

Welche Zuzahlungen muss ich leisten oder kann ich mich davon befreien lassen?

§§61 und 62 SGB V
Für jedes Medikament und Hilfsmittel müssen Sie Zuzahlungen von 10% der Kosten, mindestens 5€ aber höchstens 10 €, leisten. Für stationäre Maßnahmen werden pro Kalendertag 10 € erhoben, maximal für 28 Tage pro Kalenderjahr. Bei Verordnungen häuslicher Krankenpflege und Heilmittel (z. B. Physiotherapie) müssen Sie 10% der Kosten zzgl. 10 € pro Verordnung selbst zahlen.

Grundsätzlich sind 2% des Jahresbrutto(-familien)einkommens an Zuzahlungen zu leisten. Alle Zuzahlungen, die über diese Belastungsgrenze hinausgehen, können Sie sich von Ihrer Krankenkasse erstatten lassen.

Bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung, d. h., wenn Sie wegen derselben schwerwiegenden Krankheit seit mindestens einem Jahr in Dauerbehandlung sind, können Sie die Belastungsgrenze auf 1% reduzieren. Lassen Sie sich dazu von Ihrem ArztIn eine „Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. §62 SGB V“ (Muster 55) ausstellen.

Werden Fahrtkosten für ambulante Behandlungen übernommen?

§60 SGB V
Unter bestimmten Voraussetzungen können Fahrtkosten, z.B. mit dem Taxi, für ambulante Behandlungen, wie Chemo- und/oder Strahlentherapie, übernommen werden. Dafür müssen Sie sich die Fahrten vorher von der Krankenkasse genehmigen lassen. Bitte fragen Sie in Ihrer behandelnden Ambulanz/ Arztpraxis nach, um sich eine entsprechende Verordnung ausstellen zu lassen.

Bei Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder eines Pflegegrades 3, 4 oder 5 (bei Einstufung in PG 3 zusätzlich mit einer dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität) gilt die Genehmigung für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung bereits als erteilt.



Foto © Marco2811/AdobeStock

Wir sind für Sie da!

Das Team unseres Sozialdienstes begleitet Sie während Ihrer stationären Behandlung im KWM und steht Ihnen bei sämtlichen sozialrechtlichen Fragestellungen beratend zur Seite.

Wenden Sie sich gerne an den für Ihre Station bzw. Ihre behandelnde Fachabteilung zuständigen Ansprechpartner oder nehmen Sie zentral Kontakt zu uns auf:

KWM-Standort Juliusspital
sozialdienst.juliusspital@kwm-klinikum.de

KWM-Standort Missioklinik
sozialdienst.missioklinik@kwm-klinikum.de

Meine Ansprechperson: Telefon

Weitere Unterstützung

Allgemeine Beratungsstellen

BürgerTelefonKrebs des Bayerischen Zentrum für Krebsforschung (BZKF)
kostenfreier Telefonservice
Tel.: 0800 8510080
www.bz kf.de

Deutsche Krebshilfe e. V.
auch finanzielle Unterstützung (Härtefonds)
www.krebshilfe.de

KID Krebsinformationsdienst
kostenlose Telefonberatung
Tel.: 0800 4203040
www.krebsinformationsdienst.de

Junge Erwachsene mit Krebs
www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland
gesundheitsl. & sozialrechtl. Fragestellungen
Tel.: 0800 0117725
www.patientenberatung.de

Psychosoziale Beratung & Selbsthilfe

Psychosoziale Krebsberatungsstelle Würzburg e.V.
Ludwigstr. 22/II · 97070 Würzburg
Tel.: 0931/3593330
kbs-wuerzburg@bayerische-krebs-gesellschaft.de

Unterstützung für Anträge auf Schwerbehinderung

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®) Assiston e.V.
Pleichertorstraße 3 · 97070 Würzburg
Tel: 0931 4662 123 0
info@assiston.de

VdK – Der Sozialverband Bayern
bayern.vdk.de
(Mitgliedschaft erforderlich)



Das KWM arbeitet mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen. Genaue Infos finden Sie auf unserer Webseite.



1008237/06.2016 Titelfoto: StockPhotoPro/AdobeStock

Patienten-Information

Onkologische Erstberatung

Informationen zu sozialrechtlichen Fragestellungen für Patientinnen & Patienten mit einer Krebserkrankung

KWM Klinikum Würzburg Mitte
Klinikum Würzburg Mitte gGmbH
Post- & Rechnungsadresse
Salvatorstraße 7 · 97074 Würzburg
www.kwm-klinikum.de

KWM Juliusspital
Juliuspromenade 19 · 97070 Würzburg
Tel. 0931/393-0
www.kwm-juliusspital.de

KWM Missioklinik
Salvatorstraße 7 · 97074 Würzburg
Tel. 0931/791-0
www.kwm-missioklinik.de

Juliusspital & Missioklinik seit 2017 eins!

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige,

eine Krebsdiagnose wirft viele Fragen auf – nicht nur zur medizinischen Behandlung, sondern auch zu den Auswirkungen auf Alltag, Familie und Beruf.

Nachfolgend haben wir Ihnen wichtige Informationen zu häufig auftretenden sozialrechtlichen Fragestellungen zusammengefasst:

Habe ich Anspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme?

§40 SGB V - §107 SGB V
Nach Abschluss der Therapie einer Krebserkrankung haben Sie die Möglichkeit, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen.

Diese kann als Anschlussheilbehandlung (AHB) unmittelbar nach einer Operation, einer Chemotherapie oder einer Strahlenbehandlung oder als onkologische Nachsorge-maßnahme bis zu einem Jahr nach Abschluss der Primärbehandlung erfolgen.

Der Antrag auf AHB muss bereits mit Abschluss der Primärtherapie gestellt werden. Bitte sprechen Sie Ihren behandelnden ArztIn rechtzeitig darauf an. Je nach Kostenträger sollte die AHB innerhalb von zwei bis fünf Wochen nach Therapieabschluss bzw. Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen.

§§20, 21 SGB VI
Als Arbeitnehmer haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung Anspruch auf 6 Wochen Lohnfortzahlung. Ist der Anspruch ganz oder teilweise verbraucht, können Sie

vom Rentenversicherungsträger Übergangsgeld für die Dauer der medizinischen Rehabilitation erhalten. Dieses wird anstelle des Krankengeldes gezahlt und muss beim Rentenversicherungsträger beantragt werden. Entsprechende Antragsformulare erhalten Sie bei Ihrer Rentenversicherung (Formular G 512).

Kann ich einen Schwerbehindertenausweis beantragen?

SGB IX
Wenn Sie an Krebs erkrankt sind, können Sie beim Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Er soll Nachteile, die Ihnen durch die Krankheit und durch die Behandlung entstehen, ausgleichen, ist für die Zeit der Heilbewährung (max. 5 Jahre) befristet und wird anschließend neu bewertet. Bei einer onkologischen Erkrankung wird Ihnen in der Regel ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zugesprochen.

Entsprechend kommen Nachteilsausgleiche in Frage, zum Beispiel am Arbeitsplatz ein besserer Kündigungsschutz, Zusatzurlaub und steuerliche Erleichterungen.

Die Versorgungsämter nehmen den Antrag bevorzugt über das eigene Internetportal entgegen. Für Unterfranken ist es das Zentrum Bayern Familie und Soziales in Würzburg (www.zbfs.bayern.de).



Wie bin ich bei längerer Krankheitsdauer finanziell abgesichert?

§44 ff. SGB V
Als Arbeitnehmer erhalten Sie in den ersten sechs Wochen Ihrer Arbeitsunfähigkeit Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber. Danach können Sie bis zu 72 Wochen Krankengeld von Ihrer Krankenkasse erhalten. Versicherte erhalten Krankengeld wegen derselben Krankheit für höchstens 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren. Gerechnet wird das vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Dabei wird die Zeit der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber mitgerechnet.

Seit dem 1. Januar 2023 müssen Sie die Krankmeldung weder bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, noch bei Ihrem Arbeitgeber einreichen. Die Arztpraxis übermittelt den Namen der versicherten Person, den Beginn und das Ende der Arbeitsunfähigkeit, die Kennzeichnung als Erst- oder Folgemeldung an die gesetzliche Krankenkasse und macht Angaben, ob es Anhaltspunkte für einen Arbeitsunfall gibt.

Für privat und freiwillig Versicherte gelten die vertragsabhängigen Regelungen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung, welche Ansprüche bestehen

§43 SGB VI
Wenn Sie Ihren Anspruch auf Krankengeld ausgeschöpft haben und aufgrund der Erkrankung weiterhin nur noch teilweise oder gar nicht mehr berufstätig sein können, kann eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung beantragt werden.

Besteht für mich ein Anspruch auf Haushaltshilfe?

§38 SGB V
Ist Ihnen die Weiterführung des Haushaltes aufgrund **schwererer** Krankheit oder akuter Verschlimmerung, insbesondere nach einem stationären Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder einer Operation nicht mehr möglich, können Sie für maximal vier Wochen über Ihre Krankenkasse Haushaltshilfe erhalten.

Wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf maximal 26 Wochen.

Voraussetzung für eine Haushaltshilfe ist, dass keine andere Person im Haushalt diese Aufgabe übernehmen kann.

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse, welche individuellen Leistungsangebote im Rahmen der Haushaltshilfe in Anspruch genommen werden können.

Was kann ich tun, wenn ich pflegebedürftig werde?

§14 SGB XI
Sollte im Behandlungsverlauf ein zunehmender Pflegebedarf entstehen, kann geprüft werden, ob Sie die Voraussetzungen für einen Pflegegrad erfüllen. Dabei werden die

körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen überprüft. Zudem muss die Dauer der Pflegebedürftigkeit für mindestens 6 Monate bestehen. Der Pflegegrad wird rückwirkend ab Antragseingang zugesprochen.

Bei Vorliegen eines Pflegegrades können Sie verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Sie können z. B. entscheiden, ob die Pflege durch eine Privatperson oder einen ambulanten Pflegedienst übernommen werden soll oder ggf. auch eine stationäre Versorgung in einem Pflegeheim notwendig ist. Zudem bestehen verschiedene Möglichkeiten, Angehörige zu entlasten oder bei Abwesenheit eine Pflegevertretung im Rahmen der Kurz- oder Verhinderungspflege zu beantragen.

Für die Antragstellung nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrer Pflegekasse (Krankenkasse) auf. Für weiterführende Beratung stehen Ihnen die regionalen Pflegestützpunkte zur Verfügung.

