

Rechtliches und Soziales

bei metastasiertem
Brustkrebs

Informationen
für Patientinnen





Vorwort

Liebe Betroffene, liebe Angehörige,

metastasierender Brustkrebs?! Eine erschütternde Diagnose, die Ihr Leben aus den Fugen geraten lässt. Eine Diagnose, die im ersten Moment zum körperlichen und emotionalen Kontrollverlust führen kann. Eine Diagnose, deren zweiter Aspekt es häufig auch ist, existenzielle Sorgen sowie wirtschaftliche Nöte auszulösen. Die Diagnose ist umfassend, einschneidend und oft auch überfordernd.

Die gute Nachricht vorab: Mit dieser Broschüre halten Sie einen Wegweiser mit vielen Bausteinen der individuellen, sozialen und wirtschaftlichen Unterstützungsangebote und Hilfestellungen in Ihren Händen.

Sie finden umfassende, kompetente und sachdienliche Informationen, die Ihnen allen, Betroffenen und Angehörigen, schnellstmöglich Handlungssicherheit geben.

Denn egal, an welchem Punkt im Krankheitsverlauf Sie stehen, immer wieder werden neben der medizinischen Behandlung und den psychischen Schwierigkeiten auch soziale Fragen aufgeworfen. Bei diesen Fragen wollen wir Ihnen helfen und Sie unterstützen, denn für viele Menschen bietet es eine große Entlastung, wenn diese Themen geklärt sind.

Auf den gelben Seiten der Broschüre können Sie Fragen zu Ihrer individuellen Situation, die Sie klären möchten, notieren.

Wir wünschen Ihnen von Herzen alles Gute!

Ihr Team von Gilead Sciences

Sehr selten erkranken Männer an Brustkrebs. Von der Gesamtzahl der Betroffenen sind es ca. 1%. Wir haben uns deshalb dazu entschieden, in der Broschüre die weibliche Ansprache zu verwenden. In jedem Fall sind erkrankte Männer mitgemeint und angesprochen. Gute Informationen bietet Ihnen das Netzwerk für Männer mit Brustkrebs.

Inhalt

6

Sozialrechtliche Grundlagen
& Schwerbehinderung

7

Anträge, Widersprüche und Klageverfahren

8

Schwerbehinderung

8

Grad der Behinderung, Merkzeichen
und Nachteilsausgleiche



9 Mein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung

10

Medizinische Versorgung
& Rehabilitation

11

Zuzahlungen und Chroniker-Regelung

12

Medikamente

12

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung

13

Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

13

Heilmittel (§ 32 SGB V)

14

Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

15

Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad (§ 39 c SGB V)

15

Onkologische Rehabilitation

15

Medizinische Rehabilitation

16

Anschluss-Rehabilitation

17

Nach- oder Festigungskuren

17

Weitere medizinische Reha-Maßnahmen

17

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben –
Berufliche Rehabilitation

17

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation



19 Meine Fragen zur Rehabilitation

20

Finanzielle Absicherung

21

Lohn- oder Entgeltfortzahlung

21

Krankengeld

22

Übergangsgeld

22

Die Nahtlosigkeitsregelung –
eine Sonderform des Arbeitslosengeldes

23

Erwerbsminderungsrente

25

Bürgergeld, Sozialhilfe und Grundsicherung

26

Wohngeld

26

Kinderzuschlag

26

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe



27 Meine finanzielle Absicherung

28

Berufliche Teilhabe

29

Berufstätigkeit und Schwerbehinderung

29

Stufenweise Wiedereingliederung

30

Pflegebedürftigkeit, palliative
Versorgung & Vorsorgedokumente

31

Pflegebedürftigkeit

32

Ambulante Angebote



34 Mein Pflegegrad

36

Wer hilft mir weiter?

Die Informationen in diesem Dokument stellen keine Rechtsberatung und keinerlei Empfehlungen der GILEAD Sciences GmbH dar. Die Informationen wurden in Zusammenarbeit mit der art tempi communications GmbH erstellt. Sie ersetzen unter keinen Umständen eine Rechtsberatung durch eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt. Alle Angaben in dieser Broschüre erfolgen ohne Gewähr.

Sozialrechtliche Grundlagen & Schwerbehinderung

Die Diagnose „metastasierender Brustkrebs“ bringt nicht nur medizinische Maßnahmen und emotionale Herausforderungen mit sich, sie wird oft auch von wirtschaftlichen Sorgen und sozialrechtlichen Fragen begleitet – ein bisschen viel auf einmal, finden wir.

Damit Sie sich so gut es geht mit den erfreulichen Dingen Ihres Lebens beschäftigen können, werden wir Sie in diesem Kapitel mit hilfreichen Rechtsgrundlagen versorgen. Mit unserem Kompass stellen wir Ihnen einen Wegweiser durch den Behördendschungel von Ämtern, Behörden und Krankenkassen zur Verfügung.

Anträge, Widersprüche und Klageverfahren

Um Ihre Rechte durchzusetzen, müssen Sie in der Regel einen **Antrag** stellen. Zu Beginn ist es ausreichend, wenn Sie einen formlosen Antrag stellen, z. B.: „Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit beantrage ich Wohngeld.“

Die Behörde schickt Ihnen dann im Regelfall die entsprechenden Antragsformulare zu, die Sie in Ruhe ausfüllen können. Der formlose Antrag ist deshalb empfehlenswert, da mit ihm die Leistung als beantragt gilt. Möchten Sie beispielsweise Bürgergeld beantragen, würde Ihnen dieses bei Bewilligung rückwirkend ab dem Tag ausgezahlt werden, an dem Ihr Antrag bei der Behörde eingegangen ist.

Im Grunde können Sie auch in einem Telefonat eine Leistung beantragen. Die Form des Antrages ist im Sozialrecht nicht geregelt. Aus Gründen der Beweis-sicherung sollte der Antrag allerdings in Schriftform erfolgen. Machen Sie sich bitte keine Sorgen um Ihre Ausdrucksweise! Die Behörden müssen Ihr Anliegen verfolgen, auch wenn der Antrag nicht perfekt ist.

Beachten Sie bitte auch, dass Sie im Streitfall die Antragsstellung und auch den rechtzeitigen Zugang Ihres Antrages beweisen müssen.

Auf Ihren Antrag erhalten Sie einen Bescheid der zuständigen Behörde. Wird Ihrem Antrag entsprochen, ist der Vorgang

abgeschlossen. Lehnt die Behörde Ihren Antrag ganz oder in Teilen ab, haben Sie die Möglichkeit, **Widerspruch** einzulegen. Sie können **in der Regel binnen eines Monats** nach Bekanntgabe bei der Behörde, die den Bescheid erlassen hat, Widerspruch einlegen. Diese Frist kann je nach Umständen variieren. Auch hier genügt zunächst ein formloses Schreiben, z. B.: „Sehr geehrte Damen und Herren, gegen Ihren Bescheid (Aktenzeichen) vom (Datum) lege ich Widerspruch ein. Eine ausführliche Begründung reiche ich nach.“

Nachdem Sie eine Begründung eingereicht haben, erlässt die Behörde einen Widerspruchsbescheid, der entweder Ihrem ursprünglichen Antrag stattgibt oder ihn erneut ganz oder in Teilen ablehnt. Sollten Sie mit dem Widerspruchsbescheid nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats **Klage** vor dem Sozialgericht erheben. Auch diese Frist kann, je nach Umständen, variieren. Die Adresse des zuständigen Gerichts entnehmen Sie bitte der Rechtsmittelbelehrung Ihres Widerspruchsbescheides. Auch die Klage können Sie zunächst formlos erheben, um die Frist zu wahren und dann im Nachgang Ihre Gründe darlegen.

Sowohl das Widerspruchs- als auch das Sozialgerichtsverfahren ist für Sie grundsätzlich kostenlos! Es können allerdings Kosten für Sie entstehen, wenn Sie eine Anwältin oder einen Anwalt beauftragen. Diese Kosten werden Ihnen von der jeweiligen

Behörde oder Kasse erstattet, wenn Sie das Verfahren abschließend gewinnen. Menschen mit geringem Einkommen können entweder Beratungshilfe (Eigenanteil 15 Euro) für außergerichtliche Kosten oder Prozesskostenhilfe für Gerichtsverfahren bei ihrem zuständigen Amtsgericht beantragen.

Stellen Sie auf jeden Fall einen schriftlichen Antrag und lassen Sie sich im Vorfeld nicht von mündlichen Äußerungen der Mitarbeitenden von Behörden abschrecken. Nur so können Sie Ihre Ansprüche sichern!

Schwerbehinderung

Sie können aufgrund Ihrer Erkrankung beim zuständigen Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen. Die Adresse erhalten Sie bei Ihrer Stadt- oder Gemeindeverwaltung. Auch im Internet finden Sie Adressen und Antragsvorlagen unter dem Suchbegriff „Schwerbehindertenausweis beantragen“.

Haben sie bereits einen Ausweis? Dann sollten Sie prüfen, ob eine Höherstufung in Betracht kommt. Stellen Sie nun bitte einen „Neufeststellungsantrag“, auch Änderungs- oder Verschlimmerungsantrag genannt. Diesen können Sie jederzeit wieder stellen, wenn sich Ihr gesundheitlicher Zustand verändert. Geben Sie unbedingt auch alle anderen körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen an.

Geben Sie alle Einschränkungen aufgrund Ihrer Erkrankung und der Therapien an! Verwenden Sie hierfür ein formloses Beiblatt.

Grad der Behinderung, Merkzeichen und Nachteilsausgleiche

Mit einem Bescheid wird Ihnen ein **Grad der Behinderung (GdB)** zuerkannt und eventuell auch ein oder mehrere Merkzeichen. Das Versorgungsamt richtet sich bei der Einstufung nach den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Ihre Einstufung können Sie anhand der Versorgungsmedizin-Verordnung beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (www.bmas.de*) überprüfen.

Der Schwerbehindertenausweis ermöglicht verschiedene Nachteilsausgleiche. Scheuen Sie sich nicht, diese in Anspruch zu nehmen! Sie gleichen nur einen kleinen Teil Ihrer Belastungen aus.

Folgende Nachteilsausgleiche können Sie beispielsweise, je nach GdB und zuerkannten Merkzeichen, in Anspruch nehmen:

- ▶ Berufliche Nachteilsausgleiche
- ▶ Ermäßigungen im Bahnverkehr
- ▶ Vorzeitige Altersrente
- ▶ Ermäßigung bis Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr
- ▶ Ermäßigungen bei öffentlichen Veranstaltungen, beim Skipass und der Kurtaxe
- ▶ Nachlass beim Neuwagenkauf
- ▶ Schutz im Bereich des Wohnens, beim Bezug von Wohngeld und der Beantragung des Wohnberechtigungsscheins
- ▶ Steuerliche Nachteilsausgleiche
- ▶ Toilettenschlüssel für Behinderten-WCs (www.cbf-da.de*)

- ▶ Unterstützung in der Schule und während des Studiums
- ▶ Vergünstigte Tageszeitung
- ▶ Beitragsnachlass in den Automobilclubs
- ▶ Zusätzliche Urlaubstage

Erläuternde und tiefergehende Informationen finden Sie hier: www.betanet.de/grad-der-behinderung.html*. Beachten Sie die übersichtliche Tabelle, mit den Nachteilsausgleichen nach GdB!

Neben dem Grad der Behinderung können auch sogenannte **Merkzeichen** vergeben werden. Auch hierzu finden Sie Erläuterungen in der o.g. Verordnung.

Folgende Merkzeichen können vergeben werden:

Merkzeichen | Bedeutung

G	Erheblich gehbehindert
aG	Außergewöhnlich gehbehindert
B	Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson
BI	Blind
GI	Gehörlosigkeit
H	Hilflosigkeit
RF	Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
TBI	Taubblind

Erläuternde und weiterführende Informationen finden Sie hier: www.betanet.de/merkzeichen.html*. Beachten Sie bitte auch hier die übersichtliche Tabelle zu den Nachteilsausgleichen nach Merkzeichen.

Mein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung

Mein Grad der Behinderung

Meine Merkzeichen

Gegencheck in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen

- ☐ Stimmig
- ☐ Neufeststellungsantrag (auch Verschlimmerungs- oder Verschlechterungsantrag) stellen

Zuständiges Versorgungsamt

- ☐ Antrag gestellt

Welche Nachteilsausgleiche kann ich geltend machen?

Medizinische Versorgung und Rehabilitation

Eine gute medizinische Versorgung, gesunderhaltende und rehabilitative Maßnahmen sind von großer Bedeutung für Ihren Krankheitsverlauf. Dies liegt zum einen in den Händen der Sie betreuenden medizinischen Teams und zum anderen bei Ihrer Krankenkasse und den Leistungsträgern der Rehabilitation.

Da man nur das einfordern kann, was man kennt, stellen wir Ihnen die Leistungen vor, die in diesen Segmenten zur Verfügung stehen. So können Sie prüfen, ob Sie bestmöglich versorgt sind oder es sogar weitere Angebote gibt, die Ihnen helfen können. Im Rahmen der Krankenversicherung haben wir eine Auswahl getroffen. Selbstverständlich gibt es viele weitere Leistungen, deren Darstellung den Rahmen sprengen würde.

Da die Leistungen der privaten Krankenversicherungen dem individuellen Vertrag unterliegen, beziehen wir uns auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Zuzahlungen und Chroniker-Regelung

Alle Menschen müssen Zuzahlungen leisten, z. B. zu Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und zur Krankengymnastik. Allerdings gibt es Belastungsobergrenzen. Bei der Berechnung Ihrer individuellen Grenze wird Ihr (Familien-) Jahresbruttoeinkommen, bereinigt um verschiedene Freibeträge, herangezogen.

Aktuell gelten folgende Grenzwerte:¹

- ▶ 2 % des (Familien-) Jahresbruttoeinkommens für alle Versicherten
- ▶ 1 % des (Familien-) Jahresbruttoeinkommens für schwerwiegend chronisch erkrankte Menschen

Zurzeit gelten Sie als schwerwiegend chronisch krank, wenn Sie seit mindestens einem Jahr wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Erkrankung ärztlich behandelt wurden (=Dauerbehandlung). Außerdem muss eines der folgenden drei Merkmale erfüllt sein:

- 1** Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 vor.
- 2** Es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vor.
- 3** Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder

psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Ihre behandelnde Praxis bestätigt Ihnen jährlich die schwerwiegende chronische Erkrankung mit einem Formschreiben. Auch wenn Sie an einem Disease-Management-Programm teilnehmen, gilt die 1%-Regelung für Sie.¹

Erreichen die gesamten Zuzahlungen aller einberechneten Familienmitglieder die Belastungsobergrenze, sind auch alle Mitglieder zuzahlungsbefreit. Dies gilt auch, wenn Sie in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind!

Weitere Infos:
www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-krankenversicherung.html*

Medikamente

Im Rahmen Ihrer Behandlung benötigen Sie unterschiedliche Medikamente. In der Regel werden Ihnen diese verordnet und nach Begleichung der von Ihnen zu leistenden Zuzahlung zur Verfügung gestellt.

Über folgende Besonderheiten sollten Sie informiert sein:

- Manche Medikamente sind zuzahlungsbefreit. Eine 14-tägig aktualisierte Liste können Sie hier einsehen: www.gkv-spitzenverband.de.*
- Für andere Arzneimittelgruppen werden Festbeträge definiert. Weicht Ihr Medikament davon ab, müssen Sie die Differenz zwischen Festbetrag und dem Preis Ihres Medikaments selbst zahlen. Diesen Betrag müssen Sie auch zahlen, wenn Sie von den Zuzahlungen befreit sind. Auch hier gibt es eine Liste, die alle 14 Tage aktualisiert wird: www.bfarm.de.*
- Benötigen Sie Medikamente, die eigentlich nicht verschreibungsfähig sind? Dann können Sie diese auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern sie zum Therapiestandard gehören. In der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Ausnahmen hinterlegt: www.g-ba.de.*
- In der Regel verschreibt Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt ein Medikament oder einen Wirkstoff und in der Apotheke wird geschaut, welches Präparat z. B. aufgrund von Rabattverträgen o. ä. am günstigsten ist. Es gibt jedoch die Möglichkeit, z. B. bei Unverträglichkeiten von Begleitsubstanzen, dass das Kästchen „Aut-idem“ auf dem Rezept angekreuzt wird. Das hat zur Folge, dass in der Apotheke nur das aufgeschriebene Medikament ausgegeben werden darf und kein Ersatzprodukt, auch wenn dies günstiger

wäre. Auch hierzu gibt es eine Liste, die Sie hier einsehen können: www.g-ba.de.*

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen nur noch in Ausnahmefällen. Grundsätzlich sind Fahrten verordnungsfähig, wenn das Therapieschema eine hohe Behandlungsfrequenz aufweist und die Behandlung oder der Krankheitsverlauf die Patientin so beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden unerlässlich ist.

Sie benötigen immer die Vorab-Genehmigung Ihrer Krankenkasse.

Neben der allgemeinen Festlegung wurden die Fahrten zu folgenden Behandlungen explizit als verordnungsfähige Ausnahmen definiert:

- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische **Chemotherapie**
- onkologische **Strahlentherapie**
- Dialysebehandlung

Das Praxis- und Pflegepersonal in Ihrer behandelnden Praxis unterstützt Sie beim Thema Fahrtkosten!

Die Kostenübernahme für andere ambulante Fahrten ist nicht vorgesehen, es sei denn, Sie erfüllen eine der folgenden Bedingungen:

- Sie verfügen über einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“.
- Sie sind in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft. Bei der Einstufung in den

Pflegegrad 3 benötigen Sie eine ärztliche Bestätigung, dass Ihre Mobilität dauerhaft beeinträchtigt ist. Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt kreuzt hierfür ein Kästchen auf der Verordnung an.

- Sie leiden aktuell unter vergleichbaren Beeinträchtigungen und benötigen eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum.

Weitere Informationen erhalten Sie hier: www.g-ba.de/richtlinien/25*.

Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Eine Haushaltshilfe zum Putzen, Kochen, Waschen und/oder der Kinderbetreuung erhalten Sie als ergänzende Leistung der Krankenkasse, wenn es Ihnen krankheitsbedingt nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen und keine andere Person in Ihrem Haushalt diese Aufgabe übernehmen kann.

Die gesetzlichen Krankenkassen können bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung aus zwei Gründen eine Haushaltshilfe bewilligen:

- Für max. 26 Wochen, wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder ein Kind mit Behinderung (dann entfällt die Altersbeschränkung), das Hilfe benötigt.
- Fragen Sie aber unbedingt bei Ihrer Krankenkasse nach, denn manche Krankenkassen erhöhen das Alter des Kindes auf das 14. Lebensjahr. Falls die Versorgung Ihrer Kinder nicht gesichert werden kann,**



4 Wochen

Haushaltshilfe, wenn der Haushalt nicht alleine geführt werden kann.



26 Wochen

Haushaltshilfe mit Kind jünger als 13, bzw. 14 Jahre (krankenkassenabhängig)

können Sie sich an das Jugendamt wenden. Viele Frauen berichten hier von guter Unterstützung.

- Für max. 4 Wochen, wenn der Haushalt nicht geführt werden kann, auch wenn kein Kind im Haushalt lebt.

Heilmittel (§ 32 SGB V)

Zu den Heilmitteln gehören beispielsweise Massagen, Krankengymnastik oder Lymphdrainage. Sie müssen verordnet werden und für den Therapieerfolg notwendig sein. Hierunter versteht man, dass ein Heilmittel Ihre Beschwerden lindert, eine absehbare weitere Schwächung Ihrer Gesundheit verhindert und auch Pflegebedürftigkeit verhindert oder falls vorhanden mindert. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt



in der Heilmittel-Richtlinie fest, welche Heilmittel verordnet werden können, in welchen Fällen ein langfristiger Behandlungsbedarf besteht und in welchem Umfang verordnet werden darf.

Hier können Sie nachlesen, welche Heilmittel verordnungsfähig sind und welche nicht: www.g-ba.de*.

Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Hilfsmittel sind beispielsweise Rollatoren, Perücken, Kompressionsstrümpfe, Hörhilfen, Brustprothesen, Krankenbetten und vieles mehr. Sie werden meist durch eine Ärztin oder einen Arzt verordnet und benötigen in der Regel die Genehmigung der Krankenkasse.

Neben dem grundsätzlichen Anspruch auf ein Hilfsmittel sind auch die Ausbildung im Gebrauch, die Betriebskosten, notwendige Änderungen, die Wartung und falls

notwendig die Ersatzbeschaffung des Hilfsmittels vorgesehen. Auch die leihweise Überlassung, z. B. bei Krücken, Rollstühlen oder Krankenbetten ist möglich.

Hilfsmittel werden von den Krankenkassen bezahlt, wenn sie im Hilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen aufgelistet sind: hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de*.

Eine verständlichere und übersichtlichere Darstellung finden Sie bei Rehadat: www.rehadat-hilfsmittel.de*. Hier gibt es auch eine anschauliche Übersicht unter „Ablauf & Finanzierung“.

Neben den Hilfsmitteln aus dem Verzeichnis können Sie bei Ihrer Krankenkasse auch einen Antrag auf freiwillige Erstattung eines Hilfsmittels stellen. Voraussetzung ist, dass die freiwillige Erstattung nicht durch die Verordnung über „Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ausgeschlossen ist.

Für eine Reihe von Hilfsmitteln legen die

Krankenkassen Festbeträge fest. Suchen Sie sich ein Hilfsmittel aus, das preislich über dem Festbetrag liegt, müssen Sie die Differenz selbst tragen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt meist über Vertragspartner der Krankenkassen.

Wenden Sie sich mit Fragen an ein Sanitätshaus. Hier wird Ihnen eine umfassende Beratung zu Hilfsmitteln angeboten.

Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad (§ 39c SGB V)

Ihre Erkrankung kann es mit sich bringen, dass Sie kurzzeitig pflegebedürftig sind oder dass Sie akut schlechte Phasen bewältigen müssen. Sie können dann auch ohne Pflegegrad Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Hierbei handelt es sich um eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad kommt beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt in Frage, wenn Ihre häusliche Versorgung (noch) nicht ausreichend gesichert ist.

Sie erhalten diese Leistung für längstens acht Wochen pro Kalenderjahr. Die Krankenkasse stellt Ihnen hierfür 1.854 Euro zur Verfügung (Stand 2025).

Beachten Sie bitte, dass immer ein Eigenanteil zu leisten ist. Ist Ihnen dies nicht möglich, können Sie einen Antrag beim Sozialamt stellen.

Onkologische Rehabilitation

Die onkologische Reha ist ein fester Bestandteil im Rahmen der Versorgung von an Krebs erkrankten Menschen. Sie kann sich direkt an die Akutbehandlung anschließen oder innerhalb eines Jahres danach erfolgen. Neben den medizinischen Reha-Leistungen gibt es weitere Reha-Maßnahmen, die wir Ihnen vorstellen möchten.

Lassen Sie sich bei der Beantragung vom Sozialdienst des Krankenhauses oder den Krebsberatungsstellen unterstützen.

Medizinische Rehabilitation

Zu den medizinischen Reha-Maßnahmen zählen:

- die Anschlussrehabilitation (auch Anschlussheilbehandlung genannt),
- die onkologischen Nach- und Festigungskuren und
- weitere medizinische Reha-Leistungen

Darüber hinaus gibt es vor allem von der Deutschen Rentenversicherung eine ganze Reihe von Sonderprogrammen, die medizinische und berufliche Ziele verbinden, so zum Beispiel die medizinisch-beruflich orientierte Reha (MBOR). Außerdem gibt es hauptsächlich über die Rentenversicherung eine Reihe von Nachsorgeprogrammen, die den Erfolg der Reha-Maßnahme und die Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit gewährleisten sollen. Hierzu zählen

beispielsweise die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) oder die Trainings-therapeutische Rehabilitationsnachsorge (T-RENA). Zur Nachsorge wird häufig auch Rehasport verordnet.

Lassen Sie sich bereits in der Reha-Klinik das entsprechende Nachsorgeprogramm verordnen! Reha-Maßnahmen können stationär oder ambulant durchgeführt werden und bedürfen einer Beantragung.

In den allermeisten Fällen ist die Rentenversicherung oder die Krankenkasse Kostenträger der Reha-Maßnahme. Dort stellen Sie auch Ihren Antrag. Da sich die Reha-Träger untereinander über die Zuständigkeit einigen müssen, soll dies nicht Ihr Problem sein. Nutzen Sie auf jeden Fall Ihr Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX) und beantragen

Sie schon im Antrag Ihre Wunschklinik. Wenn es sich hierbei um eine zugelassene, zertifizierte Einrichtung handelt, die keine höheren Kosten verursacht als die Kliniken Ihres Kostenträgers, muss diesem Wunsch nachgekommen werden.

Legen Sie bei einer Ablehnung Ihres Antrages unbedingt Widerspruch ein.

Anschluss-Rehabilitation

Die Anschluss-Rehabilitation schließt sich unmittelbar an die Primär- oder Akutbehandlung (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) an. In den meisten Fällen dauert sie drei Wochen und muss meist innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder dem Abschluss der ambulanten Akutbehandlung angetreten werden.

Bei einer Strahlenbehandlung verlängert sich die Frist auf vier Wochen, im Fall der Kopf-Halsbereich-Bestrahlung auf zehn Wochen. Bei medizinischer Notwendigkeit ist eine Verlängerung der Anschluss-Reha möglich. Die Fortführung einer Chemotherapie, einer Antikörpertherapie oder einer antihormonellen Therapie kann in der Reha-Klinik stattfinden.

Die Anschluss-Rehabilitation wird in der Regel durch den Sozialdienst des Krankenhauses oder die niedergelassene Praxis eingeleitet.

Nach- oder Festigungskuren

Nach- und Festigungskuren zählen auch zu den medizinischen Reha-Leistungen. Sie finden innerhalb des ersten Jahres statt und dauern meist drei Wochen. Bei medizinischer Notwendigkeit ist eine Verlängerung möglich.

Sollten erhebliche Funktionsstörungen vorliegen, können Sie bis zum Ende des zweiten Jahres nach Abschluss der Akutbehandlung eine weitere onkologische Reha bewilligt bekommen.

Weitere medizinische Reha-Maßnahmen

Eine weitere onkologische Reha-Maßnahme können Sie erst nach vier Jahren beantragen.

Rückfälle und das Auftreten von Metastasen bilden allerdings Ausnahmen. In diesen Fällen gelten die Wartezeiten nicht!

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Berufliche Rehabilitation

Unter dem Oberbegriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)“ werden alle Reha-Maßnahmen erfasst, die die Arbeitsfähigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern.

Sie umfassen unterschiedliche Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe. Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation wird beispielsweise geprüft, welche

Umgestaltungen Ihres Arbeitsplatzes vorgenommen werden müssen oder wie Ihre Tätigkeit verändert werden kann, um Ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder auch teilweise zu erhalten. Zu den verschiedenen Arten der beruflichen Rehabilitation zählen beispielsweise Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes oder Aus- und Weiterbildung.

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Zu allen Reha-Leistungen werden im Bedarfsfall ergänzende Leistungen bewilligt. Folgende Leistungen sind möglich:

- ▶ Existenzsicherung meist in Form von Übergangsgeld oder Krankengeld
- ▶ Haushaltshilfe, falls ein Kind unter 12 Jahren oder ein Kind mit Behinderung versorgt werden muss
- ▶ Reise- und Fahrtkosten
- ▶ Kinderbetreuungskosten
- ▶ Patientenschulungsmaßnahmen
- ▶ Rehasport und Funktionstraining





Meine Fragen zur Rehabilitation

Kommt eine Reha für mich in Frage?

☐ Ja ☐ Nein

Wer ist wahrscheinlich mein Träger?

Wer kann mir beim Antrag helfen?

☐ Krebsberatungs-
stelle ☐ Arbeitskreis Gesundheit ☐ Sozialdienst
der Wunschklinik

*Welche Schwerpunkte möchte ich dort gesetzt wissen?
Was ist mir besonders wichtig?*

☐ Klinikbewertungen gelesen ☐ Empfehlungen von Mitpatientinnen

*In welche Klinik
möchte ich gehen?*

*Welche Klinik empfiehlt
meine Ärztin/mein Arzt
und mein Behandlungsteam?*

Finanzielle Absicherung

Das Wichtigste vorab:

1. Es gibt Hilfe!
2. Nehmen Sie sie unbedingt an!

Es ist uns besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass viele Menschen von erheblichen finanziellen Nöten im Umfeld einer Krebserkrankung betroffen sind und dass dies nicht im Verschulden der Betroffenen liegt.

Lassen Sie sich unbedingt unterstützen und stellen Sie die notwendigen Anträge!

Wir stellen Ihnen hier nicht nur die finanziellen Leistungen im Krankheitsverlauf vor, sondern auch ergänzende Leistungen, falls Ihre Einkünfte nicht (mehr) ausreichen.

Lohn- oder Entgeltfortzahlung

Sind Sie angestellt? Dann erhalten Sie im Krankheitsfall zunächst 6 Wochen Lohn- oder Entgeltfortzahlung von Ihrem Arbeitgeber. Dies gilt auch für Minijobberinnen!

Für den Anspruch auf Lohnfortzahlung müssen Sie seit mindestens 4 Wochen beim aktuellen Arbeitgeber beschäftigt sein, ansonsten ist die Krankenkasse zuständig. Diese Regelung gilt leider nicht für Minijobberinnen.

Krankengeld

Sind Sie nach der Lohnfortzahlung weiterhin arbeitsunfähig, erhalten Sie Krankengeld von Ihrer Krankenkasse. Dieses beträgt aktuell 70% Ihres regelmäßig erzielten Bruttoeinkommens, jedoch nicht mehr als 90% Ihres letzten Nettoeinkommens. Eine weitere Berechnungsgrenze ist die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung (5.512,50 Euro / Monat im Jahr 2025).³

Gesetzlich festgelegt ist, dass die Krankenkasse Ihnen derzeit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren Krankengeld wegen derselben Erkrankung zahlt. Diesen Zeitraum von drei Jahren bezeichnet man als Blockfrist. Haben Sie den Maximalanspruch von 78 Wochen Krankengeldzahlung erreicht, werden Sie aus dem Krankengeldbezug ausgesteuert.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Zeiten der Lohnfortzahlung werden bei der Berechnung der aktuell geltenden 78 Wochen angerechnet.
- Dasselbe gilt für Zeiten, in denen Sie Übergangsgeld erhalten. Dies ist z. B. der Fall, wenn Sie eine Reha-Maßnahme über die Deutsche Rentenversicherung absolvieren. Die Entgeltersatzleistung, also die Leistung, die Ihr Gehalt ersetzt, wird dann von der Rentenversicherung gezahlt und nennt sich Übergangsgeld.
- Mit jeder Erkrankung startet eine neue Blockfrist von drei Jahren. Deshalb ist es besonders wichtig, dass Sie darauf achten, welche Diagnose(n) auf Ihrer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführt wird bzw. werden. Kommt allerdings während einer laufenden Krankschreibung eine andere



70%

Krankengeld des durchschnittlichen Bruttoeinkommens, aber nicht mehr als 90% des letzten Nettoeinkommens

Erkrankung hinzu, verlängert sich der Anspruch auf Krankengeld nicht. Das bedeutet, dass beide Erkrankungen dann auf dieselbe Blockfrist gerechnet werden.

► Im Krankengeldbezug zahlen Sie keine Krankenversicherungsbeiträge. Die Beiträge zur Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung werden von der Krankenkasse abgeführt und mindern Ihr Krankengeld.

► Die Krankenkasse muss keine 78 Wochen Krankengeld zahlen! Geht Sie davon aus, dass Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann sie Sie noch während des Krankengeldbezugs mit einer Frist von 10 Wochen dazu auffordern, einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Dieser Aufforderung müssen Sie fristgerecht nachkommen, sonst endet Ihr Krankengeldbezug.

Achten Sie unbedingt auf eine lückenlose Krankschreibung, da Sie sonst riskieren, den vollen Krankengeldanspruch zu verlieren.

Spätestens am folgenden Werktag nach dem Ende der Krankschreibung benötigen Sie eine neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Diese wird seit Januar 2023 in der Regel elektronisch an Ihre Krankenkasse übermittelt. Sie informieren Ihren Arbeitgeber, der die Krankmeldung dann bei Ihrer Krankenkasse abrufen kann. Sie selbst erhalten einen Papierausdruck der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

In die 78 Wochen Anspruchsdauer auf Krankengeld werden alle Tage einer Arbeitsunfähigkeit einberechnet, egal von wem Sie in dieser Zeit Leistungen beziehen.

Wie oben bereits erwähnt, entsteht nach Ablauf von drei Jahren ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung. Allerdings kommt hinzu, dass ein erneuter Leistungsanspruch erst entsteht, wenn Sie mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig waren und Sie zudem sechs Monate gearbeitet haben oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung standen.

Übergangsgeld

Übergangsgeld wird Ihnen i. d. R. als Entgeltersatzleistung während einer Rehabilitation von der Rentenversicherung gezahlt, wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Es wird nur gezahlt, wenn Sie keinen Anspruch mehr auf Lohnfortzahlung haben. Das Übergangsgeld beträgt ungefähr zwei Drittel Ihres Nettoeinkommens.

Die Nahtlosigkeitsregelung – eine Sonderform des Arbeitslosengeldes

Um Menschen abzusichern, wurde mit dem § 145 SGB III eine Sonderform des Arbeitslosengeldes geschaffen. Sie können sich nach diesem Paragraphen arbeitslos melden, wenn Ihr Krankengeldanspruch aufgebraucht ist und noch nicht entschieden wurde, wie es weitergeht. Diese Form der Arbeitslosmeldung ist möglich,

- obwohl Sie einen Arbeitgeber haben
- obwohl Sie weiterhin krank sind
- obwohl Sie dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen!



Erwerbsminderungsrente

Vielen Frauen mit metastasiertem Brustkrebs ist es langfristig nicht mehr möglich zu arbeiten. Unter bestimmten medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen können Sie dann bei der Deutschen Rentenversicherung eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) beantragen.

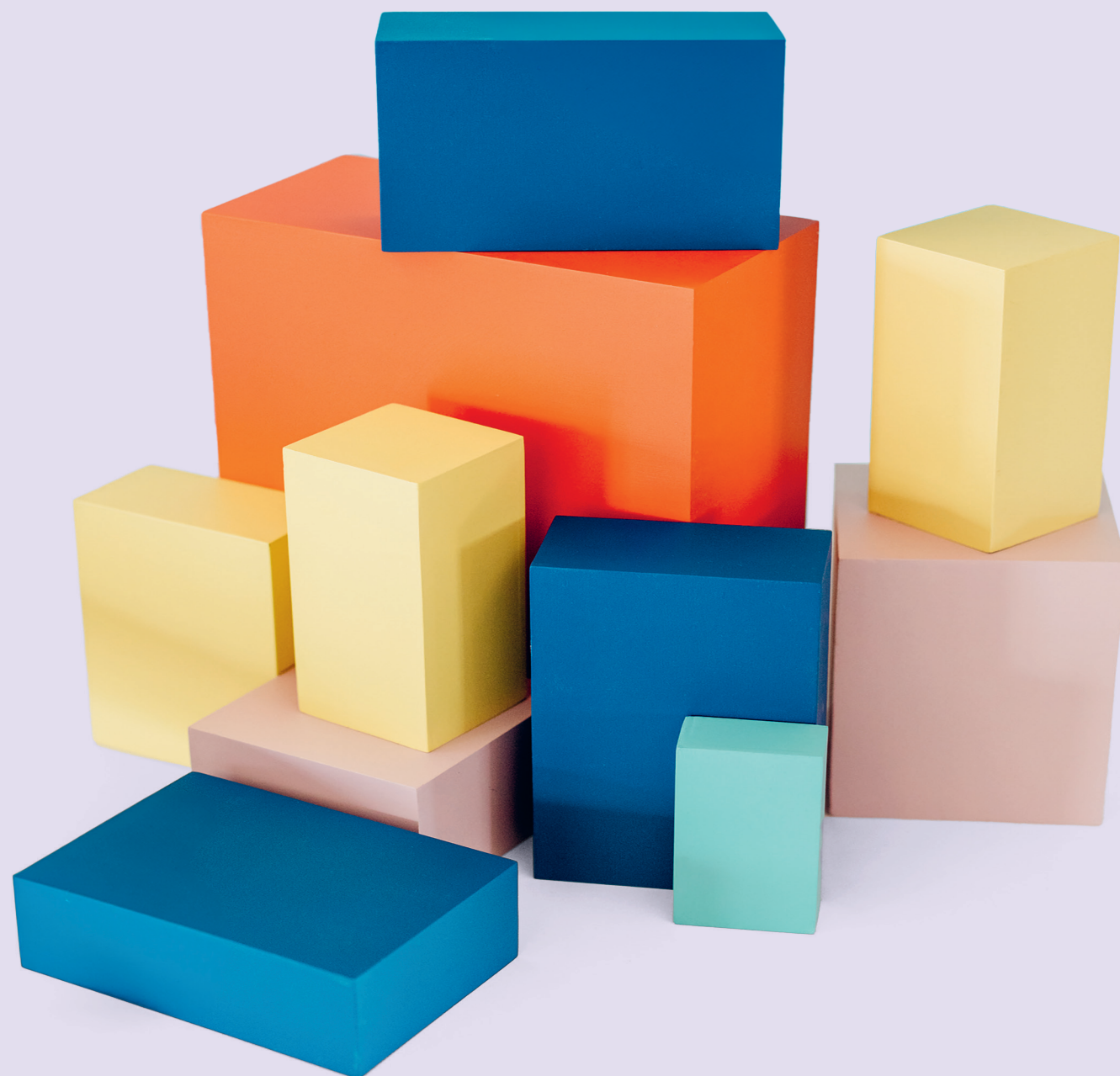
Medizinische Voraussetzungen:

In diesem Zusammenhang wird Ihre Erwerbsfähigkeit geprüft und auch, ob man diese durch Reha-Maßnahmen ganz oder teilweise wiederherstellen kann. Ist das Ergebnis, dass Sie keine 3 Stunden/Tag arbeiten können, erhalten Sie eine volle EM-Rente. Liegt Ihre Leistungsfähigkeit

unter 6 Stunden/Tag aber über 3 Stunden, erhalten Sie eine teilweise EM-Rente.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Für den Erhalt einer EM-Rente müssen Sie mindestens fünf Jahre lang in der Rentenversicherung versichert gewesen sein. Ausnahmen gibt es hier für junge Menschen. Außerdem benötigen Sie drei Jahre mit Pflichtbeiträgen an die Rentenversicherung innerhalb der letzten fünf Jahre.

In der Regel sind Erwerbsminderungsrenten befristet. Denken Sie unbedingt daran, rechtzeitig den Antrag auf Weiterbewilligung zu stellen. Etwa sechs Monate vor Ablauf der Befristung sollten Sie einen Verlängerungsantrag stellen.



Bürgergeld, Sozialhilfe und Grundsicherung

Wie eingangs schon erwähnt, führt eine schwere Krankheit häufig dazu, dass finanzielle Sorgen und Nöte entstehen können. Bei Bedürftigkeit stehen Ihnen in Deutschland als Fundament der Absicherung drei Leistungen zur Verfügung, auf die Sie zurückgreifen können. Bei der Anspruchsberechnung wird Ihr Haushaltseinkommen geprüft, also auch das Einkommen der Menschen, mit denen Sie zusammenleben.

Bürgergeld erhalten Sie vom Jobcenter. Für den Bezug müssen Sie mindestens 3 Stunden täglich arbeiten können. Dies trifft auch zu, wenn Sie eine teilweise EM-Rente erhalten, da dann festgestellt wurde, dass Sie mindestens 3 Stunden täglich arbeiten können.

Sozialhilfe erhalten Sie vom Sozialamt. Diese Leistung wird Ihnen gewährt, wenn Sie eine befristete volle EM-Rente beziehen, die in der Höhe nicht das Existenzminimum abdeckt.

Grundsicherung beziehen Sie ebenfalls vom Sozialamt. Diese Leistung erhalten Sie, wenn Sie Altersrentnerin sind oder eine unbefristete EM-Rente beziehen. Auch hier ist Bedürftigkeit Grundvoraussetzung.

In allen drei Leistungsbereichen erhält eine alleinstehende Person im Jahr 2025 folgende Unterstützung:

563 Euro (Regelsatz 2025) plus Kosten der (angemessenen) Unterkunft und Heizung. Je nach persönlicher Situation können Sie Mehrbedarfe geltend machen. Dies gilt z. B., wenn Ihnen das Merkzeichen „G“ im Schwerbehindertenausweis zuerkannt wurde.

Hierbei handelt es sich um den aktuellen Betrag im Jahr 2025, der sich zukünftig aber ändern kann.

Stellen Sie den Mitarbeitenden von Behörden Ihre Situation umfassend dar! Nur so können Sie alle Unterstützungsleistungen erhalten, die Ihnen zustehen.

Liegen Sie mit Ihren Einkünften knapp über Bürgergeld, Sozialhilfe oder Grundsicherung, kommen eventuell die beiden nachfolgenden Leistungen für Sie in Betracht.

Bürgergeld, Sozialhilfe & Grundsicherung

563 €

+ (angemessene) Wohnkosten

+ Heizung

+ Mehrbedarfe und Einmalleistungen
(je nach persönlicher Lebenssituation)

= Leistungen des Sozialamtes oder
des Jobcenters

Wohngeld

Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss zu den Wohnkosten für Haushalte mit geringem Einkommen. 2025 wurde das Wohngeld um 15 % erhöht und liegt nun bei durchschnittlich 400 Euro. Das Wohngeld kann entweder als Zuschuss zur Miete oder als Lastenzuschuss für Eigentümerinnen einer selbstgenutzten Immobilie gewährt werden.

Schwerbehinderten Menschen wird bei einem Grad der Behinderung von 100 oder bei einem Grad der Behinderung von 50 und gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit und häuslicher/teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege ein Freibetrag von aktuell 1.800 Euro auf das maßgebliche Jahreseinkommen eingeräumt.

Anspruch und Höhe des Wohngeldes

hängen von der Anzahl der Haushaltsmitglieder, der Höhe des Gesamteinkommens und der Höhe der zuschussfähigen Miete bzw. der Belastung ab.

Eine schnelle Einschätzung erlangen Sie durch den Wohngeldrechner: www.bmwsb.bund.de*

Kinderzuschlag

Sollten Sie aufgrund des Bedarfs Ihrer Kinder hilfebedürftig sein, können Sie ergänzend zum Kindergeld und zum Wohngeld den monatlichen Kinderzuschlag beantragen. Dieser soll verhindern, dass Sie ergänzendes Bürgergeld vom Jobcenter benötigen. Zuständig ist die örtliche Familienkasse. Den Kinderzuschlag können Sie schriftlich oder online beantragen (arbeitsagentur.de/kiz).

Im Internet finden sich verschiedene Seiten, auf denen Kinderzuschlagsrechner zur Verfügung gestellt werden. Hier können Sie rasch prüfen, ob Sie eventuell Anspruch auf den Kinderzuschlag haben.

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Falls Sie in finanzielle Not geraten, können Sie beim Härtefonds der Deutschen Krebshilfe kurzfristig Hilfe beantragen. Erläuternde Hinweise, das Antragsformular und den Vordruck für die ärztliche Bescheinigung finden Sie unter: www.krebshilfe.de*

Es gibt auch Länderfonds und andere Stiftungen, die kranke Menschen in finanziellen Krisen unterstützen.

Meine finanzielle Absicherung

Meine finanzielle Situation

Einkünfte: _____

+ Miete: _____

+ Heizung: _____

+ Verpflichtungen: _____

= Summe: _____

Demgegenüber Bürgergeld, Sozialhilfe & Grundsicherung (2025)¹

☐ Alleinstehend: 563€ ☐ Paare: pro Person 506€ ☐ Kinder 15.–18. Lj. 471€
☐ Kinder 7.–14. Lj. 390€ ☐ Kinder bis zum 6. Lj. 357€

+ Kaltmiete: _____

+ Heizung: _____

= Summe: _____

Liege ich knapp über dem Betrag von Bürgergeld, Sozialhilfe oder Grundsicherung?

☐ Wohngeld? ☐ Kinderzuschlag?

Wo möchte ich Beratung in Anspruch nehmen?

☐ Krebsberatungsstelle ☐ Allgemeine Sozialberatung ☐ Schuldnerberatung

¹⁾ Die Regelsätze ändern sich jährlich.

bis zu
297€

Kinderzuschlag (KiZ)
monatlich zusätzlich zu
Wohngeld und Kindergeld

Berufliche Teilhabe

Die Auswirkungen zwischen Krankheit und Karriere, zwischen voller und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit sind so individuell wie der Krankheitsverlauf jeder einzelnen von Ihnen. Manchen Frauen gelingt es mit der Diagnose metastasierter Brustkrebs zumindest eine Zeit lang weiterzuarbeiten. Manche schaffen dies in vollem Umfang, andere müssen ihren Stellenumfang reduzieren und wieder anderen ist es gar nicht möglich weiterzuarbeiten.

Im Folgenden zeigen wir Ihnen die Unterstützungsmöglichkeiten auf, die Ihnen das Berufsleben etwas erleichtern.

Berufstätigkeit und Schwerbehinderung

Der Schwerbehindertenausweis ermöglicht auch im Berufsleben eine Reihe von Nachteilsausgleichen, die Ihre Belastungen abfedern sollen. Dabei gibt es sowohl Leistungen an Sie persönlich als auch an Ihren Arbeitgeber.

Hier die wichtigsten Nachteilsausgleiche im Arbeitsleben:

- ▶ Besonderer Kündigungsschutz
- ▶ Zusatzurlaub (i. d. R. eine Woche/Jahr)
- ▶ Freistellung von Mehrarbeit
- ▶ Anspruch auf Teilzeitarbeit
- ▶ Anrecht auf Versetzung oder Umschulung
- ▶ Unterrichtsstundenkürzungen bei Lehrerinnen
- ▶ Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung
- ▶ Beschäftigungssicherungszuschuss an den Arbeitgeber bei Leistungseinschränkungen
- ▶ Kraftfahrzeughilfe
- ▶ Möglichkeiten der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben

Weiterführende Informationen finden Sie hier: www.bih.de.*

Lassen Sie sich bei Schwierigkeiten im Berufsleben von den Mitarbeitenden des Integrations- bzw. Inklusionsamtes beraten! www.bih.de/integrationsaemter.*

Stufenweise Wiedereingliederung

Wenn Sie nach längerer Krankschreibung an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren, können Sie dies mit einer stufenweisen Wiedereingliederung, z. B. nach dem sogenannten „Hamburger Modell“ machen. Im Rahmen dieser Maßnahme werden Sie langsam wieder an Ihre volle Arbeitsbelastung herangeführt. Während der stufenweisen Wiedereingliederung sind Sie weiterhin krankgeschrieben und erhalten in der Regel Krankengeld oder Übergangsgeld.



Pflegebedürftigkeit, palliative Versorgung & Vorsorge- dokumente

Wenn die eigene Kraft nachlässt, ist es umso wichtiger, gut versorgt und geschützt zu sein, nicht nur in Sachen Alltagsunterstützung und Pflegebedürftigkeit. Besonders wichtig ist auch der Schutz Ihrer Selbstbestimmungsrechte, die Sie durch Vorsorgedokumente absichern können. Zu einer guten palliativen Versorgung gehört auch eine vertrauensvolle Vertretung Ihrer Interessen, denn es kann Phasen geben, in denen Sie sich selbst nicht vertreten können.

Wir wollen Sie gerade im weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung sicher aufgehoben wissen.

Was sie zu Ihrer eigenen inneren Sicherheit schon weit im Vorfeld unternehmen können, erfahren Sie in diesem Kapitel.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Sie auf Dauer (voraussichtlich 6 Monate) in hohem Maße auf Hilfe angewiesen sind. Den Antrag auf Leistungen stellen Sie bei der Pflegekasse Ihrer Krankenkasse. Die Einstufung in einen **Pflegegrad** erfolgt bei gesetzlich versicherten Menschen durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD), der von der Pflegekasse beauftragt wird. Bei privat versicherten Personen begutachtet die Medicproof GmbH. Zur Vorbereitung auf den Termin sollten Sie im Vorfeld Ihren täglichen Pflegeaufwand und Ihren Unterstützungsbedarf dokumentieren. Nach der Begutachtung ist eine Einstufung in einen von 5 Pflegegraden möglich.

Da man sich an manche Einschränkungen im Laufe der Zeit gewöhnt, sollten Sie vor der Begutachtung ca. 2 Wochen lang Ihren Unterstützungsbedarf notieren.

Ausschlaggebend für die Einstufung in einen der 5 Pflegegrade ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen Ihrer Selbstständigkeit und Ihrer Fähigkeiten. Lassen Sie sich bei der Begutachtung von einem vertrauten Menschen unterstützen und halten Sie folgende Unterlagen, sofern sie Ihnen vorliegen, als Kopien bereit:



- ▶ Medikamente & Medikamentenplan
- ▶ Aktuelle Krankenhaus- und Arztberichte
- ▶ Bescheide und Gutachten (z.B. Schwerbehindertenbescheid)
- ▶ Liste aller Hilfs- und Pflegehilfsmittel (z.B. Rollator, Hörgerät, Gehstock, Hausnotruf, Bettschutzeinlagen)
- ▶ Liste über regelmäßige Behandlungen (z.B. Krankengymnastik oder Lymphdrainage)
- ▶ Aktuelle Pflegedokumentation

Die Beurteilung erfolgt nach vorgegebenen Kriterien in einem Punktesystem. Mit einem Begutachtungsinstrument wird in 6 Modulen der Grad Ihrer Selbstständigkeit ermittelt.

- ▶ Mobilität (z.B. Fortbewegen innerhalb der Wohnung oder Treppensteigen)
- ▶ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten)
- ▶ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z.B. Ängste oder depressive Stimmung)

- Selbstversorgung (z. B. waschen, anziehen oder Nutzung einer Toilette)
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z. B. Medikation, Arztbesuche oder Wundversorgung)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z. B. Kontaktpflege zu Personen außerhalb des häuslichen Umfeldes)

Darüber hinaus gibt es 2 weitere Module, die geprüft werden. Dies sind zum einen die Haushaltsführung und zum anderen die außerhäuslichen Aktivitäten. Die Ergebnisse hieraus fließen nicht in die Berechnung des Pflegegrades ein, sondern dienen der individuellen Versorgungsplanung.

Hier erhalten Sie tiefergehende Informationen zur Begutachtung: www.medizinischerdienst.de*.

Je nach Pflegegrad steht Ihnen Pflegegeld bei der Pflege durch Angehörige zu oder Pflegesachleistungen, wenn Sie durch einen Pflegedienst versorgt werden. Darüber hinaus gibt es bei der häuslichen Pflege eine Vielzahl von Leistungen, die Sie zusätzlich in Anspruch nehmen können. Hierzu zählen beispielsweise die Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel oder notwendige Umbaumaßnahmen in Ihrer Wohnung. Auch Ihren pflegenden Angehörigen stehen verschiedene Unterstützungsleistungen zur Verfügung.

Detaillierte Informationen erhalten Sie auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit unter: www.bundesgesundheitsministerium.de*.

Ambulante Angebote

Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung (AAPV/SAPV)

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) wird von Medizinerinnen und Medizinern in der haus- oder fachärztlichen Versorgung geleistet, die über eine palliativmedizinische Basisqualifikation verfügen oder von Pflegediensten mit Palliativ-Care-Basisqualifikation. Reicht die AAPV nicht aus, kann die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zum Einsatz kommen. Anspruch auf diese spezielle Versorgungsform haben Menschen, die an einer nicht heilbaren und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass ihre Lebenserwartung begrenzt ist und die zudem eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Dabei reicht die SAPV von der Beratung bis hin zu einer umfassenden, individuellen Unterstützung.

Ambulanter Hospizdienst

Die ambulanten Hospizdienste sind ein ehrenamtliches Angebot, das die professionellen Dienste ergänzt. Ehrenamtlich Begleitende kommen regelmäßig zu Besuch, um für alle Betroffenen zu einer möglichst hohen Lebensqualität beizutragen. In der Zeit von Krankheit, Abschied und Trauer sorgt der ambulante Hospizdienst für Zuwendung, einfühlsame und verlässliche Begleitung, Zeit und Aufmerksamkeit.

Stationäre Angebote

Neben den ambulanten Angeboten stehen Ihnen im stationären Bereich die Palliativstationen, Konsiliardienste und die Versorgung in einem Hospiz zur Verfügung.

Vorsorgedokumente

Sobald Sie über 18 Jahre alt sind, gibt es niemanden, der Sie automatisch vertreten darf.

Lediglich für den gesundheitlichen Bereich wurde 2023 eine Ausnahme geschaffen. Wenn Sie verheiratet sind, darf Sie Ihre Ehefrau oder Ihr Ehemann, im Fall, dass Sie selbst nicht entscheiden können, in bestimmten gesundheitlichen Angelegenheiten maximal 6 Monate lang vertreten. Nähere Informationen zum sogenannten Ehegattennotvertretungsrecht finden Sie hier: www.bmj.de*.

Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie eine Ihnen nahestehenden Person, stellvertretend für Sie zu handeln und zu entscheiden. Fügen Sie eine Vollmacht Ihrer Bank bei, da die meisten Kreditinstitute nur ihre eigenen Vordrucke akzeptieren.

Betreuungsverfügung

Die Betreuungsverfügung kommt zum Tragen, wenn ein Gericht darüber entscheidet, wen es als gesetzlich betreuende Person für Sie einsetzt. In der Verfügung können Sie darlegen, wen Sie sich vorstellen können und wer auf keinen Fall eingesetzt werden soll. Außerdem können Sie Wünsche zur Betreuungsführung niederschreiben. Eine Betreuungsverfügung brauchen Sie nicht, wenn Sie eine Vorsorgevollmacht erstellt haben.

Patientenverfügung

In der Patientenverfügung legen Sie Ihre Behandlungswünsche fest. Sie können zudem eine Person benennen, die Ihre Interessen stellvertretend vertritt. Je persönlicher und individueller Ihre Verfügung ist, umso hinweisgebender ist sie für Ihr behandelndes Team. Zu den Vordrucken können Sie ein Dokument hinzunehmen, dass Sie im Internet unter „Ergänzung Patientenverfügung im Fall schwerer Erkrankung“ finden. So können Sie noch zielgerichteter und detaillierter Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren. Zur Sicherheit sollten Sie Ihre Verfügung mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt besprechen. Vorlagen für alle drei Dokumente finden Sie hier: www.bmj.de*.

Für ca. 10 Euro können Sie Ihre Dokumente bei einer Behörde beglaubigen lassen. Außerdem können Sie Ihre Dokumente im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registrieren lassen: www.vorsorgeregister.de*.





Mein Pflegegrad

Modul 1: Mobilität

Meine Einschränkungen:

Körperliche Beweglichkeit,
z.B. im Bett bewegen, Umset-
zen, Fortbewegen innerhalb
der Wohnung/des Wohn-
bereichs, Treppensteigen

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Meine Einschränkungen:

Verstehen und reden:
z.B. Orientierung über Ort und
Zeit, Sachverhalte begreifen,
Erkennen von Risiken, andere
Menschen im Gespräch ver-
stehen

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Meine Einschränkungen:

z.B. nächtliche Unruhe,
Ängste, Fremd- oder Auto-
aggression, Abwehr pflegeri-
scher Maßnahmen

Modul 4: Selbstversorgung

Meine Einschränkungen:

z.B. sich selbstständig
waschen und ankleiden, essen
und trinken, selbständige
Benutzung der Toilette

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Meine Einschränkungen:

z.B. Medikation, Wundversor-
gung, Arztbesuche, Therapie-
einhaltung, Blutzuckermessung
selbst durchführen und deuten
können oder mit einer Prothese
zurechtkommen

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Meine Einschränkungen:

z.B. Tagesablauf selbständig
gestalten, mit anderen
Menschen in direkten Kontakt
treten

In den Modulen 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) werden die Beeinträchtigungen zwar erfasst, fließen aber nicht in die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ein. Vielmehr dienen diese Module der Pflegeplanung und der Erfassung des Reha- und Präventionsbedarfs.

Wer hilft mir weiter?

Es handelt sich im Folgenden um externe Angebote,
für die Gilead keine Verantwortung übernehmen kann:

Allgemeine Sozialberatungsstellen

Unentgeltliche „Rund-um-Beratung“ in sozial-rechtliche Fragen. Aufzeigen von Hilfsmög-lichkeiten und Unterstützung bei der Antrags-stellung. Internet-Suchmaschine: „Allgemeine Sozialberatung + Städtename“

Arbeitskreis Gesundheit e.V.

Kostenlose Beratung rund um
das Thema Rehabilitation

Tel.: 0341 / 870 59 59 0

Mail: info@arbeitskreis-gesundheit.de

Web: www.akges.de

Beratungsstelle Krebs und Beruf

Beratungsangebot rund um das Thema
Berufstätigkeit und Krebserkrankung

Tel.: 04941 / 69 86 482

Mail: beratungsstelle@krebs-und-beruf.de

Web: www.krebs-und-beruf.de

Bürgertelefone des Bundesministeriums für Gesundheit

Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung:
030 / 340 606 601

zur gesetzlichen Pflegeversicherung:
030 / 340 606 602

compass private pflegeberatung GmbH

Pflegeberatung für privat pflegeversicherte
Menschen. Kostenloses Beratungstelefon:
0800 / 101 88 00

Tel.: 0221 / 93332 0

Mail: info@compass-pflegeberatung.de

Web: www.compass-pflegeberatung.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft

Spezialisierung auf tumorbedingte Fatigue

Tel.: 0221 / 93 115 96

Mail: info@deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Web: www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Tel.: 030 / 32 29 32 90

Mail: service@krebsgesellschaft.de

Web: www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe und Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Tel.: 0228 / 7 29 90-0

Mail: deutsche@krebshilfe.de

Mail: haertefonds@krebshilfe.de

Web: www.krebshilfe.de

Deutsche Rentenversicherung

Kostenloses Servicetelefon:

0800 / 1000 48 00

Web: www.deutsche-rentenversicherung.de

Infonetz Krebs

Ein Angebot der Deutschen Krebshilfe

Tel.: 0800 / 80 70 88 77

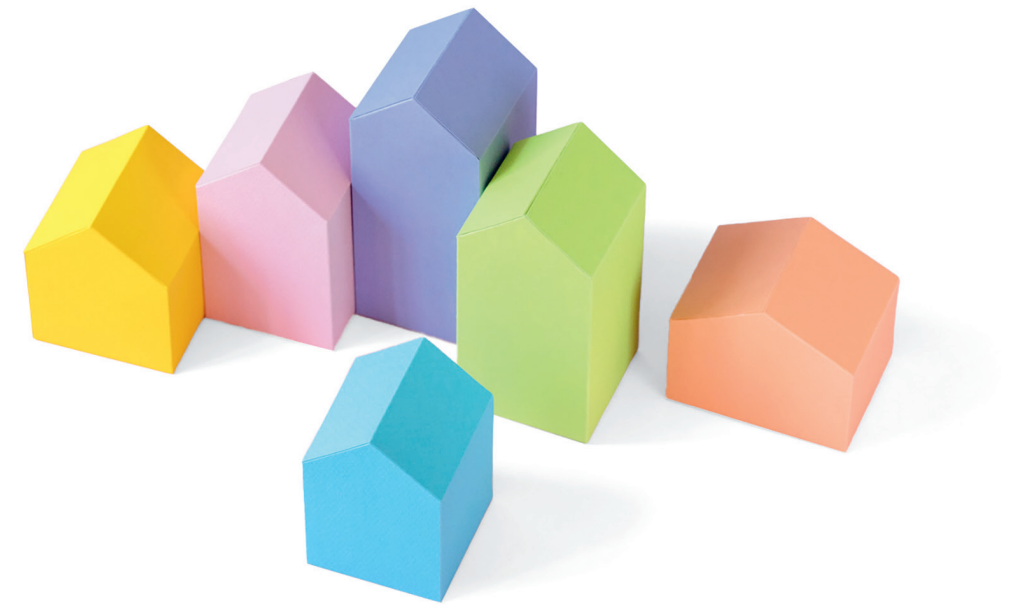
Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de

Web: [www.krebshilfe.de/helfen/
rat-hilfe/persoенliche-krebsberatung-
infonetzkrebs](http://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/persoенliche-krebsberatung-infonetzkrebs)

Integrations- bzw. Inklusionsämter & Integrationsfachdienste

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

Web: www.bih.de/integrationsaemter



Krebsberatungsstellen

Bundesweit zur Verfügung stehende
Beratungsstellen zu sozialrechtlichen
und psychoonkologischen Fragen
für onkologisch erkrankte Menschen

Web: [www.krebsinformationsdienst.de/service/
adressen/krebsberatungsstellen.php](http://www.krebsinformationsdienst.de/service/adressen/krebsberatungsstellen.php)

Krebsinformationsdienst

Einrichtung für Patientinnen, Angehörige
und Fachkräfte mit allen Fragen rund
um eine Krebserkrankung

Tel: 0800 / 420 30 40

Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

Web: www.krebsinformationsdienst.de

NAKOS

Nationale Kontakt- und Informations-
stelle zur Anregung und Unterstützung
von Selbsthilfegruppen

Tel: 030 / 31018960

Web: www.nakos.de

Onkopilotin

Fachkundige Informationen zum
Thema metastasierter Brustkrebs
Web: www.onkopilotin.de

Pflegestützpunkte

Wohnortnahe Anlaufstellen, die Sie kostenlos
beraten und unterstützen Internet-
Suchmaschine: Pflegestützpunkt + Städtename
oder Anruf bei Ihrer Pflegekasse

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)

Eingetragener Verein, der Mitgliedern
in Sozialrechtsfragen weiterhilft und sie
juristisch unterstützt

Tel.: 030 / 72 62 22-0

Mail: kontakt@sovd.de

Web: www.sovd.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Eingetragener Verein, der Mitgliedern
in Sozialrechtsfragen weiterhilft und sie
juristisch unterstützt

Tel.: 030 / 92 10 580-0

Mail: kontakt@vdk.de

Web: www.vdk.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Telefon-, Online-, Video- und
Vor-Ort-Beratung

Tel.: 0800 / 011 77 22

Web: www.patientenberatung.de

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland

Deutsche Gesellschaft für
Palliativmedizin e. V.

Tel.: 030 / 30 10 100 0

Mail: info@wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Web: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de



38-39



*Bei den weiterführenden Links, die mit * gekennzeichnet sind, handelt es sich um Fremdseiten. Gilead ist für diese externen Inhalte nicht verantwortlich.

art tempi communications gmbh
Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln
www.art-tempi.de

gettyimages.com: S. 29 Victor Cardei
stocksy.com: Cover, S. 2, S. 14, S. 16, S. 18,
S. 23, S. 31, S. 37 Yaroslav Danylchenko,
S. 24, S. 39 Marc Bordons, S. 33 Marc Tran



Gilead Sciences GmbH

Fraunhoferstraße 17
82152 Martinsried b. München
Deutschland
Tel.: 089 899 8900
info@gilead-sciences.de
www.gileadsciences.de

© 2025 Gilead Sciences, Inc.
DE-UNB-2025-05-3696