

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 gibt es für Männer ab 45 Jahren eine jährliche Früherkennungs-Untersuchung von Krebserkrankungen 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.

Inhalt

Vorwort	2
Prostatakrebs	5
Begleit- und Folgeerkrankungen	8
Inkontinenz und Impotenz	8
Haarausfall bei Chemotherapie	8
Chronisches Erschöpfungssyndrom (Fatigue)	9
Depressionen	11
Lymphödeme	11
Behandlung	13
Operation und Bestrahlung	14
Hormon- und Chemotherapie	14
Alternative Therapien	15
Psychoonkologie	15
Psychotherapie	16
Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)	18
Häusliche Krankenpflege	20
Nachsorge	22
Leben mit Prostatakrebs	23
Partnerschaft und Sexualität	23
Kinder krebskranker Eltern	24
Ernährung	25
Sport	26
Urlaub	27
Hilfs- und Heilmittel	29
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	33
Zuzahlungsregelungen	33
Zuzahlungsbefreiung	34
Sonderregelung für chronisch Kranke	37
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	39
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	39
Krankengeld	41
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	46
Rehabilitation	48
Überblick über Reha-Leistungen	48
Zuständigkeiten der Reha-Träger	49
Voraussetzungen für Medizinische Reha-Maßnahmen	50
Finanzielle Regelungen bei Medizinischen Reha-Maßnahmen	53
Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen	55

Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen _____	55
Anschlussheilbehandlung _____	56
Onkologische Nachsorgeleistung _____	57
Stufenweise Wiedereingliederung _____	59
Berufliche Reha-Maßnahmen _____	60
Reha-Sport und Funktionstraining _____	61
Übergangsgeld bei Medizinischen und Beruflichen Reha- Maßnahmen _____	62
Behinderung _____	66
Definition _____	66
Grad der Behinderung bei Prostatakrebs _____	66
Schwerbehindertenausweis _____	68
Nachteilsausgleiche _____	69
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung _____	70
Erwerbsminderungsrente _____	70
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	73
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	75
Pflege _____	76
Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____	76
Pflegegrade _____	79
Pflegeleistungen _____	79
Leistungen für pflegende Angehörige _____	83
Palliativversorgung _____	84
Patientenvorsorge _____	86
Vorsorgevollmacht _____	86
Betreuungsverfügung _____	86
Patientenverfügung _____	87
Adressen _____	88
Impressum _____	90

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. Die Prostata bildet ein Sekret, das einen Teil der Samenflüssigkeit ausmacht. Bei Prostatakrebs verändern sich die Prostatadrüsenzellen und vermehren sich unkontrolliert. Es bildet sich ein Tumor, der das umliegende Gewebe zerstört. Diese entarteten Zellen können sich über die Blut- oder Lymphbahnen auch auf andere Organe ausbreiten und dort zu Metastasen (Tochtergeschwülsten) führen. Von den Metastasen des Prostatakarzinoms sind vor allem Lymphknoten im Becken und Knochen betroffen, seltener Lunge oder Leber. Prostata-tumore wachsen in der Regel sehr langsam.

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.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an Prostatakrebs zu erkranken. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt etwa bei 69 Jahren.

Die Ursachen für Prostatakrebs sind jedoch weitgehend unbekannt. Diskutiert werden neben dem zunehmenden Alter und einer erblichen Veranlagung auch Umwelteinflüsse und eine ungesunde Lebensweise.

Früherkennung

Für die Heilung ist es entscheidend, dass der Krebs frühzeitig erkannt wird. Eine Früherkennung ist nur durch Vorsorgeuntersuchungen möglich, da das Frühstadium der Erkrankung meist symptomlos verläuft. In manchen Fällen kann es zu Blasenentleerungsstörungen kommen. Im fortgeschrittenen Stadium engt die Prostata die Harnröhre zunehmend ein, was sich durch häufigen Harndrang (vor allem nachts), Harntröpfeln und Impotenz bemerkbar machen kann. Wenn der Tumor außerhalb der Prostata weiter wächst, treten zudem Schmerzen im Genitalbereich auf. Oft findet sich Blut im Urin oder im Sperma. Weitere typische Begleitsymptome von Krebserkrankungen wie Fieber, Nachtschweiß, Abgeschlagenheit, Leistungsknick und ungewollter Gewichtsverlust können auftreten.

Vorbeugende Maßnahmen sind bisher nicht bekannt. Allerdings senken eine gesunde Lebensweise und ein niedriges Lebensalter das Risiko zu erkranken.

Die Krankenkassen bezahlen Männern ab 45 Jahren jährlich eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs. Diese umfasst das rektale Abtasten der Prostata vom Enddarm aus, um zu prüfen, ob diese vergrößert oder verhärtet ist.

Patienten, bei denen nahe Verwandte Prostatakrebs hatten, sollten dies mit ihrem Arzt besprechen. Bei genetisch erhöhtem Risiko bezahlt die Krankenkasse schon vorher eine Früherkennungsuntersuchung.

Aufklärung

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

Praxistipp!

Patienten müssen **von sich aus** den Wunsch nach einer Früherkennungsuntersuchung bei ihrem Hausarzt äußern. Hausärzte sind grundsätzlich dazu angehalten, einen Patienten **nicht aktiv** auf dieses sensible Thema anzusprechen.

Bestimmung des PSA-Werts

Nach der Aufklärung 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 (Entzündung, gutartige Vergrößerung oder Tumor) wird dieser Stoff vermehrt ins Blut abgegeben. Die Bestimmung des PSA-Werts ist jedoch unter Experten umstritten, da verschiedene Einflussfaktoren wie z.B. eine Harnwegsentzündung, den Wert verfälschen können. Das bedeutet, dass ein Tumor übersehen oder fälschlicherweise diagnostiziert wird.

Praxistipp!

Die Kosten werden von den Krankenkassen **nicht** übernommen. Der PSA-Test selbst kostet etwa 20–25 €. Möchte der Patient das Ergebnis mit seinem Arzt besprechen, sind mit insgesamt ca. 50 € zu rechnen. Es handelt sich hierbei um eine Individuelle Gesundheitsleistung (sog. IGeL-Leistung). Das sind Diagnose- und Behandlungsmethoden, die vom Patienten privat bezahlt werden müssen, weil sie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Wenn der Arzt bei einer Tastuntersuchung (siehe unten) allerdings Veränderungen feststellt und für die Abklärungsuntersuchung einen PSA-Test veranlasst, dann werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen.

Tastuntersuchung der Prostata

Eine Tastuntersuchung der Prostata wird zur Ergänzung eines PSA-Tests vorgenommen. Dabei 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.

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!

- Das Deutsche Krebsforschungszentrum bietet Informationen und Entscheidungshilfen unter www.krebsinformationsdienst.de > *Krebsarten* > *Prostatakrebs* > *PSA, Früherkennung*.
- Das aktuelle Wissen zu Früherkennung, Diagnose und Therapie von Prostatakrebs ist in einer medizinischen Leitlinie zusammengefasst. Verantwortlich für den Inhalt sind die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU). Diese medizinische Leitlinie und Leitlinien für Patienten können unter www.awmf.org > *Leitlinien* > *Leitlinien-Suche* > *Suchbegriff: „Prostatakrebs“* heruntergeladen werden.
- Ein Ratgeber zu Prostatakrebs der Deutschen Krebshilfe kann unter www.krebshilfe.de > *Informieren* > *Über Krebs* > *Häufige Krebsarten* > *Prostatakrebs* bestellt oder heruntergeladen werden.

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 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 und ist meist Folge einer Operation oder Bestrahlung. Konsequentes und gezieltes Beckenbodentraining oder eine Elektrostimulationstherapie können diese Störung in vielen Fällen beheben, sodass der Patient die Kontrolle über seine Blasenfunktion wiedererlangt.

Wenn die Erektionsnerven bzw. 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 Erektionsschwäche auch durch andere Faktoren beeinflusst werden, wie z.B.:

- Hormonbehandlung durch Testosteronentzug (siehe S. 14)
- Scham und fehlende Kommunikation in der Partnerschaft (siehe S. 23)
- Finanzielle Probleme
- Erschöpfung und Müdigkeit (siehe auch chronisches Erschöpfungssyndrom, S. 9)
- Depressionen und Ängste (siehe S. 11)

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. 29).

Haarausfall bei Chemotherapie

Die meisten Patienten leiden während einer Chemotherapie – neben Übelkeit, Erbrechen und Müdigkeit – unter teilweisem oder vollständigem Haarverlust. In der Regel wächst das Haar etwa 4 Wochen nach Ende der Chemotherapie 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. Haarsersatz oder Mützen tragen möchte. Eine Perücke (siehe S. 30) sollte gegebenenfalls 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 gegebenenfalls 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.

Das chronische Erschöpfungssyndrom wird als ständige, belastende und niederdrückende Müdigkeit sowohl körperlich als auch seelisch erlebt. Selbst kleine Anstrengungen können die Erschöpfung verschlimmern und weder Schlaf noch Erholung bringen Besserung. Fatigue tritt häufig bei Krebs oder chronischen Krankheiten auf.

In vielen Fällen bessern sich die Symptome nach ein paar Wochen wieder. Bei einigen Patienten bestehen die Beschwerden jedoch über Monate bzw. Jahre oder treten später noch einmal auf. Die anhaltende Erschöpfung schränkt die Lebensqualität der Betroffenen stark ein.

Ursachen

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

Symptome

Fatigue ist sehr vielschichtig. Körperliche und psychosoziale Symptome können alleine oder zusammen auftreten.

Symptome sind z.B.:

- Anhaltende Müdigkeit, nicht zu befriedigendes Schlafbedürfnis
- Eingeschränkte körperliche Leistung, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen
- Körperliche und seelische Erschöpfung, fehlende Motivation

- Interesselosigkeit, Traurigkeit
- Zusätzliche Beschwerden wie Kopf-, Muskel- oder Gelenkschmerzen

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 (siehe S. 16),
- **unterstützende Maßnahmen**, z.B. Beratung, Aromapflege, Motivation zu körperlichem Training oder
- **Tipps für den Alltag** (siehe unten).

Studien zeigen, dass speziell auf die Patienten abgestimmte Bewegungstherapien am besten helfen (siehe Reha-Sport S. 61). Doch auch Entspannungsverfahren wie z.B. Yoga oder progressive Muskelentspannung, können eine Verbesserung der Fatigue Symptome bewirken.

Alltagstipps

Tagesablauf

- Tagesablauf bewusst planen und genug Zeit nehmen, sodass kein Druck entsteht
- Dinge, die nicht wichtig sind, weglassen
- Zeit für Ruhepausen zwischendurch
- Kühlung des Körpers, z.B. durch kaltes Duschen
- Ausreichend trinken
- Täglich Dinge einplanen, die Körper und Seele gut tun
- Kleine Hilfen im Alltag schaffen, z.B. Waschen und Ankleiden im Sitzen erledigen
- Unterstützung/Hilfe von Angehörigen und Freunden einfordern und annehmen
- Professionelle Hilfe, z.B. von einem Psychologen, annehmen (siehe S. 16)
- Energietagebuch führen, um Stärken und Schwächen zu erkennen
- Nicht von Rückschlägen entmutigen lassen

Schlafen

- Ein schönes und ruhiges Zimmer als Ort zum Schlafen wählen
- Für gut temperierten (16–18 °C) Raum sorgen
- Vor dem Schlafengehen erholsame Zeit verbringen: ein Bad nehmen, Musik hören oder lesen
- Alkohol und koffeinhaltige Getränke vor dem Schlafengehen meiden
- Vor dem Schlafengehen an die frische Luft gehen



Praxistipps!

- Die Broschüre „Fitness trotz Fatigue“ der Deutschen Fatigue Gesellschaft informiert anhand praktischer Übungen über Bewegung und Sport beim tumorbedingten Müdigkeitssyndrom. Diese kann im Internet unter www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de > Service > Infomaterial kostenfrei bestellt oder heruntergeladen werden.
- Der Ratgeber „Fatigue – chronische Müdigkeit“ der Deutschen Krebshilfe kann im Internet unter

www.krebshilfe.de > Informieren > Über Krebs > Infomaterial bestellen > Für Betroffene kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden. Er informiert unter anderem über Ursachen, Auswirkungen und Therapieansätze bei Fatigue.

Depressionen

Auch depressive Beeinträchtigungen wie 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. 16). 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.



Praxistipp!

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.

Lymphödeme

Nach einer Operation oder Bestrahlung kann es zu einem Lymphödem in den Beinen oder im Hodensack kommen. Bei einem ausgeprägten Lymphödem ist dauerhaft eine Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (siehe S. 18) 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 Lymphgefäßsystem ist so wichtig wie die Blutadern. Es mündet in der Nähe des Herzens in das Venensystem.

Lymphknoten sind zentrale „Kreuzungen“ im Lymphsystem. Wenn sie operativ entfernt oder durch eine Krankheit geschädigt wurden, kommt der Abtransport der Lymphe in den Bereichen vor dieser Kreuzung ins Stocken. Bei Krebsoperationen werden Lymphknoten entfernt, wenn sie von Tumorzellen

len 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 oder Bestrahlung 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 (sog. 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 Betroffene von Lymphödemen Veränderungen der Haut bemerken, z.B. Verhärtungen oder Rötungen, sollten sie sofort einen Arzt aufsuchen.

Behandlung und Untersuchung von Lymphödemen

Wenn Lymphödeme schmerzen, kann die Lebensqualität stark beeinträchtigt sein – dies ist in der Regel aber nur dann der Fall, wenn das Ödem nicht kontinuierlich und richtig behandelt wird.

Oft entstehen Lymphödeme nach einer Bestrahlung, wenn durch die Strahlenintensität Lymphbahnen und/oder Lymphknoten geschädigt wurden und deshalb die Lymphflüssigkeit nicht mehr richtig abtransportiert 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. 18).

Praxistipp!

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

Behandlung

Für die Therapie von Prostatakrebs sind Art und Stadium des Tumors die entscheidenden Faktoren. Die folgenden Informationen bilden nur einen kurzen Überblick und beinhalten keinerlei Behandlungsempfehlungen.

Art und Stadium des Tumors, das Alter des Patienten sowie dessen individuellen 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 sinnvoll und manchmal ist es besser einen möglichen Tumor nur engmaschig zu beobachten. Vielen Betroffenen hilft der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, der Austausch über Medikamente und deren Nebenwirkungen, über Therapien und den Alltag mit der Erkrankung.

Aktive Beobachtung

Beim „aktiven Beobachten“ wird die Tumorentwicklung durch regelmäßige Kontrollen überwacht. Im Bedarfsfall kann dann eine geeignete Therapie erfolgen. Kontrolliertes Abwarten und Beobachten ist zwar keine Therapie, sondern ein Verschieben bzw. Umgehen einer Therapie, kann aber insbesondere bei älteren Patienten, in Absprache mit dem Arzt, die beste Möglichkeit sein.

Folgende Aspekte werden dabei in der Regel abgewogen:

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

Bevor eine aktive Beobachtung eingeleitet wird, erfolgt in der Regel eine bildgebende Untersuchung mittels einer Magnetresonanztomographie (MRT).

Selbsthilfe

Vielen Männern fällt es sehr schwer über die Auswirkungen der Krankheit, besonders bezüglich des Sexuallebens, mit anderen Menschen zu sprechen. Es ist aber wichtig, dass die Betroffenen sich nicht zurückziehen. Besonders hilfreich kann der Kontakt zu Gleichbetroffenen über Selbsthilfegruppen und -verbände sein, da das Wissen um die „Gleich-Betroffenheit“ des Gegenübers eine besondere Vertrauensbasis bildet (Adressen und anonyme Foren, siehe S. 88).

Operation und Bestrahlung

Im Frühstadium ist die Entfernung der Prostata durch eine Operation (Prostatektomie) die häufigste Behandlungsmethode. Auch die Lymphknoten im Becken werden dabei teilweise entfernt. Bei einer Strahlentherapie (Radiatio) bleibt die Prostata erhalten. Sie kann sowohl von außen als auch von innen erfolgen.

Operation

Voraussetzung für eine Operation ist, dass der Tumor auf die Prostata beschränkt ist und keine Tochtergeschwülste (Metastasen) gebildet hat. Nebenwirkungen der Operation können z.B. Harninkontinenz und Impotenz (siehe S. 8) sein. Um diese Risiken zu senken, gibt es eine „nervenschonende“ Operationsmethode, bei der aber die Gefahr besteht, dass die Tumorzellen nicht komplett entfernt werden. Welche der verschiedenen Operationsmethoden im speziellen Einzelfall am geeignetsten ist, legen Arzt und Patient gemeinsam fest.

Bestrahlung

Bei einer Strahlentherapie bleibt die Prostata erhalten und kann sowohl von außen als auch von innen erfolgen.

Die **externe** (perkutane) Strahlentherapie wird in der Regel in einem ambulanten Therapiezentrum durchgeführt. Für diese Therapie ist keine Betäubung erforderlich. Im Normalfall wird der Patient 5 Mal pro Woche etwa 6–9 Wochen lang behandelt.

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.

Hormon- und Chemotherapie

Hat der Prostatakrebs gestreut (Metastasen in anderen Organen) wird insbesondere versucht das Wachstum des Tumors zu bremsen und Beschwerden zu lindern. Schmerzen werden stufenweise nach ihrer Stärke mit Schmerzmitteln behandelt, hinzu kommt in der Regel eine Hormon- oder Chemotherapie.

Hormontherapie

Da die Prostata von den männlichen Geschlechtshormonen (Testosteron) abhängig ist, kann versucht werden, durch Entzug der Hormone den Tumor am Wachstum zu hindern. Der Entzug der männlichen Hormone erfolgt durch die operative Entfernung der Hoden oder durch die Gabe von Medikamenten. Nebenwirkungen können z.B. Schwitzen, Gewichtszunahme, depressive Stimmungsveränderungen (siehe S. 11) und Libidobeeinträchtigung sein.

Je nach Stadium des Tumors kann die Hormontherapie auch mit anderen Therapiemöglichkeiten und Reha-Sport (siehe S. 61) 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.

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 unterstützen die Patienten bei der individuellen Krankheitsbewältigung und möglichen Bewältigungsstrategien.

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.

Krebspatienten, die therapeutische Unterstützung suchen, sind bei speziell ausgebildeten Psychoonkologen in guten Händen. Nicht immer ist es allerdings möglich, vor Ort und zum passenden Zeitpunkt einen Termin zu bekommen. Alternativ können Patienten sich einen Psychotherapeuten (siehe S. 16) suchen, der aber Erfahrung in der Arbeit mit chronisch kranken Menschen haben sollte.

In der psychoonkologischen Einzeltherapie können z.B. folgende Themen besprochen werden:

- Bedeutung der Krankheit
- Suche nach Sinn und Perspektiven
- Entdecken eigener Ressourcen
- Veränderung von Einstellungen, Werten, Partnerschaft, Beziehungen
- Neuorientierung



Adressen von Psychoonkologen unter www.krebsinformationsdienst.de > Wegweiser > Adressen und Links > Psychoonkologen-Praxen.

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.
- **Psychoanalyse**
Psychoanalyse geht davon aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit (insbesondere der Kindheit) das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen und ursächlich für das aktuelle Problemverhalten sind. Ziel der Psychoanalyse 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.

Wahl des Psychotherapeuten

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut spielt bei einer Psychotherapie eine zentrale Rolle, deshalb ist die Auswahl des passenden Therapeuten wichtig. Für eine Psychotherapie ist keine Überweisung durch einen Arzt erforderlich. Der gewählte Psychotherapeut muss allerdings eine Kassenzulassung haben, damit die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Therapeuten für Prostatakrebs können entweder Psychologen („psychologischer Psychotherapeut“) oder Mediziner („ärztlicher Psychotherapeut“) sein.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der

Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. Hier wird dann abgeklärt, ob eine Psychotherapie „notwendig“ ist. Die Sprechstunde kann je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) in Anspruch genommen werden.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Ist eine Psychotherapie zeitnah notwendig, verfügt der Psychotherapeut aktuell jedoch über keinen freien Therapieplatz, ist eine psychotherapeutische Akutbehandlung möglich. Ziele sind, einer Chronifizierung der Erkrankung vorzubeugen und Patienten mit akuten Symptomen zu entlasten.

Eine Akutbehandlung wird je Krankheitsfall als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal (insgesamt maximal 600 Minuten) durchgeführt. Dabei können wichtige Bezugspersonen gegebenenfalls einbezogen werden. Wenn nach einer Akutbehandlung eine Psychotherapie nötig ist, müssen mindestens 2 probatorische Sitzungen (siehe unten) durchgeführt werden. Die Stunden der Akutbehandlung werden dann auf das Stundenkontingent der nachfolgenden Psychotherapie angerechnet.

Probesitzungen (probatorische Sitzungen)

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

Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung

Falls ein Patient nachweisen kann, dass erst nach mehrmonatiger Wartezeit ein Therapieplatz in der Region frei wird, kann die Krankenkasse auf Antrag auch die Therapie bei einem Psychotherapeuten mit Berufszulassung, jedoch ohne Kassenzulassung, genehmigen. Dafür sollten folgende Dokumente bei der Krankenkasse eingereicht werden:

- Die Bescheinigung eines Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist.
- Eine Liste der vergeblichen Suche mit Namen der Psychotherapeuten, Anruftdatum und Wartezeit.
- Den Nachweis, dass ein Psychotherapeut ohne Kassenzulassung die Therapie kurzfristig übernehmen kann.

Die Krankenkasse prüft dann selbst nach, ob tatsächlich kein Platz bei Therapeuten, mit denen Verträge bestehen, zu bekommen ist. Erst wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten.

Praxistipps!

- Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind verpflichtet einem Betroffenen innerhalb einer Woche einen Sprechstunden-Termin bei einem Psychotherapeuten in zumutbarer Entfernung vorzuschlagen. Dabei darf die Wartezeit auf diesen Termin maximal 4 Wochen dauern. Ein Anspruch auf einen „Wunsch-Therapeuten“ besteht hierbei nicht. Die zuständige Terminservicestelle finden Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen > Krankenversicherung > Arzttermine finden.
- Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung können regional Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten gesucht werden unter www.kbv.de > Service > Service für Patienten > Arztsuche.

- Nähere Informationen zur Kostenerstattung einer Behandlung bei Therapeuten ohne Kassenzulassung bietet die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in ihrem Faltblatt „Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde ...“. Dieses kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren bestellt oder heruntergeladen werden.

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 ist die erfolgreichste Therapie bei vielen Lymphödemem. „Komplex“ deutet an, dass die Therapie aus mehreren Bausteinen besteht. Bei schwach ausgebildeten Lymphödemem können auch nur einzelne Bausteine ausreichenden Erfolg bringen. Wenn aber eine KPE nötig 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**:

- Die **Initialphase** (Anschubphase, Entstauungsphase) dauert ca. 3 Wochen und sorgt dafür, dass die akuten Beschwerden gelindert und die Schwellungen deutlich reduziert werden. 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.
- **Kompression**
Kompression heißt Druck. Er wird aufgebaut, damit im Gewebe kein Platz ist, um zu viel Lympheflüssigkeit einzulagern. Bei Bewegung unterstützt die Kompression den Abtransport von Lympheflüssigkeit. Eingesetzt werden dafür entweder ein lymphologischer Kompressionsverband (Kompressionsbandage) oder Kompressionsstrümpfe (siehe S. 30).
- **Bewegungsübungen**
In der Regel werden Patienten schon im Krankenhaus physiotherapeutische Übungen gezeigt, damit der Arm/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 ambulante Krankengymnastik. In Ruhe sollten, wenn möglich, betroffene Arme oder 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!**

Einen Überblick über die verschiedenen Therapie-Möglichkeiten bei Prostatakrebs bieten auch die Patientenverbände bzw. die regionalen Selbsthilfegruppen. Näheres unter www.prostatakrebs-bps.de.

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 bei Prostatakrebs z.B. nötig werden, wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, aber noch nicht fit genug ist, um zu Hause alleine zurecht zu kommen. Sie wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung, siehe S. 79.

Voraussetzungen

Die Krankenversicherung stellt unter bestimmten Voraussetzungen eine Häusliche Krankenpflege oder übernimmt die Kosten dafür. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden,

- wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil der Patient aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert **oder** eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (**Krankenhausvermeidungspflege**) oder
- bei schwerer Krankheit bzw. akuter Verschlimmerung der Krankheit, z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Operation (**Unterstützungspflege**) oder
- wenn sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist, z.B. falls der Arzt Injektionen im nötigen Umfang nicht selbst vornehmen kann (**Sicherungspflege**) und
- wenn keine im Haushalt lebende Person den Patienten 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. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Dauer und Umfang

Krankenhausvermeidungspflege und Unterstützungspflege sind bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) auch länger.

Die **Krankenhausvermeidungspflege** umfasst die Behandlungspflege, die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Im Unterschied dazu wird bei der **Sicherungspflege** zwar auch die Behandlungspflege gewährt, die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung jedoch nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist. Die **Unterstützungspflege** umfasst die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

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 medizinischen Kompressionsstrümpfen, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter). 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. Auch Krankenhausärzte können Häusliche Krankenpflege verschreiben, wenn sie wegen schwerer Krankheit, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer ambulanten Operation nötig ist. Der Krankenhausarzt sollte vor der Entlassung den weiterbehandelnden Vertragsarzt darüber informieren.

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. 33.

Sachleistungsprinzip

Vorrangig erbringen die Krankenkassen eine Sachleistung, d.h.: Sie bezahlen eine Pflegekraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann.

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten der Pflegekräfte der Sozialstationen, Krankenpflegevereine usw. von der Krankenkasse übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

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 innerhalb von 12 Wochen nach der 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. 57.

Kontrolluntersuchungen

Nach einer Prostatakrebs-Behandlung stehen die körperlichen, speziell die urologischen Untersuchungen und die Kontrolle des PSA-Werts (siehe S. 6) im Mittelpunkt. Die Kontrolluntersuchungen finden in der Regel 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 Begleit- und Folgekrankheiten (siehe S. 8). Bei bestehenden Symptomen kommen gegebenenfalls bildgebende Verfahren wie das MRT und weitere Laboruntersuchungen zum Einsatz.

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. 68) oder bei Fragen der Häuslichen Versorgung.

Psychologische Unterstützung

Bei Bedarf kann auch psychologische Hilfe in Anspruch genommen werden. In Gruppengesprächen werden dem Patienten Informationen zur Erkrankung gegeben und die Betroffenen können sich untereinander austauschen. Dies kann Ängste verringern und der Patient merkt, dass er mit seinen Sorgen nicht alleine ist. Zudem kann er von den Erfahrungen anderer lernen. In vielen Kliniken werden auch Entspannungsübungen für den Alltag angeboten.



Praxistipp!

Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet eine detaillierte Übersicht zur Nachsorge unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Krebsarten* > *Prostatakrebs* > *Basisinformationen für Patienten* > *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

Bei Prostatakrebs kann es infolge der Therapie zu einer zeitweisen oder dauerhaften Impotenz und/oder zu Inkontinenz kommen. Für den Patienten bedeuten diese Behandlungsfolgen meist eine starke Einschränkung der Lebensqualität. Hilfreich ist in der Regel die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt sowie Offenheit dem Partner gegenüber.

Viele Patienten mit Prostatakrebs verschweigen die Diagnose zunächst 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 Unterstützung verloren.

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

Der Verlust der Erektionsfähigkeit führt in der Regel bei den Betroffenen zu einem hohen Leidensdruck. Hinzu kommt die Angst, vom Partner abgelehnt zu werden. Ein zusätzlicher „Erfolgsdruck“ kann dann die Versagensängste verschlimmern und führt oft zu emotionalem Rückzug. Entgegenwirken kann ein verständnisvoller, offener Umgang miteinander. Dies ermöglicht vielen Betroffenen mit der Zeit wieder eine befriedigende Partnerschaft zu leben, trotz funktioneller Einschränkungen.

Insbesondere in der Nachsorge (siehe S. 22) und Rehabilitation (siehe S. 48) bieten Kliniken Beratung und Behandlung von Erektionsstörungen an. Der behandelnde Arzt kann medikamentöse oder technische Hilfen verschreiben. Unterstützen können auch eine Psychotherapie (siehe S. 16) oder eine Selbsthilfegruppe (siehe S. 13).

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 > *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 das Kind auf anderen Wegen, über Nachbarn, Verwandte und Freunde, doch davon erfahren wird.

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 zu berichten, z.B.: „Onkel Max hatte vor vielen Jahren Prostatakrebs. Das war eine schwere Zeit für alle. Aber er wurde auch wieder gesund und ist heute munter und fröhlich.“ Aber man sollte immer bei der Wahrheit bleiben und keine falschen Heilungsversprechen machen.

Angst und Schuldbewusstsein

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.

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.

Praxistipps!

- Die kindgerechte Broschüre „Mir sagt ja doch (k)einer was!“ sowie weitere Informationen sind kostenfrei unter www.kinder-krebskranker-eltern.de > *Viele Infos* > *Infomaterial* erhältlich.
- Tipps zum Gespräch mit Kindern geben psychosoziale Krebsberatungsstellen. Adressen finden Sie im Internet unter www.krebsinformationsdienst.de > *Wegweiser* > *Adressen und Links* > *Krebsberatungsstellen*.
- Ausführliche Informationen mit wissenschaftlichen Quellen, Buchtipps und Anlaufstellen bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de > *Basis-Informationen Krebs* > *Krebs und Psyche* > *Was Kindern krebskranker Eltern hilft*.

Ernährung

Bislang ist keine Diätform bekannt, die Prostatakrebs heilen könnte. Zur Vorbeugung ist jedoch eine vollwertige, fleischarme Ernährung zu empfehlen. Sinnvoll ist in jedem Fall, die Ernährung während und nach einer Prostatakrebs-Behandlung mit den zuständigen Ärzten abzusprechen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine „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:** Dies 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, Rotwein ist Weißwein vorzuziehen.
- **Empfehlenswert** sind Obst und Gemüse, Vollkornprodukte, Kartoffeln und ungesüßte Getränke.

Wichtig ist, dass der Körper mit ausreichend Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen versorgt wird. 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.

Diäten bei Krebs

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

- Es gibt mehrere sog. **Krebsdiäten**, die nutzlos und oft sogar schädlich sein können. Ein Tumor kann sich zwar während der Diät zurückbilden, aber er vergrößert sich bei normaler Ernährung wieder.
- 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 Wirkungen von Obst, Gemüse und fettarmer Vollwerternährung (siehe S. 25).
- **Kohl**sorten scheinen gegen Tumorerkrankungen zu schützen, also z.B. Weißkohl und Brokkoli.
- **Krebserregende Stoffe** sollten vermieden werden: Bekannt sind z.B. Nitrat, Tabakrauch oder Stoffe, die beim Grillen von Fleisch über dem offenen Feuer entstehen können.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zum Thema bietet die Broschüre „Ernährung bei Krebs“ der Deutschen Krebshilfe. Diese kann unter www.krebshilfe.de > *Informieren* > *Über Krebs* > *Infomaterial bestellen* heruntergeladen oder bestellt werden.
- Die meisten Krankenkassen bezuschussen eine Ernährungsberatung, wenn diese von einem Arzt verordnet und von einer zertifizierten Fachkraft durchgeführt wird.

Wer hilft weiter?

Tipps zur Ernährung bei Krebs geben insbesondere Ernährungsberatungsstellen. Entsprechende Adressen sind bei den Krankenkassen erhältlich oder über die Mitgliedersuche der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit und Prävention unter www.dggp.org > *Qualität* > *Ernährungsberater*.

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 nor-

male 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 Prostatakrebs-Therapie, Inkontinenz und Impotenz, zu lindern. Weitere Schwerpunkte der Übungen sollten die benachbarten Körperregionen sein, also Übungen für den Oberbauch, den unteren Rücken, das Gesäß und die Oberschenkel. Dafür eignen sich verschiedene Fitnessübungen wie sog. Planks. Beim Planking stützt man seinen Körper auf Ellenbogen und Zehenspitzen und hält diesen, unter Muskelanspannung, für einige Sekunden in der Luft. Auch Ausdauertraining hat positive Effekte und steigert die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Vorsicht beim Sport

Wenn die Prostata entfernt wurde, kämpfen viele Männer mit Inkontinenz. Sobald keine Inkontinenz mehr vorliegt, sind Schwimmen und Wassergymnastik jedoch empfehlenswert, weil sie den Beckenboden kräftigen.

Zu vermeiden sind bei erst kurz überwundener Inkontinenz jegliche sportliche Betätigungen unter Pressatmung, weil diese auf den Beckenboden drückt. Auch auf Verletzungsgefahr im operierten Bereich sollte geachtet werden, z.B. bei Ballsportarten mit viel Körperkontakt oder Radfahren.



Praxistipps!

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

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 im Internet unter www.lba.de > *Luftfahrtpersonal* > *Flugmedizin* > *Adressen* > *Standorte der flugmedizinischen Zentren in Deutschland*.

Hilfs- und Heilmittel

Nach einer Prostata-Operation ist das Risiko für Inkontinenz und Impotenz erhöht. Nach einer Bestrahlung oder einer Operation können zudem Lymphödeme 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. 8) 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 Lymphödemen

Medizinische Kompressionsstrümpfe oder Lymphologische Kompressionsverbände (Kompressionsbandagen) werden eingesetzt, wenn zu viel Lymphflüssigkeit in den Beinen eingelagert ist. Bei Bewegung unterstützt die Kompression (Druck) den Abtransport von Lymphflüssigkeit.

Lymphologische Kompressionsverbände werden vor allem in der Entstauungsphase für ca. 3 Wochen in einer Spezialklinik eingesetzt. **Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS)** sind dagegen eine alltägliche Dauermaßnahme. Sie sollten täglich und so viel wie möglich getragen werden. Patienten brauchen deshalb je Arm/Bein 2 Sätze, damit sie diese wechseln können. Spätestens alle 6 Monate sollten neue Strümpfe verordnet werden, weil sie sonst ausleiern und nicht mehr richtig wirken. Bei der Erstverordnung eines Kompressionsstrumpfs ist aus hygienischen Gründen ein zweiter enthalten. So kann der Patient einen tragen und den anderen waschen.

Bei MKS gibt es 2 Arten: rundgestrickte und flachgestrickte. Bei Lymphödemen ist immer ein flachgestrickter MKS nötig. Er ist an seiner Naht erkennbar und wird nach Maß angefertigt. Angepasst wird er von speziell geschulten Kräften in Sanitätshäusern. Ein rundgestrickter MKS ist bei Lymphödemen ungeeignet, weil er an Wulststellen einschneiden kann, was den Lymphstau verstärken würde.

Grundsätzlich zu meiden sind einschnürende Kleidung und Accessoires, z.B. enge Ringe oder Armbänder, Strümpfe mit engem Gummiband, Unterwäsche mit engen Abschlüssen, enge Gürtel und zu enge Kleidung, die beim Sitzen einschneidet.

Hilfsmittel bei Haarausfall (Perücke)

Entscheiden sich Patienten für eine Perücke, sollten sie schon vor Beginn der Chemotherapie einen auf Perücken spezialisierten Friseur aufzusuchen, damit dieser Frisur, Haarfarbe und Haarbeschaffenheit kennt. Dann kann in Ruhe eine entsprechende Perücke ausgesucht oder angefertigt werden. Medizinische Qualitätsperücken unterscheiden sich kaum vom natürlichen Haar.

Der Preis einer Perücke richtet sich nach Qualität (Kunsthaar, Echthaar, europäisches Echthaar, Maßanfertigung) und Haarlänge. Er bewegt sich im Rahmen von 150–3.000 €. 2018 wurde die Produktgruppe 34 „Haarersatz“ in das sog. Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgenommen, Details siehe <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > *Hilfsmittelverzeichnis* > 34 Haarersatz.

Bei Männern übernehmen die Krankenkassen allerdings nur in **Ausnahmefällen** die Kosten, z.B. bei entstellenden Veränderungen der Kopfhaut. 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 Versorgungsverträge. Nur Haarhäuser oder Friseure, die einen solchen Vertrag mit der Krankenkasse haben, können eine Verordnung über eine Perücke abrechnen. Adressen bietet die Suchmaschine (oben rechts) des Bundesverbands der Zweithaarspezialisten unter www.bvz-info.de.

Zuzahlungen bei Hilfsmitteln

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

Der Versicherte zahlt bei „**nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**“, wie z.B. Vakuum-Erektionssystemen, 10 % des Abgabepreises, jedoch mindestens 5 € und 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 (Informationen zur Zuzahlungsbefreiung siehe S. 34).

Die Kostenerstattung von Pflegehilfsmitteln wie saugenden Bettschutzeinlagen ist nur bei Patienten mit anerkanntem Pflegegrad (siehe S. 79) 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. 61) sein oder wird von Fitnessstudios und Volkshochschulen in Kursen angeboten.

Zur Unterstützung des Beckenbodentrainings können Elektrostimulationsgeräte verordnet werden.

Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Die Entfernung oder Bestrahlung von Lymphknoten im Becken kann zu Lymphödemen in den Beinen oder Hoden führen. Manuelle Lymphdrainage (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 eine spezielle Fortbildung benötigen. Weitere Informationen siehe auch unter Komplexe Physikalische Entstauungstherapie, S. 18.

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.

Bei chronischem Lymphödem infolge von Prostatakrebs kann der Arzt maximal 50 MLD verordnen. Danach müsste eine 12-wöchige Therapiepause eingelegt werden. Prostatakrebs-Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf im Sinne einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der funktionellen bzw. strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des nachvollziehbaren Behandlungsbedarfs können bei ihrer Krankenkasse einen Antrag stellen, die Lymphdrainage länger als 50 Einheiten zu genehmigen. Diese Genehmigung kann zeitlich befristet werden, umfasst aber mindestens ein Jahr. Wird der Antrag abgelehnt, kann ein Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse sinnvoll sein.

Gesetzlich Versicherte müssen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zuzahlen. Zur Zuzahlungsbefreiung siehe S. 34.

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, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5 €	Preis = Zuzahlung
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises
Ab 100 €	10 €

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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. In der Summe bezahlt 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 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie oder Ergotherapie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (siehe S. 29).

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird (siehe S. 20).

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, welche die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt. Weitere Informationen siehe www.betanet.de/haushaltshilfe.html.

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (siehe S. 56) werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhält den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass z.B. Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

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. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- 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
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

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): 5.607 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.738 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.620 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.810 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.620 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt 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
- 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
- Einnahmen von Angehörigen im **gemeinsamen Haushalt** (Ehepartner, familienversicherte Kinder,

eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner, Näheres siehe S. 35).

- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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“
- Verletztenrente 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 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 101,76 €, bei chronisch Kranken 50,88 €.

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

Auch die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

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.

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt gegebenenfalls eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.607 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.240 € (2 x 7.620 €)
davon 2 % = Belastungsgrenze: 183,06 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 183,06 € 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 Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%-Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.
- 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.

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:

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) 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. Dies ist bei Prostatakrebs in der Regel der Fall.

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. Der GdB oder GdS muss durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.

Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Prostatakrebs-Patient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat und sich **therapiegerecht verhält**. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Es gelten abhängig vom Alter folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am **allgemeinen Gesundheitscheck** zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs 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 Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen.
- mit schweren geistigen Behinderungen.
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Von therapiegerechtem Verhalten wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich **nicht** an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Richtlinie

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



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 S. 70.

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, auch geringfügig Beschäftigte (Mini- oder 450 €-Jobber) und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss 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 ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt die Entgeltfortzahlung zu 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.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.

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.

Bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Prostatakrebs-Erkrankung ist zu beachten, dass wegen derselben Erkrankung ein **Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen** besteht. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit 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.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provision für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

In Tarifverträgen können die Berechnungsgrundlagen abweichend von den gesetzlichen Regeln festgelegt werden.



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.



Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilt der Arbeitgeber oder das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht: 030 221911004, Mo.–Do. von 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 eineinhalb Jahre 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. Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft 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 bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 62).
- Studenten (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.
- Versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe.
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Aufangversicherung, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung 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. 39).



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach der letzten Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag ein Arzt aufzusuchen.

Hinweis: Es ist eine Gesetzesänderung geplant, wonach der Anspruch auf Krankengeld nicht verfällt, wenn die Folgebescheinigung innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts.
- maximal 105,88 € täglich.

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.

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.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Das ist 2019 ein Betrag von 151,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 54.450 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 105,88 €** täglich betragen.

Tarifverträge 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 I wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld I 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 12,075 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern oder unter 23 Jahren bzw. von 12,325 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 24. Lebensjahr.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € 3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 € davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € 1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 € davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,075 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €. Der Patient erhält also 47,48 € 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.

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.

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.

Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen 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 I, 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.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung 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. 70) 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. 46).

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.



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 Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. **Nahtlosigkeits-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 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. 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. 70), Maßnahmen zur Beruflichen Reha

(siehe S. 60) oder zur Medizinischen Reha (siehe S. 50) beantragt. 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 so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf 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. 62) 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.

Wer hilft weiter?

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.

Es gibt folgende relevante Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 56) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 59).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 62), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 61), Haushaltshilfe, Reisekosten und 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.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Zuständigkeiten der Reha-Träger

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge endlos hin und her schieben.

Kostenträger

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha,
 - 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 oder Berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. 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 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.

- Maximal 9 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha-Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein ausreichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha-Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Falle einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger **unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit** zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

Praxistipp!

Eine Übersicht über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der Reha-Träger bietet die Broschüre „Wegweiser Rehabilitationsträger“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.integrationsaemter.de > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 Bildungsangebot der Integrationsämter.

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, kann die unabhängige Teilhabeberatung helfen. Sie bietet Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

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

Es gibt je nach Kostenträger unterschiedliche Voraussetzungen, die bei einer Medizinischen Reha erfüllt sein müssen.

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.

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert **und**
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden **oder**

- die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden **oder**
- der Arbeitsplatz kann erhalten werden.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten) **oder**
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Medizinische Reha **nicht**:

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit.
Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit **während** der Medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d.h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z.B. Altersübergangsgeld.
- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßnahmen oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland. Ausnahme: Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

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).

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.

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

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.

Erkennt der Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie mit dem Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“ verordnen, das er an die Krankenkasse schickt. Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. der Rentenversicherungsträger oder die Berufsgenossenschaft, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

Bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen sollte der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründen. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann sein, dass der MDK (Medizinische Dienst der Krankenversicherung) den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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.



Praxistipps!

- Häufig lehnen die Kostenträger die Reha-Maßnahme zunächst ab. Daher lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei Medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die Medizinischen Reha-Leistungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

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 endgültige 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> > *Beantragung* > *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. 39
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 41
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 62

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten. Reha-Leistungen und Anschlussheilbehandlungen der Unfallversicherung sind zuzahlungsfrei.

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. 33.

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 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
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Bei Bezug von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsi-

cherung im Alter und bei Erwerbsminderung

- Bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation
- Von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.247 € 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 **und**
- deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet.

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2019 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.247 €	keine
ab 1.247 €	5 €
ab 1.370,60 €	6 €
ab 1.495,20 €	7 €
ab 1.619,80 €	8 €
ab 1.744,40 €	9 €
ab 1.869 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden. Dem Antrag sind eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) und gegebenenfalls weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Services* > *Broschüren & mehr* > *Broschüren* > *Rehabilitation - Broschüren* > *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft* kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, 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 Medizinische Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. 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.

Ausnahme: Bei Medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekursen für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

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

Dauer

Eine 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.
- Die stationäre Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag durchgeführt.

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.

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. Ansonsten gelten die allgemeinen **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** für Medizinische Reha-Maßnahmen, siehe S. 51.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Indikation nach der Indikationsgruppe (siehe unten).
- 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, z.B. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

AHB-Indikationsgruppen

Bei folgenden Indikationsgruppen ist eine AHB möglich:

- **Krebserkrankungen**
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und **Prostata**
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

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, siehe unten) zu beantragen. Der MDK prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialamt und Sozialberatung 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 Prostatakrebsbehandlung statt.

Voraussetzungen

Es gelten die allgemeinen **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** für Medizinische Reha-Maßnahmen, siehe S. 51.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Eine Diagnose im Sinne einer malignen (= bösartigen) Geschwulst- und Systemerkrankung muss vorliegen, 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. 56) statt, ist die Zuzahlung auf 14 Tage begrenzt. Im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen für eine Krankenhausbehandlung oder Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.

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. 62) 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 siehe www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“. Seit 1.1.2016 können von der Krankenkasse Haushaltshilfen 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 > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation - Broschüren > Rehabilitation nach Tumorerkrankungen 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 in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

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. In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

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 vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

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. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

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. Dazu füllen die Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit dem Arzt und dem Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Publikationen > Arbeitshilfen.

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.

Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, welche die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten; Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen; Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen im Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger.

Umfang

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

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie zur Förderung der Arbeitsaufnahme (z.B. Arbeitsassistentz, Fahrtkostenbeihilfe, Gründungszuschuss)
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Bildung
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
- Übernahme weiterer Kosten (z.B. Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte, Lehrgangskosten)

- Zuschüsse an den Arbeitgeber (z.B. Eingliederungszuschuss, Zuschüsse für Arbeitshilfen)

Im Rahmen der Beruflichen Reha können auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, z.B. zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

Dauer

Die Beruflichen 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 > Rente & Reha > Rehabilitation > Leistungen > Berufliche Rehabilitation (LTA) kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst, Adressen unter www.integrationsaemter.de.

Reha-Sport und Funktionstraining

Erste Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Sport und regelmäßige Bewegung bei Prostatakrebs-Patienten die Prognose verbessern können. Reha-Sport und Funktionstraining können als Ergänzende Leistung zur Rehabilitation (siehe S. 48) verordnet werden.

Als **Reha-Sport** gelten z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Reha-Sport findet immer in Gruppen zu regelmäßigen Terminen statt, denn es geht auch um den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, um gruppendynamische Effekte und Selbsthilfe.

Funktionstraining umfasst vor allem Übungen aus Krankengymnastik und Ergotherapie und wird von Krankengymnasten, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten durchgeführt. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken- und Wassergymnastik.

Voraussetzungen

Reha-Sport oder Funktionstraining wird als Ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen übernommen:

- Ärztliche Verordnung bzw. Antragstellung durch den Arzt:
 - Diagnose und Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die

Verordnungsnotwendigkeit nehmen.

- Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist.
- Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten.
- Empfehlung zur Auswahl der geeigneten Sportart.
- Durchführung in Gruppen.
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung.

Kostenträger

Die Kosten übernehmen in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

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.

Wer hilft weiter?

Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

Übergangsgeld bei Medizinischen und Beruflichen Reha-Maßnahmen

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr 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. In der Regel leistet der Arbeitgeber 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Das Übergangsgeld der Rentenversicherung zählt zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha, siehe S. 48.

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Prävention.
- bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge.
- 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, Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen haben.
- 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

- entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

Zu den behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen 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** des Übergangsgelds 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.

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65% des branchenüblichen tariflichen Entgelts bzw. des ortsüblichen Entgelts berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z.B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts ist der Wohnsitz des Versicherten am Ende des Bemessungszeitraums maßgebend.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an Berufliche Reha-Leistungen vermindert sich das Übergangsgeld um 8 % auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden u.a. 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

Alle 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 Beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach

einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.

- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (siehe Arbeitslosigkeit, S. 64).
- 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 Träger: 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. 68).

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die **Gleichstellung** erteilt werden. Menschen mit einem GdB von **weniger als 50, aber mindestens 30**, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz er- oder behalten können.

Gleichgestellte haben, wie schwerbehinderte Menschen, einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und **keinen** Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr.

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 Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Grad der Behinderung bei Prostatakrebs

Bei Prostatakrebs kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Dieser hat die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben, zum Inhalt.

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) bzw. Grads der Schädigungsfolgen (GdS). Die Bezeichnung GdB wird im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verwendet. Die Bezeichnung GdS wird im Sozialen Entschädigungsrecht verwendet, dessen Rechtsgrundlage das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist. Dessen Kernstücke bilden insbesondere die Kriegsopferversorgung und die Opferentschädigung.

Bei den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen handelt sich um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen > Suchbegriff: „Versorgungsmedizin-Verordnung“ eingesehen werden.

Bei Prostatakrebs gibt es folgende Anhaltswerte:

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

Nach Entfernung eines malignen Prostatatumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten. Die Heilungsbewährung beginnt mit dem Ende der Primärtherapie, also nach einer Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie.

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

Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung, z.B. lang andauernde, schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie, sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen.

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein GdB festgelegt, welcher der Behinderung insgesamt gerecht wird. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung dazu, kann beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Betroffenen. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte benennen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentsbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit, psychische Auswirkungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet. Ab einem GdB von 50 besteht die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen.

Gültigkeitsdauer

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

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **zweimal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

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. Beides, 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:

- Steuerfreibetrag i.H.v. 570 €
- Kündigungsschutz
- 1 Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Vorgezogene Altersrente um bis zu 5 Jahre



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?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo.-Do. von 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.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**.
- Für die Feststellung des GdB und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sind die **Versorgungsämter** zuständig.

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.

In diesem Fall kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden, um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken. 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.

Bekommt man keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, besteht noch die Möglichkeit, Hilfen zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) zu beziehen.

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

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren **oder**
- Volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d.h. Anspruch haben z.B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden, **und**
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt. Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z.B. um berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

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

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.
- Als voll erwerbsgemindert gelten auch
 - Menschen mit Behinderungen, die wegen ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und entweder in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Blindenwerkstätten arbeiten oder die in Einrichtungen, Heimen, usw. Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers entsprechen.
 - Versicherte während einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren.

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann und **zugleich arbeitslos ist**, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich um eine Teilzeitarbeit bemüht haben, dass dies jedoch keinen Erfolg hatte (Anspruch wegen verschlossenem Arbeitsmarkt).

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 wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.

- Sie wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Danach kann sie wiederholt beantragt werden.
- **Unbefristet** wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist **nach 9 Jahren** auszugehen.

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe und Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der **vollen** Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch 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 Zurech-

nungszeit 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. Ab 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um einen, danach jährlich um zwei Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (siehe S. 73) beantragt werden.
- Sozialhilfeempfänger können bei außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) 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 nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden. 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. Diese Grenzen berechnet der Rentenversicherungsträger.

Praxistipps!

- Dem Rentenanspruch sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundbericht des Hausarztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.

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 und sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund 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 (Erwerbsminderungsrente), **oder** Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. 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:

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 424 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 382 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 339 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 322 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 302 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 245 €

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.

- 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 Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe.
- Übernahme von Mietschulden.
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

- eigenes Einkommen und Vermögen **und**
- Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners, soweit es dessen Eigenbedarf übersteigt.

Dabei gibt es bestimmte Anrechnungsgrenzen und Schonvermögen, die individuell verschieden sind. Detaillierte Auskünfte gibt der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts. Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung und Änderung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des Folgemonats.

Zu Beginn der Altersrente oder nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.
- 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.

Hilfe zum Lebensunterhalt

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

Ist ein Prostatakrebs-Patient während oder nach der Therapie nicht in der Lage zu arbeiten, hat nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen, die ihn unterstützen, kann er Sozialhilfe beantragen, um ausreichend Geld für Unterkunft, Lebensmittel, Kleidung, usw. zur Verfügung zu haben. Zuvor sollte er sich jedoch erkundigen, ob ihm andere finanzielle Leistungen wie z.B. Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 73).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht.

Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

In **Vorleistung** geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Prüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.

Praxistipps!

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.

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.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein. Für Letzteres muss innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt worden sein oder eine Familienversicherung bestanden haben.

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 kompensieren oder bewältigen können.

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

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse **beantragt** werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige oder Bekannte stellen, wenn diese dazu bevollmächtigt sind. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 77).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung. Ist der Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Pflegekasse einlegen.

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 zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.

- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend **Hilfe zur Pflege** beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20 %)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reini-

gungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

Für die Module 1–6, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (z.B. Essen oder Trinken), ermittelt der Gutachter einen Punktwert. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist bzw. die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig:** Die Aktivität kann, evtl. unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig:** Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernahmen von Teilleistungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig:** Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

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.

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

Praxistipp!

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

Pflegegrade

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

Pflegegrad	Punktwert	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

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



Praxistipp!

Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) durchgeführt.

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

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.

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.

Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges

Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate 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. 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,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2–5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Prostatakrebs-Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.

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. Dazu zählen z.B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000 € je Maßnahme und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

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 Entlastungsbeitrag: 125 €	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... 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.

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 und 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 Entlastungsbetrag: 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 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	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. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

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 1.612 € **im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € 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: 030 3406066-02, Mo.–Do. von 8–18 Uhr und Fr. von 8–12 Uhr.

- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom Februar 2018 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.

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 Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.
- **Unfallversicherung**
Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.
- **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 pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Services* > *Broschüren & mehr* > *Vor der Rente* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > *Service* > *Publikationen* > *Suchbegriff: „Unfallversicherungsschutz“* heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um dessen Pflege zu organisieren (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auf diese kurzzeitige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsanspruch. Um den Lohnausfall auszugleichen, kann **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis in dieser Zeit in der Regel nicht kündigen.

Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson meist ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung durch Reduzierung der Arbeitszeit ist möglich. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

Die **Familienpflegezeit** dauert maximal 2 Jahre. Der Arbeitnehmer kann seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Auf Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.



Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Aufgaben* > *Familienpflegezeit* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

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.

Unheilbaren 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 (ambu-

lant), 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 kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden. Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (sog. Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheitspflege und Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthalt und Unterbringung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter wird nicht gerichtlich kontrolliert.

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann. Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll. Im Vergleich zur Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung dann sinnvoll, wenn man keine Person kennt, der man uneingeschränkt vertrauen kann.

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angele-

genheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 86) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die medizinische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern.

In der Patientenverfügung kann festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Behandlung

- nicht begonnen werden darf, d.h. unterlassen werden muss oder
- nicht weiter fortgeführt werden darf, d.h. beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich bindend, wenn die gewünschte Behandlung auf die vorliegende Krankheitssituation zutrifft. Damit der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden kann, ist es empfehlenswert, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung vom Arzt beraten zu lassen.



Praxistipp!

Der Ratgeber Patientenvorsorge des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann 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: 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 3229329-0
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 (Patienten beraten Patienten: 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: 0180 5558484 (14 ct/min aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 42 ct/min, Mo. 16–18 Uhr, Fr. 10–12 Uhr. Anonyme Beratung bei erektiler Dysfunktion.)
Fax: 0761 27027450
E-Mail: info@isg-info.org
www.isg-info.de

Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion (Impotenz)

Weiherweg 30a, 82194 Gröbenzell
Telefon: 08142 597099 oder 030 76689521
Fax: 03212 1061943
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.

Münchener Str. 45, 60329 Frankfurt
Telefon: 0180 4435530
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

Mathenesserdijk 416, 3026 GV Rotterdam
Telefon: 030 81896153 (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

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.

Voßstr. 3, 69115 Heidelberg
Beratungstelefon: 06221 13802-0 (Mo.–Do. 9–16 Uhr, Fr. 9–15 Uhr)
Fax: 06221 13802-20
E-Mail: information@biokrebs.de
www.biokrebs.de

Deutsches Krebsforschungszentrum - Krebsinformationsdienst KID

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
Telefon: 0800 4203040 (kostenfrei)
Fax: 06221 401806
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

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Simone Kreuzer, Jutta Meier, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2019

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.

2. vollständig überarbeitete Auflage, Februar 2019