkassen können eine Haushaltshilfe aus folgenden Gründen genehmigen:

- Für maximal 26 Wochen, wenn ein Kind im Haushalt lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (manche Krankenkassen erhöhen durch ihre Satzung auf das 14. Lebensjahr) oder das eine Behinderung aufweist und auf Hilfe angewiesen ist.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer Rehabilitation.

Voraussetzung ist zunächst, dass Sie selbst den Haushalt im Vorfeld tatsächlich geführt und im Wesentlichen selbst erledigt haben. Die weitere Voraussetzung ist, dass **keine im Haushalt lebende Person diesen fortführen kann**. Dabei kommt es nicht auf Volljährigkeit an. Auch größere Kinder können hierzu in Frage kommen. Allerdings ist kein Haushaltsangehöriger verpflichtet, sich von Schule, Ausbildung oder Beruf beurlauben zu lassen, um die Weiterführung des Haushalts zu gewährleisten.

Bei der Suche nach einer geeigneten Haushaltshilfe sind Ihnen die Krankenkassen, die Träger der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, AWO, Deutsches Rotes Kreuz), ambulante Pflegedienste und Sozialstationen behilflich. Sie können sich die Haushaltshilfe auch selbst besorgen. Dann sollten Sie sich aber unbedingt vorher die Genehmigung der Krankenkasse einholen und den Leistungsumfang klären.

Helfen Ihnen Familienangehörige bis zum 2. Grad, z. B. Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Großeltern oder Geschwister, werden diesen lediglich die Fahrtkosten und gegebenenfalls der Verdienstausschlag erstattet. Die Kosten dürfen aber nicht höher sein als die Kosten, die entstanden wären, wenn eine nicht verwandte Person die Aufgabe übernommen hätte. Die Erstattung ist eine Ermessensleistung der Krankenkasse und sollte deshalb unbedingt vor Inanspruchnahme geklärt werden.



Wichtig! Leben Kinder in Ihrem Haushalt und die Krankenkasse hat Ihren Antrag abgelehnt oder das ganze Prozedere dauert zu lange und Sie haben große Sorge, wie die Versorgung Ihrer Kinder sichergestellt werden soll, dann können Sie sich auch an Ihr Jugendamt vor Ort wenden und hier Unterstützung anfragen. Viele Frauen berichten, dass Sie hier sehr gute und unterstützende Erfahrungen gemacht haben.



3 Rehabilitation

3.1 Medizinische Rehabilitation

Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen zählen die Anschlussheilbehandlungen (AHB), die Nach- und Festigungskuren für an Krebs erkrankte Menschen und die „klassischen“ Rehabilitationskuren. Darüber hinaus gibt es gerade von der Deutschen Rentenversicherung noch eine Reihe von Reha-Angeboten, die medizinische und berufliche Angebote verbinden. Alle Angebote können sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Kostenträger ist meist die Krankenkasse oder die Deutsche Rentenversicherung. Da die Leistungsträger sich untereinander über die Zuständigkeit einigen, müssen Sie sich hierum nicht kümmern. In der Praxis werden die AHB und die onkologischen Nach- und Festigungskuren meist unproblematisch bewilligt, bei der klassischen Reha gibt es mehr Schwierigkeiten. **Legen Sie bei einer Ablehnung auf jeden Fall Widerspruch ein, um Ihre Ansprüche durchzusetzen.**

Nach § 8 SGB IX haben Sie ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl einer konkreten Einrichtung, die der Kostenträger berücksichtigen sollte. Haben Sie sich eine zugelassene Rehabilitationseinrichtung ausgesucht, die für Ihre Erkrankung zertifiziert ist und deren Kosten nicht höher ausfallen als bei den Vertragseinrichtungen Ihres Kostenträgers, sollten Sie auf jeden Fall Widerspruch einlegen, wenn Sie hierfür eine Ablehnung erhalten.

3.1.1 Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) schließt sich unmittelbar an die Akutbehandlung (Operation und eventuell Bestrahlung) an. In der Regel dauert sie 3 Wochen und muss innerhalb von 14 Tagen angetreten werden. Die AHB wird meist durch den Sozialdienst des Krankenhauses in die Wege geleitet.



Hinweis: Ist nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch von dort eingeleitet werden. Sie sollte dann 2 bis 4 Wochen nach der letzten Bestrahlung beginnen. In besonderen Fällen (z. B. Bestrahlung im Hals-Kopfbereich) ist eine Fristverlängerung bis auf 10 Wochen möglich.

3.1.2 Onkologische Nachsorgeleistungen – Nach- oder Festigungskur

Bis zum Ablauf eines Jahres nach der Primärbehandlung kann eine Nach- oder Festigungskur bewilligt werden. Meist dauert diese Reha drei Wochen. Eine Verlängerung ist bei entsprechender Notwendigkeit möglich. Sollten erhebliche Funktionsstörungen aufgrund der Erkrankung selbst oder als Folge der notwendigen Therapien oder anderweitiger Komplikationen auftreten, können in **Einzelfällen auch bis zum Ablauf von 2 Jahren** Rehabilitationsleistungen erbracht werden.

3.1.3 Weitere medizinische Rehabilitationen

Nach den oben beschriebenen Reha-Leistungen können Sie nach Ablauf von vier Jahren erneut ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen beantragen. Droht beim Abwarten der 4-Jahres-Frist eine Verschlechterung, kann schon vorher ein neuer Antrag gestellt werden. Dies gilt auch für einen Rückfall oder wenn eine andere schwere Erkrankung auftritt.

3.1.4 Ergänzende Leistungen Übergangsgeld

Auch während einer Rehabilitationsmaßnahme haben Sie Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Ihren Arbeitgeber. Ist dieser Anspruch bereits aufgebraucht, können Sie **Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Krankengeld von der Krankenkasse** erhalten. Falls Sie arbeitslos gemeldet sind, erhalten Sie unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes. Als Empfängerin von Arbeitslosengeld II erhalten Sie die Grundsicherungsleistung weiterhin.

Info: Die Beratungsstellen der Rentenversicherung, Ihre Krankenkasse und die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) informieren Sie zum Thema Übergangsgeld.

Haushaltshilfe

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

Weitere ergänzende Leistungen

Um die Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme zu erreichen und abzusichern, sind weitere ergänzende Leistungen möglich.

- Reisekosten und Fahrtkosten
- Rehasport und Funktionstraining
- Kinderbetreuungskosten
- Patientenschulungsmaßnahmen

3.1.5 Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung, auch **Hamburger Modell** genannt, ist eine Leistung der medizinischen Rehabilitation. In ihrem Rahmen werden Sie **nach längerer Erkrankung und bei noch eingeschränkter Leistungsfähigkeit** nach und nach wieder an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Voraussetzung ist Ihr Einverständnis und das Ihres Arbeitgebers. Wenn Sie über einen Schwerbehindertenausweis verfügen haben Sie einen rechtlichen Anspruch auf die stufenweise Wiedereingliederung, der nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden kann. Während der stufenweisen Wiedereingliederung sind Sie weiterhin krankgeschrieben und erhalten Übergangs- oder Krankengeld. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis hin zu 6 Monaten. Ausnahmen darüber hinaus sind möglich.

Info: Weitere Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung erhalten Sie auf der Seite www.einfach-teilhaben.de > Arbeiten > Ratgeber zum Hamburger Modell.

3.2 Berufliche Rehabilitation – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ob Sie weiter berufstätig sein wollen und können, hängt von vielen sehr individuellen Faktoren und Lebensumständen ab und natürlich auch von Ihrer Erkrankung und deren Auswirkungen. Manche Frauen können ganz gut weiterarbeiten, andere entscheiden sich für eine Reduzierung ihres Stellenumfangs und manchen ist es nicht mehr möglich zu arbeiten. Wenn Sie berufstätig sind, wird im Rahmen der beruflichen Reha geprüft, welche Umgestaltungen Ihres Arbeitsplatzes, welche Veränderungen Ihrer Tätigkeit oder auch welche Neuorientierungen stattfinden müssen, um Ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise zu erhalten. Zu den verschiedenen Arten der beruflichen Reha zählen vor allem die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, berufliche Anpassungen, Aus- und Weiterbildung, der Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit und die Zuschüsse an Arbeitgeber zur Unterstützung der Beschäftigungsbereitschaft.





4 Schwerbehinderung

Aufgrund Ihrer Erkrankung können Sie beim für Sie zuständigen **Versorgungsamt** (mancherorts auch Amt für soziale Angelegenheiten o. ä.) einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Als schwerbehindert gilt, wer einen Grad der Behinderung (GdB) von **mindestens 50** hat. Nach der Anerkennung wird Ihnen vom Versorgungsamt ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Der Ausweis ist in der Grundfarbe grün. Ein Ausweis, der zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr berechtigt, ist grün-orange.

4.1 Feststellung der Behinderung – der Antrag

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

Info: Auf der Seite www.einfach-teilhaben.de finden Sie unter der Rubrik „Schwerbehinderung“ den Ratgeber „Schwerbehindertenausweis beantragen“. Hier finden Sie unter Punkt 3 die Vordrucke aller Bundesländer.

In Ihrem Antrag führen Sie **alle Erkrankungen und Beschwerden** auf, die Sie beeinträchtigen, also nicht nur Ihre Krebserkrankung. Dabei wird als Behinderung im Sinne des Gesetzes nicht die Erkrankung oder die Gesundheitsstörung an sich gewertet, vielmehr geht es um die **Auswirkungen, die diese Erkrankung nach sich zieht**. Das bedeutet, dass die Aufführung von Diagnosen u. U. nicht ausreicht. Vielmehr sollten Sie darstellen, **wie sich die Erkrankung und die Behandlung auf Ihr Leben auswirkt** und welche Folgen Sie in den verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Familie, Freunde, Mobilität, Schlafen, Essen etc.) bewältigen müssen.

Sollte Ihnen der Platz im Antragsformular nicht ausreichen, können Sie ein **formloses Beiblatt** für zusätzliche Angaben nutzen.

Verschlechtert sich Ihr Gesundheitszustand, können Sie jederzeit einen **Neufeststellungsantrag** (auch Änderungs- oder Verschlimmerungsantrag) stellen.



Wichtig!

- Geben Sie alle Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen an. Beschreiben Sie auch die belastenden Auswirkungen der notwendigen Behandlungen.
- Führen Sie Ärztinnen, Ärzte und Kliniken auf, die aktuell am besten über Ihre Erkrankung(en) informiert sind und entbinden Sie diese von der Schweigepflicht (ist im Antrag enthalten).
- Besprechen Sie den Antrag mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt, damit von dort neben den Diagnosen auch die Auswirkungen der Erkrankung oder der Therapie detailliert dargestellt werden.
- Fügen Sie dem Antrag relevante ärztliche Unterlagen bei, falls sie Ihnen vorliegen.
- Legen Sie ein Passfoto für den Ausweis bei.

4.2 Grad der Behinderung (GdB)

Bei einer aktuellen Krebserkrankung wird immer ein Schwerbehindertenstatus, d. h. mindestens ein Grad der Behinderung (GdB) von 50, zuerkannt. Die Kriterien für die Bestimmung des GdB sind in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ festgelegt. Hier wird auch der **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)** festgelegt. Der GdS hat die frühere Minderung der Erwerbsfähigkeit abgelöst. GdS und GdB werden nach den gleichen Grundsätzen bemessen.

Die Metastasierung Ihrer Erkrankung hat zur Folge, dass Sie weiterhin **Anspruch auf den Schwerbehindertenstatus** haben. Hier **zählt die sogenannte Heilungsbewährung nicht**, bei der in der Regel nach 5 Jahren ohne Krankheitsrückfall der GdB herabgestuft oder aberkannt wird.

Auszug aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen

Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdS (GdB) während dieser Zeit

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

4.3 Merkzeichen und Nachteilsausgleiche

Neben dem GdB können Sie verschiedene Merkzeichen beantragen, die weitere Nachteilsausgleiche nach sich ziehen.

Merkzeichen	Bedeutung	Nachteilsausgleiche
G	Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt	Ermäßigung für Bus und Bahn oder Kfz-Steuerermäßigung 50 % Parkerleichterung, wenn auch das B vorliegt
aG	Außergewöhnlich gehbehindert	Ermäßigung für Bus und Bahn und Kfz-steuerfrei Parkerleichterungen/Behindertenparkplätze
H	Hilflos	Freifahrt in Bus und Bahn und Kfz-steuerfrei
Bl	Blind	Freifahrt in Bus und Bahn und Kfz-steuerfrei Parkerleichterungen/Behindertenparkplätze Ermäßigung von Rundfunk- und Fernsehgebühren und Telefonermäßigung Blindengeld
G1	Gehörlos	Ermäßigung für Bus und Bahn oder Kfz-Steuerermäßigung 50 % Ermäßigung von Rundfunk- und Fernsehgebühren und Telefonermäßigung
B	Berechtigt zur Mitnahme einer Begleitperson	Begleitperson fährt in Bus und Bahn kostenfrei mit Parkerleichterungen, wenn auch das G vorliegt
RF	Gebührenermäßigung bei der Rundfunkgebührenpflicht und beim Telefonhauptanschluss	Ermäßigung von Rundfunk- und Fernsehgebühren und Telefonermäßigung



Hinweis: Mit „Ermäßigung bei Bus und Bahn“ ist gemeint, dass Sie den öffentlichen Nahverkehr und das Streckennetz der Deutschen Bundesbahn gegen eine Einmalzahlung von 91 Euro pro Jahr nutzen können. Falls Sie Sozialhilfe oder eine Grundsicherungsleistung erhalten, werden Sie von den 91 Euro befreit. Außerdem entfallen für Sie die ermäßigten Rundfunk- und Fernsehgebühren, wenn Sie das entsprechende Merkzeichen im Ausweis haben. Diese Befreiung müssen Sie beantragen (Adresse: ARD ZDF Deutschlandradio Beitragsservice 50656 Köln). Die Parkerleichterungen mit den Merkzeichen G und B sind zudem an einen bestimmten GdB oder bestimmte Erkrankungen gebunden (z. B. Colitis ulcerosa). Detaillierte Auskünfte erteilen die Straßenverkehrsbehörden.

4.4 Nachteilsausgleiche

Im Folgenden werden die gebräuchlichsten Nachteilsausgleiche und die jeweiligen Voraussetzungen für schwerbehinderte Menschen dargestellt.

Zu den Nachteilsausgleichen zählen vor allem:

- Ermäßigungen
- Kündigungsschutz und Zusatzurlaub
- Steuerliche Nachteilsausgleiche

4.4.1 Nachteilsausgleiche im Beruf

Der Schwerbehindertenausweis eröffnet Ihnen einen besonderen Schutz im Berufsleben und auch eine Reihe von Entlastungsmöglichkeiten. Zudem besteht nach dem Schwerbehindertenrecht die Möglichkeit von **integrativen Maßnahmen** am Arbeitsplatz.

Info: Für die Beratung von schwerbehinderten Menschen im Arbeitsleben ist das Integrations- oder Inklusionsamt zuständig. Sie finden das für Sie zuständige Amt unter www.integrationsaemter.de und dann unter „Kontakt“.

Besonderer Kündigungsschutz

Ab 6-monatiger Betriebszugehörigkeit steht Ihnen aufgrund Ihres Schwerbehindertensstatus ein erhöhter Kündigungsschutz zu. Ihnen darf nur dann gekündigt werden, wenn Ihr Arbeitgeber zuvor das zuständige Integrations- oder Inklusionsamt informiert und dessen Zustimmung eingeholt hat. Ohne die Zustimmung des Integrationsamtes ist die Kündigung unwirksam. Der besondere Kündigungsschutz gilt auch in Kleinbetrieben.

Zusatzurlaub

Aufgrund der Schwerbehinderteneigenschaft steht Ihnen ein Zusatzurlaub von i.d.R. 5 bezahlten Urlaubstagen pro Jahr zu.

Befreiung von Mehrarbeit

Als anerkannt schwerbehinderter Mensch sind Sie auf Ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen. Mehrarbeit ist die Arbeit, die werktäglich über die gesetzliche Arbeitszeit von 8 Stunden hinausgeht.

Teilzeitarbeit für Schwerbehinderte

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

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben

Die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben (s. Info) sind Aufgabe der Integrations- und Inklusionsämter, da diese für den Schutz schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben zuständig sind. Mit den Integrationsfachdiensten bieten sie eine umfassende Beratung für schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber an.

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

Ermäßigung der Pflichtstunden für Lehrerinnen

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

4.4.2 Steuerliche Nachteilsausgleiche

Die außergewöhnlichen Belastungen einer Behinderung können Sie in Ihrer Steuererklärung geltend machen. Sie werden durch die sogenannten Pauschbeträge abgegolten.

GdB	Pauschbetrag in Euro
20	384
30	620
40	860
50	1.140
60	1.440
70	1.780
80	2.120
90	2.460
100	2.840
Merkzeichen H, Bl oder Tbl (taubblind)	7.400

Zudem gelten noch folgende steuerliche Besonderheiten:

- Sie können höhere Ausgaben durch konkrete Nachweise geltend machen.
- Den Freibetrag können Sie alternativ auch in der Steuerkarte Ihres Ehemanns oder Ihrer Ehefrau eintragen lassen.
- Außerdem können die steuerlichen Nachteilsausgleiche rückwirkend gewährt werden, wenn die Voraussetzungen damals schon vorlagen.
- Neben den Pauschbeträgen können Sie Fahrten zur Arbeitsstätte und Privatfahrten in besonderem Maße geltend machen.

4.4.3 Weitere Nachteilsausgleiche

Automobilclubs

Automobilclubs gewähren schwerbehinderten Menschen Beitragsnachlässe.

Bahnfahrten

Ab einem GdB von 70 können Sie zum Beispiel die BahnCard 50 zum halben Preis erwerben.

Ermäßigungen

Bei öffentlichen Veranstaltungen (z. B. Kino oder Theater) und in Museen gibt es u. U. die Möglichkeit, ermäßigte Eintrittskarten zu erhalten. Vielerorts sind der Skipass und auch die Kurtaxe vergünstigt.

Handytarife

Verschiedene Mobilfunkanbieter bieten günstigere Tarife für schwerbehinderte Menschen an.

Nachlass beim Autokauf

Einige Autohersteller gewähren schwerbehinderten Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einen Preisnachlass beim Kauf eines Neuwagens. Informationen erhalten Sie im Internet (Autokauf und Schwerbehinderung) oder bei den Automobilclubs.

Schule und Studium

In der Schule und während des Studiums können Sie eine Reihe von Nachteilsausgleichen in Anspruch nehmen. So können beispielsweise Anwesenheitsverpflichtungen geändert werden und Leistungen in Teilleistungen gesplittet werden.

Sitzplatz

Sie haben ein Anrecht auf einen Sitzplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Tageszeitung

Mancherorts erhalten schwerbehinderte Menschen die örtliche Tageszeitung vergünstigt.

Toilettenschlüssel für Behinderten-WCs

Der Euroschlüssel und ein Verzeichnis mit behindertengerechten Toiletten ist über den Club Behinderter und ihrer Freunde in Darmstadt für 27 Euro erhältlich. Auf der Homepage des Vereins (www.cbf-da.de) finden Sie eine Auflistung, wer den Schlüssel erhalten kann.

Wohnen

Als schwerbehinderter Mensch haben Sie einen besonderen Schutz vor Wohnungskündigung, falls diese eine unzumutbare Härte für Sie bedeutet.

Bei der Vergabe eines Wohnberechtigungsscheins und beim Wohngeld werden schwerbehinderten Menschen je nach GdB, Merkzeichen und/oder Pflegebedürftigkeit Freibeträge eingeräumt.





5 Lohnersatzleistungen

Wenn es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist, für Ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen, können Sie vorübergehend oder auf Dauer bestimmte Ersatzleistungen beantragen.

5.1 Krankengeld

Die gesetzliche Krankenkasse zahlt Ihnen Krankengeld, wenn Sie nach **Ablauf der Lohnfortzahlung weiterhin arbeitsunfähig** sind. Die Höhe beträgt 70 % Ihres Regelentgelts, aber maximal 90 % Ihres Nettoentgelts. Das Krankengeld wird innerhalb von 3 Jahren längstens für 78 Wochen wegen derselben Erkrankung gezahlt. Die Lohnfortzahlung wird auf die 78 Wochen angerechnet. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Erkrankung hinzu, verlängert sich die Leistungsdauer nicht. Tritt allerdings nach einer Arbeitsunfähigkeit eine andere Erkrankung auf, begründet dies eine neue 3-Jahresfrist (sog. Blockfrist). So können u. U. mehrere Blockfristen nebeneinander verlaufen.

Nach Ablauf von 3 Jahren entsteht wegen derselben Erkrankung ein neuer Anspruch auf Krankengeld, wenn Sie

- erneut arbeitsunfähig sind **und**
- mindestens 6 Monate nicht arbeitsunfähig wegen dieser Erkrankung waren **und**
- mindestens 6 Monate erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

Nach einer längeren Phase der Arbeitsunfähigkeit ist es ratsam, die Arbeitszeit langsam wieder zu steigern. Hier bietet sich die **stufenweise Wiedereingliederung** an (s. Kapitel 3.1.5). Während der gesamten Zeit der Wiedereingliederung sind Sie weiterhin arbeitsunfähig.



Wichtig! Achten Sie unbedingt auf eine lückenlose Attestierung. Spätestens am nächsten Werktag, nach dem Ende einer Krankschreibung, benötigen Sie eine neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Dabei gelten Samstage nicht als Werktage.



Hinweis: Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus dürfen Sie 7 Tage über Ihren Krankenhausaufenthalt hinaus krankschreiben. Das verschafft Ihnen etwas Luft, da Sie nicht umgehend nach Ihrer Entlassung eine neue Krankschreibung benötigen.



Wichtig! Die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, Ihnen 78 Wochen lang Krankengeld zu zahlen. Wenn Ihre Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich in eine Erwerbsminderung übergeht, hat die Krankenkasse das Recht, Sie aufzufordern, innerhalb von 10 Wochen einen Reha-Antrag zu stellen. Das Gleiche gilt, wenn Sie die Voraussetzungen für einen Rentenbezug erfüllen. Lassen Sie die 10 Wochen ohne Reaktion verstreichen, entfällt Ihr Anspruch auf Krankengeld.

5.2 Nahtlosigkeitsregelung (§ 145 SGB III)

Wenn Ihr Anspruch auf Krankengeld aufgebraucht ist, können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen **arbeitslos melden, obwohl Sie weiterhin krank sind, obwohl Sie einen Arbeitsplatz haben und obwohl Sie dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen**. Diese sog. Nahtlosigkeitsregelung wurde geschaffen, um sicherzustellen, dass Menschen an dieser Stelle nicht aus den sozialen Sicherungssystemen herausfallen.



Wichtig! Nutzen Sie die Möglichkeiten der Nahtlosigkeitsregelung und der stufenweisen Wiedereingliederung zur Sicherung Ihrer Existenz.

5.3 Existenzsichernde Leistungen – Sozialhilfe, Grundsicherung und Bürgergeld

Immer häufiger geraten Menschen wegen einer schweren Krebserkrankung in **Geldsorgen**. Das hängt mit den **krankheitsbedingten Mehrausgaben** und den finanziellen **Einbußen beim Einkommen** zusammen. Das sei dem Kapitel vorangestellt, um Ihnen die Scham zu nehmen und darauf hinzuweisen, dass dies leider sehr viele Menschen im Umfeld einer Krebserkrankung trifft.

Sozialhilfe, Grundsicherung und Bürgergeld

In Deutschland gibt es drei Leistungsarten, die einsetzen, wenn alle anderen Sicherungssysteme nicht greifen und der Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann. Welche der drei Hilfearten Ihnen zusteht, hängt von Ihrem Alter und Ihrer Erwerbsfähigkeit ab.

Sozialhilfe

- Zeitweise voll erwerbsgeminderte Menschen (befristete Rente)
- Zuständig ist das Sozialamt

Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung

- Ältere Menschen ab der Regelaltersgrenze
- Dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen (unbefristete Rente)
- Zuständig ist das Sozialamt

Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II)

- Erwerbsfähige Personen ab dem 15. Lebensjahr bis zur Regelaltersgrenze
 - Erwerbstätige Menschen (deren Gehalt nicht ausreicht)
 - Arbeitslose Menschen (nach dem Arbeitslosengeld I)
 - Teilweise erwerbsgeminderte Menschen (3 – unter 6 Stunden Arbeitsfähigkeit pro Tag)
- Zuständig ist das Jobcenter

Die Regelleistung ist in allen drei Leistungsbereichen gleich. 2023 erhält eine alleinstehende Person 502 Euro plus Kosten der Unterkunft und Heizungskosten, soweit diese angemessen sind. Bei der Berechnung eines Anspruchs wird Ihr Einkommen und Vermögen und das Ihrer Ehefrau oder Ehegatten bzw. Ihrer Lebenspartnerin oder Ihres Lebenspartners angerechnet.

Unterschiede zwischen den drei Leistungsarten bestehen vor allem in der Höhe der Freibeträge.



Wichtig!

- Wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G haben, erhalten Sie einen Mehrbedarf (17 % vom Regelsatz, der 2023 bei 502 Euro liegt = 85,34 Euro).
- Unter Umständen erhalten Sie einen Mehrbedarf für Ernährung, wenn Ihre Krebserkrankung fortgeschritten und verzehrend ist (empfohlen werden 10 % vom Regelsatz, d. h. 2023 sind dies 50,20 Euro).
- Schildern Sie bei der zuständigen Leistungsbehörde immer Ihre Gesamtsituation. Eventuell können Sie weitere Mehrbedarfe oder Einmalleistungen beantragen.



Hinweis: Wenn Sie mit Ihrem Einkommen über den vorgestellten Leistungen liegen, kommt vielleicht Wohngeld und/oder der Kinderzuschlag als staatlicher Zuschuss für Sie in Frage.

6 Erwerbsminderungsrente (EM-Rente)

Wenn Ihnen aufgrund Ihrer Krebserkrankung die Wiederaufnahme Ihrer Berufstätigkeit nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung (EM-Rente) bei der Rentenversicherung beantragen.



Hinweis: Die EM-Rente richtet sich nach Ihrer verbliebenen Leistungsfähigkeit und gewissen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (s. unten). Wenn Sie krankheitsbedingt weniger als 3 Stunden am Tag arbeiten können, erhalten Sie eine volle EM-Rente. Wenn Sie mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich arbeiten können, erhalten Sie eine halbe EM-Rente.

Dabei richtet sich die Bewilligung der EM-Rente danach, ob Sie einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen können. Es ist also nicht mehr von Belang, ob Sie Ihren erlernten Beruf noch ausüben können. Diesen Berufsschutz müssen Sie **privat absichern**. Ausnahmen gibt es aber für Menschen, die vor dem 02.01.1961 geboren sind.



Wichtig! Sollten Sie vor dem 02.01.1961 geboren sein, gibt es für Sie nach wie vor einen Berufsschutz. Sie erhalten eine halbe EM-Rente, wenn Sie krankheitsbedingt Ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben können.

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

- Allgemeine Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung
- 3 Jahre Pflichtversicherungszeit in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung

Die EM-Rente wird in der Regel auf Zeit gewährt. Der längste **Bewilligungszeitraum** beträgt 3 Jahre. Danach erfolgt eine erneute Überprüfung durch die Rentenversicherung.

Hinzuverdienst:

Die rentenunschädliche Höhe des Hinzuverdienstes, also der Betrag, den Sie dazuverdienen können, ohne dass er auf die Rente angerechnet wird, beträgt bei der vollen EM-Rente rund 17.820 Euro. Falls Sie eine halbe EM-Rente beziehen, ergibt sich eine Hinzuverdienstgrenze von rund 35.650 Euro. Bei höherem Hinzuverdienst kann die EM-Rente gekürzt oder ganz entzogen werden. Der Anspruch bleibt allerdings erhalten. Mit Erreichen der **Regelaltersgrenze** wird die EM-Rente in die Regelaltersrente umgewandelt.



Hinweis: Wenn Ihre EM-Rente unter dem Existenzminimum liegt, können Sie ergänzende Leistungen beantragen (s. Kapitel 5.3).





7 Pflegeversicherung

Im Bereich der Pflegeversicherung wurden zahlreiche Änderungen vorgenommen. Anschauliche und übersichtliche Broschüren des Bundesgesundheitsministeriums finden Sie auf der Seite www.pflegestaerkungsgesetze.de. Die Broschüren stehen dort zum Download bereit, können aber auch kostenfrei bestellt werden.

Info: Beratung erhalten Sie bei den Pflegestützpunkten.

7.1 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Sie auf Dauer (voraussichtlich 6 Monate) in hohem Maße auf Hilfe angewiesen sind. Den Antrag stellen Sie bei der Pflegekasse Ihrer Krankenkasse. Die Einstufung erfolgt in der Regel durch ein **Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD)**. Einen Pflegegrad erhalten Sie, wenn Sie Hilfe brauchen, weil Ihre **Fähigkeiten und Ihre Selbstständigkeit infolge gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt** sind. Die vorhandene Selbstständigkeit wird begutachtet und dann, nach Anerkennung einer Einschränkung, erfolgt eine Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

7.2 Pflegegrade und Pflegeleistungen

Eingeteilt wird in 5 Pflegegrade. Ausschlaggebend für die Einstufung ist die Beeinträchtigung Ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten. In der Tabelle wird aufgeführt, wie hoch die monatlichen Leistungen im jeweiligen Pflegegrad sind.

Pflegegrad	Pflegegeld	Pflege-sachleistung	Tages- und Nachtpflege	Vollstationäre Pflege	Entlastungsbeitrag (zweckgebunden)
1	-	-	-	125 Euro (als Zuschuss)	125 Euro
2	316 Euro	724 Euro	689 Euro	770 Euro	125 Euro
3	545 Euro	1.363 Euro	1.298 Euro	1.262 Euro	125 Euro
4	728 Euro	1.693 Euro	1.612 Euro	1.775 Euro	125 Euro
5	901 Euro	2.095 Euro	1.995 Euro	2.005 Euro	125 Euro

7.3 Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegegeld

Die Pflege wird von einem Angehörigen übernommen.
Die Leistungshöhe entnehmen Sie bitte der Tabelle auf S. 35.

Pflegesachleistung

Die Pflege wird von einem ambulanten Pflegedienst übernommen.
Die Leistungshöhe entnehmen Sie bitte der Tabelle auf S. 35.

Kombinationsleistung

Die Pflege wird sowohl von Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflegedienst übernommen.
Die Gelder werden dann anteilig aus den verschiedenen Töpfen herausgenommen.

Pflegehilfsmittel

Hierzu zählen Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind. Die max. Leistungshöhe beträgt 40 Euro/Monat. Aber auch ein Hausnotrufsystem und Umbaumaßnahmen zählen zu den Pflegehilfsmitteln. Für Umbaumaßnahmen werden bis zu 4.000 Euro gewährt.

Ersatzpflege – Verhinderungspflege

Zu Hause übernimmt vorübergehend eine andere Person, anstatt des pflegenden Angehörigen, die Pflege. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für maximal 6 Wochen pro Jahr und bis zu einer Höhe von 1.612 Euro. Übernehmen Angehörige die Verhinderungspflege so stehen max. der 1,5-fache Wert des Pflegegeldes zur Verfügung, Hieraus ergeben sich Beträge zwischen 474 Euro im Pflegegrad 2 und 1.351,50 Euro im Pflegegrad 5.

Entlastungsbetrag

Zur Entlastung Angehöriger und Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger stehen monatlich 125 Euro zur Verfügung.

Verpflichtende Pflegeberatung im häuslichen Umfeld

In den Pflegegraden 1–3 halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 vierteljährlich.



7.4 Leistungen bei teilstationärer Pflege

Tages- und Nachtpflege

Die Pflegebedürftige wird stundenweise in einer Pflegeeinrichtung betreut. Diese Leistung kann in vollem Umfang neben dem Pflegegeld oder der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Die zur Verfügung stehenden Geldbeträge entnehmen Sie bitte der Tabelle auf Seite 35.

Kurzzeitpflege

Vorübergehende Pflege in einem Heim für maximal 8 Wochen, weil die häusliche oder teilstationäre Pflege (noch) nicht möglich ist oder nicht ausreicht. Hier stehen jährlich für Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5 bis zu 1.774 Euro zur Verfügung

Ersatz- oder Verhinderungspflege

Muss die Ersatz- oder Verhinderungspflege stationär erbracht werden, dann ist dies für maximal 6 Wochen möglich. Die Pflegekasse erstattet hierfür 1.612 Euro.

Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige mit verschiedenen Leistungen (z.B. Pflegekurse, Beratung oder Rentenbeiträge). Erfragen Sie die genauen Konditionen bitte bei Ihrer Kasse.

7.5 Leistungen bei stationärer Pflege

Unter vollstationärer Pflege wird die Pflege in einem Pflegeheim verstanden. Die Pflegekasse zahlt je nach Pflegegrad einen bestimmten Satz, in Abhängigkeit vom zuerkannten Pflegegrad (s. Tabelle vorne). Daneben müssen Sie einen **Eigenanteil** zu den Kosten der vollstationären Pflege leisten. Die Höhe des Eigenanteils ermittelt das Pflegeheim mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Der Eigenanteil gilt einheitlich für alle Pflegegrade. Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen Zuschlag zum Eigenanteil.



Hinweis: Bei (teil-)stationärer Unterbringung müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung – die sogenannten Hotelkosten – selbst bezahlt werden.

Können Sie die Pflegekosten – egal ob im häuslichen oder im stationären Bereich – nicht aus eigenen Mitteln bestreiten und reichen die Leistungen der Pflegekasse nicht aus, können Sie u.U. beim Sozialamt einen **Antrag auf „Hilfe zur Pflege“** stellen.

8 Palliative Versorgung

Auch wenn metastasierter Brustkrebs nicht heilbar ist, können viele Betroffene noch über einen langen Zeitraum ein **gutes und selbstbestimmtes Leben** führen. Schreitet die Erkrankung weiter voran, können die Belastungen zunehmen, und die Zielsetzung der Behandlung ändert sich.

Im Vordergrund steht nun die Linderung der Erkrankungs- und Behandlungsfolgen. Die Palliativmedizin stellt die **Lebensqualität** – nicht die Verlängerung der Überlebenszeit – in den Vordergrund. Es geht um **Nähe, Zuwendung, Unterstützung und die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen**. Im Mittelpunkt stehen Sie mit Ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie Ihre Angehörigen und andere Ihnen nahestehende Menschen. Die Palliativmedizin umfasst auch die **Sterbe- und Trauerbegleitung**, ist aber nicht darauf begrenzt.

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

8.1 Die Möglichkeiten der Palliativversorgung

Allgemeine ambulante Palliativversorgung

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

Ambulante Hospizdienste

Ergänzend zu den professionellen Diensten ist der ambulante Hospizdienst ein **ehrenamtliches Angebot**, das schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen unterstützend und begleitend zur Seite steht. Nach einer intensiven Ausbildung stehen die ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und -begleiter den Menschen zu Hause, aber auch in stationären Einrichtungen zur Verfügung.

Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer besuchen Sie regelmäßig, bringen Zeit und Ruhe mit und entlasten Sie und Ihre Angehörigen. Sie **begleiten Sie** durch die in der Situation aufkommenden Gefühle, wie z. B. Trauer, Angst und Wut, und stellen sich auf Ihre Situation und Ihre Bedürfnisse ein. Die Begleitung setzt oftmals nicht erst ein, wenn das Sterben absehbar ist. Vielmehr können Sie den ambulanten Hospizdienst auch zu einem früheren Zeitpunkt in Ihrer **Auseinandersetzung mit Krankheit, Schmerz, Abschied, Tod und Trauer einschalten**.



Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Als gesetzlich Krankenversicherte haben Sie Anspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn Sie aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung eine begrenzte Lebenserwartung haben und einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen. Ein besonderer Bedarf besteht dann, wenn ein **komplexes Symptomeschehen** vorliegt und spezielle palliative Kenntnisse zur Versorgung erforderlich sind. Dies sind z. B. starke Luftnot, ausgeprägte Schmerzsymptomatik oder eine ausgeprägte psychiatrische Symptomatik. Die SAPV steht den Betroffenen rund um die Uhr als **Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft** zur Verfügung. Sollte sich Ihre Situation verändern, kann die SAPV auch beendet werden und zu einem späteren Zeitpunkt wiedereinsetzen. Zur SAPV müssen keine Zuzahlungen geleistet werden.



Wichtig! Die SAPV kann ergänzend auch in einem Pflegeheim erbracht werden.

Stationäre Hospize

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

Palliativstationen

Eine Palliativstation ist die Abteilung eines Krankenhauses, in der die körperlichen Beschwerden von schwerstkranken Menschen behandelt werden. Außerdem werden Patientinnen und Patienten durch eine Vielzahl von psychosozialen Angeboten unterstützt (z. B. **Sozialdienst, Ernährungsberatung, Seelsorge, Kunsttherapie**). Die Aufnahme erfolgt meist über einen begrenzten Zeitraum. Die weitere Versorgung wird vor der Entlassung durch den Sozialdienst in Absprache mit den Angehörigen organisiert. Hat sich der akute Zustand stabilisiert, können die meisten Patientinnen nach Hause zurückkehren oder in einem Hospiz weiterversorgt werden.



9 Vorsorgedokumente – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Jeder Mensch kann durch Krankheit, Unfall oder Alter in die Situation geraten, dass er vorübergehend oder auf Dauer keine eigenständigen **Entscheidungen** mehr treffen kann. Stehen dann rechtsverbindliche Entscheidungen oder Erklärungen an, braucht es jemanden, der an Ihrer Stelle entscheidet, oder aber ein Dokument, in dem Sie festgelegt haben, wie nun gehandelt werden soll. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass Sie, sobald Sie volljährig sind, **langfristig nicht einen Vertreter** haben. Wenn Sie verheiratet sind, kann sie Ihre Partnerin oder Ihr Partner seit Januar 2023 in medizinischen Notsituationen für längstens 6 Monate vertreten (sog. Notvertretungsrecht), danach muss ein Gericht entscheiden wer Sie vertreten soll. Das heißt, dass nach längstens 6 Monaten andere nur dann für Sie entscheiden oder eine Erklärung abgeben können, wenn sie entweder von Ihnen **bevollmächtigt** wurden oder ein Gericht sie als gesetzlichen Betreuer bestimmt hat.

Info: Auf der Internetseite des Bundesjustizministeriums können Sie für alle drei im Folgenden vorgestellten Vorsorgedokumente Vordrucke herunterladen:
www.bmj.de > Publikationen > Formulare, Muster und Vordrucke.



Wichtig! Sie können Ihre Vorsorgevollmacht oder Ihre Betreuungsverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registrieren lassen. Die Registrierungsgebühr fällt nur einmal an und deckt die dauerhafte Registrierung und die Beauskunftung der Betreuungsgerichte ab. Mit dieser Registrierung können Sie auch Ihre Patientenverfügung registrieren lassen.



Hinweis: Formal wird für alle drei Dokumente empfohlen, diese schriftlich zu verfassen und eigenhändig zu unterschreiben. Auch die Unterschrift einer Zeugin oder eines Zeugen wird empfohlen. Die Unterschriften sollten, wenn möglich, alle 1 bis 2 Jahre erneuert werden. Eine notarielle Beurkundung ist grundsätzlich nicht notwendig. Zur Absicherung können Sie Ihr Dokument bei Behörden für eine geringe Gebühr beglaubigen lassen. Achtung: Banken verlangen in der Regel eine Vollmachtserteilung vor Ort auf bankeigenen Vordrucken. Für die Vorsorgevollmacht gilt allerdings, dass Behörden unter Umständen eine notarielle Beurkundung verlangen. Bei Grundstücksgeschäften ist die notarielle Beurkundung der Vollmacht verpflichtend.

9.1 Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung dokumentieren Sie, wie Sie behandelt werden möchten, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können. Eine Person, die die niedergelegten Wünsche vertritt, kann zusätzlich benannt werden. Auf diese Weise können Sie Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung nehmen und **Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren**. Erstellen Sie eine möglichst **individuelle und persönliche Verfügung**, in der Sie auch Ihre Wertvorstellungen festhalten.



Wichtig! Selbstverständlich können Sie Ihre Patientenverfügung jederzeit widerrufen oder ändern.

Eine Patientenverfügung ist umso aussagekräftiger,

- **je klarer und nachvollziehbarer Sie Ihre Wünsche formulieren.**
Um dies zu überprüfen, sollten Sie Ihre Patientenverfügung mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen. Sinnvoll ist hierfür, dass Sie neben der reinen Ankreuzvariante eine Darstellung Ihrer Wertvorstellungen beifügen.
- **je aktueller die Verfügung ist.**
Die zeitliche Nähe wird vom Gesetz nicht verlangt, macht es aber allen Beteiligten einfacher, da deutlich wird, dass dies Ihr aktueller Wille ist. Sie erreichen die Aktualität, indem Sie das Dokument alle ein bis zwei Jahre erneut überprüfen und unterschreiben.
- **je konkreter Sie Ihre Verfügung auf Ihre Krankheit bezogen gestalten.**
Durch die Diagnose metastasierter Brustkrebs können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt einen möglichen Verlauf und mögliche Komplikationen besprechen. Sie können dann der Patientenverfügung eine Ergänzung beifügen, in der Sie mit ärztlicher Unterstützung Ihre Diagnose(n) aufführen, Ihre aktuelle Behandlung und Medikation dokumentieren und Ihre Wünsche bei auftretenden Komplikationen festhalten.



Hinweis: Einen Vordruck für die Ergänzung im Fall einer schweren Erkrankung finden Sie, indem Sie in eine Internetsuchmaschine die Stichworte „Ergänzung Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit“ eingeben.

9.2 Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Person Ihres Vertrauens, **stellvertretend für Sie zu handeln, zu entscheiden und Verträge abzuschließen**. Dies ermöglicht es Ihnen, Ihre Zukunft auch in dem Fall selbst zu gestalten, dass Sie vorübergehend oder auf Dauer nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen. Überdies ist dann im Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit nicht die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung notwendig.

Dabei müssen bestimmte Angelegenheiten explizit in der Vorsorgevollmacht aufgeführt sein (z. B. ärztliche Maßnahmen, Unterbringung oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z. B. Bettgitter) und Vertretung in gerichtlichen Verfahren).

Darüber hinaus wird empfohlen, dass die Vollmacht über den Tod hinaus gültig ist, so dass Ihre Bevollmächtigte oder Ihr Bevollmächtigter auch dann handlungsfähig bleibt. Außerdem empfiehlt es sich, eine **Vollmacht Ihrer Bank** beizufügen, da die meisten Banken nur ihre bankeigenen Vordrucke akzeptieren.

9.3 Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung sagen Sie dem Betreuungsgericht, **wen es als Betreuerin oder Betreuer** für Sie einsetzen soll, wenn Sie entscheidungs- und handlungsunfähig sind, und wen auf keinen Fall. Außerdem können Sie, bezüglich der Betreuungsführung, **Wünsche** niederlegen. Einen Betreuer brauchen Sie nicht, wenn Sie jemanden durch eine Vorsorgevollmacht bevollmächtigt haben.



Informations- und Beratungsangebote

Selbsthilfeangebote

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen sind auch für die sozialen Fragen rund um die Erkrankung wertvolle Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.

Allianz gegen Brustkrebs

Schankstättenweg 19, 97215 Weigenheim

Tel.: 09842 9360-12

Mail: info@allianz-gegen-brustkrebs.de, Web: www.allianz-gegen-brustkrebs.de

BRCA Netzwerk e.V. – Hilfe bei familiären Krebserkrankungen

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn

Tel.: 0228 338891-00

Mail: info@brca-netzwerk.de, Web: www.brca-netzwerk.de

Brustkrebs Deutschland e.V. – Prognose Leben

Lise-Meitner-Str. 7, 85662 Hohenbrunn

Tel.: 089 416198-00

Mail: online@brustkrebsdeutschland.de, Web: www.brustkrebsdeutschland.de

Frauenselbsthilfe Krebs – FSH Bundesverband e.V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn

Tel.: 0228 228894-00

Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de, Web: www.frauenselbsthilfe.de

LebensHeldin! e.V.

LebensHeldin! e.V.

Opitzstraße 28, 22301 Hamburg

Web: www.lebensheldin.de

Mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs

Max-Hempel-Str. 3 (im Haus des MDK Bayern), 86153 Augsburg

Tel.: 0821 268419-11

Mail: info@mamazone.de, Web: www.mamazone.de

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e. V.

Höhenstr. 4, 75196 Remchingen

Tel.: 07232 79-463

Mail: kontakt@brustkrebs-beim-mann.de, Web: www.brustkrebs-beim-mann.de

Weitere Angebote

Allgemeine Sozialberatungsstellen

„Rund-um-Beratung“ in sozialen Fragen. Eruiieren von Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung bei der Antragsstellung. Suchmaschine: Allgemeine Sozialberatung + Städtename eingeben.

Beratungsstelle Krebs und Beruf

Überregionales Beratungsangebot rund um das Thema Berufstätigkeit

Bahnhofstr. 6, 26603 Aurich

Tel.: 04941 6986-482

Mail: beratungsstelle@krebs-und-beruf.de, Web: www.krebs-und-beruf.de

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Montag – Donnerstag 08.00 – 20.00 Uhr

Rente: 030 221911-001

Arbeitsrecht: 030 221911-004

Teilzeit/Minijobs: 030 221911-005

Infos für behinderte Menschen: 030 221911-006

Bürgertelefone des Bundesgesundheitsministeriums

Montag – Donnerstag 08.00 – 18.00 Uhr, Freitag 08.00 – 12.00 Uhr

Gesetzliche Krankenversicherung: 030 340606-601

Gesetzliche Pflegeversicherung: 030 340606-602

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin

Tel.: 030 322932-90

Mail: service@krebsgesellschaft.de, Web: www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe und Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Buschstr. 32, 53113 Bonn

Tel.: 0228 72990-0

Mail: deutsche@krebshilfe.de, Web: www.krebshilfe.de

Deutsche Rentenversicherung

Servicetelefon: 0800 1000 4800

Montag – Donnerstag 07.30 – 19.30 Uhr, Freitag 07.30 – 15.30 Uhr

www.deutsche-rentenversicherung.de

Unter „Beratung & Kontakt“ > „Beratung suchen und buchen“ finden Sie Rentenberatungsstellen und Versichertenberater/Versichertenälteste

Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Die EUTBs unterstützen und beraten unentgeltlich zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe.

Web: www.teilhabeberatung.de

Infonetz Krebs

Telefonische sozialrechtliche Beratung

Montag – Freitag von 08.00 Uhr – 17.00 Uhr unter 0800 807088-77

Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de, Web: www.infonetz-krebs.de

Integrations- oder Inklusionsämter mit den Fachdiensten

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

Web: www.integrationsaemter.de (auf der Seite ganz unten gibt es einen Button „Finden Sie hier Ihren Ansprechpartner“)

Krebsberatungsstellen

Beratungsstellen für onkologisch erkrankte Menschen zu sozialrechtlichen und psychoonkologischen Fragen. Suchmaschine: Krebsberatungsstelle + Städtename oder Krebsinformationsdienst.

Krebsinformationsdienst

Täglich von 08.00 – 20.00 Uhr

Tel.: 0800 420 30 40

Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de, Web: www.krebsinformationsdienst.de

Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte sind wohnortnahe Anlaufstellen, die beraten, unterstützen und bei der Organisation der Pflege behilflich sind. Suchmaschine: Pflegestützpunkt + Ort eingeben oder Anruf Pflegekasse (Krankenkasse) und zuständigen Pflegestützpunkt erfragen.

Sozialverbände

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

Sozialverband Deutschland e. V.

Stralauer Straße 63, 10179 Berlin

Tel.: 030 726222-0

Mail: kontakt@sovd.de, Web: www.sovd.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Linienstraße 131, 10115 Berlin

Tel.: 030 9210 580-0

Mail: kontakt@vdk.de, Web: www.vdk.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Deutsche Beratung: 0800 011 77 22

Türkische Beratung: 0800 011 77 23

Russische Beratung: 0800 011 77 24

Arabische Beratung: 0800 011 77 25

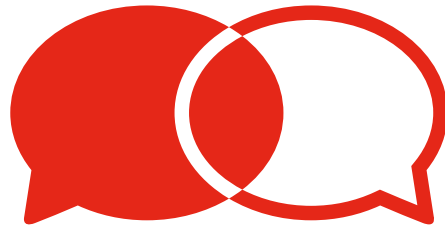
Web: www.patientenberatung.de

Montags – freitags 08.00 – 20.00 Uhr; samstags 08.00 - 16.00 Uhr

Montags – freitags 08.00 – 18.00 Uhr; samstags 08.00 - 16.00 Uhr

Montags – freitags 08.00 – 18.00 Uhr; samstags 08.00 - 16.00 Uhr

Dienstags 11.00 – 13.00 Uhr; Donnerstags 17.00 - 19.00 Uhr



LillyPlus

Lilly Deutschland GmbH

Werner-Reimers-Str. 2-4
61352 Bad Homburg
www.lilly.com/de

Lilly