

Recht und finanzielle Absicherung bei Krebs: Was steht mir zu?

Düsseldorfer Patienten-Akademie in der Onkologie
am 9. Februar 2026

Düsseldorfer Patienten-Akademie in der Onkologie



Jeden Monat, jeweils Montag
Kostenfreie Teilnahme!

Programm 2026

Kurze Vorstellung



Ulrike Kramer, M.A.
Dipl.-Sozialarbeiterin
ulrike.kramer@med.uni-duesseldorf.de

Universitätsklinikum Düsseldorf
Geschäftsbereichsleitung Patientenmanagement
Stationäres Patientenmanagement & Sozialdienst

Warum dieses Thema?

Eine Krebserkrankung ändert das ganze Leben

– nicht selten mit einschneidenden rechtlichen und finanziellen Konsequenzen.

- Was zahlt die gesetzliche Krankenkasse, was nicht?
- Wie lange bekomme ich Krankengeld?
- Habe ich einen Anspruch auf Reha-Maßnahmen und/oder eine Erwerbsminderungsrente?

Die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall ist nicht immer leicht zu überblicken.

Hinzu kommt, dass sich die Leistungen und Zuständigkeiten im Verlauf der Krebserkrankung ändern können.

Unser Sozialversicherungssystem

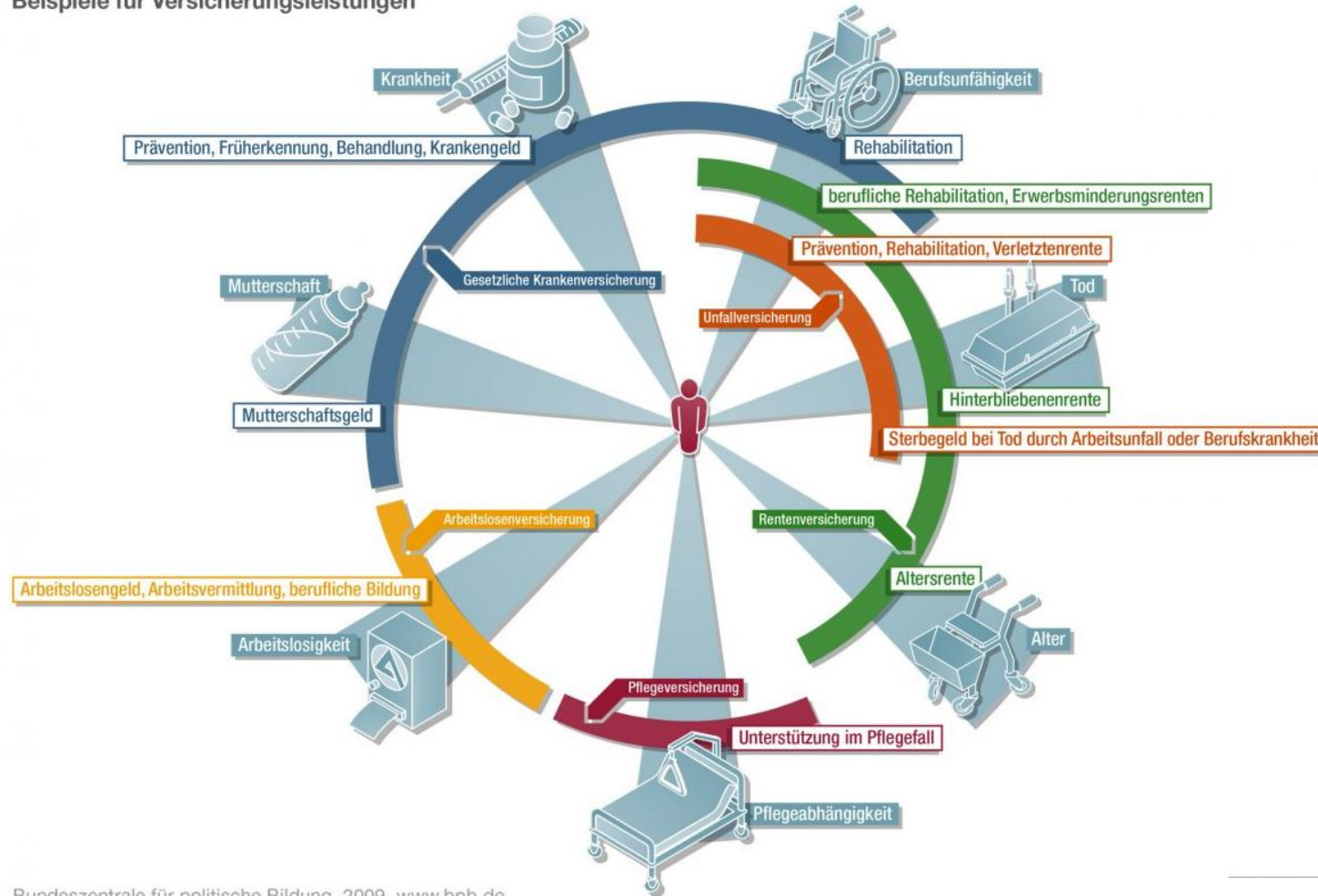
Die Sozialversicherung umfasst **fünf Versicherungen**, die vom Gesetz vorgeschrieben sind. Sie sollen die Arbeitnehmer*innen vor den Folgen von Krankheit und Alter, aber auch vor Einkommensverlusten bei Arbeitslosigkeit schützen.

Das sind die fünf staatlichen Sozialversicherungen:

- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Arbeitslosenversicherung

Unser Sozialversicherungssystem

Beispiele für Versicherungsleistungen



Bundeszentrale für politische Bildung, 2009, www.bpb.de

Das deutsche Sozialversicherungssystem: Beispiele für Versicherungsleistungen Lizenz: [cc by-nc-nd/3.0/de/](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/)

Es gelten

- das Prinzip der Versicherungspflicht
- das Prinzip der Solidarität
- das Prinzip der Subsidiarität

Der Gedanke der Solidarität

Die Gemeinschaft der versicherten Arbeitnehmer*innen hilft der einzelnen Person,

- wenn er oder sie in Not gerät,
- krank oder arbeitslos wird,
einen Unfall erleidet
- oder im Alter pflegebedürftig ist.

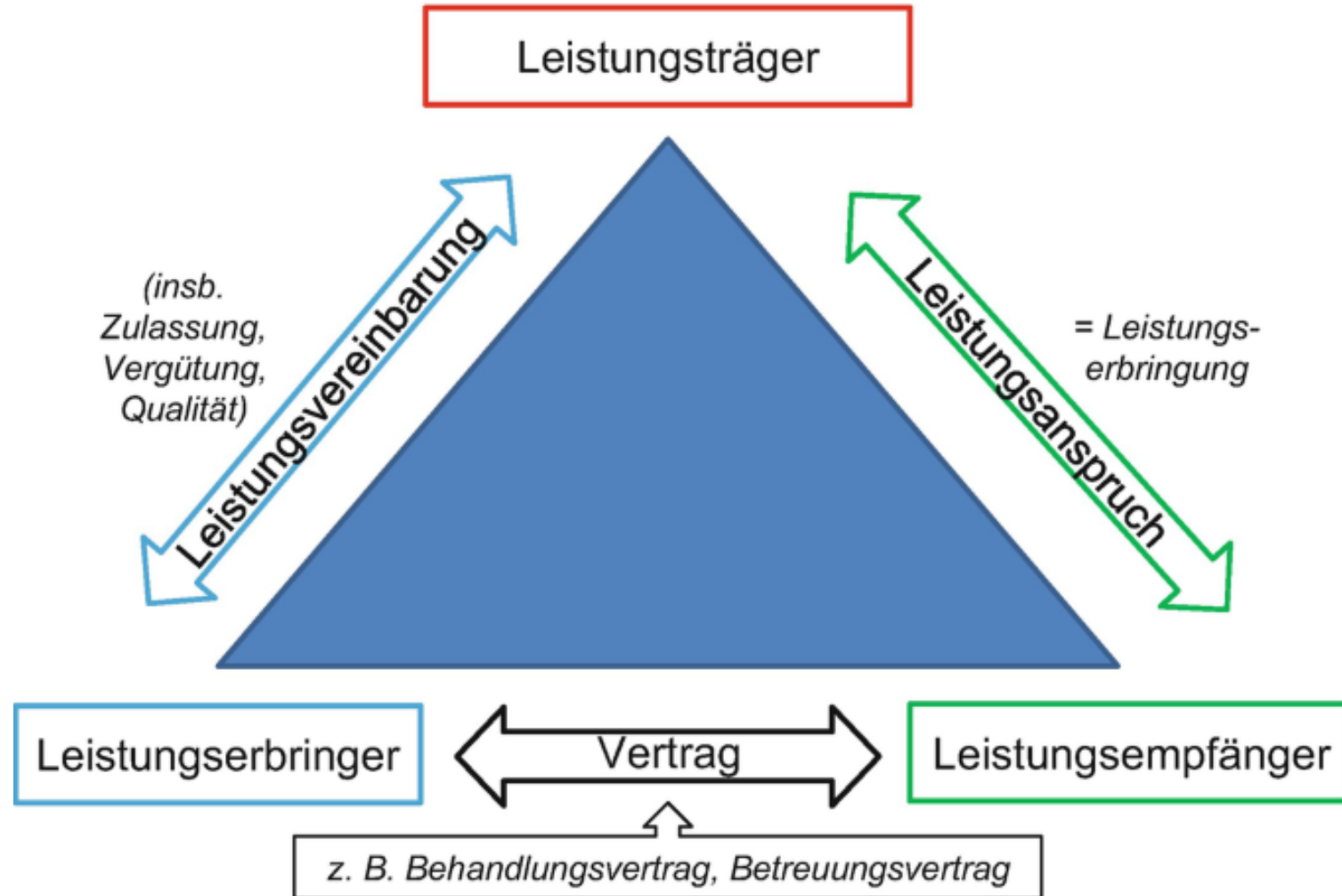


Das Prinzip der Pflichtversicherung

Alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen müssen monatlich einen Betrag, der von der Höhe ihres Einkommens abhängig ist, in die Versicherungen einzahlen.

- Weil dies eine gesetzliche Pflicht ist, nennt man die Versicherung auch "Pflichtversicherung".
- Einen weiteren Anteil, der in den meisten Fällen genauso hoch ist, zahlen die Arbeitgeber*innen.
- Dies gilt nicht für Beamte und Selbständige.

Das „sozialrechtliche Dreiecksverhältnis“



https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-37190-6_2

Was steht Ihnen zu?

Wer hat welchen Anspruch auf Sozialleistungen?

An wen muss ich mich wenden, um diese zu beantragen?

Grundsätzlich gilt:

Sozialleistungen werden überwiegend dadurch finanziert, dass Versicherte und Arbeitgeber in die jeweiligen Versicherungen einzahlen.

**=> Haben Sie keine Scheu, sich beraten zu lassen
und Leistungen in Anspruch zu nehmen!**



Was sollten Sie wissen?

- Leistungen der Krankenversicherung
- Zuzahlungen /Belastungsgrenzen
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Leistungen für pflegende Angehörige
- Krankengeld/ Erwerbsminderungsrente
- Schwerbehinderung
- Härtefonds
- Berufliche Rehabilitation
- Medizinische Rehabilitation



Leistungen der Krankenversicherung – Zuzahlungen Arznei- und Verbandmittel

- Alle verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmittel, die Ihr Arzt rezeptiert, werden von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt.
- Zuzahlung:
10% des Preises, mindestens 5 € - höchstens 10 €

Beispiel:

- Ihr Arzt hat Ihnen Tabletten verschrieben, die 80,00 Euro kosten. Hierfür zahlen Sie acht Euro (= 10%) zu.
- Bei einem sehr teuren Medikament für 160,00 Euro zahlen Sie nur 10 €, denn die Zuzahlung ist auf höchstens 10 € begrenzt.
- Bei einer Salbe für 14,00 Euro müssen Sie fünf Euro entrichten (mindestens 5 € Zuzahlung).

Leistungen der Krankenversicherung – Zuzahlungen Heilmittel

Zu Heilmitteln gehören Krankengymnastik, Manuelle Therapie oder Massagen, aber auch Sprach- und Ergotherapie.

Schwer chronisch Kranke, die aufgrund einer dauerhaften oder strukturellen Schädigung langfristig Physiotherapie, Sprach- oder Ergotherapie sowie Lymphdrainage als langfristigen Heilmittelbedarf benötigen, können sich diese Behandlung von ihrem Arzt verordnen lassen.

- Zuzahlung für Versicherte über 18 Jahre:
10% des Preises,
10 € pro Verordnung

Leistungen der Krankenversicherung – Zuzahlungen Hilfsmittel

Zu Hilfsmitteln zählen beispielsweise Prothesen, prothesengerechte Badeanzüge, Hörgeräte, Sprechhilfen, Gehhilfen, Rollstühle, Artikel zur Stomaversorgung und Perücken. Damit die Krankenkasse die Kosten übernehmen kann, benötigen Sie immer eine ärztliche Verordnung.

- Zuzahlung:
10% des Preises, mindestens 5 € - höchstens 10 €

Bei Verbrauchshilfsmitteln (z.B. Windeln bei Inkontinenz) gilt

- Zuzahlung:
10% des Packungspreises, höchstens 10 € pro Monat

Bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgelegt ist, übernimmt die Krankenkasse den Festbetrag komplett. Hilfsmittel mit Festbetrag sind zum Beispiel: Artikel zur Stomaversorgung, Inkontinenzhilfen und Hilfen zur Kompressionstherapie.

Leistungen der Krankenversicherung - Fahrkosten

Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen werden nur in wenigen Fällen übernommen

- Dazu gehören :
 - Fahrten zur Chemo- und Strahlentherapie, zur Dialyse und
 - Fahrten von Patient*innen mit Schwerbehindertenausweis und Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) / „Bl“ (blind) „H“ (hilflos) sowie von Patient*innen mit Pflegegrad 3,4 oder 5

Die Fahrten müssen vorher beantragt und genehmigt werden

- Zuzahlung:
10% des Preises, mindestens 5 € - höchstens 10 €

Leistungen der Krankenversicherung – Stationäre Krankenhausbehandlung

Wenn Sie stationär im Krankenhaus behandelt werden müssen, dann bezahlt Ihre Krankenkasse dies so lange, wie es die Behandlung erfordert.

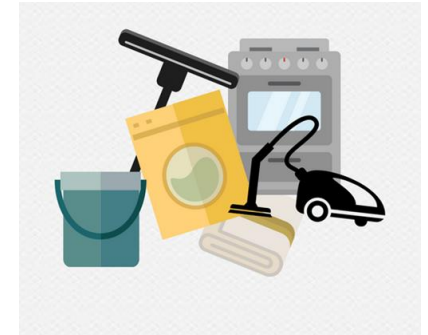
- Zuzahlung:
10 € pro Tag (längstens 28 Tage pro Kalenderjahr)
- Kinder unter 18 Jahren brauchen nichts zu zahlen.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und Zuzahlungen – auf einen Blick

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen	Zuzahlungshöhe	Befreiungsmöglichkeiten
Arzneimittel und Verbandmittel (nur verschreibungspflichtige)	10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	Für alle Zuzahlungen gilt <ul style="list-style-type: none"> Nach Erreichen der Belastungsgrenze für den Rest des Kalenderjahres (2 % des Familienbruttoeinkommens; 1 % für schwerwiegend chronisch Kranke) Kinder unter 18 Jahren* <p>* Dies gilt nicht für Fahrten zu ambulanten Behandlungen.</p>
Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik) auch bei der Abgabe in der Praxis	10 % der Kosten + 10,00 € je Verordnung	
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt, etwa Einlagen, Sonden, Spritzen)	10 % je Packung und max. 10,00 € im Monat	
Andere Hilfsmittel	10 % des Preises, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	
Fahrkosten (von der Krankenkasse genehmigt) <ul style="list-style-type: none"> Zu und von stationären Behandlungen Zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen (z.B. Chemo- / Strahlentherapie) Bei Transport in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen Bei Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder vergleichbar schweren Erkrankungen Bei Patienten mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen aG, Bl oder H) 		
Krankenhausbehandlung (vollstationär)	10,00 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Häusliche Krankenpflege	10 % je einzelner Leistung + 10,00 € je Verordnung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr	
Onkologische Rehabilitationsmaßnahmen Stationär / teilstationär / ambulant	Abhängig vom Kostenträger Siehe Seite 57	
Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)	Abhängig vom Kostenträger Siehe Seite 57	
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €	

Leistungen der Krankenversicherung - Haushaltshilfe

Wenn Sie wegen Ihrer Erkrankung oder deren Therapie (etwa Chemotherapie) und besonders nach einem (ambulanten) Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation Ihren Haushalt nicht weiterführen können, haben Sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe (bis zu vier Wochen), wenn



- Keine andere in Ihrem Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann
- in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat oder behindert und somit auf Hilfe angewiesen ist
- Kein Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach SGB XI (Pflegeversicherung) vorliegt

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch in anderen Fällen eine Haushaltshilfe vorsehen. Sie kann dabei Dauer und Umfang der Leistung bestimmen..

- Zuzahlung:
10% des Preises pro Tag, mindestens 5 € - höchstens 10 €

Leistungen der Krankenversicherung - Haushaltshilfe

Die Krankenkasse kann entweder

- eine entsprechende Haushaltskraft zur Verfügung stellen
- oder die Kosten – in angemessener Höhe – für eine Person erstatten, die Sie selbst ausgesucht haben.



Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad können unter Umständen die Fahrkosten und der Verdienstausschlag erstattet werden. Erkundigen Sie sich hierzu bei Ihrer Krankenkasse und stellen Sie rechtzeitig den Antrag.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch das Sozialamt oder das Jugendamt im Rahmen einer „ambulanten Familienhilfe“ unterstützen.

Leistungen der Krankenversicherung – Häusliche Krankenpflege

Zur häuslichen Krankenpflege gehören

- Die sogenannte Behandlungspflege (zum Beispiel Wundversorgung)
- Die Grundpflege (zum Beispiel Körperpflege)
- Die hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Essen zubereiten)

Die Krankenkasse übernimmt allerdings keine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung mehr, wenn Sie pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind.



Leistungen der Krankenversicherung – Häusliche Krankenpflege

Sie haben ebenfalls Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn sich nur dadurch die ärztliche Behandlung sichern lässt. In diesem Fall erhalten Sie jedoch nur Behandlungspflege.

Ob Ihnen auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zustehen, regelt die Satzung Ihrer Krankenkasse.



- Zuzahlung:
10% je Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
10 € plus Verordnung

Leistungen der Krankenversicherung – weitere Ansprüche

Diese Leistungen können Sie bei der Krankenkasse beantragen

Was	Für wie lange	Das benötigen Sie
Haushaltshilfe (ohne Kinder)	Bis zu vier Wochen	Bescheinigung über Grund, Umfang und Dauer (Erforderlichkeitsbescheinigung)
Häusliche Kranken- pflege mit Grund- pflege und haus- wirtschaftlicher Versorgung	Bis zu vier Wochen	<ul style="list-style-type: none">• Verordnung durch die Fachärzte des Krankenhauses im Rahmen des Entlassmanagements• Anschließende Verschreibung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt ist möglich
Kurzzeitpflege	Bis zu acht Wochen	Beantragung bei Ihrer Pflegekasse bzw. Krankenkasse (sofern noch kein Pflegegrad vorliegt)

Leistungen der Krankenversicherung – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Schwerstkranke mit einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, die besonderen Versorgungsbedarf haben und bis zu ihrem Tod zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung bleiben möchten, haben Anspruch auf die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

- Diese Leistung erbringt ein multiprofessionelles Kernteam mindestens ein Arzt und eine Pflegekraft mit spezialisierter palliativmedizinischer Qualifikation
- Der Dienst muss rund um die Uhr (24/7) erreichbar sein
- SAPV muss ärztlich verordnet werden.



Zuzahlungen - Belastungsgrenzen

- Niemand soll durch Zuzahlungen finanziell überfordert werden. Deshalb gibt es Belastungsgrenzen. Werden diese überschritten, müssen Sie für den Rest des Kalenderjahres keine weiteren Zuzahlungen mehr leisten.
- Es werden alle Zuzahlungen zusammengezählt, die der/die Versicherte selbst und die Angehörigen leisten, die mit ihm/ ihr im selben Haushalt leben. (Zu den Angehörigen zählen die Krankenkassen den Ehe- oder Lebenspartner und die familienversicherten Kinder).
- Sie müssen **höchstens 2% des jährlichen Familienbruttoeinkommens an Zuzahlungen** aufwenden.



Zuzahlungen - Belastungsgrenzen

- **Für schwerwiegend chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei 1% des jährlichen Bruttoeinkommens.**

Auch diese Ein-Prozent-Grenze bezieht sich auf das gesamte Familieneinkommen.

- „Schwerwiegend chronisch krank“ ist,
 - wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und
 - mindestens ein Jahr lang einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit behandelt wird.



Zuzahlungsgrenze - Beispielrechnung

Bruttoeinnahmen und Abzugsbeträge	Werte 2021 in EUR	Werte 2022 in EUR	Werte 2023 in EUR
jährliches Arbeitsentgelt (Lohn/Gehalt) 20.000 Euro Ehemann 10.000 Euro Ehefrau 2 Kinder ohne Einnahmen	30.000,00	30.000,00	30.000,00
abzüglich Freibetrag Ehefrau	5.922,00	5.922,00	6.111,00
abzüglich Freibetrag erstes Kind	8.388,00	8.548,00	8.952,00
abzüglich Freibetrag zweites Kind	8.388,00	8.548,00	8.952,00
anrechenbare Familieneinnahmen	7.302,00	6.982,00	5.985,00
zwei Prozent davon = Zuzahlungsgrenze	146,04	139,64	119,70



Lohnersatzleistung Krankengeld

- Berufstätige erhalten im Krankheitsfall bis zu sechs Wochen Entgeltfortzahlung (höchstens 42 Kalendertage)
- Werden Sie wegen derselben Krankheit mehrfach krankgeschrieben, werden die Kalendertage zusammengerechnet.
- Danach setzt das Krankengeld ein:
 - **es beträgt 70% des regelmäßigen Bruttoentgelts, darf aber 90% des Nettoentgeltes nicht überschreiten**
 - es wird immer rückwirkend ausgezahlt
 - es wird nicht gezahlt bei anderen Lohnersatzleistungen (z.B. Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld)
 - es wird längstens für 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren ausgezahlt, wenn Sie wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig sind
- **Achtung: Minijobs sind nicht krankenversicherungspflichtig! Somit gibt es kein Krankengeld!**

Das Krankengeld

- » wird von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt
- » beträgt 70 % des regelmäßigen Brutto-Gehalts, höchstens 90 % des Netto-Gehalts
- » ist bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit zeitlich begrenzt



www.bmg.bund.de

Krankengeld – ein Berechnungsbeispiel

Beispiel zur Berechnung des Krankengeldes (ohne regelmäßige Zusatzleistungen)

Monatliches Bruttoentgelt	3.000,00 €	3.000,00 €: 30 Kalendertage = 100,00 € Davon 70 % = 70,00 €
Monatliches Nettoentgelt	1.800,00 €	1.800,00 €: 30 Kalendertage = 60,00 € Davon 90 % = 54,00 €
Daraus folgt: Das Krankengeld beträgt 54,00 € täglich		

Das Krankengeld

- » wird von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt
- » beträgt 70 % des regelmäßigen Brutto-Gehalts, höchstens 90 % des Netto-Gehalts
- » ist bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit zeitlich begrenzt



www.bmg.bund.de

Aussteuerung / Nahtlosigkeitsregel

- Endet das Krankengeld nach 78 Wochen, droht die „Aussteuerung“
- Cave:
Das Krankengeld und der Krankenversicherungsschutz enden!
- Antrag auf Erwerbsminderungsrente bei Erwerbsunfähigkeit
- Falls über die Erwerbsunfähigkeit noch nicht entschieden ist, kann Arbeitslosengeld (ALG I) beantragt werden.
- Der Anspruch besteht so lange, bis über die Erwerbsfähigkeit entschieden ist.
Die Beiträge für die Krankenversicherung übernimmt in der Zeit das Arbeitsamt.



§ 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes



- Die Aufforderung zum „Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB V ist ein wichtiges Thema in der sozialen und sozialrechtlichen Beratung geworden.
- Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen immer früher aufgefordert werden, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen.
- Regelmäßig erfolgt die Aufforderung bereits während der noch laufenden Akutbehandlung, in Einzelfällen sogar unmittelbar nach Beginn des Krankengeldbezugs

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/arbeitshilfe-fuer-sozialdienste-und-beratungsstellen.pdf?m=1656326410&>

§ 51 SGB V – Rechtliche Konsequenzen



- **Einschränkung des Gestaltungsrechts (Dispositionsrechts)** Krebspatient*innen dürfen zukünftige Entscheidungen über den Ort und den Zeitpunkt einer Rehabilitationsmaßnahme nur mit Zustimmung ihrer gesetzlichen Krankenkasse treffen. Patient*innen dürfen den Antrag auf Rehabilitation später auch nicht einfach wieder zurücknehmen.
- **Umwandlung des Rehabilitationsantrags in einen Rentenanspruch**
Der Rehabilitationsantrag kann in einen Rentenanspruch umgewandelt werden. (§ 116 SGB V) Der Antrag auf Rehabilitation kann sich damit unmittelbar auf den Rentenbeginn auswirken und das Ende des Erwerbslebens bedeuten.

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/arbeitshilfe-fuer-sozialdienste-und-beratungsstellen.pdf?m=1656326410&>

§ 51 SGB V – Rechtliche Konsequenzen



- **Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis**
Arbeits- und Tarifverträge können Regelungen enthalten, nach denen der Arbeitsvertrag automatisch endet, wenn der Rentenversicherungsträger die Erwerbsminderung festgestellt hat.

<https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/arbeitshilfe-fuer-sozialdienste-und-beratungsstellen.pdf?m=1656326410&>

§ 51 SGB V - Fallbeispiel

A2.4 Herr D., 55 Jahre, verheiratet, Bürokaufmann

Diagnose: Ösophaguskarzinom, Rezidiv, Hautmetastasierung
Therapie: Neoadjuvante und adjuvante Chemotherapie, operative Entfernung der Hautmetastase, Erhaltungstherapie in Tablettenform

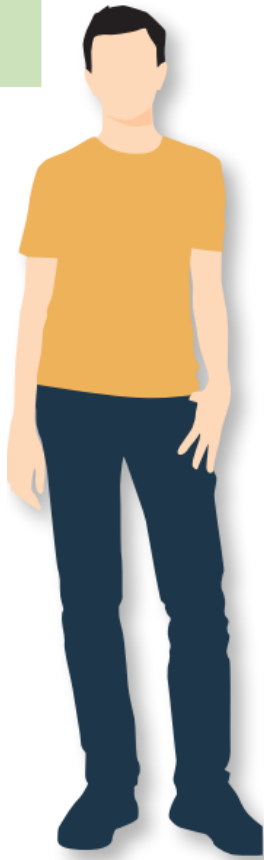


- Beratung während der Ersterkrankung durch den Sozialdienst
- Erneute Kontaktaufnahme nach Diagnose eines Rezidivs am Unterkiefer
- Neoadjuvante Chemotherapie und sechsmonatige Arbeitsunfähigkeit
- Aufforderung der Krankenkasse, einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen
- Zu diesem Zeitpunkt ist bereits eine Reha-Maßnahme geplant und es wurde eine stufenweise Wiedereingliederung besprochen
- Ausführliche Beratung zum Verfahren und den sich daraus ergebenden Konsequenzen
- Patient berichtet, dass er wahrscheinlich dauerhaft eine tumorspezifische Therapie erhalten muss

§ 51 SGB V - Fallbeispiel

A2.4 Herr D., 55 Jahre, verheiratet, Bürokaufmann

Diagnose: Ösophaguskarzinom, Rezidiv, Hautmetastasierung
Therapie: Neoadjuvante und adjuvante Chemotherapie, operative Entfernung der Hautmetastase, Erhaltungstherapie in Tablettenform

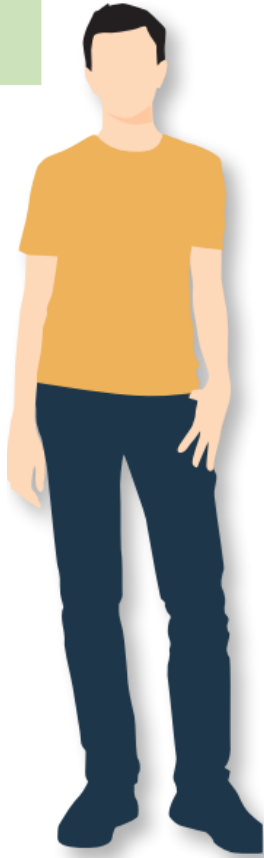


- Chemotherapie und OP der Hautmetastase habe er gut vertragen
- Soziale und berufliche Situation wird besprochen:
- Die Arbeit habe eine wichtige Bedeutung, einer Berentung stehe er ablehnend gegenüber
- Es wird ein Widerspruch formuliert und fristgerecht eingelegt
- Die behandelnden Ärzt*innen unterstützen den Widerspruch mit einem Attest und begründen die Einschätzung zur weiteren Erwerbstätigkeit mit dem Hinweis auf die gute Verträglichkeit der Therapie

§ 51 SGB V - Fallbeispiel

A2.4 Herr D., 55 Jahre, verheiratet, Bürokaufmann

Diagnose: Ösophaguskarzinom, Rezidiv, Hautmetastasierung
Therapie: Neoadjuvante und adjuvante Chemotherapie, operative Entfernung der Hautmetastase, Erhaltungstherapie in Tablettenform



- Die Krankenkasse teilt mit, dass Sie bei ihrer Entscheidung und bei der Aufforderung bleibe.
- Herr D. solle mitteilen, ob er bei seinem Widerspruch bleibe
- Herr D. bleibt bei seinem Widerspruch, dieser wird an den zuständigen Widerspruchsausschuss weitergeleitet
- Dem Widerspruch wird abgeholfen
- Die Aufforderung wird zurückgenommen

Erwerbsminderungsrente

- Wenn Sie nur eingeschränkt leistungsfähig sind und nur noch teilweise oder gar nicht mehr berufstätig sein können, können Sie eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beantragen:
 - teilweise Erwerbsminderungsrente, wenn Sie drei bis sechs Stunden arbeiten können
 - volle Erwerbsminderungsrente, wenn Sie weniger als drei Stunden arbeiten können
- Im Rahmen der „Restleistungsfähigkeit“ müssen Sie jede Tätigkeit annehmen. Es gibt keinen Berufsschutz mehr.
- Vorversicherungszeiten: mindestens 60 Kalendermonate



Quelle: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html

Teilweise Erwerbsminderungsrente

- wenn Sie drei bis sechs Stunden arbeiten können
- unabhängig von der Tätigkeit
- Prüfung erfolgt anhand ärztlicher Unterlagen
- Die teilweise Erwerbsminderungsrente ist halb so hoch wie die Rente wegen voller Erwerbsminderungsrente
- Die Rente ergänzt die Einkünfte aus einer Teilzeitbeschäftigung
- Das Einkommen kann sich auf die Rentenhöhe auswirken
- Die Hinzuverdienstgrenze wird individuell ermittelt



Quelle: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html

Teilweise Erwerbsminderungsrente - Beispielrechnung

Beispiel:

Erik W. bezieht eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe von 650 Euro monatlich. Neben der Rente übt er eine abhängige Beschäftigung mit einem Monatsverdienst von 3 200 Euro aus. Im Jahr verdient er also 38 400 Euro dazu. Seine individuelle Hinzuverdienstgrenze liegt bei 37 200 Euro jährlich, wie ihm sein Rentenversicherungsträger mitgeteilt hat.

Er überschreitet diese Grenze mit 1 200 Euro im Jahr. Heruntergerechnet auf den Monat sind das 100 Euro ($1\,200 \text{ Euro} : 12$), von denen aber nur 40 Prozent auf die Rente angerechnet werden. 40 Prozent von 100 Euro sind 40 Euro.

Die Rente von 650 Euro wird also um 40 Euro auf einen Betrag von 610 Euro gekürzt.



Quelle: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html

Volle Erwerbsminderungsrente

- wenn Sie weniger als drei Stunden arbeiten können

Bitte beachten Sie:
Voraussetzung für den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ist, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen nur noch weniger als drei Stunden täglich arbeiten können. Arbeiten Sie mehr, liegt diese Voraussetzung nicht mehr vor und Sie gefährden Ihren Rentenanspruch.

Quelle: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html

Leistungen des Sozialamtes - Hilfe zum Lebensunterhalt

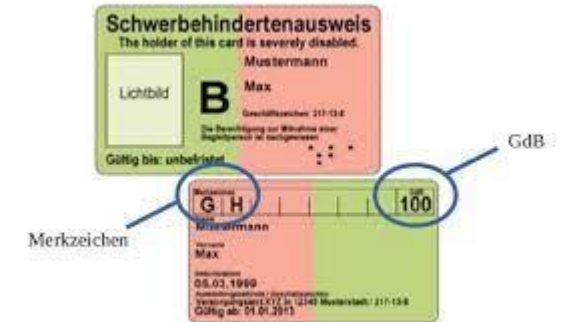
Das Sozialamt kann helfen

- Sollte jemand über ein geringes Einkommen verfügen oder Bürgergeld-Empfänger sein, kann das Sozialamt unterstützen.
- Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) können Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt beantragt werden, wie zum Beispiel Wohngeld, Leistungen für Mehrbedarfe, beispielsweise für werdende Mütter, Erstaussstattungen für Neugeborene, Erstwohnungseinrichtung, krankheitsbedingte kostenaufwendige Ernährung wie bei Diabetes, Umzugskosten und Mietkautionen, weitere einmalige Sach- oder Geldleistungen oder Darlehen.



Schwerbehinderung – Definition laut §2 SGB IX

- (1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft **mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate** hindern können.
Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.
- (2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen **ein Grad der Behinderung von wenigstens 50** vorliegt ...
- ...



Schwerbehinderung – am Beispiel eines malignen Brustdrüsentumors

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

GdS
während dieser Zeit

beim Entfernen im Stadium (T1 bis T2) pN0 M0

50

beim Entfernen im Stadium (T1 bis T2) pN1 M0

60

In höheren Stadien

80

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

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

www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de

Quelle: www.versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de

Schwerbehinderung - Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis

- G — Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit
- aG — Außergewöhnliche Gehbehinderung
- H — Hilflosigkeit
- Bl — Blindheit
- Gl — Gehörlosigkeit
- TBl — Taubblindheit
- B — Begleitperson
- 1 Kl — 1. Klasse
- RF — Rundfunk/Fernsehen
- Kriegsbeschädigt
- EB — Entschädigungsberechtigt
- VB — Versorgungsberechtigt
- Weitere Merkzeichen nach Landesrecht
 - HS — Hochgradig Sehbehindert (Mecklenburg-Vorpommern)
 - T — Teilnahmeberechtigung am Sonderfahrdienst (Berlin)

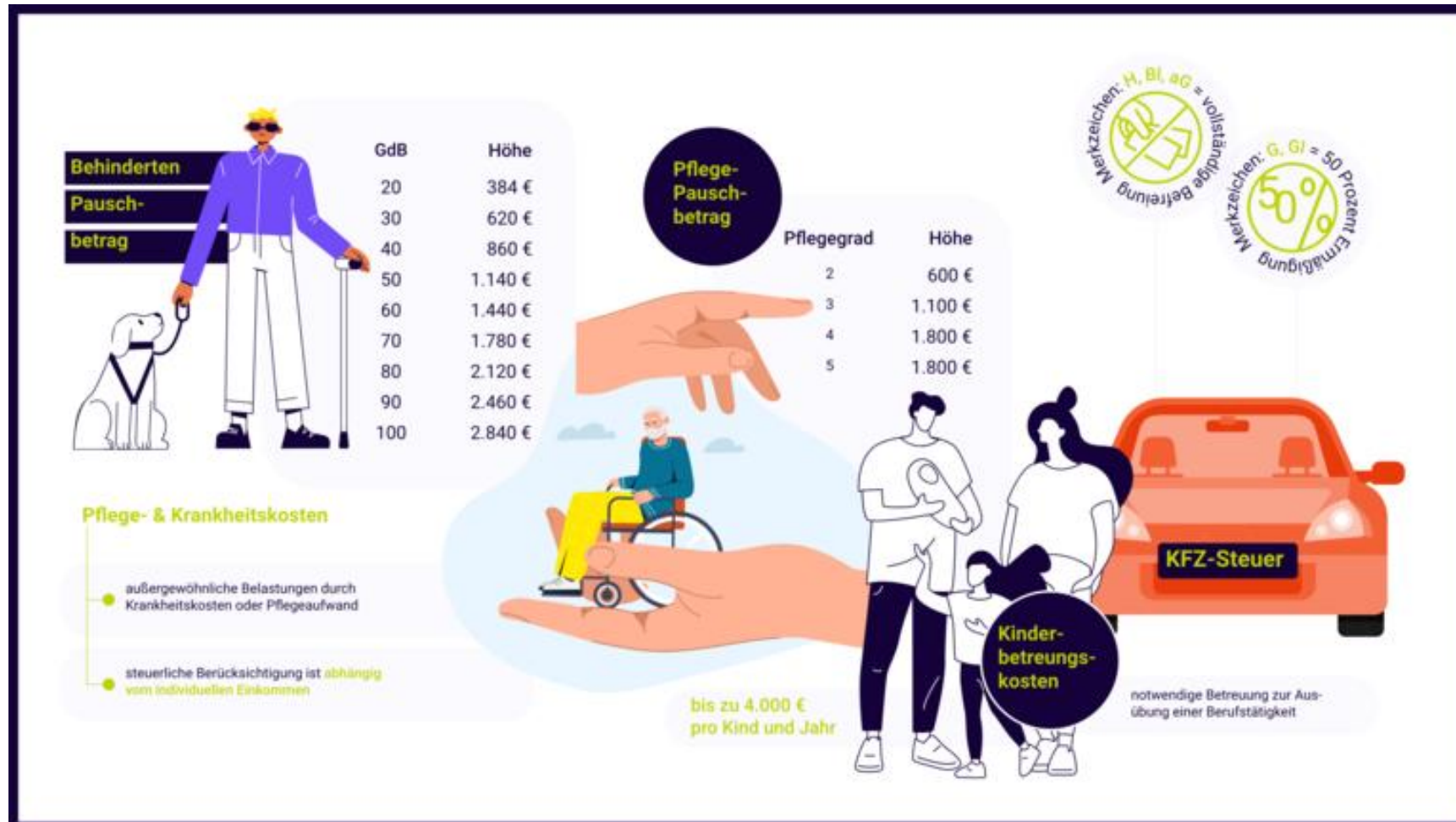


Schwerbehinderung

Sonderrechte für schwerbehinderte Arbeitnehmer*innen:

- Recht auf Zusatzurlaub**
Schwerbehinderte bekommen zusätzlich zum vertraglich vereinbarten Urlaub eine Woche extra.
- Recht auf Befreiung von Mehrarbeit**
Schwerbehinderte Arbeitnehmer*innen müssen nicht mehr als 8 Stunden täglich arbeiten.
- Recht auf Arbeitszeitverkürzung**
Angestellte mit Schwerbehinderung können Teilzeit beantragen, ohne auf Fristen oder andere Voraussetzungen zu achten.


Schwerbehinderung -Steuervergünstigungen



Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

- Wenn Sie aufgrund einer Krebserkrankung unverschuldet in Not geraten, kann Ihnen der Härtefonds der Deutschen Krebshilfe weiterhelfen...

[illegible]



Deutsche Krebshilfe
HILFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Anne-Sophia Mutter
Präsidentin

Spendenkonto
Kreissparkasse Köln
IBAN DE65 3705 0299 0000 0191 01
BIC COKDE33XXX

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

1. Zielsetzung

Die Deutsche Krebshilfe unterhält einen Härtefonds, um unverschuldet in finanzielle Schwierigkeiten geratenen Krebspatienten und deren Familien kurzfristig zu helfen.

Dieser Fonds leistet unmittelbare Hilfe und entspricht damit einem ausdrücklich in der Satzung festgelegten Ziel der Deutschen Krebshilfe. Der Name Krebshilfe bringt dies deutlich zum Ausdruck.

Da die Deutsche Krebshilfe sich ohne staatliche Zuschüsse ausschließlich aus privaten Zuwendungen finanziert, werden Härtefondsleistungen zur Verwendung im privaten Bereich im Inland gewährt. Die Abwicklung der Hilfeleistung erfolgt möglichst schnell und weitgehend unbürokratisch.

2. Aufgabenerfüllung

Die Vielzahl der unterschiedlichsten Anfragen an den Härtefonds erfordert zur sachgerechten Bearbeitung und objektiven Entscheidung ein gewisses formales Vorgehen mit entsprechenden Nachweisen und Auskünften, die durch den Antragsteller zu erbringen sind. So erfolgen die einmaligen Leistungen aus dem Härtefonds nur auf Antrag und ohne jeden Rechtsanspruch gegen die Deutsche Krebshilfe.

Da die Mittel für diesen aus Spendengeldern unterhaltenen Fonds nicht unerschöpflich sind, können Anträge auf Härtefondsleistung nur bei entsprechender Bedürftigkeit berücksichtigt werden. Die in der Höhe begrenzte Zuwendung ist an bestimmte Familieneinkommengrenzen gebunden. Somit kommen die Gelder wirklich denjenigen zugute, die sie am dringendsten benötigen und keine andere Möglichkeit haben, sich entsprechende Mittel zu beschaffen, oder von keiner anderen Stelle eine Hilfe erwarten können, d.h. alle Anspruchsvoraussetzungen gegen die Kostenträger (Krankenkasse, Sozialhilfe u. ä.) ausgeschöpft sind. Zur Bewilligung einer Zuwendung darf das verfügbare Einkommen (monatliches Nettoeinkommen abzüglich fester monatliche Ausgaben) bei einer Person 446 Euro, bei zwei Personen 819 Euro, bei drei Personen 1176 Euro nicht übersteigen.

Die Zuwendungen liegen je nach Bedürftigkeit zwischen 440 Euro und 800 Euro.

Zur Absicherung der wirtschaftlichen Situation verweist der Härtefonds auch auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten durch staatliche oder private Institutionen, die vielen Betroffenen nicht hinreichend bekannt sind.

Buschstraße 32 53113 Bonn
Internet: www.krebshilfe.de

Tele: +49 (0) 228 / 7 29 90-0
Fax: +49 (0) 228 / 7 29 90-11
E-Mail: deutsch@krebshilfe.de

Vorstand:
Gerd Neubakorn (Vorsitzender)
Dr. Franz Kohlhuber

Vorsitzender des Stiftungsrates:
Dr. Joachim Faber

Stiftung Bürgerlichen Rechts
Sitz: Bonn

Ust.-ID.-Nr. DE297966957

Rehabilitation

- Bei der Rehabilitation geht es darum, die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung zu lindern beziehungsweise zu beseitigen, einer Verschlimmerung vorzubeugen oder auch mit den Folgen einer chronischen Erkrankung leben zu lernen.
- Rehabilitationsleistungen sind Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt insbesondere der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung.
- Die Rehabilitation gehört ebenso zur Behandlung einer Krankheit wie die Therapie durch den niedergelassenen Arzt und die Behandlung im Krankenhaus.
- Wird eine Rehabilitationsmaßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse der Kostenträger. Der Rentenversicherungsträger wiederum finanziert die Rehabilitation zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit.
- Versicherte haben einen Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Reha-Maßnahmen. Es gilt der Grundsatz: „**Reha vor Rente**“

Berufliche Rehabilitation – Teilhabe am Erwerbsleben

- Die Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben sollen helfen, den Betroffenen wieder vollständig in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.
- Es geht um **Sicherung des Arbeitsplatzes**, möglicherweise durch **berufliche Aus- und Weiterbildung**
- Es können zusätzliche Kosten übernommen werden z.B. für technische Arbeitshilfen, für die **Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes**
- **Stufenweise Wiedereingliederung** (das sogenannte „Hamburger Modell“)
- Es kann um das **Erlernen eines neuen Berufes** gehen
- Beratung erhalten Sie bei der Hauptfürsorgestelle, dem Arbeitsamt oder dem Rentenversicherungsträger.

Medizinische Rehabilitation in der Onkologie

- An den Krankenhausaufenthalt bzw. an die Primärbehandlung kann sich direkt oder zeitnah eine **Anschlussrehabilitation (AR) / Anschlussheilbehandlung (AHB)** anschließen
- Ziel ist möglichst schnell wieder in Ihr Alltags- und /oder Berufsleben zurückkehren zu können
- Allen Betroffenen soll eine medizinische Rehabilitation angeboten werden.
- Es gibt fachspezifische Rehabilitationskliniken.
- Der Antrag auf Anschlussheilbehandlung muss im Krankenhaus bzw. in der letzten Behandlungseinheit gestellt werden.
- Sprechen Sie Ihren Arzt bzw. den Sozialdienst in der Klinik an!

Medizinische Rehabilitation in der Onkologie

- Die Auswahl einer fachspezifischen Rehabilitationsklinik richtet sich nach der Indikation.
- Sie haben ein Wunsch- und Wahlrecht!
- Die AHB sollte innerhalb einer festgelegten Frist nach Ende der Primärbehandlung beginnen
 - innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Chemotherapie / Entlassung aus dem Krankenhaus
 - innerhalb von vier Wochen nach Ende der Bestrahlung
 - innerhalb von zehn Wochen nach Ende der Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich
- Sie können eine Nachsorgekur bis zum Ablauf von einem bzw. max. zwei Jahren nach abgeschlossener Primärbehandlung beantragen

Medizinische Rehabilitation – Besonderheit in Nordrhein Westfalen

Kostenträger für onkologisch erkrankte Personen

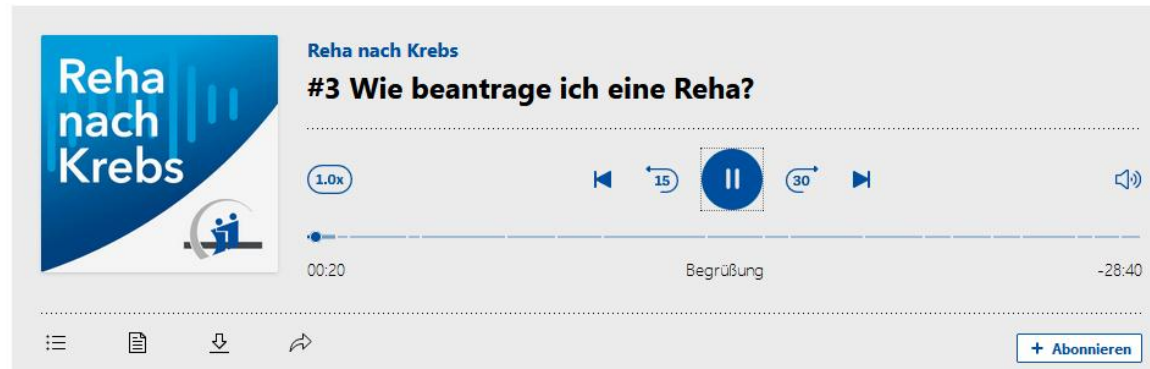
- mit Wohnsitz in NRW
- und einer gesetzlichen Kranken- und / oder Rentenversicherung:



Informationen per Podcast als Service der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Bochum

Episoden

Start > Episoden



Leistungen der Pflegeversicherung - Pflegeleistungen

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

Leistungen der Pflegeversicherung - Pflegegeld

Pflegegrad	Pflegegeld pro Monat
Pflegegrad 1	kein Anspruch
Pflegegrad 2	347 Euro
Pflegegrad 3	599 Euro
Pflegegrad 4	800 Euro
Pflegegrad 5	990 Euro

Alle Pflegebedürftigen, die ambulant gepflegt werden, erhalten einen einheitlichen zweckgebundenen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131,00 € monatlich.

- Sie können damit Kosten begleichen, die Ihnen für eine teilstationäre Tages- oder Nachtpflege entstehen, für eine Kurzzeitpflege oder für Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes.
- Der Betrag darf bei den Pflegegraden 2 bis 5 nicht für die Selbstversorgung eingesetzt werden, also zum Beispiel für Lebensmittel oder Bekleidung.

Leistungen der Pflegeversicherung - Pflegesachleistungen

Pflegesachleistungen	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	796,00 €
Pflegegrad 3	1.497,00 €
Pflegegrad 4	1.859,00 €
Pflegegrad 5	2.299,00 €

- Wer die Pflege nicht privat organisieren kann oder möchte, kann einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen, der seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger abrechnet.
- Ambulante Pflegedienste können zusätzlich zu ihren üblichen auch gezielt Betreuungsleistungen anbieten.

Leistungen für pflegende Angehörige

Angehörige, die ein pflegebedürftiges Familienmitglied versorgen, haben unter bestimmten Voraussetzungen Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung.

Voraussetzungen (müssen alle erfüllt sein)

- Pflege eines Bedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause
- Private Pflege für mindestens zehn Stunden pro Woche
- Regelmäßig an mindestens zwei Tagen pro Woche

Leistungen

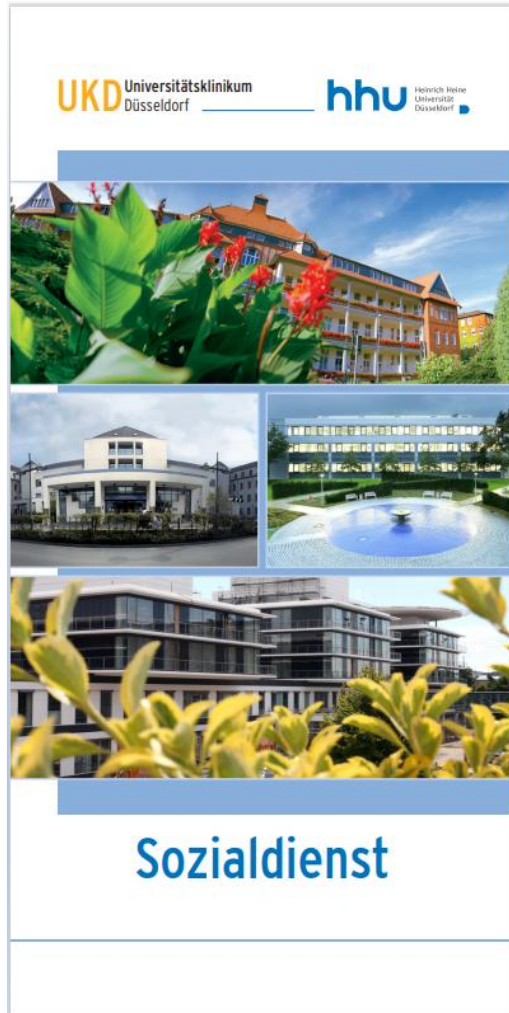
- Bei Erwerbstätigkeit von weniger als 30 Stunden pro Woche zahlt die Pflegeversicherung Beiträge in die Rentenversicherung.
- Die Pflegeperson ist beitragsfrei unfallversichert.
- Für die Person, die ihren Beruf aufgibt, um einen Angehörigen zu pflegen, zahlt dessen Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung

Wer kann helfen beim Weg durch den Dschungel?



- Sozialdienste in den Krankenhäusern
- Ambulante Krebsberatungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Haus der Krebs-Selbsthilfe-Bundesverband e.V.
- Stiftung Deutsche Krebshilfe INFONETZ KREBS
- KID-Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- ...

Wer kann helfen beim Weg durch den Dschungel?



Digitale Unterstützung



The screenshot shows the homepage of the mitmika.de website. The browser address bar displays "https://www.mitmika.de". The website has a teal header with the mitmika logo (a stylized 'm' with a heart shape) and the tagline "Mein interaktiver Krebsassistent". Navigation links for "PATIENTEN", "MAGAZIN", and "FACHKREISE" are visible. The main banner features a large orange background with the text "Diagnose Krebs? Mika unterstützt bei Angst, Stress und Fatigue". A blue circular badge with "100% kostenfrei" is positioned over a photo of a man. Below the text, two green checkmarks highlight features: "Einfacher Nebenwirkungen im Blick behalten" and "Besser informiert bleiben". On the right, a smartphone displays the "Mein Mika" app interface, which includes options like "Dokumentiere Dein Befinden", "Beobachte Deine Symptome", "Unternehm eine Themenreise", and "Lies die Mika-Einführung".

Diagnose Krebs?
Mika unterstützt bei
Angst, Stress und
Fatigue

100%
kostenfrei

✓ Einfacher Nebenwirkungen im Blick behalten

✓ Besser informiert bleiben

Mein Mika

- Dokumentiere Dein Befinden
- Beobachte Deine Symptome
- Unternehm eine Themenreise
- Lies die Mika-Einführung

Themenreisen

Ernährung bei Krebs

Individuelle Informationen zum Nachlesen...



Telefonische Beratung...



**INFONETZ
KREBS**

WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche
Beratung
Mo bis Fr 8–17 Uhr

**0800
80708877**

 **kostenfrei**

„Stimme einer Betroffenen“



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!