

# Onkologie & Soziales



**beta Care**

*Wissenssystem für Krankheit & Soziales*

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*nachdem Betroffene und ihre Angehörigen den ersten Schock einer Krebsdiagnose überwunden haben, müssen sie sich großen Herausforderungen stellen. Neben dem Wissen zu Diagnostik und Behandlung, können Informationen über finanzielle Hilfen und gesetzliche Regelungen den Umgang mit der Erkrankung erleichtern.*

*Der betaCare-Ratgeber „Onkologie & Soziales“ richtet sich in erster Linie an Betroffene und ihr Umfeld. Betroffene erhalten einen aktuellen Überblick über finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, den Schwerbehindertenausweis sowie damit verbundene Nachteilsausgleiche, Pflegeleistungen und Patientenvorsorge.*

*Während der Therapie stehen Betroffene oft auch vor sozialen und psychischen Problemen. Der Ratgeber bietet Informationen zu Psychoonkologie und Psychotherapie sowie zu chronischer Müdigkeit und Depressionen. Zudem werden weitere wichtige Themen wie z.B. Partnerschaft, Hilfen für Kinder krebskranker Eltern oder Ernährung und Bewegung behandelt.*

*Ein eigener Adressteil ermöglicht Betroffenen und ihren Angehörigen, weiterführende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.*

*betapharm setzt sich seit vielen Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der betaCare-Ratgeber „Onkologie & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.*

*Mit herzlichen Grüßen  
betapharm Arzneimittel GmbH*



*Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de).*

*Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter [www.betapharm.de](http://www.betapharm.de).*

# Inhalt

---

<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>Krebs &gt; Kurzinfo und Behandlung</b>	<b>5</b>
Krebsarten und Entstehung	5
Einteilung der Krankheitsstadien	6
Vor Beginn der Behandlung	8
Behandlung	9
<b>Psychosoziale Hilfen</b>	<b>15</b>
Psychoonkologie	15
Hilfe bei chronischer Müdigkeit (Fatigue)	16
Hilfe bei Angst und Depression	17
<b>Leben mit Krebs</b>	<b>19</b>
Partnerschaft und Sexualität	19
Kinder krebskranker Eltern	21
Ernährung und Bewegung	24
Urlaub	26
<b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>	<b>27</b>
Zuzahlungsregelungen	27
Zuzahlungsbefreiung	30
Sonderregelung für chronisch Kranke	32
Heilmittel	34
Hilfsmittel	35
<b>Finanzielle Hilfen</b>	<b>37</b>
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	37
Krankengeld	39
Arbeitslosengeld	43
Leistungen bei geringem Einkommen	45
Erwerbsminderungsrente	46
Bürgergeld und Sozialhilfe bei Erwerbsminderung	48
<b>Rehabilitation</b>	<b>51</b>
Medizinische Rehabilitation	54
Onkologische Nachsorgeleistung	56
Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	60
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	61
Leistungen zur sozialen Teilhabe	62
Krebs als Berufskrankheit	62

<b>Behinderung</b>	<b>65</b>
Grad der Behinderung bei Tumorerkrankungen - Richtwerte	66
Schwerbehindertenausweis	75
Nachteilsausgleiche	77
<b>Pflege</b>	<b>79</b>
Pflegebedürftigkeit	79
Leistungen bei häuslicher Pflege	82
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	85
Leistungen für pflegende Angehörige	87
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	89
Hilfe zur Pflege vom Sozialamt	90
<b>Palliativversorgung</b>	<b>91</b>
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	91
<b>Durchsetzung von Rechtsansprüchen</b>	<b>93</b>
Widerspruch	93
Verfahren vor den Sozialgerichten	95
<b>Patientenvorsorge</b>	<b>99</b>
Vorsorgevollmacht	99
Betreuungsverfügung	100
Patientenverfügung	101
<b>Adressen</b>	<b>103</b>
<b>Übersicht:</b> Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad	104
<b>Übersicht:</b> GdB-abhängige Nachteilsausgleiche	106
<b>Übersicht:</b> Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche	108
<b>Impressum</b>	<b>111</b>

# Krebs > Kurzinfo und Behandlung

**Krebs bedeutet, dass Zellen im Körper bösartig werden und gesundes Gewebe zerstören. Es bildet sich eine Geschwulst (Tumor) im Gewebe. Der ursprüngliche Tumor kann Tochtergeschwülste (Metastasen) in anderen Geweben bilden.**

Neben den Krebsarten der Organe gibt es auch bösartige Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems. Diese werden als „Hämoblastosen“ bezeichnet. Dazu gehören verschiedene Arten von Blutkrebs z. B. Leukämie oder Lymphome.

## Krebsarten und Entstehung

### Definition und Entstehung von Tumoren

*Der Begriff Tumor (vom lat. tumere – anschwellen) bezeichnet die Art der krankhaften Zunahme von Gewebe im Körper. Die Wertigkeit (Dignität) sagt aus, ob ein Tumor benigne (gutartig), semimaligne (halbbösartig) oder maligne (bösartig) ist.*

Spezielle Merkmale bösartiger (maligner) Tumore sind u. a.:

- **Invasives Wachstum:** Der Tumor dringt in umliegendes Gewebe ein.
- **Infiltratives Wachstum:** Der Tumor zerstört umliegendes Gewebe.
- **Bildung von Tochtergeschwülsten (Metastasen):** Krebszellen wandern in andere Organe und bilden dort neue Tumore.

**Halbbösartige (semimaligne) Tumore** können in umliegendes Gewebe einwachsen und es zerstören, es werden jedoch keine Metastasen gebildet.

**Gutartige (benigne) Tumore** zerstören benachbartes Gewebe nicht, sondern verdrängen es nur und bilden keine Tochtergeschwülste.

### Ursachen für bösartige Krebserkrankungen

Die genauen Ursachen für maligne Krebserkrankungen sind nicht vollständig geklärt. Es gibt jedoch verschiedene Faktoren, die das Risiko erhöhen, an Krebs zu erkranken.

Diese Faktoren lassen sich in einteilen:

- **Umweltfaktoren:**
  - Chemische Faktoren (Tabakrauch, Alkohol, Medikamente, Asbest)
  - Physikalische Faktoren (Röntgenstrahlen und UV-Strahlung)
  - Biologische Faktoren (Bakterien, Viren, Parasiten)
- **Lebensstilfaktoren:**
  - ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel
- **Genetische (erbliche) Faktoren:**
  - Bei vererbtem Krebs erkranken mehrere Familienmitglieder öfter an Krebs. Dabei wird nicht die Krebserkrankung selbst vererbt, sondern eine Veranlagung dafür.

## Einteilung der Krankheitsstadien

Die Diagnose Krebs bedeutet für Betroffene zunächst einmal große Unsicherheit. Um die richtige Behandlung zu finden und den weiteren Verlauf der Erkrankung einschätzen zu können, ist es wichtig zu wissen, um welche Krebsart es sich handelt sowie das Ausmaß und die Aggressivität des Tumors zu bestimmen. Zur Einteilung der Krankheitsstadien gibt es verschiedene Bewertungssysteme.

### Staging

Staging ist ein diagnostischer Prozess, bei dem das Ausmaß einer Tumorerkrankung bestimmt wird. Anhand der Ergebnisse verschiedener Untersuchungen (z. B. Computertomografie), können Tumore in unterschiedliche Stadien (Klassifikation) eingeteilt werden.

Am bekanntesten ist die TNM-Klassifikation und bedeutet:

**T:** Verhalten und Ausdehnung des Primärtumors

**N:** Befall von Lymphknoten

**M:** Metastasen

Genauere Hinweise geben Ziffern hinter den Buchstaben (T1–T4, N0–N3, M0–M1).

### Beispiel

T1 N0 M0 bedeutet, dass es sich um einen kleinen Tumor ohne Lymphknotenbefall und ohne Metastasenausbreitung handelt.

Bei einer Krebserkrankung wird das Staging in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Dies gibt Auskunft über die Schwere, Ausbreitung und die Prognose der Erkrankung sowie die Wirksamkeit der bestehenden Therapie. Daraus lässt sich ableiten, ob eine Therapieanpassung notwendig ist bzw. wie die Therapie weitergeführt werden soll.

### Grading

Als Grading bezeichnet man den Grad der Abweichung des Krebsgewebes vom gesunden Gewebe. Zur Feststellung der Abweichung wird eine Probe vom Krebsgewebe entnommen (Biopsie). Das Gewebe wird mikroskopisch untersucht und die Beschaffenheit bestimmt.

Der Grad der Differenz dient als Klassifikationsmerkmal und wird in 4 Stufen unterteilt:

- G1 (gut differenziert, weniger bösartig)
- G2 (mäßig differenziert)
- G3 (schlecht differenziert)
- G4 (nicht differenziert, sehr bösartig)

Je niedriger der Grad, desto besser wird die Prognose bei einer Krebserkrankung eingeschätzt.

Bei bestimmten Krebsarten kann das Bewertungssystem (Grading) und die TNM-Klassifikation (Staging, siehe S. 6) den Grad der Behinderung (GdB) beeinflussen, der vom Versorgungsamt bei einer Krebserkrankung festgestellt werden kann, Näheres ab S. 66.

## Häufige Krebsneuerkrankungen

Das Robert Koch Institut ist Herausgeber der Broschüre „Krebs in Deutschland“. Die Broschüre erscheint alle zwei Jahre als gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e.V. (GEKID) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD).

Diese enthält u. a. die am häufigsten aufgetretenen Krebserkrankungen in Deutschland:

- Prostatakrebs
- Krebs der Brustdrüse
- Darmkrebs
- Lungenkrebs
- Malignes Melanom (Hautkrebs)
- Krebs des Gebärmutterkörpers
- Bauchspeicheldrüsenkrebs
- Non-Hodgkin-Lymphom (umgangssprachlich Lymphdrüsenkrebs)
- Magenkrebs
- Krebs der Mundhöhle und des Rachens
- Eierstockkrebs
- Nierenkrebs
- Leukämie

Für einige dieser Krebsarten wurden in gemeinsamer Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften Patientenleitlinien erstellt. Die Informationen sollen helfen, die Situation der Erkrankung besser einschätzen zu können. Auch für betroffene Angehörige sind Informationen enthalten. Das Gespräch mit dem Arzt kann durch die Informationen in den Leitlinien aber nicht ersetzt werden.

- Die **Patientenleitlinien** können unter [www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de) > *Patientenleitlinien* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „**Krebs in Deutschland**“ können Sie als gedruckte kostenlose Ausgabe bestellen oder downloaden unter [www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de) > *Publikationen* > *Krebs in Deutschland*.



## **Vor Beginn der Behandlung**

Nach einer Krebsdiagnose stehen oft mehrere Behandlungsoptionen zur Auswahl. Verschiedene Optionen bieten unterschiedliche Vorteile und Risiken, die es abzuwägen gilt. Um eine Entscheidung nach persönlichen Wünschen und Wertvorstellungen treffen zu können, gibt es vielfältige Informationsmöglichkeiten.

## **Das Arztgespräch**

Krebs erfordert keine sofortige Notfallbehandlung. In der Regel bleibt ausreichend Zeit, um sich umfassend informieren, ggf. eine Zweitmeinung einzuholen und Entscheidungen in Ruhe treffen zu können. Insbesondere dem Arztgespräch kommt hier eine wichtige Bedeutung zu.

### **Wichtige Fragen dabei sind:**

- Behandlungsmöglichkeiten: Welche Therapien kommen infrage? Welche Methoden werden eingesetzt?
- Risiken und Nutzen: Welche Nebenwirkungen können auftreten? Was sind die Erfolgschancen jeder Behandlung?
- Aktuelle medizinische Erkenntnisse: Welche neuen Therapien gibt es? Welche Studienlage liegt vor?
- Persönliche Wünsche und Wertvorstellungen: Welche Rolle spielt die Lebensqualität? Was sind eigene Lebensziele und Prioritäten?

### **Je nach Behandlungsmöglichkeiten sollten folgende Themen besprochen werden:**

- Operation, siehe S. 9
- Bestrahlung, siehe S. 9
- Chemotherapie, siehe S. 9
- Antihormontherapie, siehe S. 9
- Molekularbiologische Therapien, siehe S. 10
- Stammzelltransplantation, siehe S. 10
- Klinische Studien, siehe S. 10
- Alternative und komplementäre Methoden, siehe S. 10
- Vorbeugung und Behandlung von Nebenwirkungen und Spätfolgen, z.B. Fatigue, Übelkeit, Lymphödem
- Eigenverantwortung und Mitwirkung, z.B. Mitteilung von Symptomen und Problemen, verlässliche Medikamenteneinnahme
- Onkologischen Nachsorgeleistung, siehe S. 56
- Rehabilitation, siehe S. 51
- Psychoonkologische Unterstützung, siehe S. 15

## Behandlung

Die Behandlung richtet sich nach der Art und dem Stadium der Krebserkrankung, aber auch nach individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht und allgemeinem Gesundheitszustand. Die Therapie erfolgt in einzelnen Schritten. Nach jedem Schritt wird beurteilt und entschieden, wie es weitergeht. Es gibt keine allgemeingültige Standardbehandlung.

In dieser Übersicht werden die einzelnen Therapiemöglichkeiten kurz beschrieben. Diese können einzeln oder in Kombination eingesetzt werden.

### Operation

Kern der Behandlung ist meist die Entfernung des Tumors mit einer Operation. Dies kann entweder durch einen kleinen Schnitt zur Gewebeentnahme (Biopsie) oder durch die Entfernung verdächtiger Hautveränderungen erfolgen. In Fällen, in denen ein größerer Eingriff erforderlich ist, werden nicht nur der Tumor selbst, sondern auch das umliegende Gewebe und betroffene Lymphknoten entfernt. Bei allen operativen Verfahren steht die Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Organe im Vordergrund, sofern dies möglich ist.

### Bestrahlung

Die Strahlentherapie kann vor oder nach einer Operation erfolgen. Vor einer Operation soll sie den Tumor verkleinern. Nach einer Operation soll die Krebsbehandlung unterstützt werden, um Betroffene vor einem Rückfall zu schützen (adjuvante Bestrahlung). Oft wird eine Bestrahlung mit einer Chemotherapie kombiniert, um eine stärkere Wirkung der Therapie zu erzielen. Bei einer palliativen Behandlung kann eine Bestrahlung Beschwerden lindern, wenn keine Heilung mehr möglich ist.

### Chemotherapie

Eine Chemotherapie kann vor oder nach der Operation erfolgen. Dabei kommen Medikamente zum Einsatz, die die Teilung der Tumorzellen verhindern sollen, sog. Zytostatika. Die Medikamente wirken gezielt auf schnell wachsende Zellen. Neben den Tumorzellen sind das aber z. B. auch Haarzellen, blutbildende Zellen und Zellen im Verdauungstrakt. Deshalb leiden viele Menschen mit Krebs unter den Nebenwirkungen der Chemotherapie z. B. Haarausfall, Übelkeit oder chronischer Müdigkeit.

### Antihormontherapie

Die häufigsten Krebsarten, bei denen ein Tumor abhängig von körpereigenen Hormonen wächst, sind Brustkrebs und Prostatakrebs. Die Antihormontherapie (endokrine Therapie) soll die Bildung körpereigener Hormone (Hormonentzug) bremsen oder unterdrücken. Verglichen mit anderen Krebsbehandlungen, hat die Antihormontherapie weniger Nebenwirkungen. In der Regel werden die Medikamente über mehrere Jahre eingenommen. Durch die langfristige Belastung durch Nebenwirkungen kann die Lebensqualität nachteilig beeinflusst werden.

## Molekularbiologische Therapien

Molekularbiologische Therapie, auch zielgerichtete Therapie bzw. targeted therapy genannt, ist eine gezielte Behandlung mit Medikamenten, die in wichtige biologische Vorgänge für das Tumorwachstum eingreifen.

Mit dieser Therapie sollen möglichst nur Krebszellen angegriffen werden.

Diese Therapie wirkt jedoch nur, wenn bestimmte Strukturen nachgewiesen werden können. Oftmals ersetzt die molekularbiologische Therapie andere Therapieformen nicht komplett, kann jedoch ergänzend eingesetzt werden.

Auch diese Behandlung wird von Nebenwirkungen begleitet.

Ein Beispiel dafür ist die **Immuntherapie**. Die entsprechenden Medikamente docken direkt an Rezeptoren an, die für das Wachstum der Tumoren verantwortlich sind und bremsen so deren Wachstum.

## Stammzelltransplantation

Eine Therapiemöglichkeit die z. B. bei Blutkreberkrankungen durchgeführt wird, ist die Stammzelltransplantation.

Es gibt zwei Möglichkeiten für eine Stammzelltransplantation:

- **Autologe Transplantation:**

Der betroffenen Person werden vor der Chemotherapie ihre eigenen Stammzellen entnommen und nach der Behandlung wieder eingesetzt.

- **Allogene Transplantation:**

Stammzellen werden transplantiert, die von einem anderen Menschen, dem sogenannten Spender, entnommen wurden.

## Klinische Studien

Bei einer Teilnahme an klinischen Studien können Betroffene Zugang zu innovativen Behandlungsverfahren erhalten. Klinische Studien sind jedoch keine Standardtherapie, es handelt sich dabei in der Regel um Therapien mit nicht zugelassenen Arzneimitteln. Ob eine Teilnahme an einer Studie sinnvoll ist, kann nicht pauschal beantwortet werden. Betroffene können nur mit ihren behandelnden Ärzten besprechen, ob die Therapie sinnvoll ist und die Ein- und Ausschlusskriterien, wie Alter oder individuelle Krankheitssituation, gegeben sind. Klinische Studien werden z. B. in onkologischen Spitzenzentren durchgeführt. Adressen finden Sie unter [www.ccc-netzwerk.de](http://www.ccc-netzwerk.de) > *Spitzenzentren* > *Zu den onkologischen Spitzenzentren*.

## Alternative und komplementäre Methoden

Immer häufiger nutzen Betroffene auch komplementäre (ergänzende) oder alternative (ersatzweise) Methoden zur Behandlung einer Krebserkrankung. Beispiele hierfür sind TCM (Traditionelle Chinesische Medizin), Ayurveda und Homöopathie. Die Wirksamkeit dieser Therapien ist meist nicht wissenschaftlich belegt. Chancen und Risiken dieser Therapien sollten mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Die Kosten müssen in der Regel selbst getragen werden.

- Ausführliche Informationen zu **Behandlungsverfahren** bei Krebs hat der Krebsinformationsdienst unter: [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > *Krebstherapie* zusammengestellt.
- Die Patientenleitlinie „**Komplementärmedizin**“ können Sie kostenlos downloaden unter [www.leitlinienprogramm-onkologie.de](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de) > *Patientenleitlinien* > *Komplementärmedizin*.

## Krebszentren

Für die Behandlung sollten bevorzugt zertifizierte Krebszentren gewählt werden. „Zertifiziert“ bedeutet, dass diese Kliniken die entsprechenden fachlichen Anforderungen erfüllen und regelmäßig überprüft werden. Viele niedergelassene Ärzte kooperieren mit solchen Zentren.

Das unabhängige Institut OnkoZert betreut im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) ein Zertifizierungssystem. Auf diese Weise sollen Betroffene die onkologischen Zentren finden, welche die festgelegten fachlichen Anforderungen erfüllen.

Die **Adressen** von zertifizierten **Krebszentren** in der näheren Umgebung können unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) gesucht werden.

## Ambulante Fachärzte

Eine ambulante Krebstherapie wird von Fachärzten der Fachrichtungen Hämatologie und Onkologie, als spezialisierte Ärzte für die Betreuung und Behandlung von Krebspatienten, durchgeführt. Betroffene erhalten wohnortnah z. B. eine ambulante Chemotherapie, aber auch ärztliche Kontrolle und Begleitung, wenn die Krankheitssituation sich verändert.

Die **Adressen** von niedergelassenen Hämatologen und Onkologen können beim Berufsverband der Niedergelassenen **Hämatologen und Onkologen** in Deutschland e.V. (BNHO) unter [www.bnho.de](http://www.bnho.de) gefunden werden.

## Ärztliche Zweitmeinung

Bei Zweifeln an einer ärztlichen Diagnose oder der empfohlenen Therapie, kann eine Zweitmeinung eingeholt werden. Eine Zweitmeinung ist eine unabhängige, neutrale ärztliche Meinung zu einer Diagnose oder einem geplanten Eingriff. Sie soll Betroffene dabei unterstützen, eine Entscheidung über ihre Behandlung zu treffen. Vorhandene Befunde und Untersuchungsergebnisse können von der ersten Arztpraxis angefordert und bei dem zweiten Arzt vorgelegt werden.



- Nach dem Krankenhausaufenthalt bzw. bei Therapieende sollten Sie sich eine Kopie des Entlassungsberichts und des Arztbriefs sowie Ihre Röntgenbilder mitgeben lassen. Sie haben jederzeit das Recht, klinische Dokumentationen einzusehen und einen Anspruch auf Kopien Ihrer Untersuchungsunterlagen.
- Sie können grundsätzlich Arzt und Krankenhaus frei wählen und auch noch während der Behandlung wechseln.
- **Wichtig** ist auch ein **Tumorpass**, in dem z. B. Angaben über den Krankheitsverlauf und weitere Untersuchungen notiert werden können. Diesen erhalten Sie ggf. beim behandelnden Arzt oder können ihn beim Tumorzentrum Dresden zum Selbstkostenpreis von 0,28 € pro Stück unter der Telefonnummer 0351 3177-302 oder per E-Mail an: [kontakt@tumorzentrum-dresden.de](mailto:kontakt@tumorzentrum-dresden.de) bestellen.

### Krankheitsverarbeitung

Für die meisten Menschen mit einer Krebserkrankung ist die Zeit der Behandlung von deutlichen Gefühlsschwankungen geprägt. Partner, Familie und Freunde wollen helfen und unterstützen, sind aber oft damit überfordert. Betroffene und deren Angehörige haben unterschiedliche Strategien, um die Belastungen zu bewältigen. Manche suchen Ablenkung oder können sich in Gesprächen nicht anvertrauen, andere wollen so viele Informationen wie möglich.

Die Wege der Krankheitsverarbeitung sind individuell und zielen darauf ab, die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern.

Durch die Krankheitsverarbeitung soll das innere Gleichgewicht hergestellt werden, sodass auch ein Alltag mit der Erkrankung möglich ist. Unterstützung und Orientierung, gerade auch zu Beginn einer Erkrankung, bieten psychonkologische Beratungsstellen, siehe S. 15.

### Berufstätigkeit

Bereits im Vorfeld der Behandlung ist eine Krankschreibung möglich und sinnvoll. Dann können alle wichtigen Vorbereitungen in Ruhe getroffen werden und die erkrankte Person hat die Möglichkeit, sich mit der veränderten Situation auseinanderzusetzen.

Eine Krankschreibung muss dem Arbeitgeber mitgeteilt werden, die Diagnose jedoch nicht.

Je nachdem, wie vertrauensvoll das Verhältnis zum Arbeitgeber ist, können Betroffene dem Arbeitgeber mitteilen, dass die Erkrankung länger dauern kann.

## Selbsthilfe und Beratung

Schon vor der Behandlung können verschiedene Selbsthilfeorganisationen Unterstützung bieten u.a. Informationen und Beratung zu Diagnose, Therapie und Reha sowie psychosoziale Unterstützung. Ziel ist, die eigene Situation zu verbessern und sich durch kontinuierlichen Austausch gegenseitig zu unterstützen. Selbsthilfegruppen haben unterschiedliche Organisationsformen, meist treffen sich 6–12 Teilnehmende einmal wöchentlich über längere Zeit. Sie bestimmen gemeinsam wie lange die Treffen dauern, wo sie stattfinden, welche Ziele sie verfolgen und wer welche Aufgaben übernimmt.

Auch Gespräche mit Familienmitgliedern oder Freunden können Betroffene entlasten. Eventuell gibt es im Bekanntenkreis Menschen, die Krebs haben oder hatten und mit ihren Erfahrungen weiterhelfen können. Krebs ist jedoch eine sehr vielgestaltige Erkrankung, die oft unterschiedlich therapiert werden muss. Gute Ansprechpersonen für offene Fragen sind immer auch der behandelnde Arzt oder eine fachkundige Beratungsstelle.

- **Selbsthilfegruppen** oder Informationen zur Gründung einer Selbsthilfegruppe finden Sie bei der „Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ (NAKOS) unter [www.nakos.de](http://www.nakos.de).
- Aktuelles Wissen, Hilfe und **individuelle Beratung** zur Bewältigung von Krebs finden Sie unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de).



**Praxistipps!**

Psychosoziale  
Hilfen



# Psychosoziale Hilfen

**Krebs ist für die meisten Menschen eine lebensbedrohliche Erkrankung. Sie löst Zukunftsängste aus und hat Auswirkungen auf die Psyche, die Seele und das soziale Leben.**

Krebs hat zunächst Auswirkungen auf den erkrankten Menschen selbst. Sowohl psychische als auch körperliche Beschwerden können zu Problemen führen. Das bisherige Leben kann nicht in gewohnter Weise weitergeführt werden. Die Krankheit wirkt sich aber auch auf das soziale Umfeld aus. Dies führt zu Veränderungen in der Familie, im Freundeskreis und im Beruf. Möglicherweise muss der Familienalltag umorganisiert werden oder das Gehalt fällt weg, weil eine Rückkehr ins Berufsleben (vorerst) nicht möglich ist.

## Psychoonkologie

**Menschen mit einer Krebserkrankung, die psychoonkologische Unterstützung suchen, sind bei speziell ausgebildeten Psychoonkologen in guten Händen. Beratung durch solche qualifizierten Psychoonkologen bieten Krankenhäuser, Reha-Kliniken und die Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften.**

In der psychoonkologischen Beratung stehen folgende Aspekte im Mittelpunkt:

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

## Therapie

Bei starken Belastungsreaktionen wie Erschöpfung, Depressionen und Angst, können Betroffene Unterstützung bei einem Psychotherapeuten suchen, der möglichst Erfahrung in der Arbeit mit chronisch kranken Menschen haben sollte. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Psychotherapie“.

- Eine Adresssammlung von **Ärzten, Kliniken, Krebsberatungsstellen** und psychoonkologischen Praxen bietet der Krebsinformationsdienst unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > Service > Adressen und Links.
- [www.psycho-onkologie.net](http://www.psycho-onkologie.net) ist ein **Beratungsportal** für Betroffene, das zum Einstieg Videos anbietet, die Belastungssituationen nachfühlbar machen. Außerdem gibt es die Möglichkeit einer psychoonkologischen Beratung via Skype sowie eine Übersicht zu psychoonkologischen Hilfsangeboten.



Wer hilft weiter?

## Hilfe bei chronischer Müdigkeit (Fatigue)

Fatigue ist der medizinische Fachausdruck für krankhafte Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebsschwäche und eingeschränkte Belastbarkeit, die über das normale Maß hinausgehen.

Während einer Krebserkrankung oder im Laufe der Behandlung können körperliche, seelische und/oder geistige Müdigkeit und Erschöpfung auftreten, ohne im Zusammenhang mit vorangegangener Belastung zu stehen.

Betroffene können ihren Alltag nur schwer bewältigen und finden auch durch Ausruhen oder Schlafen keine Erholung.

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

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

**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
- unterstützende Maßnahmen, z.B. Beratung, Motivation zu körperlichem Training **oder** Entspannungsübungen

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



Weitere Informationen über Fatigue bei Krebserkrankungen bietet auch die **Deutsche Fatigue Gesellschaft** unter [www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de](http://www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de).

## Hilfe bei Angst und Depression

Eine Krebserkrankung bringt große Ungewissheit mit sich. Die Diagnose und die damit verbundenen Behandlungen können Ängste, Depressionen, Schlafstörungen und Unruhe hervorrufen.

**Ängste** bei einer schweren Erkrankung wie Krebs haben viele verschiedene Ursachen. Es ist **wichtig**, über diese Ängste zu sprechen, da dies sehr hilfreich sein kann. Angehörige und Freunde können einfach zuhören und da sein. Bei konkreten Ängsten, wie z. B. vor Schmerzen, dem Fortschreiten der Krankheit oder dem Verlust der Selbstständigkeit, sind Ärzte und Pflegekräfte die richtigen Ansprechpartner. Sie kennen die Entwicklungen bei anderen Betroffenen und können durch Informationen Ängste nehmen. In sehr schweren Fällen können auch Medikamente helfen.

Es ist normal, dass eine Krebserkrankung mit ihren belastenden Symptomen die Stimmung drückt. Das bedeutet nicht gleich, dass eine Depression vorliegt, die mit Medikamenten behandelt werden muss.

**Anzeichen einer Depression können sein:**

- Niedergeschlagene Stimmung
- Schlafstörungen
- Hoffnungslosigkeit
- Verminderte Interessen
- Geringer Antrieb

Wenn diese Symptome stark ausgeprägt sind und lange anhalten, sollte ärztliche Hilfe gesucht werden. In diesen Fällen können ggf. Antidepressiva die Lebensqualität verbessern. Die Verordnung von Antidepressiva muss jedoch sorgfältig erfolgen, da es zu Wechsel- und Nebenwirkungen kommen kann.

Manche Nebenwirkungen können aber auch erwünscht sein. So können Antidepressiva z. B. bestimmte Schmerzen lindern.

- Das **Beratungs- und Therapieportal** für Krebsbetroffene Psycho-Onkologie Online bietet ein Online Screening (Testverfahren) unter: [www.psycho-onkologie.net](http://www.psycho-onkologie.net) > *Online-Screening*. Dies kann helfen psychische Belastungen und Symptome im Rahmen einer Krebserkrankung kennenzulernen und einzuordnen.
- Es gibt zunehmend **Apps und Online-Angebote** (digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA), die kostenlos sind oder von der Krankenkasse übernommen werden. Offiziell anerkannte Online-Anwendungen für Angsterkrankungen und Depressionen finden Sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter: [www.diga.bfarm.de](http://www.diga.bfarm.de) > *DiGA-Verzeichnis öffnen*.





# Leben mit Krebs

**Die Diagnose und die Behandlung von Krebs hat meist starke Auswirkungen auf den Alltag und das Familienleben. Die Lebensqualität kann durch Therapie und psychische Belastungen stark eingeschränkt sein.**

Sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen haben Sorgen, welche die Gedanken und Gefühle stark beeinflussen. Hilfreich sind hier vor allem offene Gespräche.

## Partnerschaft und Sexualität

**Nach der Diagnose und während der Behandlung von Krebs haben wahrscheinlich weder Betroffene noch ihre Partner das Bedürfnis nach Sexualität, da Zukunftsängste kaum Lust aufkommen lassen. Körpernähe und Verbundenheit sind aber sehr wichtig für die psychische Verfassung und helfen, schneller gesund zu werden.**

### Miteinander reden

Die körperlichen und psychischen Veränderungen während und nach einer Operation können große Ängste hervorrufen und auch das Bedürfnis nach körperlicher Nähe beeinflussen. **Wichtig** ist hier, miteinander zu reden, die eigenen Befürchtungen und Sehnsüchte offen anzusprechen. Gegenseitiges Verständnis ist am besten möglich, wenn die Partner wissen, was im Anderen vorgeht.

Es ist zudem hilfreich, sich Zeit zu nehmen und sich nicht zu überfordern. Wenn man seinen Körper und seine Gefühle ernst nimmt und diese mit dem Partner teilt, kann sich mit der Zeit wieder Normalität und Erfüllung beim Sex einstellen.

### Belastung und Chancen

Manchmal gewinnen infolge der schweren Erkrankung Gefühle füreinander (wieder) an Bedeutung, die vorher verschüttet waren. Manches vertraute, aber oberflächliche Nebeneinanderleben wird aufgebrochen, und Paare entdecken den Kern ihrer Liebe wieder. Eine Krebserkrankung kann die Partnerschaft stark belasten und sie kann auch daran zerbrechen. Aber sie birgt auch die Chance, den Blick für die wirklich wichtigen Dinge im Leben zu schärfen, einander wieder nahe zu kommen und füreinander da zu sein.

## Praxistipps!



- Die Broschüren „**Weibliche Sexualität und Krebs**“ sowie „**Männliche Sexualität und Krebs**“ bieten Betroffenen Hintergründe und Hilfe. Kostenloser Download unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > Service > Unsere Broschüren.
- Wenn körperliche oder psychische Probleme die Freude an der Sexualität dauerhaft nehmen, können Sie sich an eine **Beratungsstelle** von Pro Familia wenden, um Unterstützung zu erhalten. Adressen finden Sie unter: [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de) > Beratungsstellen.
- Der **Familiencoach** Krebs bietet unter <https://krebs.aok.de> Hilfe zur Selbsthilfe an. Interessierte können das Online-Programm kostenlos, zeitlich unbegrenzt und in vollem Umfang nutzen.
- **Möglichkeiten zum Umgang** mit der Erkrankung für Menschen mit Krebs und ihren Familien und Freunden bietet die Deutsche Krebsgesellschaft unter: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) > Basis-Informationen Krebs > Leben mit Krebs > Angehörige und Freunde.

### Kinderwunsch bei Krebs

Bestimmte Behandlungsmethoden bei Krebs können Eizellen oder Spermien schädigen und so zu Unfruchtbarkeit führen. Die Heilungschancen bei jungen Menschen mit Krebs sind hoch, aber Bestrahlungen, Medikamente oder die Entfernung von Keimgewebe (Eierstöcke, Hoden) können eine spätere Fortpflanzung gefährden.

Die Krankenkasse bezahlt eine Kryokonservierung, wenn eine notwendige Therapie potentiell die Keimzellen schädigt.

Bei einer Kryokonservierung werden Ei-, Samenzellen oder Keimzellgewebe eingefroren. Nach überstandener Krankheit kann dann eine künstliche Befruchtung vorgenommen werden.

## Praxistipps!



- Hilfreiche Informationen rund um das Thema **Fruchtbarkeitserhalt** bei Krebs bietet die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs unter [www.junge-erwachsene-mit-krebs.de](http://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de) > Jung & Krebs > Wissen für Dich > Fruchtbarkeitserhalt.
- Die Deutsche Krebshilfe bietet den Ratgeber „**Kinderwunsch und Krebs**“ zum kostenlosen Download unter [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de) > Informieren > Über Krebs > Infomaterial bestellen > Für Betroffene.

## Kinder krebskranker Eltern

Wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt, ist es wichtig, frühzeitig mit den Kindern über die Krankheit zu sprechen. Kinder spüren intuitiv, wenn Vater oder Mutter in Gefahr sind, und empfinden die Ungewissheit als eine größere Belastung als die Wahrheit.

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

## Was Kinder und Jugendliche wahrnehmen

Die Diagnose „Krebs“ bringt Betroffene in eine emotionale Ausnahmesituation. Sie empfinden Wut, Trauer, Angst und Verzweiflung. Eltern wollen ihre Kinder schützen und deshalb einen „normalen“ Alltag aufrechterhalten. Kinder und Jugendliche spüren aber eine veränderte Stimmung oder Veränderungen im Alltag, z. B. wenn ein Elternteil plötzlich mehr zu Hause ist, leiser gesprochen wird, das Gespräch verstummt, wenn Kinder den Raum betreten, oder viele Telefonate geführt werden. Dann suchen sie nach Erklärungen.

Die Broschüre der Bayerischen Krebsgesellschaft **„Was Kindern und Jugendlichen hilft, wenn Eltern an Krebs erkranken“** enthält Zitate von betroffenen Kindern und Jugendlichen über ihre Empfindungen bei einer Krebserkrankung eines Elternteils. Kostenloser Download unter [www.bayerische-krebsgesellschaft.de](http://www.bayerische-krebsgesellschaft.de) > *Informationen > Broschüren*.

Die Broschüre ist in Deutsch, Englisch, Türkisch und Russisch erhältlich.

## Den Begriff Krebs erklären

Die Eltern sollten sich ihrem Kind zum ausführlichen Gespräch zur Verfügung stellen und es zu Fragen ermuntern. Es hat keinen Sinn, den Begriff „Krebs“ zu meiden, da die Gefahr besteht, dass das Kind auf anderen Wegen, über Nachbarn, Verwandte und Freunde, unvorbereitet davon erfahren könnte. Kinder hören „Krebs“ oft nur im Zusammenhang mit Sterben. Deshalb sollten Eltern ihrem Kind sagen, dass Krebs nicht tödlich enden muss, sondern dass alles dafür getan wird, damit man wieder gesund wird und noch lange leben kann. Es ist richtig, von positiven Beispielen aus dem Bekanntenkreis (bei Jugendlichen auch von der Erkrankung und Gesundung prominenter Menschen) zu berichten. Aber man sollte immer bei der Wahrheit bleiben und keine falschen Heilungsversprechen machen. Eltern müssen nicht alle Details erzählen, sollten aber ehrlich auf Fragen antworten.



## Angst und Schuldgefühle

Manchmal haben Kinder Angst, dass Krebs ansteckend ist und dass es jetzt gefährlich wäre, mit der kranken Mama oder dem kranken Papa zu kuscheln und zu schmusen. Es ist **wichtig**, dem Kind diese **Bedenken zu nehmen**. Wenn Kinder den Grund für die veränderte Gefühlslage der Eltern oder verändertes Verhalten nicht kennen, suchen sie die Schuld bei sich und meinen, Streit oder Ungehorsam ist die Ursache. Eltern sollten ihren Kindern **altersgerecht** erklären, dass die Krebsdiagnose der Grund dafür ist, dass etwas anders ist als gewohnt.

Manche Kinder reagieren mit Alpträumen, Bettnässen, diffusen Ängsten, übertriebener Anpassung, Rückzug oder Aggression auf die emotionale Belastung durch die Krebserkrankung eines Elternteils. Offenheit der Eltern gegenüber ihren Kindern, deren Fragen und Ängste ernst zunehmen, die Bereitschaft innerhalb der Familie, gemeinsam darüber zu sprechen, und das Zeigen der eigenen Gefühle können helfen, mit dieser Belastung umzugehen.

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

## Veränderung und Normalität

Manchmal kommt es in Familien zu Konfliktsituationen, weil die Eltern sich zwar einerseits wünschen, dass ihr Kind durch die veränderte Situation nicht belastet wird, sie aber andererseits enttäuscht über fehlendes Mitgefühl sind. Es ist **wichtig**, Veränderungen klar zu kommunizieren, die den Alltag des Kindes betreffen: z. B. wer für das Kind kocht oder es vom Kindergarten abholt. Die Eltern sollten versuchen, sowohl sich selbst als auch dem Kind gerecht zu werden: z. B. auf Ruhe im Haus bestehen, wenn sie müde sind. Dem Kind sollten Zeiten zugestanden werden, in denen das Leben „wie früher“ ist: Freunde dürfen mitgebracht werden, Fernseher oder Musik laufen. Kinder eines schwer kranken Elternteils brauchen Normalität und den Kontakt zu Gleichaltrigen, um die belastende Situation besser verarbeiten zu können und nicht zusätzlich aus der Gleichaltrigengruppe als Außenseiter herauszufallen. Das Kind sollte ermuntert werden, Spaß und Ablenkung zu haben, das ist ein wichtiger Ausgleich zum Alltag mit der Krankheit.

## Buchtipps und weitere Infos

- Sylvia Broeckmann: Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. 4. Aufl. Klett Verlag 2018, 19 €. ISBN 978-3-608-94605-5. Praktische Beispiele und Vorschläge der Autorin zeigen Eltern und anderen Erwachsenen, wie sie Kindern im Umgang mit der Erkrankung helfen können.
- Ausführliche Informationen mit wissenschaftlichen Quellen, Buchtipps und Anlaufstellen bietet zudem die Deutsche Krebsgesellschaft unter: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) > *Basis-Informationen Krebs* > *Krebs und Psyche* > *Was Kindern krebskranker Eltern hilft*.
- Beim Krebsinformationsdienst finden Sie unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > *Leben mit Krebs* > *Krebs und Psyche* > *Mit Kindern über Krebs sprechen*, umfassende Informationen, was Kinder und Jugendliche in welchem Alter verstehen können.

In dieser Auflistung finden Sie wichtige Kontaktadressen und Hilfsangebote:

- **Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.**  
Arnstädter Weg 3, 65931 Frankfurt  
Telefon 069 47892071  
[info@hkke.org](mailto:info@hkke.org)  
[www.hkke.org](http://www.hkke.org)
- **Flüsterpost e.V.**  
Lise-Meitner-Straße 7, 55129 Mainz-Hechstheim  
Telefon 06131 5548798  
[info@kinder-krebskranker-eltern.de](mailto:info@kinder-krebskranker-eltern.de)  
[www.kinder-krebskranker-eltern.de](http://www.kinder-krebskranker-eltern.de)
- Kontaktadressen für **Ehe- und Familienberatung** der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung online unter [www.dajeb.de](http://www.dajeb.de) > *Beratungsführer online*.
- Tipps zum **Gespräch mit Kindern** geben auch psychosoziale Krebsberatungsstellen. Adressen vermittelt der Krebsinformationsdienst unter der Telefonnummer 0800 4203040 oder per E-Mail an [krebsinformationsdienst@dkfz.de](mailto:krebsinformationsdienst@dkfz.de). Regionale Anlaufstellen finden Sie auch im Internet unter: [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > *Service* > *Adressen und Links* > *Krebsberatungsstellen*.
- Hilfreiche Anlaufstellen sind auch Erziehungsberatungsstellen, Schulpsychologen oder Schulsozialarbeiter.

 Wer hilft weiter?

## Ernährung und Bewegung

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spielen unausgewogene Ernährung und zu wenig Bewegung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Krebserkrankungen. Sowohl um eine laufende Krebstherapie zu unterstützen als auch einer erneuten Krebserkrankung vorzubeugen, ist es sinnvoll, auf eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung zu achten.

Es gibt keine spezielle Ernährungsform gegen Krebs. Ernährungsberatung mit entsprechenden Empfehlungen und ggf. eine Ernährungstherapie und ein daraus folgender guter Ernährungszustand können eine Krebstherapie jedoch positiv beeinflussen.

## Ernährungsprobleme und Auswirkungen

Die Behandlung von Krebs kann mit starken Nebenwirkungen verbunden sein.

### Übelkeit und Erbrechen

Neben Medikamenten zur Krebstherapie beinhaltet die Behandlung in der Regel auch Mittel zur Verringerung der Nebenwirkungen, wie z. B. Übelkeit und Erbrechen während einer Chemotherapie.

Sollte es dennoch dazu kommen, kann z. B. folgendes helfen:

- Kleine Portionen über den Tag verteilt zu sich nehmen.
- Gut lüften und Küchentür geschlossen halten, um starke Essensgerüche vor und nach dem Essen zu vermeiden.

Bei anhaltendem Erbrechen sollten Ernährung und Flüssigkeitszufuhr angepasst werden, ggf. auch durch künstliche Ernährung.

### Gewichtsverlust

Mit der Krebserkrankung kann ein ungewollter Gewichtsverlust einhergehen. Der Grund des Gewichtsverlusts sollte dringend abgeklärt werden. Häufig sind Übelkeit und Appetitlosigkeit die Ursache. Ist es nicht möglich den Kalorien- und Flüssigkeitsbedarf zu decken, kann unter Umständen eine künstliche Ernährung nötig werden, um den Körper nicht zusätzlich durch Untergewicht zu schwächen.

### Appetitlosigkeit und Geschmacksstörung

Medikamente können eine Veränderung des Geschmackssinns bewirken. Auch Appetitlosigkeit kann mit der Therapie einhergehen.

Folgendes kann hierbei helfen:

- Kalte Gerichte essen, wenn der Essensgeruch abschreckend wirkt.
- Die Hilfe einer Ernährungsberatung in Anspruch nehmen und einen individuellen Essensplan mit Leibspeisen erstellen.
- Bei Geschmacksstörungen das Würzen der Gerichte anpassen:  
Bei vermindertem Geschmackempfinden z. B. mit frischen Kräutern würzen, bei Überempfindlichkeit weniger salzen.

## Durchfall und Verstopfung

Sowohl die Medikamente als auch ein geschwächtes Immunsystem durch die Chemotherapie können die Ursache für eine gestörte Darm-Tätigkeit sein. Neben einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr sollte mit dem Arzt besprochen werden, wie Durchfällen und Verstopfung entgegen gewirkt werden kann.

## Krebsdiäten

Sog. Krebsdiäten stützen sich häufig auf einige wenige Lebensmittel, die verstärkt oder ausschließlich konsumiert werden sollen, z. B. ausschließlich probiotische Produkte. Die Wirkung von solchen Diäten ist nicht wissenschaftlich belegt und es kann keine Empfehlung hierfür ausgesprochen werden. Die häufig äußerst einseitige Ernährungsform bei Krebsdiäten kann dem Körper schaden und ihn zusätzlich schwächen.

## Ernährungstherapie

Eine Ernährungstherapie kann bei der Umsetzung einer ausgewogenen, gesundheitsfördernden Ernährung unterstützen. Zudem kann sie als Orientierung dienen, welche Empfehlungen auf wissenschaftlichen Untersuchungen basieren. Die Kosten für eine Ernährungstherapie können für Menschen mit Krebs von der Krankenkasse übernommen werden. In der Regel müssen gesetzlich Versicherte Zuzahlungen leisten, Näheres ab S. 27.

## Bewegung

Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass körperliche Aktivität und Sport bei einer Krebserkrankung zu Verbesserungen des körperlichen Wohlbefindens, der Lebensqualität und der krebsbedingten Müdigkeit (Fatigue, siehe S. 16) führen und sich positiv auf die Psyche auswirken. Es ist sinnvoll, bei Krebserkrankungen während der gesamten Behandlungsphase den Körper durch Sport und Bewegung zu aktivieren, soweit dies möglich ist.

- Die deutsche Krebshilfe hat einen Ratgeber „**Bewegung und Sport** bei Krebs“ herausgegeben. Download unter [www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de) > *Informieren* > *Über Krebs* > *Infomaterial bestellen*.
- Adressen von onkologischen **Sport- und Bewegungsangeboten** in Ihrer Nähe finden Sie bei Netzwerk OnkoAktiv e.V. unter [www.netzwerk-onkoaktiv.de](http://www.netzwerk-onkoaktiv.de) > *Für Betroffene* > *Bewegungsangebot finden*.
- Informationen zum Thema „**Ernährung** bei Krebs“ bietet der Krebsinformationsdienst unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Ernährung*.
- Ansprechpersonen für **Ernährungsberatung** bei Krebserkrankungen finden Sie unter [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Ernährung* > *Ernährungsberatung und Ernährungstherapie bei Krebs*.



## Urlaub

Gegen einen Urlaub vor, während oder nach einer Krebstherapie ist grundsätzlich nichts 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 die benötigte Anzahl an Medikamenten und deren Lagerungsbedingungen (Schutz vor zu hohen oder niedrigen Temperaturen) mit dem Arzt abgeklärt werden. Wann nach einer Krebsbehandlung eine Reise möglich ist und was beachtet werden muss, ist sehr individuell. Aus diesem Grund sollten Betroffene sich 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. Bei einem Lymphödem oder bei Entfernung vieler Lymphknoten, sollte generell sehr vorsichtig mit Hitze und Sonne umgegangen werden.

## Flugreisen

Während eines Fluges steigt das Risiko für Thrombosen oder Lymphödeme. Der behandelnde Arzt kann 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 informieren sich Betroffene im Vorfeld bei der Fluggesellschaft, ob dies ohne Einschränkungen möglich ist.



Informationen und weiterführende Links zum Thema „**Urlaub** mit Krebs“ unter: [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) > *Basis-Informationen Krebs* > *Leben mit Krebs* > *Alltag mit Krebs* > *Urlaub mit Krebs*.

# Zuzahlungen in der Krankenversicherung

**Menschen mit Krebs benötigen verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Physiotherapie. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten.**

Zuzahlungen stellen für viele Menschen eine finanzielle Belastung dar. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen besondere Regelungen.

## 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	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € bis 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € bis 100 €	10 % der Kosten	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
Ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

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

### Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://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 die versicherte Person selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s. o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt die betroffene Person also Mehrkosten plus Zuzahlung.

## Praxistipps!



Es gehört zu den Rechten des Patienten, vom Arzt ausführlich über die möglichen Mehrkosten eines Arzneimittels informiert zu werden. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) > *Arzneimittel* > *Arzneimittelinformationen* > *Festbeträge und Zuzahlungen* nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Auch wenn Sie Sozialleistungen beziehen, müssen Sie diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Sie als Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

### Verbandmittel

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

### Heilmittel

Heilmittel (siehe S. 34) sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z. B. Physio-, Ergotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

### Hilfsmittel

Hilfsmittel (siehe S. 35) sind Gegenstände oder Geräte wie z. B. Duschsitze, Pflegebetten, Rollatoren oder Brustprothesen und Perücken. Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z. B. Einmalhandschuhen oder saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

### Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt. Zuzahlung: 10% der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

### Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z. B. Menschen, die beatmet werden müssen oder querschnittsgelähmt sind, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

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

Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

## Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt übernimmt. Zuzahlung: 10% der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Wenn Menschen mit Krebs den Pflegegrad 2 oder höher **und** ein hilfsbedürftiges Kind vor dem 12. Geburtstag oder mit Behinderung haben, haben sie Anspruch auf bis zu 26 Wochen Haushaltshilfe wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit.

## Krankenhausbehandlung, AHB bzw. Anschlussreha

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage (längstens 14 Tage bei AHB) pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (AHB bzw. Anschlussreha) werden angerechnet.

## Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

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

Bei **ambulanten** Reha-Leistungen ist keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten.

## Fahrtkosten

Zuzahlung: 10% der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Fahrten (z. B. Fahrt zu Arztbesuchen, Fahrten zu Serienbehandlungen, beispielsweise im Rahmen einer Chemotherapie) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

## Zuzahlungsbefreiung

Wenn Versicherte im Laufe eines Jahres mehr als 2% des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leisten (sog. Belastungsgrenze), können sie sich und ihre Angehörigen, die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

## Berechnung des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen** Haushalt leben.

**Einnahmen** zum Lebensunterhalt sind z.B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.

**Nicht** zu den **Einnahmen** zählen z.B. Pflegegeld.

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

**Berücksichtigt werden folgende, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende, Angehörige:**

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
  - mitarbeitende Familienangehörige
  - sonstige Angehörige

**Nicht** zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis unter Freibetrag.

## Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe S. 30) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.363 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.242 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.312 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

**Hinweis:** Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragene Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat. Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

### Berechnungsbeispiel

#### Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

**minus** Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.363 €

**minus** Freibetrag für 2 Kinder: 18.624 € (2 x 9.312 €)

**ergibt:** 5.013 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 100,26 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

## Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele Menschen mit einer Krebserkrankung erfüllen die Voraussetzungen.

### Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

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

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMP werden von den Krankenkassen z.B. für Depressionen, chronische Rückenschmerzen, Osteoporose angeboten. Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z.B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, GdS, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem jeweiligen Bescheid als Begründung aufgeführt sein.

Laut Gesetz ist für bestimmte chronisch kranke Versicherte eine weitere Voraussetzung für die reduzierte Belastungsgrenze, dass sie an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, nämlich für Versicherte, die

- **nicht** an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen und
- nach dem 01.04.1972 geboren sind.

### Richtlinie

Die Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie* downloaden.

Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage.

Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre 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. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.
- Wer bereits bei seiner Krankenversicherung von Zuzahlungen wegen Erreichen der sog. Belastungsgrenze befreit ist, muss auch keine Zuzahlungen für Pflegehilfsmittel (siehe S. 84) mehr leisten. Die Befreiung gilt dann sowohl für weitere Zuzahlungen für die Kranken- als auch für die Pflegeversicherung im laufenden Kalenderjahr.

Die zuständige Krankenkasse.



**Praxistipps!**



**Wer hilft weiter?**

## Heilmittel

Heilmittel sind medizinische Dienstleistungen, die Beschwerden lindern können, die infolge der Behandlung einer Krebserkrankung auftreten.

In der Regel übernehmen die Krankenkassen die Kosten ganz oder teilweise, wenn die Heilmittel ärztlich verordnet sind, z. B. für:

- Die **manuelle Lymphdrainage** (MLD), eine spezielle Massagetechnik, die das Lymphsystem stimuliert, um den Abfluss von überschüssiger Gewebeflüssigkeit zu fördern. Nach einer Operation oder Bestrahlung von Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebs oder Krebs im Kopf-/Halsbereich wird die MLD zur Entstauung der Lymphflüssigkeit in den Beinen, Hoden, Armen oder im Kopf-/Halsbereich angewandt. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Krebs > Lymphödem“.
- **Beckenbodentraining**, dies umfasst physiotherapeutische Maßnahmen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur und soll bei Blasen- oder Prostatakrebs die Harnkontinenz und/oder Erektionsfähigkeit positiv beeinflussen.
- Eine **Elektrotherapie**, diese stimuliert Nerven mit unterschiedlichen Stromformen elektrisch. Haben Menschen mit Krebs Nervenschäden, z. B. infolge von Krebsmedikamenten oder Bestrahlungen, kann Elektrotherapie in Form von Teilbädern mit Gleichstrom von Armen und Unterschenkeln oder durch elektrische Stimulation der Haut dazu beitragen, die Muskulatur zu kräftigen, die Durchblutung zu fördern und Schmerzen zu lindern.

## Kostenübernahme und Zuzahlungen

- Damit die Kosten von der Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden, muss das Heilmittel von einem Arzt verordnet werden.
- Nicht verordnungsfähig sind Heilmittel, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist oder Heilmittel, die der persönlichen Lebensführung zugeordnet werden.
- Gesetzlich Krankenversicherte ab dem 18. Geburtstag, zahlen 10% der Kosten plus 10 € je Verordnung für Heilmittel zu.

## Hilfsmittel

Bei Krebserkrankungen können Hilfsmittel nötig sein, um Erkrankte und Pflegende in der Behandlung, Alltagsführung und Pflege zu unterstützen.

Die wichtigsten Hilfsmittel bei Krebs sind im Folgenden dargestellt:

- Inkontinenzhilfen
- Brustprothesen, Perücken
- Stomaartikel, Ernährungssonden
- Geräte zur Atemunterstützung
- Pflegehilfsmittel

## Kostenübernahme und Zuzahlungen

- Hilfsmittel für z. B. Inkontinenz können von der Krankenkasse ganz oder teilweise übernommen werden. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung.
- Bei „**nicht** zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“, z. B. Prothesen oder Gehhilfen, beträgt die Zuzahlung 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.
- Bei „zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“ wie Vorlagen und/oder Inkontinenzhosen beträgt die Zuzahlung 10% des Abgabepreises (je Packung), maximal jedoch 10 € monatlich.
- Gesetzlich Krankenversicherte ab dem 18. Geburtstag, zahlen 10% der Kosten plus 10 € je Verordnung für Heilmittel zu.
- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes **Hilfsmittelverzeichnis**, in dem online recherchiert werden kann:  
<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>.  
Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend, d. h. es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Eine für Laien besser verständliche und nutzbare **Übersicht** bietet Rehadat unter [www.rehadat-hilfsmittel.de](http://www.rehadat-hilfsmittel.de).





# Finanzielle Hilfen

**Eine Krebserkrankung kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Krankengeld.**

Bezieher von Arbeitslosengeld haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit. Ist keine Erwerbstätigkeit (mehr) möglich, gibt es unterschiedliche finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten.

## Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

**Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhalten krankgeschriebene, also arbeitsunfähige, Arbeitnehmende vom Arbeitgeber für bis zu 6 Wochen, das bedeutet, der Arbeitgeber zahlt weiterhin das volle Gehalt bzw. den vollen Arbeitslohn.**

Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmenden, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von mind. 4 Wochen vorweisen können. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit.

Die Arbeitsunfähigkeit muss unverschuldet eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z. B. ein Verkehrsunfall infolge von grob fahrlässigem Verhalten, z. B. Fahren trotz bekannter Epilepsie, bei der nicht gefahren werden darf. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht unter anderem auch während einer medizinischen Reha, siehe S. 54.

## Pflichten der Arbeitnehmenden

Die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.

Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, muss am folgenden Tag eine Krankschreibung vorliegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Arbeitgebende können jedoch auch früher eine Krankschreibung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, müssen Beschäftigte für eine weitere Krankschreibung durch die Praxis sorgen.

Früher mussten Beschäftigte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Arbeitgeber übermitteln. Jetzt reicht es in der Regel, wenn sie sich krankschreiben lassen. Denn seit 01.01.2023 müssen Arbeitgebende elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) digital bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. Nur in besonderen Fällen ist noch eine Papierbescheinigung nötig, z. B. bei Privatversicherten oder bei Minijobs in einem Privathaushalt.

Gibt es keine Krankschreibung, kann der Betrieb die Entgeltfortzahlung verweigern, muss sie jedoch bei Vorliegen der eAU rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen.

Wer trotz Aufforderung des Arbeitgebers nicht in eine Arztpraxis geht und die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lässt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch gekündigt werden.

### Dauer der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt 6 Wochen. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so besteht für diesen Tag kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, sondern auf das volle Arbeitsentgelt. Die fehlenden Stunden müssen nicht nachgearbeitet werden.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.

Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn Arbeitnehmende mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig waren **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind. Nach einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

### Was ist Arbeitsunfähigkeit?

Viele denken, Arbeitsunfähigkeit bedeute, nicht arbeiten zu können, aber so einfach ist es nicht. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Arbeitnehmer wegen einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr seiner **bisherigen** Arbeit nachkommen kann, oder wenn das Arbeiten zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustands führen könnte. Eine andere Arbeit kann durchaus noch möglich sein.

## Krankengeld

Krankengeld von der Krankenkasse erhalten vor allem krankgeschriebene Arbeitnehmende, wenn sie keinen Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber haben oder während ihrer Krankschreibung ihren Arbeitsplatz verloren haben.

Krankschreibungen wegen einer Krebserkrankung dauern oft länger als 6 Wochen pro Jahr. Wenn die Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber vorbei ist, besteht bei gesetzlich Krankenversicherten dann meist ein Anspruch auf Krankengeld für noch höchstens 72 Wochen. Krankengeld bekommen die Versicherten auch bei einer Krankschreibung in den ersten 4 Wochen eines Arbeitsverhältnisses, weil der Arbeitgeber in dieser Zeit noch keine Entgeltfortzahlung leisten muss.

## Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d. h. es wird gezahlt, wenn kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.

Weitere Voraussetzungen sind:

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

## Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben in der Regel z. B.:

- Familienversicherte
- Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 60)
- Menschen vor dem 30. Geburtstag in einem **Pflicht**praktikum
- Studierende (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag), außer sie sind neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt
- Beziehende einer **vollen** Erwerbsminderungsrente (siehe S. 46), einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Beziehende von Bürgergeld (siehe S. 45 und S. 48)

## Anspruch auf Krankengeld im Studium und bei Bezug von Bürgergeld

Wer z. B. neben dem Studium sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist, hat in diesem Rahmen eine Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld. Wer das Einkommen aus einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit mit Bürgergeld aufstockt, ist aus dieser Tätigkeit ebenfalls mit Anspruch auf Krankengeld krankenversichert. Bürgergeld kann auch ein zu niedriges Krankengeld aufstocken.

## Krankengeld für Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten.

Praxistipp!



Tipps für die Entscheidung für oder gegen eine gesetzliche Krankenversicherung mit Krankengeldanspruch bei Selbstständigkeit finden Sie unter: [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Krankengeld“.

## Beginn des Anspruchs auf Krankengeld

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 Arbeitnehmenden erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 37).

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte.

Eine **Rückdatierung** des Beginns der Krankschreibung ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Praxistipp!



Wenn Sie gerade eine neue Beschäftigung begonnen haben und in den ersten 4 Wochen krank werden, bekommen Sie noch keine Entgeltfortzahlung, dafür aber Krankengeld. Hierzu müssen Sie sich aber sofort krankschreiben lassen, also schon am 1. Krankheitstag.

## Höhe des Krankengelds

### Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- höchstens 120,75 € pro Tag (Stand 2024).

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld) in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Bei Selbstständigen gibt es kein Nettoentgelt. Deshalb beträgt das Krankengeld 70% der täglichen Berechnungsgrundlage.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung in Höhe von 11,3–12,9%.

Genauere Informationen zur Höhe des Krankengelds und ein Berechnungsbeispiel finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Krankengeld > Höhe“.



## Steuererklärung und Krankengeld

Krankengeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, weil es dem sog. Progressionsvorbehalt unterliegt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen. Wer mehr als 410 € Krankengeld und/oder andere Lohnersatzleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld in einem Kalenderjahr erhalten hat, muss deshalb eine Steuererklärung abgeben, auch wenn sonst keine Pflicht dazu besteht.

## Krankengeld für Arbeitslose

Wer Arbeitslosengeld (siehe S. 43) bezieht, und arbeitsunfähig wird, erhält unter den gleichen Voraussetzungen wie Beschäftigte Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengelds.

## Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Reha-Maßnahmen

Wenn der behandelnde Arzt oder der Medizinische Dienst (MD) die Erwerbsfähigkeit (siehe S. 46) der versicherten Person als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, kann die Krankenkasse der versicherten Person eine Frist von 10 Wochen setzen, um einen Antrag auf Reha-Maßnahmen zu stellen. Häufig kontaktieren die Krankenkassen gezielt die behandelnden Ärzte mit der Frage zur Erwerbsfähigkeit, um den weiteren Rehabilitationsbedarf abzuklären.

Kommt die versicherte Person der Aufforderung zum Reha-Antrag nicht fristgerecht nach, entfällt 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. Die Zeit, in der kein Krankengeld gezahlt wurde, weil der Anspruch entfallen ist, wird nicht auf die Höchstbezugsdauer des Krankengelds angerechnet. Betroffene schieben ihren Anspruch dabei also nur auf.

## Praxistipps!



- Mehr Informationen und Praxistipps zur Aufforderung zum Reha-Antrag finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Krankengeld > Keine Zahlung“.
- Manchmal ist eine Aufforderung zum Reha-Antrag rechtswidrig. Gegen eine Aufforderung zum Reha-Antrag können Sie deshalb kostenfrei Widerspruch einlegen. Wird dieser abgelehnt, ist eine ebenfalls kostenfreie Klage möglich. Zu den Themen Widerspruch und Klage finden Sie mehr Informationen ab S. 93.

### Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft, wird kein Krankengeld mehr gezahlt.

Krankengeld bekommen die meisten Menschen allerdings nicht 78 Wochen lang, sondern höchstens 72 Wochen lang. Denn in den ersten 6 Wochen besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (siehe S. 37) vom Arbeitgeber. Währenddessen ruht der Anspruch auf Krankengeld. Das heißt, dass zwar kein Krankengeld gezahlt wird, aber die Zeit trotzdem auf die Bezugszeit des Krankengelds von höchstens 78 Wochen angerechnet wird.

Ist die versicherte Person nach dem Ende der Höchstbezugsdauer noch immer arbeitsunfähig, endet zugleich ihre **Pflicht**versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung).

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

## Praxistipps!



Wenn Sie nicht als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchten, müssen Sie innerhalb der 2-Wochen-Frist Ihren Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.

## Wer hilft weiter?



- Die zuständige Krankenkasse berät zum Krankengeld.
- Fragen zum Krankengeld können ggf. auch die unabhängige **Teilhabeberatung** ([www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de)), eine Sozialberatung in Krankenhäusern und Rehakliniken oder bei Wohlfahrtsverbänden sowie die Rentenversicherungsträger beantworten.

## Arbeitslosengeld

Wegen einer Krebserkrankung kann es zu einer krankheitsbedingten Kündigung kommen, auch der besondere Kündigungsschutz für Menschen mit Behinderungen schließt das nicht aus. Wer lange genug sozialversicherungspflichtig beschäftigt war, hat einen Anspruch auf Arbeitslosengeld um in Zeiten der Arbeitssuche finanziell abgesichert zu sein.

### Dauer und Höhe des Arbeitslosengelds

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld ist von der Dauer der Versicherungspflichtverhältnisse der letzten 5 Jahre vor Entstehen der Arbeitslosigkeit und vom Alter abhängig und beträgt zwischen 3 und 24 Monaten, meistens jedoch 12 Monate.

Das Arbeitslosengeld beträgt 60 (ohne Kinder) bzw. 67% vom letzten Nettogehalt und die Agentur für Arbeit übernimmt zusätzlich die Sozialversicherungsbeiträge für die Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung.

Arbeitslosengeld kann unter Umständen auch schon vor einer Kündigung oder wenn keine Kündigung im Raum steht den Lebensunterhalt sichern, wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, aber eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen immer noch nicht möglich ist.

### Arbeitslosigkeit: Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld

- **Beschäftigungslosigkeit:**  
Keine oder nur eine Erwerbstätigkeit unter 15 Wochenstunden (Beschäftigungslos ist auch, wer zwar in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht, aber die Arbeit tatsächlich nicht ausüben kann, z. B. wegen Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf diese Tätigkeit.)
- **Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung durch die Agentur für Arbeit:**
  - Bereitschaft und Fähigkeit eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Wochenstunden umfassende zumutbare Beschäftigung auszuüben (Wer wegen einer Krebserkrankung die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausführen kann, kann trotzdem zu einer anderen Tätigkeit in der Lage sein, bei der die Anfälle nicht stören und ist dann erwerbsfähig.)
  - **Fähigkeit**, Vorschlägen der Agentur für Arbeit zur beruflichen Eingliederung zeit- und ortsnah Folge zu leisten (Auch das kann möglich sein, obwohl wegen der Krebserkrankung die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann.)
  - **Bereitschaft**, jede versicherungspflichtige zumutbare Beschäftigung mit über 15 Wochenstunden anzunehmen, auch z. B. außerhalb des gewünschten Berufs
  - **Bereitschaft**, an Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung teilzunehmen
- **Eigenbemühungen**, um wieder in Arbeit zu finden, z. B. Bewerbungen

## Pflicht zur Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

Wer Arbeitslosengeld beantragt hat oder bezieht, muss eine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, so schnell wie möglich, anzeigen. Spätestens vor Ablauf des 3. Kalendertags nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist eine Krankschreibung nötig.

Seit 01.01.2024 kann die Agentur für Arbeit elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abrufen, so dass die Arbeitslosen in der Regel keine Papierbescheinigung mehr einreichen müssen, jedoch ausnahmsweise während bestimmter Maßnahmen doch.

## Krankschreibung während Bezug von Arbeitslosengeld

Es gehört zu den Voraussetzungen für Arbeitslosigkeit und damit normalerweise auch für den Bezug von ALG, **dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen**, also auch dazu in der Lage zu sein, zu arbeiten. Wer aber erst **während** des Bezugs von ALG arbeitsunfähig wird, bekommt es noch für höchstens 6 Wochen weitergezahlt.

Wer danach immer noch krankgeschrieben ist, kann längstens für weitere 72 Wochen Krankengeld in Höhe des ALG bekommen, bis zur sog. Aussteuerung, siehe S. 42. Während Krankengeld gezahlt wird, besteht kein Anspruch auf ALG. Endet die Arbeitsunfähigkeit und damit der Krankengeldbezug, läuft das ALG weiter, es ist aber eine neue Arbeitslosmeldung nötig.

Bei weiterer Arbeitsunfähigkeit nach der Aussteuerung besteht keine Arbeitslosigkeit, weil die arbeitsunfähige Person dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Der Bezug von ALG ist dann nur im Rahmen der **sog. Nahtlosigkeitsregelung** möglich.

### Praxistipps!

- Nähere Informationen über die Nahtlosigkeitsregelung finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Arbeitslosengeld > Nahtlosigkeit“.
- Wenn Sie eine Maßnahme von der Agentur für Arbeit machen, sollten Sie vor Beginn der Maßnahme erfragen, ob und ggf. wo im Krankheitsfall eine Papierbescheinigung vorgelegt werden muss. Das hängt nämlich von der Art der Maßnahme ab.

## Leistungen bei geringem Einkommen

Wer an Krebs erkrankt und deshalb nicht arbeiten kann, keine Rente bezieht oder zu wenig finanzielle Mittel hat, kann das niedrige Einkommen mit Bürgergeld oder Wohngeld aufstocken.

### Bürgergeld

Das Bürgergeld ersetzt seit 01.10.2023 das frühere Arbeitslosengeld II und Sozialgeld (umgangssprachlich Hartz IV). Zuständig sind die Jobcenter.

Die meisten Menschen, die Bürgergeld beziehen, sind **nicht** arbeitslos, sondern haben z. B. Teilzeitjobs, sind alleinerziehend, pflegen Angehörige, verdienen wenig oder sind kinderreich. Viele haben gesundheitliche Einschränkungen und finden nur deshalb keine oder keine auskömmlich bezahlte Arbeit.

Voraussetzungen für den Bezug von Bürgergeld sind unter anderem:

- Erwerbsfähigkeit, d. h. mindestens 3 Stunden täglich arbeiten zu können.
- Hilfebedürftigkeit, d. h. der Lebensunterhalt kann weder aus eigenem Einkommen und Vermögen noch durch Unterstützung Dritter oder aus vorrangigen Sozialleistungen bestritten werden. Hilfebedürftig ist auch, wer den Lebensunterhalt nur zum Teil ohne Bürgergeld bestreiten kann.

Als Bedarfe werden unter anderem eine Pauschale für den Lebensunterhalt, der sog. Regelsatz, die Kosten der Unterkunft und Heizung (z. B. Miete und Nebenkosten) und etwaige Mehrbedarfe berücksichtigt. Davon abgezogen werden anrechenbares Einkommen und Vermögen.

Seit 01.01.2024 liegt der Regelsatz für volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende bei **563 €** und der niedrigste Regelsatz für Kinder bis zum 6. Geburtstag bei **357 €**.

Die Höhe des Bürgergelds entspricht der Höhe der Sozialhilfe und hängt von den Umständen des Einzelfalls ab, z. B. vom anrechenbaren Einkommen und Vermögen, von den üblichen Wohnkosten am jeweiligen Wohnort und von den konkreten tatsächlichen Kosten der Unterkunft.

Ausführliche Informationen zum Bürgergeld finden Sie unter:  
[www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Bürgergeld“.

### Wohngeld

Wohngeld ist ein staatlicher Zuschuss für Haushalte mit geringem Einkommen zu den Kosten für Wohnraum. Wohngeld kann jeder Mensch beantragen, der einen Wohnraum gemietet oder gekauft hat und diesen selbst benutzt. Anspruchsberechtigt sind Haushalte mit geringem Einkommen, die keine anderen Leistungen beziehen, bei denen bereits Kosten der Unterkunft bei der Berechnung berücksichtigt wurden.



**Praxistipp!** 

Auch Menschen mit geringem Einkommen in einem Pflegeheim haben Anspruch auf Wohngeld.

Wohngeld wird als Zuschuss zu den Wohnkosten geleistet und nicht zur Deckung des Lebensunterhalts. Voraussetzung ist deshalb, dass der Lebensunterhalt und die Wohnkosten zusammen mit dem künftigen Wohngeld selbst finanziert werden können.

Keinen Anspruch auf Wohngeld haben in der Regel u. a. Empfänger von Bürgergeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe.

Nähere Informationen zum Wohngeld finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Wohngeld“.

---

## **Erwerbsminderungsrente**

Die Diagnose Krebs führt nicht automatisch zu einer Berentung. Wie lange und in welchem Umfang Betroffene arbeiten können, hängt von vielen Faktoren ab, z. B. Art und Stadium der Erkrankung. Wenn Menschen mit einer Krebserkrankung nicht mehr erwerbstätig sein können, kann eine Erwerbsminderungsrente in Betracht kommen.

Die Erwerbsminderungsrente wird umgangssprachlich oft noch wie früher Erwerbsunfähigkeitsrente oder EU-Rente genannt, aber sie setzt keine Erwerbsunfähigkeit voraus.

### **Definition „Erwerbsminderung“**

*Eine volle Erwerbsminderung liegt bei einer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter 3 Stunden vor. Bei mindestens 3 aber nicht mehr als 6 Stunden täglich ist es eine teilweise Erwerbsminderung. Erwerbsminderung liegt erst vor, wenn anzunehmen ist, dass die Leistungseinschränkung noch mindestens 6 Monate vorliegen wird.*

*Erwerbsminderung bezieht sich immer auf alle möglichen Erwerbstätigkeiten, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Nur, wenn auch eine körperlich und geistig leichte Arbeit nicht oder nur noch zeitlich deutlich eingeschränkt möglich ist, ist es eine Erwerbsminderung.*

*Erwerbsgemindert ist auch, wer zwar noch über 6 Stunden arbeiten kann, aber nur unter Bedingungen, die es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht gibt, z. B. wenn alle 30 Minuten 10 Minuten Pause nötig sind.*

## Medizinische Voraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung

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 eine berufliche Tätigkeit von **weniger als 3 Stunden** täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

Eine „nicht absehbare Zeit“ liegt vor, wenn zu erwarten ist, dass die Leistungseinschränkungen noch mindestens 6 Monate lang vorliegen werden. Es kommt dabei auf einen Blick in die Zukunft an, nicht darauf, wie lange die Leistungseinschränkungen bisher schon bestanden haben.

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

## Erwerbsminderung ist mehr als Berufsunfähigkeit

**Wichtig** ist dabei, dass es um **irgendeine** Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geht. Als Maßstab, wie lange noch eine Erwerbstätigkeit möglich ist, wird geschaut, für wie viele Stunden am Tag noch **körperlich leichte und geistig einfache Tätigkeiten** möglich sind.

## Arbeitsmarktrente

Es kann auch eine sog. Arbeitsmarktrente gewährt werden. Die Arbeitsmarktrente ist eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, die wegen verschlossenem Arbeitsmarkt gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Der Arbeitsmarkt gilt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch die Agentur für Arbeit bzw. das Jobcenter innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruchs einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

- Mehr zur Erwerbsminderungsrente erfahren Sie unter:  
[www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Erwerbsminderungsrente“.
- Weitere Informationen und kostenlose Broschüren zur Erwerbsminderungsrente bietet die Deutsche Rentenversicherung unter:  
[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.



## Bürgergeld und Sozialhilfe bei Erwerbsminderung

Auch bei einer teilweisen Erwerbsminderung lässt sich der Lebensunterhalt weiter mit Bürgergeld sichern. Bei einer vollen Erwerbsminderung ist aber oft ein Antrag auf Sozialhilfe nötig: Auf Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt.

Folgende finanziellen Leistungen für den Lebensunterhalt können in Anspruch genommen werden, wenn die Rente wegen Erwerbsminderung nicht reicht oder abgelehnt wurde:

- Wurde eine dauerhafte volle Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann die Grundsicherung bei Erwerbsminderung die Rente aufstocken oder ganz ersetzen, siehe unten.
- Wurde eine teilweise Erwerbsminderung festgestellt, aber keine oder eine zu niedrige Rente bewilligt, kann Bürgergeld die Rente aufstocken oder ersetzen. Bürgergeld können auch Menschen mit vorübergehender voller Erwerbsminderung beziehen, aber nur, wenn sie zu einer sog. Bedarfsgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person gehören, die selbst keine volle Erwerbsminderung hat.
- Wer eine vorübergehende volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann mit Hilfe zum Lebensunterhalt eine zu niedrige Rente aufstocken oder die fehlende Rente ersetzen, siehe S. 49.
- Wer ausreichend lange in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt hat und noch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat, kann trotz Erwerbsminderung Arbeitslosengeld (siehe S. 43) beziehen, wenn es nur eine teilweise Erwerbsminderung ist. Bei voller Erwerbsminderung geht es nur im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung, siehe S. 44.

## Bürgergeld mit Erwerbsminderung

Wer eine teilweise Erwerbsminderung hat (Arbeit ist noch ab 3 Stunden pro Tag aber unter 6 Stunden pro Tag möglich), kann Bürgergeld beziehen:

- Aufstockend zu einer zu niedrigen Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
- Bei fehlendem Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
- Neben einer Teilzeitbeschäftigung
- Neben einer Teilzeitbeschäftigung und einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Der Bezug von Bürgergeld setzt keine Arbeitslosigkeit voraus. Die meisten Menschen, die Bürgergeld bekommen, sind **nicht** arbeitslos.

## Grundsicherung bei Erwerbsminderung

Wer eine dauerhafte volle Erwerbsminderung hat, kann Grundsicherung bei Erwerbsminderung erhalten, wenn kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente besteht, z. B., weil nicht lange genug Beiträge eingezahlt wurden.

Eine zu niedrige volle Erwerbsminderungsrente kann mit Grundsicherung bei Erwerbsminderung aufgestockt werden. Dauerhaft ist eine volle Erwerbsminderung dann, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Erwerbsminderung behoben werden kann.

Wer Grundsicherung bei Erwerbsminderung bezieht, kann daneben arbeiten wie neben einer Rente wegen Erwerbsminderung.

- Informationen zur Anrechnung von Einkommen bei der Grundsicherung bei Erwerbsminderung finden Sie unter:  
*www.betanet.de > Suchbegriff: „Sozialhilfe > Einkommen“.*
- Grundsicherung bei Erwerbsminderung ist steuerfinanziert, das heißt: Wer sie bezieht, muss dafür in keine Versicherung eingezahlt haben. Sie gehört zur Sozialhilfe und kann beim Sozialamt beantragt werden.

## Hilfe zum Lebensunterhalt

Wer eine vorübergehende volle Erwerbsminderung hat und nicht zu einer Bedarfsgemeinschaft gehört, kann bei Bedarf Hilfe zum Lebensunterhalt bekommen, wenn kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente besteht oder sie zu niedrig ist. Hilfe zum Lebensunterhalt wird ebenfalls aus Steuergeldern bezahlt und gehört zur Sozialhilfe. Sie ist eine Art „Auffangleistung“ für alle Fälle, für die es sonst keine Hilfen gibt.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt wird in der Regel beim Sozialamt beantragt. Sie muss aber auch ohne Antrag gewährt werden, wenn der Träger der Sozialhilfe (z. B. Landkreis oder kreisfreie Stadt) oder die von ihm beauftragten Stellen erfahren, dass ein Mensch hilfebedürftig ist. In der Praxis bedeutet das, dass die Leistungen oft auch dann eingeklagt werden können, wenn sie nicht beantragt wurden. Stellt z. B. ein Sozialarbeiter fest, dass das Sozialamt nicht geleistet hat, obwohl dem Amt bekannt war, dass die Voraussetzungen für die Hilfe bestehen, so kann er dabei helfen, den Anspruch durchzusetzen, z. B. durch Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt oder Vermittlung anwaltlicher Hilfe.

Wenn Sie erfahren, dass ein Angehöriger mit einer Krebserkrankung Hilfe zum Lebensunterhalt braucht, aber nicht beantragt, können Sie sich ans Sozialamt wenden und ggf. unterstützen, dass er die nötige Hilfe erhält.





***Rehabilitation***

# Rehabilitation

**Menschen mit einer Krebserkrankung können Maßnahmen der Rehabilitation (Reha) in Anspruch nehmen. Bei Reha geht es darum, dass Menschen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft in allen Lebensbereichen teilhaben können. Reha ist deshalb etwas anderes als eine Krankenbehandlung.**

Rehamaßnahmen sollen den Umgang mit einer Krankheit oder einer (drohenden) Behinderung verbessern und damit zur Erleichterung der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beitragen – auch wenn die Krankheit oder (drohende) Behinderung nicht ausgeheilt bzw. überwunden werden kann oder sich diese noch verschlimmern.

## Überblick über Reha-Bereiche

Verschiedene Reha-Bereiche können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Darum werden Reha-Leistungen auch „Leistungen zur Teilhabe“ oder „Teilhabeleistungen“ genannt.

Reha umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,**  
z. B. onkologische Nachsorgeleistung
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha),**  
z. B. Bildungsmaßnahmen, technische Hilfsmittel
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,**  
z. B. Krankengeld, Haushaltshilfe, Fahrtkosten
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung,**  
z. B. Assistenz beim Hochschulbesuch, Hilfsmittel
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha),**  
z. B. Leistungen zur Mobilität, zu Wohnraum und Betreuung

## Kostenträger

Für die Finanzierung von Reha können zuständig sein:

### Krankenkassen

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

### Rentenversicherungsträger

Bei medizinischer Reha, Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische und berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

### Unfallversicherungsträger

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Reha.

### Agenturen für Arbeit

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

### Eingliederungshilfe-Träger

Bei medizinischer Reha und bestimmten damit verbundenen ergänzenden Leistungen, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, wenn kein Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind, nicht jedoch für unterhaltssichernde Leistungen.

#### Praxistipps!



- Unter [www.reha-zustaendigenavigator.de](http://www.reha-zustaendigenavigator.de) informiert die BAR darüber, welcher Reha-Träger für welche Reha- und Teilhabeleistungen voraussichtlich zuständig ist.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Themen > Reha-Prozess.

### Sicherung des Lebensunterhalts

Während einer Reha-Maßnahme kann – abhängig vom für die Reha zuständigen Träger und den individuellen Voraussetzungen – Anspruch auf eine der folgenden Leistungen bestehen:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber
- Krankengeld von der Krankenkasse
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger
- Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger
- Krankengeld der Sozialen Entschädigung
- Bürgergeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom Jobcenter
- Sozialhilfe vom Sozialamt:
  - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
  - Hilfe zum Lebensunterhalt

## Antragstellung

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern.

Grundsätzlich reicht ein einziger Reha-Antrag, auch wenn es um mehrere Leistungen verschiedener Träger geht. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert.

## Fristen für die Träger

Wenn sich der Reha-Träger, bei dem der Antrag eingegangen ist, für unzuständig hält, muss er diesen innerhalb von 2 Wochen nach Antragsingang weiterleiten. Anderenfalls muss er innerhalb einer weiteren Woche selbst über den Antrag entscheiden.

Nach einer Weiterleitung darf es bis zur Entscheidung über den Antrag noch höchstens 3 weitere Wochen dauern. Wenn sich auch der 2. Träger für unzuständig hält, darf er den Antrag zwar noch einmal weiterleiten, aber dann ist eine sog. **Turbo-Klärung** nötig. Das bedeutet, dass der Träger, bei dem der Antrag dann landet, innerhalb der schon laufenden 3 Wochen-Frist entscheiden muss.

## Fristenrechner

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bietet unter [www.reha-fristenrechner.de](http://www.reha-fristenrechner.de) einen Fristenrechner, mit dem Sie alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnen können.

- Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Reha-Leistungen, haben weitreichende finanzielle Folgen. Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen, Näheres ab S. 93.
- **Die sog. Selbstbeschaffung der Leistung mit nachträglicher Erstattung:** Wenn Sie genug Geld haben, um die Leistung zunächst zu bezahlen, können Sie vorübergehend auf eigenes Risiko selbst Ihren Bedarf decken. Informieren Sie den Reha-Träger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben **vorher darüber**. Ausführliche Informationen zur Selbstbeschaffung finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen“.



## Praxistipps!

### Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein Teilbereich der Rehabilitation. Sie umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht, ambulant hat dabei Vorrang. Zwischen 2 Maßnahmen müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Medizinische Rehabilitation dient dazu, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Sozialleistungsbezug zu verhindern oder zu beseitigen, zu verringern, auszugleichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. **Rehabilitations-Richtlinie** erstellt. Diese Richtlinie kann unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „**Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft**“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Nähere Informationen zum Widerspruch ab S. 93.

### Wartezeit zwischen zwei medizinischen Reha-Maßnahmen

Für Leistungen der Krankenversicherung oder des Rentenversicherungsträgers gilt: Zwischen 2 Reha-Maßnahmen – egal ob ambulant oder stationär – muss normalerweise ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge. **Ausnahmen** gibt es z. B. wenn es medizinisch erforderlich ist und bei Minderjährigen.

### Ambulante und stationäre medizinische Reha

Es gibt 2 Arten medizinischer Reha-Maßnahmen: Ambulante und Stationäre.

Ambulante Reha-Maßnahmen finden wohnortnah und ohne Übernachtung in einer Reha-Einrichtung statt:

- Wenn die Reha ganztägig stattfindet und lediglich zu Hause übernachtet wird, wird von teilstationärer Reha gesprochen. Sie ist eine Form der ambulanten Reha, bei der das Angebot so umfangreich ist wie bei einer vollstationären Reha.
- Ambulante Reha findet ansonsten meist im Umfang von 4–6 Stunden pro Tag in einer Reha-Einrichtung statt. Danach wird der normale Alltag weitergeführt.

Möglich ist auch die Versorgung zu Hause durch mobile Reha-Teams.

Stationäre Reha-Maßnahmen finden mit Übernachtung in der Reha-Einrichtung statt und werden umgangssprachlich oftmals als Kur bezeichnet.

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen Ihnen nicht auf den Urlaub angerechnet werden.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann Ihnen während der Reha eine Haushaltshilfe gewährt werden, Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht seit 01.01.2024 ein **Rechtsanspruch** auf eine Versorgung in derselben Rehaeinrichtung. Die Einrichtung kann, wenn die Versorgung dort nicht sichergestellt ist, auch zugelassene ambulante Pflegedienste zur Versorgung heranziehen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.

### Allgemeine Voraussetzungen

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

### Dauer

- **Ambulant** als Krankenversicherungsleistung in der Regel nicht länger als 20 Behandlungstage
  - **Stationär** als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung in der Regel 21 Behandlungstage, bei Kindern bis zum 14. Geburtstag 4–6 Wochen
- Eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen möglich.

### Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei medizinischen Reha-Maßnahmen als Krankenkassenleistung oder Rentenversicherungsleistung Zuzahlungen leisten:

- **Zuzahlung bei medizinischer Reha der Krankenkasse:**
  - 10 € pro Tag, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung
  - Als Anschlussheilbehandlung: 10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
- **Zuzahlung für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung:**
  - 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres
  - Als Anschlussrehabilitation: 10 € für maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, Anrechnung von bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse

### Praxistipp!



Zur Höhe der Zuzahlungsbefreiung und zur Antragstellung können Sie sich unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Zuzahlungen Rentenversicherung“ informieren.

### Wer hilft weiter?



- Individuelle Auskünfte zur **medizinischen Reha** erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige **Teilhabeberatung** wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).

## 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. Ziel ist es die Behandlungserfolge zu sichern und seelische und körperliche Folgeerscheinungen der Behandlung abzumildern.

Eine onkologische Nachsorgeleistung dauert meist 3 Wochen und findet in der Regel im ersten Jahr nach der Krebsbehandlung statt. Versicherte ab 18 zahlen 10 € pro Tag zu.

### Voraussetzungen

Damit der Rentenversicherungsträger die Kosten übernimmt, müssen die allgemeinen Voraussetzungen (siehe S. 55) erfüllt sein.

Zudem müssen folgende persönliche Voraussetzungen erfüllt sein:

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

## Zuzahlung

Versicherte ab 18 zahlen bei stationären Reha-Leistungen 10 € täglich zu, für maximal 42 Tage im Kalenderjahr.

Findet die onkologische Nachsorgeleistung als Anschlussrehabilitation statt, ist die Zuzahlung auf 14 Tage begrenzt. Im Kalenderjahr bereits geleistete Zuzahlungen zur medizinischen Reha werden angerechnet, auch wenn die Krankenkasse der Kostenträger war.

## Dauer

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

Onkologische Nachsorgeleistungen können grundsätzlich nur **innerhalb eines Jahres** nach einer beendeten Erstbehandlung, innerhalb von **2 Jahren** nur im Einzelfall, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen. Innerhalb der Jahresfrist kann es auch eine wiederholte onkologische Rehabilitation geben.

- Den **Antrag** zur onkologischen Reha können Sie auch online stellen unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Reha* > *Onkologische Reha*.
- Während einer onkologischen Nachsorgeleistung kann unter bestimmten Voraussetzungen **Übergangsgeld** bezogen werden. Damit die Rentenversicherung den Anspruch prüfen kann, ist es sinnvoll, dem Reha-Antrag eine Verdienstbescheinigung 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. Von der Krankenkasse können Haushaltshilfen für maximal 4 Wochen auch genehmigt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.
- Die Broschüre „**Rehabilitation nach Tumorerkrankungen**“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.



## Reha-Sport und Funktionstraining

Rehabilitationssport (kurz: Reha-Sport) und Funktionstraining sind **Sport- und Bewegungsangebote**, die **ärztlich verordnet** werden können. Reha-Sport trainiert den gesamten Körper und Funktionstraining stärkt durch bewegungstherapeutische Übungen insbesondere Muskeln und Gelenke. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger in der Regel 6 Monate bis 3 Jahre.

## Praxistipps!

### Wer finanziert Reha-Sport und Funktionstraining?

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

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

- Nähere Informationen zur Verordnung und Zuständigkeit unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Reha-Sport und Funktionstraining“.
- Über folgende **Anlaufstellen** finden Sie Kontakt zu Krebsnachsorge-**Sportgruppen** vor Ort: Nachsorge-Kliniken, Krebsinformationsdienst (KID), Telefon 0800 420 30 40, Krebsberatungsstellen und Selbsthilfegruppen.

### Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) gehört auch zur medizinischen Rehabilitation und soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer insbesondere nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die versicherte Person noch krankgeschrieben. Deshalb haben Beschäftigte in stufenweiser Wiedereingliederung nach dem Ende der 6-wöchigen Lohnfortzahlung (= Entgeltfortzahlung) keinen Anspruch auf Gehalt oder Lohn, sondern die Betriebe können lediglich freiwillig etwas zahlen. Anspruch besteht hingegen auf Lohnersatzleistungen wie z. B. Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger, Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld.

#### Voraussetzungen

- Die Arbeit, für die Arbeitsunfähigkeit besteht, ist sozialversicherungspflichtig.
- Es wurde ärztlich festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit kann die versicherte Person voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden.
- Es liegt vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Beschäftigte werden am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und sind ausreichend belastbar, d. h.: Sie können mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Beschäftigte stimmen der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu.  
Die Wiedereingliederung kann jederzeit abgebrochen werden.

Damit die stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl die versicherte Person als auch der Betrieb einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt.

**Menschen mit Schwerbehinderung** und ihnen gleichgestellte Beschäftigte haben im Gegensatz zu Beschäftigten ohne Schwerbehinderung unter Umständen einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ärztlich bescheinigt wurde, dass mit dem Eingliederungsplan eine betrieblich nutzbare Tätigkeit wiedererlangt werden kann.

Kein Anspruch auf Zustimmung des Betriebs besteht, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nur eine therapeutische Erprobung ist, bei der unklar ist, ob das Arbeitsverhältnis in absehbarer Zeit fortgesetzt werden kann.

Betriebe müssen Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten. Lehnt ein Betrieb eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen dessen ab, wird es sehr schwer für den Betrieb, später eine gerichtsfeste krankheitsbedingte Kündigung auszusprechen. Schon deswegen werden viele Betriebe der stufenweisen Wiedereingliederung zustimmen, zumindest, wenn sie um diese rechtlichen Zusammenhänge wissen.

### **Dauer**

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Es gibt keine gesetzliche Zeitbegrenzung, aber meist wird eine Dauer von 4–8 Wochen festgelegt. Eine Dauer von mehr als 6 Monaten ist unüblich.

### **Kostenträger und finanzielle Sicherung**

- Innerhalb der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit:  
Meist Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (auch Lohnfortzahlung genannt) vom Arbeitgeber (siehe S. 37)
- Im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme:  
Übergangsgeld der Rentenversicherung
- Sonst meist Krankengeld der Krankenversicherung
- Nach Auslaufen des Krankengelds:  
ggf. Arbeitslosengeld der Agentur für Arbeit (siehe S. 43)
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit:  
Verletztengeld vom Unfallversicherungsträger

Zusätzlich kommen im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen in Betracht, z. B. ergänzende Leistungen zur Reha (siehe S. 61) oder berufliche Reha-Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe S. 60). Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichten, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für Arbeitgeber.

## Praxistipp!



Findet die stufenweise **Wiedereingliederung** unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollten Sie diese im Laufe der Reha beantragen. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Ihnen und Ihrem Arzt, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan. Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Sie kostenlos unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen downloaden können.

## Wer hilft weiter?



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

## Berufliche Reha – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Sie sollen Menschen mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen bzw. ihre beruflichen Chancen verbessern.

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

- Hilfen um einen Arbeitsplatz zu bekommen oder zu behalten bzw. Förderung einer Existenzgründung oder um weiter selbständig tätig sein zu können, z. B. durch:
  - Arbeitsassistenten
  - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen (z. B. Rollstühle)
  - Psychosoziale Hilfen durch Beratung und/oder Coaching zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung und zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Berufsvorbereitung einschließlich einer behinderungsbedingten Grundausbildung, z. B. spezielle Kurse zum Umgang mit nötigen Hilfsmitteln
- Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder bei anderen Leistungsanbietern im Eingangsbereich, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich
- Alternativen zur WfbM:
  - Budget für Ausbildung bzw. Budget für Arbeit mit z. B. Zuschüssen an Betriebe, die Menschen mit Behinderungen beschäftigen/ausbilden.
  - Unterstützte Beschäftigung als betriebliche Qualifizierung zu Beginn einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und danach bei Bedarf Berufsbegleitung zur Stabilisierung und Krisenintervention.
  - Tätigkeit in einem Inklusionsbetrieb: Betriebe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens 30% bis in der Regel höchstens 50% schwerbehinderten Beschäftigten, in denen Menschen mit und ohne Behinderungen zusammenarbeiten.

## Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Ergänzende Reha-Leistungen sind Nebenleistungen, wie z. B. die Übernahme von Reisekosten, Kinderbetreuungskosten oder Sozialversicherungsbeiträgen während einer medizinischen oder beruflichen Reha.

Die Träger der eigentlichen Reha, also der Hauptleistung, erbringen sie, damit die Reha überhaupt durchgeführt werden kann.

Folgende Reha-Leistungen sind möglich:

- **Lohnersatzleistungen**, z. B. Krankengeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld
- **Beiträge bzw. Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung:**  
Krankenversicherung und Pflegeversicherung (wenn nötig auch für eine freiwillige oder private Versicherung), Unfall-, Renten-, Arbeitslosenversicherung
- **Reha-Sport und Funktionstraining** (siehe S. 57):
  - Ärztlich verordneter, betreuter und überwachter Gruppen-Reha-Sport
  - Ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
- **Reisekosten:** Fahrtkosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten
- **Hilfen zur Weiterführung eines Haushalts oder landwirtschaftlichen Betriebs:** Betriebshilfe für landwirtschaftliche Betriebe, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten oder Übernahme der Kosten für die Mitnahme eines Kindes zur Reha
- **Schulungen:** Patientenschulungen für chronisch Kranke
- **Kraftfahrzeughilfe**
- **Wohnungshilfe**
- **Kosten für Weiterbildung und berufliche Reha**, z. B. Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung
- **Sonstige Leistungen**, die wegen der Art und Schwere einer Behinderung erforderlich sind, damit die Reha-Ziele erreicht werden können, z. B. Langzeittraining bei Rheuma

## Leistungen zur sozialen Teilhabe

Leistungen zur sozialen Teilhabe (soziale Reha) von Menschen mit Behinderungen sollen gleichberechtigte Teilhabe in den Lebensbereichen ermöglichen, für die es keine anderen Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation gibt, z.B. beim Wohnen, beim Einkaufen, bei Behördengängen und in der Freizeit.

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe umfassen unter anderem:

- **Leistungen für Wohnraum**, z. B. Hilfe bei Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhalt von Wohnraum
- **Assistenzleistungen**, z. B. Unterstützung bei Haushaltsführung
- **Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten**, z. B. Schulung lebenspraktischer Handlungen,
- **Leistungen zur Förderung der Verständigung**
- **Leistungen zur Mobilität**, z. B. Beförderung durch einen Fahrdienst, Leistungen zur Beschaffung eines Autos (Kraftfahrzeughilfe)
- **Hilfsmittel**, z. B. barrierefreie Computer

Welche Leistungen in welchem Umfang von welchem Träger konkret gewährt werden, ist **nicht gesetzlich geregelt**. Vielmehr wird das in jedem Einzelfall individuell bestimmt.

## Krebs als Berufskrankheit

Die Folge des Umgangs mit gesundheitsgefährdenden Stoffen am Arbeitsplatz kann eine Krebserkrankung sein. Eine durch die berufliche Tätigkeit entstandene Krebserkrankung, kann als Berufserkrankung anerkannt werden.

Bei einer Berufserkrankung übernimmt die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten für die Behandlung und alle weitere Leistungen sowie Zuzahlungen.

### Anerkennung einer Berufskrankheit

Der Verdacht auf eine Berufskrankheit muss dem Unfallversicherungsträger vom Arbeitgeber und vom Arzt formlos gemeldet werden. Bei Problemen kann die Meldung auch über den Landesgewerbearzt erfolgen, der seinen Sitz bei den zuständigen Gewerbeaufsichtsämtern, Landratsämtern oder Stadtverwaltungen hat.

Die Berufsgenossenschaft des Arbeitgebers leitet eine sog. Arbeitsanamnese ein, alle relevanten Belastungen während der versicherten Tätigkeit werden zusammengestellt. Ergibt sich aus der Erhebung, dass ein Zusammenhang zwischen Schädigung und Tätigkeit besteht, kann ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben werden. Danach erfolgt eine Entscheidung über Anerkennung oder Ablehnung einer Berufskrankheit.

Sind Betroffene mit dieser Entscheidung nicht einverstanden, kann ggf. Widerspruch (siehe S. 93) eingelegt werden.

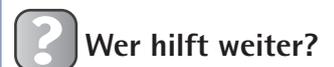
## Leistungen

Wird die Krebserkrankung als Berufskrankheit anerkannt, trägt der Unfallversicherungsträger die Leistungen für:

- medizinische Betreuung
- Rehabilitation
- Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, Heilmittel
- Pflegeleistungen
- Rentenzahlungen

- Informationen zu den Rechtsgrundlagen für die **Anerkennung von Berufskrankheiten** und eine Liste der Berufskrankheiten finden Sie bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeit unter [www.baua.de](http://www.baua.de) > Angebote > Suchbegriff: „Berufskrankheiten“.
- Verschiedene Krebsarten können als Berufskrankheit bis zu 4 Jahren **rückwirkend** anerkannt werden. Der Anrechnungszeitraum beginnt am Jahresanfang des Jahres in dem der Antrag gestellt wurde.

Individuelle Auskünfte erteilt die Infoline der gesetzlichen Unfallversicherung von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 6050404 oder schriftlich per Email an [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de).



# Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

**G**

**H**

GdB

**100**

Name

**Mustermann**

Vorname

**Max**

Geburtsdatum

**05.03.1999**

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

n: 217-13-8

hme einer  
esen



# Behinderung

Eine Krebserkrankung kann dazu führen, dass Betroffene als (schwer-) behindert eingestuft werden. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

## Definition „Behinderung“

*Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert.*

*Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.*

***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.“*

*Eine **Schwerbehinderung** nach § 2 Abs. 2 SGB IX haben Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten Menschen mit Schwerbehinderung nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.*

## Gleichstellung

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

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

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

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

Die Gleichstellung erfolgt durch die zuständige Agentur für Arbeit. Der Antrag muss bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der beschäftigende Betrieb wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Die Gleichstellung kann auch online unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

## **Grad der Behinderung bei Tumorerkrankungen – Richtwerte**

Krebs kann durch die Erkrankung selbst, aber auch durch die Behandlung zu vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigungen führen. Der Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

### **GdB und GdS**

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

Der Unterschied zwischen GdB und GdS ist, dass beim GdS nur die sog. Schädigungsfolgen berücksichtigt werden, beim GdB hingegen jede Behinderung, unabhängig von der Ursache.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ mit Erläuterungen zum GdB/GdS können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „K710“ nachgelesen werden.

Die nachfolgend genannten GdB-Sätze sind Anhaltswerte. Gibt es mehrere Funktionsstörungen, werden die einzelnen Werte nicht zusammengezählt, sondern die verschiedenen Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad festgelegt, der den Behinderungen gerecht werden soll. Die aufgeführten GdB-Werte beziehen den regelhaft verbleibenden Organ- oder Gliedmaßenschaden ein. Außergewöhnliche Folgen oder Begleiterscheinungen der Behandlung – z. B. lang andauernde, schwere Auswirkungen einer wiederholten Chemotherapie – sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

### **Heilungsbewährung**

Heilungsbewährung ist ein wichtiger Begriff bei der Anerkennung einer Behinderung durch Feststellung eines GdB. Die Zeit der Heilungsbewährung läuft nach der Behandlung bestimmter Krankheiten, z. B. bei vielen Krebserkrankungen. In dieser Zeit besteht ein besonders hohes Risiko für Rückfälle (Rezidive).

Während der Heilungsbewährung muss das zuständige Amt auch dann einen GdB feststellen, wenn neben dem genannten Risiko keine Behinderung besteht. Wenn auch ohne dieses Risiko eine Behinderung besteht, muss es während der Heilungsbewährung einen entsprechend höherem GdB feststellen.

**Nachfolgend einige Beispiele von Krebserkrankungen mit den Richtwerten aus den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen:**

**Hinweis:** Die Buchstaben T, N, M, G dienen als Klassifikationsmerkmale. Näheres zur Einteilung der Krankheitsstadien auf S. 5.

<b>Brustkrebs</b>	
<b>Verlust einer Brust (Mastektomie)</b>	<b>GdB</b>
einseitig	30
beidseitig	40
Segment- oder Quadrantenresektion (= Teilentfernung) der Brust	0–20
Funktionseinschränkungen im Schultergürtel, des Armes oder der Wirbelsäule als Operations- oder Bestrahlungsfolgen (z. B. Lymphödem, Muskeldefekte, Nervenläsionen, Fehlhaltung) sowie außergewöhnliche psychische Störungen als Krankheitsfolge (= psychoreaktive Störungen) sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.	
<b>Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Prothese je nach Ergebnis (z. B. Kapselfibrose, Dislokation der Prothese, Symmetrie)</b>	<b>GdB</b>
nach Mastektomie einseitig	10–30
nach Mastektomie beidseitig	20–40
nach subkutaner Mastektomie einseitig	10–20
nach subkutaner Mastektomie beidseitig	20–30
Nach Aufbauplastik zur Wiederherstellung der Brust mit Eigengewebe kommen niedrigere GdB-Werte in Betracht.	
<b>Heilungsbewährung (= erste 5 Jahre nach der Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors)</b>	<b>GdB</b>
bei Entfernung im Stadium (T1–2) pN0 M0	50
bei Entfernung im Stadium (T1–2) pN1 M0	60
in höheren Stadien	wenigstens 80
Nach Entfernung eines Carcinoma in situ der Brustdrüse (DCIS) ist <b>in den ersten 2 Jahren</b> eine Heilungsbewährung abzuwarten	50
Bedingen die Folgen der Operation und ggf. anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdB-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB-Grad entsprechend höher zu bewerten.	

## Prostatakrebs

### Maligner (bösartiger) Prostatatumor

GdB

ohne Notwendigkeit einer Behandlung

50

auf Dauer hormonbehandelt

wenigstens 60

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

### Heilungsbewährung

GdB

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 N0 M0 (Grading ab G2) und (T1b bis T2) N0 M0

50

Während einer Heilungsbewährung von **5 Jahren** nach Entfernung in höheren Stadien

wenigstens 80

## Darmkrebs

GdB

**Nach Entfernung maligner Darmtumoren ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.**

GdS während einer Heilungsbewährung von 2 Jahren nach Entfernung eines malignen Darmtumors im Stadium (T1 bis T2) N0 M0 oder von lokalisierten Darmkarzinoiden

50

GdS während einer Heilungsbewährung von 2 Jahren mit künstlichem After (nicht nur vorübergehend angelegt)

70–80

GdS während einer Heilungsbewährung von 5 Jahren nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren

wenigstens 80

GdS während einer Heilungsbewährung von 5 Jahren nach Entfernung anderer maligner Darmtumoren

100

<b>Lungenkrebs</b>	
<b>Krankheiten der Atmungsorgane mit dauernder Einschränkung der Lungenfunktion</b>	<b>GdB</b>
<b>Einschränkung geringen Grades:</b> das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bei mittelschwerer Belastung (z. B. forsches Gehen [5–6 km/h], mittelschwere körperliche Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 1/3 niedriger als die Sollwerte, Blutgaswerte im Normbereich	<b>20–40</b>
<b>Einschränkung mittleren Grades:</b> das gewöhnliche Maß übersteigende Atemnot bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z. B. Spazierengehen [3–4 km/h], Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit); statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung bis zu 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Partialinsuffizienz	<b>50–70</b>
<b>Einschränkung schweren Grades:</b> Atemnot bereits bei leichtester Belastung oder in Ruhe; statische und dynamische Messwerte der Lungenfunktionsprüfung um mehr als 2/3 niedriger als die Sollwerte, respiratorische Globalinsuffizienz	<b>80–100</b>
<b>Lungentransplantation</b>	<b>GdB</b>
Nach einer Lungentransplantation ist eine Heilungsbewährung abzuwarten (im Allgemeinen 2 Jahre).	<b>100</b>
Nach der Heilungsbewährung selbst bei günstigem Heilungsverlauf unter Mitberücksichtigung der erforderlichen Immunsuppression	<b>mindestens 70</b>
<b>Nach Entfernung eines malignen Lungentumors oder eines Bronchialtumors ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.</b>	<b>GdB</b>
GdS während dieser Zeit	<b>wenigstens 80</b>
Während der Heilungsbewährung bei Einschränkung der Lungenfunktion mittleren bis schweren Grades	<b>90–100</b>

<b>Malignes (bösesartiges) Melanom der Haut</b>		<b>GdB</b>
Nach <b>Entfernung eines malignen Tumors der Haut</b> ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten. Ausnahmen gibt es z. B. bei Basalzellkarzinomen, Bowen-Krankheit, Melanoma in situ.		
Nach Entfernung eines Melanoms im Stadium I ([pT1 bis T2] pN0 M0) oder eines anderen Hauttumors in den Stadien (pT1 bis T2) pN0 bis N2 M0		<b>50</b>
In anderen Stadien		<b>80</b>
<b>Bauchspeicheldrüsenkrebs</b>		<b>GdB</b>
<b>Chronische Krankheit der Bauchspeicheldrüse</b> (exkretorische Funktion) je nach Auswirkung auf den Allgemeinzustand, Häufigkeit und Ausmaß der Schmerzen		
ohne wesentliche Beschwerden, keine Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands		<b>0–10</b>
geringe bis erhebliche Beschwerden, geringe bis mäßige Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands		<b>20–40</b>
starke Beschwerden, Fettstühle, deutliche bis ausgeprägte Herabsetzung des Kräfte- und Ernährungszustands		<b>50–80</b>
Nach <b>teilweiser oder vollständiger Entfernung der Bauchspeicheldrüse</b> sind ggf. weitere Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. bei Diabetes mellitus, Osteopathie, oder infolge chronischer Entzündungen der Gallenwege, Magenteilentfernung und Milzverlust) zusätzlich zu berücksichtigen.		
Nach Entfernung eines malignen Bauchspeicheldrüsentumors ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten		<b>100</b>
<b>Non-Hodgkin-Lymphome</b>		
<b>Chronische lymphatische Leukämie</b> und andere generalisierte niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome		<b>GdB</b>
Mit <b>geringen</b> Auswirkungen (keine wesentlichen Beschwerden, keine Allgemeinsymptome, keine Behandlungsbedürftigkeit, keine wesentliche Progredienz)		<b>30–40</b>
Mit <b>mäßigen</b> Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)		<b>50–70</b>
Mit <b>starken</b> Auswirkungen, starke Progredienz (z. B. schwere Anämie, ausgeprägte Thrombozytopenie, rezidivierende Infektionen, starke Milzvergrößerung)		<b>80–100</b>

<b>Lokalisierte niedrigmaligne (niedrig-bösartige) Non-Hodgkin-Lymphome</b>	<b>GdB</b>
Nach Vollremission (Beseitigung des Tumors) für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)	50
<b>Hochmaligne (hoch-bösartige) Non-Hodgkin-Lymphome</b>	<b>GdB</b>
Bis zum Ende der Intensiv-Therapie	100
Nach Vollremission (Beseitigung des Tumors) für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)	80
<b>Plasmozytom (Myelom)</b>	<b>GdB</b>
mit geringen Auswirkungen (keine wesentliche Auswirkung auf den Allgemeinzustand, keine Behandlungsbedürftigkeit, ohne Beschwerden, keine wesentliche Progredienz)	30-40
mit mäßigen Auswirkungen (Behandlungsbedürftigkeit)	50-70
mit starken Auswirkungen (z. B. schwere Anämie, starke Schmerzen, Nierenfunktionseinschränkung)	80-100
<b>Magenkrebs</b>	<b>GdB</b>
Teilentfernung des Magens, Gastroenterostomie, mit guter Funktion, je nach Beschwerden	0-10
Teilentfernung des Magens, Gastroenterostomie, mit anhaltenden Beschwerden (z. B. Dumping-Syndrom, rezidivierendes Ulcus jejuni pepticum)	20-40
Totalentfernung des Magens ohne Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands je nach Beschwerden	20-30
Totalentfernung des Magens bei Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands und/oder Komplikationen (z. B. Dumping-Syndrom)	40-50
<b>Nach Entfernung eines malignen Magentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.</b>	<b>GdB</b>
Während einer <b>Heilungsbewährung von 2 Jahren</b> nach Entfernung eines Magenfrühkarzinoms	50
Während einer <b>Heilungsbewährung von 5 Jahren</b> nach Entfernung aller anderen malignen Magentumoren je nach Stadium und Auswirkung auf den Allgemeinzustand	80-100

## Nierenkrebs

Nach Entfernung eines malignen (bösartigen) Nierentumors oder Nierenbeckentumors ist eine Heilungsbewährung abzuwarten.

GdB während einer **Heilungsbewährung von 2 Jahren** **GdB**

Nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom) im Stadium T1 N0 M0 (Grading G1) **50**

Nach Entfernung eines Nierenbeckentumors im Stadium Ta N0 M0 (Grading G1) **50**

GdB während einer **Heilungsbewährung von 5 Jahren** nach Entfernung eines Nierenzellkarzinoms (Hypernephrom) **GdB**

Im Stadium (T1 [Grading ab G2], T2) N0 M0 **60**

In höheren Stadien **mindestens 80**

GdB während einer **Heilungsbewährung von 5 Jahren** nach Entfernung eines Nierenbeckentumors einschließlich Niere und Harnleiter **GdB**

Im Stadium (T1 bis T2) N0 M **60**

In höheren Stadien **mindestens 80**

GdB während einer **Heilungsbewährung von 5 Jahren** nach Entfernung eines Nephroblastoms **GdB**

Im Stadium I und II **60**

In anderen Stadien **mindestens 80**

## Myeloproliferative und myelodysplastische/myeloproliferative Neoplasien

Auswirkungen dieser bösartigen Bluterkrankungen auf andere Organsysteme sind zusätzlich zu bewerten.

**Chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-positiv** **GdB**

Im Stadium der kompletten hämatologischen, kompletten zytogenetischen und molekularen Remission (z. B. ausgeglichen und ohne wesentliche Allgemeinstörungen) **10–20**

Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission je nach Ausmaß der zytogenetischen Remission (z. B. gelegentliche Transfusionen) **30–40**

<b>GdB</b>	
Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), bei fehlender Remission oder bei Rezidiv je nach Organvergrößerung, Anämie, Thrombozytenzahl und in Abhängigkeit von der Intensität der Therapie (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit und rezidivierende Infektionen)	<b>50–80</b>
In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise (z. B. andauernde Transfusionsbedürftigkeit, häufige Infektionen, Blutungsneigung, leukämische Transformation)	<b>100</b>
<b>Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ; chronische Neutrophilen-Leukämie; chronische myelomonozytäre Leukämie</b>	
<b>GdB</b>	
Im Stadium der kompletten hämatologischen Remission	<b>40</b>
Im chronischen Stadium, auch bei Krankheitsbeginn (im ersten Jahr der Therapie), ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organvergrößerung und Anämie, der Thrombozytenzahl und der Intensität der Therapie	<b>50–80</b>
In der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise	<b>100</b>
<b>Chronische Eosinophilen-Leukämie/ Hypereosinophilie-Syndrom</b>	
<b>GdB</b>	
Die Teilhabebeeinträchtigung ist insbesondere abhängig vom Ausmaß der Organomegalie, Hautbeteiligung, Blutbildveränderungen und Nebenwirkungen der Therapie.	<b>mindestens 50</b>
<b>Essentielle Thrombozythämie</b>	
<b>GdB</b>	
Bei Behandlungsbedürftigkeit	
• mit Thrombozyten-Aggregationshemmern	<b>10</b>
• mit zytoreduktiver Therapie ist die Teilhabebeeinträchtigung insbesondere abhängig vom Ausmaß der Nebenwirkungen der Therapie	<b>30–40</b>
Übergänge zu anderen myeloproliferativen Erkrankungen sind analog zu diesen zu bewerten.	

<b>Akute Leukämien</b>		<b>GdB</b>
Im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose oder Rezidiv; insbesondere während der Induktionstherapie, Konsolidierungstherapie, Erhaltungstherapie)		100
Nach dem ersten Jahr bei unvollständiger klinischer Remission		100
Nach dem ersten Jahr bei kompletter klinischer Remission unabhängig von der durchgeführten Therapie, für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)		80
Danach ist der GdS nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) zu bewerten.		
<b>Knochenmark- und Stammzelltransplantation</b>		<b>GdB</b>
Nach autologer Knochenmark- oder Blutstammzell-Transplantation		entsprechend der Grundkrankheit
Nach allogener Knochenmark-Transplantation für die Dauer von 3 Jahren (Heilungsbewährung)		100
Nach den oben genannten Phasen ist der GdB nach den verbliebenen Auswirkungen und dem eventuellen Organschaden zu bewerten		jedoch mindestens 30
<b>Eierstockkrebs</b>		
<b>Verlust oder Ausfall beider Eierstöcke</b>		<b>GdB</b>
Ohne Kinderwunsch und ohne wesentliche Auswirkung auf den Hormonhaushalt - immer nach der Menopause		10
Im jüngeren Lebensalter bei noch bestehendem Kinderwunsch oder bei unzureichender Ausgleichbarkeit des Hormonausfalls durch Substitution		20–30
<b>Nach Entfernung eines malignen (bösartigen) Eierstocktumors ist in den ersten 5 Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten</b>		<b>GdB</b>
Nach Entfernung im Stadium T1 N0 M0		50
In anderen Stadien		100

## Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss oft vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt.

### Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält einen Schwerbehindertenausweis, wer dies bei Antragstellung angegeben hat.

**Antragsformulare** sind beim Versorgungsamt oder Amt für soziale Angelegenheiten erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter [www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de) > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z. B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Es ist **wichtig**, dass in den medizinischen Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Krankheit (wie z. B. körperliche Belastbarkeit) sowie insbesondere die Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft ausführlich beschrieben werden. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

### Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

## Merkzeichen

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen Menschen mit Schwerbehinderung erhalten.

Es gibt folgende Merkzeichen:

- **Merkzeichen G:** erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- **Merkzeichen aG:** außergewöhnliche Gehbehinderung
- **Merkzeichen H:** hilflos
- **Merkzeichen BI:** blind oder hochgradig sehbehindert
- **Merkzeichen RF:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkzeichen GI:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBI:** taubblind

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

## Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen erhalten – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von Nachteilsausgleichen und Hilfen, z.B.: Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** und vom **Grad der Behinderung (GdB)**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“* heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“*.
- Bei der Sozialhilfe (Grundsicherung bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) wird bei Ihnen auf Antrag unter folgenden Voraussetzungen ein Mehrbedarf von 17 % des Regelsatzes wegen Gehbehinderung berücksichtigt:
  - Volle Erwerbsminderung und
  - Merkzeichen G oder aG

**Hinweis:** Sie können diesen Mehrbedarf unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. niedrige Erwerbsminderungsrente) auch bekommen, wenn Sie ansonsten keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben.

- **Informationen** zum SGB IX und zum Thema **Behinderung** gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do von 8-17 Uhr, Fr von 8-12 Uhr oder über das Gebärdentelefon für Gehörlose. Näheres zum Gebärdentelefon unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > *Service > Bürgertelefon / Kontakt > Bürgertelefon*.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige **Teilhabeberatung** unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).



Praxistipps!



Wer hilft weiter?

A close-up photograph of a single blue puzzle piece. The piece is centered and features the German word "PFLEGE" (care) in white, bold, sans-serif capital letters. The puzzle piece is surrounded by other pieces, creating a grid-like pattern. The lighting is soft, highlighting the texture of the plastic or cardboard material.

**PFLEGE**

# Pflege

**Eine Krebserkrankung kann je nach Verlauf und Therapie zu einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.**

**Hinweis:** Am 01.07.2023 ist das Pflegeunterstützungs -und- entlastungsgesetz (PUEG) in Kraft getreten. Mit dem ersten Schritt wurde die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt. Zum 01.01.2024 gab es weitere Änderungen, z. B. eine Erhöhung des Pflegegelds und der Pflegesachleistungen. Diese werden 2025 erneut angehoben und sollen auch 2028 wieder erhöht werden, dann orientiert an der Inflation der letzten drei Jahre. Nähere Informationen und ein Gesamtüberblick zu den Änderungen durch das PUEG unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

## Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Für den Bezug von Leistungen ist eine bestimmte Vorversicherungszeit notwendig.

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.

Die vorhandenen Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt.

- Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.
- Wenn Sie oder Ihre Angehörigen unsicher sind, ob und welche Pflegeleistungen überhaupt in Betracht kommen, können Sie sich zur Information oder Unterstützung an eine örtliche **Pflegeberatung** (siehe S. 80) wenden.



## Vorversicherungszeit

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

## Pflegeberatung

Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Wenn Pflegebedürftige anspruchsberechtigt sind, muss die Pflegekasse in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder z. B. durch einen Pflegestützpunkt zugänglich machen.

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese

- einen konkreten **Beratungstermin** mit Angabe der Kontaktperson anbieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, *oder*
- einen **Beratungsgutschein** ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Gutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann, *und*
- über Leistungs- und Preisvergleichslisten, die z. B. Leistungen und Vergütungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen enthalten, informieren. Die Listen werden nur ausgehändigt, wenn Pflegebedürftige dies anfordern.

Die Fristen für Beratungstermine gelten auch bei weiteren Anträgen, z. B. bei Anträgen auf Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege sowie Änderungsanträgen.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann die Beratung im häuslichen Umfeld und außerhalb der 2-Wochen-Frist stattfinden. Die Pflegekasse muss die pflegebedürftige Person über diese Möglichkeit aufklären.

### Praxistipps!



- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Einblick „Beratung zur Pflege: Was man wissen sollte – und was man erwarten kann“. Kostenloser Download oder Bestellung unter [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > *Bestellen* > *Beratung zur Pflege*.
- Adressen von Beratungsstellen bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter [www.zqp.de](http://www.zqp.de) > *Angebote* > *Beratungsdatenbank*.

## Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden von der pflegebedürftigen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

Die Pflegekasse gibt beim Medizinischen Dienst (MD) oder bei einer anderen berechtigten unabhängigen Person ein Gutachten mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit in Auftrag. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt, das Begutachtungssystem ist identisch.

Der Termin zur Begutachtung wird schriftlich angekündigt und findet in der Regel im häuslichen Umfeld der pflegebedürftigen Person statt. Unter bestimmten Voraussetzungen sind andere Arten, z.B. Begutachtung nach Aktenlage, möglich. Für die Bearbeitung des Pflegeantrags gibt es festgelegte Fristen.

Beim Begutachtungstermin erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im Gutachten fest.

Ausführliche Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege-Check: Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“. Dieser kann unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > *Ratgeber* > *Pflege* kostenlos heruntergeladen werden.

## Ermittlung des Pflegegrads

Um den Pflegegrad zu bestimmen, wird in der Regel eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person durchgeführt. Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Bereichen (Modulen) ermittelt. Anhand des Gutachtens entscheidet die Pflegekasse über den Pflegegrad.

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es **wichtig**, alle Belege aufzubewahren. Wenn die finanziellen Mittel für die Vorfinanzierung nicht vorhanden sind, ist Hilfe zur Pflege vom Sozialamt möglich.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können Sie beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter [www.md-bund.de](http://www.md-bund.de) > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* herunterladen oder als Broschüre bestellen.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 104.



## Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die eine pflegebedürftige Person zu Hause erhält. Ergänzend können bei häuslicher Pflege auch teilstationäre Angebote in Anspruch genommen werden.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

### Pflegegeld

**Pflegegeld** erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt je nach Pflegegrad zwischen 332 und 947 € monatlich, es muss beantragt werden und ist steuerfrei.

### Pflegesachleistung

Unter **Sachleistung** versteht man die häusliche Pflegehilfe, die in der Regel durch ambulante Pflegedienste, aber auch durch zugelassene Einzelpersonen erbracht wird. Anspruch haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei häuslicher Pflege. Die Pflegedienste bzw. -kräfte rechnen direkt mit der Pflegekasse ab und erhalten je nach Pflegegrad 761 bis 2.200 € monatlich. Der gleichzeitig vollumfängliche Bezug von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination beider Leistungen. Ergänzend sind weitere Leistungen der Pflegeversicherung möglich, z. B. Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, aber auch Pflegeleistungen vom Sozialamt (siehe S. 90). Mehrere Pflegebedürftige, z. B. in Wohngemeinschaften, können die häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen und Zeit- und Kostenersparnisse für mehr Leistungen nutzen. Auch ambulante Betreuungsdienste können vom Budget der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.

### Kombinationsleistung

Die **Kombinationsleistung** verbindet Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Dies bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person. Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

### 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 Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 86) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich. Die Budgets für Ersatzpflege und Kurzzeitpflege werden zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst.

### Gemeinsamer Jahresbetrag

Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (Entlastungsbudget) zusammengefasst.

Die bisher unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen und abweichende Voraussetzungen, wie. z. B. Höchstdauer und Vorpflegezeit, werden angeglichen. Schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre (Pflegegrade 4 und 5) können den gemeinsamen Jahresbetrag bereits seit 01.01.2024 in Anspruch nehmen. Der gemeinsame Jahresbetrag erhöht sich zum 01.07.2025 von derzeit 3.386 € um 4,5% auf insgesamt 3.539 €.

### Pflegekurse

Um **pflegende Angehörige** und **ehrenamtliche Pflegekräfte** zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen **Pflegekurse** an.

Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Die Teilnahme an Präsenzkursen oder Onlinekursen ist kostenlos.

## Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Dieser soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern.

Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung.

**Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B.**

- für Tages- oder Nachtpflege,
- für Kurzzeitpflege,
- für Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Einkaufen, Vorlesen, Unterstützung bei Spaziergängen) *oder* Leistungen des ambulanten Pflegedienstes (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d. h. aus dem Bereich der Selbstversorgung),
- als Zuschuss für Pflegebedürftige mit **Pflegegrad 1** in der vollstationären Pflege.

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse geleistet werden. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen.

Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Angebote zur Entlastung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Näheres zu den Regelungen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Entlastungsbetrag“.

## Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können **Pflegehilfsmittel** direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Versicherte ab 18 müssen zu den Pflegehilfsmitteln der Pflegeversicherung Zuzahlungen leisten. Für technische Hilfen ist in der Regel eine Zuzahlung von 10%, maximal 25 € je Hilfsmittel fällig. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, z. B. Einlagen und Handschuhe, erhalten Versicherte einen Festbetrag. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

## Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € monatlich für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z. B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“.

## Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, die die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Pflegeheim verhindern oder hinauszögern. Häufige Maßnahmen sind z. B. der Umbau des Bades, Einbau eines Treppenlifts und das Anbringen von Handläufen oder Haltegriffen. Der Zuschuss beträgt maximal 4.000 € für Einzelpersonen und bis zu 16.000 € für Wohngemeinschaften bzw. für ambulant betreute Wohnformen, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

## Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die Pflegebedürftige im Falle einer teilweisen oder vollständigen Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung erhalten. Teilstationäre Leistungen ergänzen die häusliche Pflege.

Folgende Leistungen können bei einer teilstationären oder stationären Pflege beantragt werden:

### Tages- oder Nachtpflege

**Tagespflege oder Nachtpflege** bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt werden und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhalten Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (eigene Kosten). Diese sind z. B. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und Investitionskosten.

## Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege, z. B. wenn eine Pflegeperson erkrankt oder im Urlaub ist) kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 83) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen.

Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden. 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.

Zum 01.07.2025 werden die Leistungsbeträge der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zu einem gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 83) zusammengefasst.

## Vollstationäre Pflege

**Vollstationäre Pflege** ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen.

Für einen Teil dieses Eigenanteils erhalten Pflegebedürftige je nach Länge des Aufenthaltes im Pflegeheim seit 2022 einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Dieser wurde zum 01.01.2024 erhöht. Nähere Hinweise zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Vollstationäre Pflege“.

## Praxistipps!



- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14. November 2023 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.
- Einen Überblick über die Änderungen im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes (PUEG) finden Sie als übersichtliche PDF-Datei unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

## Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht.  
Es gibt verschiedene Entlastungsmöglichkeiten.

### Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit einer angehörigen Person können Arbeitnehmende für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um die 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. Das Pflegeunterstützungsgeld gibt es ab 1.1.2024 für 10 Arbeitstage je pflegebedürftige Person (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) **pro Kalenderjahr** (statt bisher nur einmalig je pflegebedürftiger Person).

### Pflegezeit und Familienpflegezeit

Berufstätige haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um nahe Angehörige zu pflegen. Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden. In der **Familienpflegezeit** reduzieren Arbeitnehmende maximal 2 Jahre lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Ankündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebenden innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmende Kündigungsschutz.

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](http://www.bafza.de) > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

### Freistellung zur Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase

Für eine Begleitung in der letzten Lebensphase besteht ein Anspruch auf eine vollständige oder auch teilweise Freistellung für maximal 3 Monate.

Es ist dabei nicht notwendig, dass die Begleitung in der letzten Lebensphase unmittelbar an eine bisher beanspruchte Pflegezeit anschließt, wie das bei einer Kombination der Pflegezeit und Familienpflegezeit der Fall ist. Auch ist eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und die damit verbundene Einstufung in einen Pflegegrad nicht Voraussetzung für diese Leistung. Die Begleitung kann in Einrichtungen wie Hospizen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen stattfinden, nicht nur in der häuslichen Umgebung. Beschäftigte, die diese Freistellung beantragen, müssen beim Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die die begrenzte Lebenserwartung der angehörigen Person bestätigt.

**Hinweis:** Die Freistellung zur Sterbebegleitung kann zwar unabhängig von Pflegezeit und Familienpflegezeit beansprucht werden, sie wird aber auf den, für beide Leistungen begrenzten Leistungszeitraum von **höchstens 24 Monaten**, angerechnet.

---

Wer hilft weiter?



Die zuständige Pflegekasse.

## Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**  
Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person 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 zur/von der pflegebedürftigen Person.
- **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 Arbeitgebenden krankenversichert.
- **Arbeitslosenversicherung**  
Für Pflegende, die eine pflegebedürftige Person 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.
- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre **„Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“** an. Diese kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > 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](http://www.bmas.de) > Suchbegriff: „A401“ heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > Pflege > Pflegende Angehörige gefunden werden.



## Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

Die „Hilfe zur Pflege“ zählt zur Sozialhilfe. Das Sozialamt übernimmt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen dieselben Leistungen wie die Pflegekasse, allerdings immer erst, wenn die vorrangig zuständige Pflegekasse nicht, oder nur in zu geringem Umfang, leistet.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege müssen den gesamten Pflegebedarf decken (sog. **Bedarfsdeckungsprinzip**) und sind nicht nach oben begrenzt wie die Leistungen der Pflegeversicherung. Das Pflegegeld und der Entlastungsbetrag werden jedoch nur in Höhe der festgelegten Beträge der Pflegeversicherung geleistet, sie sind nicht vom Bedarfsdeckungsprinzip umfasst.

### Hilfe zur Pflege leistet das Sozialamt vor allem:

- Für nicht pflegeversicherte Personen oder wenn die verfügbaren finanziellen Mittel nicht ausreichen um die Pflege zu bezahlen.
- Bei kostenintensiver (Schwerst-)Pflege, wenn die nach oben hin begrenzten Teilleistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.
- Für die Finanzierung ungedeckter Pflegeheimkosten, die nicht von der Pflegekasse übernommen werden. Darunter fällt neben den sog. Hotelkosten (Unterkunft und Verpflegung) auch Taschengeld (ein sog. Barbetrag) und Bekleidungsbeihilfe.
- Wenn Hilfebedarf für weniger als 6 Monate besteht und die Pflegeversicherung deshalb keine Leistungen gewährt.

Ausländische Staatsangehörige haben in der Regel Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“:

Ausführliche Informationen zur Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch das Sozialamt unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.

# Palliativversorgung

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

Neben den körperlichen Beschwerden erhalten Schwerstkranke auch Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen wie z.B. Angst, Trauer, Einsamkeit oder im Umgang mit Angehörigen.

Die Würde und Integrität von Menschen in der Palliativversorgung sind zu respektieren. Wünsche, Ziele sowie physische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse der erkrankten Personen stehen im Vordergrund.

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

Unter [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) sind Adressen von verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten der Palliativversorgung zu finden.

## Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

**Schwerstkranke Menschen, deren Lebenszeit begrenzt ist und die zu Hause oder im Heim betreut werden, haben bei besonders aufwendiger Versorgung Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die von der Krankenkasse finanziert wird.**

Ziel ist, dass sie möglichst auch in der letzten Lebenszeit, wenn die Pflege und Symptomlinderung sehr komplex wird, zu Hause/im Heim bleiben können.

### Voraussetzungen

**Anspruchsberechtigt sind gesetzlich Versicherte,**

- die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die eine begrenzte Lebenserwartung zur Folge hat, und
- die eine **besonders aufwendige Versorgung** benötigen, die zuhause oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann.

### Besonders aufwendige Versorgung

Der Bedarf an besonders aufwendiger Versorgung besteht dann, wenn anderweitige ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind, also z.B. hausärztliche Versorgung, ambulanter Pflegedienst und ambulanter Hospizdienst.

Aufwendige Versorgung heißt, dass bei der betroffenen Person ein komplexes Symptomgeschehen vorliegt, das spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen eines interdisziplinären Teams (Palliativmediziner und speziell geschulte Pflegekräfte) erfordert.

Neben Hospizdiensten werden auch andere Berufsgruppen hinzugezogen die organisatorische Unterstützung leisten, z.B. beim Stellen von Anträgen bei der Pflegekasse. Dieses Team wird als „Palliative Care Team“ (PCT) bezeichnet.

## Inhalt

Die SAPV muss auf den schwerstkranken Menschen und seine Situation individuell abgestimmt werden.

**Inhalte der SAPV sind z. B.:**

- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung unter Einbeziehung aller, die den Patienten versorgen und begleiten
- Symptomlinderung
- Apparative palliativmedizinische Behandlung
- Spezialisierte palliativmedizinische und/oder -pflegerische Maßnahmen, die die Kompetenz eines Palliativmediziners und/oder einer Palliative-Care-Pflegekraft erfordern
- Aufstellen und Führen eines Behandlungsplans
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Beratung der betreuenden Leistungserbringer
- Psychosoziale Unterstützung

## Verordnung und Kostenträger

Die SAPV muss ärztlich verordnet werden. Ein Krankenhaus kann die Verordnung in der Regel für 7 Tage ausstellen, eine niedergelassene Praxis unbegrenzt. Die Krankenkassen genehmigen aber in der Regel zunächst bis zu 28 Tage. Besteht danach weiterhin ein SAPV-Bedarf bei der betroffenen Person, kann eine Folgeverordnung ausgestellt werden.

Die Krankenkasse ist der Kostenträger. Der schwerstkranke Mensch muss für die SAPV **keine** Zuzahlung leisten, für Hilfsmittel und Medikamente, die im Rahmen der SAPV verordnet werden, fallen Zuzahlungen an.

Auch **private** Krankenversicherungen übernehmen die Kosten, zumindest aber den Betrag, den auch die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt. Privat Versicherte sollten sich die Kostenübernahme vorher genehmigen lassen.

### Praxistipp!



Um die SAPV zu erhalten, nehmen Sie selbst, Ihre Arztpraxis oder das Krankenhaus Kontakt mit einem SAPV-Team auf. Das SAPV-Team vereinbart einen Termin mit Ihnen und übernimmt die Beantragung der SAPV bei Ihrer Krankenkasse. Dafür benötigt es die von Ihnen unterschriebene Verordnung, die das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt ausgestellt hat.

Weitere Informationen bietet der **betaCare-Ratgeber „Palliativversorgung“**. Dieser kann unter [www.betacare.de](http://www.betacare.de) > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

### Wer hilft weiter?



Krankenkassen, Hausärzte, SAPV-Anbieter, ambulante Hospizdienste und Palliativstationen in Krankenhaus

# Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende finanzielle Folgen. Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen.

Dabei ist es egal, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht oder Verwaltungsgericht Klage erhoben werden.

## Widerspruch

Widerspruch kann die betroffene Person kostenfrei einlegen, wenn sie mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die Behörde überprüft dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oft statt.

## Form und Frist

Die betroffene Person selbst oder ein von ihr Bevollmächtigter kann den Widerspruch **schriftlich** (formlos, auch per Fax, nicht per Email) oder **zur Niederschrift** persönlich bei der Behörde vor Ort einlegen.

**Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:**

- Der Widerspruch muss den **Namen** und die **Adresse** der betroffenen Person enthalten,
- es muss **eindeutig erkennbar** sein, dass die Behörde den Bescheid noch einmal überprüfen soll („hiermit lege ich Widerspruch ein“),
- es muss eindeutig erkennbar sein, um welchen Bescheid es geht (**Aktenzeichen und Datum des Bescheids**),
- der Widerspruch muss **unterschrieben** sein.

Der Widerspruch muss **spätestens einen Monat nach Erhalt des Bescheids** bei der Behörde **eingegangen** sein. Das heißt, es reicht nicht aus, wenn er nur innerhalb der Frist losgeschickt wurde. Als Fristbeginn gilt der Poststempel des Briefs, mit dem der Bescheid verschickt wurde und weitere drei Tage.

Als Fristende gilt 24 Uhr des Tages vor Ablauf des Monats nach Fristbeginn. Wenn die Frist an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

## Praxistipps!

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch **vor Ort** bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs **bestätigen** zu lassen. Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. Es ist hingegen eher **nicht sinnvoll**, den Widerspruch **per Einschreiben** (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten **nicht als Nachweis** für die Einhaltung der Frist.

- Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen, reicht es, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein“. Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten“.

### Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen. Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akteneinsicht** zu beantragen. Die Akte kann man sich im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

### Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 95. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

## Verfahren vor den Sozialgerichten

Wer mit dem Widerspruchsbescheid einer Behörde nicht einverstanden ist, kann gegen diesen ein sozialgerichtliches Verfahren einleiten. Gerichtsgebühren fallen dabei nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

- Klageverfahren vor den Sozialgerichten
- Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten
- Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht

In manchen Fällen ist nicht das Sozialgericht zuständig, sondern das Verwaltungsgericht. Ist die 1. Instanz das **Verwaltungsgericht**, so ist die 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht und die 3. Instanz das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig. Welches Gericht für eine Klage zuständig ist, steht auf dem Widerspruchsbescheid in der Rechtsbehelfsbelehrung.

Alle Verfahren müssen in der dafür vorgesehenen **Frist** eingeleitet werden. Im Normalfall gilt eine Frist von **einem Monat**. Bei einem Wohnsitz im Ausland gelten drei Monate und bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung oder Rechtsmittelbelehrung gilt eine Frist von einem Jahr.

Wird eine Frist ohne Verschulden versäumt, kann ein **Antrag auf Wiedereinsetzung** gestellt werden. Das gilt z. B., wenn Menschen wegen eines unerwarteten Krankenhausaufenthalts ihre Post nicht öffnen konnten.

### Klage

Das Sozialgericht bildet die **1. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Eine Klage kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle des zuständigen Sozialgerichts eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage **kein Anwaltszwang**, d. h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

Bei Klagen im Sozialrecht fordert das Sozialgericht oft medizinische Unterlagen ein und fordert dafür eine Schweigepflichtentbindung und eine Auflistung der behandelnden Kliniken und Ärzte. Manchmal holt es auch medizinische Gutachten ein. Betroffene bekommen dann einen Termin mit einem Sachverständigen, der das Gutachten daraufhin erstellt.

Die Klage endet oft mit einem Urteil oder einem Beschluss des zuständigen Sozialgerichts. Häufig wird auch ein Vergleich geschlossen. Das ist eine Einigung zwischen dem Kläger und der beklagten Behörde, die eine Gerichtsentscheidung überflüssig macht.

## Berufung

Das Landessozialgericht ist die **2. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Wenn ein Betroffener mit einem Sozialgerichtsurteil der 1. Instanz nicht einverstanden ist, kann er Berufung vor dem Landessozialgericht einlegen.

Form und Frist stehen in der Rechtsmittelbelehrung des Urteils. Bei einer Berufung besteht ebenfalls kein Anwaltszwang. Es gelten die gleichen Regeln zu den Kosten wie bei einer Klage. Die Berufung endet mit einem Urteil oder Beschluss des zuständigen Landessozialgerichts. Auch die 2. Instanz kann mit einem Vergleich enden.

## Revision

Sollte das Berufungsurteil eines Landessozialgerichts nicht im Interesse des Betroffenen sein, kann er Revision vor dem Bundessozialgericht in Kassel einlegen. Das Bundessozialgericht bildet die **3. und letzte Instanz**. Auch hier stehen Form und Frist in der Rechtsmittelbelehrung.

Es besteht **Anwaltszwang**, d. h. der Prozess muss durch einen Rechtsanwalt oder Verbandsvertreter geführt werden. Die Revision endet mit einem **abschließenden Urteil** oder Beschluss des Bundessozialgerichts, wogegen kein weiteres Rechtsmittel eingelegt werden kann. Auch in der letzten Instanz ist noch ein Vergleich möglich.

Verletzt ein Urteil der letzten Instanz Grundrechte, kommt noch eine **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht** in Betracht. Im Sozialrecht kann man z. B. dann eine Verfassungsbeschwerde einlegen, wenn das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum verletzt wird.

### Praxistipps!



- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.

- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein **Eilverfahren** vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen. Voraussetzung dafür ist, dass der **Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht** wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur **vorläufige Entscheidung**, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.
- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) >  
*Suchbegriff: „Beratungshilfe“.*
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen. Näheres unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) >  
*Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe“.*
- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), [kontakt@sovd.de](mailto:kontakt@sovd.de), [www.sovd.de](http://www.sovd.de)
- Sozialverband VdK Deutschland e.V., [kontakt@vkd.de](mailto:kontakt@vkd.de), [www.vdk.de](http://www.vdk.de)

 **Wer hilft weiter?**



# Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch eine fortgeschrittene Krebserkrankung die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer Fremdbestimmung durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

Vorsorgevollmacht • Betreuungsverfügung • Patientenverfügung

Eine Patientenvorsorge ist erst ab **Volljährigkeit** möglich. Vor dem 18. Geburtstag haben die Eltern das Sorgerecht und können in Notfällen und schweren Krankheitssituationen für ihr Kind Entscheidungen treffen.

In einer Ehe gilt das sog. **Ehegattennotvertretungsrecht**. Wenn Verheiratete bewusstlos oder krank sind und deshalb nicht selbst über ihre Gesundheitsorge entscheiden können, kann deren Ehepartner sie für bis zu 6 Monate bei diesen Entscheidungen vertreten. Der Ehepartner kann in dieser Notsituation z. B. in Untersuchungen und Heilbehandlungen einwilligen, Behandlungs- und Krankenhausverträge abschließen oder Reha-Maßnahmen organisieren und ihm gegenüber entfällt so lange die ärztliche Schweigepflicht. Das Notvertretungsrecht gilt nicht, wenn sich das (noch) verheiratete Paar getrennt hat oder wenn bekannt ist, dass die bewusstlose oder kranke Person die Vertretung nicht will. Es ist auch ausgeschlossen, wenn die Gesundheitsorge bereits über eine Vorsorgevollmacht oder rechtliche Betreuung geregelt ist.

## Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht können geschäftsfähige Erwachsene mit einer Krebserkrankung eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen, für den Fall, dass sie sich nicht (mehr) selbst um ihre Angelegenheiten kümmern können, z. B. wegen einer Krankheit, wegen eines Unfalls oder wegen einer Behinderung.

Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

- Gesundheitsorge und Pflegebedürftigkeit
- Vermögensorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z. B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll.

## Betreuungsverfügung

Mit einer **Betreuungsverfügung** können Menschen mit Krebs für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Rechtliche Betreuung bedeutet, dass das Betreuungsgericht jemanden für Entscheidungen einsetzt, die die betroffene Person wegen einer Krankheit, einer Behinderung oder eines Unfalls nicht (mehr) selbst treffen kann. Wer in einer Betreuungsverfügung eine oder mehrere geeignete Person(en) für die rechtliche Betreuung vorgeschlagen hat, verhindert, dass das Betreuungsgericht die Auswahl trifft.

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, **aber** eine Person kennt, die unter Aufsicht des Betreuungsgerichts die **Verwaltung seiner Angelegenheiten** übernehmen soll und dies auch will und kann. In der Betreuungsverfügung können auch mehrere Personen genannt werden, denen im Bedarfsfall die rechtliche Betreuung übertragen werden soll.

Wer für eine rechtliche Betreuung vorgeschlagen wird, sollte genau über die Vorstellungen der ggf. zu betreuenden Person informiert werden und muss damit einverstanden und geeignet sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

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

**Das Betreuungsgericht darf nur dann von der Betreuungsverfügung abweichen, wenn**

- die betreuungsbedürftige Person erkennbar nicht mehr an der Betreuungsverfügung festhalten will, z. B. wenn sie während des Betreuungsverfahrens andere Wünsche äußert, und/oder
- wenn eine vorgeschlagene Person ungeeignet ist, die Betreuung nach dem (mutmaßlichen) Willen der zu betreuenden Person zu führen.

**Vorteil** einer Betreuungsverfügung gegenüber einer Vorsorgevollmacht ist, dass das **Missbrauchsrisiko geringer** ist. Eine Vorsorgevollmacht kann schon missbraucht werden, bevor sie gebraucht wird, eine Betreuungsverfügung nicht. Außerdem werden rechtliche Betreuer, anders als Bevollmächtigte, vom Betreuungsgericht kontrolliert.

## Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch mit einer Krebserkrankung regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

Eine Patientenverfügung kann die sog. Garantenpflicht des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. **Wichtig** ist, dass die entsprechenden Situationen und die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind. Es ist empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften, insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet werden, z. B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern...“. Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

**Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:**

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden?  
Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Ernährung (hier auch die Form aufschreiben) gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl gewünscht?
- Ist die Linderung von Übelkeit, Erbrechen erwünscht?
- Ist die Linderung von Angst- und Unruhezuständen gewünscht?
- Wie soll die Sterbebegleitung genau aussehen?
- Wer wird bzw. wird nicht als seelsorgerischer und/oder persönlicher Beistand gewünscht?
- Wünsche bezüglich der Behandlung als Wachkomapatient.
- Eventuell Festlegungen zur Organspende.

### Praxistipps!



- Der **betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“** sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) > *Ratgeber* > *Patientenvorsorge* kostenlos heruntergeladen werden.
- Mehr Informationen zur Patientenvorsorge und weiteren Themen wie z. B. digitaler Nachlass, Testament finden Sie unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) > *Leistungen* > *Patientenverfügung - Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung*.

### Wer hilft weiter?



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

# Adressen

---

**Beratung und Informationsmaterial rund um das Thema Krebs sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen sind unter anderem bei folgenden über-regionalen Organisationen möglich:**

## **Deutsche Krebsgesellschaft e. V.**

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin  
Telefon 030 322932-90  
Telefax 030 3229329-22  
E-Mail: [service@krebsgesellschaft.de](mailto:service@krebsgesellschaft.de)  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

## **Stiftung Deutsche Krebshilfe**

Buschstraße 32, 53113 Bonn  
Telefon 0228 72990-0  
Telefax 0228 72990-11  
E-Mail: [deutsche@krebshilfe.de](mailto:deutsche@krebshilfe.de)  
[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

## **Krebsinformationsdienst Deutsches Krebsforschungszentrum**

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

## **Psycho-Onkologie Online**

### **Portal des Gesellschaft für angewandte Psychologie in Architektur und Onkologie e. V. (GAPAO)**

Kaupstraße 35, 64289 Darmstadt  
Telefon 030 81896153 (Di von 12.30–15.00 Uhr, Fr von 8.00–11.30 Uhr)  
E-Mail: [info@psycho-onkologie.net](mailto:info@psycho-onkologie.net)  
[www.psycho-onkologie.net](http://www.psycho-onkologie.net)

## **Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie Leitlinienportal für hämatologische und onkologische Erkrankungen**

Alexanderplatz 1, 10178 Berlin  
Telefon 030 278760890  
Telefax 030 2787608918  
E-Mail: [info@dgho.de](mailto:info@dgho.de)  
[www.onkopedia.com](http://www.onkopedia.com)

## Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad haben Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
<b>Pflegegeld</b> für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
<b>Pflegesachleistung</b> (§ 36 SGB XI) monatlich	–
<b>Tagespflege und Nachtpflege</b> (§ 41 SGB XI) monatlich	–
<b>Entlastungsbetrag</b> für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
<b>Vollstationäre Pflege</b> (§ 43 SGB XI) monatlich	–
<b>Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen</b> (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) <b>durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte</b> (§ 39 SGB XI) jährlich	–
<b>Ersatzpflege</b> (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) <b>durch Angehörige</b> (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI) jährlich	–
<b>Kurzzeitpflege</b> (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
<b>Gemeinsamer Jahresbetrag</b> (Kinder/Jugendliche unter 25 mit Pflegegrad 4 und 5)	–
<b>Pflegehilfsmittel</b> (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
<b>Digitale Pflegeanwendungen</b> (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
<b>Wohnumfeldverbesserung</b> (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
<b>Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen</b> (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
<b>Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen</b> (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

\*In den Pflegegraden 2–5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z. B. Waschen, Ankleiden, etc.)

Ab 2024 haben Beschäftigte einmal pro Jahr Anspruch auf 10 Tage Freistellung für die Organisation der Pflege von Angehörigen.



## GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

20	50
Eine Funktionseinschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.140 € (§ 33b EStG)
<b>30/40</b>	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)
Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen möglich (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)
Kündigungsschutz bei Gleichstellung (§§ 168 ff. i.V.m. § 151 Abs. 3 SGB IX)	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX) bei Gleichstellung	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland
Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z. B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
	Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern
	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI <b>und</b> häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
	Bei <b>Merkzeichen G</b> und <b>aG</b> wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> die <b>tatsächlichen</b> Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)
	Pflegepersonen können <b>unabhängig vom GdB</b> einen <b>Pflegepauschbetrag</b> bei der Steuer absetzen (§ 33b Abs. 6 EStG): Bei Pflegegrad 2: 600 € Bei Pflegegrad 3: 1.100 € Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 € Bei Merkzeichen H: 1.800 €

**Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.**

60	80	90	100
Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
<b>70</b>	Behindierungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
<b>Wahlweise</b> bei der Steuer absetzbar: Entfernungspauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 38 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) <b>oder</b> die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist (§ 4 RBeitrStV)		In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB
Bei <b>Merkzeichen G</b> behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)			
Ermäßigte BahnCard			

## Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

**Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit Behinderung in Betracht.**

aG	B	Bl
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> <li>im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§§ 228 ff. SGB IX)</li> </ul>	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)
Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)		Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC)</li> </ul>	Rundfunkbeitrag <ul style="list-style-type: none"> <li>Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe</li> <li>Ermäßigung bei <b>GdB 60</b> allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)</li> </ul>
Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen		Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§§ 33 EStG)
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)		Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)		Hundesteuer-Befreiung möglich
		Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)
		Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)

<b>G</b>	<b>GI</b>	<b>H</b>	<b>RF</b>
<b>erheblich gebehindert</b>	<b>gehörlos</b>	<b>hilflos</b>	<b>Ermäßigung des Rundfunkbeitrags</b>
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§§ 228 ff. SGB IX) <b>oder</b> 50% Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)  Kraftfahrzeugsteuerbefreiung (§ 3a Abs. 1 KraftStG)  Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)  Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Ab <b>GdB 70</b> behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom Sozialtarif bei <b>GdB von mind. 90</b> : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat  Rundfunkbeitrag: • Befreiung für taubblinde Menschen • Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde  Pflegepauschbetrag für Pflegende: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)  Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)  Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	<b>TBI</b>  <b>taubblind</b>  Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)  Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)  Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)  Finanzielle Leistungen für taubblinde Menschen in einigen Bundesländern
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und Bürgergeld: 17% (§ 30 SGB XII, § 23 Nr. 4 SGB II)			
Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde		
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen		



## Impressum

### Herausgeber

**betapharm** Arzneimittel GmbH  
Kobelweg 95, 86156 Augsburg  
service@betapharm.de  
www.betapharm.de

### Redaktion

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

**Zusammenstellung der Inhalte:** Claudia Gottstein

**Redaktionsteam:** Janina Del Giudice, Maria Kästle, Lea Maier,  
Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

### Layout und Satz

Manuela Mahl

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

### Alle Rechte vorbehalten

© 2024

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.

3. Auflage, Mai 2024

# Gesundheit ist unser Ziel!

Besuchen Sie uns auf [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de)



## betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*



Aktuell sind folgende Ratgeber unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) erhältlich:

- |                          |                                  |                            |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| - ADHS & Soziales        | - Leistungen für Eltern          | - Patientenvorsorge        |
| - Behinderung & Soziales | - Migräne & Soziales             | - Pflege                   |
| - Brustkrebs & Soziales  | - Multiple Sklerose & Soziales   | - Pflege-Check             |
| - Demenz & Soziales      | - Onkologie & Soziales           | - Prostatakrebs & Soziales |
| - Depression & Soziales  | - Osteoporose & Soziales         | - Psychosen & Soziales     |
| - Epilepsie & Soziales   | - Palliativversorgung & Soziales | - Schmerz & Soziales       |
| - HIV/AIDS & Soziales    | - Parkinson & Soziales           |                            |

## Sozialrechtliche Informationen auch online – [www.betanet.de](http://www.betanet.de)



Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de) zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.