

Prostatakrebs

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Prostatakrebs beginnt schleichend und meist symptomlos. Laut der Deutschen Krebsgesellschaft gibt es jährlich 60.000 Neuerkrankungen. Damit ist Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung zu.

Je früher ein Tumor erkannt wird, desto höher sind die Heilungschancen. Aus diesem Grund zahlt die Krankenkasse für Männer ab 45 Jahren eine jährliche Tastuntersuchung der Prostata.

Steht die Diagnose Prostatakrebs bereits fest, gibt es je nach Stadium des Tumors verschiedene Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten. Dieser Ratgeber gibt einen Überblick über die Erkrankung sowie Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und Nachsorge. Darüber hinaus liefert er hilfreiche Adressen von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

Da Betroffene im Laufe der Therapie zwangsläufig auch mit sozialen und rechtlichen Fragestellungen konfrontiert werden, legt der Ratgeber einen weiteren Schwerpunkt auf sozialrechtliche Themen, die bei Prostatakrebs von Bedeutung sein können. Dadurch erfahren Betroffene, welche Leistungen ihnen wann zustehen und wo sie diese beantragen können.

Hinweis: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es zeitlich befristet für einige Sozialleistungen geänderte Regelungen. Stets aktuelle Informationen rund um das Thema Corona, z.B. zu finanziellen Hilfen, Sonderregelungen, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen, finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 2 |
| Prostatakrebs | 5 |
| Behandlung | 7 |
| Therapien | 7 |
| Alternative Therapien | 9 |
| Psychoonkologie | 9 |
| Psychotherapie | 10 |
| Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) | 12 |
| Begleit- und Folgeerkrankungen | 14 |
| Inkontinenz und Impotenz | 14 |
| Haarausfall bei Chemotherapie | 14 |
| Chronisches Erschöpfungssyndrom (Fatigue) | 15 |
| Depressionen | 16 |
| Lymphödeme | 17 |
| Häusliche Krankenpflege | 18 |
| Nachsorge | 20 |
| Leben mit Prostatakrebs | 21 |
| Partnerschaft und Sexualität | 21 |
| Kinder krebserkrankter Eltern | 22 |
| Ernährung | 23 |
| Sport | 25 |
| Urlaub | 25 |
| Hilfs- und Heilmittel | 27 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung | 30 |
| Zuzahlungsregelungen | 30 |
| Zuzahlungsbefreiung | 31 |
| Sonderregelung für chronisch Kranke | 34 |
| Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit | 37 |
| Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall | 37 |
| Krankengeld | 39 |
| Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit | 44 |
| Rehabilitation | 46 |
| Überblick über Reha-Leistungen | 46 |
| Kostenträger | 47 |
| Voraussetzungen für medizinische Reha-Maßnahmen | 49 |
| Finanzielle Regelungen bei medizinischen Reha-Maßnahmen | 50 |
| Ambulante medizinische Reha-Maßnahmen | 52 |
| Stationäre medizinische Reha-Maßnahmen | 53 |

| | |
|--|-----------|
| Anschlussheilbehandlung | 53 |
| Onkologische Nachsorgeleistung | 54 |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 56 |
| Berufliche Reha-Maßnahmen | 57 |
| Reha-Sport und Funktionstraining | 58 |
| Übergangsgeld | 60 |
| Behinderung | 63 |
| Definition | 63 |
| Grad der Behinderung bei Prostatakrebs | 64 |
| Schwerbehindertenausweis | 65 |
| Nachteilsausgleiche | 66 |
| Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung | 67 |
| Erwerbsminderungsrente | 67 |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | 70 |
| Hilfe zum Lebensunterhalt | 72 |
| Pflege | 74 |
| Definition „Pflegebedürftigkeit“ | 74 |
| Pflegegrade | 77 |
| Pflegeleistungen | 79 |
| Leistungen für pflegende Angehörige | 85 |
| Palliativversorgung | 87 |
| Patientenvorsorge | 88 |
| Vorsorgevollmacht | 88 |
| Betreuungsverfügung | 88 |
| Patientenverfügung | 89 |
| Adressen | 90 |
| Impressum | 92 |

Prostatakrebs

Prostatakrebs (Prostatakarzinom) ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Je früher ein Tumor entdeckt wird, desto höher sind die Heilungschancen. Vorsorgeuntersuchungen können dabei helfen, eine Krebserkrankung frühzeitig zu erkennen.

Die Prostata (Vorsteherdrüse) ist eine kastanienförmige Drüse unterhalb der Harnblase des Mannes, die den oberen Teil der Harnröhre wie ein Ring umschließt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Prostata an Gewicht und Größe zu. Die Prostata bildet ein Sekret, das einen Teil der Samenflüssigkeit ausmacht. Beim Prostatakrebs verändern sich die Prostatadrüsenzellen und vermehren sich unkontrolliert. Es bildet sich ein Tumor, der örtlich auf die Prostata begrenzt ist, im fortgeschrittenen Stadium das umliegende Gewebe zerstört oder mit Tumorabsiedelungen (Metastasen) auf andere Organe und Gewebe übergreift. Von den Metastasen des Prostatakarzinoms sind vor allem Lymphknoten im Becken und Knochen betroffen, seltener Lunge oder Leber. Prostatatumore wachsen in der Regel sehr langsam, häufig sind ältere Männer davon betroffen.

Risikofaktoren und Ursachen

Nach Angaben des Leitlinienprogramms Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft erkranken in Deutschland ca. 60.000 Männer jährlich an Prostatakrebs. Die Erkrankung ist damit die **häufigste Krebsart bei Männern**. Die wichtigsten Risikofaktoren sind das zunehmende Alter und die erbliche Veranlagung. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt etwa bei 69 Jahren.

Die Ursachen für Prostatakrebs sind jedoch weitgehend unbekannt. Global betrachtet tritt Prostatakrebs in südeuropäischen und asiatischen Ländern seltener auf als in nordeuropäischen Ländern und in den USA. Dies wird, neben den genannten Risikofaktoren, auf Umwelteinflüsse und unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten zurückgeführt, Näheres unter „Ernährung“ auf S. 23.

Früherkennung und Vorsorge

Je früher Prostatakrebs entdeckt wird, desto höher sind die Heilungschancen. Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung können dabei helfen, einen Tumor frühzeitig zu erkennen.

Krebsvorsorge ist nicht gleichbedeutend mit Krebsfrüherkennung. Bei einer Vorsorgeuntersuchung soll durch Entdeckung von möglichen Krebsvorstufen (z.B. Darmpolypen) die Entstehung von Krebs verhindert werden. Bei der Früherkennung soll eine bereits bestehende Krebserkrankung früher entdeckt werden und so eine rechtzeitige Behandlung eingeleitet und ein Fortschreiten der Erkrankung aufgehalten werden.

Aufklärung

Eine Vorsorgeuntersuchung oder Untersuchung zur Krebsfrüherkennung beginnt beim Arzt mit einer ergebnisoffenen Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Untersuchung. Im Fokus stehen dabei die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen, möglichen Anschlussbehandlungen sowie Nutzen und Risiken (z.B. Falschdiagnosen).

Tastuntersuchung

Die Krankenkassen bezahlen Männern ab 45 Jahren jährlich eine Tastuntersuchung der Prostata zur Früherkennung von Prostatakrebs. Patienten, bei denen nahe Verwandte (auch der Mutter)

Prostatakrebs hatten, sollten dies mit dem Arzt besprechen. Wenn genetisch ein erhöhtes Risiko besteht, bezahlt die Krankenkasse schon vorher eine Früherkennungsuntersuchung. Bei der Untersuchung tastet der Arzt die Prostata durch den Enddarm mit dem Finger ab. Allerdings können damit nur größere Tumore erkannt werden und solche, die direkt auf der Oberfläche liegen. Schwer tastbare Tumore können dadurch nicht entdeckt werden.

Bestimmung des PSA-Werts

Die alleinige Tastuntersuchung zur Früherkennung ist ebenso wie der Test auf das prostataspezifische Antigen (PSA Test) unter Experten umstritten. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für eine Untersuchung zur Krebsfrüherkennung oder Vorsorge nur, wenn deren Nutzen sicher nachgewiesen ist. Dies konnte beim PSA Test bisher (noch) nicht nachgewiesen werden. Dennoch wird er von vielen Experten empfohlen.

Nach einer ausführlichen Aufklärung über Vor- und Nachteile der Früherkennung, erfolgt auf Wunsch des Patienten die Bestimmung des PSA-Werts im Blut. PSA (prostataspezifisches Antigen) ist ein Eiweißstoff, der in der Prostata gebildet wird und im Blut nachweisbar ist. Bei Erkrankungen der Prostata (Entzündungen, gutartige Vergrößerung oder Tumor) wird dieser Stoff vermehrt ins Blut abgegeben. Ist der PSA-Wert erhöht, kann die Ursache Krebs sein, oft handelt es sich aber auch um entzündliche Prozesse der Prostata.

Ultraschalluntersuchung

Äußert der Arzt bei der Tastuntersuchung einen Verdacht, kann im Anschluss eine transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung wird der Ultraschallkopf in den Enddarm eingeführt. Dadurch können Veränderungen des Prostatagewebes festgestellt werden.

Biopsie

Im Verdachtsfall kann der Arzt außerdem eine Biopsie veranlassen. Durch einen kleinen operativen Eingriff wird Gewebe aus verschiedenen Prostatabereichen entnommen und anschließend in einem medizinischen Labor untersucht. Dieser Eingriff erfolgt meist unter örtlicher Betäubung und schließt ein bildgebendes Verfahren wie die Magnetresonanztomographie (MRT) mit ein.

Praxistipps!

- Die Kosten für einen PSA-Test, Ultraschall oder weitere Blutuntersuchungen werden von den Krankenkassen **nicht** übernommen. Es handelt sich hierbei um eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGel-Leistung). Das sind Diagnose- und Behandlungsmethoden, die vom Patienten privat bezahlt werden müssen, weil sie nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehören. Wenn der Arzt bei einer Tastuntersuchung (siehe S. 5) allerdings Veränderungen findet und für die Abklärungsuntersuchung einen PSA-Test veranlasst, werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen. Während einer Krebsbehandlung und der Nachkontrolle werden die Kosten für einen PSA-Test ebenfalls von den Krankenkassen übernommen.
- Das Deutsche Krebsforschungszentrum gibt interessierten Männern zum Thema Früherkennung viele Informationen und auch Entscheidungshilfen unter www.krebsinformationsdienst.de > Krebsarten > Prostatakrebs > Früherkennung.
- Von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe wurde die Gesundheitsleitlinie „Früherkennung von Prostatakrebs“ herausgegeben. Download unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de > Patientenleitlinien > Prostatakrebs.

Behandlung

Für die Therapie bei Prostatakrebs sind Art und Stadium des Tumors die entscheidenden Faktoren. Die folgenden Informationen zu Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie, alternativen Vorgehensweisen, Schmerzbehandlung und Selbsthilfe bilden nur einen kurzen Überblick und beinhalten keinerlei Behandlungsempfehlungen. Die Therapieentscheidung treffen allein Arzt und Patient.

Art und Stadium des Tumors, das Alter des Patienten sowie dessen individuelle Bedürfnisse sind bei der Auswahl der Therapieform maßgeblich. Selbstverständlich kann hier keine Empfehlung für die eine oder andere Therapieart gegeben werden. Arzt und Patient sollten immer die individuellen Möglichkeiten besprechen und gemeinsam entscheiden. Manchmal ist die Kombination aus mehreren Therapien angezeigt und manchmal ist es sinnvoll, einen möglichen Tumor nur engmaschig zu beobachten. Einen Überblick über die verschiedenen Therapien bieten auch die Patientenverbände bzw. die regionalen Selbsthilfegruppen. Näheres unter www.prostatakrebs-bps.de.

Therapien

Zur Behandlung des Prostatakarzinoms stehen verschiedene Therapieoptionen zur Verfügung.

Operation

Im Frühstadium ist die Entfernung der Prostata durch eine Operation (Prostatektomie) die häufigste Behandlungsmethode. Eine Operation verfolgt das Ziel der Heilung. Auch die Lymphknoten im Becken werden dabei teilweise entfernt.

Voraussetzung für eine Operation ist, dass der Tumor auf die Prostata beschränkt ist oder die Prostata kapsel durchbrochen und in umliegendes Gewebe eingewachsen ist, jedoch keine Tochtergeschwülste (Metastasen) gebildet hat. Nebenwirkungen der Operation können z.B. Harninkontinenz und erektile Dysfunktion (Verlust der sexuellen Potenz) sein. Um diese Risiken zu senken, gibt es eine „nervenschonende“ Operationsmethode, bei der aber die Gefahr besteht, dass die Tumorzellen nicht komplett entfernt werden. Es gibt verschiedene Operationsmethoden, daher müssen Arzt und Patient miteinander über eine geeignete Operationsmethode entscheiden.

Bestrahlung

Die **externe** (perkutane) Strahlentherapie wird in der Regel in einem ambulanten Therapiezentrum durchgeführt. Für diese Therapie ist keine Betäubung erforderlich. Abhängig vom Ausmaß der Erkrankung umfasst einen Bestrahlungszyklus ca. 30–40 Behandlungen.

Bei der **inneren** Strahlentherapie (Brachytherapie) wird radioaktives Material in die Prostata eingebracht. Es gibt zwei Möglichkeiten:

- Niedrig dosierte LDR-Brachytherapie (low-dose-rate = niedrig dosiert): Seeds (wenige Millimeter große, radioaktiv geladene Metallstifte) bleiben dauerhaft in der Prostata.
- Hoch dosierte HDR-Brachytherapie (high-dose-rate = hoch dosiert): Hoch dosiertes radioaktives Material wird nur für eine genau vorausberechnete Dauer (in der Regel wenige Stunden) in die Prostata eingebracht. „Afterloading“ ist der Fachbegriff für diese Methode, die auch mit anderen

Therapien kombiniert werden kann.

Als Nebenwirkungen können bei beiden Verfahren u.a. Darm- und Blasenprobleme auftreten.

Hormontherapie

Die Prostata ist von den männlichen Geschlechtshormonen (Testosterone) abhängig. Insbesondere im fortgeschrittenen Stadium und bei Metastasen in anderen Organen kann versucht werden, durch Entzug der Hormone den Tumor am Wachstum zu hindern. Der Entzug der männlichen Hormone erfolgt durch die operative Ausschälung der Hoden oder durch die Gabe von Medikamenten. Nebenwirkungen können z.B. Schwitzen, Gewichtszunahme, depressive Stimmungsveränderungen (siehe S. 16) und Libidobeeinträchtigung sein.

Je nach Stadium des Tumors kann die Hormontherapie auch mit anderen Therapiemöglichkeiten und Reha-Sport (siehe S. 58) kombiniert werden.

Chemotherapie

Wenn der Tumor die Prostatakapsel bereits durchbrochen und/oder Metastasen in anderen Organen bzw. Knochen gebildet hat, kann neben einer Strahlen- und Hormontherapie versucht werden, Tochtergeschwülste mit Zytostatika-Medikamenten (Chemotherapie) zu zerstören.

Aktives Überwachen

Aktives Überwachen (Active Surveillance) ist keine Therapie im eigentlichen Sinn, sondern ein Verschieben bzw. Umgehen einer Therapie. Durch aktives Überwachen kann bei älteren Patienten eine Therapie ggf. hinausgezögert oder ganz vermieden werden. Folgende Aspekte werden dabei in der Regel abgewogen:

- Patient hat einen schlechten Allgemeinzustand und die Therapie wäre zusätzlich belastend.
- Niedrige Hormonaktivität.
- Der Tumor verursacht keine Beschwerden.
- Der Tumor ist klein, auf die Prostata beschränkt und wächst nur langsam.

Beim „aktiven Überwachen“ wird die Tumorentwicklung durch regelmäßige Kontrollen überwacht. Im Bedarfsfall kann dann immer noch eine geeignete Therapie erfolgen. Bevor eine aktive Überwachung eingeleitet wird, erfolgt in der Regel eine bildgebende Untersuchung mittels einer Magnetresonanztomographie (MRT).

Beobachtendes Abwarten

Beobachtendes Abwarten (Watchful Waiting) ist als palliatives Konzept zu verstehen. Es werden keine engmaschigen Kontrolluntersuchungen durchgeführt, der Fokus liegt in der Beobachtung und ggf. auch Behandlung von Symptomen, die durch den Prostatakrebs auftreten können, z.B. Schmerzen oder Harnabflussstörungen. In einem informierenden Gespräch zwischen Patient und Arzt können folgende Aspekte abgewogen werden:

- Therapieoptionen für Patienten mit sehr hohem Lebensalter.
- Möglichkeiten oder Wunsch nach kurativer (auf Heilung abzielende) Therapie.
- Vermeidung unerwünschter Therapiefolgen, wenn das Prostatakarzinom die Lebensqualität nicht beeinflusst.
- Mögliches Risiko durch Fehleinschätzung der Auswirkungen durch das Prostatakarzinom.

Palliativbehandlung

Unabhängig von der Art der Therapie, für die sich ein Patient entscheidet, werden während der Behandlung auch Fragen zur Prognose, Sterben und Tod aufkommen. Der Übergang von einer kurativen Behandlung in die palliative Phase einer Krebserkrankung ist oft fließend und lässt sich nicht so leicht abgrenzen. Wenn die Erkrankung weit fortgeschritten ist und weiter fortschreitet und die Lebenserwartung begrenzt ist, steht die Heilung der Krankheit nicht weiter im Mittelpunkt. Die Ziele in der Palliativversorgung (siehe S. 87) sind eine möglichst gute Lebensqualität und die Linderung der Symptome.

Alternative Therapien

Alternative Therapien können durchaus wirksam sein, sie sind aber noch nicht ausreichend erforscht und deshalb nicht Teil der offiziellen Leitlinien für die Prostatakrebs-Behandlung. Die Kostenübernahme ist im Voraus mit der Krankenkasse zu klären.

Hochintensiv fokussierter Ultraschall (HIFU)

Ultraschallwellen entwickeln im Tumor eine Hitze von 90–100° Celsius. Durch die entstehende Hitze soll das Tumorgewebe zerstört werden. Die Reste werden vom Körper abgebaut. Das Impotenzrisiko liegt im mittleren Bereich und eine dauerhafte Inkontinenz ist eher selten. Der Ultraschallkopf wird durch den Darm eingeführt. Im Allgemeinen ist nur eine Behandlung notwendig. Deshalb ist der HIFU nicht sehr belastend für den Patienten und kann auch bei älteren, an weiteren Krankheiten leidenden Patienten eingesetzt werden.

Kryotherapie

Kryotherapie ist die Anwendung von extremer Kälte („gefrieren“), um Zellen zu zerstören. Diese recht junge Methode ist nur bei örtlich begrenztem Tumor eine Behandlungsalternative. Durchgeführt wird die Kryotherapie bei Prostatakrebs unter Vollnarkose von Urologen oder Radiologen unter Aufsicht eines Anästhesisten. Häufige Nebenwirkung ist eine erektile Dysfunktion.

Psychoonkologie

Eine Krebserkrankung hat für die Patienten auch Auswirkungen auf psychischer, seelischer und sozialer Ebene. Psychoonkologen beraten und unterstützen Patienten bei der individuellen Krankheitsbewältigung.

Unter Psychoonkologie versteht man einen interdisziplinär orientierten Ansatz, der sich mit den psychosozialen Aspekten bei der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung einer Krebserkrankung beschäftigt. Zum Psychoonkologen fortbilden können sich Mitarbeiter verschiedener Fachrichtungen, z.B. Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Sozialpädagogen, die mit krebserkrankten Menschen arbeiten.

Beratung

Krebspatienten, die psychoonkologische Unterstützung suchen, sind bei speziell ausgebildeten Psychoonkologen in guten Händen. Beratung durch solche qualifizierten Psychoonkologen bieten

Krankenhäuser, Reha-Kliniken und die Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften. In der psychoonkologischen Beratung stehen folgende Aspekte oft im Mittelpunkt der Behandlung:

- Unterstützung in der Krankheitsbewältigung
- Umgang mit körperlichen und seelischen Belastungen
- Suche nach Sinn und Perspektiven
- Entdecken eigener Ressourcen
- Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung auf Einstellungen, Werte, Partnerschaft, Beziehungen
- Neuorientierung
- Vermittlung weiterführender Hilfen für Krebspatienten und Angehörige

Therapie

Bei starken Belastungsreaktionen wie Erschöpfung, Depressionen und Angst können Patienten Unterstützung bei einem Psychotherapeuten suchen, der Erfahrung in der Arbeit mit chronisch kranken Menschen haben sollte.



Praxistipps!

- Eine Adresssammlung von Ärzten, Kliniken, Krebsberatungsstellen und psychoonkologischen Praxen bietet der Krebsinformationsdienst unter www.krebsinformationsdienst.de > Service > Adressen und Links.
- www.psycho-onkologie.net ist ein Beratungs- und Therapieportal für Krebsbetroffene, das zum Einstieg Videos anbietet, die Belastungssituationen nachfühlbar machen. Außerdem gibt es die Möglichkeit einer psychoonkologischen Beratung via Skype sowie eine Übersicht zu psychoonkologischen Hilfsangeboten.
- Die digitale Gesundheitsanwendung MIKA (Mein interaktiver Krebsassistent) ist eine kostenfreie App auf Rezept, die medizinische Informationen, ein Therapie-Tagebuch und psychologisch-orientierte Unterstützung bietet. Informationen unter www.mitmika.de.

Psychotherapie

Fühlen sich Patienten durch ihre Prostatakrebs-Erkrankung und/oder die Therapie psychisch stark belastet, übernehmen die Krankenkassen in der Regel die Kosten für eine anerkannte Psychotherapie.

Anerkannte Therapieverfahren sind:

- **Verhaltenstherapie**
Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder verlernt werden kann bzw. stattdessen neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können. Die Verhaltenstherapie ist ziel- und lösungsorientiert, konzentriert sich auf die Gegenwart und enthält viele praktische Übungselemente.
- **Analytische Psychotherapie**
Analytische Psychotherapie geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das

aktuellen Problemverhalten sind. Ziel der analytischen Psychotherapie ist eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, insbesondere des Gefühlslebens in den Bereichen, die zur Aufrechterhaltung psychopathologischer Elemente (Symptome, Persönlichkeitseigenschaften) beitragen.

- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Diese Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Ziel ist, die unbewussten Hintergründe und Auslöser der aktuellen Beschwerden aufzudecken und so zu bearbeiten, dass diese künftig besser bewältigt werden können.

- **Systemische Therapie**

Die systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsprozesse des Betroffenen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung eines Problems beteiligt und daher auch für Veränderungs- und Lösungsprozesse von Bedeutung sind. Dazu gehören nicht unbedingt nur Familienmitglieder – auch andere Personen oder Institutionen können von Bedeutung sein.

Für andere Therapieverfahren übernimmt die Krankenkasse nur im Einzelfall die Kosten.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind. Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen. Für eine anschließende Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

Probesitzungen (probatorische Sitzungen)

Es ist möglich, 2–4 Probestunden bei einem Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will.



Praxistipps!

- **Therapeutensuche Kassenärztliche Vereinigungen - Patientenservice**

Unter www.116117.de können regional Ärzte aller Fachrichtungen recherchiert werden, auch psychologische Psychotherapeuten vor Ort.

- **Terminservicestelle der KV**

Die Terminservicestelle ist verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Termin in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Nähere Informationen der Terminservicestelle für Psychotherapie erhalten Sie unter www.kbv.de > Themen A–Z > T > Terminservicestellen.

Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)

Lymphödeme sind meist nicht endgültig heilbar, deshalb ist eine ständige Therapie notwendig, um möglichst wenig beeinträchtigt zu sein. Mit den richtigen Therapien und Verhaltensweisen können Patienten aber fast immer ein beschwerdefreies Leben führen.

Die KPE (Komplexe Physikalische Entstauungstherapie) ist die erfolgreichste Therapie bei vielen Lymphödemen. „Komplex“ deutet an, dass die Therapie aus mehreren Bausteinen besteht. Bei schwach ausgebildeten Lymphödemen können auch nur einzelne Bausteine ausreichenden Erfolg bringen. Wenn aber eine KPE angezeigt ist, muss sie mit allen ihren Teilen konsequent und langfristig umgesetzt werden, weil die verschiedenen Bausteine sich gegenseitig unterstützen. Wenn ein Teil vernachlässigt wird, verlieren auch alle anderen Teile erheblich an Wirkung.

Die KPE besteht aus 2 Phasen:

- **Initialphase** (Anschubphase, Entstauungsphase): Findet in der Regel in einer Spezialklinik statt, dauert etwa 2-6 Wochen und sorgt dafür, dass die akuten Beschwerden gelindert und die Schwellungen deutlich reduziert werden, indem die Flüssigkeit im Gewebe zum Abfließen gebracht wird. Die Initialphase wird bei Bedarf wiederholt.
- Die **Erhaltungsphase** folgt in unmittelbarem Anschluss und läuft dann beständig. Die Zahl der Therapietermine wird dabei laufend dem Bedarf angepasst.

Die KPE hat 4 Bausteine. Die Bausteine werden in beiden Phasen angewendet:

- **Manuelle Lymphdrainage (MLD)**
Die MLD ist eine Massage mit schonenden kreisenden Bewegungen, die das Lymphsystem stimuliert, mehr Lymphe abzutransportieren. Damit reduziert sich die Schwellung. Ausgeführt wird die MLD von Masseuren oder Physiotherapeuten, die dafür speziell fortgebildet sind.
Bei einem ausgeprägten dauerhaften Lymphödem nach Bestrahlung oder Operation von Prostatakrebs wird eine MLD pro Woche empfohlen. Sie dauert 30 Minuten, 45 Minuten, oder 60 Minuten inklusive Bandagierung. Der Arzt kann bis zu 6 MLD pro Rezept und maximal 30 MLD verordnen. Ggf. kann ein langfristiger Heilmittelbedarf festgestellt werden.
- **Kompression**
Kompression heißt Druck. Er wird aufgebaut, damit im Gewebe kein Platz ist, um zu viel Lymphflüssigkeit einzulagern. Bei Bewegung unterstützt die Kompression den Abtransport von Lymphflüssigkeit. Eingesetzt werden dafür entweder ein lymphologischer Kompressionsverband (Kompressionsbandage) oder Kompressionsstrümpfe.
- **Bewegungsübungen**
In der Regel werden Patienten schon im Krankenhaus **physiotherapeutische Übungen** gezeigt, damit das Bein auf Dauer funktionsfähig bleibt. Es ist wichtig diese Übungen auch **zu Hause täglich konsequent** auszuführen. Wenn Patienten die Übungen nicht alleine durchführen können, verschreibt der behandelnde Arzt Physiotherapie. In Ruhe sollten, wenn möglich, betroffene Beine hochgelagert werden.
- **Hautpflege**
Bei einem Lymphödem ist es wichtig, täglich die Haut zu begutachten und sorgfältig zu pflegen. Schon kleine Risse oder Verletzungen können Infektionen verursachen, die nur schwer abheilen, weil sich infolge des gestörten Lymphflusses Erreger schnell ausbreiten, Stoffwechselreste dagegen nur ungenügend abtransportiert werden. Zu achten ist insbesondere auf die Hände und Füße: Bei jeder Haus-, Garten- und Handwerksarbeit sollten schützende Handschuhe getragen werden. Schuhe

dürfen nicht reiben, nicht drücken und keinesfalls abschnüren, aber sie sollen fest sitzen (Kompression). Die Finger- und Zehennägel sind sorgfältig, aber vorsichtig zu pflegen und besser zu feilen als zu schneiden. Parfümierte Wasch- und Pflegeprodukte können die Haut reizen. Zu bevorzugen sind ph-neutrale Produkte. Wenn Kompressionsbandagen oder -strümpfe getragen werden, ist die Feuchtigkeitspflege für die Haut wichtig.



Praxistipp!

Der Krebsinformationsdienst bietet einen Überblick zu Beschwerden, Behandlung und Alltagsbewältigung beim Lymphödem bei Krebs unter www.krebsinformationsdienst.de > *Leben mit Krebs* > *Belastende Symptome* > *Lymphödem bei Krebs*.

Begleit- und Folgeerkrankungen

Durch die Behandlung von Prostatakrebs können verschiedene körperliche und psychische Begleit- und Folgeerkrankungen auftreten.

Wie hoch die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Folgen ist und welche Vorsorge- bzw. Behandlungsmöglichkeiten es gibt, können Patienten vor Beginn der Therapie mit ihrem behandelnden Arzt besprechen.

Inkontinenz und Impotenz

Je nach Therapie können Inkontinenz oder Impotenz als Behandlungsfolgen nach einer Operation oder Bestrahlung von Prostatakrebs auftreten. Blasenschwäche und Erektionsstörungen (Erektile Dysfunktion) treten dabei oft zusammen auf. Sie können dauerhaft oder nur vorübergehend sein.

Ursache für die **Inkontinenz** ist das Versagen des Verschlussmechanismus am Blasenausgang. Konsequentes und gezieltes Beckenbodentraining oder eine Elektrostimulationstherapie können diese Störung in vielen Fällen beheben, sodass der Patient die Kontrolle über seine Blasenfunktion wiedererlangt.

Sollte Training und Stimulation nicht den gewünschten Erfolg bringen, kann evtl. mit medikamentösen oder operativen Maßnahmen eine Besserung erreicht werden.

Betroffene sollten sich nicht mit den Problemen abfinden oder auf Besserung hoffen, sondern gemeinsam mit dem behandelnden Arzt nach Lösungen und einer bestmöglichen Behandlung suchen.

Wenn die an einer Erektion beteiligten Nerven oder Blutgefäße durch eine Operation geschädigt worden sind, kann es zudem zu einer **Impotenz** kommen. Die Impotenz kann zeitlich begrenzt sein und medikamentös behandelt werden. Bei der Entfernung der Erektionsnerven ist sie allerdings dauerhaft. Empfindungen, Lust und Orgasmusfähigkeit bleiben jedoch erhalten. Zudem kann eine Erektionschwäche auch durch andere Faktoren beeinflusst werden, wie z.B.:

- Hormonbehandlung durch Testosteronentzug (siehe S. 8)
- Scham und fehlende Kommunikation in der Partnerschaft (siehe S. 21)
- Finanzielle Probleme
- Erschöpfung und Müdigkeit (siehe auch chronisches Erschöpfungssyndrom, S. 15)
- Depressionen und Ängste (siehe S. 16)

Die Lebensqualität kann durch Inkontinenz und Impotenz erheblich eingeschränkt sein. Hilfs- und Heilmittel können helfen, diese Beschwerden zu lindern und wirken für den weiteren Behandlungsprozess unterstützend (siehe S. 27).

Haarausfall bei Chemotherapie

Die meisten Patienten leiden während einer Chemotherapie – neben Übelkeit, Erbrechen und Müdigkeit – unter teilweisem oder vollständigem Haarverlust. Etwa 4 Wochen nach Ende der zytostatischen Therapie wächst das Haar wieder nach.

Nicht alle Medikamente, die für eine Chemotherapie eingesetzt werden, haben einen Haarausfall zur Folge. Ärzte können darüber aber recht verlässliche Prognosen abgeben.

Es kann hilfreich sein, sich rechtzeitig zu überlegen, ob man z.B. Haarerersatz oder Mützen tragen möchte. Eine Perücke (siehe S. 28) sollte ggf. vor Beginn der Chemotherapie ausgewählt werden.



Praxistipps!

- Bei einigen Patienten kann der Haarausfall durch Kältekappen (sog. scalp cooling) während einer Chemotherapie (zumindest teilweise) vermieden werden. Die Kosten dafür belaufen sich auf etwa 1.200–2.000 € und werden in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen. Weitere Informationen unter www.aerztezeitung.de > Suchbegriff: „scalp cooling“.
- Über den Kopf verliert der Körper viel Wärme, viel mehr als dies angesichts der vergleichsweise kleinen Körperoberfläche zu erwarten wäre. Das Immunsystem wird durch die Chemotherapie zusätzlich geschwächt, Kühle führt also viel leichter zu einer Erkältung. Eine Kopfbedeckung sollte deshalb immer zur Hand sein und ggf. auch nachts getragen werden.
- Vor und während der Therapie sollten milde Shampoos und weiche Bürsten verwendet werden, um Haar und Kopfhaut zu schonen.

Chronisches Erschöpfungssyndrom (Fatigue)

Fatigue bezeichnet den absoluten Erschöpfungszustand, der bei Prostatakrebs-Patienten eintreten kann. Anders als bei üblicher Müdigkeit kann Fatigue nicht durch ausreichenden Schlaf und Erholung überwunden werden. Typische Merkmale sind eine anhaltende körperliche und seelische Erschöpfung und Abgeschlagenheit trotz ausreichender Schlafphasen sowie schnelle Überforderung, Reizbarkeit und Interesselosigkeit.

Während einer Krebserkrankung oder im Laufe der Behandlung können körperliche, seelische und/oder geistige Müdigkeit und Erschöpfung auftreten, ohne im Zusammenhang mit vorangegangener Belastung zu stehen. Betroffene können ihren Alltag nur schwer bewältigen und finden auch durch Ausruhen oder Schlafen keine Erholung.

Fatigue kann auch nach Beendigung einer Tumortherapie auftreten. In vielen Fällen klingt sie nach einigen Wochen wieder ab, die Beschwerden können jedoch auch über Monate bzw. Jahre anhalten oder später erneut auftreten.

Ursachen

Wie es zur Entstehung von Fatigue kommt, ist noch nicht abschließend geklärt. Mögliche Ursachen sind der anhaltende seelische und körperliche Stress bei einer Krebserkrankung, Veränderungen des Hormonhaushalts, Anämie (Blutarmut), Schlafstörungen oder die Krebserkrankung selbst.

Behandlung

Betroffene sollten Fatigue ernst nehmen und mit ihrem Arzt darüber sprechen. Je nach Symptomen und Einschränkungen gibt es

- ärztlich-therapeutische Behandlungsmöglichkeiten, z.B. Medikamente, Physiotherapie oder Psychotherapie und
- unterstützende Maßnahmen, z.B. Beratung, körperliches Training oder Entspannungsübungen.

Studien zeigen, dass bei tumorbedingter Fatigue speziell auf die Patienten abgestimmte Bewegungstherapien am besten helfen, insbesondere Kraft- und Ausdauertraining. Dieses sollte idealerweise kombiniert an 2–3 Tagen in der Woche ausgeführt werden. Doch auch Entspannungsverfahren, wie z.B. Yoga oder progressive Muskelentspannung, können eine Verbesserung der Fatigue bewirken.

Praxistipps!

- Weitere Informationen über Fatigue bei Krebserkrankungen bietet auch die Deutsche Fatigue Gesellschaft unter <https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de>.
- Einen Überblick zur Fatigue bei Krebs finden Sie beim ONKO Internetportal der deutschen Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Supportivtherapie* > *Fatigue bei Krebs*.

Depressionen

Auch depressive Beeinträchtigungen, z.B. Stimmungsschwankungen, Verzweiflung, Ängste, Niedergeschlagenheit, Verlust des Selbstwertgefühls oder sozialer Rückzug, können Folgen der Krebserkrankung bzw. deren Behandlung sein.

Die Depression ist eine psychische Erkrankung, deren Hauptsymptome darin bestehen, dass die Stimmung, das Interesse sowie der Antrieb krankhaft vermindert sind. Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild der Depression, sie reicht von leichten depressiven Verstimmungen bis hin zu schweren Verlaufsformen.

Depressionen sind ernst zu nehmende Erkrankungen. Depressive Menschen können ihre Niedergedrücktheit, Ängste und Antriebslosigkeit nicht willentlich beeinflussen. Menschen, bei denen eine depressive Erkrankung vorliegen könnte, sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen, um zu klären, ob eine Behandlung notwendig ist. Die beiden wichtigsten Behandlungsansätze sind Medikamente (Antidepressiva) und Psychotherapie (siehe S. 10). Sie werden häufig kombiniert eingesetzt.

Nicht zu verwechseln ist eine krankhafte Depression mit vorübergehenden Phasen gesunder Trauer, da diese eine normale körperliche Reaktion auf einen Schicksalsschlag, wie die Diagnose Prostatakrebs, darstellt und nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt.

Praxistipps!

- Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe bietet ein Info-Telefon unter der Nummer: 0800 3344533 (Mo., Di. und Do. 13–17 Uhr, Mi. und Fr. 8:30–12:30 Uhr) sowie als Hilfestellung, um Depressionen bei sich zu erkennen, einen Selbsttest unter www.deutsche-depressionshilfe.de > *Depression: Infos und Hilfe* > *Selbsttest*.
- Es gibt zunehmend Apps und Online-Angebote (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> > *Suchbegriff Depression*. Auf Anfrage können Krankenkassen auch die Kosten für andere Gesundheits-Apps bzw. digitale Gesundheitsanwendungen übernehmen.

Lymphödeme

Nach einer Krebsoperation oder Bestrahlung kann es zu einem Lymphödem in den Beinen oder im Hodensack kommen. Bei einem ausgeprägten Lymphödem ist dauerhaft eine Komplexe Physikalische Entstauungstherapie nötig, die aus Lymphdrainage, Kompression, Übungen und Hautpflege besteht.

Ein Lymphödem ist ein Stau von Lymphflüssigkeit. Das Lymphsystem ist ein über den ganzen Körper verteiltes System von Kanälen und Lymphknoten, das Lymphflüssigkeit, aber auch Erreger, Eiweiß und Stoffwechselreste von den Extremitäten (Hände, Füße) Richtung Körperstamm transportiert. Das Lymphgefäßsystem ist so wichtig wie die Blutgefäße. Es mündet in der Nähe des Herzens in das Venensystem.

Lymphknoten sind zentrale „Kreuzungen“ im Lymphsystem. Wenn sie nicht mehr vorhanden sind oder nicht mehr richtig funktionieren, kommt der Abtransport der Lymphe in den Bereichen vor dieser Kreuzung ins Stocken. Bei Krebsoperationen werden Lymphknoten entfernt, wenn sie von Tumorzellen befallen sind. Bei der Bestrahlung von Krebs kann es sein, dass nahegelegene Lymphknoten und Lymphbahnen durch die Strahlen beschädigt werden. Die Lymphe staut sich dann und die Bereiche vor den betroffenen Regionen, in der Regel Arme oder Beine, schwellen an. Weil es sich hier um eine Folge der Operation handelt, spricht man von einem „sekundären“ Lymphödem.

Anfangs ist die Schwellung blass und weich. Ein Fingerdruck tut nicht weh, hinterlässt aber eine Delle. Der Arm/das Bein fühlt sich oft schwer an, die Beweglichkeit wird im Verlauf immer mehr eingeschränkt. Im fortgeschrittenen Stadium wird die Schwellung immer dicker, das Gewebe infolge von Ablagerungen immer härter, und der Patient bekommt Schmerzen. Zudem erhöht sich die Gefahr von Entzündungen selbst bei kleinen Verletzungen.

Als Komplikation im Zusammenhang mit einem Lymphödem kommt es relativ häufig zu einem Erysipel (Wundrose). Die Wundrose ist eine Hautentzündung, die durch Bakterien verursacht wird und meist den Lymphstau verschlimmert. Erkennungszeichen ist eine scharf begrenzte Rötung, die sich rings um den Entzündungsherd ausbreitet. Wenn Patienten mit Lymphödem Veränderungen bemerken, z.B. Verhärtungen oder Rötungen, sollten sie immer sofort einen Arzt aufsuchen.

Behandlung und Untersuchung von Lymphödem

Lymphödeme können schmerzen und die Lebensqualität massiv beeinträchtigen - dies ist aber, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nur der Fall, wenn das Ödem nicht kontinuierlich und richtig behandelt wird.

Nach einer Bestrahlung können Lymphödeme entstehen, wenn durch die Strahlenintensität Lymphbahnen und/oder Lymphknoten geschädigt wurden und deshalb die Lymphflüssigkeit nicht mehr richtig nach oben transportiert werden kann.

Um ein Lymphödem zu erkennen, ist eine genaue Untersuchung notwendig. Wenn sich ein Lymphödem nach längerer Behandlung nicht bessert oder wenn ein Arzt keine Behandlung verschreiben möchte, sollten Betroffene sich an einen Spezialisten wenden. Bei schweren Fällen kann eine Komplexe Physikalische Entstauungstherapie notwendig werden (siehe S. 12).



Patienteninformationen und Adressen von speziell fortgebildeten Therapeuten bietet der Fachverband Lymphologicum unter www.lymphologicum.de > für Patienten.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird. Neben der medizinischen Versorgung kann das auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt des Patienten umfassen.

Die häusliche Krankenpflege kann von Vertrags- oder Klinikärzten verordnet werden, wenn Patienten z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt noch medizinische/pflegerische Versorgung oder Unterstützung im Haushalt benötigen. Sie wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung, Näheres zu Pflegeleistungen ab S. 79.

Voraussetzungen

Unter bestimmten Voraussetzungen haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege. In der Regel ist die Krankenversicherung der Kostenträger. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn:

- eine Krankenhausbehandlung vermieden wird bzw. erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil der Patient aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit des Patienten (**Krankenhausvermeidungspflege**) oder
- eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird (**Krankenhausverkürzungspflege**) oder eine schwere Krankheit bzw. eine akute Verschlimmerung der Krankheit vorliegt, z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Operation (**Unterstützungspflege**) oder
- sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z.B. in Form von Wundversorgung oder Injektionen (**Sicherungspflege**) und
- keine im Haushalt lebende Person den Patient im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt.

Dauer und Umfang

Die **Krankenhausvermeidungspflege** ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den Medizinischen Dienst) auch länger. Ambulante Palliativversorgung fällt unter diese Ausnahmefälle und kann daher auch über 4 Wochen hinaus verordnet werden. Die **Sicherungspflege** kann so lange verordnet werden, wie sie medizinisch notwendig ist.

Zu den Leistungen der **Behandlungspflege** gehören:

- medizinische Hilfeleistungen z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder
- verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle. Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

- **Grundpflege** sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** umfasst z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen.

Verordnung

Die Verordnung einer häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung kann auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Auch Krankenhausärzte können im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege für längstens 7 Tage verordnen. Der Krankenhausarzt soll den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig darüber informieren, sodass eine weitere Versorgung nahtlos gewährleistet wird.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit, sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe S. 30.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Nachsorge

Die Nachsorge hat das Ziel, ein Wiederauftreten (Rezidiv) von Prostatakrebs frühzeitig zu erkennen und wirksam zu behandeln. Auch mögliche Begleiterkrankungen sollen erkannt und geheilt bzw. gelindert werden. Zudem werden Patienten bei psychischen oder sozialen Schwierigkeiten unterstützt.

In der Regel erfolgt unmittelbar nach einer abgeschlossenen Behandlung eine onkologische Nachsorge. Das ist eine bis zu dreiwöchige Behandlung in einer Reha-Klinik, wenn erforderlich auch länger. Näheres unter Onkologische Nachsorgeleistung siehe S. 54.

Kontrolluntersuchungen

Nach der Behandlung des Prostatakrebses stehen die körperlichen, speziell die urologischen Untersuchungen und die Kontrolle des PSA-Werts im Mittelpunkt. Die Kontrolluntersuchungen finden in der Regel, je nach vorangegangener Therapie, in den ersten beiden Jahren im Abstand von 3 Monaten, danach alle 6 Monate und ab dem 5. Jahr jährlich statt. Dabei wird auf eine erneute Tumorbildung genauso geachtet wie auf mögliche Begleiterscheinungen und Folgekrankheiten wie Knochenschmerzen, Probleme beim Wasserlassen, Thrombosen usw.

Nachbetreuung

Zur Nachsorge gehören nicht nur medizinische Untersuchungen, sondern auch die Unterstützung des Patienten bei seelischen Belastungen. Viele Kliniken verfügen über einen Sozialdienst, der bei sozialen, sozialrechtlichen und finanziellen Problemen hilft, z.B. bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises (siehe S. 65) oder bei Fragen der häuslichen Versorgung.



Praxistipp!

Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet eine detaillierte Übersicht zur Nachsorge unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Krebsarten* > *Prostatakrebs* > *Basisinformationen Prostatakrebs* > *Prostatakrebs überstanden – was kommt jetzt?*

Leben mit Prostatakrebs

Die Diagnose und die Behandlung von Prostatakrebs können Auswirkungen auf Partnerschaft, Familie und Alltag haben. Betroffene und Angehörige haben Ängste und Sorgen, die sich in der Regel auf alle Lebensbereiche auswirken.

Sinnvoll ist meist ein offener Umgang mit der Erkrankung, insbesondere in der eigenen Familie. Unterstützend können zudem eine ausgewogene Ernährung sowie eine moderate sportliche Betätigung sein.

Partnerschaft und Sexualität

Einige Behandlungsformen bei Prostatakarzinom können zu Inkontinenz und Impotenz führen. Der Verlust der Erektionsfähigkeit beeinträchtigt das männliche Selbstverständnis zutiefst. Kommunikation mit dem Lebenspartner ist deshalb wichtig, auch Selbsthilfegruppen können helfen.

Viele Patienten mit Prostatakarzinom verschweigen die Diagnose zunächst sogar vor ihrem Partner. Sie meinen, diesen nicht „unnötig belasten“ zu müssen. Allerdings spürt der Partner sehr bald die Veränderungen und dieses Schweigen kann eine größere Belastung darstellen als die Mitteilung der Diagnose. Außerdem geht den Betroffenen eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Unterstützung verloren.

Durch verschiedene Behandlungsformen kann es zu vorübergehender oder dauerhafter Inkontinenz und Impotenz kommen. Dadurch wird die Lebensqualität oft erheblich eingeschränkt. Bei beiden Themen hilft in der Regel eine offene Kommunikation mit dem Partner, auch wenn dies anfangs schwer fällt. Aber fehlende Kommunikation kann neben der ohnehin hinzunehmenden Einschränkung der Lebensqualität zudem Heimlichkeiten und Vertrauensverlust zur Folge haben.

Der Verlust der Erektionsfähigkeit beeinträchtigt das männliche Selbstverständnis zutiefst. Hinzu kommt die Angst, von der Partnerin abgelehnt zu werden. Ein zusätzlicher „Erfolgsdruck“ verschlimmert dann die Versagensängste. Die Gefahr von Rückzug ist hier sehr groß. Entgegenwirken kann ein verständnisvoller, offener Umgang miteinander. Durch die Annahme des Partners ist es vielen Betroffenen im Lauf der Zeit wieder möglich, trotz der funktionellen Einschränkungen eine befriedigende Partnerschaft zu leben.

Insbesondere in der Nachsorge (siehe S. 20) und Rehabilitation (siehe S. 46) bieten Kliniken Beratung und Behandlung von Erektionsstörungen an. Weitere Unterstützung kann der Arzt durch medikamentöse oder technische Hilfen bieten. Manch einem Patienten hilft bei dieser Problematik eine Psychotherapie (siehe S. 10) oder eine Selbsthilfegruppe.

Praxistipp!

Beim Deutschen Krebsforschungszentrum kann eine Broschüre für Patienten und deren Partner als Einzelexemplare bestellt oder auf der Homepage heruntergeladen werden unter www.krebsinformationsdienst.de > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Sexualität und Krebs*.

Wer hilft weiter?

Der gemeinnützige Verein pro familia bietet bundesweite Beratung rund um die Themen Sexualität und Partnerschaft. Adressen finden Sie unter www.profamilia.de > *Unsere Beratungsstellen*.

Kinder krebskranker Eltern

Wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt, sollte frühzeitig mit den Kindern über die Krankheit gesprochen werden. Kinder spüren schon in jungen Jahren intuitiv, wenn jemand aus der Familie in Gefahr ist und empfinden die Ungewissheit als eine größere Belastung als die Wahrheit.

Manche Eltern möchten ihre Kinder schonen und die bedrohliche Wirklichkeit von ihnen fernhalten. Kinder merken aber, dass „hinter ihrem Rücken“ etwas vorgeht und fühlen sich mit ihren Bedenken allein gelassen und unsicher.

Den Begriff „Krebs“ nicht meiden

Die Eltern sollten sich ihrem Kind zum ausführlichen Gespräch zur Verfügung stellen und es zu Fragen ermuntern. Es hat keinen Sinn, den Begriff „Krebs“ zu meiden, da die Gefahr besteht, dass das Kind auf anderen Wegen, über Nachbarn, Verwandte und Freunde, unvorbereitet davon erfahren könnte.

Kinder hören „Krebs“ oft nur im Zusammenhang mit Sterben. Deshalb sollten Eltern ihrem Kind sagen, dass Krebs nicht tödlich enden muss, sondern dass alles dafür getan wird, damit man wieder gesund wird und noch lange leben kann. Es ist richtig, von positiven Beispielen aus dem Bekanntenkreis (bei Jugendlichen auch von der Erkrankung und Gesundung prominenter Menschen) zu berichten. Aber man sollte immer bei der Wahrheit bleiben und keine falschen Heilungsversprechen machen. Eltern sollten ehrlich auf Fragen antworten.

Angst und Schuldgefühle

Manchmal haben Kinder Angst, dass Krebs ansteckend ist und dass es jetzt gefährlich wäre, mit dem kranken Papa zu kuscheln und zu schmusen. Es ist wichtig, dem Kind diese **Bedenken zu nehmen**. Es sollte **altersgerecht** erklärt werden wie Krebs entstehen kann, damit sich das Kind nicht die Schuld an der Erkrankung gibt und meint, dass diese die Folge von Ungehorsam oder Streit war.

Kindergarten und Schule

Es kann dem Kind helfen, wenn auch **Lehrer/Erzieher** über die Erkrankung Bescheid wissen. So bekommt es die nötige Rücksichtnahme, Verständnis und Trost, falls es sich anders verhält als gewohnt.

Bei Jugendlichen sollte man solche Informationen nur nach Rücksprache mit dem „Kind“ weitergeben, denn: Teenager orientieren sich an Gleichaltrigen, sie wollen gleich (stark) sein und dazugehören. Da passen schwere Krankheiten oft nicht ins Bild. Oft können sie die unbeschwertere Zeit mit ihren Freunden nutzen, um die Sorgen und Ängste für kurze Zeit zu vergessen. So kann es für Jugendliche auch richtig sein, dass in der Schule keiner über die Krebserkrankung eines Elternteils Bescheid weiß, damit ein Stück „Normalität“ erhalten bleibt.

Veränderung und Normalität

Manchmal kommt es in Familien zu Konfliktsituationen, weil die Eltern sich zwar einerseits wünschen, dass ihr Kind durch die veränderte Situation nicht belastet wird, sie aber andererseits enttäuscht über fehlendes Mitgefühl sind.

Es ist wichtig, Veränderungen klar zu kommunizieren, die den Alltag des Kindes betreffen: z.B. wer für das Kind kocht oder es vom Kindergarten abholt.

Die Eltern sollten versuchen, sowohl sich selbst als auch dem Kind gerecht zu werden: z.B. auf Ruhe im Haus bestehen, wenn sie müde sind. Dem Kind sollten Zeiten zugestanden werden, in denen das Leben „wie früher“ ist: Freunde dürfen mitgebracht werden, Fernsehen oder Musik laufen. Kinder eines schwer kranken Elternteils brauchen Normalität und den Kontakt zu Gleichaltrigen, um die belastende Situation besser verarbeiten zu können und nicht zusätzlich aus der Gleichaltrigengruppe als Außenseiter herauszufallen. Das Kind sollte ermuntert werden, Spaß und Ablenkung zu haben, das ist ein wichtiger Ausgleich zum Alltag mit der Krankheit.



Praxistipps!

- Tipps zum Gespräch mit Kindern geben auch psychosoziale Krebsberatungsstellen. Adressen vermittelt der Krebsinformationsdienst unter der Telefonnummer 0800 4203040 oder per E-Mail an krebsinformationsdienst@dkfz.de. Regionale Anlaufstellen finden Sie auch im Internet unter www.krebsinformationsdienst.de > Service > Adressen und Links > Krebsberatungsstellen.
- Ausführliche Informationen mit wissenschaftlichen Quellen, Buchtipps und Anlaufstellen bietet zudem die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > Basis-Informationen Krebs > Krebs und Psyche > Was Kindern krebskranker Eltern hilft.

Ernährung

Eine Diät, die Prostatakrebs heilt, gibt es nicht. Grundsätzlich ist eine vollwertige und gesunde Ernährung zur Vorbeugung von Krankheiten, auch Krebs, zu empfehlen. Auch für Krebserkrankte sind diese Empfehlungen ratsam. Wichtig ist in jedem Fall, die Ernährung mit den zuständigen Ärzten abzusprechen oder eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass „gesunde“ Ernährung positiv auf jeden Organismus wirkt, ganz gleich, ob er an Krebs erkrankt ist oder nicht. Es ist allerdings nicht einfach zu definieren, was wirklich gesund ist. Folgende Anhaltspunkte zu einer gesunden Ernährung sind allgemein anerkannt:

- **Bedarfsgerecht:** Viele Menschen essen zu viel, manche allerdings auch zu wenig. Übergewicht und Untergewicht belasten den Organismus und ziehen langfristig Schäden nach sich.
- **Vollwertig:** Vollwertig bedeutet, möglichst viele Lebensmittel in ihrer vollwertigen Zusammensetzung zu sich zu nehmen, also z.B. Vollkornprodukte „volles Korn“ statt Weißmehl, frisch zubereitete Produkte statt Fertigprodukte, die oft aus mehrfach verarbeiteten Extrakten hergestellt werden.
- **Schadstoffarm:** Schadstoffe in der Ernährung meiden, z.B. ungespritzte und ungedüngte Lebensmittel kaufen oder Obst, Gemüse und Salate zumindest sorgfältig waschen. Wenig tierische Fette: Fett ist notwendig, aber in Maßen und besser pflanzlich (z.B. Olivenöl) als tierisch (z.B. Schweinespeck, Wurst, fette Käsesorten).
- **Salz:** Auch Salz ist für den Körper unbedingt notwendig, aber ebenfalls in Maßen. Vor allem Menschen, die viel Fleisch und Wurst zu sich nehmen, essen häufig zu salzreich. Salz versteckt sich z.B. in vielen Fertiggerichten, Würzmischungen und Flüssigwürze. Geschmack ist trainierbar, deshalb

zurückhaltender würzen, Kräuter als Geschmacksgeber verwenden und Salz reduzieren.

- **Genuss in Maßen:** Essen darf und soll Genuss bereiten, aber auch hier ist das rechte Maß die zentrale Frage. Zucker ist nicht nur reichlich in allen Süßwaren enthalten, sondern auch in Kuchen und Gebäck, in vielen Fertigmüslis, Quark- und Joghurtzubereitungen. Alkohol, Kaffee und Schwarztee sollten ebenfalls zurückhaltend konsumiert werden.
- **Empfehlenswert** sind Obst und Gemüse, Vollkornprodukte, Kartoffeln und ungesüßte Getränke. Wichtig ist in der Summe, dass der Körper ausreichend Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente zu sich nimmt. Diese sind für viele Körperfunktionen, den Stoffwechsel und das Immunsystem notwendig.

Ernährung bei Tumorkachexie

Für **Patienten mit Tumorkachexie** (Abbau von Fett- und Muskelmasse) sind jedoch andere Richtlinien maßgeblich. Hier sollte eine individuelle Ernährungsberatung und -therapie in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Auch ist die jeweilige Situation des Patienten zu berücksichtigen, möglicherweise gelten vor, während und nach der Behandlung unterschiedliche Ernährungsempfehlungen. Ist die Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung über längere Zeit nicht gegeben, kann auch eine enterale oder parenterale künstliche Ernährung verordnet werden. Häufig sind besonders Patienten in der Palliativphase davon betroffen.

Krebsdiäten

Grundsätzlich sollten Patienten jede Art von Diät, Nahrungsergänzung oder Ernährungsumstellung auf jeden Fall mit dem Arzt abstimmen.

- Es gibt mehrere sog. **Krebsdiäten**, die von Experten als nutzlos und oft sogar schädlich eingestuft sind.
- Eine **Fastenkur** „Nulldiät“ kann gefährlich für den Patienten werden, da sie den Körper Kraft kostet, die er eigentlich zur Abwehr des Tumors bräuchte. Das Abwehrsystem wird durch eine Fastenkur geschwächt und Infektionen können die Folge sein.
- Bewiesen sind dagegen die gesundheitsfördernden und krebshindernden Wirkungen von Obst, Gemüse und fettarmer Vollwerternährung.
- **Krebserregende Stoffe** sind absolut zu meiden: Bekannt sind z.B. Nitrat, oder Stoffe, die beim Grillen von Fleisch über dem offenen Feuer entstehen können.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zum Thema bietet der Ratgeber „Ernährung bei Krebs“ der Deutschen Krebshilfe. Diese kann unter www.krebshilfe.de > *Informieren* > *Infomaterial bestellen* bestellt oder heruntergeladen werden.
- Experten der Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie erarbeiten Faktenblätter mit Informationen zu Nahrungsergänzungsmitteln, Vitaminen und Spurenelementen bei Krebserkrankungen. Näheres unter www.stiftung-perspektiven.de > *Wissensportal* > *Informationen über Komplementäre Medizin und über Alternative Medizin*.
- Ausführliche Informationen mit vielen hilfreichen Links zu Ernährung und Krebs können bei der Deutschen Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Bewusst leben - Krebs vorbeugen* > *Ernährung und Krebs* gefunden werden.

Sport

Verschiedene Studien zeigen, dass Bewegung grundsätzlich anzuraten ist, selbst in den Phasen der Behandlung und auch, wenn die Tumorerkrankung weiter fortschreitet. Allerdings sollte das Pensum der körperlichen Leistungsfähigkeit angepasst werden.

Während Chemotherapie, Bestrahlung oder Hormonentzugstherapie, die sehr anstrengend für den Körper sein können, sollten bei Müdigkeit Ruhepausen eingelegt werden. Aber ansonsten sind normale Alltagstätigkeiten und leichte sportliche Betätigung zu empfehlen, um den Körper zu stärken. Sie fördern die Regeneration, bringen den Patienten auf andere Gedanken und verbessern möglicherweise den gesamten Krankheitsverlauf.

Geeignete Sportarten

Ein besonderes Augenmerk sollte auf dem Beckenbodentraining liegen, weil es hilft die häufigsten Folgen der Krebstherapie, Inkontinenz und Impotenz, zu lindern. Weiterer Schwerpunkt der Übungen sollten die benachbarten Körperregionen sein, also Übungen für den Oberbauch, den unteren Rücken, Gesäß und Oberschenkel. Dafür eignen sich die verschiedensten Fitnessübungen, Sportarten oder auch Gerätetraining. Auch Ausdauertraining hat nach Prostatakrebs positive Effekte und steigert die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Vorsicht beim Sport

Wenn die Prostata entfernt wurde, kämpfen viele Männer mit Inkontinenz. Zu vermeiden sind bei erst kurz überwundener Inkontinenz jegliche sportliche Betätigung unter Pressatmung, weil diese auf den Beckenboden drückt. Vermieden werden sollte auch alles, was mit Verletzungsgefahr im operierten Bereich einhergeht, z.B. Ballsportarten mit viel Körperkontakt und Radfahren.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zum Thema bietet die Broschüre „Bewegung und Sport bei Krebs“ der Deutschen Krebshilfe. Diese kann unter www.krebshilfe.de > Informieren > Infomaterial bestellen bestellt oder heruntergeladen werden.
- Wenn ein Patient individuelle Übungen braucht, kann auch eine Verordnung von Physiotherapie sinnvoll sein.

Urlaub

Gegen einen Urlaub vor, während oder nach einer Prostatakrebs-Therapie ist nicht generell etwas einzuwenden. In jedem Fall sollte mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, welche Reiseziele in Frage kommen und was es im Vorfeld sowie während des Urlaubs zu beachten gilt.

Abzuklären ist z.B. die medizinische Versorgung im Zielgebiet des Urlaubslandes und welche konkreten Anlaufstellen es vor Ort gibt. Zudem sollte man die benötigte Anzahl an Medikamenten und deren Lagerbedingungen (Schutz vor zu hohen oder niedrigen Temperaturen) mit dem Arzt abklären. Wie lange Patienten nach einer Operation mit einem Urlaub warten sollten, ab wann eine Flugreise möglich ist und was beachtet werden muss, ist sehr individuell. Aus diesem Grund sollten sich Patienten ausführlich von ihrem Arzt beraten lassen.

Sonne

Da Chemo- und Strahlentherapien die Haut empfindlicher gegenüber UV-Strahlen machen, sollte direkte Sonne während oder kurz nach diesen Therapien gemieden werden.

Patienten, die ein Lymphödem haben oder bei denen viele Lymphknoten entfernt wurden, sollten generell sehr vorsichtig mit Hitze und Sonne umgehen.

Flugreisen

Während eines Fluges steigt das Risiko für Thrombosen oder Lymphödeme. Der behandelnde Arzt kann Patienten darüber informieren, ob und welche Vorsorgemaßnahmen nötig sind.

Da bei Flugreisen schon mal Gepäckstücke verloren gehen können, sollten Medikamente im Handgepäck mitgenommen werden. Am besten erkundigt man sich im Vorfeld bei der Fluggesellschaft, ob dies ohne Einschränkungen möglich ist.



Praxistipp!

Es gibt die Möglichkeit, sich von einem flugmedizinischen Dienst die „Flugreisetauglichkeit“ bestätigen zu lassen. Kontaktadressen finden Sie beim Luftfahrt-Bundesamt unter www.lba.de > *Luftfahrtpersonal* > *Flugmedizin* > *Adressen* > *Standorte der flugmedizinischen Zentren (AeMC) in Deutschland*.

Hilfs- und Heilmittel

Nach einer Prostata-Operation ist das Risiko von Inkontinenz und Impotenz erhöht. Auch Lymphödeme können nach einer Bestrahlung oder Operation auftreten. Hilfs- und Heilmittel können helfen, diese Beschwerden zu lindern.

In der Regel übernehmen die Krankenkassen ganz oder teilweise die Kosten für Hilfs- und Heilmittel, wenn diese ärztlich verordnet sind.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die erforderlich sind, um z.B. den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern.

Hilfsmittel bei Inkontinenz

Inkontinenzprodukte gibt es in verschiedenen Ausführungen. Man unterscheidet zwischen aufsaugenden und ableitenden Hilfsmitteln zur Urininkontinenzversorgung. Zudem gibt es Hilfsmittel zum Beckenbodentraining, um die Harnkontinenz zu verbessern.

- **Aufsaugende Hilfsmittel**

Vorrang in der Versorgung haben sog. Netz- bzw. Fixierungshosen, wo der Urin hautfreundlich durch anatomische Vorlagen aufgefangen wird. Reicht diese Versorgung nicht aus, können alternativ Windelhosen oder Inkontinenzunterhosen (sog. Pants) genutzt werden, die wie handelsübliche Unterwäsche getragen werden. Für die Nachtruhe können Bettschutzeinlagen benutzt werden.

- **Ableitende Hilfsmittel**

Der Harn wird direkt in einen entsprechenden Auffangbeutel geleitet. Dazu gehören neben Katheter und Rolltrichter auch Urinalkondome, welche wie ein normales Kondom über den Penis gerollt und mit Klebestreifen befestigt werden.

- **Funktionell-anatomische Hilfsmittel**

Wenn die Harnröhre nicht mehr richtig funktioniert, können funktionell-anatomische Hilfsmittel wie z.B. Penisbändchen oder -klemmen helfen. Diese üben einen leichten Druck auf die Harnröhre aus, um ungewollten Urinverlust zu verhindern.

- **Hilfsmittel zum Beckenbodentraining**

Das sind z.B. Trainingsgewichte oder Systeme und Geräte, die den Blasenausgang sowie die Beckenbodenmuskulatur mechanisch (z.B. Druckaufnahmesysteme) oder elektronisch (z.B. Elektrostimulationsgeräte) trainieren.

Hilfsmittel bei Impotenz

Die Entfernung der Erektionsnerven bzw. an einer Erektion beteiligter Nerven oder Blutgefäße kann zu einer zeitlich begrenzten oder dauerhaften Impotenz (siehe S. 14) führen. Folgende Hilfsmittel können dazu beitragen, dass der Patient zu einer den Geschlechtsverkehr ermöglichenden Erektion befähigt wird:

- **Erektionsringe**

Bei Erektionsringen handelt es sich um Ringe bzw. Ringschläuche aus einem dehnbaren, elastischen Material oder Silikon-Latex mit nach außen hin formstabiler Wandung. Die Ringe erzeugen Druck auf den Penis. Dieser Druck drosselt den Blut-Rückfluss aus dem Glied. Die Ringe gibt es in mehreren

Durchmessern, sodass sie passend zu den anatomischen Verhältnissen ausgewählt werden können.

- **Vakuum-Erektionssysteme**

Eine Vakuumerektionshilfe ist ein durchsichtiger Plastikzylinder, der über den Penis geschoben wird. Diese sog. Vakuumpumpe erzeugt einen Unterdruck, sodass Blut in den Schwellkörper fließt. Liegt eine ausreichende Erektion vor, wird durch einen Stauring der Rückfluss des Blutes verhindert.

- **Schwellkörper-Implantat**

Ein Implantat sollte als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen werden, wenn andere Therapien nicht erfolgreich waren. Operativ wird ein Kunststoffzylinder eingeführt, mit dessen Hilfe eine Erektion erzeugt werden kann. Der Eingriff kann nicht rückgängig gemacht werden, weil dabei große Teile der Schwellkörper zerstört werden. Es gibt biegsame Implantate, die den Penis dauerhaft versteifen und auffüllbare hydraulische Implantate. Letztere kommen einer natürlichen Erektion am nächsten und sind von außen nicht zu erkennen. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass der Eingriff medizinisch notwendig ist. Wegen der erheblichen Mehrkosten des hydraulischen Implantats ist bei dieser Variante oft eine Einzelfallprüfung der Krankenkasse notwendig.

Hilfsmittel bei Haarausfall (Perücke)

Bei Männern übernehmen die Krankenkassen nur in Ausnahmefällen die Kosten, z.B. bei entstellenden Veränderungen der Kopfhaut (Urteile des Dresdner Sozialgerichtes (Az: S 18 KR 1380/04) und des Hessischen Landessozialgerichts (Az: L 1 KR 183/05). Dies ist aber immer Entscheidung der Krankenkasse, deshalb sollten Männer, die eine Perücke wünschen, sich ein Rezept ausstellen lassen und es mit persönlicher Begründung bei ihrer Krankenkasse einreichen.

Die Krankenkassen haben mit unterschiedlichen Leistungserbringern von Hilfsmitteln, in diesem Fall Perücken, Versorgungsverträge. Nur ein Haarhaus oder Friseur, der einen solchen Vertrag mit der Kasse hat, kann eine Verordnung über eine Perücke abrechnen. Adressen finden Sie über die Suchmaschine (oben rechts) des Bundesverbands der Zweithaarspezialisten unter www.bvz-info.de.

Zuzahlungen bei Hilfsmitteln

Hilfsmittel für Inkontinenz und Impotenz können von der Krankenkasse ganz oder teilweise übernommen werden. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung.

Bei „**nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**“ wie Elektrostimulationsgeräten beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei „**zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**“ wie Vorlagen, Inkontinenzhosen und Urinalkondomen beträgt die Zuzahlung 10 % des Abgabepreises (je Packung), maximal jedoch 10 € monatlich. Mengenbeschränkungen durch die Krankenkassen sind bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln unzulässig. Für Inkontinenzhilfen gibt es Festbeträge. Bei Produkten, die diesen Festbetrag überschreiten, müssen Patienten den Mehrbetrag selbst bezahlen.

Die Kostenerstattung von Pflegehilfsmitteln wie Bettschutzeinlagen ist nur bei Patienten mit einem Pflegegrad möglich. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erstattet die Pflegekasse monatlich 40 €. Voraussetzung ist, dass der Bedarf von der Pflegekasse anerkannt wurde.



Praxistipp!

Eine Übersicht bietet das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > *Hilfsmittelverzeichnis*.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden wie Krankengymnastik, Massage, Lymphdrainage, Ergotherapie oder Logopädie.

Beckenbodengymnastik

Beckenbodengymnastik umfasst physiotherapeutische Maßnahmen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur, um die Harnkontinenz positiv zu beeinflussen. Diese Muskulatur befindet sich beim Mann zwischen Darmausgang und Hoden. Beckenbodentraining kann unter Anleitung eines speziell dafür geschulten Physiotherapeuten in Einzelstunden erlernt werden. Voraussetzung für den Erfolg eines Beckenbodentrainings ist diszipliniertes Üben über einen längeren Zeitraum.

Beckenbodengymnastik kann auch Teil von Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 58) sein oder wird von Fitnessstudios und Volkshochschulen in Kursen angeboten.

Zur Unterstützung des Beckenbodentrainings können Elektrostimulationsgeräte verordnet werden.

Manuelle Lymphdrainage (MLD) bei Prostatakrebs

Bei einem ausgeprägten dauerhaften Lymphödem (siehe S. 17) nach Bestrahlung oder Operation von Prostatakrebs wird eine MLD pro Woche empfohlen. Sie dauert 30 Minuten, 45 Minuten, oder 60 Minuten inklusive Bandagierung. Der Arzt kann bis zu 6 MLD pro Rezept und maximal 30 MLD verordnen.

Seit dem 1.1.2021 muss ein langfristiger Heilmittelbedarf nicht mehr aufwendig beim Kostenträger beantragt werden. Es genügt ein Vermerk und eine Begründung in der Patientenakte.

Zuzahlungen bei Heilmitteln

Heilmittel können von der Krankenkasse übernommen werden. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Diese ist in der Regel auf 6 Einheiten pro Verordnung begrenzt.

Gesetzlich Versicherte müssen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zuzahlen, Näheres zur Zuzahlungsbefreiung siehe S. 31.

Für Beckenbodengymnastik-Kurse zahlen die Krankenkassen in der Regel einen Zuschuss zu den Kursgebühren.



Praxistipp!

Eine Übersicht bietet der Heilmittelkatalog unter <https://heilmittelkatalog.de> > *Heilmittelkatalog online*.



Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Gerade bei der Behandlung einer Erkrankung wie Prostatakrebs kann dies eine finanzielle Belastung darstellen. Aus diesem Grund gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

Für die Verordnung von Gesundheitsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten unterschiedliche Zuzahlungsregelungen.

Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt): 10 % der Kosten des Arzneimittels, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

| Preis/Kosten | Zuzahlung | Beispiel |
|----------------|-------------------|--|
| bis 5 € | Preis = Zuzahlung | Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 € |
| 5 € bis 50 € | 5 € | Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 € |
| 50 € bis 100 € | 10 % des Preises | Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 € |
| Ab 100 € | 10 € | Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 € |

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Sozialtherapie und Fahrtkosten.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Arzneimittel können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden wie Physiotherapie oder Ergotherapie.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (siehe S. 27).

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei **zum Verbrauch** bestimmten Hilfsmitteln, z.B. Einmalhandschuhen oder saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

Bei der Häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt (siehe S. 18).

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Haushaltshilfe

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und ggf. die Kinderbetreuung übernimmt. Weitere Informationen siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (siehe S. 53) werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

Zuzahlung: 10 € pro Tag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Patient mit Prostatakrebs im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leistet, kann er sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Damit insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen nicht unzumutbar belastet werden, gibt es eine sog. **Belastungsgrenze**, sie liegt bei **2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt.

Gerade während der Behandlung von Prostatakrebs lohnt es sich, die Belastungsgrenze im Auge zu behalten, da diese durch Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenhaus- und Reha-Maßnahmen meist schnell erreicht wird.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als **Familienbruttoeinkommen** zu verstehen. Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende **Angehörige**:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 der Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen nach § 7 Abs. 2 KVLG: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist spielt dabei keine Rolle.

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld

- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, z.B.:

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2022: 449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch nicht berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“ auf Seite 32), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

| Berechnungsbeispiel |
|--|
| Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 € |
| minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 € |
| minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €) |
| ergibt: 7.302 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 € |
| Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen. |

Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für Prostatakrebs-Patienten gilt aufgrund ihrer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in der Regel eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet **und** mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MDE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, Gds, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Vorsorgeuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* downloaden.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Prostatakrebs kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Für den Patienten ist es dann wichtig zu wissen, welche Unterstützungen (z.B. Entgeltfortzahlung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld) ihm zustehen und wo er diese unter welchen Voraussetzungen beantragen kann.

In besonders schweren Fällen von Prostatakrebs, z.B. wenn der Tumor schon gestreut hat, kann es auch zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit kommen. Informationen über finanzielle Hilfen in diesem Fall, siehe ab S. 67.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Arbeitnehmer haben bei Arbeitsunfähigkeit in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit (AU) und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss nicht mehr der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss

er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Arbeitgeberwechsel muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung **beträgt 100 % des bisherigen üblichen Arbeitsentgelts**. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse, usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provision für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.



Praxistipps!

- Wenn der Arbeitgeber eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss die Krankenkasse dem Arbeitnehmer Krankengeld zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Thema Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

Krankengeld

Krankengeld erhalten versicherte Patienten von der Krankenkasse, wenn sie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind. Das Krankengeld wird individuell berechnet und ist niedriger als das Nettoeinkommen. Innerhalb von 3 Jahren gibt es höchstens 78 Wochen lang Krankengeld für dieselbe Krankheit.

Dies ist bei einer Prostatakrebs-Erkrankung z.B. dann der Fall, wenn der Patient aufgrund der Operation, Bestrahlung und/oder einer medikamentösen Therapie länger als 6 Wochen arbeitsunfähig ist.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit noch keinen Anspruch auf die Entgeltfortzahlung gibt. Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder** stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

Bezieher von Arbeitslosengeld erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Leistungen (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 60)
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld

Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhaushandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. „Anspruch“ heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 37).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte. Eine Rückdatierung des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts.
- Das Krankengeld beträgt höchstens **112,88 € pro Tag**.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Krankengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

Bemessungszeitraum

Das Krankengeld errechnet sich aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen.

Wurde nicht monatlich abgerechnet, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

Wie sich der Bemessungszeitraum in besonderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld vom 03.12.2020“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe

der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2022 ein Betrag von 161,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 58.050 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 112,88 €** täglich betragen.

Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen können vorsehen, dass der Arbeitnehmer für eine gewisse Dauer, in der Regel abhängig von Betriebszugehörigkeit und Lebensalter, einen Zuschuss zum Krankengeld vom Arbeitgeber erhält.

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Das gleiche gilt beim Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,20 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

| Berechnungsbeispiel |
|---|
| Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen: |
| Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 € |
| Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 €. Der Patient erhält also 47,51 € Krankengeld täglich. |

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

Eine **Blockfrist** beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

„**Dieselbe Krankheit**“ heißt: identische Krankheitsursache. Es genügt, dass ein nicht ausgeheiltes Grundleiden Krankheitsschübe bewirkt.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn **während** der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt. Es bleibt bei maximal 78 Wochen.

Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden bei den 78 Wochen mitgezählt. Tatsächlich gezahlt wird Krankengeld deshalb in der Regel nur 72 Wochen.

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

Nach Ablauf der Blockfrist (= 3 Jahre), in welcher der Versicherte wegen derselben Krankheit Krankengeld für 78 Wochen bezogen hat, entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung unter folgenden Voraussetzungen:

- **Erneute** Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit,
- mindestens 6 Monate lang **keine** Arbeitsunfähigkeit wegen dieser Krankheit **und**
- mindestens 6 Monate **Erwerbstätigkeit** oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehend.

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.

Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds nicht um diese Dauer.

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.



Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt jedoch nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen (s.o.) das Krankengeld, da dieses nur bei **tatsächlichem** Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Der Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung geht dabei auf die Krankenkasse über.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht

- bei Erhalt von (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Hinweis: Seit 1.10.2021 wird die Meldung an die Krankenkasse schrittweise auf digital umgestellt, d.h.: **Nicht mehr** der Patient muss einen Durchschlag der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung (AU) an die Krankenkasse schicken, sondern die Arztpraxis meldet die Arbeitsunfähigkeit digital und direkt an die Krankenkasse (eAU).

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt

(häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Reha-Bedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 67) umwandelt.

Praxistipps!

- Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Prostatakrebs-Patient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.
- Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 44).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

- Regelaltersrente
- Altersrente für langjährig Versicherte und Altersrente für besonders langjährig Versicherte
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit
- Voller Erwerbsminderungsrente
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Vorruhestandsgeld

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tag der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger rechnen dann direkt miteinander ab. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der

Landwirte,

- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.

Praxistipp!

Wenn eine der genannten Zahlungen eintrifft, ist dies der Krankenkasse schnellstmöglich mitzuteilen. Das erspart spätere Rückzahlungen.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Prostatakrebs-Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung (**sog. Aussteuerung**).

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied** weiterversichert (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung**, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt dann die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Prostatakrebs-Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. **Nahtloskeits-Arbeitslosengeld** beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht.

Wenn eine Prostatakrebs-Behandlung länger dauert, kann das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit eine wichtige Unterstützungsleistung sein, um einkommenslose Zeiten zu verhindern.

Voraussetzungen

Um Arbeitslosengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 67) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt oder Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (siehe S. 57) bzw. medizinische Rehabilitation (siehe ab S. 46). Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.
Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation entschieden wird, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Damit überbrückt es z.B. die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über die Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 60) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.



Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

Die Krankheit selbst sowie die Behandlung von Prostatakrebs und eventuelle Folgeerscheinungen können das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Reha-Maßnahmen können helfen, die Gesundheit der Betroffenen zu fördern und eine Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben zu ermöglichen.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Rente

Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen eine Pflegebedürftigkeit und/oder den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.

Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Prostatakrebs-Patienten wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Nach der Fokussierung auf die Erkrankung und der kräftezehrenden Behandlung tut es meist gut, den Blick wieder auf die Zukunft und den Alltag zu richten.

Die Reha im weiteren Sinn umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA):**
Sie werden auch als „berufliche Reha“ bezeichnet und sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:**
Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld, Reisekosten oder Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:**
Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe:**
Sie werden auch als „soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern.

Kostenträger

Reha-Leistungen können von verschiedenen Trägern übernommen werden, aber die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert. Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Patient nicht zu lange warten muss.

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen, bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern. Offene Fragen beantworten die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe. Menschen mit Behinderungen können sich zudem an die unabhängige Teilhabeberatung wenden.

Bei einem Betroffenen können verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Reha sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Reha-Leistungen und für berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Auch wenn bei einem Betroffenen verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gibt es immer einen sog. leistenden Rehabilitationsträger. Er koordiniert alle Reha-Leistungen, hat die Übersicht und ist im Zweifelsfall Ansprechpartner für den Betroffenen und die anderen Kostenträger.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die „Zuständigkeitsklärung“ soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, **außer** der Antrag wurde – bei Erklärung der Unzuständigkeit – an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser „weitere“ (= zweite)

Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - Auswahl des Gutachters durch den Antragsteller plus
 - 2 Wochen für die Gutachtenerstellung.
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabepflichtkonferenz durchgeführt wird.

Der Antragsteller muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Kann der leistende Reha-Träger nicht innerhalb von 2 Monaten über den Antrag entscheiden, muss er dem Antragsteller auf den Tag genau mitteilen, wann dieser die Entscheidung bekommt. Zudem muss er die Fristverlängerung begründen. Es sind nur folgende Gründe zulässig:

- Fristverlängerung um max. 2 Wochen zur Beauftragung eines Gutachters, wenn nachweislich früher kein Gutachter verfügbar ist.
- Fristverlängerung um max. 4 Wochen, wenn der Gutachter schriftlich bestätigt, dass er so lange braucht.
- Fristverlängerung um die Zeit der „fehlenden Mitwirkung“ beim Antragsteller, also wenn er z.B. Unterlagen nicht einreicht oder Termine nicht wahrnimmt.

Erfolgt **keine** solche **Mitteilung** oder liegt **kein zureichender Grund** vor, gilt der Antrag als **genehmigt**. Der Antragsteller kann sich dann die **Leistung selbst beschaffen** und der Reha-Träger muss zahlen. Diese Fristenregelungen gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.



Wer hilft weiter?

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, die Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen können auch die Beratungsangebote der unabhängigen Teilhabeberatung in Anspruch nehmen. Die Fachstelle Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) bietet unter www.teilhabeberatung.de > *Beratung* weiterführende Informationen und eine regionale Beratungsstellensuche.

Voraussetzungen für medizinische Reha-Maßnahmen

Die medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Eine medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht. Eine stationäre Reha wird aber in der Regel erst bezahlt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Zwischen zwei Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Voraussetzungen

Nahezu alle Sozialleistungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten der medizinischen Reha übernehmen.

Allgemein gültige Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer medizinischen Reha erfüllt sein:

- Die Reha-Maßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Reha-Maßnahme muss vom Arzt verordnet sein und vom Kostenträger **vorher** genehmigt werden.

Wartezeit

Zwischen zwei bezuschussten Reha-Maßnahmen - egal ob ambulant oder stationär - muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

Ausnahmen macht die **Krankenkasse** nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

Der **Rentenversicherungsträger** genehmigt medizinische Reha-Maßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

Antrag

Möchte ein Patient eine medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Es können alle Vertragsärzte der Krankenkasse eine Reha verordnen.

Der Antrag ist an den zuständigen Träger zu richten, im Zweifelsfall an die Krankenkasse.

Es ist sinnvoll, dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Patient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik.

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Betroffene selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Patient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können u.a. die oben genannten Gründe eine Rolle spielen.



Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Reha-Antrag* > *Allgemeines* > *Wie finde ich die beste Rehaklinik für mich?* > *Wunsch-und Wahlrecht*.

Finanzielle Regelungen bei medizinischen Reha-Maßnahmen

Während einer medizinischen Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhalts erhalten.

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 37
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 39
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 60

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung,

in der Regel ohne zeitliche Begrenzung, Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 30.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Wird die medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung
- bei ambulanten Reha-Leistungen
- bei Leistungen zur Prävention
- von Personen, die bei Antragstellung noch nicht 18 Jahre alt sind
- von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbserstatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- bei beruflichen Reha-Leistungen
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.317 € liegt

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht **oder**
- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann **oder**
- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Für diese Personen kann die Zuzahlung bei Antragstellung 2022 entsprechend der folgenden Tabelle ermäßigt werden:

| Monatliches Nettoeinkommen | Zuzahlung |
|----------------------------|-----------|
| unter 1.317 € | keine |
| ab 1.317 € | 5 € |
| ab 1.447,60 € | 6 € |
| ab 1.579,20 € | 7 € |
| ab 1.710,80 € | 8 € |
| ab 1.842,40 € | 9 € |
| ab 1.974 € | 10 € |

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall

beantragt werden. Dem Antrag sind **eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers** oder **eine behördliche Bescheinigung** (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden. Es besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie*.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft* kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Leistungsträger: Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Jugendamt oder Sozialamt.
- Informationen über Zuständigkeiten und Unterstützung bei der Antragstellung gibt die unabhängige Teilhabeberatung. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Ambulante medizinische Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. **Ausnahmen:** Bei medizinischer Rehabilitation, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter sowie für pflegende Angehörige gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

Die ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Eine **Verlängerung** ist aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre medizinische Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären medizinischen Reha wohnt der Prostatakrebs-Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort behandelt.

Voraussetzungen

- Eine **ambulante** Reha-Maßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Durchführung der **stationären** Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag.

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel **3 Wochen**. Eine **Verlängerung** aus medizinischen Gründen ist möglich.



Praxistipp!

Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt.

Zudem können pflegende Angehörige seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine medizinische Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen.

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen. Nach einer Prostatakrebs-Operation steht oft die gezielte Behandlung von Harninkontinenz und Impotenz im Vordergrund. Doch auch die psychische Unterstützung und die Vorbereitung auf den Alltag und das Berufsleben sind Ziele einer Anschlussheilbehandlung.

Voraussetzungen

Die Kostenübernahme der Anschlussheilbehandlung muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden. Die AHB wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein. Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata sowie Krebserkrankungen sind im AHB-Indikationskatalog der Rentenversicherung enthalten.

Ansonsten gelten die allgemeinen **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** für medizinische Reha-Maßnahmen, (siehe S. 49).

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Indikation nach der Indikationsgruppe (s.o. unter Voraussetzungen).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Da die AHB eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, zur Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung.

Besonderheit: Onkologische Reha-Leistung

Ist bei einer bösartigen Krebserkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen eingeleitet werden. Die AHB sollte dann innerhalb von 14 Tagen nach der letzten Bestrahlung beginnen, außer dies ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Dann kann auf Antrag des Arztes später mit der AHB begonnen werden.

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich eine Festigungskur (Onkologische Nachsorgeleistung, s.u.) zu beantragen. Der Medizinische Dienst prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses.

Onkologische Nachsorgeleistung

Als onkologische Nachsorgeleistung gelten sog. Nach- und Festigungskuren bei Krebserkrankungen. Sie zählen zur medizinischen Rehabilitation und müssen beantragt werden.

Bei einer onkologischen Rehabilitation geht es insbesondere um medizinische Leistungen nach einer Erstbehandlung bösartiger Krebserkrankungen. Aufgrund der Spezialisierung und der gezielten therapeutischen Leistungen können Verbesserungen der seelischen und körperlichen Folgeerscheinungen einer Prostatakrebs-Therapie erreicht werden.

Eine onkologische Nachsorgeleistung dauert meist 3 Wochen und findet in der Regel im ersten Jahr nach der Prostatakrebs-Behandlung statt.

Voraussetzungen

Es gelten die allgemeinen **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** für medizinische Reha-Maßnahmen, siehe S. 49.

Persönliche Voraussetzungen

- Eine Diagnose im Sinne einer malignen (= bösartigen) Tumor- und Systemerkrankung, Vorstadien und Früherkrankungen reichen nicht.
- Eine operative oder Strahlen-Behandlung muss abgeschlossen sein. Eine laufende Chemotherapie ist während der onkologischen Reha jedoch möglich.
- Die durch die Tumorerkrankung oder deren Therapie erlittenen beruflichen, körperlichen, seelischen und/oder sozialen Beeinträchtigungen müssen therapierbar und positiv zu beeinflussen sein.
- Die Belastbarkeit für eine Nachsorgebehandlung muss gegeben sein. Der Arzt gibt eine entsprechende Einschätzung ab.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen bei stationären Reha-Leistungen 10 € täglich zu, für maximal 42 Tage im Kalenderjahr.

Findet die onkologische Nachsorgeleistung als Anschlussheilbehandlung (siehe S. 53) statt, ist die Zuzahlung auf 14 Tage begrenzt. Im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen zur medizinischen Reha werden angerechnet, auch wenn die Krankenkasse der Kostenträger war. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich. Nähere Informationen dazu finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“.

Dauer

Onkologische Nachsorgeleistungen dauern **bis zu 3 Wochen**, wenn erforderlich auch länger.

Onkologische Nachsorgeleistungen können grundsätzlich nur **innerhalb eines Jahres** nach einer beendeten Primärbehandlung erbracht werden, innerhalb von **2 Jahren** nur im Einzelfall, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.



Praxistipps!

- Während einer onkologischen Nachsorgeleistung kann unter bestimmten Voraussetzungen Übergangsgeld (siehe S. 60) bezogen werden. Damit die Rentenversicherung den Anspruch prüfen kann, ist es sinnvoll, dem Reha-Antrag eine Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers beizulegen.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, an einer onkologischen Nachsorgeleistung teil, so kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe zur Betreuung der Kinder beantragt werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“. Von der Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe für maximal 4 Wochen auch genehmigt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.
- Reisekosten können auf Antrag beim Rentenversicherungsträger geltend gemacht werden.
- Die Broschüre „Rehabilitation nach Tumorerkrankungen“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum

Thema „Rehabilitation“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger und die unabhängige Teilhabeberatung. Adressen unter www.rehadat-adressen.de und www.teilhabeberatung.de.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit wie z.B. Prostatakrebs schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern.

Nach einer Prostatakrebs-Erkrankung leiden Betroffene nicht nur unter möglichen körperlichen Folgen (z.B. Inkontinenz oder Impotenz), sondern meist auch unter den enormen psychischen Belastungen, welche die Diagnose sowie die Therapie mit sich bringen. Um sich nach einer Reha nicht sofort der vollen Arbeitsbelastung stellen zu müssen, kann eine stufenweise Wiedereingliederung sinnvoll sein. Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Möglich ist die stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn Versicherter und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

Kostenträger

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der **medizinischen Rehabilitation**. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld. Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und er ist ausreichend belastbar, d.h.: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen **Anspruch** auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der teilweisen oder vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen

Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

Finanzielle Sicherung

Der Versicherte erhält während der stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h.: Krankengeld von der Krankenkasse, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.



Praxistipps!

- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



Wer hilft weiter?

Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt oder Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

Die Prostatakrebs-Erkrankung selbst und/oder die Folgeerscheinungen können dazu führen, dass Patienten berufliche Reha-Maßnahmen in Anspruch nehmen müssen, um weiterhin beim bisherigen Arbeitgeber beschäftigt werden zu können bzw. eine neue Arbeitsstelle zu finden.

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern, z.B: Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, Ausbildung und Weiterbildung, Arbeitsassistenz oder Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Zuständig sein können insbesondere die Bundesagentur für Arbeit, die Rentenversicherung oder der Träger der Eingliederungshilfe.

Umfang

Es gibt mehrere Arten von beruflichen Reha-Leistungen, unter anderem:

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten, z.B. technische Hilfen, Finanzierung eines nötigen Umzugs oder Arbeitsassistenten
- Berufliche Bildung, z.B. betriebliche Qualifizierung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern
- Übernahme weiterer Kosten (z.B. Arbeitskleidung, Lehrgangsgebühren)
- Zuschüsse an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen

Dauer

Grundsatz: Berufliche Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen.

Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur **Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung** sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.



Praxistipp!

Die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Der zuständige Reha-Träger, das Integrationsamt oder Inklusionsamt und der Integrationsfachdienst. Die Adresse des zuständigen Integrationsamt bzw. Inklusionsamts finden Sie unter www.bih.de > Inhaltsverzeichnis > Kontakt Integrations- und Inklusionsämter.

Reha-Sport und Funktionstraining

Verschiedene Studien zeigen, dass Bewegung grundsätzlich anzuraten ist, selbst in den Phasen der Behandlung und auch, wenn die Tumorerkrankung weiter fortschreitet. Reha-Sport und Funktionstraining können als ergänzende Leistung zur Rehabilitation verordnet werden.

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind Sport- und Bewegungsangebote, die vom Arzt verordnet werden können. **Reha-Sport** trainiert den gesamten Körper und soll nach einer Erkrankung/Operation die frühere Belastbarkeit wiederherstellen. **Funktionstraining** stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke.

Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger 6 Monate bis 3 Jahre.

Verordnung

Reha-Sport und Funktionstraining werden bei medizinischer Notwendigkeit vom behandelnden Arzt verordnet. Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, kann die Verordnung auch durch den

Arzt einer Reha-Einrichtung verordnet werden.

In der Verordnung stehen

- die Diagnose nach ICD 10 und ggf. Nebendiagnosen,
- die Gründe und Ziele, warum Reha-Sport/Funktionstraining (weiterhin) notwendig ist,
- die Dauer des Reha-Sports bzw. des Funktionstrainings sowie
- eine Empfehlung für die Auswahl der geeigneten Reha-Sportart, bzw. des geeigneten Funktionstrainings.

Kostenträger und Zuständigkeit

Reha-Sport und Funktionstraining sind sog. ergänzende Leistungen zur Reha.

Stellt ein Arzt fest, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (Muster 56).

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten medizinischen Reha die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann innerhalb von 3 Wochen nach Reha-Ende begonnen werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen und wenn kein anderer Kostenträger zuständig ist, können Reha-Sport und Funktionstraining im Rahmen einer beruflichen Reha auch von der Agentur für Arbeit übernommen werden.

Privatpatienten müssen in der Regel einen Vertrag über die Reha-Sport- bzw. Funktionstrainings-Leistungen mit dem Leistungserbringer abschließen und erhalten eine Rechnung. Diese Rechnung können sie dann bei ihrer Krankenversicherung zur Erstattung einreichen. Ob und in welcher Höhe die Kosten erstattet werden, sollten Privatpatienten deshalb immer **im Voraus** mit ihrer Krankenversicherung klären.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung
 - Reha-Sport: in der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
 - Funktionstraining: in der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.



Praxistipps!

- Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-301 bzw. 02234 6000-306, www.dbs-npc.de > *Schnellzugriff* > *Rehasportgruppen*.
- Bei dem gemeinnützigen Rehasport e.V. können unter www.rehasport-finder.de Anbieter von Reha-Sportmaßnahmen nach PLZ gesucht werden.

Wer hilft weiter?

Der jeweilige Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit). Bei der Krankenkasse können auch die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Nähe erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an einer medizinischen oder beruflichen Reha bzw. bei Maßnahmen zur beruflichen Orientierung. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht.

Das Übergangsgeld kann helfen, Prostatakrebs-Patienten während einer Reha zumindest den finanziellen Druck zu nehmen. Wichtig ist, dass Patienten es frühzeitig beantragen. Zuständig können u.a. der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, also in der Regel nach 6 Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung bezahlt Übergangsgeld, wenn die Reha-Maßnahme das Ziel hat, die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen wiederherzustellen.

Die Rentenversicherung zahlt also Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, zur medizinische Rehabilitation, zur Prävention, zur Nachsorge und zu sonstigen Leistungen zur Teilhabe.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen und vor diesen Leistungen rentenversicherungspflichtig gearbeitet haben. Bei Arbeitslosengeld gibt es nur Übergangsgeld, wenn der Arbeitslose wegen der Reha-Maßnahme nicht ganztags arbeiten kann.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Menschen mit Behinderungen Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, wenn diese die **Vorbeschäftigungszeit** erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

- mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Zu den behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen z.B. Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

- Berufsrückkehrer mit Behinderungen
- Menschen mit Behinderungen, die innerhalb des letzten Jahres vor Beginn der Teilnahme an einer behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit eine schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, die einer betrieblichen Berufsausbildung gleichgestellt ist

Bei bestimmten beruflichen Maßnahmen zahlt die Agentur für Arbeit anstelle von Übergangsgeld Ausbildungsgeld.

Höhe

Die **Berechnungsgrundlage** für das Übergangsgeld beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt:

- 75 % dieser Berechnungsgrundlage bei Versicherten,
 - die ein Kind haben **oder**
 - die pflegebedürftig sind und durch ihren Ehegatten gepflegt werden, der deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann **oder**
 - deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.
- 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Niedriger Lohn oder kein Einkommen

Wenn vor einer beruflichen Reha kein oder ein niedriger Lohn erzielt wurde, beträgt die Berechnungsbasis des Übergangsgelds 65 % des ortsüblichen Tarifs. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z.B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts sind die Qualifikation und der Wohnsitz des Versicherten im Monat vor dem Beginn der Reha-Leistung maßgebend.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an berufliche Reha-Leistungen beträgt das Übergangsgeld 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. **angerechnet**:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente usw.

Übergangsgeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur medizinischen bzw. beruflichen Reha.
- während einer beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei **gesundheitsbedingter Unterbrechung** einer beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei **anschließender Arbeitslosigkeit**, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht: sog. Anschlussübergangsgeld. Das Anschlussübergangsgeld ist allerdings niedriger.
- zwischen zwei Reha-Leistungen, wenn die eine Maßnahme abgeschlossen ist und eine weitere erforderliche nicht direkt anschließt: Das sog. Zwischenübergangsgeld gibt es nur, wenn in der Zwischenzeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

Findet eine stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger oder Agentur für Arbeit.

Behinderung

Prostatakrebs kann je nach Verlauf dazu führen, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass ihm eine (Schwer-)Behinderung anerkannt wird. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Je nach der individuellen Lebenssituation des Betroffenen kann es sinnvoll sein, sich die Beeinträchtigungen durch die Prostatakrebs-Erkrankung und -Behandlung als (Schwer-)Behinderung anerkennen zu lassen. Dies kann z.B. vor krankheitsbedingten Kündigungen schützen, einen früheren Renteneintritt ermöglichen oder finanzielle Vorteile bringen.

Definition

Eine Behinderung liegt dann vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, kann ein Mensch mit Behinderungen Vergünstigungen und Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen.

Menschen mit Behinderungen sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von **Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt (siehe S. 65).

Gleichstellung

Für Menschen mit Behinderungen, die Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt sind, gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen. Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz.

Unter folgenden Voraussetzungen sollen Menschen mit Behinderungen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden:

- GdB ab 30 aber unter 50
- Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland
- Sie können als Folge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder diesen nicht behalten

Gleichgestellte haben im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen keinen Anspruch auf einen Zusatzurlaub von 5 bezahlten Arbeitstagen im Jahr und auf vorgezogene Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Sie bekommen keinen Schwerbehindertenausweis und keine „Erleichterungen im Personenverkehr“.

Praxistipps!

- Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der beschäftigende Betrieb wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.
- Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung bei Prostatakrebs

Bei Prostatakrebs kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Der GdB richtet sich nach der Behandlungsnotwendigkeit. Ab einem GdB von 50 gilt ein Patient als schwerbehindert. Menschen mit Behinderungen können bestimmte Hilfen und Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Es handelt sich dabei nur um einen Orientierungsrahmen; die Berechnung ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Bei Prostatakrebs gibt es folgende Anhaltswerte:

Die unten genannten GdB/GdS-Sätze sind **Anhaltswerte**. Gibt es mehrere Funktionsstörungen, werden die einzelnen Werte nicht zusammengezählt, sondern die verschiedenen Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad festgelegt, der den Behinderungen gerecht werden soll.

| Maligner Prostatatumor | GdB/GdS |
|-------------------------------------|---------------|
| ohne Notwendigkeit einer Behandlung | 50 |
| auf Dauer hormonbehandelt | wenigstens 60 |

Heilungsbewährung

Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten. Die Heilungsbewährung beginnt mit dem Zeitpunkt, an dem der Tumor durch Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie (Primärtherapie) als beseitigt angesehen werden kann.

Die aufgeführten GdB/GdS-Werte beziehen den regelhaft verbleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung – z.B. lang andauernde, schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie – sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

| Heilungsbewährung nach Entfernung eines malignen Prostatatumors | GdB/GdS |
|--|---------------|
| Während einer Heilungsbewährung von 2 Jahren nach Entfernung im Stadium T1a N0 M0 (Grading G1) | 50 |
| Während einer Heilungsbewährung von 5 Jahren nach Entfernung in den Stadien T1a (Grading ab G2) und (T1b bis T2) N0 M0 | 50 |
| Während einer Heilungsbewährung von 5 Jahren nach Entfernung in höheren Stadien | wenigstens 80 |

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für schwerbehinderte Menschen beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag

- des schwerbehinderten Menschen **oder**
- einer von ihm bevollmächtigten Person **oder**
- durch die Sorgeberechtigten oder die rechtliche Betreuung mit entsprechendem Aufgabenkreis.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen. Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugeschickt.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für **längstens 5 Jahre** ausgestellt.

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- Bei ausländischen schwerbehinderten Menschen ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, z.B. Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen sowie Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Grad der Behinderung (GdB) und vom Merkzeichen. Beide, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen. Merkzeichen kennzeichnen konkrete Behinderungen und Vergünstigungen, z.B. Merkzeichen G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung).

Erhält ein Patient nach einer Prostatakrebs-Behandlung z.B. einen GdB von 50, stehen ihm u.a. folgende Nachteilsausgleiche zu:

- Behinderten-Pauschbetrag i.H.v. 1.140 €
- Kündigungsschutz
- 1 Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Vorgezogene Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über sein Bürgertelefon zum Thema Behinderung 030 221911-006, Mo–Do 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Unter Umständen ist die körperliche und/oder psychische Belastung durch die Prostatakrebs-Erkrankung bzw. -Behandlung so hoch, dass eine berufliche Tätigkeit über Jahre oder sogar dauerhaft nicht möglich ist.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält man eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 70).

Bekommt man keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt (siehe S. 72) bezogen werden.

Erwerbsminderungsrente

Prostatakrebs-Patienten, die bei Ablauf des Krankengelds noch nicht wieder arbeitsfähig sind und dies voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht werden, können Erwerbsminderungsrente beantragen.

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen.

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

- vor Eintritt der Erwerbsminderung mind. 5 Jahre in der Rentenversicherung versichert war (= allgemeine Wartezeit) **und**
- in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbsminderung mind. 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt hat.

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten. Hier finden Sie auch Informationendarüber, was genau als Wartezeit angerechnet werden kann, z.B. Zeiten der Kindererziehung, aus einem Minijob, während der Pflege eines Angehörigen oder aus einem Versorgungsausgleich bei Scheidung.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein. Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von **mindestens 3 aber weniger als 6 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

Arbeitsmarktrente

Außerdem kann auch eine sog. Arbeitsmarktrente gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, die wegen verschlossenem Arbeitsmarkt gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

Nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1967 gilt der Arbeitsmarkt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruches einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

Ausnahmsweise kann aber in bestimmten Fällen dennoch eine Rente gewährt werden:

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Voraussetzungen bei Menschen mit Behinderungen

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

- in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist **und** wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z.B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Dauer

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenanspruch muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

Mit Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente wird die Erwerbsminderungsrente in die Regelaltersrente umgewandelt.

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der vollen Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch aus der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 erstmalig einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um 1 Monat, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist. Die Abschläge bei den Erwerbsminderungsrenten von maximal 10,8 % bleiben aber weiterhin bestehen, auch mit Eintritt in die Altersrente. Dies führt ebenfalls zu entsprechenden Kürzungen der Hinterbliebenenrente.



Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 70) beantragt werden.
- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst den jährlichen Freibetrag nicht übersteigt. Dieser beträgt 6.300 €. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater (s.u.) berechnet.



Praxistipps!

- **Rentenberater** sind gerichtlich zugelassene und unabhängige Vertreter der Interessen ihrer Mandanten. Sie helfen bei der Durchsetzung von Renten, Widerspruchsverfahren vor den (Landes-) Sozialgerichten, Kontenklärungen und Rentenanträgen.
Kosten: Rentenberater sind an das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz gebunden.
Adressen von Rentenberatern findet man in den Gelben Seiten oder bekommt sie vom Bundesverband der Rentenberater e.V., Kaiserdamm 97, 14057 Berlin, Telefon 030 627255-02, Telefax 030 627255-03, www.rentenberater.de.
- Die Erwerbsminderungsrente muss beantragt werden. Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrente heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.



Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die auch individuelle Rentenberechnungen vornehmen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe. Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Ist ein Betroffener durch die Prostatakrebs-Erkrankung und/oder -Behandlung z.B. nicht mehr in der Lage zu arbeiten, erhält jedoch nicht genug Erwerbsminderungsrente, um davon Miete, Essen, Kleidung, usw. bezahlen zu können, sollte er einen Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stellen, um finanziell ausreichend abgesichert zu sein.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland unter folgenden Voraussetzungen:

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die

dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.

Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind **und**

- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich ist. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

Nicht leistungsberechtigt sind Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten 10 Jahren vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Höhe

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe:

| Anspruchsberechtigte Personen | Höhe |
|--|-------|
| Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende | 449 € |
| Volljährige Ehe- oder Lebenspartner in einer Bedarfsgemeinschaft jeweils | 404 € |
| Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern jeweils | 360 € |
| Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils | 376 € |
| Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils | 311 € |
| Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils | 285 € |

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle oben).
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus

den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

Von diesem Bedarf wird das eigene Einkommen und Vermögen abgezogen, die Differenz wird als Grundsicherung ausgezahlt. Sind Einkommen und Vermögen höher als der Bedarf, besteht kein Anspruch auf eine Grundsicherungsleistung.

Erhält ein Mensch mit Behinderungen neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung. Ausführliche Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein Überbrückungsdarlehen beantragt werden.



Wer hilft weiter?

- Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann durch die 2021 neu eingeführte Grundrente einen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Grundrente muss nicht beantragt werden, die Rentenversicherung prüft durch Datenabgleich mit den Finanzbehörden die Anspruchsberechtigung.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) umfasst Leistungen für Patienten mit Prostatakrebs, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt wird nur gezahlt, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Wenn ein Betroffener seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln bestreiten kann, dann kann er „Hilfe zum Lebensunterhalt“ beim Sozialamt beantragen.

Voraussetzungen

- Keine Möglichkeit, von eigener Arbeit zu leben.
- Kein ausreichendes eigenes Einkommen und Vermögen.
- Keine ausreichende Hilfe durch Angehörige (z.B. Ehegatte oder Lebenspartner).
- Keine ausreichende Hilfe durch andere Sozialleistungen (insbesondere kein Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende und keine Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).

- Keine andere Möglichkeit, den nötigen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 71) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind, wie z.B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfzuschläge und Leistungen für Bildung und Teilhabe.



Praxistipps!

- Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Sozialhilfe im Allgemeinen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“.
- Ihre Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts dürfen nicht gepfändet werden.
- Wer Hilfe zum Lebensunterhalt erhält, kann eine Telefongebührenermäßigung und eine Befreiung oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags in Anspruch nehmen.
- Asylbewerber, geduldete und ausreisepflichtige Personen haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, sondern erhalten bei Hilfsbedürftigkeit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Pflege

Prostatakrebs schränkt das Leben normalerweise nicht in dem Maße ein, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Aufgrund des zumeist höheren Lebensalters des Betroffenen oder im fortgeschrittenen Krankheitsstadium kann es jedoch vereinzelt zu Pflegebedürftigkeit kommen.

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung mindestens 2 Jahre in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Grundsätzlich ist die Pflegeversicherung, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, keine Vollversicherung. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Zum Beispiel war 2021 bei vollstationärer Pflege, nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen, im Bundesdurchschnitt ein Eigenanteil von monatlich 2.125 € zu leisten.

Eine private Pflegezusatzversicherung kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.



Praxistipp!

Ist die Kostendeckung aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht möglich, können Leistungen durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege erbracht werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

- gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen und
- körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig bewältigen können.

Die Beeinträchtigungen müssen **dauerhaft**, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest.

Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller den **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen). Ist eine Verringerung des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MD zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen ein **Wiederholungsgutachten** durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Bei Kindern ist ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchzuführen.

Soll nicht der MD, sondern ein **anderer unabhängiger Gutachter** mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens 3 Gutachter zur Auswahl nennen. Dies gilt auch, wenn innerhalb von 4 Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist und die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten hat. Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.
- Der MD bietet ein Faltblatt mit den wichtigsten Informationen zur Pflegebegutachtung. Das Faltblatt kann unter www.medizinischerdienst.de > *Versicherte* > *Pflegebegutachtung* (rechte Seite) in verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden.
- Zum Begutachtungstermin sollten alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen, z.B. Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, Bescheinigungen des Hausarztes, Gutachten und Atteste, bereitgehalten werden.
- Wird ein Patient von einem ambulanten Palliativteam betreut oder befindet er sich in einem Hospiz, muss das auf dem Pflegeantrag vermerkt sein, damit die Begutachtung schneller stattfindet. Eine zeitnahe Begutachtung ist bei Palliativpatienten wichtig, da sie oft nicht mehr viel Lebenszeit haben – bei gleichzeitig hohem Pflegebedarf.

| Module und Beispiele | Gewichtung |
|--|---|
| 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen | 10 % |
| 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen | 15 % Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen. |
| 3. Verhaltensweisen oder psychische Probleme: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage | |
| 4. Selbstversorgung: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls | 40 % |
| 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche | 20 % |
| 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds | 15 % |

Es gibt noch zwei weitere Bereiche (Modul 7: außerhäusliche Aktivitäten und Modul 8: Haushaltsführung), die zwar nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit einfließen, jedoch erhoben werden, um eine bessere Versorgungsplanung und eine individuelle Beratung zu ermöglichen:

| Module und Beispiele | Gewichtung |
|--|---|
| 7. Außerhäusliche Aktivitäten: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege | Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen. |
| 8. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten | |

Unabhängig von der Feststellung des Pflegegrads können Maßnahmen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, der Prävention und der Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus) empfohlen werden, z.B.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel,
- Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen,
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,

- edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung),
- präventive Maßnahmen,
- eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention.

Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien der Module 1, 2, 4 und 6 erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit. Diese ist wie folgt definiert:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit, eine Handlung oder Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. mit Nutzung von Hilfsmitteln durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig:** Der größte Teil der Aktivität kann alleine durchgeführt werden. Die Pflegeperson muss nur unterstützend tätig werden, z.B. durch Zurechtlegen von Gegenständen, einzelne Handreichungen, Aufforderungen oder um die Sicherheit zu gewährleisten.
- **Überwiegend unselbstständig:** Die Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden, aber eine Beteiligung ist möglich. Diese setzt ggf. eine ständige Anleitung oder Motivation voraus und Teilschritte müssen übernommen werden.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann nicht eigenständig durchgeführt werden, auch nicht teilweise. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss nahezu alle (Teil-)Handlungen durchführen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

Für die Ermittlung des Pflegegrads werden die erhobenen Punktwerte der einzelnen Module addiert und anschließend je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Dies soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrads mit einfließen.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunkt看wert (0–100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Diese bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab:

| Pflegegrad | Punkt看wert | Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten |
|------------|-------------------|---|
| 1 | 12,5 bis unter 27 | Geringe |
| 2 | 27 bis unter 47,5 | Erhebliche |
| 3 | 47,5 bis unter 70 | Schwere |
| 4 | 70 bis unter 90 | Schwerste |
| 5 | 90 bis 100 | Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung |

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MD-Bund (Medizinischer Dienst Bund) unter www.md-bund.de > Richtlinien/Publicationen > Grundlagen der Begutachtung/ Richtlinien > Pflegebedürftigkeit heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.

Widerspruch

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb **eines Monats** Widerspruch einlegen.

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten beim Medizinischen Dienst (MD) angefordert werden, sofern es dem Feststellungs- bzw. Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z.B. aus einem Pflegetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Tagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.

Allgemeine Informationen über einen Widerspruch, Hinweise dazu, wie Sie einen Widerspruch einlegen können und einen Musterwiderspruch finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: *“Widerspruch im Sozialrecht“*.

Es kann hilfreich sein, vorab einen Termin bei einer Pflegeberatung zu vereinbaren, die beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt als Rechtsbehelf noch eine **Klage beim Sozialgericht**.



Praxistipp!

Der Ratgeber „Pflege-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ unterstützt Sie dabei, den Pflegebedarf Ihres Angehörigen selbst zu ermitteln und bietet grundlegende Informationen zum Antrag, zur Einschätzung der Pflegesituation sowie zu einem möglichen Widerspruch. Kostenloser Download unter www.betanet.de > *Ratgeber*.

Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird.

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Pflegeleistungen

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflege sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Bei Bezug von Pflegegeld ist eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld Pflicht, bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich.

Termine für diese sog. Beratungseinsätze muss der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger eigenständig vereinbaren. Bei Versäumnis oder Verweigerung der Beratung drohen Kürzungen oder Streichung von Leistungen.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.

Werden Pflegesachleistungsbeträge nicht in Anspruch genommen, können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 bis zu einer Höchstgrenze von 40 % den Pflegesachleistungsbetrag für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (z.B. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Besuch von Demenzcafés oder Fahr- und Begleitdienste) verwenden. Die Kostenerstattung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Kostenerstattung durch die Pflegekasse kann nur erfolgen, wenn die Leistungserbringung mit entsprechenden Belegen nachgewiesen wird. Näheres zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag auch unter „Entlastungsbetrag“ auf S. 80.

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung bedeutet, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z.B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z.B. ambulanter Pflegedienst) erbracht wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige ist, bis auf wenige Ausnahmen, an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr bis maximal 1.612 €. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen

Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Leistungen ambulanter Pflegedienste (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies **nicht** für Leistungen aus Modul 4, d.h. aus dem Bereich der Selbstversorgung)
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst)
- Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege etwas länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden. Der Entlastungsbetrag kann zusätzlich auch für nach Landesrecht geförderte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Dazu gehören z.B.

- **Entlastung für Pflegebedürftige**, z.B. praktische Hilfen wie Einkaufen oder Vorlesen
- **Entlastung für Pflegenden und Angehörige**, z.B. emotionale Unterstützung durch Gespräche und Zuhören
- **Angebote zur Betreuung**, z.B. Übernahme stundenweiser Betreuung, wenn pflegende Angehörige kurze Auszeiten benötigen

Die Entlastungsangebote können von ambulanten Betreuungsdiensten oder ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Es ist auch möglich, dass der Entlastungsbetrag an Nachbarn, Freunde und Bekannte für Unterstützungen weitergegeben werden kann. Je nach Bundesland gibt es hierfür verschiedene Voraussetzungen, in der Regel muss ein Pflegekurs besucht werden. Die Pflegekassen geben hierzu Auskunft. Eine weitere Möglichkeit bieten Angebote, die im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bzw. anderer organisierter Helferkreise zur Verfügung stehen.

Adressen solcher Anbieter können unter www.aok.de > *Pflege* > *Pflegenavigator* > *Suche nach Unterstützungsangeboten* oder unter www.pflegelotse.de gefunden oder bei der Pflegekasse erfragt werden.

Beratungen, wie und in welchem Umfang die Leistungen in Anspruch genommen werden können, bieten die unterstützenden Dienste selbst oder Pflegeberatungsstellen.

DiPA - Digitale Pflegeanwendungen

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) sind Programme, die Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegediensten übers Handy oder Internet helfen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. DiPA sind derzeit nur für die ambulante Pflege erstattungsfähig. Der Anspruch auf eine DiPA und eventuell notwendige ergänzende Unterstützungsleistung ist auf 50 € monatlich begrenzt. Die Leistung gibt es auf Antrag bei der Pflegekasse, wenn die DiPA beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gelistet ist.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 214 € monatlich, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

| Leistungen bei häuslicher Pflege | | | | | |
|---|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Pflegegeld monatlich | — | 316 € | 545 € | 728 € | 901 € |
| Pflegesachleistungen monatlich | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | bis zu 724 € | bis zu 1.363 € | bis zu 1.693 € | bis zu 2.095 € |
| Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr) | | | | | |
| ... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | bis zu 1.612 € |

| Leistungen bei häuslicher Pflege | | | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ... durch nahe Angehörige * | — | bis zu 474 € (316 € x 1,5) | bis zu 817,50 € (545 € x 1,5) | bis zu 1.092 € (728 € x 1,5) | bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5) |

* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) je Kalenderjahr nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. **Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel**

- zur **Erleichterung der Pflege** (Produktgruppe 50), dazu zählen: Pflegebetten und Zubehör, Pflegebett-Tische und Pflegerollstühle.
- zur **Körperpflege/Hygiene** (Produktgruppe 51), dazu zählen: Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen, Urinflaschen.
- zur **selbstständigen Lebensführung** (Produktgruppe 52), das sind: Hausnotrufsysteme.
- zur **Linderung von Beschwerden** (Produktgruppe 53), das sind: Lagerungsrollen und -halbrollen.
- die zum **Verbrauch bestimmt** sind (Produktgruppe 54), das sind: saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung, z.B. Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel.
- die zu den **technischen Hilfen** zählen. Hierzu gehören Hilfsmittel der Produktgruppen 50–53 (z.B. Pflegebetten und Rollatoren), die von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden.

Kostenübernahme

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Pflegehilfsmitteln, für die ein Festbetrag (s.u.) besteht, und Pflegehilfsmitteln ohne Festbetrag.

- **Pflegehilfsmittel mit Festbetrag**
Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner**
Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Pflegekasse sind**
Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Bei Produktgruppe 54, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmitteln, übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu 40 € im Monat. Der Versicherte muss den Betrag, der 40 € monatlich übersteigt, selbst bezahlen.

Empfehlung durch Pflegekräfte

Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

Die **Empfehlung** darf bei Antragstellung **nicht älter als 2 Wochen** sein und wird vom Pflegebedürftigen **an den Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z.B. ein Sanitätshaus oder Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, **zusammen mit** dem formlosen, schriftlichen **Antrag** weitergeleitet. Vertragspartner können bei der Kranken- oder Pflegekasse vorab erfragt werden. In Ausnahmefällen kann der Antrag vom Pflegebedürftigen oder der Pflegefachkraft auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse weitergeleitet werden.

Vor der Genehmigung prüft die Kranken- bzw. Pflegekasse zügig, spätestens innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die Richtigkeit der Empfehlung durch die Pflegefachkraft und die Wirtschaftlichkeit.

Die detaillierte Auflistung der Produktgruppen, die empfohlen werden dürfen, bildet Anhang II der „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“, Download unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Richtlinien und Empfehlungen > Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte.

In dieser Richtlinie wurden auch die Grundsätze bei der Abgabe von Empfehlungen konkretisiert. Der Anhang der Richtlinie beschreibt den Ablauf des Antragsverfahrens und enthält ein Formular für die Empfehlung der Pflegefachkraft.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

| Leistungen bei teilstationärer Pflege | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | 689 € | 1.298 € | 1.612 € | 1.995 € |

Leistungen bei stationärer Pflege

Eine vollstationäre Pflege im **Pflegeheim** ist erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. Die Pflegekasse zahlt dann abhängig vom Pflegegrad einen pauschalen Sachleistungsbetrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim.

| Leistungen bei stationärer Pflege | | | | | |
|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr) | (Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €) | bis zu 1.774 € |
| Vollstationäre Pflege monatlich | (Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €) | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen. Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren.

Eigenanteil im Pflegeheim

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sowie Investitionskosten (anfallende Kosten für z.B. Gebäude und Reparaturen) fallen sehr unterschiedlich aus und müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Der **Pflegebedürftige muss** neben den **Hotelkosten** und den **Investitionskosten** zusätzlich einen **Eigenanteil** zu den **Kosten der vollstationären Pflege leisten**. Die Höhe des sog. einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Der EEE ist ein pauschaler Anteil der Pflegekosten im Pflegeheim, der nicht von den Pflegekassen übernommen wird. Der Eigenanteil unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung. Innerhalb einer Einrichtung ist er einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5 und erhöht sich nicht, wenn eine Höherstufung des Pflegegrades erfolgt. Bei Pflegegrad 1 muss ein großer Teil der Kosten selbst getragen werden, da nur der Entlastungsbetrag von monatlich 125 € zur Verfügung steht. Die Zahlungspflicht beginnt mit dem Aufnahmetag und endet an dem Tag, an dem der Heimbewohner auszieht oder stirbt.

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim, einen Zuschlag zum Eigenanteil. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, er muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden.

| Aufenthaltsdauer im Heim | Leistungszuschlag |
|------------------------------|-------------------|
| bis einschließlich 12 Monate | 5 % |
| mehr als 12 Monate | 25 % |
| mehr als 24 Monate | 45 % |
| mehr als 36 Monate | 70 % |

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02, Mo-Do 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Für Prostatakrebs-Patienten kann es bei schweren Verlaufsformen nötig werden, dass sie sich von ihren Angehörigen pflegen lassen. Um Angehörige in dieser oft belastenden und meist schwer zu organisierenden Zeit zu entlasten, bietet die Pflegekasse verschiedene Unterstützungsangebote.

Zudem gibt es für Arbeitnehmer unterschiedliche Möglichkeiten, sich von der Arbeit freistellen zu lassen oder die Arbeitszeit zu reduzieren, um einen Angehörigen zu pflegen bzw. die Pflege zu organisieren.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- Rentenversicherung
 - Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslicher Umgebung.
 - Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.
- Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht **während der pflegerischen Tätigkeit** unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das gilt auch für die Wegzeiten, also den Hin- und Rückweg zum oder vom Pflegebedürftigen. Betreuungsleistungen, wie z.B. ein Spaziergang, werden hingegen nicht von der Unfallversicherung abgedeckt.
- Kranken- und Pflegeversicherung

Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.

- Arbeitslosenversicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pfl egetätigkeit.

Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ heruntergeladen werden.
- Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“.
- Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter www.dguv.de > Suchbegriff: „Unfallkassen“.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße Anspruch hat.

Diese sog. „**kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“ kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation in Anspruch genommen werden. In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Er kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Lohnfortzahlungen können gegeben sein, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie **Pflegeunterstützungsgeld** als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen. Sie benötigt dazu eine ärztliche Bescheinigung.

Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird beim Bezug einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Berufstätige haben einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

In der **Familienpflegezeit** reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.

Praxistipps!

- Der pflegende Angehörige kann für die Familienpflegezeit ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen beträgt die Hälfte des

ausgefallenen durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts.

Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben.

- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > *Suchbegriff: „Broschüre: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“*.
- Informationen wie Broschüren, Merkblätter und Formulare zu den Freistellungsmöglichkeiten des Pflege- und Familienpflegezeitgesetz finden sie unter www.wege-zur-pflege.de > *Familienpflegezeit*.
- Näheres rund um das Thema Pflege bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts, kostenloser Download unter www.betanet.de > *Ratgeber*.

Palliativversorgung

In besonders schweren Fällen kann die Prostatakrebs-Erkrankung so weit fortschreiten, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist. Dann setzt die sog. Palliativversorgung ein, um dem Patienten eine bestmögliche Lebensqualität zu bieten. Dabei werden vor allem die Symptome gelindert, insbesondere der Schmerz.

Unheilbar und schwerstkranken Menschen soll in der letzten Lebensphase ein würdevolles Leben bis zum Tod ermöglicht werden. Schwerpunkte in der Versorgung und Begleitung von Palliativpatienten sind die Schmerztherapie und die Kontrolle aller weiteren Symptome. Neben der Behandlung körperlicher Beschwerden erhalten Patienten Unterstützung beim Umgang mit Angehörigen sowie bei psychischen und sozialen Problemen wie z.B. Angst, Trauer oder Einsamkeit. Die Wünsche, Ziele sowie die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten stehen im Vordergrund.

Die Palliativpflege kann durch Hospizdienste, Hospize, spezialisierte Palliativteams und Palliativstationen erfolgen. Diese versorgen und begleiten Sterbenskranke und ihre Angehörigen zu Hause (ambulant), teilstationär oder stationär.

Wer hilft weiter?

- Unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de sind Adressen von Hospizen, Palliativdiensten in Krankenhäusern sowie ambulanten Hospizdiensten zu finden.
- Weitere Informationen bietet der Ratgeber Palliativversorgung des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge können Menschen regeln, wie in wichtigen Lebensbereichen für sie entschieden werden soll und welche medizinischen Maßnahmen gewünscht sind, falls sie sich selbst nicht mehr dazu äußern können.

Dafür gibt es 3 verschiedene schriftliche Erklärungen:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht entspricht dem Rechtscharakter einer Willenserklärung. Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. Besonders wichtig sind dabei Entscheidungen über medizinische Behandlungen und Vermögen sowie die Vertretung bei Behörden.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann man für den Fall, dass man nicht mehr in der Lage ist seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen. Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenkreise beschränken. Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

- Gesundheitssorge, Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten
- Bestimmungen zum digitalen Nachlass

Der Bevollmächtigte untersteht – im Gegensatz zum Betreuer – keiner staatlichen Kontrolle durch das Betreuungsgericht. Bei bestimmten Situationen braucht jedoch auch der Bevollmächtigte immer die Zustimmung des Betreuungsgerichts.

Weitere Informationen dazu unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Vorsorgevollmacht“.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll. Das Betreuungsgericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und deren Eignung zu bestätigen. Wenn keine Betreuungsverfügung vorliegt, sucht das Betreuungsgericht bei Bedarf eine geeignete Person aus.

Auswahl des Betreuers

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen in Betracht.

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn der Vorschlag dem Wohl des Betroffenen zuwiderläuft oder dieser erkennbar nicht mehr an der Person festhalten möchte. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der aktuelle Wunsch entscheidend.

Weitere Informationen dazu unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Betreuungsverfügung“.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er sich selbst dazu nicht mehr äußern kann. Eine Patientenverfügung sollte unbedingt in Zusammenarbeit mit einem Arzt verfasst werden, um ihr eine medizinisch fachkundige Basis zu geben.

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung für Krankheitssituationen oder die letzte Lebensphase. In der Verfügung beschreibt der Verfasser möglichst genau die gewünschte Pflege und ärztliche Behandlung bzw. Nichtbehandlung für Situationen, in denen er sich selbst nicht mehr dazu äußern kann. Damit kann er z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen.

Eine Patientenverfügung kann die „Garantenpflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.



Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Palliativfachkräfte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Adressen

Beratung und Informationsmaterial rund um das Thema Prostatakrebs sowie Kontakt zu Selbsthilfegruppen sind unter anderem bei folgenden überregionalen Organisationen möglich:

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin
Telefon: 030 322932-0
Fax: 030 3229329-66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e.V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Telefon: 0800 7080123 (Kostenlose telefonische Beratungshotline Di., Mi. und Do. 15–18 Uhr)
Fax: 0228 33889510
E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
www.prostatakrebs-bps.de

ISG e.V. Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit

Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg
Infotelefon und anonyme Beratung bei erektiler Dysfunktion unter 0180 5558484, Mo 16–18 Uhr, Fr 10–12 Uhr (14 Ct./Min. aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Ct./Min. aus den deutschen Mobilfunknetzen)
E-Mail: info@isg-info.org
www.isg-info.de

Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion (Impotenz)

Erektionsstörung: Ursachen, Behandlung, Kosten, Erfahrungen - von Betroffenen
Telefon: 0157 33947904 (mobil)
E-Mail: kontakt@impotenz-selbsthilfe.de
www.impotenz-selbsthilfe.de

Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

Röttkenring 27, 13053 Berlin
E-Mail: kontakt@inkontinenz-selbsthilfe.com
www.inkontinenz-selbsthilfe.com

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.

Arnstädter Weg 3, 60931 Frankfurt
Telefon: 069 47892071
E-Mail: info@hkke.org
www.hkke.org

Flüsterpost e.V. - Unterstützung für Kinder krebskranker Eltern

Lise-Meitner-Str. 7, 55129 Mainz-Hechstheim
Telefon: 06131 5548-798
Fax: 06131 5548-608
E-Mail: info@kinder-krebskranker-eltern.de
www.kinder-krebskranker-eltern.de

Psycho-Onkologie Online

Kaupstr. 35, 64289 Darmstadt
Telefon: 030 81896153 (Di 12.30–15 Uhr, Fr 8–11.30 Uhr)
E-Mail: info@psycho-onkologie.net
www.psycho-onkologie.net

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstr. 32, 53113 Bonn
Telefon: 0228 72990-0
Fax: 0228 72990-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

Krebsinformationsdienst Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Telefon: 0800 4203040 (täglich 8–20 Uhr)
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de

Anonyme Patienten-Foren im Internet

- Prostatakrebs-Diskussionsforum des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. unter <https://forum.prostatakrebs-bps.de>
- Foren und Chats des Selbsthilfeverbands Inkontinenz e.V. unter www.selbsthilfeverband-inkontinenz.org > Foren & Chat
- Krebskompass-Forum „Prostatakrebs“ unter www.krebs-kompass.de

Impressum

Herausgeber

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de
www.betanet.de

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Bettina Baisch, Janina Del Giudice, Luisa Milazzo, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© New Africa – stock.adobe.com – ID 208835237

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Werk.

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

4. vollständig überarbeitete Auflage, April 2022