

Serienfahrten

Bei ambulanten Behandlungen wie z.B. Chemotherapie-Zyklen oder Bestrahlung kann eine Transportverordnung via Rezept durch den behandelnden Arzt erfolgen. Die Fahrtkosten werden dann durch die Krankenversicherung erstattet und es sind nur noch die üblichen Verordnungsgebühren als Zuzahlungen zu leisten.

Stiftungsgelder

Sowohl die Deutsche Krebshilfe als auch die Berliner Krebsgesellschaft e.V. bieten Menschen, die aufgrund ihrer Krebserkrankung in finanzielle Not geraten sind, finanzielle Hilfen an. Es handelt sich um Spendengelder, die nur für private Zwecke zur Verfügung gestellt werden.

Um eine solche Spende zu erhalten, muss ein detaillierter Antrag gestellt werden. Die Notlage muss aktuell durch die Erkrankung bzw. die Behandlung eingetreten sein.

Eine offizielle Beratungsstelle oder der Krankenhaussozialdienst müssen den Antrag unterstützen und die Notlage sowie die finanzielle Situation bestätigen. Dafür werden eine zeitnahe ärztliche Bescheinigung über die Krebserkrankung und eine Selbstauskunft der wirtschaftlichen und familiären Verhältnisse benötigt.

Öffentlich behördliche Fördermöglichkeiten müssen vor einer Beantragung ausgeschöpft sein.

Die Höhe der Finanzierung richtet sich nach Haushaltseinkommensgrenzen und wird nur einmalig gewährt.

Beratung erfolgte durch:

Weiterführende Beratung

- **Beratungsstellen in den Berliner Bezirksämtern**

In jedem Bezirksamt gibt es eine Beratungsstelle für Menschen mit Krebserkrankungen bzw. mit chronischer Krankheit und Behinderung.

Adressen und Sprechzeiten können unter der **Behördennummer 030 115** erfragt werden.

- **Pflegestützpunkt**

Information, Beratung und Unterstützung rund um die Pflege erhalten Sie in den Pflegestützpunkten in Berlin. Kostenfreie **Service-Nummer 0800 59 500 59**

- **Beratungsstellen der Berliner Krebsgesellschaft**

Kaiserin-Friedrich-Haus
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Terminvereinbarung 8.30 - 17.00 Uhr

Telefon 030 283 24 00

beratung@berliner-krebsgesellschaft.de

- **Unabhängige Patientenberatung**

berät Sie zu psychologischen, medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragen unter den kostenfreien

Servicenummern:

0800 0 11 77 22 (Deutsch)

0800 0 11 77 23 (Türkisch)

0800 0 11 77 24 (Russisch)

- **Beratungsstellensuche KID**

Spezielle Beratungsstellen und andere Unterstützungsangebote für Krebskranke finden Sie unter

www.krebsinformationsdienst.de oder der kostenfreien

Servicenummer 0800 420 30 40 oder schreiben Sie an

krebsinformationsdienst@dkfz.de



Sozialdienst CBF | CCM | CVK

Informationen zu Sozialleistungen

im Rahmen der Erstberatung bei Krebserkrankungen



Design & Layout: © Charité; AS | Zentrale Mediendienstleistungen Charité | Fotos: Deckblatt und Inneenteil rechts: Peter Lüdemann; Inneenteil links: Cindy Stokkosa | Pflegeinfektion | Sozialleistungen Info 4-18.indd

Erstellt durch den Sozialdienst der Charité

Rehabilitation

Bei einer onkologischen Erkrankung besteht die Möglichkeit, eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen. Kostenträger einer onkologischen Rehabilitation ist die Rentenversicherung (Ausnahme bei Verbeamtung). Wenn keine weiteren Therapien folgen, kann die dreiwöchige AHB innerhalb von wenigen Wochen nach der Entlassung in einer auf die Erkrankung spezialisierten Klinik beginnen. In diesem Fall wird ein Antrag durch den Sozialdienst des Krankenhauses gestellt. Soll die Rehabilitation erst später oder an einem entfernteren Ort angetreten werden, so kann eine Anschlussgesundheitsmaßnahme beantragt werden.

Sollten weitere ambulante Therapien notwendig sein, beginnt die Rehabilitation nach Beendigung dieser und wird während der sich anschließenden ambulanten Behandlung beantragt. Bitte sprechen Sie hier die Kollegen und Kolleginnen in der Ambulanz an. Der Sozialdienst der Charité ist während der ambulanten Behandlung nicht mehr zuständig.

Antrag auf Schwerbehinderung

Als Behinderung im Sinne des Gesetzes wird nicht die Erkrankung oder Gesundheitsstörung an sich gesehen, man fragt vielmehr nach ihren Auswirkungen. Sie ist daher die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die sich aus der Gesundheitsstörung ergibt. Diese wird mit dem Grad der Behinderung (GdB) bewertet.

Dieser Grad der Behinderung ist ein Maß für die Beeinträchtigung körperlicher, geistiger oder seelischer Funktionen mit Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen. Er besagt nichts über die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und ist unabhängig vom ausgeübten Beruf. Zusätzlich können, nach Beantragung, besondere Merkzeichen (z.B. „G, aG, B, RF“) vergeben werden.

Bei anerkannter Schwerbehinderung ab einem GdB von 50 gelten u.a.: fünf Tage Zusatzurlaub, erweiterter Kündigungsschutz, Freistellung von Mehrarbeit, die Möglichkeit von vorzogener Altersrente sowie von Zuzahlungsbefreiung bei der gesetzlichen Krankenkasse.

Der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung ist beim zuständigen Versorgungsamt bzw. der nach Landesrecht zuständigen Behörde unter Angabe der Erkrankung, der Auswirkungen und der behandelnden Ärzte zu stellen.

Bei onkologischen Erkrankungen ist mit dem Erhalt der Erstdiagnose eine Antragstellung möglich.

Entgeltfortzahlung

Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall haben alle Arbeitnehmer und Auszubildende für die Dauer von bis zu 6 Wochen. Auch Teilzeitbeschäftigte, Ferienaushilfen, Mitarbeiter im Studentenjob und im Minijob haben regulär einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Das Beschäftigungsverhältnis muss seit mindestens 4 Wochen bestehen.

Bezieher von Arbeitslosengeld I erhalten bei einer Arbeitsunfähigkeit weiter bis zu 6 Wochen Leistungen von der Agentur für Arbeit.

Bezieher von Arbeitslosengeld II erhalten dieses weiter.

Krankengeld

Nach Ende der Entgeltzahlung haben Arbeitnehmer Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse, wenn sie mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des betragspflichtigen Arbeitsentgelts (Bruttoeinkommen), jedoch nicht mehr als 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts.

Einmalzahlungen des Arbeitsgebers (Weihnachts- und Urlaubsgeld) werden anteilig berücksichtigt.

Vom Krankengeld müssen noch Beiträge an die gesetzliche Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung gezahlt werden, bei der Krankenkasse ist man jedoch während dieser Zeit beitragsfrei versichert.

Bezieher von Arbeitslosengeld I erhalten Krankengeld in Höhe ihres Arbeitslosengeldes.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld wegen derselben Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzukommt, verlängert sich dadurch nicht die Dauer der Krankengeldzahlung.

Bezieher von Arbeitslosengeld II erhalten ihre Leistungen weiter.

Übergangsgeld

Rentenversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer haben während der Dauer einer Rehabilitationsleistung Anspruch auf Übergangsgeld von der Rentenversicherung, sofern sie keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber erhalten. Bezieher von Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit erhalten Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes. Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte mindestens 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgeltes, jedoch nicht mehr als 75 Prozent.

Bezieher von Arbeitslosengeld II erhalten dieses weiter.

Zuzahlungsbefreiung

Die Summe aller jährlichen Zuzahlungen (z.B. für Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Arznei- und Verbandsmittel, häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel, medizinisch notwendige Transportkosten etc.) wird innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine individuelle Belastungsgrenze beschränkt, welche zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens beträgt.

Überschreiten die Zuzahlungen diese Grenze im Kalenderjahr, sollte der Versicherte sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Er erhält dann für sich sowie seinen Ehegatten und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung und es werden zu viel gezahlte Zuzahlungen von der Krankenkasse zurückerstattet.

Für chronisch Kranke und deren Behandlung wurde unter bestimmten Bedingungen eine reduzierte individuelle Belastungsgrenze festgelegt, die bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens liegt.