



Die Diagnose „Darmkrebs“ bedeutet einen großen Einschnitt in Ihr Leben und in das Ihrer Angehörigen. Neben vielen medizinischen Fragen, treten auch solche zur finanziellen Absicherung auf den Plan. Mit diesem Medizin- und Sozialratgeber wollen wir Sie umfassend informieren und Sie bei und nach der Darmkrebs-Therapie begleiten.

Ein Service der Norgine GmbH
In Kooperation mit der Felix Burda Stiftung und der Stiftung LebensBlicke



NORGINE und das Norgine-Siegel sind eingetragene Marken der Norgine Unternehmensgruppe



Medizin- und Sozialratgeber Darmkrebs



Ein Service der Norgine GmbH

Inhalt

| | |
|---|----|
| Grußworte | 4 |
| Einleitung | 8 |
| 1. Rehabilitation | 10 |
| 2. Heil- und Hilfsmittel | 15 |
| 3. Zuzahlungen und Belastungsgrenzen | 19 |
| 4. Behinderung und Schwerbehindertenausweis | 24 |
| 5. Pauscheträge und Nachteilsausgleiche | 30 |
| 6. Rente: Altersrente für schwerbehinderte Menschen, Rente wegen verminderter Erwerbstätigkeit, Hinzuverdienstgrenzen | 38 |
| 7. Finanzielle Sozialleistungen: Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Arbeitslosengeld I bei Arbeitsunfähigkeit, Grundsicherung | 42 |
| 8. Pflege: Kurzfristige häusliche Krankenpflege, langfristige Pflegebedürftigkeit (häusliche Pflege, stationäre Pflege) | 49 |
| 9. Sonderfälle: Privatversicherte, Beamte, Härtefälle | 57 |
| 10. Darmkrebs-Nachsorge | 58 |
| 11. Leben mit Darmkrebs | 60 |
| 12. Familiäres Risiko und Vorsorge | 62 |

Ein Service der Norgine GmbH

In Kooperation mit der Felix Burda Stiftung und der Stiftung LebensBlicke



Anhang

| | |
|--------------------|----|
| Abkürzungen | 64 |
| Ansprechpartner | 65 |
| Internetlinks | 68 |
| Schlagwortregister | 69 |

Grußwort Dr. Christa Maar, Felix Burda Stiftung

Wir haben in Deutschland ein anerkannt gutes Gesundheitssystem. Ein flächendeckendes Netz von Experten sorgt dafür, dass Krebspatienten entsprechend dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnis behandelt werden. Kein Krebspatient muss sich in Deutschland Sorgen machen, wie er das Geld für die teuren Medikamente aufbringen soll, die für die Behandlung seines Tumors eingesetzt werden, denn die Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten der Behandlung vollständig.

Aber die Therapie ist ja nur ein Teil dessen, was die Tumorerkrankung für Betroffene und ihre Familien bedeutet. Ich spreche hier aus der eigenen Erfahrung mit der Darmkrebserkrankung meines Sohnes Felix, bei dem im Alter von 31 Jahren ein fortgeschrittener Darmkrebs diagnostiziert wurde. Eine solche Krankheit ist für jede Familie ein Schock: Man will es zunächst nicht glauben, denkt an einen Irrtum, hofft auf eine neue Behandlungsmethode, greift nach jedem Strohhalm, der sich irgendwo bietet, schwankt dauernd zwischen Hoffnung und Verzweiflung.

Erschwerend hinzu kommt bei vielen Menschen, dass sie durch ihre Tumorerkrankung auch finanziell in eine schwierige Lage geraten und oft nicht wissen, wie es weiter gehen soll. Fragen wie diese überlagern die Krankheit: Wo kann ich Unterstützung und Hilfe zur Bewältigung meines Alltags bekommen?

Wie sichere ich den Lebensunterhalt meiner Familie? Welche Sozialleistungen kann ich beanspruchen, wenn ich nicht mehr in meinem Beruf arbeiten kann? Wo bekomme ich psychologische Hilfe?

Diese Broschüre möchte Sie in dieser schwierigen Lebensphase unterstützen und kann hoffentlich zur Beantwortung einiger drängender Fragen beitragen, die sich gegenwärtig für Sie stellen.

Herzlich
Ihre Christa Maar

Vorstand der Felix Burda Stiftung
und Mutter von Felix Burda, der mit
33 Jahren an Darmkrebs starb



Grüßwort Prof. Dr. J. F. Riemann, Stiftung LebensBlicke

Der Darmkrebs gehört unverändert zu den häufigsten Krebskrankheiten des Menschen, vor allem in zivilisierten Ländern. In Deutschland erkrankten 2012 nach Angaben des Robert-Koch-Instituts 62.230 Menschen neu, deutlich mehr Männer als Frauen; 25.972 Todesfälle waren zu beklagen.

Die Zahlen sind gegenüber den Vorjahren zwar rückläufig (um ca. 20 %), dennoch nach wie vor erschreckend hoch. Sie machen deutlich, wie wichtig nach wie vor Vorsorge und Früherkennung sind.

Der Darmkrebs gehört zu den ganz wenigen Tumoren, die sich über langsam wachsende, gelegentlich auch blutende, entdeckbare Vorstufen entwickeln. Diese sogenannten Polypen oder Adenome können im Rahmen einer Darmspiegelung nicht nur klassifiziert, sondern auch in der Regel in einem Arbeitsgang entfernt werden. Das seit 2002 geltende Screening-Angebot der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet ab 50 Jahren den jährlichen Test auf verborgenes Blut im Stuhl sowie ab 55 Jahren die Darmspiegelung mit Wiederholung nach 10 Jahren, wenn der Erstbefund unauffällig war. Die bisherigen Daten weisen auf signifikante Erfolge – bereits über 180.000 Karzinome konnten verhindert und 41.000 früh erkannt werden (Brenner et al. 2015) – aber auch auf Probleme hin.

Die Akzeptanz der Spiegelung ist mit ca. 2–3 % der Anspruchsberechtigten pro Jahr nach wie vor gering und hat im Lauf der Jahre eher abgenommen.

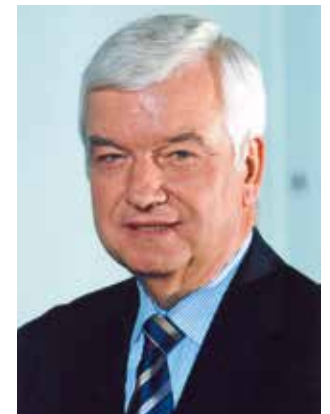
2013 ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) von Bundestag und Bundesrat beschlossen worden, das derzeit noch im Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA final diskutiert und in diesem Jahr in die Regelversorgung eingeführt werden soll. Es sieht ein bundesweites organisiertes persönliches Einladungsverfahren vor, mit dem jeder Anspruchsberechtigte erreicht werden kann.

Gleichzeitig wird derzeit auch ein bundesweites Krebsregister eingeführt. Unmittelbar bevor steht auch die Einführung immunochemischer Stuhlteste, die in ihrer Erkennungsrate blutender Veränderungen im Dickdarm deutlich besser sind als die bisher eingesetzten Teste.

Die Stiftung LebensBlicke setzt sich seit ihrer Gründung auf vielen Ebenen dafür ein, die Menschen über Chancen und Risiken der verschiedenen Methoden aufzuklären, sie zu motivieren und ihnen die Sicherheit zu vermitteln, im Sinne der Verantwortung für die eigene Gesundheit einen wichtigen Schritt getan zu haben, wenn sie die sehr guten Vorsorgeangebote nutzen. Die bisher erreichten Fortschritte machen uns Mut, auf diesem Wege weiter zu arbeiten, gemäß einem Motto der Stiftung „Vermeiden statt Leiden“.

Prof. Dr. J. F. Riemann

Vorstandsvorsitzender
der Stiftung LebensBlicke



Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Angehörige,

wenn Sie selbst oder ein Familienmitglied an Darmkrebs erkrankt, ist das ein großer Schock, denn Krebs macht Angst. Gedanken an den Tod, Sorge um die Familienangehörigen und vielleicht auch Furcht vor Leid und Schmerz kommen einem in den Sinn. Die meisten fühlen sich der neuen Situation hilflos ausgeliefert. Unsicherheit, Trauer und Wut belasten Sie und Ihre Familie.

Nach diesem ersten Schock sind Betroffene und Angehörige damit beschäftigt, die medizinischen Details zu verstehen. Erst später kommen finanzielle Fragen hinzu, worauf habe ich Anspruch, wie sehen Fristen und Vorschriften aus, wo finde ich Ansprechpartner? In dieser Phase treten auch neue medizinische Fragen auf: Wie sieht die Nachsorge aus? Wie können Freunde und Familie vorsorgen? Dieser Medizin- und Sozialratgeber beantwortet all diese Fragen. Er soll Ihnen die Auseinandersetzung mit den teilweise sehr komplexen Themen erleichtern.

Sie erhalten deshalb einen Überblick über alle wichtigen finanziellen und sozialen Leistungen. Wir wollen Ihnen eine Orientierung geben, eine Beratung ersetzen können wir nicht. Daher empfehlen wir Ihnen, sich immer individuell bei den zuständigen Ansprechpartnern beraten zu lassen.

Ihre wichtigsten Ansprechpartner sind:

- » Ihre Krankenkasse,
- » das Sozialamt,
- » der Rentenversicherungsträger,
- » das Versorgungsamt und
- » die Bundesagentur für Arbeit.

Diese Beratungsstellen sind dazu verpflichtet, Ihnen Auskünfte zu erteilen, Anträge anzunehmen und zu bearbeiten. Sie müssen daher keine Scheu haben, Gespräche zu führen und Hilfe in Anspruch zu nehmen.



Der Ratgeber spricht gegen Ende die Themen Krebsnachsorge und Leben mit Darmkrebs an.

Auch die Führerkennung und Vorsorge wird thematisiert, denn Ihre Angehörigen haben ein erhöhtes Risiko ebenfalls an Darmkrebs zu erkranken. Für sie gelten auch andere Vorsorgetermine.

Im Anhang haben wir einige wichtige Adressen und Internetlinks für Sie zusammen getragen.

Wir hoffen, dass wir Sie und Ihre Angehörigen mit diesem Ratgeber unterstützen und wünschen Ihnen für Ihre Genesung alles Gute.

Ihre Norgine GmbH



1. Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation

Nach einer Krebsbehandlung sind Körper und Psyche geschwächt. Die medizinische Rehabilitation dient deshalb dazu, Ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Sie soll Ihnen neue Kraft und Energie geben, damit Sie bald wieder ein normales Leben aufnehmen und gegebenenfalls auch an den Arbeitsplatz zurückkehren können. In einer Rehabilitation lernen Sie auch, falls erforderlich, mit einem Stoma (künstlicher Darmausgang, vgl. Leben mit Darmkrebs, S. 60 ff.) umzugehen. Daneben wird für Darmkrebspatienten auch das Thema Ernährung eine Rolle in der Rehabilitation spielen.

Rehabilitationen fallen in die Zuständigkeit der verschiedenen Sozialversicherungsträger wie Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung.

Hinweis:

Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, kann Ihnen die örtliche Reha-Service-Stelle weiterhelfen. Hier haben sich die Rehabilitationsträger zu einer gemeinsamen regionalen Service-Stelle zusammen geschlossen. Ein Verzeichnis der Service-Stellen finden Sie unter www.reha-service-stellen.de oder folgen Sie direkt dem QR-Code.



Zwischen zwei medizinischen Rehabilitationen müssen in der Regel vier Jahre Wartezeit liegen.

Hinweis:

In dringenden und gut begründeten Fällen kann eine zweite Reha auch vor Ablauf der 4 Jahres-Frist beantragt werden.

Die medizinische Rehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen:

- » Bei der ambulanten Rehabilitation sind Sie tagsüber in der Klinik, abends dürfen Sie nach Hause und dort auch übernachten.
- » Bei einer stationären Rehabilitation sind Sie auch über Nacht in der Rehaklinik.

Wenn Sie als Elternteil eine medizinische Rehabilitation durchführen und ein Kind unter 12 Jahren betreuen, wird Ihnen unter Umständen eine Haushaltshilfe gewährt.

Hinweis:

Wenn Sie in eine bestimmte Rehaklinik möchten, können Sie von Ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und dies in Ihrem Antrag vermerken.

Zuzahlung medizinische Rehabilitation

Kostenträger Rentenversicherung:

Stationär: 10 €/Tag für max. 42 Tage
Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung

Kostenträger Krankenversicherung:

Stationär: 10 €/Tag für max. 28 Tage
Ambulant/teilstationär: 10 €/Tag für max. 28 Tage

Anschlussrehabilitation (AR) oder Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die AR oder AHB gehört zu den medizinischen Rehabilitationen und schließt direkt an den Krankenhausaufenthalt oder die ambulante Behandlung (Chemotherapie oder Bestrahlung) an. Das heißt, maximal 14 Tage dürfen zwischen der Entlassung aus der Klinik und dem Beginn der Rehabilitation liegen. Die Reha dauert in der Regel drei bis vier Wochen und kann sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Eine AR oder AHB wird von einer Nachsorgeklinik durchgeführt, die speziell auf die körperlichen und psychischen Anforderungen von Krebs-Patienten zugeschnitten ist.

Hinweis:

Der Antrag für eine AR oder AHB muss bereits im Krankenhaus gestellt werden. Sprechen Sie daher den Sozialdienst Ihrer Klinik auf das Thema an.

Wie viel Sie zu dieser Rehabilitationsmaßnahme zuzahlen müssen, hängt vom Kostenträger ab, je nachdem, ob es sich um die Rentenversicherung oder die Krankenkasse handelt. Die Zuzahlung ist zudem von Ihrer Einkommenssituation abhängig. Lassen Sie sich daher von Ihrem Kostenträger auch über eine ganze oder teilweise Befreiung informieren.

Zuzahlung Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung (AR/AHB)

Kostenträger Rentenversicherung:

Stationär: 10 €/Tag für max. 14 Tage
Ambulant/teilstationär: keine Zuzahlung

Kostenträger Krankenversicherung:

Stationär: 10 €/Tag für max. 28 Tage
Ambulant/teilstationär: 10 €/Tag für max. 28 Tage

Wenn Sie schon im Kalenderjahr Zuzahlungen geleistet haben, werden diese angerechnet.

Hinweis:

Zu den Antragsformularen gehört auch ein Vordruck „Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld“. Wenn Sie erwerbstätig sind, sollte Ihr Arbeitgeber diesen ausfüllen und an den Kostenträger weiterleiten. Nach Prüfung kann Ihnen dann während der Reha ein Übergangsgeld gezahlt werden.

Onkologische Rehabilitation

Auch sie gehört zu den medizinischen Rehabilitationen und ist eine Nachsorgeleistung. Sie muss deshalb spätestens ein Jahr nach der Erstbehandlung erfolgt sein. Die onkologische Rehabilitation kann aber auch schon Teil der Anschlussheilbehandlung sein. Diese Reha dauert in der Regel drei Wochen und kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Die Kosten werden von den Rentenversicherern oder Krankenkassen übernommen.

Wenn die onkologische Rehabilitation **zusätzlich** zur AR oder AHB stattfindet, müssen Sie einen Eigenanteil von 10 €/ Tag max. 42 Tage lang zuzahlen. Ist die onkologische Rehabilitation Teil der AR oder AHB, reduziert sich die Zuzahlung auf 14 Tage.

Hinweis:

Eine zweite onkologische Rehabilitation ist unter bestimmten Voraussetzungen bis zum Ablauf des 2. Behandlungsjahres möglich.

Berufliche Rehabilitation

Für viele Krebskranke ist es ein wichtiges Ziel, wieder ins Berufsleben zurück zu finden. Um dies zu vereinfachen, gibt es die berufliche Rehabilitation, die eine stufenweise Wiedereingliederung ist. Das bedeutet, Sie beginnen mit einer reduzierten Stundenzahl und steigern diese allmählich, bis Sie Ihre alte Arbeitsleistung erreichen.

Der Zeitraum für eine stufenweise Wiedereingliederung wird individuell bestimmt. Die berufliche Rehabilitation dauert im Schnitt zwischen vier Wochen und sechs Monaten.

Während der Übergangszeit erhalten Sie Kranken- oder Übergangsgeld. Es empfiehlt sich jedoch, frühzeitig zu klären, welche Lohnersatzleistung für Sie greift.

Sollten Sie im Laufe der Wiedereingliederung feststellen, dass Sie gesundheitlich doch noch nicht soweit sind, können Sie die Maßnahme jederzeit abbrechen.

Absolvieren Sie die berufliche Rehabilitation erfolgreich, können Sie danach zu einer Teil- oder Vollzeitbeschäftigung übergehen.

Rehabilitationssport

Überall in Deutschland gibt es Sportgruppen, die auf Bewegung in der Krebsnachsorge spezialisiert sind, sogenannte onkologische Sportgruppen. Rehasport muss vom Arzt verordnet werden. Dann übernehmen die Krankenkassen und die Rentenversicherung im Regelfall die Kosten. Üblicherweise wird ein Zeitraum von bis zu 18 Monaten gewährt.



Hinweis:

Adressen zu Rehasportgruppen liefern Ihnen die großen Sportverbände: Deutscher Olympischer Sportbund oder Deutscher Behindertensportverband. Den Kontakt zu beiden finden Sie im Adressverzeichnis dieses Buches ab Seite 65.

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, die der Arzt verordnet, um die Heilung voranzutreiben oder zu sichern. Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Krankenkassen ist deshalb, dass die Maßnahme einen anerkannten therapeutischen Nutzen hat. Für Darmkrebs-Patienten kommen als Heilmittel beispielsweise medizinische Massagen, Ergotherapie oder die Lymphdrainage in Frage. Welche Leistungen Sie in welchem Umfang (Regelbehandlung) in Anspruch nehmen können, ist im Heilmittelkatalog festgelegt. Ihn können Sie zum Beispiel auf der Seite des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) einsehen. Gehen Sie dazu auf www.g-ba.de und geben Sie oben rechts in der Suchmaske „Heilmittelkatalog“ ein.



Hinweis:

Wenn ein Heilmittel nach Abschluss der Regelbehandlung nicht den gewünschten Erfolg bringt, kann der Arzt weitere Behandlungen verordnen, die jedoch besonders begründet sein müssen.

Der Patient muss bei einem Heilmittel in der Regel 10 % der Heilmittelkosten sowie 10 € pro Verordnung hinzu zahlen.

Lymphödem

Darmkrebs-Patienten können ein Lymphödem entwickeln. Darunter versteht man einen Stau von Lymphflüssigkeit im Gewebe, der zu schmerzhaften Schwellungen führt. Zur Behandlung stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, wobei hier gilt, je früher die Therapie einsetzt, desto besser. Denn eine frühe Behandlung senkt das Risiko für spätere Schäden (Gewebeverhärtungen, Hautschäden).

Hinweis:

Ödeme können noch Jahre nach der Krebsbehandlung auftreten. Beobachten Sie daher Ihren Körper genau und suchen Sie bei ersten Anzeichen einen Arzt auf. Hinweise auf ein Lymphödem können beispielsweise Verdickungen sein, die sich weich anfühlen und leicht eindrücken lassen.

Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)

Die KPE ist im Heilmittelkatalog gelistet und wird daher von der Krankenkasse übernommen. Die KPE besteht aus der Lymphdrainage, der Kompression und Übungen. Die Lymphdrainage ist eine besondere Form von Massage. Bei der Kompression wird durch spezielle Verbände oder Strümpfe Druck ausgeübt, um den Abtransport von Lympheflüssigkeit anzuregen. Die Übungen der KPE können zu Hause oder in der Praxis Ihres Krankengymnasten durchgeführt werden (ambulant).

Hilfsmittel

Ein Hilfsmittel ist ein vom Arzt verordnetes Gerät oder Gegenstand, um die Behandlung zu sichern oder Folgeschäden auszugleichen. Für Darmkrebs-Patienten kommen beispielsweise Stomaartikel, Perücken oder orthopädische Hilfsmittel in Frage. Ist ein Hilfsmittel aus medizinischer Sicht erforderlich, übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten. Welche Hilfsmittel erstattet werden, ist im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen festgelegt:

www.gkv-spitzenverband.de -> Suchmaske: Hilfsmittel.



Hinweis:

Im Ausnahmefall können Sie auch ein Hilfsmittel erstattet bekommen, das nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist. Dazu muss Ihr Arzt begründen, warum das Hilfsmittel notwendig und erfolgreich ist.

Bei Hilfsmitteln zahlen Sie 10% der Kosten hinzu, mindestens 5€ und maximal 10€.



Hinweis:

Manchmal wird für ein Hilfsmittel ein sogenannter Festbetrag festgesetzt. Das bedeutet, die Krankenkasse erstattet die Kosten nur bis zu einer bestimmten Höhe. Wir empfehlen Ihnen daher, vor Abgabe des Rezepts zu klären, ob die Kosten für Ihr verordnetes Hilfsmittel im Bereich des Festbetrags liegen. Ist dies nicht der Fall, müssen Sie die Differenz selbst zahlen. Ihre Krankenkasse kann Ihnen aber auch alternative Anbieter nennen, die das verordnete Hilfsmittel zum Festbetrag anbieten.



Perücken

Zu den Nebenwirkungen einer Chemotherapie gehört der Haarverlust. Die Krankenkassen zahlen daher häufig einen Zuschuss zu einer Perücke. Jedoch gibt es hier Unterschiede: Perücken für Frauen werden in der Regel problemlos genehmigt. Bei Männern ist es nicht so einfach, hier wird eine Perücke häufig als nicht notwendig erachtet. Die Höhe des Zuschusses ist von Kasse zu Kasse unterschiedlich. Gleiches gilt für die Preise von Perücken, sie können zwischen 250 € und 3.000 € liegen. Informieren Sie sich daher im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse über die Höhe des Zuschusses und über mögliche Bezugsquellen für den Haarerersatz.

Hinweis:

Wenn möglich, suchen Sie schon vor Beginn der Chemotherapie einen Spezialisten für Perücken auf, damit er den Ersatz an die aktuelle Frisur und Haarfarbe anpassen kann.

Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung haben zwar grundsätzlich ein Recht auf medizinische Versorgung in allen Bereichen, aber mittlerweile müssen Patienten immer häufiger Zuzahlungen leisten.



Hinweis:

Fragen Sie Ihren Steuerberater, ob die Zuzahlungen bzw. Krankheitskosten über „Außergewöhnliche Belastungen“ bei der Steuererklärung berücksichtigt werden können.

Zuzahlungen

Krankenkassenleistung Zuzahlung:

Arzneimittel:

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

Hilfsmittel:

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

Hilfsmittel

(zum Verbrauch bestimmt, z.B. Bandagen, Einlagen):

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

Heilmittel (z.B. Massagen, Ergotherapie):

10% der Kosten und zusätzlich 10€ je Verordnung

Fahrten zu ambulanten Behandlungen

Diese werden nur noch in wenigen Ausnahmefällen (Fahrten zur Chemo- oder Strahlentherapie) von der Krankenkasse gezahlt. Zudem müssen sie im Vorfeld genehmigt werden. Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, mind. 5 und höchstens 10€.

Fahrtkosten zur Stationären Krankenhausbehandlung:

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

Fahrtkosten (einfache Fahrt) mit dem Kranken- oder Rettungswagen:

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

Krankenhausbehandlung:

10€ pro Tag, maximal 28 Tage lang

Häusliche Krankenpflege:

10% der Kosten maximal 28 Tage lang und zusätzlich 10€ je Verordnung

Haushaltshilfe:

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

Für manche verschreibungspflichtige Medikamente gibt es sogenannte Festbeträge. Dann erstattet Ihre Krankenkasse nur den Betrag, der für eine Gruppe von vergleichbaren Präparaten festgelegt wurde. Wichtig: Erhalten Sie ein Arzneimittel, das den Festbetrag übersteigt, müssen Sie die Mehrkosten selber zahlen. Auch, wenn Sie eigentlich von der Zuzahlung befreit sind.

Medikamente, die Sie ohne Rezept in der Apotheke kaufen können, sogenannte OTC-Präparate (Over The Counter = über die Ladentheke), werden heute meist nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

Hinweis:

Für Krebserkrankungen gibt es Sonderregelungen in Bezug auf OTC-Präparate. Informationen hierzu kann Ihnen Ihr Arzt oder Ihre Krankenkasse geben.

Es gibt auch Arzneimittel, für die Sie nicht zahlen müssen. Voraussetzung dafür ist, dass das Arzneimittel preislich mindestens 30% unter dem Festbetrag liegt. Für welche Präparate das gilt, entscheidet der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. Daher finden Sie eine Liste der zuzahlungsfreien Arzneimittel auch auf der Homepage des Spitzenverbandes: www.gkv-spitzenverband.de. Geben Sie hier im Suchfeld oben rechts den Begriff „Befreiungsliste“ ein und Ihnen wird die stets aktuelle Liste der zuzahlungsfreien Arzneimittel angezeigt.



Wenn ein pharmazeutisches Unternehmen mit einer Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat, ist das Medikament ebenfalls meist ganz oder zumindest zur Hälfte zuzahlungsfrei.

Belastungsgrenzen

Damit chronisch Kranke, Behinderte und finanziell Benachteiligte nicht finanziell überfordert werden, gibt es sogenannte Belastungsgrenzen. Wenn sie überschritten werden, entfallen für den Rest des Jahres weitere Zuzahlungen.

Die Belastungsgrenze wird nach dem individuellen Familieneinkommen festgelegt. Zuvor werden alle Zuzahlungen zusammengezählt, die der Versicherte selbst und die mit ihm im Haushalt lebenden Familienmitglieder (Ehepartner, Kinder und eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner) geleistet haben.

Dann gilt, der Versicherte muss höchstens **zwei Prozent des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens** für Zuzahlungen aufwenden. Zum Familienbruttoeinkommen gehören alle Einkünfte des Versicherten und seiner Angehörigen, also nicht nur die Einkommen, sondern auch Zins-, Miet- oder Pachteinahmen.

Hinweis:

Für schwer chronisch Kranke gilt eine reduzierte Belastungsgrenze von nur 1% des jährlichen Familien-Bruttoeinkommens. Auch Darmkrebs-Patienten können von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren.

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch Freibeträge, die vom Familien-Bruttoeinkommen abgezogen werden.

Freibeträge 2016

| | |
|---|----------------|
| Für den Ehe-/Lebenspartner* | 5.229 € |
| Für jedes berücksichtigungsfähige Kind | 7.248 € |

* Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

Haben Sie die Belastungsgrenze erreicht, können Sie bei Ihrer Krankenkasse eine Bescheinigung beantragen, damit weitere Zuzahlungen wegfallen.

Hinweis:

Sammeln Sie von Anfang an Ihre Zuzahlungsbelege. Manche Apotheken bieten spezielle Hefte an, in denen die Zuzahlungen quittiert werden. Auch die Krankenkassen stellen ihren Mitgliedern häufig Quittungshefte zur Verfügung.

Viele Krankenkassen bieten Ihnen auf ihrer Homepage die Möglichkeit an, die persönliche Belastungsgrenze online zu berechnen.

Manchmal kann man auch bei der Krankenkasse den Betrag bis zur Zuzahlungsgrenze im Voraus zahlen. Die Krankenkasse befreit dann sofort von weiteren Zuzahlungen, das Sammeln der Belege entfällt.

Berechnungsbeispiel Belastungsgrenze

Ehepaar mit zwei Kindern (die Mutter hat Darmkrebs und ist als chronisch krank anerkannt):

| | |
|---|---------------|
| jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: | 48.500,00 € |
| abzüglich Freibetrag für Ehegattin: | - 5.229,00 € |
| abzüglich Freibetrag für ein Kind (2 x 7.248,- €): | - 14.496,00 € |
| | <hr/> |
| | 28.775,00 € |
| davon 1% = Belastungsgrenze: | 287,75 € |

Wenn die Familie im Kalenderjahr mehr als 287,75 € Zuzahlungen geleistet hat, ist sie von weiteren Zuzahlungen befreit.

4.

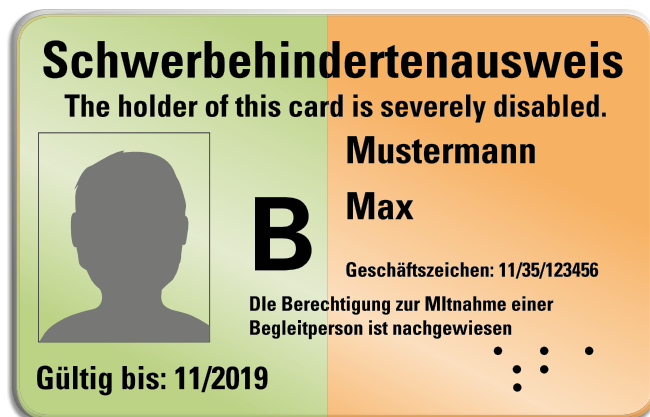
Behinderung und Schwerbehindertenausweis

Als Darmkrebs-Patient können Sie beim Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Dazu wird Ihr Grad der Behinderung (GdB) festgestellt. Ab einem GdB von 50 % erhalten Sie den Schwerbehindertenausweis. In besonderen Fällen ist bei einem niedrigeren GdB eine sogenannte Gleichstellung möglich, dann gelten für Sie ähnliche Rechte wie bei einer Schwerbehinderung (vgl. Grad der Behinderung Seite 26 ff.).

Bei einer Krebserkrankung wird der Grad der Behinderung in der Regel nur vorläufig, meist für fünf Jahre festgestellt. Nach Ablauf dieser sogenannten „Heilungsbewährung“ (Genesungszeit) findet meist eine Nachprüfung statt.

Hinweis:

Für Selbständige gilt, sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine Behinderung, die in der Regel zu einer außergewöhnlichen finanziellen Belastung führt, einen Steuerfreibetrag geltend machen.



Antragstellung

Um einen Ausweis für Schwerbehinderte zu erhalten, müssen Sie einen Antrag stellen. Zuständig für die Antragstellung sind die Versorgungsämter. Sie können den Antrag jeder Zeit stellen, direkt nach der Krebsbehandlung oder zu einem späteren Zeitpunkt.

Hinweis:

Eine Liste der regionalen Versorgungsämter finden Sie zum Beispiel im Internet unter: www.versorgungsaeemter.de



Die Sozialleistungsträger haben eine Auskunftspflicht und Beratungspflicht, das bedeutet, sie sind dazu verpflichtet, Sie nicht nur umfassend zu beraten, sondern Sie auch beim Ausfüllen der Formulare zu unterstützen.

Im Antrag muss der Verlauf der Darmkrebserkrankung genau beschrieben werden. Sie müssen beispielsweise die behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und Kurkliniken auflisten. Wichtig zu wissen, mit dem Antragsformular entbinden Sie die genannten Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht und erlauben ihnen Berichte, Bilder und persönliche Daten weiterzuleiten.

Hinweis:

Im Antragsformular werden auch allgemeine Krankheiten abgefragt, die mit der Krebserkrankung nichts direkt zu tun haben. Für den Erhalt eines Schwerbehindertenausweises können sie aber ein zusätzliches Argument sein. Nennen Sie daher im Antrag alle Ihre Beschwerden.

Manchmal passiert es, dass Sachbearbeiter eine mündliche Einschätzung abgeben und dann vermuten, dass der Antrag wahrscheinlich keine Aussicht auf Erfolg hat. In diesem Fall sollten Sie auf eine schriftliche Ablehnung mit Begründung bestehen. Wenn Sie die Argumente kennen, können Sie überlegen, ob Sie dagegen Einspruch einlegen möchten.

Es gibt zwei Arten von Schwerbehindertenausweisen:

- » Der „grüne“ Ausweis bescheinigt den Grad der Behinderung.
- » Der „grün – orange“ Ausweis wird ausgestellt, wenn eine Einschränkung in der Beweglichkeit vorliegt.

Der Ausweis hat ein Scheckkartenformat. Auf ihm sind der Name des Behinderten, das Geschäftszeichen des Versorgungsamtes, die Gültigkeit und gegebenenfalls ein Merzzeichen zur eingeschränkten Beweglichkeit vermerkt. Der Ausweis enthält auch ein Foto des Behinderten. Alle Informationen sind zudem in Braille, der gängigen Blindenschrift, dargestellt.

In der Regel sind beide Ausweise maximal 5 Jahre lang gültig. Zweimal können Sie den Ausweis verlängern lassen. Danach muss ein neuer Antrag gestellt werden. Bei einer lebenslangen Behinderung kann ein Schwerbehindertenausweis auch unbefristet ausgestellt werden.

Der Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung gibt an, wie stark jemand aufgrund der Behinderung beeinträchtigt ist. Liegen mehrere Behinderungen vor, werden diese nicht addiert, sondern es wird das Zusammenwirken aller Behinderungen bewertet.

Der Grad der Behinderung (oder auch Grad der Schädigungsfolgen / GdS) wird vom Versorgungsamt bestimmt. Grundlage sind die Richtlinien des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, die sogenannten „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“.

Hinweis:

Informationen zu den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen erhalten Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de). Wenn Sie oben rechts das Stichwort „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ in der Suchmaske eingeben, werden verschiedene Broschüren angezeigt, die Sie online einsehen, downloaden oder kostenlos bestellen können.



Wurde der Grad der Behinderung festgelegt, bekommen Sie vom Versorgungsamt einen Feststellungsbescheid. **Ab einem GdB von 50% können Sie einen Schwerbehindertenausweis erhalten.** Wenn sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtert oder eine weitere Einschränkung hinzu kommt, können Sie einen Antrag auf Erhöhung des GdBs stellen. Auch dafür ist das Versorgungsamt zuständig.

Wenn Sie mit der Einstufung ihres GdB nicht einverstanden sind, können Sie dagegen Widerspruch einlegen. Sozialverbände wie VdK und SoVD bieten dazu gezielte Rechtsberatungen an.

Hinweis:

Haben Sie einen GdB von 30% oder 40%, können Sie eine Gleichstellung beantragen. Das bedeutet, Sie erhalten ähnliche Leistungen wie Schwerbehinderte. Gleichgestellte erhalten zum Beispiel einen besonderen Kündigungsschutz. Einen Antrag auf Gleichstellung können Sie bei der Agentur für Arbeit stellen.

Grad der Behinderung bei Darmkrebs

Bei einer Darmkrebserkrankung geht man in der Regel von einer Heilungsbewährung (Genesungszeit) von zwei oder fünf Jahren aus. Während dieser Zeit liegt der GdB meist bei mindestens 50%, was bedeutet, dass Darmkrebs-Patienten während der Genesungszeit üblicherweise einen Schwerbehindertenausweis erhalten. Nach Abschluss der Heilungsbewährung findet meist eine Abstufung des GdBs statt.

Alle nachfolgend genannten Werte sind Anhaltspunkte, jede Darmkrebserkrankung verläuft anders und muss daher individuell betrachtet werden.

Das Versorgungsamt berücksichtigt **alle körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen**. Achten Sie bei der Antragstellung daher zum Beispiel darauf, auch Nebenwirkungen von Medikamenten oder psychische Belastungen anzugeben.

Grad der Behinderung (GdB) bei malignen Darmtumoren*

Nach Entfernung maligner Darmtumoren ist eine Heilungsbewährung (Genesungszeit) abzuwarten.

GdB während Heilungsbewährung von zwei Jahren:

- » nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Frühstadium oder von lokalisierten Darmkarzinoiden (entdeckten Darmkrebstumoren) = 50 %
- » mit künstlichem Darmausgang (nicht nur vorübergehend angelegt) = 70 % bis 80 %

GdB während einer Heilungsbewährung von fünf Jahren:

- » nach Entfernung anderer maligner Darmtumore = mind. 80 %
- » mit künstlichem Darmausgang (nicht nur vorübergehend angelegt) = 100 %

* maligne Tumore = bösartige Tumore

Merkzeichen

In einen Schwerbehindertenausweis können sogenannte Merkzeichen eingetragen werden, die für eine Beeinträchtigung stehen. Die einzelnen Merkzeichen werden mit Buchstaben benannt.

Merkzeichen

- G = Gehbehinderung
- aG = Außergewöhnliche Gehbehinderung
- H = Hilflos
- Bl = Blindheit
- Gl = Gehörlosigkeit
- RF = Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht
- B = Notwendigkeit einer ständigen Begleitung

5.

Pauschbeträge und Nachteilsausgleiche

Pauschbeträge

Menschen mit Behinderung müssen oft hohe Kosten für Medikamente, Hilfsmittel und Therapien tragen. Diese Kosten können Sie bei Ihrer Steuererklärung geltend machen. Damit Sie nicht alle Rechnungen sammeln und zusammenrechnen müssen, gibt es einen Behinderten-Pauschbetrag. Seine Höhe richtet sich nach dem Grad Ihrer Behinderung (GdB) und zwar konkret nach dem höchsten GdB des Jahres.

Behinderten-Pauschbeträge

| Grad der Behinderung (GdB) % | Pauschale (jährlich): |
|------------------------------|-----------------------|
| 25 / 30 | 310 € |
| 35 / 40 | 430 € |
| 45 / 50 | 570 € |
| 55 / 60 | 720 € |
| 65 / 70 | 890 € |
| 75 / 80 | 1.060 € |
| 85 / 90 | 1.230 € |
| 95 / 100 | 1.420 € |

Liegt Ihr GdB zwischen 25% und 50%, muss für die Gewährung des Pauschbetrags eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- » Ihre Behinderung schränkt Ihre körperliche Beweglichkeit dauerhaft ein oder
- » Ihre Behinderung ist die Folge einer typischen Berufskrankheit
- » Sie erhalten eine Rente oder andere laufende Bezüge aufgrund Ihrer Behinderung. Dies gilt auch dann, wenn das Recht auf die Bezüge ruht oder der Anspruch durch eine Kapitalabfindung aufgehoben wurde.

Liegt Ihr GdB unter 25, so erhalten Sie keinen Pauschbetrag. Alle behinderungsbedingten Aufwendungen können Sie aber als **außergewöhnliche Belastungen nach § 33 EStG** geltend machen.

Hinweis:

Sind die Merkzeichen „H“ für hilflos oder „Bl“ für blind in Ihrem Schwerbehindertenausweis eingetragen, wird Ihnen ein höherer Pauschbetrag, 3.700 € pro Jahr, gewährt.

Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche sind Vorteile, die behinderten Personen zustehen, um die zahlreichen mit der Behinderung verbundenen Nachteile auszugleichen. Sie können in Anspruch genommen werden, wenn ein Schwerbehindertenausweis vorliegt und ein Antrag an entsprechender Stelle gestellt wurde. Die Höhe der Nachteilsausgleiche richtet sich nach dem Grad der Behinderung.

Nachteilsausgleiche werden je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. Die folgenden Angaben können daher nur ein Anhaltspunkt sein.

1. Arbeitsplatz

a) Kündigungsschutz

Wenn Sie schwerbehindert sind und mindestens sechs Monate lang in einem Unternehmen mit mindestens sechs Personen gearbeitet haben, genießen Sie einen besonderen Kündigungsschutz. Sie können auch verschiedene Unterstützungsmaßnahmen anfordern, etwa eine besondere Ausstattung am Arbeitsplatz.

b) Zusatzurlaub

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf fünf bezahlte Urlaubstage zusätzlich im Jahr.

c) Freistellung von Mehrarbeit

Schwerbehinderte Menschen können sich von Mehrarbeit freistellen lassen und brauchen dann nur die gesetzliche Arbeitszeit von acht Stunden täglich zu bewältigen.

d) Ermäßigung der Schulpflichtstunden für Lehrer

Schwerbehinderte Lehrer erhalten eine Ermäßigung der Schulpflichtstunden. Die Höhe wird von den Ländern unterschiedlich geregelt. Beim zuständigen Regierungspräsidium erhalten Sie Informationen und können einen Antrag auf Ermäßigung der Schulpflichtstunden stellen. Die Ermäßigung gilt auch für Lehrer, die in Teilzeit arbeiten.

2. PKW-Nutzung

a) Kraftfahrzeugsteuer

Kraftwagen und Krafträder können von der Kraftfahrzeugsteuer befreit werden, sofern sie

- » auf den Schwerbehinderten zugelassen sind und
- » im Schwerbehindertenausweis die Merkzeichen aG, BI oder H eingetragen sind.

Die Kraftfahrzeugsteuer kann um 50% ermäßigt werden, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen G eingetragen ist.

Die entsprechenden Anträge können Sie bei der zuständigen Kraftfahrzeugsteuerstelle des Finanzamtes stellen.



b) Fahrtkosten

Fahrtkosten zwischen Wohnung und Arbeitsplatz

Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen G oder einem GdB von mindestens 70% können für Fahrten zwischen der Wohnung und dem Arbeitsplatz die tatsächlichen Fahrtkosten geltend machen. Berücksichtigt werden nur die Kosten eines Weges pro Arbeitstag.

Es kann auch eine Pauschale angesetzt werden. Sie liegt bei 0,60 Euro je voller Kilometer, damit sind alle Kosten abgegolten.

Privatfahrten

Schwerbehinderte mit einem GdB ab 70% und dem Merkzeichen G im Ausweis sowie Schwerbehinderte mit einem GdB ab 80% können für Privatfahrten (bis zu 3.000 km jährlich) die Kraftfahrzeugkosten geltend machen.

Bei Merkzeichen aG, BI und H können grundsätzlich alle Kraftfahrzeugkosten geltend gemacht werden (bis zu 15.000 km jährlich). Als km-Satz werden dabei pauschal 0,30 € berechnet (bei 3.000 km = 900 €, bei 15.000 km = 4.500 €).

Krankheitsbedingte Fahrten

Schwerbehinderte mit einem GdB zwischen 50% und 70% können Fahrtkosten geltend machen, wenn sie aufgrund der Behinderung notwendig waren (z.B. Fahrten zur Apotheke oder dem Ergotherapeuten). Dafür muss jedoch ein Nachweis erbracht werden (Fahrtenbuch), daneben ist ein Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten zu leisten (mindestens 5 €, maximal 10 €) je einfache Fahrt.

Hinweis:

Die Fahrtkosten zu einer ambulanten Chemo- oder Strahlentherapie werden von den Krankenkassen übernommen. Bei einigen Krankenkassen zahlen Sie sogar nur einen Eigenanteil für die erste und die letzte Fahrt. Diese Fahrten müssen jedoch im Vorfeld von der Krankenkasse genehmigt werden.

c) Parkerleichterung

Wenn das Merkzeichen aG oder BI in Ihrem Schwerbehindertenausweis eingetragen ist, können Sie vom Straßenverkehrsamt einen europäischen Parkausweis erhalten. Er wird in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union anerkannt.

Eine Parkerleichterung für Deutschland können Schwerbehinderte bei der örtlich zuständigen Straßenverkehrsbehörde beantragen, wenn:

- » Die Merkzeichen G und B sowie ein GdB von mindestens 80 allein für Funktionseinschränkungen an den unteren Gliedmaßen vorliegen.
- » Die Merkzeichen G und B und ein GdB von mindestens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen und gleichzeitig ein GdB von mindestens 50 für Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane vorliegen.
- » Sie an Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa erkrankt sind und hierfür ein GdB von mindestens 60 vorliegt.
- » Sie einen künstlichen Darmausgang und zugleich eine künstliche Darmableitung haben und hierfür ein GdB von mindestens 70 vorliegt.

Der Ausweis gilt für 5 Jahre.

Das Straßenverkehrsamt kann für schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen aG) und blinde Menschen (Merkzeichen BI) auch einen Parkplatz reservieren, zum Beispiel direkt vor der Wohnung oder in der Nähe der Arbeit.

Den Parkausweis können auch schwerbehinderte Menschen mit Merkzeichen aG und BI erhalten, die nicht selber fahren. Dann wird der befördernde Kraftfahrzeugführer von den entsprechenden Vorschriften der Straßenverkehrsordnung befreit.

Hinweis:

An einigen Bahnhöfen der Deutschen Bahn dürfen Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen aG auf den Kundenparkplätzen der Deutschen Bahn unentgeltlich parken.

d) Beitragsermäßigung bei den Automobilclubs

Der ADAC und der AvD bieten schwerbehinderten Menschen spezielle Tarife an. Daneben gibt es auch spezielle Automobilclubs für Behinderte, zum Beispiel der BAVC, Bruderhilfe e.V. Automobil- und Verkehrssicherheitsclub (www.bavc-automobilclub.de).

Hinweis:

Auch beim Neukauf eines Autos bieten einige Hersteller Behinderten-Rabatte an, unter bestimmten Voraussetzungen ist dann ein Nachlass von bis zu 15 % auf den Neuwagenpreis möglich.

3. Öffentliche Verkehrsmittel

Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen G, aG oder GI können öffentliche Verkehrsmittel unentgeltlich nutzen. In einigen Fällen muss zuvor eine Wertmarke von derzeit 72 € erworben werden. Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem Versorgungsamt.

Enthält Ihr Ausweis zusätzlich das Merkzeichen B oder BI, darf auch die Begleitperson unentgeltlich mitfahren. Auch Hilfsmittel wie ein Rollstuhl werden kostenlos befördert.

Hinweis:

Die Deutsche Bahn bietet Schwerbehinderten besondere Konditionen an, etwa Vergünstigungen der Bahncard, unter bestimmten Voraussetzungen unentgeltliche Platzreservierungen o.ä. Informationen hierzu finden Sie auf der Homepage www.bahn.de unter dem Stichwort „Barrierefreies Reisen“.

4. Rundfunkbeitragsbefreiung

Ein Antrag auf Rundfunkbeitragsbefreiung erhalten Sie bei allen Ordnungs- und Bürgerämtern sowie bei Behörden, die Leistungen gewähren. Sie können auch im Internet unter www.rundfunkbeitrag.de das Befreiungsformular online ausfüllen.



5. Ermäßigung der Telefongebühren

Schwerbehinderte können bei der Telekom eine Ermäßigung der Anschlusskosten und der Gesprächseinheiten beantragen. Hier stehen auch spezielle Sozialtarife zur Verfügung. Informationen dazu erhalten Sie in jedem T-Punkt oder im Internet unter www.telekom.de.

Telefongesellschaften bieten Schwerbehinderten häufig Sonderkonditionen an, sowohl für Festnetz- als auch für Mobilfunkverträge, fragen Sie auch Ihren Anbieter danach.

6. Bausparverträge

Wenn Ihr GdB mindestens 95 ist, können Sie vorzeitig über einen Bausparvertrag verfügen. Wurde der Vertrag vor Feststellung der Behinderung abgeschlossen, sind etwaige Bausparprämien nicht gefährdet. Diese Regelung gilt auch für den Ehe- oder Lebenspartner.

Hinweis:

Generell gilt: Schwerbehinderte erfahren häufig weitere Vorteile. Zum Beispiel sind oft Eintrittspreise ermäßigt (Schwimmbad, Kino, Museum, Theater, Sportveranstaltungen usw.). Auch Beiträge von Vereinen und Interessenverbänden werden häufig reduziert.

Schnellübersicht über die wichtigsten Nachteilsausgleiche

GdB 20

- » Teilnahme am Behindertensport

GdB 30/40

- » Gleichstellung und der damit verbundene Kündigungsschutz
- » Steuerfreibeträge: GdB 30: 310 € , GdB 40: 430 €

GdB 50

- » Steuerfreibetrag: 570 €
- » Nachteilsausgleich am Arbeitsplatz: Kündigungsschutz, Zusatzurlaub, Freistellung von Mehrarbeit usw.
- » Altersrente mit 60/63 Jahren, je nach Geburtsjahrgang
- » Vorgezogene Pensionierung von Beamten mit 60 bzw. 62 Jahren
- » Ermäßigung Kraftfahrzeugsteuer (Merkzeichen G und GI)
- » Unentgeltliche Beförderung in öffentlichen Verkehrsmitteln

GdB 60

- » Steuerfreibetrag: 720 €
- » Ermäßigte Rundfunkgebühr

GdB 70

- » Steuerfreibetrag: 890 €
- » Abzugsbetrag für Privatfahrten (GdB 70 + Merkzeichen G):
 $3.000 \text{ km} \times 0,30 \text{ €} = 900 \text{ €}$
- » Parkerleichterungen

GdB 80

- » Steuerfreibetrag: 1.060 €
- » Abzugsbetrag für Privatfahrten: $3.000 \text{ km} \times 0,30 \text{ €} = 900 \text{ €}$

GdB 90

- » Steuerfreibetrag: 1.230 €
- » Sozialtarif Telekom

GdB 100

- » Steuerfreibetrag: 1.420 €

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Unter bestimmten Voraussetzungen (mind. GdB 50% und Nachweis von 35 Versicherungsjahren) können Sie eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze erhalten. Die Regelaltersgrenze für diese Rente wird seit 2015 abschlagsfrei stufenweise von 63 auf 65 Jahre angehoben.

Hinweis:

Auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung gibt es einen Rechner, damit Sie Ihren Rentenbeginn online berechnen können.
www.deutsche-rentenversicherung.de



Hinweis:

Der Anspruch auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen besteht auch, wenn während des Rentenbezugs die Schwerbehinderung aufgehoben wurde.

Eine vorzeitige Inanspruchnahme der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist mit einem Abschlag von maximal 10,8% verbunden. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger.

Hinweis:

Auf die Versicherungszeit können verschiedene Zeiten angerechnet werden. Dazu zählen zum Beispiel die Kindererziehung, eine Ausbildung oder ein Studium.

Rente wegen verminderter Erwerbstätigkeit

Darmkrebs-Patienten können aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sein, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie dann eine Erwerbsminderungsrente beantragen. Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich auf drei Jahre befristet bewilligt. Wenn sich Ihr Gesundheitszustand bis dahin nicht gebessert hat, kann die Rente verlängert werden. Ist nach neun Jahren keine Besserung eingetreten, kann eine unbefristete Rente bewilligt werden. In Ausnahmefällen kann die Erwerbsminderungsrente auch von Anfang an unbefristet bewilligt werden.

Zwei Arten von Erwerbsunfähigkeit sind zu unterscheiden:

- » Volle Erwerbsunfähigkeit: Sie liegt vor, wenn eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht mehr möglich ist.
- » Teilweise Erwerbsunfähigkeit: Sie kommt in Frage, wenn Sie in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3 Stunden täglich auszuüben, aber nur maximal 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes schaffen.

Achtung! Bei der Erwerbsunfähigkeit besteht kein Berufsschutz, Sie müssen im Rahmen Ihrer Möglichkeiten jede Tätigkeit annehmen. Übergangsregelungen gelten heute nur noch für Personen, die vor dem 2. Januar 1961 geboren wurden.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente erfüllt sein:

- » Erfüllung der 5-jährigen Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) und
- » während der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt.

Hinweis:

Auch Selbständige können unter bestimmten Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente erhalten.

Die Höhe der teilweisen bzw. der vollen Erwerbsminderungsrente ist von vielen Faktoren abhängig. Sie wird von Ihrem Rentenversicherungsträger individuell berechnet. Als grober Anhaltspunkt dient die Regel, dass die volle Erwerbsminderungsrente ca. 30 % des bisherigen Bruttoeinkommens beträgt.

Hinweis:

Auch wenn Sie eine Erwerbsminderungsrente erhalten, brauchen Sie Ihren Arbeitsvertrag nicht zu kündigen, er kann während dieser Zeit ruhen.

Wenn Sie das gesetzliche Altersrenteneintrittsalter erreicht haben, geht die Erwerbsminderungsrente automatisch in die normale Altersrente über. Nach Ablauf einer Erwerbsminderungsrente kann ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bestehen. Wenn in den letzten 2 Jahren keine 150 Tage Lohn- oder Gehaltszahlungen erfolgt sind, wird eine fiktive Bemessung angesetzt. Diese richtet sich nach der beruflichen Qualifikation.

Vier Stufen der beruflichen Qualifikation sind möglich:

- » Qualifikationsgruppe 1: Hochschul- oder Fachhochschulbildung
- » Qualifikationsgruppe 2: Fachschulabschluss oder vergleichbarer Abschluss
- » Qualifikationsgruppe 3: Abgeschlossene Ausbildung
- » Qualifikationsgruppe 4: keine Ausbildung

Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrer örtlichen Agentur für Arbeit.

Hinzuverdienstgrenzen

Wer eine Rente bezieht, darf bis zu einem gewissen Grad Geld hinzuverdienen. Wird die Höchstgrenze überschritten, wird die Rente nur noch teilweise oder gar nicht mehr gezahlt.

Der monatliche Hinzuverdienst liegt derzeit bei bis zu 450 € (+ 2 Monate im Jahr, also bis 900 €). Wenn Sie diese nicht überschreiten, werden die Altersrente für schwerbehinderte Menschen und auch die Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe gezahlt.

Wenn Sie eine Rente wegen **teilweiser Erwerbsminderung erhalten, gelten individuelle Hinzuverdienstgrenzen**, die sich zum Beispiel nach dem Einkommen der letzten Kalenderjahre und dem Renteneintrittsalter richten. Ihr Rentenversicherungsträger kann Sie hierzu umfassend beraten.

Hinweis:

Mehr Informationen zum Thema Rente finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de. Hier können Sie auch viele Broschüren zu dem Thema bestellen.

Wenn Sie aufgrund Ihrer Darmkrebserkrankung nicht mehr in der Lage sind, Ihren gewohnten Beruf auszuüben, gelten Sie als arbeitsunfähig (AU = Arbeitsunfähigkeit, umgangssprachlich Krankschreibung, Krankmeldung). Um Ihren Lebensunterhalt zu sichern, können Sie in diesem Fall verschiedene Sozialleistungen beantragen. Einige davon sind zeitlich begrenzt, sodass die Leistungen in der Regel aufeinander aufbauen:

» 1. Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber

Dieses erhalten Sie in der Regel 6 Wochen lang.

» 2. Krankengeld

Wird von der Krankenkasse 78 Wochen lang gewährt. An die Krankengeldzahlung kann sich eine RehaMaßnahme anschließen, um Ihre Berufsfähigkeit wieder herzustellen. Ist diese Maßnahme aussichtslos, folgt Schritt drei:

» 3. Aussteuerung aus der Krankenkasse

Dies bedeutet, dass Ihre Krankenkasse aufgrund der Überschreitung des Zeitraumes von 78 Wochen die Zahlung des Krankengeldes einstellt. Bevor es soweit kommt, nimmt die Krankenkasse in der Regel mit dem Versicherten Kontakt auf und weist darauf hin, dass nun ein Antrag auf **Rehabilitation** oder **Rente wegen Erwerbsminderung** gestellt werden soll. Bei einer Aussteuerung haben Sie auch eine dritte Möglichkeit, nämlich **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** zu erhalten, selbst, wenn Sie gar nicht arbeitslos sind (siehe Seite 44).

Entgeltfortzahlung

Eine Entgeltfortzahlung, auch Lohnfortzahlung genannt, erhalten Arbeitnehmer, die ein Arbeitsverhältnis von mindestens vier Wochen vorweisen können. Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende. Die Zahlung erfolgt über 6 Wochen und beträgt 100 % des üblichen Verdienstes.

Wenn Sie über die 6-Wochen der Entgeltfortzahlung hinaus krankgeschrieben sind, bekommen Sie Krankengeld von Ihrer Krankenkasse.

Krankengeld

Das Krankengeld beträgt 70 % Ihres bisherigen Bruttolohns, also bevor Steuern und die Sozialbeiträge abgezogen wurden, jedoch höchstens 90 % Ihres Nettoentgelts. Das Gesetz besagt, dass Sie eine AU-Bescheinigung (oder Krankmeldung) spätestens am vierten Werktag vorlegen müssen. Allerdings hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass ein Arbeitgeber grundsätzlich das Recht hat, eine Bescheinigung früher zu verlangen (ab dem ersten Krankheitstag) und zwar ohne, dass er an eine besondere Voraussetzung gebunden ist. Informieren Sie sich daher rechtzeitig, welche Praxis in Ihrem Unternehmen üblich ist. Hinzu kommt, eine Krankschreibung kann nicht rückwirkend erfolgen. Wenn eine AU vorliegt, sollten Sie sich diese so schnell wie möglich bescheinigen lassen, denn die Zahlung des Krankengeldes erfolgt erst ab dem Tag, an dem Ihr Arzt die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hat.

Krankengeld wird für maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit gewährt. Nach Ablauf von drei Jahren können Sie einen erneuten Anspruch wegen derselben Erkrankung stellen. Kommt während einer bestehenden AU eine weitere Krankheit hinzu, wird die Frist von 78 Wochen dadurch nicht verlängert.

Stellt sich heraus, dass Ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist, folgt eine Rehabilitation oder die Prüfung eines Rentenbezugs.

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld I (ALG I) erhalten Sie, wenn Sie

- » arbeitslos sind,
- » sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben,
- » in den vergangenen 2 Jahren als Arbeitnehmer Beiträge gezahlt haben und
- » noch nicht die Altersgrenze für die Rente erreicht haben.

Die Höhe des ALG I orientiert sich an Ihrem bisherigen Gehalt. Arbeitslose mit Kindern erhalten etwa 67 %, alle anderen etwa 60 % ihres bisherigen Nettogehalts.

Unter www.arbeitsagentur.de können Sie die voraussichtliche **Höhe des ALG I online berechnen**.

Wie lange Sie ALG I erhalten, hängt vom Lebensalter ab. Unter 50-Jährige erhalten es höchstens ein Jahr, Ältere teilweise länger.

Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf ALG I haben, greift das Arbeitslosengeld II, auch Hartz IV genannt, früher war es die Sozialhilfe.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie keinen Anspruch mehr auf Krankengeld haben, aber weiterhin arbeitsunfähig sind, können Sie übergangsweise „Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit“ beantragen (Nahtlosigkeitsregelung). Um das Arbeitslosengeld zu erhalten, müssen Sie einen Antrag bei Ihrer örtlichen Agentur für Arbeit stellen.

Folgende Voraussetzungen gelten für das Arbeitslosengeld bei AU:

- » Arbeitsunfähigkeit
- » Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses (keine Kündigung), aber aufgrund der Erkrankung konnten Sie das Arbeitsverhältnis in den vergangenen 6 Monaten nicht ausüben.
- » Erfüllung der Anwartschaftszeit*
- » Es wurden weder eine Erwerbsminderungsrente beantragt noch eine Medizinische Rehabilitation.

Die Höhe des Arbeitslosengeldes bei AU richtet sich in der Regel nach dem Verdienst der letzten 52 Wochen vor Arbeitsunfähigkeit.

* Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn Sie in den vergangenen 2 Jahren und bei Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis standen.

Grundsicherung

Lässt sich der Lebensunterhalt nicht mehr aus dem eigenen Einkommen und Vermögen decken, können Sie eine Grundsicherungsleistung erhalten. Diese muss beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. Wichtig dabei, der Antrag kann nicht rückwirkend gestellt werden. Um Ihren Lebensunterhalt zu sichern, sollten Sie den Antrag daher rechtzeitig stellen.

Verschiedene Leistungen müssen hier unterschieden werden:

- » Sozialhilfen wie die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und
- » Grundsicherung für Arbeitssuchende, das heißt Arbeitslosengeld II (umgangssprachlich Hartz IV), und Sozialgeld.

Hinweis:

Wird über einen Antrag auf Grundsicherung nicht zeitnah entschieden, können Sie einen Antrag auf vorschussweise oder vorläufige Leistungserbringung stellen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Diese Sozialleistung sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die aufgrund ihres Alters oder einer vollen Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können. Höhe und Umfang der Grundsicherung richten sich nach der Bedürftigkeit. Eigenes Einkommen und Vermögen werden auf die Grundsicherung angerechnet.

Leistungsberechtigt sind Menschen,

- » die die Regelaltersgrenze erreicht haben (65 bzw. 67 Jahre, je nach Geburtsjahrgang) oder
- » die das 18. Lebensjahr vollendet haben und aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind sowie ihren Lebensunterhalt nicht aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

Die Grundsicherung kann verschiedene Leistungen umfassen:

- » Maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe,
- » Aufwendungen für Unterkunft und Heizung,
- » Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, falls keine Pflichtversicherung besteht, sowie
- » Mehrbedarfszuschlag.

Hinweis:

Wenn Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung eine kostenintensive Ernährung brauchen, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen als Mehrbedarf geltend gemacht werden, die Regelleistung wird erhöht.

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung muss beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. In der Regel wird sie für 12 Kalendermonate bewilligt.

Hinweis:

Empfänger von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung werden von der Rundfunk- und Fernsehgebühr befreit, auch Ermäßigungen bei der Telefongebühr sind möglich.

Grundsicherung für Arbeitssuchende / Arbeitslosengeld II (ALG II)

Diese Leistung erhalten hilfebedürftige **erwerbsfähige** Menschen. Die Beträge setzen sich aus dem Regelbedarf und den Kosten für Unterkunft und Heizung zusammen. Dabei wird der Regelbedarf vom Bund gezahlt, die Unterkunfts- und Heizkosten übernimmt der Landkreis. Die Grundsicherung für Arbeitssuchende bzw. das ALG II wird umgangssprachlich auch Hartz IV genannt. Im Internet lassen sich Ansprechpartner auf der Seite der Bundesagentur für Arbeit, **www.arbeitsagentur.de** finden.

ALG II Regelbedarf 2016

| | |
|--|-------|
| Erwachsene alleinstehende/alleinerziehende Person: | 404 € |
| Erwachsene Partner einer Ehe, Lebensgemeinschaft usw.: | 364 € |
| Kinder unter 6 Jahre: | 237 € |
| Kinder 7–14 Jahre: | 270 € |
| Jugendliche 15–18 Jahre: | 306 € |

Hinweis:

Für Schwangere, Behinderte und Alleinerziehende gilt ein Mehrbedarf, das heißt, Sie erhalten zum Regelbedarf einen Zuschlag. Informationen hierzu erhalten Sie von der örtlichen Agentur für Arbeit.

Sozialgeld (SG)

Sozialgeld ist eine Leistung, die Angehörige Hilfsbedürftiger unterstützen soll. Sozialgeld erhalten demnach **nicht erwerbsfähige Angehörige**, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit dem Hilfsbedürftigen leben.

Hinweis:

Sozialgeld können auch **Bezieher von teilweiser oder voller Erwerbsminderungsrente auf Zeit** erhalten. Fragen Sie hierzu ihr örtliches Sozialamt.

Das Sozialgeld setzt sich aus verschiedenen Einzelleistungen zusammen. Die Basis bildet auch hier ein Regelsatz.

SG Regelsatz 2016

| | |
|--|-------|
| Erwachsene Partner einer Ehe, Lebensgemeinschaft usw.: | 364 € |
| Kinder unter 6 Jahre: | 237 € |
| Kinder 7–14 Jahre: | 270 € |
| Jugendliche 15–18 Jahre: | 306 € |

Kurzfristige häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und nicht mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verwechseln. Sie muss wie jede Leistung der Krankenkasse vom Arzt verordnet werden. Die Bewilligung setzt voraus, dass keine im Haushalt lebende Person die Pflege des Kranken übernehmen kann.

Krebspatienten erhalten meist die sogenannte Krankenhausersatzpflege. Damit sind Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Unterstützungsmaßnahmen gemeint. Die Krankenhausersatzpflege wird bis zu vier Wochen je Krankheitsfall gewährt. In Ausnahmefällen kann der Zeitraum verlängert werden.

Langfristige Pflegebedürftigkeit

Darmkrebs-Patienten können insbesondere bei einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium pflegebedürftig werden. In diesem Fall können Sie Unterstützung von der Pflegeversicherung erhalten. Ihr Ansprechpartner ist die Pflegekasse als Träger der Versicherung. Bei gesetzlich Krankenversicherten ist die Pflegekasse dort angegliedert.

Verschiedene Formen von Pflege sind möglich:

- » Ein Angehöriger übernimmt die Pflege und erhält dafür ein Pflegegeld.
- » Ein Pflegedienst kommt ins Haus und übernimmt eine sogenannte Pflegesachleistung.
- » Sie werden in einem Pflegeheim versorgt.

Hinweis:

Innerhalb dieser Bandbreite sind auch Kombinationen möglich. Informieren Sie sich daher im Vorfeld ausführlich bei der Pflegekasse, dem Sozialamt oder den Pflegediensten.



Pflegebedürftigkeit

Um die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag stellen. Der sogenannte Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft dann, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu findet auch eine Vorort-Untersuchung des Umfeldes des Pflegebedürftigen statt.

Bei der Pflegebedürftigkeit werden drei Stufen unterschieden, plus der Pflegestufe 0 für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Stufen der Pflegebedürftigkeit:

Pflegestufe 0 (mit Demenz):

Die Alltagskompetenz ist dauerhaft stark eingeschränkt, die Hilfebedürftigkeit erfüllt aber noch nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe 1. Ursachen der eingeschränkten Alltagskompetenz können demenzbedingte Fähigkeitsstörungen sein, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen.

Pflegestufe 1 - erheblich pflegebedürftig:

Patienten haben in diesen Fall mindestens einmal täglich Hilfebedarf, im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten lang, wovon mindestens 45 Minuten pflegerische Hilfsmaßnahmen sind.

Pflegestufe 2 - schwer pflegebedürftig:

Es besteht mindestens dreimal täglich Hilfebedarf, im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden lang, mindestens zwei Stunden sind pflegerische Hilfsmaßnahmen.

Pflegestufe 3 - schwerst pflegebedürftig:

Diese Patienten sind rund um die Uhr hilfebedürftig, also auch nachts, im Tagesdurchschnitt benötigen sie mindestens fünf Stunden lang Hilfe, wovon mindestens vier Stunden pflegerische Hilfsmaßnahmen sind.

Die Pflegekassen können Pflegebedürftige der Stufe 3 als **Härtefall** einstufen, sofern ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand besteht.

Hinweis:

Weitere Informationen zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Einstufung in Pflegestufen finden Sie im Internet unter www.mdk.de.

Hinweis:

Auch bei Pflegestufe 0 können Sie Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds in Anspruch nehmen.

a) Häusliche Pflege

Bei der häuslichen Pflege bietet die Pflegekasse Ihnen mehrere Leistungen an, um die Pflege in Ihrem gewohnten Umfeld zu verbessern.

- » Geldleistung: Wenn Sie von einem Angehörigen gepflegt werden, wird dafür ein Pflegegeld gezahlt.
- » Sachleistung: In diesem Fall kümmert sich nicht ein Angehöriger, sondern eine bezahlte Pflegekraft um Ihre Pflege.
- » Sie können auch Sach- und Geldleistung kombinieren.

Hinweis:

Wenn die häusliche Pflege durch einen Angehörigen übernommen wird, ist ein Pflegekurs hilfreich. Solche Kurse werden von den Pflegekassen unentgeltlich für Angehörige angeboten.

Die Höhe der finanziellen Unterstützung hängt von der Stufe der Pflegebedürftigkeit ab.

Hinweis:

Pflegebedürftige, die von Demenz betroffen sind, können Sonderleistungen in Anspruch nehmen.

Leistungen für häusliche Pflege 2016:

Geldleistung (private Pflegeperson):

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Stufe 0 (mit Demenz*): | 123 € pro Monat |
| Stufe 1: | 244 € pro Monat |
| Stufe 1 (mit Demenz*): | 316 € pro Monat |
| Stufe 2: | 458 € pro Monat |
| Stufe 2 (mit Demenz*): | 545 € pro Monat |
| Stufe 3: | 728 € pro Monat |

Sachleistung (ambulante Pflegedienste):

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Stufe 0 (mit Demenz*): | 231 € pro Monat |
| Stufe 1: | 468 € pro Monat |
| Stufe 1 (mit Demenz*): | 689 € pro Monat |
| Stufe 2: | 1.144 € pro Monat |
| Stufe 2 (mit Demenz*): | 1.298 € pro Monat |
| Stufe 3: | 1.612 € pro Monat |
| Härtefall: | 1.995 € pro Monat |
| Härtefall (mit Demenz*): | 1.995 € pro Monat |

* Gilt für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen.

Hinweis:

Wenn eine Pflegeperson in Urlaub fährt oder erkrankt, zahlt die Pflegekasse für maximal 6 Wochen pro Jahr eine Ersatzpflege (1.612 € pro Jahr).

Wenn der pflegende Angehörige berufstätig ist, kann er eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit in Anspruch nehmen, dies wird als **Pflegezeitgesetz** bezeichnet. Die Freistellung kann kurz- oder langfristig erfolgen. Bei der kurzfristigen Freistellung kann der pflegende Angehörige bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben, um im akuten Fall die Pflege im häuslichen Umfeld zu organisieren. Bei der langfristigen Freistellung kann der pflegende Angehörige für maximal sechs Monate teilweise oder ganz von der Arbeit fernbleiben, sofern er in einem Betrieb mit mindestens 15 Beschäftigten arbeitet.

Eine zweite Unterstützung erhalten berufstätige, pflegende Angehörige mit der **Familienpflegezeit**. Sie besteht aus einer Pflegephase und einer anschließenden Rückzahlungsphase. Während der Pflegephase kann der Angehörige seine Arbeitszeit auf maximal 15 Wochenstunden reduzieren für einen Zeitraum von maximal zwei Jahren. Der Arbeitgeber gewährt einen Lohnvorschuss, den der Angehörige nach der Pflege zurückzahlt. Das heißt, wenn er wieder voll arbeitet, wird der Vorschuss vom Gehalt abgezogen.

Hinweis:

Selten ist eine Wohnung auf eine Pflegesituation eingerichtet. Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die Pflegekassen daher notwendige Umbaumaßnahmen. Dafür gewährt sie unabhängig von der Pflegestufe bis 4.000 €.

Pflegehilfsmittel sind technische Geräte, welche die Pflege erleichtern, zum Beispiel Pflegebetten, Duschhocker oder Notrufsysteme.

Pflegehilfsmittel werden von den Pflegekassen erstattet, wenn

- » sie die Pflege erleichtern und die Beschwerden der Pflegeperson lindern oder
- » eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und
- » die Versorgung wirtschaftlich und notwendig ist.

Pflegehilfsmittel müssen nicht notwendigerweise vom Arzt verordnet werden, aber in der Regel überprüft der Medizinische Dienst den Bedarf und die Notwendigkeit. Pflegehilfsmittel werden in den meisten Fällen leihweise überlassen. Ist dies nicht möglich, werden die Kosten zu 100 % erstattet. Allerdings besteht eine Zuzahlung von 10 % und maximal 25 € je Pflegehilfsmittel.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, wie saugende Betteinlagen oder Desinfektionsmittel, werden mit bis zu 40 € je Kalendermonat bezuschusst.

Hinweis:

In dem Pflegehilfsmittelverzeichnis ist aufgelistet, welche Pflegehilfsmittel finanziert oder leihweise zur Verfügung gestellt werden. Das Verzeichnis erhalten Sie bei den Pflegekassen, im Internet (www.gkv-spitzenverband.de) oder in Sanitätshäusern.

b) Stationäre Pflege

Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung kann eine professionelle Versorgung rund um die Uhr erforderlich sein. Dann übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine stationäre Pflege zum Beispiel in einem Pflegeheim. Der Versicherte muss jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen. Sollte das eigene Einkommen dafür nicht ausreichen, kann beim Sozialamt eine Unterstützung beantragt werden.

Leistungen für stationäre Pflege 2016:

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Stufe 0: | - |
| Stufe 1: | bis zu 1.064 € pro Monat |
| Stufe 2: | bis zu 1.330 € pro Monat |
| Stufe 3: | bis zu 1.612 € pro Monat |
| Härtefall: | bis zu 1.995 € pro Monat |

Hinweis:

Auch Pflegebedürftige, die bisher keine Pflegestufe erhalten haben, können zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Dies gilt, wenn ihre Alltagskompetenz stark eingeschränkt ist, beispielsweise durch Demenz, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung.

Privatversicherte

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung sind nicht einheitlich geregelt. Hier gilt immer, dass die Leistungen übernommen werden, die im individuellen Versicherungsvertrag vereinbart wurden. Wenn Sie privatversichert sind, ist es daher ratsam, stets im Vorfeld abzuklären, welche Behandlungen von der Krankenkasse übernommen werden.

Hinweis:

Auf der Internetseite des Verbandes der privaten Krankenversicherungen finden Sie viele Informationen: www.pkv.de

Beamte

Auch Beamte, beispielsweise Polizisten, Soldaten oder Lehrer, haben Ansprüche auf Sozialleistungen. Zwei Versorgungspartner stehen zur Verfügung, die Beihilfe und die Heilfürsorge. Die Beihilfe ist je nach Region unterschiedlich geregelt, denn das Beihilferecht ist Ländersache. Die Heilfürsorge ist ähnlich wie eine private Krankenversicherung individuell gestaltet.

Härtefälle

Der Härtefond der Deutschen Krebshilfe wurde für Menschen eingerichtet, die sich aufgrund ihrer Krebserkrankung in einer finanziellen Notlage befinden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann solchen Personen eine finanzielle Unterstützung gewährt werden. Dazu muss ein Antrag bei der Deutschen Krebshilfe gestellt werden.

10. Darmkrebs- Nachsorge

Wir wollen Ihnen keine Angst machen, aber selbst wenn Ihre Krebsbehandlung erst einmal abgeschlossen ist und Sie sich schon wieder einigermaßen fit fühlen, kann es sein, dass die Krankheit wieder ausbricht. Mediziner sprechen dann von Rezidiven und meinen damit die Rückkehr des Krebses. Der Grund dafür ist, dass der Tumor nicht vollständig entfernt wurde, sich also noch Krebszellen im Körper befinden, die zu einer erneuten Erkrankung führen. Um dies zu verhindern, gibt es ein engmaschiges Nachsorgeprogramm. So soll ein Rückfall frühzeitig erkannt werden, damit er entsprechend früh behandelt werden kann. Eine Früherkennung erhöht die Erfolgchancen der Behandlung erheblich.

Die Darmkrebs-Nachsorge kann sich über mehrere Jahre hinziehen. Es gibt auch Ärzte, die sich auf die Nachbehandlung von Krebspatienten spezialisiert haben, zum Beispiel in einer onkologischen Schwerpunktpraxis.



Die Abstände zwischen den einzelnen Nachsorge-Terminen sind anfangs kleiner und werden im Laufe der Zeit immer größer. Wenn Sie nach fünf Jahren (60 Monaten) keinen Rückfall erlitten haben, gelten Sie als geheilt.

Es gibt kein verbindliches Nachsorgesystem, Ihr Arzt legt vielmehr die Termine so fest, wie es zu Ihrem Krankheitsverlauf am besten passt. Die folgende Aufzählung kann daher nur als Orientierung dienen.

Darmkrebs-Nachsorge nach:

- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| » 3 Monaten | » 12 Monaten | » 36 Monaten |
| » 6 Monaten | » 18 Monaten | » 48 Monaten |
| » 9 Monaten | » 24 Monaten | » 60 Monaten |

Hinweis:

Ihr Nachsorgearzt sollte einen vollständigen Überblick über Ihre Behandlung und Ihre Genesung erhalten. Sie sollten ihn daher über alle Beschwerden informieren, auch, wenn Sie Ihnen selbst gar nicht so wichtig vorkommen. Wenn Sie alternative Methoden anwenden, sollten Sie Ihren Arzt auch darüber informieren.

Nehmen Sie Ihre Nachsorge-Termine bitte pünktlich wahr.

Eine Krebserkrankung bedeutet immer einen tiefen Einschnitt ins Leben, den man selbst, aber auch Freunde und Familie erst einmal verdauen müssen. Dennoch sollten Sie nach vorne schauen und nicht mit dem Krebs hadern. Nehmen Sie die Krankheit an und suchen Sie sich dabei Unterstützung. Sicher möchten Sie sich manchmal einigeln und keinen Menschen sehen, aber das kann kein Dauerzustand sein. Versuchen Sie wieder am Leben teilzunehmen, besuchen Sie Freunde und Familie, feiern Sie Feste, stundenweise kann dabei ein Anfang sein. Vielleicht wollen Sie auch etwas ganz Neues versuchen und beispielsweise ein neues Hobby anfangen, Mitglied in einem Verein werden?

Professionelle Unterstützung

Manchmal fällt es einem leichter mit einem „Fremden“ über Probleme, Ängste und Stress zu sprechen als mit einem Menschen aus dem Umfeld. Ein Psychoonkologe ist jemand, der auf die Sorgen von Krebspatienten spezialisiert ist. Einen Psychoonkologen finden Sie

- » in einem Krankenhaus mit psychoonkologischem Angebot,
- » bei den Beratungsstellen der Deutschen Krebshilfe,
- » in Reha-Einrichtungen für Krebskranke,
- » in manchen Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunktpraxen,
- » in psychoonkologischen Praxen.

Leben mit einem Stoma

Menschen mit Darmkrebs wird bei der Operation ein Teil des Darms entfernt. Manchmal muss deshalb ein künstlicher Darmausgang in der Bauchdecke angelegt werden, dies bezeichnet man als Stoma. Dann wird der Darm über eine Öffnung in der Bauchdecke in einen Plastikbeutel entleert.

Der Umgang mit einem Stoma wird Ihnen in einer Schulung gezeigt. Es gibt speziell ausgebildete Stomatherapeuten, die Sie darüber informieren, wie Sie zum Beispiel den Stomabeutel wechseln oder was bei der Ernährung zu beachten ist.

Das Leben mit einem Stoma ist heutzutage eine geruchsfreie und hygienische Angelegenheit. Sie erfahren kaum Einschränkungen, denn mit einem Stoma können Sie auch Sport treiben, ins Schwimmbad gehen und reisen.

Bewegung

Bewegung schafft Selbstvertrauen und wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf aus. Zum Beispiel wird dadurch das körpereigene Abwehrsystem gestärkt. Bewegung trainiert auch den Kreislauf und stellt Ihre frühere Beweglichkeit wieder her.

Wie im Kapitel Rehabilitation auf Seite 14 beschrieben, gibt es auch spezielle Rehasportgruppen, die sich auf Krebspatienten konzentrieren.

Ernährung

Nach einer Darmkrebsoperation können Sie sich grundsätzlich normal ernähren. Es kann aber sein, dass Ihr Körper und insbesondere der Darm einige Zeit braucht, um sich wieder an normale Ernährung zu gewöhnen. Vorübergehend können Verdauungsprobleme wie Durchfall, Blähungen oder Verstopfung auftreten. Ihr Arzt oder eine Ernährungsberaterin können Ihnen bei solchen Problemen wichtige Tipps geben.

Selbsthilfegruppen

Der Kontakt mit anderen Betroffenen kann sehr hilfreich sein, denn sie kennen Ihre Sorgen und Nöte aus den eigenen Erfahrungen und haben sicherlich viele Lösungsstrategien entwickelt. In einer Selbsthilfegruppe können Sie daher viele Tipps und Tricks erfahren. Die Kontaktdaten einiger Selbsthilfegruppen finden Sie im Kapitel Ansprechpartner dieses Buches ab Seite 65.

Sicher hat Ihr Arzt Sie schon aufgeklärt, aber wir wollen dieses wichtige Thema noch einmal aufgreifen: **Angehörige von Patienten mit Darmkrebs haben ein erhöhtes Risiko**, ebenfalls an diesem Krebs zu erkranken. Mediziner gehen davon aus, dass Verwandte ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) im Vergleich zu Familien ohne Darmkrebserkrankung ein doppelt bis vierfach höheres Risiko haben, ebenfalls an Darmkrebs zu erkranken.

Die gute Nachricht ist: Auch wer ein familiär erhöhtes Risiko hat, kann das Entstehen von Darmkrebs durch geeignete Vorsorgemaßnahmen verhindern. Dies liegt an einer Besonderheit dieser Tumorerkrankung. Im Darm bilden sich nämlich zunächst Polypen, die über lange Zeit gutartig sind, bevor sie irgendwann zu Krebs entarten. Man geht davon aus, dass sie ca. 10 Jahre benötigen, um zu Krebs zu werden – eine relativ lange Zeitspanne also, um sie bei einer Vorsorgeuntersuchung entdecken und entfernen zu können.

Wichtig für Ihre Angehörigen ist, dass sie mit der Vorsorgedarmspiegelung nicht bis zum Alter von 55 Jahren warten, in dem diese Untersuchung Versicherten mit durchschnittlichem Darmkrebsrisiko angeboten wird. Wer ein familiär erhöhtes Risiko hat, erkrankt häufig bereits im jungen Erwachsenenalter und sollte sich deshalb möglichst früh bei einem Arzt über den für ihn richtigen Zeitpunkt der ersten Darmspiegelung beraten lassen. Es wird geraten, sie 10 Jahre vor dem Alter durchzuführen, in dem der Verwandte an Darmkrebs erkrankte, spätestens jedoch im Alter von 40 bis 45 Jahren. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen.

Das Vorsorgeprogramm der Krankenkassen, das für die Bevölkerung mit durchschnittlichem Darmkrebsrisiko entwickelt wurde, unterscheidet zwischen dem Test auf verborgenes Blut im Stuhl und der Vorsorgedarmspiegelung. Für Ihre Angehörigen kommt aufgrund des erhöhten familiären Risikos die Durchführung eines Stuhltests nicht in Frage, da seine Ergebnisse zu ungenau sind und vorhandene Tumoren und Krebsvorstufen (Polypen) möglicherweise übersehen werden. Die Darmspiegelung ist nach wie vor das beste und sicherste Vorsorgeinstrument. Sie ermöglicht nicht nur eine umfassende Diagnose, sondern bietet gleichzeitig Therapiemöglichkeiten, wie zum Beispiel das sofortige Abtragen von Polypen (mögliche Vorstufen von Darmkrebs) oder die Entnahme von Gewebeproben (Biopsie) für weitere Laboruntersuchungen. Untersucht wird der Dickdarm und meistens die letzten Zentimeter des Dünndarms. Eine Darmspiegelung ist risikoarm und lässt sich im Allgemeinen schmerzfrei in 15 – 20 Minuten durchführen.

Haben Sie keine Angst vor der Darmspiegelung! Dank moderner Geräte und spezieller Trinklösungen verursacht diese Untersuchung heute keine nennenswerten Beschwerden mehr.

Auch ein gesunder Lebensstil kann einer Darmkrebserkrankung vorbeugen. Hier sind vor allem regelmäßige Bewegung, Normalgewicht, der Verzicht auf Alkohol und Nikotin sowie eine ausgewogene Ernährung zu nennen (viel Obst und Gemüse, einmal wöchentlich Fisch, wenig Fleisch, Zucker und Fette).

Bitte bedenken Sie, ein gesunder Lebensstil kann zwar das Risiko für Darmkrebs reduzieren, aber nicht die Erkrankung verhindern. Deshalb gilt, **nur regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen bieten Sicherheit.**

Abkürzungen

| | |
|---------------|--|
| AHB | Anschlussheilbehandlung |
| ALG I | Arbeitslosengeld I |
| ALG II | Arbeitslosengeld II |
| AR | Anschlussrehabilitation |
| AU | Arbeitsunfähigkeit |
| EStG | Einkommensteuergesetz |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss (höchstes Beschlussgremium der Krankenkassen, Krankenhäuser und Mediziner) |
| GdB | Grad der Behinderung |
| GdS | Grad der Schädigungsfolgen (=GdB) |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| KPE | komplexe physikalische Entstauungstherapie (zur Behandlung eines Lymphödems) |
| LPartG | Lebenspartnerschaftsgesetz (gleichgeschlechtliche eingetragene Lebenspartnerschaft) |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| OTC | nicht verschreibungspflichtige Präparate |
| Reha | Rehabilitation |
| SG | Sozialgeld |

Ansprechpartner

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstraße 32 · 53113 Bonn

Telefon: 0228/72 99 0 - 0

Internet: www.krebshilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Straße 8 · 14057 Berlin

Telefon: 030/32 29 329 - 0

Internet: www.krebsgesellschaft.de

Felix Burda Stiftung

Arabellastraße 27 · 81925 München

Telefon: 089/92 50 - 2501

Internet: www.felix-burda-stiftung.de

Stiftung LebensBlicke - Früherkennung Darmkrebs

Schuckertstraße 37 · 67063 Ludwigshafen

Telefon: 0621/69 08 53 88

Beratungstelefon (kostenlos): 0800/22 44 221

Internet: www.lebensblicke.de

Stiftung Leben mit Krebs

Mainzer Straße 48 · 55252 Mainz

Telefon: 06134/75 38 138

Internet: www.stiftung-leben-mit-krebs.de

KID - Krebsinformationsdienst

Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280 · 69120 Heidelberg

Telefon: 0800/42 03 040

Internet: www.krebsinformationsdienst.de

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstraße 2 · 10709 Berlin

Telefon: 030/86 5 - 0

Fragen zum Thema Rente, Telefon (kostenfrei): 0800/10 00 48 0

Internet: **www.deutsche-rentenversicherung.de**

Deutsche ILCO e.V. – Vereinigung für Stomaträger und für Menschen mit Darmkrebs

Thomas-Mann-Straße 40 · 53111 Bonn

Telefon: 0228/33 88 94 - 50

Internet: **www.ilco.de**

dapo e.V. – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.

Ludwigstraße 65 · 67059 Ludwigshafen

Telefon: 0700/20 00 66 66

Internet: **www.dapo-ev.de**

INKA – Informationsdienst für Krebspatienten und Angehörige e.V.

Reuchlinstraße 10–11 · 10553 Berlin

Telefon: 030/44 02 40 79

Internet: **www.inkanet.de**

Förderverein INKA – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e.V.

Geschäftsstelle

c/o Selbsthilfe-, Kontakt- und Beratungsstelle Mitte

Perleberger Straße 44 · 10559 Berlin-Tiergarten

KID Telefon: 0800/42 03 040

Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gemeinnützige GmbH

Tempelhofer Weg 62 · 12347 Berlin

Telefon: 030/20 08 9 - 233

Beratungstelefon (kostenfrei): 0800/01 17 722

Internet: **www.upd-online.de**

Stiftung Gesundheit

Behringstraße 28 a · 22765 Hamburg

Telefon: 040/80 90 87 - 0

Internet: **www.stiftung-gesundheit.de**

Deutscher Behindertensportverband e.V.

Tulpenweg 2–4 · 50226 Frechen

Telefon: 02234/60 00 - 0

Internet: **www.dbs-npc.de**

Deutscher Olympischer Sportbund

Otto-Fleck-Schneise 12 · 60528 Frankfurt am Main

Telefon: 069/67 000

Internet: **www.dosb.de**

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Breitscheidstraße 49 · 34119 Kassel

Telefon: 0561/31 05 66 - 0

Internet: **www.vdk.de**

Internetlinks

www.arbeitsagentur.de

www.bmas.de

www.bmg.bund.de

www.gesundheitsinformation.de

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

www.kinder-krebskranker-eltern.de

www.medizin-fuer-kids.de

www.medizinrechts-beratungsnetz.de

www.movicol.de

www.moviprep.de

www.onko-kids.de

www.studien.de

www.weisse-liste.de

Schlagwortregister

- Anschlussrehabilitation (AR) 11, 12
Anschlussheilbehandlung (AHB) 11, 12, 13
Anwartschaftszeit 45
Arbeitslosengeld 41, 42, 44, 45, 47
Arbeitsplatz 10, 31, 33, 37
Arbeitsunfähigkeit (AU) 42–45
Automobilclubs 35
- Beamte 37, 57
Behinderung 24, 26, 27, 31, 33, 34, 36, 38, 51, 56
Belastungsgrenze 19, 22, 23
Berufliche Rehabilitation 13
- Chemotherapie 11, 18
- Darmausgang 10, 28, 34, 60
- Entgeltfortzahlung 42, 43
Ergotherapie 15, 20
Ernährung 10, 47, 63
- Fahrtkosten 20, 33
Festbetrag 17, 21
Freibetrag 23, 24, 37
- Gleichstellung 24, 27, 37
Grad der Behinderung (GdB) 24, 26–31, 33, 34, 36–38
Grad der Schädigungsfolgen (GdS) 26
Grundsicherung 45 – 47
- Häusliche Krankenpflege 20, 49
Häusliche Pflege 52, 53
Heilmittel 15, 16, 20
Heilungsbewährung 24, 28
Hilfsmittel 15 – 17, 20, 30, 35
Hinzuverdienstgrenzen 41
- Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE) 16
Krankengeld 42 – 44
Kündigungsschutz 27, 31, 38
Künstlicher Darmausgang 10, 28, 60
- Lymphdrainage 15, 16
Lymphödem 15, 16
- Massage 15, 16, 20
Medizinische Rehabilitation 10, 11, 13, 45
Merkzeichen 29, 30 – 35, 38

Nachsorge
8, 9, 11, 13, 14, 58, 59
Nachteilsausgleich 30, 31, 37

Öffentliche Verkehrsmittel 36
Onkologische Rehabilitation 13
OTC-Präparate (nicht verschreibungspflichtig) 21

Parkerleichterung 34, 37
Pauschbeträge 30
Perücken 16, 18
Pflegebedürftigkeit 50 – 55
Pflegehilfsmittel 52, 54
PKW-Nutzung 32
Privatversicherte 58

Rabattvertrag 21
Rehabilitation 10–13, 42, 43, 61
Rehabilitationssport 10–14, 30, 38–45, 48
Rente 10

Schwerbehindertenausweis
24 – 29, 31, 32, 34
Selbsthilfegruppen 61
Sozialgeld (SG) 45, 48
Sport 14, 37, 61
Stationäre Pflege 56
Stoma 10, 16, 60, 61

Telefongebühren 36

Versorgungsamt
8, 24, 26, 27, 28, 35
Vorsorge 6, 7, 9, 62, 63

Zusatzurlaub 31, 37
Zuzahlungen
12, 19, 20, 22, 23

Konzept, Redaktion & Gestaltung: MiM – MEDinMOTION GmbH, Egelsbach

© MiM – MEDinMOTION GmbH, aktualisierte Ausgabe 2016

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopien, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung von Norgine reproduziert oder in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden. Keine Haftung für evtl. Druckfehler, inhaltliche Richtigkeit oder nach Druck eingetretene Änderungen.

Sozialrechtliche Themen sind sehr komplex, wir können deshalb Kapitel wie die Rentenarten, Reha-Leistungen oder Kostenübernahmen nur grundsätzlich und nicht in aller Ausführlichkeit behandeln. Darüber hinaus haben wir uns auf die gesetzlichen Leistungen konzentriert und keine freiwilligen oder privat-versicherte Leistungen berücksichtigt. Die Inhalte dieses Ratgebers wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte können wir jedoch keine Garantie übernehmen. Dies betrifft insbesondere die angegebenen Euro-Beträge. Denn auch die gesetzlichen Versicherungen unterscheiden sich untereinander, es kann zudem in den einzelnen Bundesländern verschiedene Bestimmungen geben. Für jeden Einzelfall gilt daher, eine individuelle Beratung ist unerlässlich. Wir danken für Ihr Verständnis.

Bildnachweis iStockphoto: Yuri (Titel), Courtney Keating (S. 9), Gewitterkind (S. 14), Rich Legg (S. 17), Christopher Fletcher (S. 18), Squaredpixels (S. 19), stockroll (S.36), KatarzynaBialasiewicz (S. 50), fotostorm (S. 58); fotolia: Marco2811 (S. 32)



Norgine GmbH
Im Schwarzenborn 4
35041 Marburg

www.norgine.de