ZUZAHLUNGSBEFREIUNG

Die Summe aller jährlichen Zuzahlungen (z. B. für Krankenhausbehandlung, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel) wird innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine individuelle Belastungsgrenze beschränkt (2% des jährlichen Bruttoeinkommens). Werden diese überschritten, kann ein Antrag zur Zuzahlungsbefreiung bei der Krankenkasse gestellt werden und Beiträge können erstattet werden. Patient:innen mit einer Krebserkrankung gelten als chronisch krank. Hier gilt bereits eine Grenze von 1% des Bruttoeinkommens.

FAHRTKOSTEN

Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen werden mit wenigen Ausnahmen nicht von der Krankenkasse übernommen. Bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung sind Fahrten zur ambulanten Chemo- oder Strahlentherapie hiervon ausgenommen. Dies gilt ebenso für Patient:innen mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H.
Auch bei Vorliegen eines Pflegegrades von mindestens 3 kann eine Kostenübernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkasse erfolgen. In jedem Fall müssen die Fahrtkosten vorher von der Krankenkasse genehmigt werden.

PFLEGELEISTUNGEN

Eine onkologische Erkrankung kann den Körper schwächen, sodass unter Umständen Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden müssen.
Im gemeinsamen Gespräch mit Ihnen und Ihren Angehörigen sowie in Absprache mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal wird Ihr persönlicher pflegerischer Bedarf erhoben und entsprechende Anträge gestellt. Die Mitarbeiter:innen des Kliniksozialdienstes bereiten mit Ihnen die Entlassung vor, organisieren geeignete Hilfsmittel und unterstützen Sie bei der Suche nach einem Pflegedienst oder ggf. bei einer notwendigen Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung.

ENTGELTFORTZAHLUNG UND KRANKENGELD

Einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall haben alle Arbeitnehmer:innen und Auszubildende für die Dauer von bis zu 6 Wochen. Wenn ein Beschäftigungsverhältnis von mindestens 4 Wochen besteht, haben auch regulär Teilzeitbeschäftigte, studierende Mitarbeiter:innen und Mitarbeitende im Minijob einen Anspruch. Bezieher:innen von Arbeitslosengeld I erhalten bei einer Arbeitsunfähigkeit im gleichem Zeitraum weiter Leistungen in gleicher Höhe von der Agentur für Arbeit als Krankengeld. Bei Bezieher:innen von Bürgergeld laufen die Zahlungen weiter.

Nach Ende der Entgeltzahlungen müssen sich die Arbeitnehmer:innen bei ihrer Krankenkasse melden. Das Krankengeld beträgt 70% des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts (Bruttoeinkommen), jedoch nicht mehr als 90% des Nettoarbeitsentgelts. Vom Krankengeld werden noch Beiträge an die gesetzliche Renten-, Arbeitslosen und Pflegeversicherung abgeführt. Die Krankenkasse versichert in diesem Zeitraum beitragsfrei.
Bei einer Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld wegen derselben Erkrankung gerechnet vom Tage des Beginns der Erkrankung für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Kommt eine weitere Erkrankung hinzu, verlängert sich dadurch nicht die Dauer der Krankengeldzahlung.

Dieser Informationsflyer enthält einen allgemeinen Überblick über sozialrechtliche Leistungen ersetzt aber keine persönliche Beratung.
Außerdem bitten wir zu beachten, dass sich ggf. die Gesetzlage zu Sozialleistungsansprüchen geändert hat.

Die Mitarbeiter:innen des Kliniksozialdienstes stehen Ihnen während Ihres stationären Aufenthaltes gern zur Ihrer persönlichen Unterstützung weiterführend zu Verfügung.

Ihr Team des Kliniksozialdienstes

FÜR PATIENT:INNEN IN AMBULANTER BEHANDLUNG ERFOLGT DIE BERATUNG ÜBER:

Psychosoziale Beratungsstelle
für Tumorpatient:innen und Angehörige
Abteilung Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55, Haus W
04103 Leipzig

Telefon: 0341 97 15407
Fax: 0341 97 15419
E-Mail: krebsberatung@medizin.uni-leipzig.de

Universitätsklinikum Leipzig
Medizin ist unsere Berufung.

BRUSTZENTRUM

KLINIKSOZIALDIENST

Sozialrechtliche Informationen für Patient:innen des Brustzentrums



Stand: Mai 2025

LIEBE PATIENT:INNEN, LIEBE ANGEHÖRIGE,

die Nachricht an Brustkrebs oder einer Vorstufe DCIS erkrankt zu sein, kann das Leben verändern und sich auf das soziale, berufliche und familiäre Umfeld auswirken. Zunächst werden die Diagnose und die Behandlung der Mittelpunkt Ihrer Gedanken sein. Bald rücken auch scheinbar weniger wichtige Fragen in den Fokus, die aber im Alltag eine große Rolle spielen können.

Mit diesem Flyer des Kliniksozialdienstes möchten wir Ihnen deshalb einen Überblick über sozialrechtliche Leistungen geben.

Die Klinische Sozialarbeit am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) stellt neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine weitere wichtige Säule der Patientenversorgung dar. Während Ihrer stationären Behandlung am UKL unterstützen Sie die Mitarbeiter:innen des Kliniksozialdienstes bei allen persönlichen, sozialen, beruflichen oder wirtschaftlichen Frage- und Problemstellungen, die im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung stehen. Nach einem gemeinsamen Gespräch über Ihren Unterstützungsbedarf leiten wir die entsprechenden Hilfen und Maßnahmen ein und stellen so Ihren nachstationären Hilfe- und Versorgungsbedarf sicher.

Wünschen Sie eine Beratung, kontaktieren Sie bitte das ärztliche oder pflegerische Personal Ihrer Station oder wenden Sie sich direkt an die Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes.

Ihr Team des Kliniksozialdienstes

ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG (AHB)

Im Rahmen einer AHB können die seelischen und körperlichen Folgen eines Tumorleidens gemildert bzw. der Umgang mit diesen erleichtert werden. Je nach Rehabilitationsbedürftigkeit und Belastbarkeit kann der Sozialdienst für Sie eine Anschlussrehabilitation einleiten. Wenn die Therapie abgeschlossen ist, beginnt die dreiwöchige AHB innerhalb von ca. fünf Wochen nach der Entlassung in einer auf die Erkrankung spezialisierten Klinik. Soll die Rehabilitation erst später oder an einem entfernteren Ort (> 200 km vom Wohnort) gewünscht werden, beantragt man eine Anschlussgesundheitsmaßnahme. Bei einer ambulanten Fortsetzung der Therapie beginnt die AHB erst in deren Anschluss.
Kostenträger einer onkologischen Rehabilitation ist i. d. R. die Deutsche Rentenversicherung (außer bei Verbeamtung oder bei fehlenden Anspruchsvoraussetzungen die privaten und gesetzlichen Krankenkassen). Den Bescheid des Leistungsträgers oder die Einladung der Rehabilitationsklinik erhalten Sie postalisch nach Hause.
Seitens der Ärzt:innen wird bereits im Befundbericht des Antrages die Anreiseform zur aufnehmenden Rehabilitationseinrichtung festgelegt. Ist die Anreise mit einem Taxi erforderlich, können Sie ein Taxiunternehmen vor Ort beauftragen. Die Abrechnung erfolgt dann direkt in der Rehabilitationsklinik oder nachfolgend über die Rentenversicherung. Einige Kliniken bieten auch einen Fahrservice an. Bei der Anreise mit eigenem PKW oder den öffentlichen Verkehrsmitteln erhalten Sie rückwirkend eine entsprechende Fahrtkostenpauschale bzw. eine Kostenerstattung.
Bei Inanspruchnahme einer AHB ist eine Zuzahlung von 10 Euro/Tag für maximal 14 Tage im laufenden Kalenderjahr zu leisten. Bereits entrichtete Zuzahlungen (bspw. im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung) werden hierbei berücksichtigt.
Als Arbeitnehmer:in haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsmaßnahme einen Anspruch auf eine Lohnfortzahlung für insgesamt 6 Wochen. Sollte dieser Anspruch bereits ausgelaufen sein, können Sie für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme Übergangsgeld bei Ihrer Rentenversicherung beantragen. Den dafür notwendigen Antrag erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger. Bezieher:innen von Arbeitslosengeld I erhalten Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes, Bezieher:innen von Bürgergeld erhalten dies weiter.

Auch Patient:innen, die an einer Vorstufe einer Brustkrebserkrankung (DCIS) erkranken oder sich einer prophylaktischen Entfernung des Brustdrüsengewebes unterziehen mussten, haben ebenfalls einen Anspruch auf eine AHB.

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Ist durch die Erkrankung und deren Auswirkungen eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben entstanden, kann diese mit einen Grad der Behinderung (GdB) bewertet werden. Der GdB besagt nichts über eine Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und ist berufsunabhängig. Zusätzlich können besondere Merkzeichen vergeben werden. Die Feststellung des Grades der Behinderung ist maßgeblich für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (z. B. steuerliche Vorteile). Bei einem anerkannten GdB von 50 ergeben sich u. a. fünf Tage Zusatzurlaub, ein erweiterter Kündigungsschutz und die Möglichkeit von einer vorgezogenen Altersrente. Der Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft wird bei Ihrem zuständigen Sozialamt (Abt. Schwerbehinderung) oder Versorgungsamt gestellt.

HÄRTEFONDS DER DEUTSCHEN KREBSHILFE

Die Deutsche Krebshilfe bietet den Patient:innen, die aufgrund ihrer Krebserkrankung in finanzielle Not geraten sind, finanzielle Hilfen an. Die Zuwendung ist an bestimmte Haushaltseinkommensgrenzen gebunden. Der Antrag beinhaltet eine ärztliche Bescheinigung über die Krebserkrankung sowie eine Selbstauskunft über die familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse. Die vorgenommenen Angaben im Auskunftsbogen müssen von einer öffentlichen Institution geprüft werden.

HEIL- UND HILFSMITTEL

Jeder Patient:in, die wegen einer Krebserkrankung (oder deren Vorstufe oder prophylaktischen Entfernung) die Brust operiert wurde, steht eine Erstversorgung zu. Diese beinhaltet einen Kompressions-BH, bei Bedarf einer Teilepithese und bei notweniger Brustamputation eine Erstversorgungsprothese. Nach 4 bis 6 Wochen erhalten Sie zwei Spezial-BH. Insgesamt können zwei BH pro Jahr und ein Badeanzug alle drei Jahre rezeptiert werden, Epithesen sind alle zwei Jahre erneuerbar.

Bei behandlungsbedingten Haarausfall z. B. bei einer Chemotherapie zahlen die Krankenkassen einen Zuschuss für einen notwendigen Haarersatz/Perücke.

Physiotherapeutische Maßnahmen wie Lymphdrainage oder notwendige Hilfsmittel können bei Bedarf von Ihrem/r Ärzt:in verordnet werden, unterliegen jedoch in den meisten Fällen einer Zuzahlung.