OZ_Informationen des Sozialdienstes für onkologische Patientinnen und Patienten

Hier finden Sie kurze Informationen zu verschiedenen sozialrechtlichen Themen, die im Zusammenhang mit einer onkologischen Erkrankung für Sie relevant sein können.
Für eine Beratung durch den Sozialdienst, lassen Sie sich einfach durch Ihren*re Ärzt*in bei uns anmelden.
Wir nehmen dann Kontakt zu Ihnen auf.

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Wir alle – gleich welchen Alters – können unfall- oder krankheitsbedingt in eine Situation kommen, in der wir selbst keine Entscheidungen mehr treffen können. In solchen Lebens- und Behandlungssituationen sind eine Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung sehr hilfreich.

Sie können mit einer Vorsorgevollmacht vorsorglich eine Person Ihres Vertrauens bevollmächtigen, die im Bedarfsfall Ihre rechtlichen Angelegenheiten im Umfang der erteilten Vollmacht wahrnimmt.

Eine Patientenverfügung legt im Voraus fest, welche medizinischen Maßnahmen eine Person im Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit wünscht oder ablehnt, um Selbstbestimmung und Würde zu wahren.

Schwerbehinderung

Wenn ein Mensch länger als sechs Monate in seiner Gesundheit beeinträchtigt ist und dadurch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert wird, liegt eine Behinderung vor. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Behinderung angeboren oder die Folge eines Unfalls oder einer (chronischen) Krankheit ist.

Wer an Krebs erkrankt ist, kann einen Grad der Behinderung (GdB) beantragen. Die Anträge sind je nach Bundesland verschieden. In Hessen sind die Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales (HAVS) zuständig.

Mögliche Nachteilsausgleiche sind z.B. Einkommenssteuerermäßigung, Vergünstigung bei Eintrittsgeldern, besonderer Kündigungsschutz oder zusätzlicher Urlaubsanspruch.

Gegebenenfalls wird ein Merkzeichen bewilligt. Voraussetzungen dafür sind ein GdB ab 50 sowie zusätzliche besondere gesundheitliche Einschränkungen, wie z.B. eine Geheinschränkung.

Anschlussheilbehandlung/Medizinische Rehabilitation

Nach Abschluss der Akuttherapie (Operation, Chemo- und/oder Strahlentherapie) besteht die Möglichkeit, eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) durchzuführen, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Rehabilitationsfähigkeit (eigenständige körperliche Versorgung und ausreichende Mobilität) besteht.

Eine AHB bei onkologischen Patient*innen beginnt meistens innerhalb von 2 bis 6 Wochen nach Behandlungsende. Die Maßnahme dauert 3 Wochen. Eine Verlängerung ist ggf. möglich und wird von dem*der Ärzt*in der Rehaklinik entschieden. Kostenträger ist in den meisten Fällen die Rentenversicherung. Es kann aber auch andere Kostenträger geben. Bei Beantragung einer AHB kann Sie der Sozialdienst des Klinikums, in dem die Behandlung stattfindet, unterstützen. Lassen Sie sich von Ihrem*er behandelten Ärzt*in beim Sozialdienst anmelden, sobald Sie wissen, wann Ihre Behandlung voraussichtlich endet.

Wer gesetzlich rentenversichert ist, kann darüber hinaus eine Rehabilitation auch zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Akuttherapie beantragen. Dieser Antrag wird gemeinsam mit Haus- oder Fachärzt*in gestellt.

Lohnfortzahlung/Krankengeld/Übergang-geld

In der Regel bezahlen Arbeitgebende im Krankheitsfall für 6 Wochen das Gehalt weiter. Im Anschluss erhalten Sie Krankengeld von der Krankenkasse.

Dieses ist, einschließlich der Lohnfortzahlung, auf 78 Wochen begrenzt. Das Krankengeld beträgt ca. 70 Prozent vom Bruttogehalt aber maximal 90 Prozent vom Nettogehalt.

Bei einer weiterhin bestehenden Minderung der Leistungsfähigkeit gibt es weitere Möglichkeiten von finanziellen Leistungen, wie Arbeitslosengeld, Erwerbsminderungsrente, Bürgergeld, Sozialhilfe oder Wohngeld.

Härtefonds

Der Härtefonds der Deutschen Krebshilfe ist eine finanzielle Hilfseinrichtung für krebskranke Menschen und deren Angehörige, die durch die Krankheit unverschuldet in eine finanzielle Notlage geraten sind. Er bietet schnelle, unbürokratische Einmalzahlungen, die nicht zurückgezahlt werden müssen. Die Zuwendung ist an bestimmte Einkommensgrenzen und Anzahl der Familienmitglieder gebunden.
Nähere Informationen und die Antragsformulare, finden Sie auf der Homepage unter www.krebshilfe.de/haertefonds

Behandlungspflege

Die medizinische Behandlungspflege hat zum Ziel, dass die ärztliche Behandlung auch nach dem Krankenhausaufenthalt gesichert ist. Von dem*der Ärzt*in wird für die notwendige Maßnahme, wie z.B. das Verabreichen von Medikamenten oder die Wundversorgung, eine Verordnung ausgestellt. Die Behandlungspflege wird durch einen Pflegedienst/Wundversorger durchgeführt.

Hilfsmittel

Wenn Hilfsmittel (z.B. Rollator oder Duschstuhl) aufgrund medizinischer Notwendigkeit benötigt werden, können diese unter Umständen im Krankenhaus verordnet werden.
Es ist eine Zuzahlung von 10 % der Kosten zu leisten, diese beträgt mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, bei Pflegehilfsmitteln bis zu 25 Euro.

Pflegeversicherung

Wenn eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung für mindestens 6 Monate besteht, können Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden. Die Höhe des Pflegegrades (1-5) ist davon abhängig, wie stark die Selbständigkeit einer Person eingeschränkt und ob sie auf personelle Unterstützung angewiesen ist.

Ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, prüft der Medizinische Dienst (MD); bei privat versicherten Personen prüft Medicproof. Sie können den Antrag auf Pflegeleistungen bei ihrer Pflegekasse anfordern. Einige Pflegekassen bieten auch ein Online-Formular an.
Sollte nach einem Klinikaufenthalt professionelle Hilfe erforderlich sein, durch einen Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung, kann mit Hilfe des Sozialdienstes ein Antrag im Eilverfahren gestellt werden.

Pflegeheim

Die vollstationäre Pflege wird gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Entsprechend des Pflegegrades (Voraus. mind. Grad 2) zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim. Die restlichen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten müssen selbst getragen werden.

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf stationäre Pflege angewiesen. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen. Die Leistungen der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege steht unabhängig von der Einstufung (2-5) allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung.
Sobald absehbar ist, dass eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, sollte ein Antrag auf Kostenübernahme für eine Heimunterbringung beim örtlichen Sozialamt gestellt werden.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Diese Versorgung richtet sich an Menschen, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden und ist eine Unterstützung zum bestehenden Hilfesystem durch Ärzt*innen und Pflegekräfte. Die Betreuung ist zu Hause oder im Pflegeheim möglich und umfasst alle Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden.
Eine Verordnung (Krankenkassenleistung) erfolgt über den*die Klinikärzt*in oder Hausärzt*in.

Hospiz

Menschen, die an einer unheilbar fortschreitenden Erkrankung, mit einer Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten leiden, zu Hause nicht ausreichend versorgt werden können und nicht mehr kurativ behandelt werden, können in einem Hospiz aufgenommen werden.

Voraussetzung hierfür ist, dass ärztlicherseits eine Hospiznotwendigkeit bestätigt wird. Diese bescheinigt, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen (z.B. Chemotherapie, künstliche Ernährung) mehr stattfinden.

Die Kosten werden zu 95% von der Kranken- und Pflegekasse getragen. Weitere 5% werden vom Hospiz selbst getragen, die wiederum durch Spendengelder finanziert werden. Für die Kostenübernahme muss ein entsprechender Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden.

Bei alleinstehenden Menschen ist eine Bestattungsvorsorge seitens der Hospize, gewünscht.

Wir beraten Sie gerne auch zu
Zuzahlungsbefreiung
Krankenkasse
Fahrtkostenerstattung
Haushaltshilfe

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an den Sozialdienst des Klinikums Darmstadt und lassen sich entsprechend von Ihrem*er Ärzt*in anmelden:
Sozialdienst Grafenstraße 9, 64283 Darmstadt
Gebäude 5, UG 1
Sekretariat
Tel 06151 / 107 – 4642
Fax 06151 / 107 – 8769
Sozialdienst@mail.klinikum-darmstadt.de

Kontakte zu weiteren Ansprechpartner*innen innerhalb des Klinikums, aber auch externe Kontakte wie beispielsweise kooperierende Selbsthilfegruppen sowie weitere interessante Links und Dokument finden Sie gesammelt in unserer digitalen Infomappe:

Stand 10/2026