

---

# Wegweiser zu Sozial- leistungen

Die blauen  
Ratgeber

29



**Diese Broschüre wurde gemeinsam erstellt von der  
Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft.**

Herausgeber:

**Deutsche Krebshilfe e.V.**

Thomas-Mann-Str. 40  
53111 Bonn

Fachliche Beratung:

Wilfried Jacobs  
Vorsitzender des Vorstandes  
AOK Rheinland  
Die Gesundheitskasse  
Kasernenstr. 61  
40213 Düsseldorf

Sabine Erber

Verband der privaten Krankenversicherungen  
Bayenthalgürtel 26  
50968 Köln

Text und Redaktion:

Isabell-Annett Beckmann, Deutsche Krebshilfe  
Stefanie Kasper, Deutsche Krebshilfe

Ausgabe 2/2004

Druck auf chlorfreiem Papier

ISSN 0946-4816

---

# Wegweiser zu Sozial- leistungen

## Informationen und Hinweise

---



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	5
<b>Auf welche Sozialleistungen besteht ein Anspruch?</b>	7
<b>Zuzahlungen</b>	8
Arzneimittel	8
Heilmittel	9
Hilfsmittel	10
<b>Fahrtkosten</b>	11
<b>Pflegekosten</b>	12
Krankenhauspflege	12
Häusliche Krankenpflege	12
Haushaltshilfe	13
Praxisgebühr	15
<b>Belastungsgrenzen</b>	16
Zuzahlungen auf einen Blick	18
<b>Soziale Pflegeversicherung</b>	21
Pflegebedürftigkeit	21
Leistungen für häusliche Pflege	23
Leistungen für stationäre Pflege	24
<b>Rehabilitation</b>	25
Medizinische Rehabilitation	25
Anschlussrehabilitation	25
Nach- oder Festigungskur	26
Rehabilitationsleistungen	26
Rehabilitationssport	29
Berufliche Rehabilitation	30

Wie alle Schriften der Deutschen Krebshilfe wird auch diese Broschüre von Spezialisten auf ihre inhaltliche Richtigkeit überprüft und ständig aktualisiert. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

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

<b>Schwerbehindertenausweis</b>	32
<b>Wirtschaftliche Sicherung</b>	33
Krankengeld	33
Erwerbsminderungsrente	36
<b>Hinweise für Patienten im Beamtenverhältnis</b>	38
<b>Härtefonds der Deutschen Krebshilfe</b>	39
<b>Wo können Sie Informationen und Rat erhalten</b>	40
Informationen im Internet	41
<b>Noch Fragen?</b>	43
<b>Informieren Sie sich</b>	49
Informationen für Betroffene und Angehörige	49
Informationen zur Krebsvorbeugung und Krebsfrüherkennung	50
VHS-Videokassetten	50
<b>Fragebogen</b>	51



*Eine Bitte in eigener Sache:*

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

## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wenn Sie an Krebs erkrankt sind und Sie vielleicht für längere Zeit nicht berufstätig sein können, ist es wichtig zu wissen, auf welche Sozialleistungen Sie Anspruch haben. Auch wenn es in den letzten Jahren immer wieder Einschnitte im sozialen Netz gegeben hat, so bietet Ihnen unser Sozialstaat im Krankheitsfall doch zahlreiche Hilfen an. Diese Unterstützung steht Ihnen rechtlich zu, und Sie können Sie auch ruhig annehmen.

Als Versicherter in einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse, aber auch als Sozialhilfe-Empfänger haben Sie für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf alle medizinischen Leistungen, die im Zusammenhang mit Ihrer Krebserkrankung erforderlich sind. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Behandlung.

**Diese Broschüre gibt Ihnen einen Überblick über die Regelungen, die nach Inkrafttreten des so genannten Gesundheits-Modernisierungs-Gesetzes ab 1.1.2004 gelten.**

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

Überwinden Sie diese Gefühle!

Keine falsche Scham bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte

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

Vielleicht können Sie schon während des Krankenhausaufenthaltes Kontakt mit dem Sozialarbeiter der Klinik aufnehmen, der Ihnen über die sozialrechtlichen Möglichkeiten nach der Entlassung Auskunft geben kann. Denn Sie können zum Beispiel nicht nur ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, sondern auch, soweit es notwendig ist, eine Kur, eine häusliche Krankenpflege oder eine Haushaltshilfe.

Lassen Sie sich bitte auch nicht irritieren, wenn der Sozialarbeiter oder die zuständigen Sachbearbeiter der Ämter für Sie ungewohnte Begriffe benutzen. In der Amtssprache gibt es leider oft Ausdrücke, die wir nicht nur als ungewöhnlich, sondern vielleicht sogar als gefühllos empfinden.

Das wichtigste Ziel der gesamten sozialrechtlichen Hilfe ist es, Ihnen die Chance zu geben, so gut wie möglich in Ihren Alltag zurückzukehren. Dabei soll Ihnen diese Broschüre eine erste Hilfestellung geben. Wir hoffen, dass wir Sie mit diesem Ratgeber dabei unterstützen können, das Leben mit Ihrer Erkrankung zu bewältigen, und wünschen Ihnen alles Gute. Darüber hinaus stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Krebshilfe für weiter gehende Fragen gern zur Verfügung. Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an!

Ihre  
Deutsche Krebshilfe

## Auf welche Sozialleistungen besteht ein Anspruch?

Wenn Sie für längere Zeit nicht berufstätig sein können, müssen Sie wissen, auf welche Leistungen der Krankenkassen, Rentenversicherer oder anderer Institutionen Sie Anspruch haben. Die folgenden Informationen sollen Ihnen einen ersten Überblick geben und als Orientierungshilfe dienen.

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

- Krankenkassen,
- Rentenversicherungsträger,
- Sozialamt,
- Versorgungsamt und
- Arbeitsamt.

Wenn Sie nicht genau wissen, welche dieser Einrichtungen im Einzelfall zuständig ist, können Sie sich an eine beliebige Stelle wenden. Jeder Sozialleistungsträger ist gesetzlich verpflichtet, Ihnen allgemeine Auskünfte zu geben, Anträge anzunehmen und diese gegebenenfalls weiterzuleiten.

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

## Zuzahlungen

Nach wie vor werden die medizinischen Leistungen, die für die Behandlung Ihrer Krankheit erforderlich sind, von den Kostenträgern, also in der Regel den Krankenkassen, bezahlt. Aber Sie müssen bei vielen Dingen heute einen bestimmten Betrag selbst übernehmen.

Mit der letzten Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber die Zuzahlungsregelungen vereinfacht: Sie müssen ab 1.1.2004 bei allen Leistungen zehn Prozent der Kosten selbst tragen – mindestens jedoch fünf und höchstens zehn Euro. Liegen die Kosten unter fünf Euro, zahlen Sie den tatsächlichen Preis. Allerdings müssen Sie im Laufe eines Kalenderjahres solche Zuzahlungen nicht unbegrenzt leisten, sondern es gibt eine bestimmte Belastungsgrenze pro Jahr. Einzelheiten dazu finden Sie im Kapitel „Belastungsgrenzen“ ab [Seite 16](#) dieser Broschüre.

**Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit.**

## Arzneimittel

Für alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel und für Verbandmittel, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, müssen Sie zehn Prozent des Abgabepreises dazu bezahlen. Die Zuzahlung beträgt mindestens fünf, höchstens jedoch zehn Euro und darf den Preis des Medikaments nicht übersteigen.

Beispiel: Ihr Arzt hat Ihnen Tabletten verschrieben, die 80 Euro kosten. Hierfür zahlen Sie acht Euro (gleich zehn

Prozent) zu. Bei einer Salbe für 14,- Euro müssen Sie dagegen nicht 1,40 Euro (entspricht zehn Prozent), sondern fünf Euro entrichten. Ein sehr teures Medikament für 160,- Euro kostet Sie allerdings nur zehn Euro.

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr von den Kassen erstattet. Dazu gehören unter anderem Mittel gegen Erkältung oder Abführmittel, aber auch so genannte Life-Style-Präparate wie Potenzmittel oder Appetitzügler.

Sonderregelungen gelten zum Beispiel für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die für die Behandlung von schweren Erkrankungen wie etwa Krebs als Therapiestandard gelten. Auch für Kinder unter zwölf Jahren werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von den Kassen bezahlt.

Übrigens: Der Versandhandel mit rezeptpflichtigen Medikamenten – zum Beispiel über Internet-Apotheken – ist ab 2004 auch in Deutschland erlaubt.

[Internet-Apotheken](#)

## Heilmittel

Zu den Heilmitteln gehören physikalisch-therapeutische Verordnungen wie Massagen, Bäder, Krankengymnastik, aber auch Sprach- und Beschäftigungstherapie.

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

## Hilfsmittel

Hilfsmittel sichern den Erfolg einer Behandlung oder gleichen eine Behinderung aus. Darunter fallen zum Beispiel Hörgeräte, aber auch Prothesen (zum Beispiel Brustprothesen), prothesengerechte Badeanzüge, Sprechhilfen, Artikel zur Stomaversorgung sowie die Kosten für eine Perücke, wenn Sie durch die Chemotherapie die Haare verlieren.

Für Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent des Abgabepreises zu, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind – wie etwa Einmal-Handschuhe, Einlagen oder Windeln bei Inkontinenz – müssen Sie zehn Prozent des Packungspreises selbst bezahlen, aber nicht mehr als zehn Euro pro Monat.

Für Sehhilfen und Brillen gibt es ab 1.1.2004 keinen Zuschuss der Krankenkassen mehr.

**Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es in der privaten Krankenversicherung nicht.**

Privatversicherte können allerdings mit ihrer Krankenversicherung einen so genannten Selbstbehalt vereinbaren. Das bedeutet: Bis zu einer bestimmten Summe in einem Jahr tragen Sie die Kosten für medizinische Behandlung, Arzneimittel und so weiter selbst. Alles, was darüber hinausgeht, übernimmt die Krankenversicherung.

Private Krankenversicherung

## Fahrtkosten

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden mit wenigen Ausnahmen nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Ausgenommen sind: Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie, zur Dialyse und Fahrten von Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Kennzeichen [aG], [BI] oder [H]). Außerdem können Ärzte bei Erkrankungen, die einen vergleichbaren Schweregrad aufweisen, eine Fahrtkostenübernahme verordnen.

**In allen Fällen müssen die Fahrten aber zuvor durch die Krankenkasse genehmigt werden. Als Eigenbeteiligung müssen die Patienten maximal zehn Prozent zuzahlen, mindestens fünf, höchstens zehn Euro pro Fahrt, aber nicht mehr als die gesamten Transportkosten.**

Auch bei Fahrten zur stationären Behandlung und zurück müssen Sie zehn Prozent der Kosten selbst übernehmen, hier gilt ebenso die Mindestgrenze von fünf und die Höchstgrenze von zehn Euro.

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

Bei den privaten Krankenkassen sehen die Tarife im Allgemeinen vor, dass medizinisch notwendige Fahrten zu ambulanten wie stationären Gesundheitsdiensten voll erstattet werden.

Ambulante  
Behandlung

Stationäre  
Behandlung

Private  
Krankenversicherung

## Pflegekosten

### Krankenhauspflege

Ihre Krankenhausbehandlung wird von der Krankenkasse so lange bezahlt, wie es die Krankheit erfordert. Sie müssen jedoch eine Zuzahlung von zehn Euro pro Tag für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres leisten; ausgenommen davon sind Kinder unter 18 Jahren. Auch privat versicherte Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Wenn ein Schwerstkranker nicht mehr zu Hause versorgt werden kann und zur palliativmedizinischen Behandlung in einem Hospiz untergebracht wird, hat er Anspruch auf einen Kostenzuschuss. Die Höhe des Zuschusses legen die Krankenkassen fest.

### Häusliche Krankenpflege

Wenn bei Ihnen eine Krankenhausbehandlung nicht durchgeführt werden kann, oder diese durch eine Versorgung zu Hause verkürzt oder vermieden werden kann, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die häusliche Krankenpflege. Hierfür gibt es spezielle Pflegedienste (zum Beispiel Sozialstationen), die Ihnen die Krankenkasse, der Arzt oder das Krankenhaus vermitteln kann. Kann die Krankenkasse Ihnen keine Pflegekraft stellen, können Sie sich selbst um die Pflegekraft kümmern. Die Kosten werden Ihnen dann in angemessener Höhe erstattet.

**Voraussetzung ist dabei immer, dass keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann.**

Die häusliche Krankenpflege umfasst Maßnahmen der Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung), Grundpflege (zum Beispiel Körperpflege) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel Essen zubereiten). Der Leistungsanspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung endet allerdings, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes eintritt.

Unabhängig von einer möglichen Krankenhausbehandlung haben Sie ebenfalls Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn nur dadurch die ärztliche Behandlung gesichert werden kann. Dies betrifft jedoch nur die Kosten der Behandlungspflege. Ob Ihnen auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zustehen, regelt die Satzung Ihrer Krankenkasse.

Auch an den Kosten für die häusliche Krankenpflege müssen Sie sich beteiligen, und zwar mit zehn Euro pro Verordnung plus zehn Euro pro Tag für längstens 28 Tage. Eventuell vorangegangene zuzahlungspflichtige Tage im Krankenhaus werden angerechnet.

Die Leistungen zur häuslichen Krankenpflege erfolgen in der privaten Krankenversicherung in der Regel analog zur gesetzlichen Krankenversicherung.

### Haushaltshilfe

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine Haushaltshilfe, wenn sie wegen einer Krankenhausbehandlung, einer ambulanten oder stationären Kur oder auch wegen häuslicher Krankenpflege den Haushalt selbst nicht weiterführen können.

Hospizpflege

Private  
Krankenversicherung

**Voraussetzung ist: Keine andere im Haushalt lebende Person kann die Aufgaben übernehmen. Außerdem muss in Ihrem Haushalt bei Leistungsbeginn ein Kind leben, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.**

Wenn Sie eine Haushaltshilfe benötigen, müssen Sie für jeden Kalendertag, an dem die Hilfe bei Ihnen tätig ist, zehn Prozent der Kosten selbst übernehmen, mindestens fünf, höchstens aber zehn Euro.

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch in anderen Fällen Haushaltshilfe vorsehen, wenn der Versicherte den Haushalt nicht führen kann. Die Kasse kann dabei Dauer und Umfang der Leistung bestimmen.

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

**Auf jeden Fall müssen Sie rechtzeitig vorher einen entsprechenden Antrag stellen.**

Über Einzelheiten informiert Sie Ihre Krankenkasse. Auch das Sozialamt kann Hilfe zur Weiterführung des Haushalts gewähren, wenn kein anderer Leistungsträger zuständig ist und die Kosten nicht selbst getragen werden können.

**Eine Haushaltshilfe wird von der privaten Krankenversicherung grundsätzlich nicht übernommen.**

Pflegekraft oder  
Kostenübernahme

## Praxisgebühr

Ab 1.1.2004 müssen Sie beim ersten Arztbesuch in einem Quartal eine Praxisgebühr von zehn Euro bezahlen. Alle weiteren Behandlungen bei diesem Arzt sind im gleichen Vierteljahr kostenfrei. Sie müssen keine Praxisgebühr entrichten, wenn Sie im gleichen Quartal von einem Arzt überwiesen wurden, bei dem Sie die Gebühr bereits bezahlt haben.

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

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

**Übrigens:** Ab sofort können Sie sich von Ihrem Arzt eine „Patientenquittung“ ausstellen lassen. Darauf wird in verständlicher Form erläutert, welche Leistungen der Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Sie können diese Quittung nach jeder Behandlung oder auch einmal pro Quartal verlangen. Allerdings darf der Arzt von Ihnen einen Euro pro Quittung (plus Porto) verlangen.

Lassen Sie sich  
überweisen

Bei Vorsorge keine  
Praxisgebühr

Patientenquittung

## Belastungsgrenzen

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

**Dabei werden alle Zuzahlungen, die der Versicherte selbst und seine mit ihm im selben Haushalt lebenden Angehörigen leisten, zusammengezählt.**

Erwachsene müssen nicht mehr als zwei Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens an Zuzahlungen aufwenden.

**Für chronisch Kranke gilt die niedrigere Belastungsgrenze von einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. In diesem Fall gilt die 1%-Grenze für die ganze Familie.**

Laut Beschluss der Ärzte und Krankenkassen gilt jemand als chronisch krank, wenn er sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und mindestens einmal pro Quartal zum Arzt geht. Zusätzlich muss mindestens eines der folgenden Merkmale zutreffen:

- Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3
- Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, verminderte Lebenserwartung oder

Definition  
„chronisch krank“

dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Diese Einschätzung kann nur von einem Arzt vorgenommen werden.

Zum jährlichen Bruttoeinkommen gehören sämtliche Einkünfte (Lohn/Gehalt, Zins-, Miet- und Pachteinnahmen) des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen.

Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familien-Bruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Familien-Bruttoeinkommen leben müssen, denn für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt. Er beträgt 2004 für einen Erwachsenen – zum Beispiel den Ehepartner – 4.347,- € und für jedes Kind 3.648,- € jährlich. Diese Freibeträge werden vom Familien-Bruttoeinkommen abgezogen. So ist der zumutbare Eigenanteil je nach Familiengröße unterschiedlich.

### Rechenbeispiel zur Berechnung der Belastungsgrenze:

verheirateter Alleinverdiener mit drei Kindern  
Bruttoeinkommen 25.000,00 €

Bruttoeinkommen	25.000,00 €
Freibetrag Ehefrau	- 4.347,00 €
Kinderfreibetrag (3 x 3.648,00 €)	- 10.944,00 €
<hr/>	
Rechenbasis Bruttoeinkommen	9.709,00 €
davon 2 %	194,18 €

**Die Familie muss also höchstens 194,18 EUR an Zuzahlungen leisten.**

## Zuzahlungen auf einen Blick

### Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

**Arzneimittel und Verbandmittel**  
(nur verschreibungspflichtige)

**Heilmittel** (zum Beispiel Massagen, Krankengymnastik)  
auch bei Abgabe in der Arztpraxis

**Hilfsmittel** (Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie)

#### Fahrkosten

- zu und von stationären Behandlungen
- zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen  
(zum Beispiel Chemo- oder Strahlentherapie)
- bei einem Transport in Rettungsfahrzeugen  
oder Krankenwagen

**Krankenhausbehandlung**  
**Häusliche Krankenpflege**

**Stationäre Vorsorge- und  
Rehabilitationsmaßnahmen**

**Anschluss-Rehabilitation einschließlich stationärer  
Rehabilitationsmaßnahmen mit Indikationskatalog**

**Mütterkuren**

**Haushaltshilfe**

**Zahnersatz**  
(bis 31.12.2004)

### Zuzahlungshöhe

10 % der Kosten,  
mindestens 5,- €,  
höchstens 10,- €

10 % der Kosten plus  
10,- € je Verordnung

10 % der Kosten,  
mindestens 5,- €,  
höchstens 10,- €

10,- € pro Kalendertag  
für höchstens 28 Tage

10,- € pro Kalendertag  
für unbegrenzte Dauer

10,- € pro Kalendertag  
für höchstens 28 Tage

10,- € pro Kalendertag

10 % der Kosten,  
mindestens 5,- €,  
höchstens 10,- €

50 % der Kosten ohne Bonus

40 % der Kosten mit Bonus

35 % der Kosten bei Nachweis langjähriger Pflege

### Befreiungsmöglichkeiten

- nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres
- 2 % des Familien-  
Bruttoeinkommens
  - 1 % für chronisch  
Kranke
  - Kinder unter 18 Jahren

**Härtefallregelungen, bei denen man vollständig von den Zuzahlungen befreit werden kann, gibt es nicht mehr.**

Einzigste Ausnahme ist der Zahnersatz, für den im Jahr 2004 noch die bisherige Härtefallregelung gilt. Lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse beraten!

**Für die Abrechnung der Zuzahlungen mit den Krankenkassen gilt grundsätzlich das Kalenderjahr.**

Wenn Versicherte im Laufe eines Jahres die Belastungsgrenze erreicht haben, können sie von ihrer Krankenkasse eine Bescheinigung erhalten. Sie müssen dann für den Rest des Jahres keine weiteren Zuzahlungen mehr leisten.

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

## Soziale Pflegeversicherung

### Pflegebedürftigkeit

Kranke oder behinderte Menschen, die sich nicht mehr versorgen können und deshalb im Alltag dauerhaft auf Hilfe angewiesen sind, erhalten Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung. Darunter fallen zum Beispiel: Pflegesachleistungen bei der häuslichen Pflege, Pflegegeld, Beiträge zu den pflegerischen Aufwendungen bei stationärer Pflege.

Diese Leistungen erbringen die so genannten Pflegekassen. Dies sind selbstständige Einrichtungen der Krankenkasse, bei der ein Versicherter pflichtversichert ist. Die Finanzierung erfolgt über Beiträge, die wie die anderen Sozialabgaben von Lohn, Gehalt oder Rente einbehalten und jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgebracht werden (Einzigste Ausnahme ist Sachsen, wo die Arbeitnehmer den vollen Beitrag zahlen müssen.)

**Privatversicherte müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen.**

Der Beitrag wird auf der Grundlage von Eintrittsalter und Gesundheitszustand berechnet. Wenn der Versicherte bereits fünf Jahre lang pflegeversichert ist, darf der Beitrag den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen. Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung sind identisch mit denen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Gesetzliche  
Krankenversicherung

### Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Ob Sie pflegebedürftig sind, stellt der Medizinische Dienst der gesetzlichen oder privaten Pflegekasse fest. Maßgebend dafür, welche Pflegestufe für den einzelnen festgelegt wird, ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, das heißt wie sehr die Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist.

Zu diesen Verrichtungen gehören:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahn- und Mundpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung.
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung.
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Heizen.

Für die Gewährung von Leistungen sind drei Pflegestufen eingerichtet worden:

● **I – erheblich Pflegebedürftige:**

Hilfebedarf bei mindestens 2 Verrichtungen pro Tag und 90 Minuten Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt

● **II – Schwerpflegebedürftige:**

Hilfebedarf bei mindestens 3 Verrichtungen pro Tag zu verschiedenen Tageszeiten und 3 Stunden Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt

● **III – Schwerstpflegebedürftige:**

Hilfebedarf rund um die Uhr, mindestens 5 Stunden Zeitaufwand im Tagesdurchschnitt.

Hierin enthalten ist bei allen drei Stufen Hilfebedarf bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen, wobei auch hier der pflegerische Aufwand im Vordergrund stehen muss.

**Anträge müssen Sie bei Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegekasse stellen.**

## Leistungen für häusliche Pflege

Hier stehen Leistungen im Vordergrund, die die häusliche Pflege verbessern sollen. Wieviel Sie von der Pflegekasse bekommen, hängt vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ab, die der Medizinische Dienst festgestellt hat. Grundsätzlich haben Sie zwei Möglichkeiten, Leistungen für häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. Entweder gewährt Ihnen die Pflegekasse die entsprechende Sachleistung, das heißt sie bezahlt Pflegeeinsätze durch ambulante Dienste und Sozialstationen. Oder sie zahlt Ihnen stattdessen Pflegegeld. In diesem Fall kümmern Sie sich selbst darum, dass die Pflege in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Es ist auch eine Kombination von Sach- und Geldleistung möglich.

Sachleistung (ambulante Pflegedienste):

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

Geldleistung (private Pflegeperson):

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

Sachleistung oder Pflegegeld

Unter Umständen zahlt die Pflegekasse für die private Pflegeperson die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung; zusätzlich ist sie während ihres Pflegeeinsatzes unfallversichert. Ist die Pflegerin/der Pfleger zum Beispiel durch Urlaub oder eigene Erkrankung verhindert, haben Sie Anspruch auf eine Vertretung bis zu vier Wochen im Jahr im Gesamtwert von bis zu 1.432,- €. Das ist besonders wichtig zu wissen, wenn Sie Ihren Angehörigen selbst pflegen.

## Leistungen für stationäre Pflege

Ist die Pflege zu Hause aus verschiedenen Gründen nicht mehr möglich, übernimmt die Soziale Pflegeversicherung die Kosten für die vollstationäre Pflege – auch hier wieder abhängig vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.

- Stufe I bis zu € 1.023,- pro Monat
- Stufe II bis zu € 1.279,- pro Monat
- Stufe III bis zu € 1.432,- pro Monat
- Härtefälle bis zu € 1.688,- pro Monat

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte wie bei der häuslichen Pflege selbst tragen.

**Bei Fragen setzen Sie sich mit Ihrer zuständigen Pflegekasse (bei Ihrer Krankenkasse) in Verbindung.**

# Rehabilitation

## Medizinische Rehabilitation

### Anschlussrehabilitation

Eine der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist die so genannte Anschlussrehabilitation (AR), die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließt, jedoch spätestens zwei Wochen nach der Entlassung folgt.

Für eine AR müssen Sie aber unter anderem gesundheitlich so weit wieder hergestellt sein, dass Sie sich zum Beispiel selbst waschen können und auf Stationsebene gehfähig sind. Die Anreise zur AR-Klinik sollen Sie grundsätzlich mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bewältigen können. Der Aufenthalt dauert meistens drei Wochen, kann aus medizinischen Gründen aber um zum Beispiel zwei Wochen verlängert werden.

Die Kosten übernimmt meist der zuständige Rentenversicherungsträger, in einzelnen Fällen auch die gesetzliche Krankenkasse, die private Krankenversicherung oder das Sozialamt.

**Wichtig: Sie müssen die AR schon während des Krankenhausaufenthaltes beantragen. Setzen Sie sich deswegen rechtzeitig am besten mit dem Sozialdienst der Klinik oder Ihrem Arzt in Verbindung. Sie helfen Ihnen bei der Auswahl der geeigneten Klinik und stellen die notwendigen Anträge für Sie.**

Die Zuzahlung für eine solche AR entnehmen Sie bitte der Tabelle auf [Seite 27](#).

Allgemeinbefinden verbessern

Wiederholte Nachkuren in vier Jahren möglich

Kuren selbst beantragen

## Nach- oder Festigungskur

Ist Ihre Erstbehandlung beendet, sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt oder behandelnden Arzt darüber, ob eine Nach- oder Festigungskur sinnvoll ist. Diese Kuren sollen Ihre körperlichen und seelischen Kräfte stabilisieren, Ihr Allgemeinbefinden verbessern und Ihnen somit die Wiederaufnahme des alltäglichen Lebens und der Berufstätigkeit erleichtern. Die meisten Betroffenen erleben die Kurbehandlung als positive Erfahrung.

Die zuständigen Kostenträger – Rentenversicherer, Krankenkassen oder Sozialamt – gewähren innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss der Primärbehandlung üblicherweise eine Kur. Danach können erneute ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erst nach Ablauf von vier weiteren Jahren durchgeführt werden. Treten allerdings Rückfälle oder Tochtergeschwülste in anderen Körperteilen auf, sind – falls medizinisch notwendig – weitere Maßnahmen möglich.

Die Zuzahlungen entnehmen Sie bitte der Tabelle auf Seite 28.

**Sie müssen diese Maßnahmen selbst beantragen. Sprechen Sie darüber mit Ihrem Arzt, der Ihnen die für Sie besten Empfehlungen geben kann.**

## Rehabilitationsleistungen

Reicht zur Krankenbehandlung oder zur medizinischen Rehabilitation die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt nicht aus, kann die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger Rehabilitationsleistungen erbringen.

Die Rehabilitationsmaßnahmen bei Krebserkrankungen umfassen gezielte therapeutische Maßnahmen, die den Gesundheitszustand des Patienten stabilisieren oder verbessern. Insbesondere sollen „Funktionsstörungen“, die aufgrund der Akutbehandlung entstanden sind, beseitigt oder ausgeglichen werden. Ein Beispiel für eine solche Beeinträchtigung: Nach einer Brustoperation ist der Arm nicht mehr so beweglich wie vorher.

Eine Rehabilitationskur dauert im Allgemeinen drei Wochen. Sie kann verlängert oder wiederholt werden, wenn es notwendig ist.

Wieviel Sie zu den Rehabilitationsmaßnahmen dazu bezahlen müssen, hängt davon ab, wer der Kostenträger ist: der Rentenversicherer oder die Krankenkasse. Die folgende Tabelle gibt Ihnen einen Überblick.

### Zuzahlungen bei Maßnahmen zu Lasten der Rentenversicherung (Werte für 2004)

#### Anschlussrehabilitation:

Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme, längstens für 14 Tage

Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung  
Haben Sie bereits im Krankenhaus Zuzahlungen geleistet, werden diese angerechnet.

#### Nach-, Festigungs- und Rehabilitationskur:

Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme, längstens für 42 Tage

Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung  
Die Fahrtkosten zur Maßnahme werden nach Genehmigung vom Rehabilitationsträger übernommen.

Rehabilitationskur

Zuzahlungen Rentenversicherung

Zuzahlungen  
Krankenversicherung

## Zuzahlungen bei Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung

## Anschlussrehabilitation:

Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme,  
längstens für 28 Tage

Ambulant/teilstationär: 10,- €/Tag der Maßnahme,  
längstens für 28 Tage

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

## Nach-, Festigungs- und Rehabilitationskur:

Stationär: 10,- €/Tag der Maßnahme

Ambulant/teilstationär: 10,- €/Tag der Maßnahme

Die Fahrtkostenregelung lesen Sie auf [Seite 11](#).

**Wichtig: Alle Zuzahlungen, die Sie für die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen leisten müssen, werden mit in die Berechnungen für die Belastungsgrenze (siehe Seite 16) aufgenommen. Denken Sie also daran, sich entsprechende Belege geben zu lassen.**

In bestimmten Fällen können Sie auch ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Auskünfte darüber erteilen die Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger.

Die wirtschaftliche Versorgung des Versicherten und seiner Familie während der Rehabilitationsmaßnahme kann – nach Ablauf der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber – durch Übergangsgeld erfolgen. Einen Anspruch haben Sie, wenn Sie vor der Rehabilitationsmaßnahme oder vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt

Wirtschaftliche  
Sicherung

(Arbeitnehmer) oder Arbeitseinkommen (Selbstständiger) erzielt und Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben. Haben Sie unmittelbar vorher Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe erhalten, besteht ebenfalls Anspruch.

In einer privaten Vollversicherung ist die Kurbehandlung grundsätzlich nicht eingeschlossen. Sie können allerdings in der Regel spezielle Kurtarife abschließen.

## Private Versicherung

## Rehabilitationssport

Ergänzend zu anderen Rehabilitationsmaßnahmen gibt es für Krebspatienten den Rehabilitationssport. Dieser soll Funktionseinschränkungen mindern, Fitness und Ausdauer fördern und Ihnen helfen, wieder selbstständig und eigenverantwortlich Sport zu treiben. Das verbessert die Lebensqualität, und die Unterstützung durch die Gruppe stärkt gleichzeitig das Selbstbewußtsein.

Die Rehabilitations-Sportgruppen treffen sich regelmäßig unter ärztlicher Aufsicht. Das Bewegungs-, Spiel- und Entspannungstraining wird von qualifizierten Übungsleitern durchgeführt. Die Krankenkassen unterstützen die Teilnahme an einer Reha-Sportgruppe für etwa ein bis zwei Jahre. Wichtig ist auch hier die Verordnung vom Arzt.

Unter ärztlicher  
Aufsicht

In der Bundesrepublik existieren annähernd 300 spezielle Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge. Die für Sie nächstgelegene Gruppe erfahren Sie über die jeweiligen Sportbünde oder die Verbände des Deutschen Behindertensportverbandes.

**Deutscher Sportbund (DSB)**

Otto-Fleck-Schneise 12  
60528 Frankfurt/Main  
Telefon: 0 69 / 6 70 00

**Deutscher Behinderten-Sportverband e.V.**

Friedrich-Alfred-Str. 10  
47055 Duisburg  
Telefon: 02 03 / 7 78 01 70  
Telefax: 02 03 / 7 78 01 78

## Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation hat zur Aufgabe, den Betroffenen wieder vollständig in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. In Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsberatern, Psychologen des Arbeitsamtes und/oder des Rentenversicherungsträgers können Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingeleitet werden. Dabei bedeutet „berufliche Rehabilitation“ nicht nur das Erlernen eines neuen Berufes, sondern auch berufliche Fortbildungsmaßnahmen können zur Arbeitsplatzsicherung beitragen. Ebenso können dem Arbeitgeber Kosten für technische Arbeitshilfen, Maßnahmen zur Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, Einarbeitungszuschüsse oder weitere Eingliederungshilfen bei internen betrieblichen Arbeitsplatzumsetzungen erstattet werden. Beratung erhalten Sie bei der Hauptfürsorgestelle, dem Arbeitsamt oder dem Rentenversicherungsträger.

Das bedeutet also zum Beispiel: Wenn Sie dem vollen beruflichen Alltag noch nicht wieder gewachsen sind, können Sie Ihre Tätigkeit vielleicht schrittweise wieder aufnehmen. Ihre Krankenkasse berät Sie gern. Oder: Falls Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung in Ihrem bisheri-

gen Beruf nicht mehr arbeiten können und als schwerbehindert anerkannt sind, können Sie möglicherweise im Rahmen der beruflichen Rehabilitation umgeschult werden. Im Arbeitsamt wird gemeinsam mit Ihnen überlegt, welche Maßnahmen für Sie am besten geeignet sind – unter Berücksichtigung der medizinischen Situation, Ihrer bisherigen beruflichen Erfahrungen und Ihrer Fähigkeiten.

Wenn Sie Schwierigkeiten mit Ihrem bestehenden Arbeitsverhältnis haben, droht Ihnen zum Beispiel Kündigung oder haben Sie Probleme, Arbeitsbedingungen durchzusetzen, die auf Ihre jetzige Situation zugeschnitten sind, berät und unterstützt Sie die Hauptfürsorgestelle. Auch die Gewerkschaften bieten ihren Mitgliedern Hilfe.

## Schwerbehindertenausweis

Bringt Ihre Krebserkrankung eine langfristige Behinderung mit sich, können Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Ausweis für Schwerbehinderte beantragen.

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

Ein Schwerbehindertenausweis bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die wenigstens teilweise einen Ausgleich für die durch die Krankheit entstandenen Nachteile bieten sollen. Bei einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50 Prozent haben Sie Anspruch auf Zusatzurlaub sowie einen erhöhten Kündigungsschutz am Arbeitsplatz. Unter bestimmten Voraussetzungen sind weitere Hilfen, unter anderem Steuerermäßigungen, Preisnachlässe im öffentlichen Personenverkehr sowie mögliche Reduzierung von Funk- und Fernsehgebühren möglich.

Als Grundlage für die Festsetzung des Grades der Behinderung dienen dem Versorgungsamt die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“.

Auskünfte geben die zuständigen Versorgungs-, Sozial- und Finanzämter.

GdB = Grad der Behinderung

## Wirtschaftliche Sicherung

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

### Krankengeld

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

Auch nach der Gesundheitsreform erhalten Versicherte die Krankengeldleistungen von ihrer Krankenkasse. Allerdings fällt ab 2006 der Arbeitgeberanteil weg. Das heißt: Jeder Versicherte muss 0,5 Prozent mehr Versicherungsbeitrag zahlen. An der Leistung ändert sich nichts.

**Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des zuvor erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitsinkommens, abzüglich Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung.**

Lohn- beziehungsweise Gehaltsfortzahlung

Gesetzliche Krankenversicherung

Das Krankengeld darf das entsprechende Nettoarbeitsentgelt jedoch nicht übersteigen. Es wird für Kalendertage berechnet und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit besteht der Anspruch jedoch längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren.

Im nächsten Drei-Jahres-Zeitraum besteht ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit nur, wenn der Erkrankte bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war, zudem erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Das Krankengeld kann somit nicht die Funktion einer unterbrochenen Dauerrente erfüllen. Es ruht bei Bezug von Lohnersatzleistungen (zum Beispiel Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe) sowie bei fehlender Meldung der Arbeitsunfähigkeit und grundsätzlich während der Elternzeit.

**Sind Versicherte nach ärztlichem Gutachten in ihrer Erwerbsfähigkeit als erheblich gefährdet oder gemindert anzusehen, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer ein Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation gestellt werden muss.**

Entsprechendes gilt, wenn Versicherte die Voraussetzung für den Rentenbezug erfüllen. Stellt der Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist.

Krankengeld kann keine Dauerrente sein

Dadurch wird sichergestellt, dass rechtzeitig Rehabilitationsmaßnahmen beziehungsweise Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

Die Krankenkassen zahlen ferner Krankengeld an Versicherte, die ihr krankes Kind pflegen müssen und deshalb nicht arbeiten gehen können.

**Wichtig:** Sie benötigen ein ärztliches Zeugnis mit der Bestätigung, dass Sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Außerdem darf niemand in Ihrem Haushalt leben, der an Ihrer Stelle das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen könnte, und das Kind muss jünger als zwölf Jahre sein. Pro Kalenderjahr können Versicherte *für jedes Kind bis zu zehn Arbeitstage* (Alleinerziehende 20 Arbeitstage) beanspruchen, je versichertem Elternteil aber nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage (Alleinerziehende maximal 50 Arbeitstage). Entsprechende Ansprüche des Versicherten gegen seinen Arbeitgeber gehen vor.

Privat Versicherte schließen in der Regel mit ihrer Versicherung auch eine Krankentagegeld-Versicherung ab. Die Höhe des Krankentagegeldes wird tariflich vereinbart, es darf das Netto-Einkommen allerdings nicht übersteigen. Da die Beiträge zur Renten- und zur privaten Krankenversicherung nach Ablauf der Lohnfortzahlung vom Versicherten zu tragen sind, kann das Krankengeld das Netto-Einkommen um die entsprechende Summe übersteigen, so dass der Versicherte keine finanziellen Einbußen hat.

Der Beginn der Leistungen durch die Versicherung kann individuell festgelegt werden. Bei Arbeitnehmern setzen die Zahlungen meistens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit ein. Dauert die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber über diesen Zeitpunkt hinaus, so ist ein spä-

Pflege eines kranken Kindes

Private Krankenversicherung

terer Leistungsbeginn möglich, wodurch sich auch der Versicherungsbeitrag reduziert. Bei Selbstständigen hingegen empfiehlt sich ein früherer Beginn, beispielsweise ab dem 4., 15., 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Eine zeitliche Begrenzung der Krankentagegeld-Zahlungen gibt es nicht. Sie enden erst, wenn nach ärztlichem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.

## Erwerbsminderungsrente

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

Eine volle Erwerbsminderungsrente wird dann gewährt, wenn eine Erwerbstätigkeit unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nur noch unter drei Stunden ausgeübt werden kann.

Wer noch drei bis sechs Stunden arbeiten kann, erhält eine Teil-Rente. Zu beachten ist, dass im Rahmen der Restleistungsfähigkeit jede Tätigkeit angenommen werden muss. Einen so genannten Berufsschutz gibt es nicht mehr. Übergangsregelungen gelten jedoch für Personen, die vor dem 2.1.1961 geboren sind. Sollten Sie keine Teilzeitbeschäftigung finden, erhalten Sie die volle Erwerbsminderungsrente.

Es muss allerdings erwiesen sein, dass die Erwerbsminderung nicht durch eine Rehabilitationsmaßnahme behoben werden kann. Voraussetzung für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente ist weiterhin, dass Sie eine Versicherungszeit von mindestens 60 Kalendermonaten nachweisen können und innerhalb der letzten fünf Jahre

Volle Erwerbsminderungsrente

Teil-Rente

mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt haben. Auf die Versicherungszeit können verschiedene Zeiten angerechnet werden, zum Beispiel Kindererziehungszeiten oder Kriegsdienst. Fragen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger nach!

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

Sie können zur Erwerbsminderungsrente auch in bestimmtem Umfang Geld hinzuverdienen. Die jeweiligen Hinzuverdienstgrenzen erfragen Sie bei Ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Sollte die Rente geringfügig sein, so können Sie sich an das örtliche Sozialamt wenden, um eventuell ergänzende Leistungen zu erhalten.

## Hinweise für Patienten im Beamtenverhältnis

Auch Beamte erhalten Hilfe

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

Immer erst Leistungszusage einholen

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

Viele Beamte haben so genannte Beihilfe-Ergänzungstarife abgeschlossen. Dadurch entspricht der Versicherungsschutz bei Kuren den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

## Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Bei der Bewältigung von sozialen Problemen hilft – neben den zuvor genannten Einrichtungen – auch die Deutsche Krebshilfe. Wenn Sie zum Beispiel Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden, Versicherungen oder anderen Institutionen haben, helfen und vermitteln wir im Rahmen unserer Möglichkeiten. Der Härtefonds der Deutschen Krebshilfe hilft Krebspatienten und ihren Familien, die durch ihre Erkrankung in eine finanzielle Notlage geraten sind, schnell und unbürokratisch: zum Beispiel bei krankheitsbedingten Ausgaben, die sie nicht allein bewältigen können, für die sie aber von keiner anderen Stelle Hilfe bekommen.

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.

### Deutsche Krebshilfe e.V.

Thomas-Mann-Str. 40 Postfach 1467  
53111 Bonn 53004 Bonn

Telefon: (Mo bis Do 9 - 16 Uhr, Fr 9 - 15 Uhr)

Zentrale: 02 28/72 99 0-0

Härtefonds: 02 28/72 99 0-94

Informationsdienst: 02 28/72 99 0-95

Telefax: 02 28/72 99 0-11

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

Hilfe bei finanziellen Problemen

Die Adresse

## Wo können Sie Informationen und Rat erhalten?

Rasche, kompetente Hilfestellung, Unterstützung und Beratung erhalten Krebspatienten und ihre Angehörigen bei der Deutschen Krebshilfe. Selbstverständlich kostenlos.

Die Deutsche Krebshilfe verfügt über eine umfangreiche Dokumentation von aktuellen, detaillierten Adressen, auf die Krebskranke und ihre Angehörigen zurückgreifen können. Bei medizinischen Fragen geben wir Ihnen zum Beispiel die Adressen von Tumorzentren oder onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern in Ihrer Nähe, an die Sie sich vertrauensvoll wenden können. Auch die Auskunft, wo sich an Ihrem Wohnort die nächstgelegene Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe befindet, erhalten Sie bei uns. Adressen von Fachkliniken und Kliniken für Krebsnachsorgekuren liegen uns ebenfalls vor.

Ebenso verfügen wir über die Anschriften der in der Bundesrepublik eingerichteten und zum Teil von der Deutschen Krebshilfe geförderten Stationen für palliative Therapie. Bei Fragen zum Thema Schmerz stehen Ihnen dort besonders kompetente Ansprechpartner zur Verfügung.

Darüber hinaus bietet die Deutsche Krebshilfe zahlreiche Broschüren und einige Videos an, in denen Diagnostik, Therapie und Nachsorge einzelner Krebsarten erläutert werden. Benutzer des Internets können die Hefte unter der Adresse „[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)“ aufrufen und lesen beziehungsweise per Computer bestellen.

Umfangreiche Informationsmöglichkeiten

Internetadresse

## Informationen im Internet

In rasch zunehmendem Ausmaß wird das Internet von Betroffenen und Angehörigen als Informationsquelle genutzt. Das Internet stellt dabei eine unerschöpfliche Quelle von Informationen dar, es ist jedoch auch ein ungeschützter Raum. Deshalb müssen bei seiner Nutzung, insbesondere wenn es um Informationen zur Behandlung von Tumorerkrankungen geht, gewisse (Qualitäts-)Kriterien angelegt werden:

1. Verfasser einer Internetseite müssen mit Namen, Position und verantwortlicher Institution eindeutig kenntlich sein.
2. Wenn Forschungsergebnisse zitiert werden, muss die Quelle der Daten (zum Beispiel eine wissenschaftliche Fachzeitschrift) angegeben sein und (idealerweise über einen Link) aufgesucht beziehungsweise überprüft werden können.
3. Ein materielles Interesse, zum Beispiel eine finanzielle Unterstützung der Internetseite, muss kenntlich gemacht sein.
4. Das Datum der Erstellung einer Internetseite und ihre letzte Aktualisierung müssen ausgewiesen sein.

Es gibt sehr nützliche medizinische Internetseiten zum Thema Krebs, die auch für Betroffene und Angehörige zugänglich sind und allgemein verständliche Informationen bieten.

**[www.meb.uni-bonn.de/cancernet/deutsch](http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/deutsch)**  
(Informationen des US-amerikanischen Cancernet auf Deutsch)

Qualitätskriterien für Internetseiten

Internetadressen

**www.studien.de**

(Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft)

**www.med.uni-muenchen.de**

(Tumorzentrum München: Empfehlungen zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge)

**www.cancer.org**

(Adresse der American Cancer Society. Hier gibt es aktuelle, umfangreiche Informationen zu einzelnen Krebsarten und ihren Behandlungsmöglichkeiten. Nur in englischer Sprache.)

**www.cancer.gov/cancerinfo**

(Seite des amerikanischen National Cancer Institute. Auch hier gibt es aktuelle Informationen zu einzelnen Krebsarten. Nur in englischer Sprache.)

Über Suchmaschinen innerhalb dieser Websites lassen sich auch sehr rasch Fragen zu Therapiestudien beantworten. Insbesondere die Liste der durchgeführten Therapiestudien des US-amerikanischen National Cancer Institutes (NCI) ist sehr umfangreich und vermittelt einen Überblick über Substanzen, die in der klinischen Erprobung sind.

Informationen über eine psycho-soziale Beratung finden Sie auf folgenden Seiten:

- [www.vereinlebenswert.de](http://www.vereinlebenswert.de)
- [www.psb-zest.de](http://www.psb-zest.de)
- [www.psychoonkologie.org](http://www.psychoonkologie.org)
- [www.uni-kiel.de](http://www.uni-kiel.de)

## Noch Fragen?

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

### **Ich werde vermutlich im Laufe eines Jahres die Belastungsgrenze überschreiten. Worauf muss ich achten?**

Sie müssen Zuzahlungen leisten, bis Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Berechnen Sie, welchen Betrag Sie voraussichtlich selbst zahlen müssen (ein Prozent beziehungsweise zwei Prozent des Familienbruttoeinkommens abzüglich der Freibeträge [vergleiche [Seite 17](#)]). Bei den Krankenkassen und in Apotheken gibt es Faltkarten, in die die von Ihnen und Ihren Angehörigen entrichteten Zuzahlungen eingetragen werden. Sie können aber auch einzelne Quittungen sammeln.

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

### **Kann ich nur Belege von Zuzahlungen, die mit meiner Krebserkrankung zusammenhängen, geltend machen?**

Nein. Lassen Sie sich von jedem selbst gezahlten Betrag eine Quittung geben.

Zuzahlungen

**Mein Arzt hat mir ein Medikament verschrieben, dessen Preis unter fünf Euro liegt. Was bezahle ich?**

In diesem Fall zahlen Sie nur den reinen Medikamentenpreis.

**Ich benötige nach meiner Krankenhausentlassung häusliche Pflege. Was muss ich machen, um sie zu bekommen?**

Stellen Sie – rechtzeitig – einen entsprechenden Antrag bei Ihrer Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung.

**Ich kann während meines Krankenhausaufenthaltes (während meiner Kur/nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) meinen Haushalt, das heißt vor allem mein Kind/meine Kinder, nicht allein versorgen. Bekomme ich Hilfe?**

Ja. Wenn Ihr Kind oder zumindest eines Ihrer Kinder jünger als 12 Jahre ist oder wenn Sie ein behindertes Kind haben, haben Sie Anspruch auf Haushaltshilfe. Dies gilt allerdings nur, wenn keine der anderen Personen, die in Ihrem Haushalt leben, diese Aufgaben übernehmen kann (zum Beispiel der Ehemann, weil er berufstätig ist). Den Antrag müssen Sie so früh wie möglich bei Ihrer Krankenkasse stellen.

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

**Ich bin nach meiner Therapie pflegebedürftig. Wie bekomme ich Hilfe?**

Sie können Leistungen der Pflegekasse oder privaten Pflegeversicherung erhalten, wenn diese Ihre Pflegebedürftigkeit festgestellt hat. Wie groß der Umfang der

Leistungen sein wird, hängt davon ab, in welchem Umfang Sie Hilfe benötigen. Anträge müssen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse stellen, die bei Ihrer Krankenkasse eingerichtet wurde oder bei Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung.

**Wo muss ich den Antrag auf eine Anschlussrehabilitation (AR) stellen?**

Die AR wird bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse beantragt oder direkt bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt beziehungsweise bei der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (BfA) in Berlin. Die Antragstellung übernimmt der Sozialdienst Ihrer Klinik oder Ihr Arzt.

**Wenn ich diesen Antrag stellen muss, bin ich ja noch in der Klinik, habe den Kopf vielleicht auch mit anderen Dingen voll. Kann mir dabei jemand helfen?**

Setzen Sie sich mit dem Sozialdienst in Ihrem Krankenhaus in Verbindung, der über alle Einzelheiten informiert ist.

**Wie bekomme ich eine Nach- oder Festigungskur?**

Die Nach- oder Festigungskur müssen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse beantragen oder direkt bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt beziehungsweise bei der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (BfA) in Berlin.

**Wie bekomme ich eine Rehabilitationskur?**

Auch die Kur müssen Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger über Ihre jeweilige Krankenkasse beantragen oder direkt bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt beziehungsweise bei der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (BfA) in Berlin.

## Schwerbehindertenausweis

**Woher weiß ich, dass mir ein Schwerbehindertenausweis zusteht?**

Bei Krebserkrankungen wird aufgrund der mit der Krankheit verbundenen Lebensgefährdung in den allermeisten Fällen ein Schwerbehindertenausweis genehmigt. Wenn Sie sich vor Antragstellung beraten lassen wollen, setzen Sie sich zum Beispiel mit dem Sozialdienst des Krankenhauses in Verbindung, in dem Sie behandelt wurden.

**Wie bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?**

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

**Ich bin aufgrund meiner Erkrankung seit Wochen krankgeschrieben. Jetzt geht die Zeit der Lohnfortzahlung durch meinen Arbeitgeber zu Ende. Kommt fortan jemand für meinen Unterhalt auf?**

Ja. Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse Krankengeld. Es beträgt 70 Prozent des Gehalts, das Sie zuvor regelmäßig erhalten haben. Wenn Sie eine private Krankentagegeld-Versicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie die tariflich vereinbarte Summe maximal in Höhe Ihres Nettogehaltes.

**Wie komme ich an das Krankengeld?**

Wenn Ihr Arbeitgeber die Lohnfortzahlung einstellt, weil die entsprechende Frist abgelaufen ist, wird Ihnen von Ihrer Krankenkasse automatisch ein Antrag auf Krankengeldzahlung zugeschickt. Wenn Sie privat versichert sind,

## Krankengeld

## Berufstätigkeit

müssen Sie bei Ihrer Versicherung die Zahlung des Krankentagegeldes beantragen.

**Ich bin berufstätig, möchte mein an Krebs erkranktes Kind während der akuten Behandlungsphase aber nicht allein lassen. Wenn ich dafür unbezahlten Urlaub nehmen muss, fehlt das Geld für den Lebensunterhalt. Gibt es eine andere Möglichkeit?**

Ja, zumindest für einen gewissen Zeitraum. Die Krankenkasse zahlt Ihnen für die Betreuung des erkrankten Kindes Krankengeld, und zwar bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr. Sind beide Elternteile berufstätig, können maximal 20 Arbeitstage geltend gemacht werden. Um das Krankengeld zu bekommen, benötigen Sie eine ärztliche Bescheinigung.

**Ich habe aufgrund meiner Erkrankung Probleme, in meinen alten Beruf zurückzukehren, möchte aber auf jeden Fall wieder arbeiten. Was kann ich tun?**

Sie sollten sich über berufliche Rehabilitationsmaßnahmen informieren. Setzen Sie sich mit Ihrem zuständigen Arbeitsamt, Ihrem Rentenversicherungsträger oder der Hauptfürsorgestelle in Verbindung.

**Wo finde ich die für mich zuständige Hauptfürsorgestelle?**

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Stadtverwaltung oder rufen Sie beim Informations- und Beratungsdienst der Deutschen Krebshilfe an (Telefonnummer siehe Seite 39).

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

Sofern Sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt haben (siehe Seite 29), wird Ihnen eine Erwerbsminderungsrente gewährt. Diese können sie auch nur vorüber-

gehend beziehen, wenn Sie zum Beispiel nach beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen später wieder einem Beruf nachgehen können. Anträge für Rentenzahlungen erhalten Sie bei den Versicherungsämtern der Städte oder Gemeinden, aber auch bei den Krankenkassen. Beim Ausfüllen der Anträge ist man Ihnen behilflich.

### Härtefonds

**Ich bin durch meine Erkrankung in eine finanzielle Notlage geraten: Ich habe krankheitsbedingte Ausgaben, die weder die Krankenkasse noch irgendeine andere Stelle übernimmt, die ich aber auch nicht allein tragen kann. Was soll ich tun?**

Stellen Sie einen Antrag an den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, der jedes Jahr vielen Betroffenen mit einer einmaligen Zahlung hilft (Adresse siehe Seite 39).

## Informieren Sie sich

### Informationen für Betroffene und Angehörige

#### „Die blauen Ratgeber“ (ISSN 0946-4816)

- 01 Krebs – Wer ist gefährdet?
- 02 Brustkrebs
- 03 Gebärmutter- und Eierstockkrebs
- 04 Krebs im Kindesalter
- 05 Hautkrebs
- 06 Darmkrebs
- 07 Magenkrebs
- 08 Hirntumoren
- 09 Schilddrüsenkrebs
- 10 Lungenkrebs
- 11 Rachen- und Kehlkopfkrebs
- 12 Krebs im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
- 13 Speiseröhrenkrebs
- 14 Krebs der Bauchspeicheldrüse
- 17 Prostatakrebs
- 18 Blasenkrebs
- 19 Nierenkrebs
- 20 Leukämie bei Erwachsenen
- 21 Morbus Hodgkin
- 22 Plasmozytom – Multiples Myelom
- 28 Krebschmerzen wirksam bekämpfen
- 30 Hilfen für Angehörige
- 31 TEAMWORK. Die Arzt-Patienten-Beziehung
- 33 Ernährung bei Krebs
- 34 Fatigue – Chronische Müdigkeit bei Krebs
- 39 Klinische Studien

## Informationen zur Krebsvorbeugung und Krebsfrüherkennung

### „Präventionsratgeber“ (ISSN 0948-6763)

- 41 Gesund bleiben – Gesünder leben.  
Krebsprävention durch gesunde Lebensweise
- 43 Aufatmen – Erfolgreich zum Nichtraucher
- 44 Wertvoll – Gesunde Ernährung
- 46 Hirnverbrannt – Jugendliche und Rauchen

### „Präventionsfaltblätter“ (ISSN 1613-4591)

- 42 Ratsam – 10 Regeln gegen den Krebs
- 50 Es liegt in Ihrer Hand (Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust)
- 57 Vorsorge á la Carte – Krebs-Früherkennung
- 58 Frühstarter gewinnen – Prävention bei Kindern
- 89 Was Frau tun kann – Brustkrebs
- 90 Durch Dünn & Dick – Darmkrebs

## VHS-Videokassetten

Die Filme werden gegen eine Schutzgebühr von 10,- Euro abgegeben!

- Blasenkrebs – Diagnose und Behandlung
- Brustkrebs – Diagnose, Behandlung, Nachsorge
- Darmkrebs – Diagnose, Behandlung, Nachsorge
- Leukämie bei Erwachsenen
- Leukämie bei Kindern
- Lungenkrebs – Diagnose und Behandlung
- Männersache: Prostatakrebs – Diagnose, Behandlung, Erfahrungsberichte
- Männersache: Hodenkrebs – Diagnose und Behandlung
- Chemotherapie – Das sollten Sie wissen
- Stammzelltransplantation
- Fatigue bei Krebs. Chronische Müdigkeit und Erschöpfung
- Krebschmerzen
- Leben mit Krebs
- Wunder sind möglich. Unerklärliche Heilungen bei Krebs

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

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

Aus statistischen Gründen wüssten wir gern:

Ihr Alter: \_\_\_\_\_

Ihr Geschlecht: \_\_\_\_\_

Ihren Beruf: \_\_\_\_\_

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Antwortkarte**

Deutsche Krebshilfe e.V.  
Thomas-Mann-Str. 40

53111 Bonn



# Ihre Meinung ist uns wichtig!

oder haben Sie Wünsche/Anregungen?

Welchen Ratgeber haben Sie gelesen?

Sind Sie

Betroffener  Angehöriger  Interessierter?

Hat die Broschüre Ihre Fragen beantwortet?

sehr gut  gut  zufriedenstellend  unzureichend

Ist der Text allgemeinverständlich?

sehr gut  gut  zufriedenstellend  unzureichend

Sollte der Ratgeber zusätzliche Informationen enthalten (welche)

Wo und von wem haben Sie diesen Ratgeber erhalten?

Klinik  Arzt  Bücherregal im Wartezimmer  
 Selbsthilfegruppe  Angehörige/Freunde  
 Hinweis in der Presse  Internetbestellung

Sonstige: \_\_\_\_\_

Von wie vielen Personen ist die Broschüre gelesen worden?

1  2 - 4  mehr als 4

Kannten Sie die Deutsche Krebshilfe bereits?

ja  nein

29-02/2004



Ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft  
im Mildred Scheel Kreis, dem Förderverein  
der Deutschen Krebshilfe.

(Dafür benötigen wir Ihre Anschrift!)



Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

(PLZ) Ort: \_\_\_\_\_

## Deutsche Krebshilfe Helfen. Forschen. Informieren.

- Information und Aufklärung über Krebskrankheiten und Möglichkeiten der Krebsvorbeugung
- Motivation, die jährlichen kostenlosen Früherkennungsmaßnahmen zu nutzen
- Verbesserungen in der Krebsdiagnostik
- Weiterentwicklungen in der Krebstherapie
- Finanzierung langfristiger Krebsforschungsprogramme über die Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung
- Gezielte Bekämpfung der Krebskrankheiten im Kindesalter
- Hilfestellung, Beratung und Unterstützung in individuellen Notfällen
- Förderung der psycho-sozialen Krebsnachsorge

**Die Deutsche Krebshilfe ist für Sie da:**

**Rufen Sie uns an:**

montags bis donnerstags 9–16 Uhr, freitags 9–15 Uhr  
Zentrale: 02 28/72 99 0-0, Härtefonds: 02 28/72 99 0-94  
Informationsdienst: 02 28/72 99 0-95

**Oder schreiben Sie uns:**

Deutsche Krebshilfe, Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn  
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de



Prof. Dr. Dagmar Schipanski  
Präsidentin der Deutschen Krebshilfe

„Liebe Leserin, lieber Leser,

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

Herzlichen Dank.“