

Hilfen für Krebspatienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz

Broschürenreihe: Den Alltag trotz Krebs bewältigen

A white sticky note with rounded corners is placed on a computer keyboard. The keyboard keys are visible in the background, including 'W', 'E', 'S', 'D', 'X', 'C', 'V', 'B', 'N', 'M', 'O', 'P', 'L', and semicolon/underscore keys. The text on the note is written in a cursive, handwritten style.

Willkommen
zurück im Büro

Henrike Korn
Rechtsanwältin
für Medizin- und
Sozialrecht

Fiktive Patientenbeispiele:

Karl K., Kerstin T., Friedrich P. und Sandra F. – das sind fiktive Patientenbeispiele, die in dieser Broschüre helfen, die komplizierten Zusammenhänge im Spannungsfeld der Krebspatienten, ihrer medizinischen Versorgung, der Kostenübernahme durch die Krankenkassen und der weiteren Absicherung durch das Sozialsystem zu verdeutlichen. Die Namen und Geschichten sind frei erfunden, können sich so oder ähnlich aber durchaus in der Realität zutragen.



Karl K.



Kerstin T.

Diese Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit dem Krebsverband Baden-Württemberg e.V.



Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Ine Schmale, Verum (uG) – Fachredaktion, Westerburg

Beratung:

Evelin Scheffler, Leiterin Kirchliche Sozialstation, Diez

Entwicklung:

© WORTREICH – Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH, Limburg

12. Auflage, 2017

„Jetzt beginnt der Supergau“, das ist oft eine emotionale Reaktion auf das, was die Untersuchung beim Arzt oder in der Klinik als Ergebnis ergeben hat. Der Betroffene braucht jetzt alle Kraft, um den Kampf gegen den Krebs aufzunehmen. In dieser Extremsituation sich auch noch Gedanken oder Sorgen um die berufliche Existenz mit bzw. nach einer solch schweren Krankheit machen zu müssen, überfordert viele. Dies umso mehr, als die vielen Unterstützungsmöglichkeiten, die unser gegliedertes Sozialsystem bietet, sich nicht so einfach erschließen.

Vielen ist nicht bekannt, dass unser vergleichsweise immer noch sehr gutes soziales Netz Möglichkeiten und Chancen bereithält, um solche existentiellen Krisen zu vermeiden oder wenigstens abzufedern. Wer weiß schon um die Möglichkeiten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die eine Frühverrentung vermeiden helfen? Wer kennt schon die qualifizierten Beratungsangebote, die einen durch den Bürokratie-dschungel begleiten?

Der Krebsverband Baden-Württemberg und die insgesamt 16 Landesverbände der Deutschen Krebsgesellschaft stehen nicht nur in guten Kontakten zu Kranken- und Rentenversicherungsträgern oder zu den Arbeitsagenturen und sonstigen Sozialbehörden. Unse-

re qualifizierten psychosozialen ambulanten Krebsberatungsstellen sind kurzfristig und kostenlos bereit, um individuell Unterstützung zu leisten bei gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Fragestellungen.

Derzeit kämpfen wir nachdrücklich darum, dass solche Krebsberatungsstellen nicht nur erhalten, sondern darüber hinaus an noch „weißen Flecken“ als wichtige Anlaufstellen für Betroffene und deren Angehörigen eingerichtet werden. Wir, der Krebsverband Baden-Württemberg und die anderen Landeskrebsgesellschaften, kämpfen derzeit um ein verlässliches Finanzierungskonzept für eine bedarfsgerechte Anzahl solcher psychosozialen Krebsberatungsstellen.

Als ehrenamtlicher Geschäftsführer des Krebsverbands Baden-Württemberg weiß ich aus langjähriger Erfahrung, wie wichtig es ist, wenn gerade Sie als Betroffene uns dabei im Rahmen Ihrer Möglichkeiten unterstützen. Scheuen Sie sich nicht, Ihre – hoffentlich – guten Erfahrungen den Krankenkassen und politischen Meinungsträgern mitzuteilen. Lassen Sie uns selbstverständlich auch wissen, wenn Sie Verbesserungsbedarf sehen! ■

Hubert Seiter

*Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des
Krebsverbands Baden-Württemberg*



Henrike Korn

Frau Rechtsanwältin Henrike Korn, MBA, berät und vertritt bundesweit Leistungserbringer im Gesundheitswesen kompetent und engagiert sich im Bereich des Medizinrechts sowie im angrenzenden Versicherungsrecht und Sozialrecht und ist „Mediatorin im Gesundheitswesen“.

Durch ihr soziales, ehrenamtliches Engagement als Gründerin und Vorstandsvorsitzende der Kopf-Hals-Tumorstiftung, die sich in erster Linie für Prävention von Kopf-Hals-Krebserkrankungen und Unterstützung der Selbsthilfe einsetzt, ist sie bestens mit den aktuellen Problemen der Versorger und der Patienten vertraut und hat eine große Nähe „zur Praxis und Patienten“.

Die hohe Beratungsqualität belegt das durch die Bundesrechtsanwaltskammer verliehene Fortbildungszertifikat „Qualität durch Fortbildung“.

Frau Rechtsanwältin Korn hat den Hauptstandort ihrer Kanzlei „Korn Healthcare Law“ in Hamburg und eine Zweigstelle in Berlin.

www.korn-healthcare-law.de

Nichts ist mehr so wie es war – mitten aus dem Beruf heraus

Kaum eine Erkrankung verändert das Leben eines Betroffenen so sehr wie die Diagnose Krebs. Innerhalb eines Wimpernschlags bekommt das Wort „Leben“ eine andere Bedeutung. Prioritäten müssen neu gesetzt werden, Hoffnungen und Ängste um die Zukunft bestimmen die Gedanken. Existenzielle Lebensfragen für sich und die Familie treten in den Vordergrund: Wie soll und kann es weitergehen? Kann ich meine Aufgaben innerhalb der Familie erfüllen? Kann ich meine bisherige Arbeit bewältigen und wie wird mein Arbeitgeber, wie werden meine Kollegen und auch mein Freundeskreis reagieren? Droht mir eine Kündigung, weil ich lange krank bin? Wie belastbar bin ich noch? Kann ich überhaupt zurück in mein altes Arbeitsumfeld oder ist eine berufliche Neuorientierung für mich notwendig?

Müdigkeit, weniger Selbstvertrauen, Angst vor einem Rückfall und Schuldgefühle wegen der als schlecht empfundenen Leistungsfähigkeit gehören zu den häufigsten Schwierigkeiten, mit denen Krebspatienten bei ihrem beruflichen Wiedereinstieg zu kämpfen haben. Ganz besonders verunsichern finanzielle Sorgen und die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, die Betroffenen.

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz bedeutet daher für viele Krebspatienten, nach der Ausnahmesituation der Krankheit, den Wiedereintritt in das normale Leben. Der Beruf kann eine Kraftquelle sein, die eine verloren geglaubte Wertschätzung zurückgibt. Die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz und die Anerkennung von Vorgesetzten und Geschäftspartnern geben das wichtige Gefühl zurück, gebraucht zu werden und sich einzubringen. Darum sollte man, trotz aller Erschwernisse durch die Behandlung, frühzeitig die Weichen für die Rückkehr in den Beruf und die „Normalität“ stellen.

Diese Broschüre versteht sich als Hilfestellung für den Wiedereinstieg und als Wegbegleiter, um bestehende Möglichkeiten zu kennen und wahrzunehmen. Sie finden in diesem Ratgeber die rechtlichen Hintergründe rund um die Themen stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf, Kündigungsschutz sowie die finanzielle Absicherung während Krankheit, Rehabilitation und Wiedereingliederungsmaßnahmen. An fiktiven Beispielen werden die besprochenen Themen erläutert, denn es ist nicht leicht, sich als Laie im Paragraphenschwung zurechtzufinden. ■

Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

9

- Auch bei der Diagnose Krebs an eine Zukunft glauben
- Finanzielle Absicherung während der Krebsbehandlung
- Die medizinische Rehabilitation
- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- Onkologische Nach- oder Festigungskuren
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Finanzielle Absicherung während der Anschlussheilbehandlung und Nachsorge
- Darf der Arbeitgeber seinem erkrankten Arbeitnehmer kündigen?
- Kleinbetrieb bis 10 Mitarbeiter
- Betrieb mit mehr als 10 Mitarbeitern
- Besonderheiten bei der Kündigung von Schwerbehinderten
- Heilungsbewährung bei Krebserkrankung



18 – Grad der Behinderung (GdB)



31 – Grundsicherung

Rückkehr an den Arbeitsplatz 22

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/
Berufliche Rehabilitation
- Stufenweise Wiedereingliederung nach
dem „Hamburger Modell“
- Voraussetzungen und Regelungen für die
stufenweise Wiedereingliederung
- Ansprechpartner bei der stufenweisen
Wiedereingliederung
- Finanzielle Absicherung während der
Wiedereingliederung

Arbeitslosigkeit 29

Privatversichert 30

Erwerbsminderungsrente 31

- Grundsatz „Reha vor Rente“
- Voraussetzungen der Erwerbsminderungsrente
- Grundsicherung

Antrags- und Widerspruchsverfahren 34

- Welche Rechte und Pflichten für Kostenträger bzw. Antragsteller gelten bei der Antragstellung?
- Wie ist mit der Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme umzugehen?

Medizinische Gutachten 36

- Was steht den Versicherten zu?
- Typische Fehlerquellen in medizinischen Gutachten

Nachwort 38

- Erwachen aus dem Alltäglichen

Wertvolle Ansprechpartner 40

- Ihre Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region
- du bist kostbar
- KOK
- Hilfreiche Institutionen



34 – Medizinische Gutachten

Begriffserklärungen 55

- Fachbegriffe – verständlich gemacht

Anhang 60

- Stichwortverzeichnis
- Broschüren für Krebspatienten

Auch bei Diagnose Krebs an eine Zukunft glauben

Karl K.:

Karl K. steht mitten im Leben, als bei ihm Darmkrebs diagnostiziert wird. Er ist 44 Jahre alt, verheiratet und hat drei Kinder, die alle zur Schule gehen. Karl K. hat vor drei Jahren die Arbeitsstelle gewechselt und ist jetzt bei einem kleinen Unternehmen mit acht Mitarbeitern als Elektrotechniker angestellt.

Neben den Sorgen um die Therapiezeit und ob der Krebs überhaupt bekämpft werden kann, denkt Karl K. in schlaflosen Nächten über die Bezahlung der Haus- und Haushaltskosten nach. Seine Frau arbeitet bereits stundenweise als Servicekraft in einem Restaurant und dennoch reicht es hinten und vorne nicht. Wie soll die Familie über die Runden kommen, wenn er ausfällt? Wer wird auf die Kinder aufpassen, wenn seine Frau Dienst hat und er nicht da sein kann?

Auch seine Arbeitskollegen blicken dem Ausfall von Karl K. mit Sorge entgegen. In der kleinen Firma fällt es schwer, die dadurch anfallenden zusätzlichen Aufgaben auf die anderen Mitarbeiter zu verteilen. Karl K. kann in den zwei Wochen, die bis zu seinem Krankenhausaufenthalt vergehen, einiges vorbereiten, aber für eine lange Auszeit reicht das nicht.

Auch zu Hause wird vieles liegen bleiben. Karl K. versucht, seinen Kindern gegenüber zuversichtlich aufzu-



treten, aber innerlich ist er voller Zweifel. Seine Frau spricht ihm Mut zu und hilft ihm durch die schwere Zeit der Therapie. Nach der Operation, bei der alles sichtbare Tumorgewebe entnommen wurde, erhält Karl K. für ein halbes Jahr Chemotherapie. Sein Arzt hatte ihm erklärt, dass die Chemotherapie eventuell im Körper herumdriftende Tumorzellen abtöten soll – leider wurden in einem der entnommenen Lymphknoten Tumorzellen gefunden. Eine große Erleichterung war die Nachricht, dass sich keine Metastasen in anderen Organen angesiedelt hatten und damit die Chancen, dass der Krebs nicht zurückkommt, relativ gut stehen. ■

Finanzielle Absicherung während der Krebsbehandlung

Als Karl K. zur Operation ins Krankenhaus geht, weiß er, dass er erst einmal eine Lohnfortzahlung erhält, aber wie lange und was kommt dann?

Wer ist vom Krankengeld ausgeschlossen?

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige
- Teilnehmer, die Leistungen innerhalb der beruflichen Rehabilitation beziehen
- Bezieher von Grundsicherung, Sozialhilfe (SGB XII), Sozialgeld und Arbeitslosengeld II
- Familienversicherte (Ehegatten und Kinder)

Krankengeld wird auch nicht gezahlt, sofern eine der folgenden Leistungen bezogen wird:

- Altersrente
- Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung (gilt allerdings nur noch für vor dem 02.01.1961 Geborene)
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Vorruhestandsgeld
- Lohnersatzleistungen wie Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld

Während seiner Erkrankung erhält ein Patient zunächst sechs Wochen lang Lohnfortzahlung von seinem Arbeitgeber. Im Anschluss an die Lohnfortzahlung bezahlt die zuständige Krankenkasse das Krankengeld. Das Krankengeld beträgt 70 % des regelmäßigen Arbeitsentgelts (Bruttoentgelt), maximal aber 90 % des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts.

Lohnfortzahlung

Krankengeld

Krankengeld wird wegen derselben Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertagen) innerhalb von drei Jahren, der so genannten Blockfrist, gezahlt. Diese Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die zugrunde liegende Krankheit und endet nach drei Jahren. Mehrere Blockfristen können bei gleichzeitiger Erkrankung mit verschiedenen Ursachen parallel laufen. Das heißt, wenn Karl K. zum Beispiel aufgrund seiner Krebserkrankung bereits 54 Wochen Krankengeld bezogen hat und dann bei einem Unfall einen komplizierten Bruch erleidet, so hat er wieder Anspruch auf die kompletten 78 Wochen Krankengeld innerhalb der nächsten drei Jahre, bei Arbeitsausfall in Folge des Unfalls. Dieser erneute Anspruch auf Krankengeld besteht allerdings nur dann, wenn der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand! Dasselbe gilt, wenn er einen Krankheitsrückfall erleidet.

Blockfrist

Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

**Berufs-
krankheit** Krebs kann eine Berufskrankheit sein. Beispielsweise ist Lungen- oder Kehlkopfkrebs, wenn der Betroffene im Beruf den Schadstoffen Asbest, Arsen, Nickel, Chrom oder Benzopyrenen ausgesetzt war, seit 1997 als Berufskrankheit anerkannt. Damit handelt es sich

um einen „Versicherungsfall“ im Sinne des gesetzlichen Unfallsversicherungsrechts (SGB VII), so dass der Betroffene kein Krankengeld, sondern Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft erhält.

**Verletzten-
geld**

Die medizinische Rehabilitation

Karl K.:

Karl K. hat die Operation, den Umständen entsprechend, gut überstanden. Die Chemotherapie fällt ihm schwer, aber der Arzt rät ihm dennoch, alle sechs Zyklen durchzuziehen, um das Risiko eines Rückfalls so gut es geht zu reduzieren. Am schlimmsten sind für ihn Übelkeit und Müdigkeit. Er fühlt sich alles andere als fit und überlegt, ob er in diesem Zustand wohl arbeitsfähig wäre. Seine Arbeit ist Karl K. wichtig, sie gibt ihm Wertschätzung und Anreiz. Mit seinem Arzt bespricht er aus diesem Grunde die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme.




**Medizinische
Rehabilitation** Man unterscheidet bei der medizinischen Rehabilitation (Reha) zwischen der Anschlussheilbehandlung, die den Genesungsprozess fördern soll, sowie onkologischen Folge- oder Nachkuren, die die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit aufheben oder einer drohenden Erwerbsunfähigkeit vorbeugen sollen. Bei der Beantragung der Maßnahme unterstützen Sozialdienste oder Sozialstationen den Patienten.

Übrigens: Der Patient hat in jedem Fall ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Reha-Einrichtung, die allerdings für das Verfahren zugelassen sein muss, und auch bei der Frage, ob die Maßnahme ambulant oder stationär durchgeführt wird. Es kommt aber letztendlich darauf an, was objektiv medizinisch erforderlich ist.

Anschlussheilbehandlung (AHB)

Kerstin T.:



Kerstin T. ist 35 Jahre alt, als ihr im Spiegel eine Veränderung der rechten Brustwarze auffällt. Sie ist schnelles Handeln gewohnt und macht direkt einen Termin mit der Frauenärztin aus. Ihre schlimmsten Befürchtungen werden wahr: Brustkrebs. Als Sekretärin in einem modernen Architektenbüro ist sie ständig mit Kunden in Kontakt und achtet auf ein gepflegtes Erscheinungsbild. Umso härter trifft es Kerstin T., dass die Aggressivität des Tumors die Amputation der Brust erfordert. Sie ist froh, dass sie nach der Therapie nicht direkt wieder an ihren Arbeitsplatz muss. Unter Mithilfe von Mitarbeitern des Sozialen Dienstes beantragt sie eine Reha-Maßnahme noch während ihres Krankenhausaufenthalts und legt eine ärztliche Stellungnahme bei.

Nach einem stationären Aufenthalt können Krebspatienten eine medizinische Rehabilitation in Form der Anschlussheilbehandlung auf Kosten der Krankenkasse erhalten. Ziel ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern. Voraussetzungen für die Bewilligung einer Anschlussheilbehandlung sind:

- Die Anschlussheilbehandlung muss „medizinisch notwendig“ sein, was in der Regel für onkologische Erkrankungen gilt.

- Sie muss unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Erstbehandlung anschließen oder in engem zeitlichem Zusammenhang erfolgen. Die Anschlussheilbehandlung soll innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen, im Einzelfall darf sie aus zwingenden Gründen hinausgezögert werden. Die Erstbehandlung kann die Operation sein, aber auch die Chemo- oder Strahlentherapie, insofern sie stationär erfolgt. Die Anschlussheilbehandlung kann parallel zu einer ambulanten Chemotherapie beantragt werden und in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Primärbehandlung erfolgen. Dies sind in der Regel 14 Tage, bei Kopf-Hals-Krebs-Patienten gelten allerdings Ausnahmen.
- Der Patient muss rehabilitationsfähig, das heißt ausreichend belastbar sein, um die Anschlussheilbehandlung antreten zu können.

**Erst-
behandlung**

Die Anschlussheilbehandlung dauert in der Regel drei Wochen und wird von der Rentenversicherung für den Patienten und, sollte dies notwendig sein, auch für seine Begleitperson oder eine Pflegekraft genehmigt.

Wichtig! Die Anschlussheilbehandlung ist vom behandelnden Arzt bereits im Krankenhaus zu verordnen und möglichst unter Hilfe des Sozialen Dienstes vom Patienten zu beantragen. Wird der Patient nach Entlassung aus dem Krankenhaus zunächst noch ambulant bestrahlt, kann auch der niedergelassene Radiologe die Anschlussheilbehandlung verordnen.

Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

Übrigens: Der Krankenversicherte hat für die stationäre Anschlussheilbehandlung eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro/Tag für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten, sofern der Kosten-

träger die Krankenkasse ist. Erfolgt die Anschlussheilbehandlung auf Kosten der Deutschen Rentenversicherung, so ist eine Zuzahlung für höchstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. ■

Onkologische Nach- oder Festigungskuren



Onkologische Nachsorge- leistungen

Innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der ersten Behandlung (Primärbehandlung) können onkologische Nachsorgeleistungen zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes beantragt werden. Der Antrag wird beim zuständigen Kostenträger gestellt, also im Fall des Arbeitnehmers bei der Deutschen Rentenversicherung. Hilfe in Fragen der Antragstellung findet man bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (siehe Begriffserklärungen; Internetsuche unter www.rehaservicestellen.de) oder bei den Sozialdiensten der Klinik. Auch die Nach- oder Festigungskuren im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Sie dauern in der Regel drei Wochen und werden, wenn aus me-

Kerstin T.:

Kerstin T. konnte nach der Reha-Maßnahme schnell wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Sie spürte allerdings, dass sie ihrem Körper vor der Krebserkrankung zu viel zugemutet hatte, und ging erheblich seltener als früher zu abendlichen Events. Sie ernährte sich bewusster und verzichtete auf Alkoholkonsum. Mit der Umstellung der Lebensweise verlor Kerstin T. ihren Lebenspartner und ihren Freundeskreis. Auch viele der Arbeitskollegen und Kunden konnten mit ihrer Erkrankung nicht umgehen und mieden Kerstin T. nach ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz. Der Verlust ihrer Vertrauenspersonen und ein zunehmender Hass auf den eigenen Körper warf Kerstin T. in schwere Depressionen. Die Fehlzeiten im Büro wurden häufiger, wie auch die Tage, die sie gar nicht mehr aus dem Bett fand. Schließlich vertraute sich Kerstin T. ihrem Hausarzt an, der ihr wegen der psychischen Probleme im Zusammenhang mit der bestehenden Beeinträchtigung der Beweglichkeit des Arms und den Lymphabflussstörungen eine Nachkur empfahl, und ihr half, diese zu beantragen.



Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

Begleitperson

medizinischer Sicht eine Begleitperson erforderlich ist, auch für den Angehörigen des Krebspatienten oder eine Pflegeperson gewährt. Die Beantragung weiterer onkologischer Reha-Maßnahmen innerhalb der folgenden zwei Jahre ist bei Auftreten erheblicher Funktionsstörungen durch die Tumorerkrankung oder damit zusammenhängender Komplikationen, wie zum Beispiel einer Beeinträchtigung der Beweglichkeit oder Lymphabflussproblemen, möglich.

Wichtig! Bei onkologischen Erkrankungen sieht das Sozialgesetzbuch ausnahmsweise vor, dass auch eine onkologische Nachsorgekur als Anschlussheilbehandlung beantragt werden kann. In diesem Falle ist die Krankenkasse der Kostenträger und es können unter Umständen spezialisierte Einrichtungen aufgesucht werden.

Übrigens: Für die stationäre Reha-Maßnahme ist eine Zuzahlung von 10 Euro/Tag zu leisten, bei onkologischer Nachsorgekur ist die Zuzahlung auf 14 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. ■

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Karl K.:

In der Reha wird Karl K. bereits in der ersten Woche in die Werkstatt zur Belastungserprobung geschickt. Mit einem Therapeuten arbeitet er dort 3-6 Stunden täglich an Konzentrations- und Geschicklichkeitsaufgaben. Er ist erstaunt, wie häufig er eine Pause

braucht und wie zitterig seine Hände sind. Nach drei Tagen haben die Therapeuten herausgefunden, welche Arbeitstherapie Karl K. helfen wird, um seine Leistungsfähigkeit zu verbessern, und haben für ihn einen individuellen Plan aufgestellt.



Belastungserprobung

Wie bei Karl K. wird im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, zur Ermittlung der verbliebenen Leistungsfähigkeit des Patienten, eine Belastungserprobung durchgeführt. Dabei soll untersucht werden, ob und in welchem Umfang der Patient in der Lage ist, die Anforderungen seines Arbeitsplatzes zu bewältigen. Weitere Maßnahmen richten sich dann nach dem Ergebnis der Belastungserprobung: So kann entweder ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder eine Wiedereingliederung

in den Beruf erfolgen. Mit einer Arbeitstherapie können schwierige Arbeitsabläufe geübt und die Belastbarkeit der Betroffenen beziehungsweise die Eignung für das Ausführen gewisser Tätigkeiten gefördert werden.

Arbeitstherapie

Wichtig! Seien Sie ehrlich mit sich selbst und vertrauen Sie sich Ihrem Arzt und den Therapeuten an, wenn Sie sich überfordert fühlen. Dafür ist die Belastungserprobung da. Auf Wunsch kann später eine weitere Belastungserprobung durchgeführt werden. ■

Finanzielle Absicherung während der Anschlussheilbehandlung und Nachsorgekur

Anschlussheilbehandlung Während der Anschlussheilbehandlung im direkten Anschluss an die Krankenbehandlung erhält der Patient weiter Krankengeld. Nach 78 Wochen der Arbeitsunfähigkeit endet der Anspruch auf Krankengeld. Dem Krebspatienten im berufsfähigen Alter bleiben bei Beendigung der Krankengeldzahlungen folgende Möglichkeiten:

- Er geht wieder einer Beschäftigung nach oder
- er bezieht Arbeitslosengeld (siehe Begriffserklärungen) von der Agentur für Arbeit oder
- er bezieht die Erwerbsminderungsrente von der Rentenversicherung (bei Feststellung der Erwerbsunfähigkeit).

Übrigens: *Einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat grundsätzlich, wer arbeitslos ist, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos meldet und die Anwartschaftszeit (ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis innerhalb der vergangenen zwei Jahre für mindestens zwölf Monate) erfüllt hat. Wer arbeitslos ist, muss im Normalfall den Vermittlungen der ARGE zur Verfügung stehen. Laut „Nahtlosigkeitsregelung“ muss dem Antragsteller das Arbeitslosengeld aber auch dann gezahlt werden, wenn noch keine rechtskräftige Entscheidung über die Erwerbsminderung erfolgt ist. Also auch dann, wenn der Langzeiterkrankte der Arbeitsagentur nicht zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht!*

Nachsorgekur Während der onkologischen Nachsorgekur hat der Patient Anspruch auf Übergangsgeld. Das Übergangs-

geld ist eine Lohnersatzleistung und beträgt 68-75 % des letzten Nettoarbeitsentgelts. Gezahlt wird das Übergangsgeld im Normalfall von der Deutschen Rentenversicherung. Es kommen hierfür aber auch andere Kostenträger in Betracht:

- Bei einer Berufskrankheit zahlt die zuständige Berufsgenossenschaft.
- Bei Arbeitslosigkeit zahlen die Jobcenter/ARGE (siehe Begriffserklärungen, Seite 53).
- Bei Empfängern der Grundsicherung ist das Sozialamt zuständig.

Das Übergangsgeld kann während der Rehabilitation oder unmittelbar im Anschluss daran, das heißt bis zu 14 Tage danach, beantragt werden und richtet sich nach den letzten Arbeitseinkünften. Beamte, die privat krankenversichert sind, haben einen Beihilfe-Ergänzungstarif, der für die medizinische Reha-Maßnahme und alle damit verbundenen Kosten aufkommt.

Eine Reha-Maßnahme unterbricht den Bezug von Krankengeld. Wenn die Rehabilitation beendet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, wird der Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung auf Erwerbsminderungsrente gestellt. Die erste Begutachtung der Arbeits(un)fähigkeit erfolgt durch die Ärzte der Reha-Einrichtung, der Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss vom Patienten gestellt werden. ■

Übergangsgeld

Kostenträger

Beihilfe-Ergänzungstarif

Erwerbsminderungsrente

Darf der Arbeitgeber seinem erkrankten Arbeitnehmer kündigen?



Karl K.:

Karl K. hat regelmäßig Kontakt mit seinem Arbeitgeber. Der hat ihn immer beruhigt, ihm gesagt, dass die Firma hinter ihm steht. Als Karl K. von Wiedereingliederungsmaßnahmen spricht und erzählt, dass er sich im Moment noch keine acht Stunden – ganz zu schweigen von Überstunden – vorstellen kann, sieht der Chef, auch zum Schutz der anderen Mitarbeiter,

Handlungsbedarf. Schon jetzt trägt die Arbeitslast zu einer schlechten Stimmung bei und es ist vorauszu-sehen, dass eine weitere Mitarbeiterin bald in Mutterschutz gehen wird. Es muss also wieder eine Stelle besetzt werden, entweder durch Karl K. oder einen neuen Mitarbeiter. Zum ersten Mal wird über eine mögliche Kündigung gesprochen.

Kündigung

Die Angst um den Arbeitsplatz ist einer der ersten Punkte, die einem Krebspatienten beim Thema „Beruf“ Sorgen bereiten. Leider bietet Krankheit keinen Schutz vor einer Entlassung, solange sich der Arbeitgeber bei der Kündigung an die gesetzlichen Vorschriften hält. Diese hängen unter anderem von der Anzahl der Mitarbeiter

ab. Eine besondere Ausnahme ist die Kündigung eines Mitarbeiters mit Schwerbehindertenausweis. In diesem Fall ist bei mindestens sechsmonatiger Beschäftigung die Zustimmung des Integrationsamtes (siehe Begriffserklärungen) nötig, um eine wirksame Kündigung aus-sprechen zu können. ■

**Integrations-
amt**

Kleinbetrieb bis 10 Mitarbeiter

Die Frage, ob einem Arbeitnehmer aus Krankheitsgrün-den gekündigt werden darf, hängt davon ab, ob es sich um ein Unternehmen handelt, für den das Kündigungsschutzgesetz (KSchG) gilt, oder um einen Kleinbetrieb, bei dem in der Regel jederzeit ordentlich gekündigt werden kann: In Kleinbetrieben, in denen nicht mehr

als 10 Mitarbeiter beschäftigt sind, kann dem kranken Arbeitnehmer jederzeit unter Einhaltung der gesetz-lichen oder vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist das Arbeitsverhältnis ohne Angabe von Gründen (auch während der Krankheit) gekündigt werden. Der Arbeit-nehmer hat hier quasi keinen Kündigungsschutz. ■

Betrieb mit mehr als 10 Mitarbeitern

Kündigungsschutzgesetz

Für Betriebe mit mehr als 10 Mitarbeitern gilt das Kündigungsschutzgesetz (KSchG), das heißt, hier braucht der Arbeitgeber für eine Kündigung rechtlich nachprüfbar Gründe. Die Kündigung bedarf einer „sozialen Rechtfertigung“ in Form von betriebsbedingten, verhaltensbedingten oder personenbedingten Gründen. Eine Kündigung wegen der Krankheit eines Mitarbeiters fällt unter die „personenbedingten Gründe“. Dem Arbeitnehmer kann also trotz des anwendbaren Kündigungsschutzgesetzes aus Krankheitsgründen gekündigt werden, allerdings fordert die Rechtsprechung hierfür drei Voraussetzungen:

- Erstens müssen zum Zeitpunkt der Kündigung Tatsachen vorliegen, die die Vermutung weiterer Erkrankungen des Arbeitnehmers in dem bisherigen Umfang rechtfertigen (so genannte „negative Gesundheitsprognose“).
- Zweitens muss feststehen, dass die zu erwartenden Fehlzeiten des Arbeitnehmers zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen oder wirtschaftlichen Interessen des Arbeitgebers führen. Eine solche Interessenbeeinträchtigung wird bereits dann angenommen, wenn es aufgrund der Fehlzeiten des Arbeitnehmers zu Störungen des Betriebsablaufs oder zu erheblichen Belastungen des Arbeitgebers mit Lohnfortzahlungskosten kommt.

- Die Kündigung ist drittens nur dann zulässig, wenn dem Arbeitgeber eine Weiterbeschäftigung des erkrankten Arbeitnehmers nicht zugemutet werden kann. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn es keine andere Einsatzmöglichkeit in dem Betrieb gibt. Bei der Frage, ob eine Kündigung zulässig ist, müssen aber auch die Interessen des Arbeitnehmers berücksichtigt werden. Dabei spielen Aspekte wie die Dauer des Arbeitsverhältnisses, das Lebensalter des Arbeitnehmers, die Krankheitsursachen und die Fehlzeiten vergleichbarer Arbeitnehmer eine Rolle.

Insgesamt sind an eine krankheitsbedingte Kündigung hohe Anforderungen zu stellen: Eine Kündigung ist nur dann sozial gerechtfertigt, wenn es sich

- um häufige Kurzerkrankungen handelt – das heißt, der Arbeitnehmer erhält Lohnfortzahlungen bei Erkrankungen von insgesamt mehr als sechs Wochen pro Jahr in zwei aufeinanderfolgenden Jahren,
- um eine dauerhafte beziehungsweise lang andauernde Arbeitsunfähigkeit handelt – das heißt, aufgrund ärztlicher Gutachten ist in den nächsten 24 Monaten nicht mit einer Genesung zu rechnen, oder
- um eine dauerhafte krankheitsbedingte Leistungsminderung handelt – das heißt, der Arbeitnehmer erscheint zwar zur Arbeit, seine Leistungen bleiben

Häufige Kurzerkrankungen

Dauerhafte/lang andauernde Krankheit

Krankheitsbedingte Leistungsminderung

Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

aber erheblich hinter den erwarteten Leistungen zurück.

Im Fall von häufigen Kurzerkrankungen wird berücksichtigt, dass zum Beispiel ein Arbeitgeber einem Mitarbeiter, der schon seit 20 Jahren zur Zufriedenheit im Betrieb gearbeitet hat, mehr soziale Rücksichtnahme schuldet als einem erst wenige Jahre beschäftigten Ar-

beitnehmer, der von Anfang an immer wieder krankheitsbedingt abwesend ist.

Übrigens: Eine Abmahnung vor Aussprache der krankheitsbedingten Kündigung ist nicht erforderlich, da bei Kündigung aus „personenbedingten Gründen“, anders als bei einer „verhaltensbedingten Kündigung“, dem Mitarbeiter keine Verletzung des Arbeitsvertrages zum Vorwurf gemacht wird. ■

Besonderheiten bei der Kündigung von berufstätigen Schwerbehinderten

Friedrich P.:

Friedrich P., Staplerfahrer in einer Brauerei, verlor vor fünf Jahren bei einem Arbeitsunfall seine linke Hand. Nach einer Umschulung konnte er in der Qualitätskontrolle der Brauerei weiterarbeiten. Als er an Prostatakrebs erkrankt, besitzt er bereits einen Schwerbehindertenausweis. Sein Arbeitgeber will ihm kündigen. Bei Friedrich P. entscheidet das Integrationsamt, dass die Aussichten auf Wiedererlangung der vollen Leistungsfähigkeit gut sind. Für Friedrich P. spricht auch, dass er bereits mehr als 20 Jahre in derselben Firma tätig und seine Tätigkeit mit einer geringeren Stundenzahl zu vereinbaren ist.



Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

Schwerbehinderte Schwerbehinderte, also Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50, haben neben dem Schutz nach dem Kündigungsschutzgesetz einen besonderen Kündigungsschutz. Die Kündigung bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes, einzige Voraussetzung: Der schwerbehinderte Arbeitnehmer muss mindestens sechs Monate bei dem Arbeitgeber beschäftigt sein.

Integrationsamt

Übrigens: Neben dem besonderen Kündigungsschutz bietet die Anerkennung als Schwerbehinderter durch das Versorgungsamt eine Reihe von Vergünstigungen: So hat man bis zu 5 Tage mehr Urlaubsanspruch, einen Steuerfreibetrag, Altersrente ab 60 und erhält darüber hinaus ggf. so genannte „Nachteilsausgleiche“ in Form von „Merkzeichen“, wie die unentgeltliche Beförderung im Personennahverkehr (inkl. der Begleitperson), Parkerleichterungen sowie die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht.

Krebserkrankte haben fast immer einen Anspruch auf Anerkennung der Schwerbehinderung! Für die Antragstellung ist nicht nur die Grunderkrankung „Krebs“ maßgeblich, sondern alle dauerhaften Funktionseinschränkungen, wie zum Beispiel Schulter-Arm-Hebeschwäche, Lymphabflussstörungen, Nervenläsionen, besondere psychische Beeinträchtigungen wie Depressionen oder Ängste/Phobien. Der Schwerbehindertenausweis gilt zunächst für zwei bis fünf Jahre und wird bei weiterbestehenden körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen verlängert.

Versorgungsämter Zuständig für die Antragstellung sind die Versorgungsämter (siehe Begriffserklärungen). Der Antrag sollte mit den behandelnden Ärzten abgestimmt werden,

damit alle dauerhaften Funktionsbeeinträchtigungen genannt werden. Auch dauerhafte Funktionseinbußen, die nichts mit der Krebserkrankung zu tun haben, dürfen hier nicht vergessen werden.

Den Schwerbehinderten „gleichgestellt“ sind Arbeitnehmer, deren anerkannter Grad der Behinderung 30 oder 40 beträgt und die infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten können.

Gleichgestellte

Anhaltspunkte für eine krankheitsbedingte Gefährdung des Arbeitsplatzes können bei einem Krebserkrankten beispielsweise sein:

- wiederholte und häufige krankheitsbedingte Fehlzeiten,
- verminderte Arbeitsleistung (auch bei behinderungsgerecht ausgestaltetem Arbeitsplatz),
- dauernde verminderte Belastbarkeit, verminderte Leistungsfähigkeit,
- eingeschränkte berufliche und/oder regionale Mobilität aufgrund der Behinderung.

Schwerbehinderten werden folgende Erleichterungen bei der Arbeit eingeräumt:

- Freistellung von jeglicher Mehrarbeit (zum Beispiel im Schichtbetrieb)
- Anspruch auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben, wie zum Beispiel auf technische Arbeitshilfen (Sitz-

Erste Weichenstellungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz

hilfen, Hebevorrichtungen, orthopädische Hilfen, Treppenlifte) oder die Übernahme der Kosten einer

notwendigen Arbeitsassistenz (bei Erblindung eines Richters durch einen Hirntumor kann zum Beispiel ein Assistent Akten vorlesen, die der Richter aufgrund seiner fachlichen Kompetenz bearbeitet)

Grad der Behinderung (GdB)

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund einer Erkrankung und wird durch einen ärztlichen Gutachter bemessen. Der GdB wird in 10er-Schritten zwischen 20 und 100 angegeben, wobei eine höhere Zahl bedeutet, dass die Behinderung schwerer ist. Ab einem GdB von 50 spricht man von Schwerbehinderung und es kann ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen können Menschen mit einem GdB unter 50 den Schwerbehinderten „gleichgestellt“ werden.



Übrigens: Bei Krebspatienten wird häufig ein hoher Behinderungsgrad festgestellt, auch wenn sie dabei erwerbsfähig sind.

- gesetzlich verankerter Anspruch auf eine Teilzeitbeschäftigung.

Der Gleichstellungsantrag kann bei der zuständigen Arbeitsagentur gestellt werden.

Übrigens: Ein Antrag auf Schwerbehindertenanerkennung oder Gleichstellung sollte bei einer Krebserkrankung so früh wie möglich gestellt werden, denn ein Feststellungsverfahren bei den Versorgungsämtern kann erfahrungsgemäß mehrere Monate dauern. Die Feststellung wirkt rückwirkend ab Antragsdatum. Der besondere Kündigungsschutz für schwerbehinderte Arbeitnehmer greift aber nur dann, wenn der Antrag auf Schwerbehindertenanerkennung oder Gleichstellung mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung gestellt wurde.

Der Arbeitgeber muss einen schriftlichen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung oder zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses beim örtlich zuständigen Integrationsamt stellen. Das Integrationsamt hört den Schwerbehinderten an, holt die Stellungnahmen der Schwerbehindertenvertretung und des Betriebsrats ein und ist zudem verpflichtet, alles zu klären, was für die Ermittlung des Sachverhaltes erforderlich ist. Dann wird im Sinne einer gütlichen Einigung eine „Kündigungsschutzverhandlung“ geführt. Wird in dieser mündlichen Verhandlung keine Einigung erreicht, so wird das Verfahren durch das Integrations-

Integrations-
amt

Kündigungsschutz-
verhandlung

amt nach „pflichtgemäßem Ermessen“ entschieden. Das bedeutet, dass die Behörde wegen fehlender Rechtsvorschriften nach sachlichen Gesichtspunkten entscheidet. Das Integrationsamt wägt dazu die öf-

fentlichen Belange und die Interessen des Einzelnen ab. Gegen die Entscheidung des Integrationsamtes kann binnen eines Monats Widerspruch eingelegt werden. ■

Heilungsbewährung bei Krebserkrankung

Heilungsbewährung

Der Begriff der „Heilungsbewährung“ (siehe Begriffserklärungen) bedeutet, dass wegen der aufgetretenen Krebserkrankung und der damit zusammenhängenden Gefahr eines Rückfalls oder später noch auftretender Metastasen der Grad der Behinderung für einen bestimmten Zeitraum höher angesetzt wird, als die tatsächlichen Einschränkungen es erfordern würden. Man bekommt sozusagen einen „Zuschlag“ für eine bestimmte Zeit, in der abgewartet werden muss, ob ein Rückfall oder Metastasen auftreten.

Die Heilungsbewährung umfasst – je nach Art des Tumors – einen Zeitraum von zwei bis fünf Jahren nach Eintritt der Krebserkrankung. Die Heilungsbewährung beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Tumor durch Operation oder andere Primärtherapie (Bestrahlung oder Chemotherapie) als beseitigt angesehen werden kann.

Nach Ablauf der Zeit der Heilungsbewährung wird der Grad der Behinderung neu bewertet. Soweit kein Rückfall feststellbar ist, wird ein niedrigerer Grad der

Kerstin T.:

Kerstin T. gewann in der Nachkur wieder an Selbstvertrauen und Lebensmut und beschloss, ihr Leben nun komplett umzugestalten. Sie machte eine Umschulung zur Sachbearbeiterin in der Stadtverwaltung und engagierte sich, soweit es ihre Kraft erlaubte, in einer Selbsthilfegruppe. Aufgrund ihrer andauernden Armhebeschwäche, regelmäßigen Terminen zur Lymphdrainage und ihrer psychischen Situation, bekam sie in der Zeit der Heilungsbewährung fünf Tage zusätzlichen Urlaub.

Behinderung für die Zukunft festgesetzt. Nun fällt der „Gefahrenzuschlag“ weg und es werden nur noch die konkret verbleibenden Funktionsbeeinträchtigungen bewertet. Diese Herabsetzung des Grads der Behinderung ist gerechtfertigt, weil die erfolgreiche Heilungsbewährung als wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse gesehen wird. ■



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/ Berufliche Rehabilitation

Karl K.:

Karl K. kann seinen Arbeitgeber davon überzeugen, erst einmal einen Zeitarbeiter anzustellen und ihm die stufenweise Rückkehr an seinen Arbeitsplatz zu ermöglichen. Später würde man weitersehen. Die Kollegen stimmen zu, auch, um der familiären Situation von Karl K. die Anspannung zu nehmen.

Berufliche Rehabilitation

Der Gesetzgeber hat Möglichkeiten geschaffen, damit auch kranke und behinderte Mitbürger am Arbeitsleben teilhaben können. Die berufliche Rehabilitation beruht auf den Vorgaben aus dem Sozialgesetzbuch (SGB – siehe Begriffserklärungen) und dient als Leitfaden, der an den individuellen Besonderheiten des Betroffenen ausgerichtet ist. Die beiden Voraussetzungen, die zur Wiedereingliederung in den Beruf gebraucht werden, bringt Karl K. mit sich: Seine Genesung schreitet gut voran und er bringt eine hohe Motivation mit. Bevor er in die Arbeitswelt zurückkehrt, soll er an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, um die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wiederherzustellen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeits- leben

Die so genannten „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (früher: „Berufliche Rehabilitation“) sind Vorgaben aus dem Sozialgesetzbuch und umfassen alle

Reha-Maßnahmen zur Förderung der Berufstätigkeit von kranken Menschen. Dazu gehören auch Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu erhalten, Bildungsmaßnahmen, Zuschüsse an den Arbeitgeber und Übernahme von Kosten. Die meisten dieser Leistungen sind **Ermessensleistungen**, das heißt, sie werden im Rahmen einer individuellen Einzelfall-Entscheidung der Behörde getroffen. Das gilt vor allem für den Umfang beziehungsweise die Höhe des Anspruchs. Nur dort, wo der Gesetzgeber durch Rechtsverordnung die Höhe explizit geregelt hat, wie zum Beispiel der Kraftfahrzeughilfe, liegt die Höhe nicht im Ermessen der Behörde.

Wichtig! Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ können bereits während oder im unmittelbaren Anschluss an die medizinische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger, der Agentur für Arbeit oder der Berufsgenossenschaft beantragt werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind:

- Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu erhalten und Förderung zur Arbeitsaufnahme inkl. Leistungen zur Beratung und Vermittlung.
- Übergangsbeihilfe, das sind Geldleistungen zur Sicherstellung des Lebensbedarfs des einzugliedern den Arbeitnehmers und seiner Familienangehörigen bei Aufnahme einer Arbeit oder Berufsausbildung bis zur ersten Gehaltszahlung.

- Trainingsmaßnahmen, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, ggf. auch eine durch die Behinderung notwendige Grundausbildung.
- Leistungen zur Existenzgründung, wenn der Betroffene dadurch ins Erwerbsleben zurückfindet. Voraussetzung sind 90 Tage Restanspruch auf Arbeitslosengeld bei Aufnahme der selbständigen Tätigkeit sowie das Vorliegen einer Stellungnahme einer fachkundigen Stelle (Handwerkskammer, IHK).
- Zuschüsse an Arbeitgeber zur Erhöhung der Einstellungsbereitschaft eines Schwerbehinderten.

Ergänzende Leistungen

Darüber hinaus werden „ergänzende Leistungen“ zur Rehabilitation und Teilhabe angeboten. Sie dienen der beruflichen Wiedereingliederung und sollen das Ziel der Reha-Maßnahmen erreichen und sichern helfen. Dazu zählen zum Beispiel:

- Kraftfahrzeughilfe: Zuschüsse für den Kauf eines Autos oder einer behindertengerechten Zusatzausstattung. Voraussetzung: Der Betroffene ist aufgrund seiner Behinderung dauerhaft auf die Nutzung eines PKW angewiesen. Der Zuschuss zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs ist vom Einkommen des Antragstellers abhängig. Bei höheren Einkommen sinkt der Zuschuss stufenweise. Die Kosten und Reparaturen einer behinderungsbedingten Zusatzausstattung für das Auto übernehmen Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften und das Integrationsamt in vollem Umfang und unabhängig vom Einkommen. Die Erlangung einer

Fahrerlaubnis und die Beförderung durch Transportdienste können ebenfalls bezuschusst werden. Dieser Zuschuss ist ebenfalls einkommensabhängig. Bei einem Nettoeinkommen bis 1.165 Euro werden die Kosten voll erstattet, bis 1.600 Euro werden 64 % der Kosten erstattet und bis 2.035 Euro 28 % der Kosten, über 2.130 Euro kein Zuschuss.

- Fahrtkostenbeihilfe: Kosten für tägliche Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte. Eine Übernahme kommt nur in Ausnahmefällen in Betracht, wenn die Höhe der täglichen Fahrtkosten zu einer unzumutbaren Belastung des Versicherten führen würde. Die Fahrtkostenbeihilfe kann für die ersten sechs Monate der Beschäftigung erbracht werden und richtet sich nach den gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Antragstellers. Wird ein privates Kraftfahrzeug genutzt, werden die Kosten im Rahmen einer Entfernungspauschale erstattet. Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist für den Versicherten dann nicht zumutbar, wenn ein Grad der Behinderung von mindestens 80 vorliegt und zusätzlich eine Gehbehinderung festgestellt wurde (Merkzeichen „G“ oder „aG“).
- Trennungskostenbeihilfe: Wenn eine getrennte Haushaltsführung für die Aufnahme einer Beschäftigung nötig ist, so können für die ersten sechs Monate einer Beschäftigung bis zu 260,- Euro monatlich vom Kostenträger übernommen werden.
- Ausrüstungsbeihilfe: Übernahme der Kosten für Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte.

Rückkehr an den Arbeitsplatz

- Hilfsmittel: Es gibt eine Reihe von Hilfsmitteln, die den Erkrankten in seinem Alltag oder bei der Ausübung des Berufs unterstützen, wie zum Beispiel orthopädische Hilfen, Stimmprothesen, Seh- oder Hörhilfen. Auch nicht medizinische und nicht berufliche Hilfsmittel, wie Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten für die Teilnahme am Gemeinschaftsleben, zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten und zur Teilnahme am kulturellen Leben gehören dazu. Die Kosten für die Hilfsmittel sind dann als Teilhabeleistung zu übernehmen, wenn nicht schon die Krankenkasse verpflichtet ist, diese zu tragen.
- Technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung: Um Folgeerscheinungen einer Behinderung für die berufliche Tätigkeit auszugleichen, kann die Rentenversicherung persönliche Hilfsmittel oder besondere technische Hilfsmittel am Arbeitsplatz, wie zum Beispiel Sitzhilfen oder Rollstuhlrampen, bezuschussen bzw. übernehmen. Die Kostenübernahme gilt für die Beschaffung, die Wartung und Reparatur und für Schulungen zum Umgang mit den Arbeitshilfen.
- Notwendige Arbeitsassistenz zur Erlangung von Arbeit: Ein schwerbehinderter Arbeitnehmer mit erheblichem Unterstützungsbedarf kann sich an seinem Arbeitsplatz durch eine Assistenzkraft unterstützen lassen, wenn weder die behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung, noch eine vom Arbeitgeber bereitgestellte Assistenz ausreichen, um die Ausführung der Arbeit zu ermöglichen. Die Assistenzkraft hilft bei Arbeiten, die der schwerbehinderte Arbeitnehmer nicht selbst ausführen kann, wobei sie lediglich Hilfsarbeiten übernimmt. Die Aufgaben, die den Beruf des schwerbehinderten Mitarbeiters ausmachen, müssen durch ihn selbst ausgeführt werden. So kann ein durch einen Hirntumor erblindeter Mensch einen „Vorleser“ zur Hilfe erhalten oder ein durch einen HNO-Tumor tauber Mensch einen Gebärdendolmetscher. Höhe und Dauer der Leistung liegen im Ermessen der Kostenträger. Für eine Arbeitsassistenz unter einer Stunde täglich beträgt das monatliche Budget 275,- Euro, für ein bis zwei Stunden täglich 550,- Euro und für über drei Stunden täglich bis zu 1.100,- Euro. Die Arbeitsassistenz kann bis zu drei Jahre finanziert werden, wenn nur auf diese Weise ein Arbeitsplatz erlangt oder erhalten werden kann.
- Ausgleichszahlung: Kompensation eines Verdienstauffalls des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber durch die Rehabilitationsträger. Die Reisekosten umfassen nur den tatsächlichen Verdienstauffall.
- Wohnungshilfe: Dies sind finanzielle Ausgleichsleistungen für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung. Sie werden gezahlt, wenn nicht nur vorübergehend die behinderungsgerechte Anpassung oder Bereitstellung von Wohnraum erforderlich ist.

Wohnungshilfe wird auch zur Sicherung der beruflichen Eingliederung erbracht, das Vorliegen einer Behinderung wird hier nicht vorausgesetzt. Die Höhe der Ausgleichsleistungen richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls. Hilfe zur Beschaffung einer behindertengerechten Wohnung kann auch der Kostenaufwand für einen Makler sein. Zu behinderungsbedingten Um- und Ausbauten kann auch der Umbau von Garagen, Toreinfahrten, Türöffnern, Hebebühnen und Aufzügen gehören. Finanzielle Hilfe wird auch für die Erhaltung dieser Maßnahmen durch Reparaturen gewährt.

- **Kinderbetreuungskosten:** Für die Mitnahme des Kindes zur Bildungsstätte oder für die anderweitige Unterbringung des Kindes. Sofern dadurch die Betreuung sichergestellt ist, werden Kinderbetreuungskosten bis zu einer Höhe von derzeit 145,- Euro monatlich je Kind gegeben. Die Unterstützung hängt vom Einkommen der betroffenen Eltern ab.
- **Reisekostenbeihilfe:** Fahrtkosten für den Antritt einer neuen Arbeitsstelle werden einmalig für die Fahrt vom bisherigen Wohnort zum neuen Lebensmittelpunkt zur Aufnahme von Arbeit unterstützt.
- **Reha-Sport und Funktionstraining:** Ziel des Rehabilitationssports ist es unter anderem, die Ausdauer

und Kraft der Betroffenen zu stärken sowie ihre Koordination und Flexibilität zu verbessern.

- **Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke:** Die Schulung soll den Patienten zum Selbstmanagement befähigen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen.

Übrigens: Dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollte immer eine ärztliche Bescheinigung beigelegt werden, die neben Diagnose und Therapie alle Einschränkungen des Betroffenen in seinem alltäglichen Leben genau beschreibt.

Ob ein Krebspatient nach der Rehabilitation zu einer Teil- oder Vollzeitbeschäftigung übergehen kann, hängt von der gesundheitlichen Verfassung des Betroffenen ab. Dabei darf der berufliche Wiedereinstieg den von einer schweren Krankheit genesenen Patienten allerdings nicht überfordern. Eine Teilzeitbeschäftigung oder eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit kann den Wiedereinstieg erleichtern. Nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz hat jeder Arbeitnehmer das Recht auf eine Verringerung der vertraglich festgesetzten Arbeitszeit, sofern er seit mindestens sechs Monaten bei der Firma beschäftigt ist und keine betrieblichen Gründe dagegensprechen. ■

Stufenweise Wiedereingliederung nach dem „Hamburger Modell“



Sandra F.:

Sandra F. arbeitete als Sekretärin in einer Versandfirma. Sie erkrankte an Kehlkopfkrebs und verlor mit der Entfernung des Kehlkopfes ihre Stimme. Körperlich hatte sie die Therapie ansonsten gut verkräftet und fühlte sich schnell wieder arbeitsfähig. Ihr Arbeitgeber und ihre Kollegen unterstützen die Wiedereingliederung in den Beruf und übertrugen ihr Aufgaben, bei denen sie keinen Kundenkontakt hatte. Sie erhielt auch die Zeit, sich in einer ambulanten Rehabilitation mit logopädischer Hilfe eine so genannte „Ersatzstimme“ zu erarbeiten. Während dieser Zeit erhielt sie Übergangsgeld



von der Deutschen Rentenversicherung. Erst als Sandra F. schließlich wieder voll arbeitsfähig war, wenn auch das Telefonieren immer eine eingeschränkte Aufgabe blieb, erfolgte ihre Bezahlung wieder durch den Arbeitgeber.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Um langfristig erkrankten Mitarbeitern die Rückkehr in das Arbeitsleben zu erleichtern, sind Unternehmen in Deutschland, egal welcher Größe, verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM; siehe Begriffserklärungen, Seite 52) zu organisieren. Für den erkrankten Mitarbeiter ist dieses eine Chance, schrittweise wieder arbeitsfähig zu werden und gegebenenfalls eine neue berufliche Perspektive zu bekommen, zumindest aber seinen alten Arbeitsplatz zu erhalten. Aber auch der Arbeitgeber profitiert in der Regel davon, wenn der Arbeitnehmer in absehbarer Zeit wieder schrittweise für den Arbeitsplatz „fit“ gemacht wird, zumal der Arbeitgeber während

der Zeit der Wiedereingliederung nicht verpflichtet ist, ein Gehalt zu zahlen. Als bekannteste Maßnahme des BEM hat sich die „stufenweise Wiedereingliederung“ nach dem „Hamburger Modell“ etabliert.

Hamburger Modell

Ausgangspunkt dieser Wiedereingliederungsmaßnahme ist der von dem behandelnden Arzt oder dem Betriebsarzt gemeinsam mit dem Patienten zu entwickelnde Stufenplan, der darauf zielt, dem Patienten eine stufenweise Rückkehr in den Arbeitsalltag zu ermöglichen. Der Stufenplan bzw. Wiedereingliederungsplan ist individuell auf den Erkrankten in seiner Situation anzupassen.

Stufenplan

Der Stufenplan ist kein fester Vertrag zwischen Arbeitgeber und betroffenem Mitarbeiter, da die Genesung bei Beginn der Wiedereingliederungsmaßnahme niemals absehbar ist. Durch den Stufenplan werden aber der Beginn und die voraussichtliche Dauer der Maßnahme (üblicherweise sechs Wochen bis sechs Monate), die tägliche Arbeitszeit und die Zeitpunkte der stufenweisen Erhöhung geregelt. Noch bestehende oder eventuell dauerhaft bestehende Einschränkungen sind in dem Stufenplan zu berücksichtigen. Letztendlich muss der Stufenplan auch die Möglichkeit des jederzeitigen Abbruchs festlegen und die möglichen Gründe für einen Abbruch durch den erkrankten Mitarbeiter definieren. Für die Wiedereingliederungsmaß-

nahme hat der Arbeitgeber nichts zu zahlen. Grund ist, dass das Wiedereingliederungsverhältnis kein Arbeitsverhältnis mit gegenseitigen Rechten und Pflichten darstellt, sondern ein Rechtsverhältnis eigener Art, bei dem die medizinische Rehabilitation im Vordergrund steht. Das heißt, da der Arbeitnehmer aufgrund seiner fortbestehenden Erkrankung nicht verpflichtet ist, seine im Arbeitsvertrag beschriebenen Tätigkeiten voll auszufüllen, ist der Arbeitgeber andererseits auch nicht zur Zahlung des Arbeitsentgelts verpflichtet.

Übrigens: Das „berufliche Eingliederungsmanagement“ (BEM) gilt für alle Beschäftigten, also nicht nur für Schwerbehinderte. Ebenso gilt es nicht nur für Angestellte, sondern auch für Beamte. ■

Voraussetzungen und Regelungen für die stufenweise Wiedereingliederung

Stufenweise Wiedereingliederung Gesetzliche Voraussetzung für die stufenweise Wiedereingliederung ist, dass ein Mitarbeiter länger als sechs Wochen (mehr als 42 Tage) in den letzten zwölf Monaten arbeitsunfähig erkrankt ist. Weitere Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Feststellung der Erkrankte seine bisherige Tätigkeit teilweise verrichten kann.

Die Vereinbarung eines Stufenplans ist für den Patienten freiwillig. Aber auch der Arbeitgeber ist grundsätzlich nicht rechtlich verpflichtet, der stufenweisen

Wiedereingliederung zuzustimmen. Allerdings ergeben sich für ihn bei Verweigerung der Zustimmung nachteilige Folgen, wie insbesondere die Umkehrung der Beweislast. Das heißt, im Rahmen eines arbeitsgerichtlichen Kündigungsprozesses wird dem Arbeitgeber die Darlegungs- und Beweislast auferlegt. Eine krankheitsbedingte Kündigung wird als unverhältnismäßig angenommen und damit unwirksam, wenn der Arbeitgeber dem betroffenen Mitarbeiter nicht vor der Kündigung eine Wiedereingliederungsmaßnahme angeboten hat. Dadurch wird die Möglichkeit, eine

Rückkehr an den Arbeitsplatz

wirksame krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen, erheblich eingeschränkt. Schwerbehinderte und Gleichgestellte hingegen haben unter bestimmten Voraussetzungen einen einklagbaren Anspruch auf die Zustimmung des Arbeitgebers zur Durchführung

der beantragten Wiedereingliederungsmaßnahme. Der Arbeitgeber kann sich gegen diesen Anspruch nur wehren, indem er darlegt, dass die Wiedereingliederung ihm im Einzelfall „unzumutbar“ ist oder unverhältnismäßig hohe Kosten verlangt. ■

Ansprechpartner bei der stufenweisen Wiedereingliederung

Wiedereingliederungsplan

Koordiniert wird die Wiedereingliederungsmaßnahme vom behandelnden Arzt oder dem Betriebsarzt. Der Arzt arbeitet in Zusammenarbeit mit dem Patienten den Wiedereingliederungsplan (Stufenplan) aus, den der Arbeitgeber dann akzeptieren kann oder nicht. Als Ansprechpartner im Unternehmen empfiehlt sich der

Betriebsrat oder die Schwerbehindertenvertretung, insbesondere, wenn bereits ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt wurde oder dies geplant ist. In kleineren Betrieben oder Unternehmen ist der Vorgesetzte oder die Personalabteilung Ansprechpartner. ■

Finanzielle Absicherung während der Wiedereingliederung

Krankengeld

Karl K. wurde sein Antrag auf Wiedereingliederung bewilligt. Er fängt in der ersten Woche mit fünf Arbeitsstunden täglich an. Die Krankenkasse kommt für die Kosten der Maßnahme auf und zahlt auch sein Krankengeld weiter. Der Versicherte erhält Krankengeld unabhängig davon, wie lange die Wiedereingliederungsmaßnahme andauert. Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung von sechs Monaten erhält der

Betroffene ab Beginn der Wiedereingliederungsmaßnahme volle sechs Monate Krankengeld, auch über die 78-Wochen-Frist hinaus. Für Behinderte, die Arbeitslosengeld II beziehen und mindestens drei Stunden erwerbsfähig sind, sind die Jobcenter/ARGE zuständige Kostenträger der Maßnahme. Sofern gegen diese Träger kein Anspruch besteht, sind die Sozialhilfeträger (siehe Begriffserklärungen, Seite 52) zuständig. ■

Arbeitslosigkeit

Übergangsgeld

Wenn jemand als Bezieher von Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II während der Arbeitslosigkeit erkrankt oder bereits als Schwerbehinderter anerkannt wurde, werden ihm während der Reha-Maßnahme Leistungen in Form von Übergangsgeld von den Jobcentern/ARGE gezahlt. Voraussetzung hierfür ist, dass in den letzten drei Jahren vor Beginn der Maßnahme insgesamt zwölf Monate in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt wurde. ■



Privatversichert

Private Kranken- versicherung

Privat Versicherte sind in der Regel durch ihren Versicherungsvertrag mit der privaten Krankenversicherung abgesichert. Dieser Vertrag richtet sich nicht nach sozialrechtlichen Bestimmungen, sondern nach den Musterbedingungen der Krankenversicherungen (MB/KK 2009) und den entsprechenden Tarifbedingungen in Verbindung mit dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Kranken- tagegeld

Oft haben privat Versicherte eine Krankentagegeldversicherung, aus denen ihnen im Krankheitsfall ein

vereinbarter täglicher Betrag als Einkommensersatz gezahlt wird. Während der stufenweisen Wiedereingliederung erhalten sie Übergangsgeld.

Die genaue Höhe der von der privaten Krankenversicherung zu beanspruchenden Zahlungen richtet sich nach den jeweiligen Tarifbedingungen des Versicherungsvertrages, die durchaus unterschiedlich sind. Nur im so genannten „Basistarif“, der an die gesetzliche Krankenversicherung des Sozialgesetzbuchs (SGB V) angelehnt ist, sind die Leistungen identisch. ■

Übergangs- geld

Grundsatz „Reha vor Rente“

Nicht immer ist es möglich, wieder in das normale Leben und den Beruf zurückzukehren. Dann stellt der behandelnde Arzt oder ein Gutachter fest, dass der Patient nicht arbeitsfähig ist. In diesem Fall gilt im Rentenrecht der Grundsatz „Reha vor Rente“, das heißt, vor Beantragung der Rente muss eine medizinische Reha-Maßnahme durchgeführt worden sein.

Sozial- medizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung im Entlassungs- oder Abschlussbericht einer Reha-Maßnahme liefert oft die Weichenstellung für ein Rentenverfahren, denn darin hat der Reha-Arzt die bestehenden Einschränkungen des Betroffenen und das so genannte „Restleistungsvermögen“ medizinisch zu beurteilen.

Restleistungs- vermögen

Wichtig! Ist der Versicherte nach ärztlichem Gutachten nicht mehr belastbar, so kann er einen Antrag auf Rente stellen. Versäumt er dies, so wird die Krankenkasse den Versicherten auffordern, einen Antrag auf „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ oder auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Denn der Versicherte hat eine Mitwirkungspflicht bei der Gewährung sozialrechtlicher Leistungen. Wird der Antrag dann immer noch nicht gestellt, so ist die Krankenkasse berechtigt, das Krankengeld „ruhen“ zu lassen, das heißt, sie stellt die Zahlungen ein.

Übrigens: Die Aufforderung der Krankenkasse auf Antragstellung der Erwerbsminderungsrente soll den Versicherten auf die Einstellung der Zahlung des Krankengeldes vorbereiten. Der Versicherte muss selbst den Antrag stellen, aber die Krankenkasse weist frühzeitig darauf hin, damit der Erkrankte bei Unwissenheit nicht plötzlich mittellos dasteht. ■



Voraussetzungen der Erwerbsminderungsrente

Erwerbsminderungsrente Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung erhalten Versicherte, die die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens 36 Pflichtbeiträge erbracht haben und aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit (mindestens sechs Monate) nur noch weniger als drei oder sechs Stunden täglich arbeiten können.

Privilegierung, dass sie als voll erwerbsgemindert anzusehen sind, wenn sie weder in ihrem bisherigen noch in einem ähnlichen („verweisbaren“) Beruf arbeiten können.

Teilweise erwerbsgemindert ist der Versicherte, wenn sein Restleistungsvermögen zwischen drei und sechs Stunden pro Tag liegt. **Teilweise erwerbsgemindert**

Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich befristet geleistet. Sofern nach medizinischer Erkenntnis eine Besserung auszuschließen ist, wird sie unbefristet geleistet.

Im Fall einer Berufskrankheit, wie zum Beispiel Kehlkopfkrebs in Folge der Belastung durch bestimmte Chemikalien am Arbeitsplatz, wird die Erwerbsminderungsrente von der Berufsgenossenschaft geleistet. Dies geschieht 26 Wochen nach der Diagnose, wenn die Arbeitsfähigkeit um wenigstens 20 % reduziert ist. Auch sie wird zunächst vorläufig, aber spätestens nach drei Jahren auf unbestimmte Zeit gewährt. ■ **Berufskrankheit**

Voll erwerbsgemindert Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auf absehbare Zeit außerstande sind, täglich mindestens drei Stunden zu arbeiten. Der Versicherte gilt auch dann als voll erwerbsgemindert, wenn er zwar noch in der Lage ist, täglich drei Stunden zu arbeiten, ihm aber wegen seiner Erkrankung (häufige Pausen, Schmerzen, geminderte Stresstoleranz) faktisch der Arbeitsmarkt verschlossen ist.

Übrigens: „Berufsschutz“ genießen heute nur noch Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren wurden. Für sie gilt (noch) die

Grundsicherung

Wird keine Erwerbsminderungsrente gewährt oder ist die gewährte Rente, das Krankengeld oder das Arbeitslosengeld so niedrig, dass der Lebensunterhalt davon nicht zu bestreiten ist, so kann zur Sicherung des Existenzminimums die „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ beantragt werden.

Grund- sicherung

Besteht eine zumindest teilweise Erwerbsfähigkeit, so wird die „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ (Hartz IV – siehe Begriffserklärungen, Seite 50) gewährt, deren Ziel die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit ist. Voraussetzung für die Gewährung von Grundsicherungsleistungen ist eine entsprechende Hilfebedürftigkeit, die anhand der wirtschaftlichen Verhältnisse nachzuweisen ist.

Übrigens: Die Gewährung von Grundsicherungsleistungen ist von einer Antragstellung abhängig und grundsätzlich nicht rückwirkend möglich. Daher sollte der Antrag möglichst frühzeitig gestellt werden, damit der Lebensunterhalt durchgängig gesichert ist. ■



Antragsverfahren

Trägerübergreifende Servicestellen

Sofern nicht klar ist, ob die Berufsgenossenschaften, die Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit für die Entscheidung und Finanzierung der Maßnahme der richtige Träger ist, kann sich der Patient an die trägerübergreifenden Servicestellen wenden (Adressen sind bei der Stadtverwaltung, Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Integrationsämtern und Rentenversicherungsträgern erhältlich, im Internet: www.reha-servicestellen.de). Von schwerbehinderten Menschen ist ein Antrag auf Reha-Maßnahmen bei den Integrationsämtern zu stellen.

Integrationsamt

Sollte dennoch ein Antrag bei einem unzuständigen Träger gestellt worden sein, entsteht kein Nachteil, da die Reha-Träger verpflichtet sind, die Zuständigkeit untereinander innerhalb bestimmter Fristen zu klä-

ren und den Antrag des Patienten an den zuständigen Träger weiterzuleiten. Der Antragssteller hat eine sozialrechtliche Mitwirkungspflicht, das heißt, er muss alle Unterlagen offenlegen, die für die Gewährung der Leistung notwendig sind.

Sozialrechtliche Mitwirkungspflicht

Anträge auf Reha-Maßnahmen werden von den zuständigen Stellen nach Prüfung bewilligt oder abgelehnt. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass die Ablehnung zu Unrecht erfolgt ist und es sinnvoll erscheint, Widerspruch einzulegen.

Widerspruch

Wichtig! Die Anträge sind immer von dem Patienten selbst, nicht von einem Arzt, zu stellen. Ärzte und Sozialdienste können dabei wichtige Hilfestellungen geben, aber den Antrag nicht einreichen. Dasselbe gilt für den Widerspruch! ■

Welche Rechte und Pflichten für Kostenträger bzw. Antragssteller gelten bei der Antragstellung?

Die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen zur „Teilhabe am Leben“ liegen im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Allerdings sind bei der Ermessensentscheidung das Wunsch- und Wahlrecht des Antragstellers so-

wie das Selbstbestimmungsrecht, Gebote der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, Wertungen des Gesetzgebers, berufliche Neigungen, Benachteiligungsverbote und Vorgaben des federführenden Reha-Trägers zu beachten. ■

Wie ist mit der Ablehnung der Reha-Maßnahme umzugehen?

Ablehnungsbescheid	Wenn eine beantragte Reha-Maßnahme von der zuständigen Behörde abgelehnt wird, kann dagegen binnen eines Monats nach Zustellung des Ablehnungsbescheids Widerspruch eingelegt werden.	einen Rechtsanwalt vornehmen lassen. Hat der gut begründete Widerspruch dennoch keinen Erfolg, bestätigt die Behörde ihre ablehnende Entscheidung durch einen „Widerspruchsbescheid“. Hiergegen kann binnen eines Monats nach Zustellung Klage beim zuständigen Sozialgericht erhoben werden. Vor den Sozialgerichten besteht kein Anwaltszwang, es könnte aber dennoch ratsam sein, einen Anwalt um Hilfe zu bitten. Für das behördliche und gerichtliche Verfahren fallen keine Verfahrens- und Gerichtskosten an.	Widerspruchsbescheid
Widerspruch	Der Widerspruch muss nicht zwingend begründet werden, denn die Behörden sind verpflichtet, eine Überprüfung ihrer Entscheidung von Amts wegen vorzunehmen (so genannter „Amtsermittlungsgrundsatz“). Es scheint jedoch sinnvoll, den Widerspruch zu begründen, um die Erfolgchancen zu erhöhen. Hierzu sollte unbedingt vorher „Akteneinsicht“ beantragt werden. Dies kann der Betroffene entweder selbst tun oder über		Klage beim Sozialgericht
Akteneinsicht		Wichtig! Der Widerspruch muss von dem Patienten selbst eingelegt werden. ■	

Was steht dem Versicherten zu?

**Sozial-
medizinischer
Gutachter** In Antrags- und Widerspruchsverfahren muss zu-
mindest ein sozialmedizinischer Gutachter damit be-
auftragt werden, den gesundheitlichen Zustand, die
Leistungseinschränkungen oder die dauerhaften Funk-
tionseinbußen des Antragstellers/Widerspruchführers
zu beurteilen.

Wenn ein medizinischer Gutachter den Patienten im
Rahmen seines Gutachterauftrags untersucht, gibt es
eine Reihe von Aspekten, die aus Patientensicht zu be-
achten sind. Wichtig ist für den Patienten, dass ihm
ein Wahlrecht bezüglich der Auswahl des Gutachters
zusteht. Das bedeutet, dass er einen Gutachter vor-
schlagen kann, den der Reha-Träger dann beauftra-
gen muss. Allerdings können Besonderheiten gelten,
wenn zum Beispiel gesetzlich festgelegt ist, dass der
Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK; siehe
Begriffserklärungen, Seite 50) einzuschalten ist.

Wahlrecht

Ferner ist wichtig zu wissen, dass der Patient stets ein
Akteneinsichtsrecht hat. Das bedeutet, er sollte, wenn
er die Entscheidung über seine Ansprüche überprüfen
will, unbedingt die kopierte Behördenakte inklusive
etwaiger medizinischer Gutachten und interner ärztli-
cher Stellungnahmen anfordern.

**Akten-
einsichts-
recht**

Bei privat Versicherten kann diese Herausgabe der
medizinischen Stellungnahmen und Gutachten nur an
den Arzt oder einen Rechtsanwalt erfolgen.

Oft basieren Behördenentscheidungen auf der Stel-
lungnahme von „beratenden Ärzten“, die entweder
auf Grundlage einer Untersuchung des Patienten
erarbeitet wird oder nach Aktenlage – also ohne
vorherige Untersuchung des Patienten – abgegeben
wird. ■



Typische Fehlerquellen in medizinischen Gutachten

Es gibt eine Reihe typischer Fehlerquellen in medizinischen Gutachten, auf die man achten sollte:

Fachliche Qualifikation

■ Schon die fachliche Qualifikation des von der Behörde ausgewählten Gutachters kann einen Fehler bedeuten, denn: Nicht jeder Arzt ist für alle Bereiche seines Fachs per se als Sachverständiger anzusehen. Wenn beispielsweise ein Chirurg die Einschränkungen nach einer Krebsbehandlung, wie die Schulter-Arm-Hebeschwäche, Lymphödem, und psychische Einschränkungen, wie Depressionen und Phobien beurteilen soll, ist hier der „Grundsatz der fachgleichen Begutachtung“ verletzt.

■ Ein weiterer Fehler könnte sein, dass das Gutachten nicht von dem Gutachter selbst, sondern von dessen Assistenzpersonal erstellt wurde und diese nicht über das erforderliche fundierte Fachwissen verfügen.

Unerfüllter Gutachten- auftrag

■ Sehr oft hält sich der Gutachter nicht an seinen Gutachtenauftrag. So wird beispielsweise im Schwerbehindertenrecht manchmal ein „Ermessensspielraum“ angenommen, obwohl es sich bezüglich der Bemessung des Grads der Behinderung um eine „gebundene“, also voll nachprüfbar Behördenscheidung handelt. Oder es werden die für unterschiedliche Rechtsgebiete geltenden Voraussetzungen miteinander verwechselt. So wird zum Beispiel die Minderung der Erwerbsfähigkeit im Unfallversicherungsrecht (SGB VII) irrtümlich an den

medizinischen Maßstäben des Versorgungsrechts und des sozialen Entschädigungsrechts beurteilt, was einen Gutachterfehler darstellt. Ferner kann es vorkommen, dass zum Beispiel Definitionen, die von der Rechtsprechung entwickelt wurden, dem medizinischen Gutachter nicht bekannt sind oder falsch interpretiert werden.

■ Zum Teil werden nicht einschlägige oder nicht mehr geltende Richtlinien bzw. Normen als Grundlage des Gutachtens angenommen, zum Beispiel die nicht mehr geltenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP) zitiert anstatt der seit 2009 geltenden „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (VersMedVO).

■ Manchmal wird von dem Gutachter auch eine unzulässige subjektive Wertung vorgenommen – im Sinne einer „Sozialpolitik im Kleinen“.

■ Grundsätzlich gilt, dass ein Gutachten innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu erstellen ist.

Übrigens: Generell gilt: Wer einen Rechtsanwalt einschalten möchte, aber nicht über die finanziellen Mittel dazu verfügt, hat die Möglichkeit, einen Antrag auf Beratungs- und Prozesskostenhilfe zu stellen. Hierzu gibt es Formulare, die zusammen mit den Einkommens- und Vermögensnachweisen bei Gericht zur Entscheidung eingereicht werden müssen. ■

Erwachen aus dem Alltäglichen

In der Früherkennung und der Therapie von Krebserkrankungen hat sich viel getan und es wird weiterhin viel in Forschung und Entwicklung investiert. Sicherlich hat die Diagnose Krebs nichts an Schrecken verloren, aber viele Betroffene können nach Operation und Therapie wieder ein normales Leben führen.

Dennoch bedeutet Krebs immer einen Einschnitt im Leben. Für den einen, wie Karl K., ist es nur eine Unterbrechung und vielleicht ein Zeitpunkt der Besinnung. Bei anderen, wie Kerstin T., kann die Krankheit das gesamte Leben umkrempeln. Nicht immer sind diese

Veränderungen im Leben eine negative Erfahrung. Gerade bei Frauen, die von Brustkrebs geheilt wurden, beobachtet man, dass die Erkrankung oft zu einer Intensivierung des Lebens, zu einem Erwachen aus dem Alltäglichen, geführt hat.

Die Rückkehr in den Beruf bedeutet, dass der Kampf gegen den Krebs zeitweise oder vielleicht für immer gewonnen wurde. Dass Betroffene in dieser Zeit des Kampfes nicht alleine gelassen werden, will diese Broschüre vermitteln. Stellen Sie frühzeitig die Weichen für die Rückkehr in ein normales Leben. ■

Liebe Leserin, lieber Leser,

diese Broschüre gibt Ihnen Informationen, wie Sie sich im eintretenden Fall einer Pflegebedürftigkeit im Sozialsystem zurecht finden, aber auch als Patient bzw. Betroffener Ihre Rechte nachlesen können.

Halten Sie eine persönliche wie vertrauliche Beratung für hilfreich oder notwendig, können Sie sich gerne in einer Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region kostenlos beraten lassen. Die Kontaktadressen finden Sie auf den folgenden Seiten.



Gesund oder an Krebs erkrankt – es gibt genug Gründe, für sich und andere zu sorgen und dem Leben positiv zu begegnen. Weil du kostbar bist.

Die Gesellschaft stigmatisiert Krebserkrankte immer noch, so dass ein offener Umgang mit der Erkrankung und damit die Rückkehr in ein normales Leben erschwert ist. Krebs ist eine Krankheit, die nicht nur den Körper des Menschen zerstört, sondern auch seine Seele. Denn Krebs greift außer den Organen auch die Hoffnung an, die Lebensfreude. Den Wert des Lebens schlechthin.

Der Gedanke „du bist kostbar“ stellt sich dieser Hoffnungslosigkeit entgegen. Er zeigt auf, dass jeder einzelne keinen Grund hat, sich angesichts einer Krebs-

In den Krebsberatungsstellen unterstützen Sie Fachkräfte und zeigen Ihnen Wege, besser mit der belastenden Situation umzugehen.

Die Landeskrebsgesellschaften nehmen auch an der deutschlandweiten Initiative „du bist kostbar“ teil, die Menschen motivieren soll, verantwortungsbewusst mit dem eigenen Körper umzugehen und so einer möglichen Erkrankung oder Wiedererkrankung vorzubeugen. Außerdem soll sie aber auch Betroffenen Mut machen.

erkrankung aufzugeben. Weil er oder sie kostbar ist. Weil es in jedem Leben viele Momente gibt, für die es sich lohnt zu leben.

„du bist kostbar“ ist eine Initiative, die 2012 das Hessische Ministerium für Soziales und Integration und die Hessische Krebsgesellschaft ins Leben rief und die Deutsche Krebsstiftung finanziert. Hilfe vor Ort bieten Experten in den 130 Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften – vertraulich und kostenfrei. Es gibt die Landeskrebsgesellschaften in jedem Bundesland.

Ihre Landeskrebsgesellschaft in Ihrer Region



Menschen, die von Krebs betroffen sind, erfahren die Krankheit oft als tiefen Eingriff in viele Bereiche ihres Lebens. Mit dem Arzt sprechen sie über medizinische Behandlungsschritte, doch häufig bleiben darüber hinaus noch viele Fragen offen. Wir helfen Menschen mit Krebs und deren Angehörigen, mit der Krankheit zu leben – vertraulich und kostenfrei.

BERATUNGSTELEFON: 089/548840-0

Bayerische Krebsgesellschaft e.V.
Nymphenburger Straße 21a, 80335 München
Tel. 089/548840-45, Fax 089/548840-40
info@bayerische-krebsgesellschaft.de
www.bayerische-krebsgesellschaft.de



Wir nehmen uns Zeit für Sie! Mit unseren Beratungsangeboten unterstützen wir Sie individuell und begleiten Sie in den verschiedenen Phasen der Erkrankung. Wir helfen Ihnen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme und Krisen sowie dabei, familiäre und soziale, partnerschaftliche und berufliche Aspekte für sich zu klären.

Unsere Beraterinnen sind psychoonkologisch ausgebildet und können auf ein Netz kompetenter Ansprech-

partner in Sachsen-Anhalt zurückgreifen. Die Gespräche sind kostenfrei und vertraulich!

BERATUNGSTELEFON: 0345/478811-0

Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V.
Paracelsusstraße 23, 06114 Halle (Saale)
Fax: 0345/478811-2
info@krebsgesellschaft-sachsenanhalt.de
www.sakg.de





Menschen mit Krebs und ihren Angehörigen zu helfen, mit den Ängsten, die eine Krebserkrankung auslöst, umzugehen, Lebensmut zu geben und Perspektiven für die weitere Zukunft aufzuzeigen – das ist unser wesentliches Anliegen. Wir machen das in enger und vertrauensvoller Abstimmung mit den über 200 Selbsthilfegruppen nach Krebs in Baden-Württemberg. Zur Verbesserung der psychosozialen Beratungssituation für Krebskranke und Angehörige sind wir derzeit dabei, die Finanzierung der bereits bestehenden Krebsberatungsstellen in Stuttgart, Freiburg, Karlsruhe, Tübingen und Mutlangen zu sichern und weitere Beratungsstellen aufzubauen. Wir und die Krebsberatungsstellen sichern den Ratsuchenden schnelle, vertrauliche und kostenlose Unterstützung zu. Dabei kann es sich beispielsweise um sozialrechtliche Fragen, um die Auseinandersetzung mit der Diagnose und um die Bewältigung von Krisen oder Überlastungssituationen in Familie oder Beruf handeln. Sie entscheiden, ob dies persönlich, schriftlich oder telefonisch erfolgt. Im Einzelfall sind sogar Hausbesuche möglich.

BERATUNGSTELEFON: 0711/84810770

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.
Adalbert-Stifter-Str. 105, 70437 Stuttgart
Tel.: 0711/84810771
info@krebsverband-bw.de
www.krebsverband-bw.de

Spendenkonto:

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE97 6005 0101 0001 0139 00
BIC: SOLADEST600

**Die Krebsberatungsstellen in
Baden-Württemberg:**

Freiburg

Psychosoziale Krebsberatung Freiburg
Hauptstr. 5A, Personalhaus IX im 4. OG
79104 Freiburg
Tel.: 0761/27077500
www.uniklinik-freiburg.de

Karlsruhe

Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige
AWO Kreisverband Karlsruhe
Kronenstr. 15, 76133 Karlsruhe
Tel.: 0721/35007-128
www.awo-karlsruhe.de

Stuttgart

Krebsberatungsstelle Stuttgart
Wilhelmsplatz 11, 70182 Stuttgart
Tel.: 0711/ 51887276
www.kbs-stuttgart.de

Tübingen

Psychosoziale Krebsberatungsstelle am
Südwestdeutschen Tumorzentrum –
CCC Tübingen
Herrenberger Str. 23, 72070 Tübingen
Tel.: 07071/2987033
www.kbs.tumorzentrum-tuebingen.de

Mutlangen

Psychosoziale Krebsberatungsstelle
Ostwürttemberg
Haus 6, Klinikgelände Stauferklinikum
Wetzgauer Str. 85, 73557 Mutlangen
Tel.: 07171/4950230
www.foerderverein-onkologie-sgd.de



Eine Krebserkrankung stellt einen tiefen Einschnitt im Leben dar. Von der Diagnose Krebs ist nicht nur das körperliche und seelische Befinden des Patienten betroffen, auch das Berufsleben sowie die persönliche, finanzielle und sozialrechtliche Situation können in Mitleidenschaft gezogen sein. Zudem belastet eine Krebserkrankung oft auch Angehörige und Freunde.


Unser Beratungsteam nimmt sich Zeit für Gespräche und ist mit professioneller Unterstützung und Begleitung für Sie da – in allen Phasen der Erkrankung, in der

Nachsorge und darüber hinaus. Alle Beratungen sind kostenfrei und vertraulich.

BERATUNGSTELEFON: 0511/3885262

Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.
Königstraße 27
30175 Hannover
krebsberatung@nds-krebsgesellschaft.de
www.nds-krebsgesellschaft.de

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.



Wir sind die zentrale Anlaufstelle für KrebspatientInnen im nördlichsten Bundesland! Wir bieten Krebspatienten und ihren Angehörigen vielfältige Hilfestellung bei der Bewältigung der Erkrankung. In unseren Beratungsstellen helfen wir Ihnen gerne bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen. Wir unterstützen Sie beispielsweise bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung, bei der Beantragung von Reha-Maßnahmen, von Schwerbehindertenausweisen oder von Rentenansprüchen. Außerdem bieten wir psychoonkologische Sprechstunden an, in denen Sie beispielsweise über psychische und soziale Belastungen und Ängste im Zusammenhang mit der Krebserkrankung sprechen können. Auch medizinische Beratung kann bei Bedarf gerne vermittelt werden. Darüber hinaus bieten wir

zahlreiche Broschüren zu verschiedenen Themenstellungen an und führen regelmäßig Kurse zu den Themen Fatigue, Sport in der Krebsnachsorge, Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Theatertherapie durch. Für Angehörige besteht die Möglichkeit kostenfrei in unserer Angehörigenwohnung in Kiel oder Lübeck untergebracht zu werden.

Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.
Alter Markt 1-2
24103 Kiel
Tel. 0431/80010-80
Fax. 0431/80010-89
info@krebsgesellschaft-sh.de



SÄCHSISCHE KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft mit ausgeprägter gesundheitspolitischer Zielsetzung, die alle Bestrebungen zur Bekämpfung der Krebskrankheiten im Freistaat Sachsen und darüber hinaus fördert. Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählen der interdisziplinäre Wissenstransfer, die Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen in ihren psychosozialen Beratungsstellen sowie die Unterstützung der organisierten Selbsthilfe. Darüber hinaus engagiert sie sich für die umfassende Information der Bevölkerung über die Vorsorge und

Früherkennung sowie die Möglichkeiten der Therapie und Nachsorge bei Krebserkrankungen, wobei der Psychoonkologie besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

BERATUNGSTELEFON: 0375/281405

Sächsische Krebsgesellschaft e.V.
Schlobigplatz 23
08056 Zwickau
www.skg-ev.de



Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Eine Krebserkrankung löst Ängste und Fragen aus. Entsprechend groß ist das Bedürfnis nach Information und qualifizierter Beratung. Die Krebsgesellschaft NRW ist seit vielen Jahren Ansprechpartner für Fragen rund um Krebserkrankungen. Die NRW-Beratung befasst sich mit lebenspraktischen, psychischen, körperlichen, sozialen, ethischen und wirtschaftlichen Problemen, die durch eine Krebserkrankung verursacht werden können. Die Beratung ist kostenfrei und strikt vertraulich.

**Psychosoziale Erstberatung bei Krebs für
Nordrhein-Westfalen**

BERATUNGSTELEFON: 0211/30201757

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
Volmerswerther Straße 20
40221 Düsseldorf
beratung@krebbsgesellschaft-nrw.de
www.krebbsgesellschaft-nrw.de





Die Beratung für Krebskranke und ihre Angehörigen nimmt einen besonderen Stellenwert in der Tätigkeit der Thüringischen Krebsgesellschaft ein. Gern unterstützen wir Sie bei Ihren Fragen und Problemen. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!

Die psychosoziale Beratung für Krebskranke und ihre Angehörigen ist in der Arbeit der Thüringischen Krebsgesellschaft besonders wichtig. Die Beratungsstellen der TKG stellen einen Ort dar, wo Menschen mit der Erkrankung Krebs ihre ersten Fragen und Ängste zur Krankheit selbst, zu Möglichkeiten der Betreuung und

des Austauschs mit anderen Betroffenen stellen können.

Beratungsstelle Jena

Paul-Schneider-Str. 4

07747 Jena

Tel. 03641/336988

Fax 036 41/336987

Beratungszeiten:

Montag - Freitag 9.00 - 13.00 Uhr

und nach Vereinbarung





Die psychosoziale Beratung und Betreuung von Krebspatienten ist das Herzstück der Brandenburgischen Krebsgesellschaft mit Sitz in Potsdam. „Die Patienten kommen mit den unterschiedlichsten Fragen zu uns. Sehr oft geht es dabei um Leistungen der Krankenkassen und der Rententräger, Themen bei denen sich viele Patienten und ihre Angehörigen alleine gelassen fühlen.“

Als Ergänzung zu den Einzelberatungen in der Psychosozialen Beratungsstelle bietet die Brandenburgische Krebsgesellschaft diverse Gesprächsgruppen und Seminare für Krebspatienten und ihre Angehörige an. Dazu gehören unter anderem Gesprächsgruppen für Betroffene. Es gibt ferner spezielle Gesprächsrunden

für Angehörige, die durch die Erkrankung ebenfalls in einen Strudel widerstrebender Gefühle gerissen werden. Die Brandenburgische Krebsgesellschaft steht zudem in engem Kontakt mit 17 Selbsthilfegruppen, die Mitglied der Gesellschaft und in ganz Brandenburg verteilt sind.



Brandenburgische Krebsgesellschaft e.V.

Charlottenstraße 57

14467 Potsdam

Tel. 0331/864806

Fax 0331/8170601

mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de

www.krebsgesellschaft-brandenburg.de

Wer von Krebs betroffen ist, erlebt die Krankheit meist als tiefen Eingriff ins Leben. Mit den Ärzten bespricht man die medizinischen Behandlungsschritte, doch häufig leidet die Seele und es stellen sich viele weitere Fragen. Wir beantworten diese Fragen, bieten Lösungsschritte an und vermitteln weiterführende Adressen. Unser Angebot ist kurzfristig verfügbar, vertraulich und kostenfrei. Die Beratungsteams der Hessi-

schen Krebsgesellschaft sind Ansprechpartner für alle Themen, die Krebspatienten betreffen und belasten. Sie erarbeiten mit ihnen gemeinsam Lösungsstrategien und ermöglichen Entlastung von psychischen und sozialen Problemen. Das Beratungsangebot umfasst auch die Themen wie Rückkehr an den Arbeitsplatz, Pflege oder Rehabilitation. Die Psychosozialen Krebsberatungsstellen der Hessischen Krebsgesellschaft sind in Frankfurt am Main, Bad Soden-Salmünster, Bad Wildungen, Wiesbaden und Fulda (www.krebsberatung-hessen.de).

Das Tätigkeitsspektrum der Hessischen Krebsgesellschaft reicht von Aktionen zur Prävention von Krebs bis hin zur Vernetzung der in der Krebsmedizin tätigen Personen und Institutionen.

Hessische Krebsgesellschaft e.V.

Töngesgasse 39

60311 Frankfurt/M.

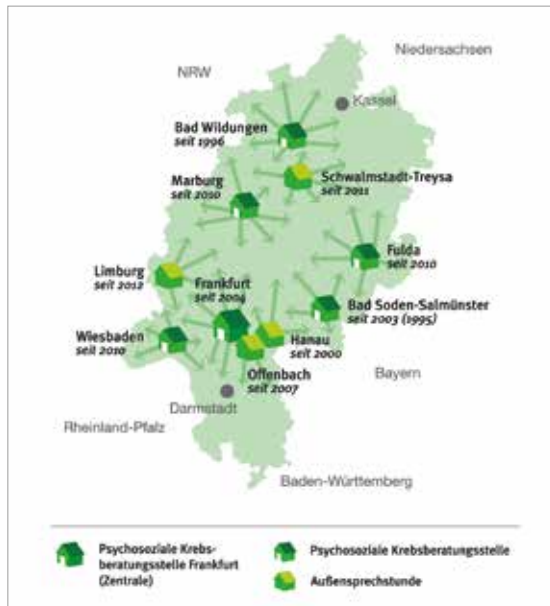
Tel. 069/21990887

Fax 069/21996633

Kontakt@hessische-krebsgesellschaft.de

www.hessische-krebsgesellschaft.de

www.krebsberatung-hessen.de



Bei der Etablierung der psychosozialen Krebsnachsorge hat die Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. eine Art Vorreiterrolle gespielt. „Schon seit den 70er Jahren wurden in den größeren Städten des Landes spezielle Informations- und Beratungszentren gegründet, um Menschen mit Krebs wie auch ihre Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“, so Geschäftsführer Dr. Thomas Schopperth. „Damals gab es den Begriff der Psychoonkologie in seiner heutigen Bedeutung noch gar nicht“.

Entsprechende Zentren bieten Tumorpatienten mittlerweile in Koblenz, Trier, Kaiserslautern und Ludwigshafen kostenfreie Unterstützung. Darüber hinaus werden Außensprechstunden in der Region angeboten, so dass eine bürgernahe Versorgung gewährleistet ist und den Ratsuchenden in allen Lebenssituationen offensteht. Die Mitarbeiter sind dabei umfassend ausgebildet und geschult, denn ein wesentliches Ziel besteht darin, die psychosoziale Begleitung der Betroffenen „aus einer Hand“ im Beratungsalltag zu realisieren.

Dabei umfasst das Leistungsspektrum der Krebsgesellschaft neben den Einzel-, Paar- und Familiengesprächen verschiedene Gruppenaktivitäten sowie Kurse, Seminare und Vorträge und Aktivitäten zur Stärkung einer allgemein gesundheitsbewussten Lebensfüh-

rung. Zudem werden im Bedarfsfall die weiteren notwendigen Schritte gebahnt, zum Beispiel zu einer Psychotherapie, zur Selbsthilfe oder, wenn erforderlich, zur Einholung einer medizinischen Zweitmeinung.

Wir helfen Krebspatienten und ihren Familien. Individuell, vertraulich, kostenfrei.

Informations- und Beratungszentren:

Koblenz

Löhrstraße 119, 56068 Koblenz

Tel. 0261/98865-0, Fax 0261/98865-29

koblenz@krebbsgesellschaft-rlp.de

Trier

Brotstraße 53, 54290 Trier

Tel. 0651/40551, Fax 0651/4361151

trier@krebbsgesellschaft-rlp.de

Ludwigshafen

Ludwigstraße 65, 67059 Ludwigshafen

Tel. 0621/578572, Fax 0621/577051

ludwigshafen@krebbsgesellschaft-rlp.de

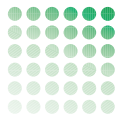
Kaiserslautern

c/o Westpfalz-Klinikum GmbH

Hellmut-Hartert-Straße 14a, 67655 Kaiserslautern

Tel. 0631/31108-30, Fax 0631/31108-31

kaiserslautern@krebbsgesellschaft-rlp.de



SAARLÄNDISCHE KREBSGESELLSCHAFT e.V.

Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Krebskranke Menschen benötigen über die medizinische Hilfe hinaus häufig Unterstützung bei der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen. Wenn Sie Betroffener oder Angehöriger sind, sind Sie in dieser schwierigen Situation nicht allein. Wir im Saarland stehen Ihnen zur Seite – vor, während und nach der Behandlung. Wir helfen Ihnen bei der Krankheitsbewältigung und entwickeln gemeinsam mit Ihnen Wege zur Neuorientierung.

Wir bieten Ihnen Gespräche zum Beispiel zum Umgang mit körperlichen und seelischen Belastungen oder zu Auswirkungen auf Ehe, Partnerschaft, Familie und Bekanntenkreis.

Wir unterstützen Sie bei dem Ausfüllen von Formularen und bei der Beantragung von Leistungen.

Wir vermitteln Hilfsangebote unter anderem an Selbsthilfegruppen oder Hospizdienste etc.

Wir informieren Sie unter anderem über Anschlussbehandlung und Nachsorgekuren, Schwerbehindertenausweise, Krankschreibung und/oder Berentung, berufliche Umschulungs- und Eingliederungsmaßnahmen, finanzielle Hilfsmöglichkeiten in Notlagen, Sozialgeld, Pflegegeld oder häusliche Pflege. Alle Angebote sind für die Ratsuchenden kostenfrei.

Unsere Beratungsstellen:

Saarländische Krebsgesellschaft e.V.

Sulzbachstraße 37, 66111 Saarbrücken

Tel. 0681/95906673

info@saarlaendische-krebsgesellschaft.de

Öffnungszeiten Mo.-Fr. 8.30-12.30 Uhr

Termine für die Außenstellen können über das Sekretariat in Saarbrücken vereinbart werden

Außenstelle Caritasklinik St. Theresia

Haus 6, EG, Onkologische Ambulanz

Rheinstrasse 2, 66113 Saarbrücken

Beratungsstelle in Homburg

c/o Universitätsklinikum des Saarlandes

Gebäude 18, Dachgeschoss, Raum 2.11

66421 Homburg/Saar, Tel. 06841/1623816

Beratungsstelle für Tumorkranke und Angehörige

c/o Onkologisches Zentrum Lebach, Caritasklinik

Heeresstraße 49, 66822 Lebach

SHG-Kliniken Völklingen im Lungenzentrum

Außenstelle, Richardstraße 5-9, 66333 Völklingen

(Parkhaus/Eingang: Pasteurstraße 11a)

KOK (Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege)

Mehr und mehr werden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Medizinische Fachangestellte (MFAs) zum Partner des behandelnden Arztes, andererseits sind sie oft Fürsprecher und erste Ansprechpartner für die von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten. Das erfordert eine hohe Kompetenz im täglichen Umgang mit schwer Erkrankten, um die Versorgung in hoher Qualität sicherzustellen. Deshalb gehören die KOK-Mitarbeiter bzw. die KOK ebenfalls zu den Ansprech-

partnern in Praxis und Klinik. Fragen Sie dort, welche der Mitarbeiter KOK-Mitglieder sind und wie sie zu erreichen sind. Sie helfen gerne!

Zentral erreichbar ist die KOK unter:

[Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der KOK](#)

[KOK-Geschäftsstelle](#)

[Friedrich-Kirsten-Str.1, 22391 Hamburg](#)

[Tel. 0173/5491035](#)

Paradies-kok@web.de

www.kok-krebsgesellschaft.de

Hilfreiche Institutionen

Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften

[www.onkoscout.de/adressen/
landeskrebsgesellschaften](http://www.onkoscout.de/adressen/landeskrebsgesellschaften)

BIH – Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Geschäftsstelle
c/o LVR-Integrationsamt
50663 Köln
Tel.: 0221/809-5390, Fax: 0221/8284-1605
bih@integrationsaemter.de
www.integrationsaemter.de

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin
Tel. (Mo.-Do. 08.00-18.00 Uhr, Fr. 08.00-15.00 Uhr)
030/3406066-01 Bürgertelefon zur
Krankenversicherung
030/3406066-03 Bürgertelefon zur
gesundheitlichen Prävention
030/3406066-02 Bürgertelefon zur
Pflegeversicherung
Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte:
(Schreibtelefon) 030/3406066-09
Fax 030/3406066-07
info.deaf@bmg.bund.de
info.gehoerlos@bmg.bund.de
info@bmg.bund.de

www.bmg.bund.de

Bundeszentrale für gesundh. Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149-161, 50825 Köln
Tel. 0221/8992-0
www.bzga.de

Bundesministerium für Justiz

Sozialgesetzbuch einzusehen unter
www.gesetze-im-internet.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG)

Maria-Hilf-Str. 15, 50667 Köln
Tel. 0221/9311596
www.deutschefatiguegesellschaft.de

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V.

www.hospiz.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin
Tel. 030/3229329-0
service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e. V.

Buschstr. 32, 53113 Bonn
Tel. (Mo.-Do. 09.00-16.00 Uhr, Fr. 09.00-15.00 Uhr)
0228/72990-0 Zentrale

0228/72990-94 Härtefonds
0228/72990-95 Informationsdienst
(Mo.-Fr. 08.00-17.00 Uhr)
deutsche@krebshilfe.de, www.krebshilfe.de

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel. 0228/33889200
www.leukaemie-hilfe.de

Deutsche Rentenversicherung

Ruhrstr. 2, 10709 Berlin
Tel. 0800/10004800
(Mo.-Do. 07.30-19.30 Uhr, Fr. 07.30-15.30 Uhr)
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Schmerzliga e. V.

Postfach 74 01 23, 60570 Frankfurt
Tel. 0700/375375375
www.schmerzliga.de

Roche Pharma AG

Informationen für Patienten

www.roche.de/pharma/onkologie

Verein Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

Münchener Straße 45, 60329 Frankfurt
Tel.: 0180/4435530
info@hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de

INKA-Informationssdienst für Krebspatienten und Angehörige e. V.

Perleberger Straße 44, 10559 Berlin-Tiergarten
Tel. 0800/4203040 (KID)
www.inkanet.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

(Suche nach spezialisierten Ärzten)
www.kbv.de/arztsuche/178.html

KID-Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Tel. 0800/4203040
(täglich 8.00-20.00 Uhr)
krebshilfensdienst@dkfz.de
www.krebsinformation.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronenstr. 13, 10117 Berlin
Postfach 060222, 10052 Berlin
Tel. 0800/2550444
Fax 030/20458931

RKI-Robert Koch-Institut

Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel. 030/18754-0
www.rki.de

Therapiestudienregister der Deutschen Krebsgesellschaft

www.studien.de

Wertvolle Ansprechpartner

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Littenstr. 10, 10179 Berlin

Tel. 0800/0117722

(Mo.-Fr. 8.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-18.00 Uhr)

(kostenlos aus dem deutschen Festnetz)

www.patientenberatung.de

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Tel. 0800/3696000

(Mo.-Fr. 08.30-17.00 Uhr)

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin

Beratung nur über die lokalen Verbraucherzentralen!

info@vzbv.de

www.vzbv.de

Rechtsanwaltssuche

Bundesrechtsanwaltskammer

Littenstr. 9, 10179 Berlin

Tel. 030/284939-0

www.brak.de

Rechtsanwaltssuche auch über:

www.anwaltauskunft.de

www.anwaltssuchdienst.de

www.rechtsanwaltssuche.de

Fachbegriffe – verständlich gemacht

Hartz IV

Die Bundesregierung unter Gerhard Schröder setzte eine Kommission ein, die Vorschläge unterbreiten sollte, wie die Arbeitsmarktpolitik in Deutschland effizienter gestaltet und die staatliche Arbeitsvermittlung reformiert werden könne. Das Konzept wurde auch als Hartz-Paket bezeichnet (Mitglied der Kommission war Peter Hartz als Vorstand der VW-AG), da es ein Bündel von verschiedenen Maßnahmen enthielt. Zur besseren Umsetzung im Gesetzgebungsverfahren wurden die Maßnahmen aufgeteilt in einzelne Gesetze zur Reform des Arbeitsmarktes mit den Kurzbezeichnungen Hartz I, Hartz II, Hartz III und Hartz IV; die einzelnen Gesetze traten schrittweise zwischen 2003 und 2005 in Kraft. Unter Hartz IV-Leistungen werden Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende verstanden, die sich nach dem SGB II richten.

Heilungsbewährung

Nach der Behandlung von Krankheiten, die zu Rezidiven neigen, ist bei der Bemessung des Grades der Behinderung (GdB) oder der Schädigung (GdS) meist eine Heilungsbewährung abzuwarten. Insbesondere gilt dies bei bösartigen Geschwulstkrankheiten. Der Zeitraum des Abwartens einer Heilungsbewährung beträgt in der Regel fünf Jahre. Maßgeblicher Bezugspunkt für den Beginn der Heilungsbewährung ist der Zeitpunkt, an dem die Geschwulst durch Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie (Primärtherapie) als beseitigt angesehen werden kann.

Integrationsamt

Das „Amt für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben“ (Integrationsamt) ist eine Behörde, die die Aufgabe hat, das Schwerbehindertenrecht umzusetzen. In den einzelnen Bundesländern sind sie kommunal oder staatlich organisiert, wobei Aufgaben auf so genannte Fürsorgeämter oder Versorgungsämter übertragen werden können.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Damit die medizinischen und pflegerischen Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit seiner medizinischen und pflegerischen Kompetenz. Der MDK berät die gesetzlichen Kassen in allgemeinen Grundsatzfragen und führt Einzelfallbegutachtungen durch. Im Einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 SGB V (5. Sozialgesetzbuch) beschrieben. Hierzu gehören unter anderem Stellungnahmen zu Arbeitsunfähigkeit, Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. -maßnahmen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung, Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege. Für die Pflegekassen begutachtet der MDK, ob jemand pflegebedürftig ist; darüber hinaus berät er die Pflegekassen in grundsätzlichen Fragen der pflege-

Begriffserklärungen

rischen Versorgung und bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu Hause oder im Pflegeheim.

Rehabilitationsträger

Als solche werden Institutionen bezeichnet, die nach dem Sozialgesetzbuch Leistungen zur sozialen, beruflichen und medizinischen Rehabilitation erbringen. Im Einzelnen sind dies: die Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, die Jugend- und Sozialhilfe sowie die Bundesagentur für Arbeit.

Sozialgesetzbuch (SGB)

Im Sozialgesetzbuch ist das Sozialrecht festgeschrieben. Seit 1969 hat der Gesetzgeber begonnen, die Einzelgesetze in ein Gesamtregelwerk zusammenzufassen. Dieses gliedert sich in zwölf Bücher. Von diesen sind für das Thema „Zurück in den Beruf“ folgende Bücher von Bedeutung:

- SGB II: schreibt die Grundsicherung für Arbeitssuchende, insbesondere die Förderung und finanzielle Förderung von erwerbsfähigen Personen zwischen 15 und 65 Jahren sowie deren Angehörigen fest, so sie über kein eigenes oder ausreichendes Einkommen verfügen
- SGB III: legt die Leistungen (Arbeitsvermittlung und Leistungen bei Arbeitslosigkeit) der Bundesagentur für Arbeit fest
- SGB V: regelt die Krankenversicherung und ihre Leistungen und Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte usw.)

SGB VI: schreibt die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung fest (Rente aus Altersgründen, Rente wegen Erwerbsminderung, Hinterbliebenenrente und Leistungen zu medizinischen, beruflichen und sonstigen Rehabilitationen)

SGB VII: regelt die Leistungen und Versicherungspflicht der Berufsgenossenschaften und öffentlichen Unfallkassen (bei Berufskrankheit, Arbeitsunfall usw.)

SGB IX: soll die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen fördern und Benachteiligungen vermeiden

SGB XII: betrifft die Sozialhilfe, die den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens ermöglichen soll, das der Würde eines Menschen entspricht

Sozialhilfe

Aus dem Grundgesetz ergibt sich die Verpflichtung des Staates, einen Mindeststandard für ein menschenwürdiges Dasein sicherzustellen. Dieses wird im Sozialgesetzbuch XII definiert: „Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.“ Die Sozialhilfe als Hilfe zum Lebensunterhalt kommt für solche Personen in Betracht, die aus Altersgründen oder wegen voller Erwerbsminderung nicht (mehr) erwerbsfähig sind. In dem Fall, dass nichterwerbsfähige Leistungsberechtigte in einer so genannten Bedarfsgemeinschaft (Personen, die persönliche

oder verwandtschaftliche Beziehungen untereinander haben) mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten leben, die selbst Arbeitslosengeld II (Alg II) beanspruchen können, erhält dieser Personenkreis keine Sozialhilfe, sondern Sozialgeld nach dem SGB II solange sie keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben. Sozialhilfeleistungen:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
3. Hilfen zur Gesundheit (vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Familienplanung, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Hilfe bei Sterilisation)
4. Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
5. Hilfe zur Pflege
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
7. Hilfe in anderen Lebenslagen (Blindenhilfe, Altenhilfe, Hilfe in sonstigen Lebenslagen, Bestattungskosten)

Sozialhilfeträger

Sozialhilfeträger – meist auch als Sozialämter bezeichnet – sind die Institutionen, die für die Sozialhilfe zuständig sind, wobei man zwischen den örtlichen und den überörtlichen Sozialhilfeträgern unterscheidet. Angegliedert sind die örtlichen Sozialhilfeträger an die Kreise und kreisfreien Städte. Wer überörtlicher Sozialhilfeträger ist, bestimmen die Bundesländer selbst. So sind zum Beispiel in Bayern die Regierungsbezirke überörtliche Träger, in Nordrhein-Westfalen die Landschaftsverbände, in Hessen der Landeswohlfahrtsver-

band; in Berlin, Hamburg und Bremen sind örtlicher und überörtlicher Träger identisch.

Versorgungsamt

Ein Versorgungsamt oder Amt für Soziale Angelegenheiten (ASA) übernimmt Aufgaben einer sozialen Absicherung (Ausgleich sozialer Risiken wie beispielsweise Krankheit, Arbeitslosigkeit) und individueller Entschädigungen besonders Betroffener und Schwerbehinderter. Versorgungsämter und Landesversorgungsämter wurden als besondere Verwaltungsbehörden der Länder errichtet. Inzwischen können die Länder diese Ämter in allgemeine Verwaltungsbehörden oder bei Kommunen integrieren.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine Aufgabe des Arbeitgebers. Es soll Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmer eines Betriebes überwinden, einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorbeugen und den Arbeitsplatz des Betroffenen erhalten helfen. Im weitesten Sinn handelt es sich um ein betriebliches Gesundheitsmanagement zum Schutz der Gesundheit der Belegschaft. Rechtlich ist dies im Sozialgesetzbuch IX festgeschrieben.

Das BEM sollte dann beginnen, wenn ein Arbeitnehmer im Laufe des letzten Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war. Die betroffenen Mitarbeiter erhalten eine schriftliche Einladung, die jedoch ein freiwilliges Angebot darstellt. Im Falle der Ablehnung einer solchen Einla-

Begriffserklärungen

dung, wäre das Verfahren an dieser Stelle abgeschlossen. Der Arbeitgeber könnte dann nur noch prüfen, ob andere Angebote außer dem BEM (unter Umständen arbeitsrechtlicher Natur) zu ergreifen sind.

Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld 1, auch ALG I genannt, ist im Gegensatz zu Hartz IV keine Sozialleistung, sondern ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch. Die Hauptvoraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld I ist, dass in einer Frist vor der Arbeitslosigkeit von zwei Jahren mindestens 360 Tage beitragspflichtig gearbeitet wurde, d. h. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt wurden. Arbeitslose Beamte oder Freiberufler haben daher keinen Anspruch.

Arbeitslosengeld II können alle erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen im Alter von 15 Jahren bis zur gesetzlich festgelegten Altersgrenze zwischen 65 und 67 Jahren erhalten. Personen, die nicht erwerbsfähig sind, können Sozialgeld erhalten. Arbeitslosengeld

II und Sozialgeld sind Leistungen, die eine Grundsicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten sollen. Was dem Einzelnen dabei zusteht, hat der Gesetzgeber in sogenannten „Regelbedarfen“ festgelegt.

Jobcenter/ARGE

Das Jobcenter ist eine Behörde eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt, die in der Bundesrepublik für die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch II zuständig ist. Das Jobcenter gewährt Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II, um durch „Fördern und Fordern“ den Betroffenen eine Möglichkeit zu eröffnen, ihren Lebensunterhalt künftig aus eigenen Mitteln und Kräften langfristig und ohne weitere öffentliche Unterstützung zu bestreiten. ARGE ist die Abkürzung für die Arbeitsgemeinschaft, die nach dem Sozialgesetzbuch II bis Ende 2010 zuständig für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosengeld II war und jetzt die Bezeichnung Jobcenter trägt.

Stichwortverzeichnis

A

<i>Ablehnungsbescheid</i>	35
<i>Agentur für Arbeit</i>	15, 22
<i>Akteneinsichtsrecht</i>	36
<i>Anschlussheilbehandlung</i>	11, 12, 13, 14, 15
<i>Arbeitsassistenz</i>	20, 24
<i>Arbeitslosengeld, I, II</i>	10, 15, 23, 28, 29, 33, 56, 57
<i>Arbeitslosenversicherung</i>	29, 57
<i>Arbeitslosigkeit</i>	15, 29, 55, 56, 57
<i>Arbeitstherapie</i>	14
<i>Arbeitsunfähigkeit</i>	10, 14, 15, 17, 54, 56
<i>Ausrüstungsbeihilfe</i>	23

B

<i>Basistarif</i>	30
<i>Belastungserprobung</i>	14

<i>Beihilfe-Ergänzungstarif</i>	15
<i>berufliche Rehabilitation</i>	22
<i>Berufsgenossenschaft</i>	11, 15, 22, 23, 32, 34, 55
<i>Berufskrankheit</i>	11, 15, 32, 55
<i>besonderer Kündigungsschutz</i>	16, 17, 19, 20
<i>betriebliches Eingliederungs- management (BEM)</i>	26, 27, 56, 57
<i>Blockfrist</i>	10
<i>Bundesagentur für Arbeit</i>	55

D

<i>dauerhafte/lang andauernde Krankheit</i>	17
---	----

E

<i>Erstbehandlung</i>	12
<i>Erwerbsminderungsrente</i>	14, 15, 31, 32, 33

<i>Erwerbsunfähigkeit</i>	9, 11, 15	<i>Heilungsbewährung</i>	21, 54
<i>Ermessensleistungen</i>	22	<i>Hilfsmittel</i>	24, 54
<i>ergänzende Leistungen</i>	23		
F		I	
<i>Fahrtkostenbeihilfe</i>	23	<i>Integrationsamt</i>	16, 18, 19, 20, 21, 23, 34, 54
<i>Fehlerquellen in medizinischen Gutachten</i>	37	J	
		<i>Jobcenter/ARGE</i>	15, 28, 29, 57
G		K	
<i>Gleichstellung/Gleichgestellte</i>	19, 20	<i>Klage beim Sozialgericht</i>	35
<i>Gleichstellungsantrag</i>	20	<i>Kinderbetreuungskosten</i>	25
<i>Grad der Behinderung (GdB)</i>	19, 20, 54	<i>Kostenträger</i>	14, 15, 23, 28, 34
<i>Grundsicherung/ -im Alter und bei Erwerbsminderung</i>	10, 15, 33	<i>Kraftfahrzeughilfe</i>	22, 23
<i>Grundsicherungsleistungen</i>	33	<i>Krankengeld</i>	10, 11, 15, 28, 31, 33
H		<i>Krankentagegeld Versicherung</i>	30
<i>Häufige Kurzerkrankungen</i>	17, 18	<i>krankheitsbedingte Kündigung</i>	17, 27, 28
<i>Hamburger Modell</i>	26	<i>krankheitsbedingte Leistungsminderung</i>	17, 27, 28

Anhang

<i>Kündigung</i>	16, 17, 18, 20, 27	<i>Nahtlosigkeitsregelung</i>	15
<i>Kündigungsschutz, Kündigungsschutzgesetz</i>	16, 17, 19, 20	O	
<i>Kündigungsschutzverhandlung</i>	20	<i>onkologische Folge- oder Nachkuren</i>	13
L		<i>onkologische Nachsorgeleistungen</i>	13
<i>lange/dauerhafte Krankheit</i>	17	P	
<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</i>	22	<i>Patientenschulungsmaßnahmen</i>	25
<i>Lohnfortzahlung/-skosten</i>	10, 17	<i>Private Krankenversicherung</i>	30
M		R	
<i>Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)</i>	36, 54	<i>Reha vor Rente</i>	31
<i>Medizinische Gutachten</i>	36, 37	<i>Rehabilitationsträger</i>	13, 24, 55
<i>medizinische Rehabilitation</i>	9, 10, 20, 25	<i>Reha-Sport und Funktionstraining</i>	25
<i>Musterbedingungen der Krankenversicherungen</i>	30	<i>Reisekostenbeihilfe</i>	25
N		<i>Rente</i>	31, 32, 33
<i>Nachsorgekur</i>	14, 15	<i>Rentenversicherungsträger</i>	23, 34
		<i>Restleistungsvermögen</i>	31, 32
		S	
		<i>Schwerbehinderte</i>	18, 19, 20, 23, 24, 27, 28, 29, 34

Schwerbehindertenausweis 16, 18, 19, 20

Schwerbehinderung 19, 20

Sozialhilfeträger 28, 56

sozialmedizinische Beurteilung 31

sozialmedizinischer Gutachter 36

sozialrechtliche Mitwirkungspflicht 34

Stufenplan 26, 27, 28

stufenweise Wiedereingliederung 26, 27

T

Technische Arbeitshilfen 19, 24

trägerübergreifende Servicestellen 34

Trennungskostenbeihilfe 23

U

Übergangsgeld 10, 15, 29, 30

V

Verdienstaufschlag/Ausgleichszahlung 24

Verletztengeld 11

Versorgungsamt 19, 20, 54, 56

W

Wahlrecht 36

Widerspruch 21, 34, 35, 36

Widerspruchsbescheid 35

Wiedereingliederung 14, 16, 22, 23,
26, 27, 28, 30, 33

Wiedereingliederungsplan (Stufenplan) 27

Wiedereinstieg 25

Wohnungshilfe 24, 25

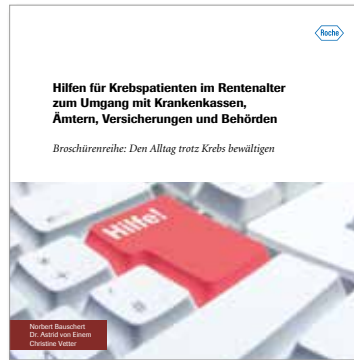
Z

Zuzahlung 13, 14

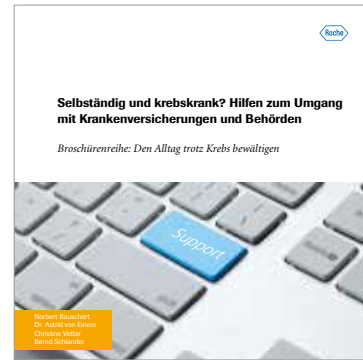
Broschüren für Krebspatienten



Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung



Hilfen für Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden



Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden



Hilfen für Krebspatienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz



Hilfen für Krebspatienten im Fall der Pflegebedürftigkeit



Hilfen für Patienten bei der Rehabilitation

Broschürenreihe: „Den Alltag trotz Krebs bewältigen“

- Hilfen für Arbeitnehmer in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (Art.-Nr.: 21011561)
- Hilfen für Krebspatienten im Rentenalter zum Umgang mit Krankenkassen, Ämtern, Versicherungen und Behörden (Art.-Nr.: 21011959)
- Selbständig und krebskrank? Hilfen zum Umgang mit Krankenversicherungen und Behörden (Art.-Nr.: 21012166)
- Hilfen für Krebspatienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Art.-Nr.: 21012940)
- Hilfen für Krebspatienten im Fall der Pflegebedürftigkeit (Art.-Nr.: 22002497)
- Hilfen für Patienten bei der Rehabilitation (Art.-Nr.: 22004525)

Gerne dürfen Sie alle oder einzelne Broschüren jederzeit in der für Sie gewünschten Stückzahl bestellen oder auch nachbestellen:

Roche Pharma AG

grenzach.kundenberatung@roche.com

Tel. 07624/14-2255

Bildquellen:

Fotolia:	Seite: © auremar-Fotolia.com – 2, 7, 9 © Peter Atkins-Fotolia.com – 2, 11 © Lorelyn Medina-Fotolia.com – 4, 18 © Doris Heinrichs-Fotolia.com – 24 © Klaus Rose-Fotolia.com – 29
Pitopia:	Seite: 27
Shutterstock:	Seite: 1, 5, 6, 16, 31, 34



Roche Pharma AG
79630 Grenzach-Wyhlen

● ● ● ● ● roche.de